

19



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

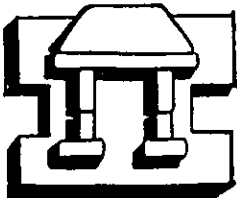
CAMPUS IZTACALA

"LA FARMACODEPENDENCIA Y EL CONTEXTO FAMILIAR SISTEMICO"

[Firma manuscrita]

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
SUSANA CABALLERO PEREZ

ASESORES: LIC. AMADO RAUL RODRIGUEZ TOVAR
LIC. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA
MTA. MARIA ANTONIETA DORANTES GOMEZ



IZTACALA

IZTACALA, EDO. MEXICO

OCTUBRE 2000



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.

A Dios...

Por ser mi centro, mi fuerza y el eje rector de todo mi ser.

A mis padres...

Por haber impulsado mis pasos, por aceptarme como soy y por amarme.

A tí mamá... por enseñarme a ser independiente, por estar conmigo siempre, esperando pacientemente este momento.

A tí papá... porque todo tu amor, por la libertad que me has dado permitiendome elegir mi propio camino y aprender de mis errores y porque tu ejemplo al trabajo es mi mayor herencia.

A ustedes dos quiero decirles que este logro, también es suyo.

A mis hermanos...

Por haberme soportado y acompañado todo este tiempo.

A Gerardo... porque con tu paciencia, aceptación y nobleza me has dado la mejor lección de madurez.

A Miguel... por todo lo que vivimos y porque al final me diste la mejor lección de valor.

¡¡¡ Te extraño !!!

A Sofia y Citlalli...

Por ser ya, parte de mí.

A Socorro...

Por tu entereza a pesar de las adversidades, porque me has regalado momentos inolvidables, porque nuestra amistad ha crecido con el tiempo y porque para mí eres como mi hermana.

A todos mis compañeros y amigos toda la vida y en todas circunstancias : por haber estado conmigo en los momentos más importantes de mi vida: haberme motivado cuando más lo necesitaba, por haberme regalado su tiempo, compartir conmigo sus experiencias, por su profesionalismo, por aprender de ellos y en especial a...

Lola, Julia, Paty Quintero, Marisol Martínez, Estela...
a Adela, Juan Carlos, Chucho, Beto, Angelica...
Rosa Alcántara, Ricardo, Vianey, Marisol Gómez...
a Lupita Ruíz, Isabel, Rosy, Ana Maria, Carmen Aguilar y Diana...

A todos mis maestros que me transmitieron sus conocimientos de manera desinteresada y sin reservas y que me formaron en mi carrera con su ejemplo, pero de manera especial a mis asesores de tesis que con su dirección y sus acertados comentarios, se concretó este trabajo.

INDICE

RESUMEN.....	I
INTRODUCCIÓN.....	II

CAPITULO I

HISTORIA Y TERMINOLOGIA ACTUAL EN EL ESTUDIO DE LAS DROGAS

1.1	Historia de las drogas.....	1
1.2	Depresores del Sistema Nervioso Central	
1.2.1	El opio y los opiáceos.....	2
1.2.2	Sedantes.....	4
1.2.3	El alcohol.....	5
1.2.4	Inhalantes y solventes volátiles.....	6
1.3	Estimulantes del Sistema Nervioso Central	
1.3.1	Canabis.....	8
1.3.2	La cocaína.....	9
1.3.3	Anfetaminas.....	10
1.3.4	Alucinógenos.....	11
1.4	Conceptos y terminología en el estudio de las adicciones	
1.4.1	Farmacodependencia.....	13
1.4.2	Droga.....	15
1.4.3	Clasificación de las drogas.....	16
1.4.4	Síndrome de intoxicación.....	18
1.4.5	Uso, abuso y dependencia.....	18
1.4.6	Tolerancia.....	20
1.4.7	Síndrome de dependencia.....	21
1.4.8	Síndrome de abstinencia.....	23
1.4.9	Tipología de los usuarios.....	24
1.4.10	Prevalencia actual en el consumo de drogas en México.....	25

CAPITULO II

FUNDAMENTOS HISTORICOS Y TEORICO-CONCEPTUALES EN TERAPIA FAMILIAR

2.1	Antecedentes históricos de la Terapia Familiar.....	30
2.1.1	Cibernética.....	31
2.1.2	Teoría General de los Sistemas.....	32
2.1.3	Teoría de la Comunicación.....	34
2.2	Precursores de la Terapia Familiar.....	35
2.3	Centros de investigación que contribuyeron al desarrollo de la Terapia Familiar	
2.3.1	California.....	42
2.3.2	Filadelfia.....	43
2.3.3	Milwaukee.....	44
2.3.4	Milán.....	45
2.4	Fundamentos teóricos en el estudio de familias	
2.4.1	La familia.....	46
2.4.2	Ciclo vital de la familia.....	48
2.4.3	Estructura familiar.....	52
2.4.3.1	Subsistemas Familiares.....	53
2.4.3.2	Límites.....	56
2.4.3.3	Jerarquía.....	57
2.4.3.4	Centralidad.....	58
2.4.3.5	Alianzas.....	58
2.4.4	Comunicación.....	59
2.5	Funcionalidad vs disfuncionalidad.....	59

CAPITULO III

LA FAMILIA DEL FARMACODEPENDIENTE

3.1	Primeras investigaciones de la familia del farmacodependiente.....	62
3.2	Razones para focalizar la psicoterapia al nucleo familiar.....	64
3.3	La relación familia-farmacodependencia.....	68
3.4	Estructura familiar del farmacodependiente.....	74
	3.4.1 Roles.....	74
	3.4.2 Reglas.....	79
	3.4.3 Límites.....	79
3.5	Dinámica familiar del farmacodependiente.....	81
	3.5.1 Comunicación.....	83
	3.5.2 Rituales.....	86
	3.5.3 Ciclo vital.....	88
	3.5.4 La crisis del sistema.....	90
3.6	Aspectos actuales de tratamiento con farmacodependientes y sus familias.....	92
CONCLUSIONES.....		102
BIBLIOGRAFIA.....		107
HEMEROGRAFÍA.....		110

RESUMEN

El problema de la farmacodependencia es conocido como un fenómeno universal cuyas consecuencias se extienden más allá de los esfuerzos de los países y del campo de acción de diferentes disciplinas para hacerle frente; presentándose en todas las regiones geográficas y en todos los estratos sociales y económicos, a la vez que adquiere diferentes matices en cuanto a sustancias y formas de consumo.

El presente trabajo aborda este tema desde una perspectiva sistémica, su objetivo fue revisar las investigaciones en cuanto a estructura y dinámica familiar del farmacodependiente, para lo cual se ha dividido en tres capítulos que a continuación se describen:

En el capítulo uno, se hizo una revisión histórica sobre las drogas que mayor influencia e importancia han tenido en las culturas antiguas y que actualmente ocupan altos niveles de consumo en México. También se retoman conceptos y terminología básicas para entender y abordar el estudio de la farmacodependencia.

El segundo capítulo, revisa a la familia, abordando su estructura, dinámica y funcionamiento; también se muestra un panorama histórico de los antecedentes de la terapia familiar: sus precursores más importantes y los centros donde se realizaron las primeras investigaciones en terapia familiar.

En el último capítulo se revisan investigaciones con familias farmacodependientes; se explica su estructura y dinámica, así como su importancia en la génesis, mantenimiento y desarrollo de conductas adictivas, sustentada en investigaciones que se han ido realizando, desde las primeras, hasta las más actuales; para posteriormente finalizar con un panorama actual de tratamiento, dentro y fuera de nuestro país, retomando tanto principios sistémicos, como interdisciplinarios.

INTRODUCCIÓN

La farmacodependencia y sus graves consecuencias, constituye en la actualidad un motivo de reflexión de toda persona consciente de la situación histórica y social en que se vive; porque representa un problema de Salud Pública y sobre todo, crece paso a paso tanto en profundidad como en extensión (Llanes, 1982).

Si bien la farmacodependencia no es el único, sí representa uno de los fenómenos más alarmantes de nuestros tiempos, sobre todo si tomamos en cuenta sus severos daños a nivel social, familiar e individual.

En nuestro país, la utilización de drogas psicoactivas ha ido incrementándose dramáticamente a partir de la década de los sesenta, hasta nuestros días. Su impacto más representativo ha sido entre los jóvenes, particularmente entre los adolescentes; las principales causas en muchos accidentes y actos violentos presentan frecuentemente, conexiones con el alcohol y otras drogas, (Aviles, cit. en Encuentros). Por lo anterior, podemos decir que existe una amenaza que atenta no sólo la salud integral de quienes están inmiscuidos en este problema, sino en la estabilidad de la sociedad y de sus instituciones.

Por citar un ejemplo en los años de 1988 a 1994, el consumo de cocaína en México, se ha incrementado en un 1000%, (Aviles, op. cit.). En numerosas investigaciones, tales como la realizada por Castro y cols. (1988), se ha encontrado una correlación entre el consumo de drogas y la realización de actos antisociales.

De acuerdo con la investigación epidemiológica que ha venido realizando periódicamente el Instituto Mexicano de Psiquiatría desde el año de 1974 sobre la extensión y tendencia de este fenómeno en México, se ha podido determinar que va en continuo aumento, no solo en magnitud, sino porque se está extendiendo a núcleos de la población especialmente vulnerables, como es el caso de niños y jóvenes entre 7 y 18 años de edad que recurren a la inhalación voluntaria de los diversos tipos de solventes industriales, a pesar de considerarse

dichas sustancias como las drogas o fármacos más tóxicos, y que mayores daños producen en el organismo de quienes las consumen (Medina Mora y cols. cit. en González, 1996).

Para México, la farmacodependencia representa, numerosos problemas económicos, sociales y de salud que se refleja en una serie de indicadores que debilitan su desarrollo de manera importante, tal es el caso de los incrementos en las tasas de delincuencia, deserción escolar, desempleo, desintegración familiar, ausentismo laboral, costos por atención médica y social, etc. (Leñero, 1981, cit. en González).

Es así como se le considera un problema de Salud Pública, tanto en la magnitud de los daños sociales que provoca, como en todos los factores involucrados en ésta. Este fenómeno, al igual que cualquier otro problema de Salud Pública, encuentra su explicación en: la estructuración de una organización social, en los patrones socioculturales, en situaciones familiares y en las características psicológicas del individuo (Masías, cit. en CEDRO, 1993). Convirtiéndolo así, en un fenómeno multicausal.

Múltiples autores tales como Hamm,(1984); Cannon,(1991); Abbey y Papalia, (1991); Stanton y Todd, (1990) (cits. en Flores y Guarneros, 1994); concuerdan que la mayoría de los jóvenes que consumen drogas, se encuentran en conflictos dentro de su medio familiar. También podemos mencionar otras más investigaciones que concluyen que el consumo de drogas es mayor entre hijos de padres que también las utilizan, que entre familias con padres abstemios; este consumo se ve incrementado en familias en las que sus relaciones son insatisfactorias.

Para González, (1996); Martínez, (1991) y Verdeja, (1991), hay que tener en cuenta que en cualquier caso de farmacodependencia, intervienen tres elementos: la droga misma y sus efectos; la persona farmacodependiente con todas sus características físicas y psicológicas y el medio ambiente; es decir, el tipo de sociedad o ambiente donde se produce la farmacodependencia, incluyendo a la propia familia del adicto.

Existen numerosas razones para focalizar el estudio de la farmacodependencia en los miembros de la familia; a lo largo de este trabajo se explicará a detalle este punto, por lo pronto diremos que Natera y cols. (1989); refieren en su investigación que la primera razón la encontramos en la suposición (fundamentada teóricamente y en investigación empírica), de que cuando el uso de drogas es frecuentemente excesivo para ser definido como "dependencia", la salud y el bienestar de los familiares cercanos, parejas, padres e hijos están en riesgo. Su segunda razón radica en la creencia de que las formas con las cuales las familias enfrentan el uso de alcohol y drogas (sea excesivo o no), tienen una influencia muy grande para determinar si en el futuro el nivel de consumo disminuirá, permanecerá igual, o se incrementará.

Todos estos estudios conllevan a retomar el estudio de las adicciones dentro de su contexto familiar, y por consiguiente, a utilizar la perspectiva sistémica de familias como forma de abordaje y análisis del mismo.

De esta manera, el objetivo del presente trabajo es : *revisar las investigaciones en cuanto a estructura y dinámica familiar con familias farmacodependientes, utilizando el enfoque teórico-metodológico de la Terapia Familiar Sistémica.*

CAPITULO I

HISTORIA Y TERMINOLOGÍA ACTUAL EN EL ESTUDIO DE LAS DROGAS

1.1 HISTORIA DE LAS DROGAS

El interés por el conocimiento de sustancias capaces de actuar sobre condiciones naturales en el hombre es tan antiguo como la humanidad misma, el uso de las drogas ha existido desde los tiempos más remotos, bien sea relacionado con prácticas y ritos religiosos y místicos; o bien, como respuesta a la búsqueda de estados psíquicos especiales y experiencias placenteras.

A lo largo de la historia de la humanidad se da como búsqueda universal, la exploración de las propiedades de las plantas, hojas, semillas, cortezas y raíces, etc., reconociéndose así la existencia de plantas medicinales que al ser ingeridas, desarrollan efectos en el comportamiento y en la psiquis del individuo. Su uso de estas plantas llegó a constituir una práctica común entre los pobladores de todas partes del mundo y fue notable el conocimiento empírico que se tuvo de esas plantas a través de la historia.

Para Llanes (1982), la búsqueda de estados mentales especiales se fundamenta en el deseo del hombre por trascenderse así mismo; sus limitaciones en el campo de las sensaciones, percepciones, imágenes, conocimientos, etc., lo han impulsado al descubrimiento de todo aquello que le permita rebasar sus límites naturales.

Tan lejos como queramos remontarnos al pasado, siempre encontraremos referencias de ese uso. Muchas culturas han permitido el uso social de ciertas drogas en donde las personas lo utilizan para obtener placer o relajamiento; tal es el caso del tabaco o café en nuestra cultura occidental, el hachis entre los arábes o las hojas de coca entre los pueblos andinos; así también, otras culturas han castigado y castigan aún el abuso de drogas, como es el caso del alcohol en

los antiguos mexicanos, o el de la misma droga en el mundo musulmán, (Aviles, cit. en ENCUENTROS).

Continuando con esta idea, Llanes (op.cit), afirma que hasta la fecha todavía no se ha comprobado que exista algún grupo social o étnico inmune a las sustancias tóxicas, empero, el hecho de que éstas lleguen a todas las sociedades, no quiere decir que la farmacodependencia haya sido considerada desde siempre como "problema de índole social". El uso inadecuado de fármacos fue y ha sido sancionado de algún modo por las diferentes culturas, pero las sanciones han estado condicionadas por los parámetros ético-valorativos de cada civilización y por el conocimiento que se tenga de las consecuencias tanto individuales como sociales que el uso de sustancias implicase.

A continuación, se presentará una breve historia sobre los antecedentes históricos y usos que se les ha dado a algunas drogas que en la actualidad representan un problema de salud pública.

1.2 DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

1.2.1 EL OPIO Y LOS OPIACEOS

Las propiedades médicas del opio se conocen y usan desde tiempo inmemorial, quizá en Sumeria 4000 años a.C. existen antecedentes que destacan su uso muy difundido entre las culturas egipcias, griega y árabe, en las que era utilizada tanto para fines médicos como recreacionales, (Madden, 1986).

En el siglo X el opio ya era conocido en China y se ingería como medicamento; pero durante los siglos XVII y XVIII su consumo se difundió desde el Medio Oriente a Europa y a toda China, introduciéndose en Asia la costumbre occidental de fumar, por lo que fumar opio se hizo muy popular.

Esta droga llegó a ser con el tiempo tan importante desde el punto de vista económico y político, que el tráfico y consumo de sus dió origen en 1840 a una guerra sostenida por Inglaterra y Holanda en contra del Imperio Chino, conocida como " Guerra del Opio ".

Del opio es posible extraer por lo menos 25 alcaloides diferentes que se dividen en dos categorías, la primera representada por la morfina y la codeína y la segunda representada por la papaverina y la tebaina, esta última categoría no tiene efectos sobre el sistema nervioso central.

La **MORFINA** fue aislada en 1800 por un químico llamado Friederich Serturner, (González,1996). Su desarrollo revolucionó el uso de los opiáceos y desde entonces, la morfina es empleada en todo el mundo para el tratamiento del dolor. La morfina inyectada es de 10 a 20 veces más potente que el opio ingerido (CONADIC,1992).

Una alteración simple de la molécula de morfina produce la **HEROÍNA**, que es un polvo blanco, inodoro, cristalino, con sabor amargo y soluble en agua; la rápida penetración de la heroína al cerebro puede ser la causa principal de que sea tan elevado su potencial para producir dependencia; ya que sus efectos son de 4 a 10 veces más poderosos que los de la morfina.

La heroína se sintetizó por primera vez en Londres en 1874 y se introdujo en 1898 por el Dr. Heinrich Dreser quien buscaba un analgésico muy poderoso como la morfina, pero que no creara adicción. En esa época se afirmaba que era incapaz de producir dependencia y se le recomendaba incluso como tratamiento para la dependencia al opio y a la morfina. En reconocimiento de sus efectos analgésicos recibe el nombre de heroína que significa *heroico*. Transcurrieron doce años antes de que los médicos descubrieran que no solo provocaba la misma adicción que la morfina, sino que es mucho más potente (Madden, op cit.).

Sus efectos son: euforia desbordante, elevación del estado de ánimo y una sensación de paz, alegría y seguridad. La droga ofrece una sensación de protección del medio ambiente interno y externo, siendo esta la respuesta del por qué la heroína tiene el potencial más alto de adicción de todas las drogas ilícitas (Dusek y Girdano, 1990).

En la búsqueda de un producto que tenga propiedades analgésicas como la morfina y no tenga los grados de dependencia, -lo que no se ha logrado-, se han producido en el laboratorio múltiples narcóticos sintéticos que son derivados de los narcóticos naturales: como la meperidina y la metadona.

Todas las drogas opiáceas producen dependencia psíquica y una gran dependencia física. Existe marcada tolerancia, lo que obliga al usuario a aumentar progresivamente la dosis, siendo el síndrome de abstinencia es uno de los más severos que se conocen, (CONADIC, 1992).

1.2.2 SEDANTES

En la búsqueda de encontrar un analgésico efectivo que no produzca dependencia, se llegó al desarrollo de los compuestos conocidos como NARCOTICOS ANTAGÓNICOS que bloquean o revierten los efectos de los narcóticos, dejando inactivo al opiáceo. Este hallazgo se dió en la década de 1950 con el descubrimiento de la nalorfina o el nalaxone por ejemplo.

SEDANTES HIPNÓTICOS

BARBITURICOS.- Se conocen como píldoras para dormir, son derivados del ácido barbitúrico, el cual fue preparado por primera vez en 1864 por Adolph Von Baeyer, (Gannon 1981). Los barbitúricos son los productos que en un tiempo se recetaron con mayor frecuencia para sedar y dormir; son polvos blancos que se presentan en cápsulas, tabletas, supositorios o en solución inyectable. Se ha logrado sintetizar casi 2500 derivados del ácido barbitúrico, pero de éstos, sólo 15 continúan en uso médico (DIFEM, 1995).

Una pequeña dosis producirá calma, alivio de la ansiedad y relajación de los músculos, los efectos de una dosis más fuerte, son parecidos a los de la intoxicación por alcohol, de ahí que la persona que quiera experimentar efectos similares a los producidos por dosis fuertes de alcohol, como son la euforia o el alivio de preocupaciones o tensiones diarias, cae en el uso y dependencia de barbitúricos.

Con dosis altamente excesivas, estas sustancias provocan una gran dependencia física, además de la psíquica. Como resultado de la dependencia física, se producen síndromes de abstinencia los cuales son muy peligrosos y pueden causar la muerte, (CONADIC, op cit.).

En la actualidad, los dependientes a estas sustancias pueden considerarse escasos en nuestro país. Quien consume ilícitamente estas sustancias es un poliusuario. Una droga de tipo barbitúrico puede tomarse específicamente para contrarrestar el efecto estimulante de otra de tipo anfetamínico. Otro motivo para consumir barbitúricos es suprimir el síndrome de abstinencia de los opiáceos y su deseo intenso cuando no pueden obtenerse temporalmente.

1.2.3 EL ALCOHOL

Sin analizar a gran detalle los aspectos históricos implicados en esta droga, ya que existe una cantidad impresionante de información al respecto; encontramos referencias de su uso en Anatolia 6400 a.C., que desde 1400 a.C. algunos campesinos de las antiguas dinastías egipcias, conocían el proceso de fermentación del alcohol y que la cerveza se utilizaba ampliamente en Egipto (2400 a.C.), Babilonia (2800 a.C.), (Velazco, 1988).

El aislamiento de una preparación fuerte de alcohol a través de la destilación, fue logrado por primera vez por el químico persa Rhases alrededor del año 800 de nuestra era. Los eruditos y sabios de esa época, consideraban que cuando se hervía material fermentado se desprendía un fino polvo invisible. La frase árabe para decir "el polvo" es "al kohl" y de allí proviene el término "alcohol". Los licores y bebidas espirituosas con alcohol destilado, fueron introducidas por toda Europa hacia finales de la Edad Media (Diethelm, 1965; cit. en Madden op.cit).

Ya desde hace siglos, las diferentes culturas han prohibido o castigado su empleo, tal es el caso del Medio Oriente y Asia menor, el Islamismo erradicó casi por completo el consumo de alcohol.

En el México prehispánico, la motivación para beber era únicamente de tipo ritual y estaba limitada a determinadas fechas y conmemoraciones; fuera de ahí, estaba prohibido.

Actualmente, el alcohol es la droga más utilizada a nivel mundial. Existen factores políticos y económicos muy poderosos, los cuales permiten que se comercialice legalmente, constituyendo así, el primer problema de farmacodependencia en nuestros días, (CONADIC, 1992), y un muy fuerte problema de salud pública, además que tiene una amplia aceptación social a nivel mundial y genera una fuerte dependencia y tolerancia tanto física, como psicológica.

1.2.4 LOS INHALANTES Y SOLVENTES VOLÁTILES

La inhalación de ciertos gases o vapores de algunos líquidos volátiles producen depresión del Sistema Nervioso Central. Ocurren entonces estados transitorios de intoxicación; los cuales pueden ser deliberadamente inducidos porque el usuario los disfruta, o porque le intrigan los efectos psíquicos que éste le produce, como euforia y alucinaciones. Al ser inhalados y absorbidos, producen alteraciones de la consciencia, percepción, cognición y volición, debido a la intoxicación como primer instancia y después al daño cerebral, son causa de problemas conductuales.

Lo anterior es un factor fundamental para que estas sustancias se consideren como drogas, pues ninguno de estos productos es considerado en condiciones normales como tal.

Por paradójico que parezca, estas sustancias han sido usadas desde la antigüedad para modificar el estado de conciencia; por ejemplo, Maden (1986) refiere que el uso de óxido nítrico, cloroformo y éter se utilizó bastante en la sociedad del siglo XIX, y hacia finales de ese siglo en la provincia irlandesa de Ulster se acostumbraba beber éter.

Los inhalantes forman una larga lista en la cual podemos enumerar pegamentos, disolventes para pintura, combustibles, abrillantadores para calzado, aerosoles para freír, espumas para extintores de incendios, antitranspirantes, vasodilatadores coronarios, etc.

El gas anestésico ÓXIDO NITROSO, produce euforia, sensación de flotar y alucinaciones visuales, cuando es más intenso su exposición, puede llegar al estado de coma, depresión respiratoria y convulsiones; si se inhala sin proporcionar oxígeno suplementario produce lesiones cerebrales de tipo hipóxico.

En resumen, existe toda una extensa gama de preparaciones con constituyentes químicos de HIDROCARBUROS, que se han venido inhalando por sus efectos psicotrópicos. Los inhaladores son generalmente niños de la calle, adolescentes o adultos jóvenes predominantemente del sexo masculino.

El método más común que se utiliza consiste en inhalar los vapores de un papel empapado solo o en una bolsa de plástico. Esta técnica produce hipoxia, que viene a añadir sus efectos a los trastornos de la conciencia y a los peligros de inhalar solvente. Una bolsa de plástico es peligrosa en sí misma cuando se aplica a la piel o la cara porque las fuerzas electroestáticas pueden hacer que se adhieran herméticamente a la piel. Como resultado, puede ocurrir la muerte por asfixia (Madden, op. cit.).

El abuso crónico del tolueno llega a causar acidosis tubular, renal, distal con aumento de cloro en sangre; así como trastornos complicados como cefalopatía aguda, disfunción cerebelosa prolongada, neuropatía periférica y estado epiléptico.

Estas sustancias son las que producen el mayor daño cerebral y el más agudo deterioro orgánico. Uno de los factores que facilitan el uso de esta droga es la disponibilidad en acceso y precio; ya que son los fármacos más baratos y accesibles que existen, por lo que su difusión tiende a ocurrir en niveles socioeconómicos bajos y en poblaciones socialmente marginadas.

1.3 ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

1.3.1 CANNABIS

La marihuana es una droga que se extrae de las hojas del cáñamo. Se encuentra clasificada como "*Cannabis sativa L.*". Ha sido conocida por lo menos durante 4,500 años, y en torno a ella se han escrito miles de artículos e informes, pero no fue sino hasta 1964 cuando se aisló lo que se cree que es el principio activo de la planta, el tetrahidrocanabinol *THC* (Gannon, op cit.).

En todo el mundo existen más de 100 nombres diferentes para las preparaciones de cannabis. La forma más potente del producto con frecuencia se conoce como "hashish" que es una sustancia resinosa de color oscuro y alrededor de cinco a ocho veces más poderoso que la marihuana, (DIFEM, 1995).

Desde 700 al 500 a.C. datan inscripciones de la dinastía Chou, junto con un ideograma de la cannabis donde aparece con una connotación negativa. Su uso en la India, se consideraba sagrada, y entre sus múltiples efectos se encontraban el disipar el mal, traer buena suerte y apartar al hombre del pecado. Los que se atrevían a pisar las hojas de esa planta sagrada, se exponían a sufrir desastres; por el contrario, los juramentos sagrados se sellaban sobre el cáñamo, (CIJ, 1990).

Según Dusek y Girdano (op cit.), informes descubiertos en antiguos textos chinos e indios sobre su uso medicinal, muestran que era recomendada para cientos de problemas, como insomnio, dolor, ansiedad, tensión, y era usada esporádicamente; sin embargo, a principios de 1900 la medicina oriental casi la descartó ya que su extracto tenía una potencia variable; también, debido a su baja solubilidad, un médico no podía saber si había sido absorbida o no por el paciente. Así, en 1937 la droga fue clasificada oficialmente como un narcótico, lo que dió fin a su uso médico. La reciente investigación de sus usos medicinales sobre ciertos padecimientos, ha sido positiva y se requiere un permiso especial para prescribirla.

Si bien, la marihuana no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia, sí puede crear una fuerte dependencia psíquica. Tampoco provoca tolerancia y los casos de sobredosis son raros; sin embargo, existen varios peligros alrededor de su abuso, pues aún las dosis más pequeñas pueden provocar reacciones inesperadas con estados emocionales incontrolables, (CONADIC, 1992). Por lo que debemos tener en cuenta que es una de las drogas más frecuentemente utilizadas y que su abuso indudablemente encierra graves peligros.

En nuestro país la marihuana ocupa el primer lugar de las tasas de consumo de acuerdo a la Encuesta General de Adicciones, 1998.

1.3.2 LA COCAINA

En un principio, se empleaba en ceremonias religiosas para inducir el trance de meditación, y como ayuda para comunicarse con la naturaleza. Los incas reservaban su consumo para los nobles y sacerdotes, y aquellos que gozaban de un extremo favor imperial, se les permitía consumirla. Las hojas eran ofrecidas en sacrificio a los dioses y masticadas durante el culto, además de colocarlas en las bocas de los muertos para asegurarles una llegada feliz a la otra vida (Dusek y Girdano, op. cit).

La costumbre de pagarles a los trabajadores con hojas de coca se originó en tiempos de los conquistadores españoles, cuando descubrieron que los indígenas podían trabajar más, con menos alimento al usar la droga. En la actualidad, miles de peruanos de las regiones más altas mascan y consumen toneladas de coca cada año; esto se comprende como una reacción a las circunstancias miserables de vida de los campesinos en esos países, pues tienen que soportar el clima tan riguroso, disminuir la ansiedad, aliviar la fatiga, suprimir el hambre y soportar la altitud.

Su estructura es la misma que la de muchos anestésicos, de ahí que comparte con ellos algunas propiedades. Es a principios de 1900 cuando se reconoce como sustancia altamente

adictiva, por ello no tiene uso terapéutico, considerándose un psicotrópico de producción y consumo ilegal, (CIJ,1997).

Cuando se ingiere, produce inquietud y excitación, euforia intensa, sensación de bienestar, ansiedad, inquietud, hiperactividad, temblor leve, taquicardia, hipertensión, disminución del apetito y del sueño. Es inmensamente poderosa, y ni siquiera como anestésico es inyectado por los médicos. En grandes dosis puede causar paranoia aguda, aumento de la presión arterial, la frecuencia cardiaca, convulsiones, hemorragia cerebral, paro cardíaco y paro respiratorio. La repetida aspiración nasal de cocaína, puede ocasionar infecciones en la mucosa con ulceraciones, y en los casos más graves, perforación del tabique nasal, (Madden 1986 cit. en Gannon).

La cocaína produce también un grado considerable de tolerancia, lo que puede llevar a una sobredosis y en consecuencia, a una intoxicación aguda.

Actualmente existen una serie de derivados de la cocaína (tales como el crack o la base libre), los cuales son sustancias no "purificadas" y representan un riesgo aún más alto de adicción, debido a su acción más intensa, a que sus efectos se presentan con más rapidez, y a la necesidad de repetir las dosis con mayor frecuencia.

1.3.3 ANFETAMINAS

Las anfetaminas han sido usadas como drogas estimulantes por muchos años. Sus efectos subjetivos incluyen una sensación de euforia, bienestar, reducción del apetito, locuacidad, hiperactividad y una sensación de mayor poder físico y mental.

Fueron usadas por primera vez a gran escala durante la Segunda Guerra Mundial para mantener despiertos a soldados, pilotos y trabajadores fabriles cuando era necesario que funcionaran con un mínimo de sueño. Las primeras investigaciones científicas verificaron este

efecto mostrando que eran capaces de mejorar el desempeño de ciertas labores, (Dusek y Girdano op. cit).

Aunque se ha demostrado que las anfetaminas calman la sensación de fatiga y ayudan a combatir el sueño, no han comprobado ser capaces de aumentar el desempeño mental de un sujeto descansado y sin fatiga, pues la mente fatigada (aún cuando sea estimulada por más anfetamina), no puede razonar tan bien, como la mente no fatigada.

El consumo crónico de estas sustancias puede producir paranoia, causada por la hipersensibilidad, las ilusiones táctiles, visuales y el estado de fatiga; la paranoia asociada al factor social puede ser responsable de situaciones violentas. Así también, genera estados psicóticos, y en situaciones poco frecuentes se presenta la sobredosis, la cual conlleva a la muerte causada por la toxicidad crónica de estas sustancias.

Las anfetaminas no producen dependencia física, por lo que no generan síndrome de abstinencia al suspenderse bruscamente, aunque esa suspensión puede provocar depresión severa y ansiedad; sin embargo, sí provocan una dependencia psíquica muy marcada, quizás su mayor peligro es que dan lugar a una gran tolerancia, lo que obliga a los usuarios a que se aumenten las dosis, lo que puede provocar una intoxicación aguda, donde se presenten síntomas como deterioro físico por la falta de sueño y alimentos, trastornos del pensamiento, alucinaciones, confusión, delirio, graves alteraciones de la respiración y del ritmo cardiaco. Todo esto puede llevar a la inconsciencia y hasta la muerte, (CONADIC, 1992).

1.3.4 ALUCINÓGENOS

Existen alrededor de 150 especies vegetales con propiedades alucinógenas, aunque se cree que existen aún más las cuales han sido utilizadas y veneradas por el hombre a lo largo de miles de años (CIJ,1990).

Los alucinógenos son las llamadas drogas "psicodélicas", porque afectan a la percepción y los procesos cognitivos, pueden considerarse como una subcategoría de los estimulantes. Su nombre se deriva de la palabra "alucinación" la cual es una experiencia que tiene el carácter de percepción sensorial pero sin estimulación de los sentidos, lo que significa que la persona percibe cosas que no existen.

De las plantas alucinógenas puede ser tomada como sobresaliente en la historia de diversas culturas, la seta **amanita muscaria**:

"Para los koryaks de Siberia, la amanita ha sido el enervante sagrado de las religiones chamanistas, su uso ceremonial desarrolló la práctica ritual de beber orina. Ellos aprendieron que sus propiedades alucinógenas pasan sin ser metabolizadas por el cuerpo; así se puede llegar a estar días en estado de trance con tan sólo poca cantidad de estos hongos" (CIJ, 1990 pag. 24).

"... En los países euroasiáticos del norte existían ciertos individuos que decían tener poderes sobrenaturales y con el poder de influir sobre las fuerzas del bien y del mal, afectando con esto, el curso de los acontecimientos humanos. Para tal fin, hicieron uso de infinidad de plantas venenosas o con propiedades "mágicas". La belladona, el beleño y la mandrágora, son los principales ingredientes de las porciones y brebajes utilizados por los "brujos" de la Europa Medieval, y que ejercieron una profunda influencia tanto cultural, como histórica..." (CIJ, 1990, pag. 17).

En América, se sabe de algunos indígenas de México y de regiones vecinas de Estados Unidos que han consumido el cactus del mescal. En la terminología nativa, la preparación psicoactiva se conoce como **peyote** o **peyotl** , su principio activo es conocido con el nombre de **mescalina**, la cual fue aislada en 1896 y su nombre se deriva de los indios mescaleros (Llanura de Estados Unidos), los cuales lo usaban en sus ceremonias religiosas. Sus efectos de la mescalina son muy parecidos a los del peyote, pero ésta no es tan desagradable de tomar porque no causa los vómitos y las náuseas que origina el peyote, el cual también tiene un olor nauseabundo y un sabor amargo, (Gannon, op cit.).

El peyote, tiene una historia cultural, probada de más de dos mil años en Mesoamérica. Más de diez mil huicholes y muchos otros indígenas mexicanos continúan considerando que el peyote es sagrado y que posee grandes poderes terapéuticos para el cuerpo y la mente,

(Furst,1980), por lo que en la actualidad se continúan celebrando ceremonias religiosas con el fin de rendirle culto.

Como ya hemos revisado, la presencia y el consumo de sustancias psicotrópicas, no es algo novedoso para ninguna sociedad o cultura. Por el contrario, su existencia se encuentra documentada en la historia de todas las culturas del mundo.

Evidentemente, su consumo varía en una cultura o sociedad, a otra debido a las connotaciones religiosas, medicinales, ceremoniosas, sociales, individuales, funcionales, recreacionales, etc. que se le ha dado a través del tiempo.

Lo que resulta importante dentro de este tema en la actualidad, es la forma en que se presentan sus patrones de producción y distribución a nivel mundial; los efectos económicos, sociales y en salud vinculados a estas sustancias; así como su carácter ilícito, pues todas las medidas preventivas y de tratamiento que se han intentado para solucionarlo a nivel mundial, resultan insuficientes.

1.4 CONCEPTOS Y TERMINOLOGÍA EN EL ESTUDIO DE LAS ADICCIONES

En esta sección, presentaremos un panorama general de los conceptos y definiciones más comunes al tema en cuestión.

1.4.1 FARMACODEPENDENCIA

La OMSS define a la farmacodependencia o dependencia a las drogas, como un estado psíquico y en ocasiones también físico causado por la interacción de un organismo vivo y un

fármaco; el cual se caracteriza por una compulsión a recurrir a una sustancia química, ya sea de modo continuado o periódico para sentir sus efectos y en ocasiones para evitar el malestar de su abstinencia.

Este estado se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por respuestas que comprenden siempre un impulso irreprimible de consumir la droga en forma continúa o periódica. Esta dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia y una misma persona puede ser dependiente a más de un fármaco.

Esta definición anterior, se basa en un plano individual, pues se genera farmacodependencia cuando la persona ya no es capaz de controlar o eliminar su consumo. Sin embargo, si retomamos el concepto a nivel social, podemos preguntarnos si la farmacodependencia es vista como un problema social, como un fenómeno multicausal, o bien, como un problema de salud pública.

La farmacodependencia constituye un fenómeno sumamente complejo, en el que intervienen diversos factores sociales e individuales. Cualquier caso de farmacodependencia está determinado por tres unidades: la droga misma y sus efectos; la persona farmacodependiente con todas sus características físicas y psicológicas y el medio ambiente en donde se produce la farmacodependencia, (González,1996). De esta manera concebimos a la farmacodependencia desde una visión multicausal.

Dado que se han estipulado numerosas definiciones respecto al tema, en esta revisión se coincide con el hecho de que la farmacodependencia es un fenómeno multicausal que se relaciona de manera muy directa con numeros problemas de salud, por lo que también se coincide en la concepción de presentarla como un problema de salud pública, al mismo tiempo, se concibe como un problema social.

Por lo anterior, podemos decir que las concepciones que se le han dado a la farmacodependencia (Fenómeno Multicausal, Problema de Salud Pública, Problema multicausal o social) son correctas, pues explican de un determinado ángulo dicho fenómeno.

1.4.2 DROGA

Con respecto al término de droga, se considera como tal, a toda sustancia, siempre que presente una serie de características: que tenga efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), de tal manera que origine cambios fisiológicos y emocionales, mismos que se manifiesten en el comportamiento, además que tenga la potencialidad de generar tolerancia o dependencia.

Así, tenemos que por definición, las drogas son todas aquellas sustancias naturales o sintéticas cuyos efectos se ejercen básicamente en el SNC, y que por su perfil de acción farmacológica poseen la capacidad de crear estados de dependencia, que llevan al sujeto a experimentar su uso continuado, generando así, una adicción (CIJ, 1997).

Por su parte, Aubert (1997), considera que fármaco y droga son sinónimos que designan de manera genérica, cualquier sustancia que al ser introducida en el organismo vivo, produce alteraciones en su estructura o funcionamiento normales. Las drogas se distinguen de los alimentos en que no son nutritivas. Si bien, algunas son útiles para curar enfermedades, en cuyo caso podemos llamarlas medicamentos, otras carecen de propiedades curativas, y sólo sirven para disminuir el dolor, como por ejemplo la morfina.

Para fines de este trabajo, nos ocuparemos de aquellas sustancias que podemos definir como drogas psicoactivas (sustancias que ejercen su acción en el SNC y que modifican el estado anímico, los procesos cognitivos, el comportamiento), y que por su perfil de acción farmacológica son utilizadas con fines no médicos, las cuales pueden dar origen a la autoadministración y generar una fuerte dependencia.

Además de ello, se incluyen aquellas drogas que representan en la actualidad elevadas tasas de consumo dentro de nuestro país y que por esta razón están relacionadas con problemas de salud pública, sociales y familiares.

1.4.3 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Existen diferentes y numerosas clasificaciones de las drogas psicotrópicas, en relación a lo que se considere como base para incluir una droga en un grupo u otro. Así pueden existir clasificaciones de acuerdo al origen de la droga, a los usos médicos, su legalidad, su composición química, a sus efectos, a sus riesgos, a su valor terapéutico, a la dependencia y tolerancia que producen, etc.

De acuerdo con el artículo 245 de la Ley General de Salud, las sustancias psicotrópicas se clasifican en cinco grupos: Grupo I, las que tienen escaso o nulo valor terapéutico; Grupos II y III, las que tienen un valor terapéutico pero que constituyen un problema grave para la salud pública. En México existe el Grupo V, en el cual se agrupan las sustancias que no tienen uso terapéutico, y que se utilizan en la industria como son los solventes y cementos, entre otras, (González, op cit.).

Sin profundizar demasiado en cuanto a la clasificación legal o ilegal de las drogas, la cual no ha sido todavía establecida por las convenciones de las Naciones Unidas para el control de las drogas; ya que sólo en ellas se señala su uso como lícito o ilícito (SSA, 1999). Esta clasificación obedece cuestiones políticas externas y legislaciones internas de cada país. Por ejemplo, el alcohol y el tabaco en estas organizaciones internacionales son generalmente mencionadas como "sustancias", más que drogas porque no están sujetas al control político internacional, con lo que se pasa por alto que además de sus fuertes propiedades adictivas, son las que causan mayores daños a la salud individual y pública en prácticamente todo el mundo. Por otra parte, en algunas poblaciones las drogas de uso médico utilizadas fuera de un control terapéutico son la principal causa de adicción. De igual manera se encuentran los solventes volátiles, que aunque no están incluidos dentro del mencionado control internacional, son frecuentemente usados con fines de intoxicación.

Con esto se trata de decir que el parámetro de legalidad o ilegalidad de una droga, no tiene una correlación directa con su potencial para generar dependencia, o como para evaluar sus efectos nocivos tanto a nivel individual, familiar y social; tal es el caso del alcohol en nuestro país el cual representa uno de los principales problemas de salud para el país.

Con fines didácticos y para posibilitar su fácil comprensión, una clasificación que resulta útil es aquella que agrupa a los fármacos de acuerdo a su efecto en el Sistema Nervioso Central, el cual pueden ser de aceleración o inhibición del mismo.

Las drogas que retardan la actividad del SNC se llaman depresoras; los fármacos que aceleran la actividad del SNC y por lo tanto producen estados de excitación, reciben el nombre de estimulantes; así como se muestra enseguida:

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		ESTIMILANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
OPIACEOS	* OPIO * MORFINA * HEROINA * CODEINA	ALUCINOGENOS	* PSILOCIBINA * MESCALINA * HONGOS * L S D
SEDANTES HIPNOTICOS Y ANSIOLITICOS	* BARBITURICOS * TRANQUILIZANTES * BENZODIACEPINAS * HIDRATOS DE CLORAL	CANNABIS	
		COCAINA	
		ANFETAMINAS	
INHALANTES Y SOLVENTES VOLATILES	* TOLUENO * BENCENO * TRICLOROETILENO * BENZOL * ACETONA	NICOTINA	
ALCOHOL			

TABLA 1: La tabla muestra la clasificación de las drogas con base a sus efectos en el Sistema Nervioso Central

1.4.4 SÍNDROME DE INTOXICACIÓN

Por síndrome se entiende genéricamente el conjunto de manifestaciones clínicas (síntomas y signos), que definen un estado mórbido particular, producido por uno o diferentes factores juntos o separados.

La severidad de la intoxicación es resultado de la dosis, así como de otras distintas condiciones simultáneas en las cuales se utiliza el fármaco. Otros factores interactuantes tales como la tolerancia, pureza del principio activo, adulteración, vía de administración, uso simultáneo de otros psicotrópicos y la experiencia previa del individuo, pueden modificar sustancialmente el cuadro de intoxicación de que se trate.

Las características individuales que determinan la respuesta a un tipo específico de sustancia son también factores importantes a considerar e incluyen: peso corporal, edad, sexo y condiciones físicas y psicológicas de salud actuales y premórbidas. Así mismo, elementos ambientales como la luz, temperatura, sonidos y escena social son componentes relevantes, capaces de influir simultáneamente en la respuesta de un individuo a los efectos propios del psicotrópico (CIJ, 1997).

1.4.5 USO, ABUSO Y DEPENDENCIA

El uso, o consumo de sustancias cuando es esporádico o experimental, puede mantenerse bajo una aislada y breve temporada, sin que llegue a causar propiamente daño o alteraciones psicofísicas a la economía corporal. En tales casos, sólo se habla de uso de psicotrópicos, experimentación o uso social, lo cual no se clasifica como nocivo; pero hablamos de dependencia a un fármaco cuando el individuo ya no es capaz de reducir o evitar su consumo, en este sentido retomamos el concepto de farmacodependencia dado anteriormente.

El uso de sustancias es una condición incierta, y su distinción del abuso no es clara. La mayor dificultad estriba en que ambos fenómenos no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión porque existen dimensiones sociales, médicas, biológicas, legales, etc.; la distinción entre el uso y abuso de tales sustancias, depende en gran medida del carácter legal, de la producción, de la adquisición y uso con fines de intoxicación. Tal es el caso del alcohol en el que su uso no está sancionado legalmente, y así la sociedad le atribuye características positivas en su función de integración social, e incluso tomándolo en pequeñas dosis como "preventivo de mortalidad" en determinados estados patológicos, como en el caso de problemas de circulación coronaria (NIAAA, 1992 cit en Tapia). Sin embargo, puede definirse como abuso cuando se consume en el primer trimestre del embarazo, o antes de conducir, por ejemplo.

Para el caso de las drogas ilegales, es común argumentar que cualquier uso, es abuso de la sustancia. Sabemos que las consecuencias (dependiendo del tipo de droga), serán muy diferentes si se trata de una persona que experimenta con sus efectos una o dos veces, o si las usa diariamente por períodos prolongados, es decir, según sus patrones de consumo.

Por otro lado, Madden (1986), indica que términos como "uso", "abuso", "mal uso", "uso indebido", que se utilizaban para significar el uso No Médico de las drogas; o bien, en el caso del alcohol, para significar su uso excesivo, implican juicios de valor que varían en las distintas sociedades y que resultan difíciles de validar. Estos términos, sin embargo, se siguen utilizando en casos en que los patrones de consumo, no alcanzan a merecer el calificativo de dependencia.

En un reporte posterior a la OMS en 1981, se propusieron una serie de conceptos que resultan más detallados y objetivos, aunque su uso no está tan difundido, (Madden, op. cit):

- a) **USO SIN SANCIONAR O NO AUTORIZADO.** Se refiere al uso del alcohol y drogas que no es aprobado por la sociedad, o un grupo de la misma, en esta categoría, es preciso incluir quienes las desaprobeban. Se acepta la desaprobación como un hecho sin necesidad de determinar o justificar el fundamento de la misma.
- b) **USO QUE IMPLICA RIESGOS O USO PELIGROSO.** Se refiere al consumo de una sustancia que probablemente provoque consecuencias perjudiciales para el usuario, como por ejemplo,

el consumo de 20 cigarrillos al día, tal vez no vaya acompañado de un daño real o actual, pero sabemos que es peligroso.

- c) USO NO FUNCIONAL. Es el consumo de una sustancia que producirá una alteración de las funciones psicológicas o sociales como pérdida del empleo, o problemas maritales, etc.
- d) USO NOCIVO. Consumo de una sustancia que ha causado lesiones en los tejidos o trastorno mental en el usuario.

Por último, es importante aclarar que dentro del contexto internacional de drogas, la OMS utiliza el término abuso, - por ejemplo-, para ser consistente con los términos utilizados en las convenciones, en las cuales se emplea indistintamente los términos abuso, uso inadecuado o uso ilícito; (SSA, 1999), aún a pesar de que la propia OMS ya ha estipulado utilizar el término de dependencia a algún fármaco o su sinónimo farmacodependencia.

1.4.6 TOLERANCIA

En el estado agudo, crónico, o crónico agudizado que se experimenta como consecuencia del consumo reciente de uno o varios psicotrópicos y que produce alteraciones psicofísicas.

La severidad de la intoxicación es el resultado de la dosis y de condiciones tan variadas como la pureza de la sustancia, la vía de administración, la experiencia previa del sujeto, la tolerancia, el uso simultáneo con otros psicotrópicos; características físicas del individuo como peso corporal, talla, sexo, condiciones físicas y psicológicas de salud actuales y premórbidas; elementos ambientales como la luz, la temperatura, los sonidos etc. (CIJ,1997).

La tolerancia es uno de los factores ligados con el abuso de drogas en su administración intencional y repetida por períodos de tiempo relativamente prolongados. La tolerancia se manifiesta por la reducción progresiva de uno o varios de sus efectos farmacológicos como

consecuencia de su administración prolongada, lo que conduce a que dosis de la misma magnitud produzcan cada vez menor efecto de duración y/o intensidad conforme se repite el suministro. Una vez que se desarrolla la tolerancia para lograr el efecto provocado originalmente, es necesario incrementar la dosis.

La Tolerancia Cruzada se desarrolla en aquellos sujetos que han desarrollado tolerancia a más de un fármaco.

1.4.7 SÍNDROME DE DEPENDENCIA

El síndrome de dependencia a psicotrópicos es sinónimo de adicción, y consiste en un conjunto de signos y síntomas de orden cognitivo, conductual y fisiológico que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de tales sustancias. En la dependencia, el individuo continúa utilizando los tóxicos a pesar de sus efectos que éstos ejercen en su organismo. Manifiesta también, un incremento sucesivo en la dosis ingeridas y como resultado de ese patrón de consumo, el sujeto emplea la mayor parte de su tiempo, ya sea en consumir la sustancia, recuperarse de sus efectos, o en el despliegue de conductas dirigidas a conseguirla. Además, experimenta síntomas de intoxicación o abstinencia, mientras lleva a cabo muchas de sus actividades cotidianas, las cuales se subordinan al consumo de la sustancia, modificando sus relaciones y hábitos sociales.

Cuando el fármaco se consume en forma crónica, es decir, cuando existe farmacadependencia como tal, aparecen síntomas orgánicos, psicológicos y sociales, que se acompañan de tolerancia y abstinencia, razón por la cual el individuo tiende a recurrir al uso subsecuente de la sustancia a fin de mitigar los efectos psicofísicos que provocan tales estados (CIJ, 1997).

Anteriormente, la OMS designaba a la dependencia psicológica como una condición en la que la droga promueve una sensación de satisfacción que motiva al sujeto a repetir su consumo

para inducir el placer de sus efectos o evitar el malestar de su abstinencia. Y a la dependencia física como una serie de trastornos fisiológicos que forman un síndrome de abstinencia compuesto de síntomas somáticos y mentales cuando la cantidad de droga en el cuerpo disminuye de modo importante.

Sin embargo, para Edwards, Arif y Hodgson (1982, cit. en Madden), la definición de **dependencia física** es confusa, pues la dependencia no es tal, si no se consumen drogas, o al menos, no se desea hacerlo. Por ejemplo a pacientes quirúrgicos a quienes se les administró opiáceos para aliviar el dolor, pueden a veces sufrir síntomas de privación, sin sentir deseos de continuar recibiendo la droga, o sin desear continuar con la droga.

Por esta razón, y porque la dependencia física y la tolerancia con frecuencia se desarrollan en paralelo, el Memorandum de 1981 de la OMS, propuso el término **neuroadaptación**. Así, un individuo puede percibir que la privación de opiáceos es la causa de un malestar interno, pero decide abstenerse de tomar la sustancia a pesar de que está a su alcance.

La Neuroadaptación se refiere a las modificaciones de las neuronas que se relacionan con la "dependencia física" como con la Tolerancia. Es posible que a veces exista neuroadaptación sin que se presente el síndrome de dependencia y que se manifieste este último sin que haya indicios de neuroadaptación o cuando ésta ya ha desaparecido.

Según los parámetros establecidos por la OMS, el síndrome de dependencia abarca las siguientes características (Madden, op cit.):

- ⇒ Experiencia subjetiva de una compulsión a usar la droga casi siempre durante los intentos de reducir o discontinuar el consumo de la droga.
- ⇒ El deseo de dejar de tomar la droga aunque el sujeto continúe consumiéndola.
- ⇒ Un patrón relativamente estereotipado e inflexible de consumir la droga.
- ⇒ La neuroadaptación (demostrada por las características de la tolerancia y el síndrome de abstinencia).
- ⇒ La prominencia de la conducta orientada a consumir la droga sobre los demás motivos del comportamiento.

⇒ La renovación rápida del síndrome, después de un intervalo de abstinencia.

La OMS definió en 1963 el término de dependencia que anteriormente se utilizaba como adicción y habituación. En un principio, la definición de dependencia se estipulaba así: " un estado psicológico y a veces también físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo, que siempre incluyen una compulsión por tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y, a veces para eludir el malestar debido a su ausencia "; (SSA, 1999).

Sin embargo, se pensó que era necesario aclarar más el término y fue modificado por el de " *un grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos de variable intensidad, en el que el uso de drogas psicoactivas tiene una alta prioridad; hay preocupación y deseo de obtener y tomar la droga, por lo que se adoptan conductas para buscarla: Las determinantes y las consecuencias problemáticas de la dependencia a drogas, puede ser biológicas, psicológicas o sociales y usualmente interactúan* ", (SSA, op. cit).

1.4.8 SINDROME DE ABSTINENCIA

Es el conjunto de signos y síntomas producido por la consecuencia de la reducción o interrupción de la administración de un psicotrópico, después de un tiempo de uso prolongado, o en casos mas aislados, por dosis altas. Mientras más rápidamente se desarrolle el síndrome, la severidad será mayor.

Algunos fármacos pueden causar síndromes de abstinencia que se asocian con altos índices de mortalidad, fundamentalmente por las complicaciones que producen conjuntamente a nivel cardiaco, pulmonar y de SNC. Tanto el alcohol etílico como otros tranquilizantes (sedantes, hipnóticos, ansiolíticos y opiáceos) son psicotrópicos capaces de desencadenar graves síndromes de abstinencia que requieren de cuidados especiales a fin de evitar sus complicaciones y eliminar riesgos contra la vida.

Otros psicotrópicos en cambio, no producen síndromes de abstinencia asociados a tasas de mortalidad elevada, aunque sí son capaces de inducir diversos trastornos psicofísicos variables en su intensidad. Tales fármacos incluyen los opiáceos, marihuana, cocaína y estimulantes. Los síndromes de abstinencia causados por la acción de tales fármacos no requieren necesariamente de manejo médico-psiquiátrico, aunque pueden emplearse algunas medidas farmacoterapéuticas para evitar malestares o complicaciones psicológicas o sociales.

1.4.9 TIPOLOGÍA DE LOS USUARIOS

De acuerdo a la frecuencia con que el individuo consuma la droga y al grado de dependencia psíquica y/o física que se haya establecido, se definen diferentes tipos de usuarios:

Usuario Experimental: Son personas que por primera vez utilizan las drogas por ser una experiencia novedosa, la consumen por un propósito específico en una situación pasajera (curiosidad, imitación, invitación o presión del grupo). Es un hecho que un número creciente de individuos experimenta con ellas o las usa ocasionalmente, lo que demuestra su continuo aumento en forma importante en el número de personas, en particular jóvenes, que han probado sustancias intoxicantes, y no sólo eso sino que cada día el contacto con las drogas y el uso ocasional de esta parece convertirse en un elemento habitual en la vida de ellos. No es sorprendente que este tipo de usuarios, constituya el grupo más numeroso.

Usuario Social u Ocasional: A este grupo pertenecen las personas que usan sustancias tóxicas específicamente en situaciones pasajeras o únicamente en situaciones sociales; o bien, cuando las drogas se ingieren ocasionalmente para conciliar el sueño o para aliviar estados depresivos. Sin embargo, a partir de estas situaciones pasajeras de consumo puede establecerse una dependencia. Esta definición, encuadra frecuentemente en el argumento de que el consumo es producto de las modas, de la presión social, de una especie de rito de iniciación, de la rebelión contra los valores sociales establecidos, etc.

Usuario Funcional: Son personas que hacen uso de la droga para realizar sus funciones cotidianas, pero que aún siguen funcionando productivamente o con ciertas deficiencias; sin embargo, se ha establecido una dependencia tal que no pueden realizar sus actividades sin dejar de consumir la droga.

Usuario Disfuncional: Se denominan así a aquellos individuos que constantemente necesitan consumir la droga y que han dejado de funcionar social y productivamente; su vida gira en torno a las drogas, y todas sus actividades son dedicadas a la obtención y consumo de las mismas, ya que no pueden prescindir de ellas en ningún momento de su vida; obligados por la necesidad de evitar el sufrimiento o los trastornos orgánicos que aparecen de la privación; lo que significa un deterioro social, familiar y personal, siendo sus posibilidades de recuperación bastante reducidas.

1.4.10 PREVALENCIA ACTUAL EN EL CONSUMO DE DROGAS

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones más reciente, realizada en 1998 por la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Dirección General de Epidemiología y el Consejo Nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud; en donde se trabajó con una población general urbana del país entre 12 y 65 años de edad, y teniendo un total de 12, 015 entrevistas realizadas por familia, se obtuvieron datos sobre la prevalencia del consumo de drogas ilegales y legales.

Se describirán los resultados arrojados considerando las siguientes estimaciones de prevalencia:

- ♦ Uso " alguna vez en la vida" : proporción de individuos que reportaron haber consumido alguna droga ilícita. Esta categoría distingue las personas que han usado y las que no han usado drogas, sin considerar si las consumen actualmente.

- ◆ Uso en el "último año" : es la proporción de individuos que refieren haber utilizado una o más drogas en los últimos 12 meses previos al estudio.
- ◆ Uso en el "último mes" : a esta prevalencia se le conoce también como "uso actual" y permite estimar la proporción de quienes utilizaron drogas ilegales en los últimos 30 días previos al estudio.

Los resultados y datos del estudio más sobresalientes se presentan de manera general a continuación:

- La marihuana se ubicó como la droga más consumida en todos los grupos de edad (12-17, 18-34 y de 35-65 años) en ambos sexos.
- La cocaína ocupa el segundo lugar de importancia en su consumo; y los alucinógenos (que ocupan el tercer lugar de preferencia en el consumo) y heroína fueron las drogas con menores índices de haber sido usadas.
- En las prevalencias, los datos se ubican así: Por cada mujer, hay 13 hombres que utilizaron droga alguna vez en su vida; por cada mujer, 14 hombres la utilizaron en el último año y en el último mes, una mujer consumió drogas, por cada 15 hombres.
- El grupo de edad que presentó los más altos índices de consumo es el de los varones de 18 a 34 años.
- El consumo de drogas en Tijuana y Cd. Juárez se ubican como lo más elevados (14.73% y 9.20%, respectivamente), superando al promedio nacional (5.27%). Le siguieron las ciudades de Guadalajara y México (7.50% y 7.28%). En cambio, la región sur presentó un consumo de 2.69% por debajo del promedio nacional.
- Las diferencias por sexo en estas ciudades son importantes. Mientras que en Tijuana el consumo entre hombre es de sólo 6 veces mayor que en las mujeres (6 a 1), en ciudades

como Guadalajara y México, aproximadamente 10 hombres por cada mujer consumieron drogas alguna vez.

Al comparar la anterior Encuesta Nacional de Adicciones (1993), con la actual, encontramos que la cocaína es la droga que registra los incrementos más importantes al casi triplicarse el consumo *de alguna vez*, y duplicarse el *del último año*.

TENDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS POR TIPO DE SUSTANCIA

TIPO DE DROGA	ALGUNA VEZ		ULTIMO AÑO		ULTIMO MES	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998
INHALABLES	0.50	0.80	0.17	0.15	0.11	0.09
MARIGUANA	3.32	4.70	0.58	1.03	0.32	0.70
COCAINA	0.56	1.45	0.22	0.45	0.09	0.21
ALUCINOGENOS	0.22	0.36	0.04	0.03	0.02	-----
HEROINA	0.07	0.09	0.03	0.02	-----	-----
CUALQUIER DROGA ILEGAL	3.90	5.27	0.75	1.23	0.44	0.83

TABLA 2.- Consumo de drogas con base a la prevalencia. Comparación de dos encuestas realizadas en los años de 1993 y 1998 (SSA, 1999 pag. 51).

Al analizar las tendencias por sexo, se observa en el país una proporción de hombres que reportaron usar alguna droga *alguna vez* se elevó en un 50%: entre las mujeres, el aumento fue en un 15%. En la ciudad de México el aumento fue de un 90% entre los hombres, al pasar de 7.62% en 1993, a 14.94% en 1998. Entre las mujeres el consumo se elevó un 60%, ya que de 0.84% pasó a 1.40% en 1998. Esto se puede observar en la tabla 3 donde se muestran los grupos de la población que están en mayor riesgo de consumo de drogas, no sólo en cuanto al género, sino también de acuerdo a su edad. El incremento en el consumo se presenta más en los varones de 35-65 años, seguidos de los de 18-34 años, quienes tuvieron casi un 50% de aumento entre 1993 y 1998.

TENDENCIAS DEL CONSUMO DE DROGA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

	ALGUNA VEZ		ULTIMO AÑO		ULTIMO MES	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998
EDAD Y SEXO	%		%		%	
HOMBRES						
12-17	3.00	3.57	1.13	2.14	0.63	1.40
18-34	10.57	15.61	2.49	4.07	1.51	2.72
35-65	5.68	10.65	0.51	1.12	0.35	0.85
SUBTOTAL	7.32	11.09	1.51	2.62	0.92	1.78
MUJERES						
12-17	0.43	0.60	0.13	0.45	-----	0.31
18-34	1.03	1.18	0.15	0.20	0.04	0.13
35-65	0.55	0.62	0.07	-----	0.05	-----
SUBTOTAL	0.76	0.87	0.12	0.18	0.04	0.12
TOTAL	3.90	5.27	0.75	1.23	0.44	0.83

TABLA 3.- La tabla muestra el consumo de drogas por grupos de población, comparando las Encuestas Nacionales de 1993 y 1998 (SSA, 1999, pag. 53).

Estos datos demuestran que mientras en 1993 había en el país 23 hombres por cada mujer que usaron alguna droga ilegal en los 30 días previos a la encuesta, en 1998 esta relación fue de 15 a 1. En los hombres, el consumo en el último mes incrementó en más del 90% entre 1993 y 1998; entre las mujeres, aunque el consumo siempre es menor que el de los hombres, en 1998 se triplicó la proporción de usuarias, especialmente entre las de 12 a 17 años, quienes representan al grupo mayoritario de consumidoras en el último mes. Este grupo de edad de mujeres no había registrado casos de uso en el último mes en el estudio de 1993. Entre las ciudades analizadas, en 1998 sólo en Tijuana y en la Ciudad de México se encontró reportes de este consumo, (SSA, 1999).

Los resultados que arrojan estas encuestas, indican en primer lugar, una tendencia de aumento en el consumo general de drogas en nuestro país; así también se especifican las drogas de mayor uso como es el caso de la marihuana la cual se considera como la droga con mayores tasas de consumo.

En segundo lugar, se plantea el considerable incremento en la ingesta de la cocaína, la cual la coloca en el segundo lugar de preferencia por parte de los usuarios. Es importante señalar también, las diferencias de género y edad en el consumo de estas sustancias, pues los resultados resaltan un mayor índice de consumo en el grupo de edades de 18 a 34 años tanto en hombres, como en mujeres.

Si bien, las mujeres poseen índices de consumo significativamente menores a la de los hombres; esto no descarta su incremento, sobre todo si analizamos en rubro de ingesta durante el último mes previo al estudio en donde se triplica su consumo dentro de esta población.

Por otro lado, este rubro manifiesta el uso actual en el consumo de droga lo cual nos obliga a focalizar estudios y dirigir acciones preventivas que aborden esta situación.

Aunque el objetivo de este trabajo no se dirija a tratar de manera amplia el asunto preventivo, no por eso se descarta la idea de que la prevención dirigida a fomentar una educación para la salud, es la mejor herramienta que contamos para hacer frente a la farmacodependencia; pues en términos de tiempo y economía resulta más fácil y brinda mejores resultados prevenir que rehabilitar.

En conclusión, se ha presentado un panorama general de los conceptos y terminología más usuales dentro de temas relacionados con la farmacodependencia. Como podemos ver, las drogas son sustancias altamente destructivas para cualquier persona, y en particular, si se emplean de una manera constante; ya que en la mayoría de los casos, este uso va más allá de factores volitivos o el simple deseo de suspender su consumo, lo que genera una necesidad por la sustancia y en consecuencia, la dependencia a la misma.

CAPITULO II

FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y TEORICO-CONCEPTUALES EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Dentro de este capítulo se analizan los conceptos básicos que han sido propuestos por la Terapia Familiar Sistémica para el abordaje de la familia. Se retoman los antecedentes históricos y sociales los cuales dieron lugar al surgimiento de la Terapia Familiar Sistémica, así como sus máximos precursores surgidos a partir de la década de los años cincuentas. Se incluye una descripción del sistema de interrelaciones entre cada uno de los miembros de la familia; así como los patrones de comunicación más representativos; incluyendo el ciclo vital de la familia.

Todo esto tiene como objetivo introducirnos al estudio de las familias y al enfoque teórico-metodológico que supone una visión circular y sistémica, explicativa de las familias farmacodependientes a revisar en el capítulo tres.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

El desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica, se da a partir de un conjunto de eventos históricos, políticos, económicos, sociales, etc., surgidos a raíz de las guerras mundiales, que a su vez provocaron que la ciencia y en particular el área clínica se viera modificada y ampliada. Con respecto a la psicología, podemos decir que los eventos psicológicos que anteriormente se estudiaban de manera lineal *causa-efecto*, fueron adaptando un concepto de *circularidad*, es decir, más que buscar las causas del evento a estudiar, comienzan a analizarse todos los factores involucrados que mantienen el evento.

Son tres las ciencias que conformaron las bases fundamentales del enfoque sistémico: Principios Cibernéticos, Teoría general de Sistemas y Teoría de la Comunicación.

2.1.1 CIBERNÉTICA

Desde la revolución industrial, los conceptos de la cibernética tomaron sus primeros pasos con aportaciones en la física, mecánica, matemáticas, etc. La cibernética surge a partir del análisis de los fenómenos físicos vistos no por leyes exactas ni con la plena seguridad que ocurran, sino que cabe la probabilidad de ocurrir o no, así se acepta el azar como instrumento de evaluación y como parte fundamental de la física y las matemáticas.

Por lo que en los inicios de la terapia familiar con enfoque sistémico debe su origen a principios cibernéticos.

El proceso de recibir y utilizar información nos permite ajustarnos a las contingencias de nuestro medio y vivir de manera afectiva en él; así también, el proceso de aprendizaje en todos los seres vivos incluye el fenómeno de retroalimentación y de esta manera la Terapia Familiar es influenciada por estos cambios epistemológicos.

Dentro de los principios cibernéticos se derivan la cibernética de primer y segundo orden, la primera contiene dos movimientos y se basa en el principio de que el sistema observado se considera separado del observador. Su primer movimiento, se enfoca en cómo los sistemas mantienen su propia organización (homeostásis), por retroalimentación negativa (morfoestásis). En su segundo movimiento, se basa en cómo los sistemas cambian su organización por retroalimentación positiva (morfoénesis) A esto también se le denomina segunda cibernética.

A diferencia de la cibernética de primer orden (también llamada primera cibernética), en la cibernética de Segundo Orden, se considera al observador como parte de la realidad observada,

ya no como organizador de ésta, por lo que está directamente involucrado, es influenciado y a su vez influye en esta realidad.

2.1.2 TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Inicia en 1928 cuando el biólogo austriaco Ludwing Von Bertalanffy sugiere el análisis de un enfoque nuevo para estudiar los problemas biológicos. Bertalanffy propuso el análisis de la estructura de los sistemas intentando así, contrarrestar la fragmentación de la ciencia en especialidades individualizadas, sugiriendo que los fenómenos deben estudiarse, no en un contexto estrictamente definido, sino en campos interactivos. (Ackoff,1960 cit. en Musitu et al.,1988; cit. en López y Torres, 1994). La necesidad de una comprensión profunda de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales incrementa el interés en el conocimiento de sistemas, los cuales se encuentran constituidos por partes unidas y por interacciones intensas.

Bertalanffy define a un sistema como un conjunto organizado e interdependiente de elementos relacionados entre sí y con el medio ambiente; así, todo sistema tiene a su vez, niveles de organización llamados subsistemas.

De esta manera tenemos que cualquier sistema, ya sea que se trate de una célula única o de un grupo familiar es un sistema vivo, por lo que existe un estado de continuo intercambio con el medio; éste intercambio sucede dentro de un contexto dentro del cual la vida se organiza, se transforma y muere.

Para el caso de las familias, el contexto es el cambio social, su etnicidad, la cultura que la enmarca y el escenario geográfico dentro de un tiempo histórico determinado.

Existen dos tipos de sistemas:

- ♦ **ABIERTOS.-** Intercambian energía e información con el medio circundante y son susceptibles al cambio. Permiten un flujo de entradas o salidas con un aumento o

disminución de sus componentes, siendo capaz de producir cambios y como consecuencia, evolucionar.

- ❖ **CERRADOS.-** Permanecen estáticos y no existe interacción con su medio. Constituyen objetos inertes.

Así también los sistemas abiertos presentan ciertas características las cuales son:

- ❖ **TOTALIDAD Vs SUMATIVIDAD:** Cada elemento del sistema está interrelacionado con los demás elementos, de tal forma que un cambio en una de sus partes produce un cambio en todas las demás. El todo es algo más que la suma de sus partes, porque el sistema no puede entenderse como la suma total de sus partes, es decir, las propiedades y formas de acción no son explicables por la suma de las propiedades y formas de acción de los componentes tomados aisladamente.
- ❖ **HOMEOSTÁSIS:** Exige la adaptación del sistema a las demandas del medio, es a través de ésta que el sistema mantiene su estado de equilibrio interno. La homeostásis representa los periodos de estabilidad en el sistema.
- ❖ **MORFOGÉNESIS:** Es la tendencia al cambio para que el sistema sea transformado, es decir, son los periodos de cambio dentro del sistema.
- ❖ **RETROALIMENTACIÓN:** Explica la forma en que puede mantenerse la totalidad del sistema, es decir, que determinada cantidad de información que sale del sistema, es regresada además, con mayor información, para que de esta manera, el sistema pueda regular su acción. La retroalimentación puede ser:

POSITIVA.- es la habilidad del sistema para producir un cambio para adaptarse a su ambiente, el sistema será capaz de recuperar el equilibrio perdido o de restablecerlo.

NEGATIVA.- No se promueve el cambio del sistema; se tiende al mantenimiento de la homeostásis.

❖ **EQUIFINALIDAD.**- Propiedad de los sistemas abiertos por la cual su estado está determinado por la naturaleza de la relación y no por condiciones iniciales, de manera tal que distintas condiciones iniciales, pueden llevar a un mismo estado del sistema, Los sistemas familiares pueden alcanzar un estado independiente del tiempo y de las condiciones iniciales, lo que significa que el mismo estado final de dos o más subsistemas pueden ser alcanzados mediante diferentes condiciones iniciales, o diferentes procesos, son equifinales.

Es por esto que el organismo no es considerado un sistema estático o cerrado; sino que es un sistema abierto en estado uniforme que mantiene un intercambio de materia circulante.

2.1.3 TEORIA DE LA COMUNICACIÓN

Hacia la década de los 40's, las terapias en las que la unidad de tratamiento era la familia, eran muy frecuentes, Gregory Bateson y Paul Watzlawick aportaron investigaciones sobre la comunicación y las interacciones verbales y no verbales, con el objetivo de vincular el estilo de la comunicación con el síntoma encontrado en una familia.

Bateson realizó una teoría de la comunicación. Observó que en una familia con un miembro esquizofrénico, cuando el paciente mejoraba, otro miembro de la familia empeoraba, así la familia fomentaba y exigía que el paciente mostrara un comportamiento irracional.

También se derivó la hipótesis de la "doble atadura" que es en esencia, una comunicación a muchos niveles, en la que una demanda manifiesta en un nivel, era anulada o contradicha en otro nivel. A partir de los estudios de Bateson, los terapeutas familiares se interesaron en el estudio de la comunicación, hasta llegar a la Teoría de la Comunicación Humana, la cual define a la comunicación como un conjunto fluido y multifacético de varias formas de conducta, sostenido entre dos o más personas en el cual los participantes se emiten mensajes que los afectan mutuamente (Kamikiara,1992; cit. en López y Torres).

Al respecto, Watzlawick, señala la importancia de conceptualizar a la esquizofrenia como resultado de la reacción posible frente a un contexto comunicacional absurdo. Propone cinco axiomas fundamentales:

1. **Toda conducta es comunicación**, de tal manera que no es posible no comunicarse, la actividad o inactividad, las palabras o el silencio siempre tienen un valor de mensaje.
2. **Toda comunicación tiene siempre un aspecto de contenido (datos) y uno de relación** (cómo debe entenderse dicha comunicación), ambos pueden ser complementarios.
3. **La puntuación** (o forma en que cada individuo interpreta los mensajes) **determina la naturaleza de las interacciones**; así la forma de puntuar de cada individuo, suele ser el origen de múltiples conflictos en las relaciones humanas.
4. **Toda comunicación se da a nivel digital** (verbal y escrito) **y analógico** (gestual y corporal).
5. **Toda comunicación es Simétrica** (competencia, lucha de poder, no se acepta la ayuda del otro) **y Complementaria** (una conducta de los participantes complementa la del otro, uno ocupa la posición superior y otro la inferior).

2.2 PRECURSORES DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

A continuación se citarán algunos de los principales autores quienes fueron desarrollando la Terapia Familiar Sistémica gracias a sus observaciones y trabajos que realizaron.

Nathan Ackerman

Podemos mencionarlo como uno de los precursores de este campo. Ackerman fue un psiquiatra norteamericano, uno de los pioneros en analizar a toda una familia, pensaba que la dinámica familiar ejercía en la patología del paciente su propia enfermedad. Funda en 1965 en

Nueva York el Instituto de la Familia, que más tarde se llamaría Instituto Ackerman, para proporcionar atención a familias con pocos recursos (Lima y Vázquez, 1997).

Su mayor aportación de servicios clínicos fue el haber fundado en 1960 el "The Family Institute", el cual, después de su muerte se llamó "Ackerman Institute". La influencia de Ackerman se refleja en todos aquellos que continuaron con sus enseñanzas y dinamismo y que fueron preparados en su instituto como Israel Zwerling y Salvador Minuchin.

Murray Bowen

Fue el primer psiquiatra que junto con Lyman Wyne se convirtieron en unos de los pioneros en hospitalizar a familias enteras con el objeto de estudiar las relaciones del paciente esquizofrénico con su familia. En sus observaciones llegó a las siguientes conclusiones:

Hay una relación continua entre el conflicto de los padres y el trastorno del hijo; la madre suele ser dominante y el padre pasivo; los conyuges niegan el conflicto entre ellos; existe un divorcio emocional en la pareja, a pesar de vivir juntos.

En terapia, su objetivo primordial es lograr que cada individuo se diferencie de los demás miembros de la familia. Es por esto que en la terapia se plantea como objetivo fundamental esta diferenciación del individuo y los demás, a lo que el llamó "diferenciación del self". Bowen desarrolló la terapia trigeneracional para explicar el origen de la esquizofrenia, donde existe la idea de que muchas enfermedades emocionales se desarrollan en tres generaciones donde hay interdependencia estrecha con sus miembros.

Ivan Boszormeny-Nagy

Desarrolló un sistema ética de la familia, en su libro "Invisible Loyalties" sugiere un sistema ético de obligaciones y deudas familiares, las cuales deben pagarse con el tiempo, sin importar

el momento en que ocurrió, para lo cual es necesario abarcar por lo menos tres generaciones; los síntomas suelen ser la señal de que hay una excesiva acumulación de injusticias, pues los problemas surgen cuando la justicia es demasiado lenta o insuficiente, lo que genera la "cadena de retribuciones desplazadas" (Hoffman, 1992, cit. Lima y Vázquez). Funda el grupo de Philadelphia, el cual se le puede catalogar como uno de los grupos más significativos en el campo de la investigación y formación de profesionales en el campo de la terapia familiar.

Estos tres autores conciben una circularidad y consideran a la familia como un sistema, sin embargo, continuaron con sus postulados psicodinámicos. Entre los autores que se reunieron para formar enfoques particulares de la terapia familiar sistémica se encuentran:

Gregory Bateson

Desarrolló la Teoría General de la Comunicación, en 1952 investiga paradojas en comunicación, apoyado por Weakland, Haley, Jackson, William Fry, desarrollan la teoría del doble vínculo o la doble atadura.

Bateson fue uno de los fundadores del campo de la terapia familiar, lo cual se considera irónico, pues en sus inicios tenía poco interés en este campo. El era más bien antropólogo y filósofo. Estudió la comunicación de algunas especies animales y fue uno de los primeros en estudiar la teoría de los sistemas y la cibernética. Se inicia en el campo de la comunicación con los conceptos paradójicos, Bateson comprobó estas paradojas en familias con esquizofrenicos, (Sánchez y Guitierrez, 1996).

Bateson introduce el término retroalimentación positiva o feedback y resalta junto con Haley, Jackson y Weakland en concepto del doble vínculo.

Carl Whitaker

Enfoca su trabajo con pacientes esquizofrénicos y sus familias, es conocido como el terapeuta de lo absurdo, por llevar lo impensable hasta los bordes de lo imaginable *"aumentar la patología hasta que los síntomas se destruyen por sí solos"*. Whitaker consideró que todos los miembros de la familia tienen la misma significación, y para modificar el conjunto, es preciso cambiar a los miembros de manera individual. Las sesiones de este autor, no parecen ser dirigidas, pues acepta cualquier información y la rastrea, hace comentarios sobre un tema, amplía el síntoma, relaciona cierta información con otra, liga a los miembros del grupo familiar, al mismo tiempo que destruye sus lazos para crear otro tipo de relaciones:

"Si el terapeuta, por ejemplo, empieza a decir de sí mismo que es un imperfecto, o revela sus sentimientos de dependencia, temor o confusión, la familia puede sentirse tentada a mirar en su interior también..." (Whitaker y Bumberry, 1991 pag. 156).

Para este autor es importante enseñarle a la familia a sentirse independientes del terapeuta, y a que asuman la responsabilidad de lo que ocurre en terapia y en sus vidas. A Whitaker se le debe acreditar por haber convocado la primera reunión del movimiento de terapia familiar.

Salvador Minuchin

Psiquiatra y psicólogo infantil argentino. Desarrolló la pauta teórica y práctica para el cambio en la estructura de los sistemas familiares. Señala que para que las familias funcionen eficazmente, es importante que mantengan un sistema totalmente abierto, en transformación, que mantengan relaciones con lo extrafamiliar, posean la capacidad de desarrollo y que su estructura esté organizada por holones. Considera que la patología aparece en familias demasiado enredadas donde existe escasa diferenciación de los subsistemas. El objetivo esencial en terapia es la de diferenciar a esos subsistemas. En terapia, se modifican las relaciones de las personas, disponiendo quienes habrán de dialogar, sobre qué temas, y de qué

manera; esto se fundamenta en la convicción de que los cambios ocurridos en las vías de comunicación, conducen a importantes cambios estructurales en la familia.

Minuchin intenta resolver la problemática "individual", modificando la organización de la familia, pues el individuo es considerado como la manifestación del conflicto familiar, donde el miembro portador del síntoma es llamado "paciente identificado"; puesto que si se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican las posiciones de sus miembros, y por lógica, disminuye la sintomatología del paciente.

Milton Erickson

Dedicado al estudio experimental y a la utilización terapéutica de la hipnosis. Erickson aportó a la terapia una gran variedad de técnicas hipnóticas que marcaron el inicio de la escuela estratégica, convirtiendo a la hipnosis en un estilo especial de comunicación, (Haley, 1991 cit. en López y Torres).

Sus técnicas hipnóticas formaron las bases del desarrollo de la directiva paradójica, que marcó el inicio de la escuela estratégica. Presta poca atención al pasado y a definir el problema. Erickson es uno de los personajes que más han influenciado en el modelo de la terapia familiar breve, ya que sus técnicas y postulados van a dar pauta al desarrollo de esta investigación.

Jay Haley

Haley desarrolló un importante papel en el movimiento de la terapia familiar, es considerado como una figura de transición entre la escuela estratégica y la estructural. Es influenciado por Erickson, Haley considera que una estructura triádica siempre origina tensiones en un sistema social, lo que llamó "*triángulo perverso*" en el que la separación entre generaciones se da de forma encubierta. Para él, una situación conflictiva que surge dentro de diferentes ordenes de

coalición afecta el funcionamiento apropiado de un sistema social, así como el de las personas que lo integran. A Haley se le conoce como un analista de la comunicación; sus observaciones sobre la comunicación y la estructura permitió la posibilidad de considerar a la esquizofrenia como un conflicto de grupos, ya que reconoció que los síntomas de la esquizofrenia sugieren una incapacidad para discriminar.

Don Jackson

Fue médico, psiquiatra y psicoanalista. Propone la teoría analítica de la personalidad basada en las relaciones interpersonales, considera que la esquizofrenia es el resultado de una relación "falsa" entre madre e hijo.

En 1959, forma el Mental Research Instituto (M.R.I.), en el que utiliza las aportaciones de Bateson y colaboradores de los que emplea dos hipótesis: el concepto de homeostasis familiar, que define dando pauta al principio básico de la terapia familiar sistémica. Propone que no es la familia la que se desequilibra por el enfermo, sino que el equilibrio descansa en la enfermedad de éste que tiende a preservarse, por lo que se debe buscar otro equilibrio para la familia mediante una reorganización del sistema de relaciones en el que se encuentra instalada. Su trabajo con pacientes consistía en construir una doble atadura terapéutica como principal estrategia para el cambio, ya que compartía la misma opinión de Bateson.

Virginia Satir

Consideró el planteamiento de que las familias disfuncionales utilizan con frecuencia el "nosotros" en lugar de utilizar el "yo. Satir destacó por su capacidad para atacar los problemas o situaciones negativas y convertirlas en positivas, y por su arte de "desenredar" a las personas salvándolas de las trampas comunicacionales que son rasgos característicos en familias con un miembro psicótico (Hoffman, 1992 cit. en Mastache). En los sistemas abiertos el individuo puede decir lo que siente para lograr su crecimiento personal sin destruirse o destruir a los demás.

Su principal interés es el individuo y el desarrollo humano. Sus tres premisas principales en la naturaleza humana son:

1. Cada persona tiende a la supervivencia, al crecimiento y a la cercanía con los otros.
2. Lo que la sociedad considera como conducta "mala", es un intento de comunicar un problema o de solicitar ayuda.
3. Los individuos están limitados por su conocimiento, forma de aceptarse y por su habilidad para interactuar con las personas que los rodean.

Para Satir, el objetivo de la terapia familiar es lograr que cada individuo sea capaz de comunicar de manera clara lo que ve, oye, siente y piensa sobre sí y los demás en presencia de éstos.

Satir considera que existen cuatro fuerzas esenciales que operan en la vida familiar son: la autoestima, la comunicación, las reglas y las ligas con la sociedad. Cuando los miembros de la familia tienen la libertad de expresar sus afectos genuinos, se sienten valorados y queridos, y esa libertad permite que los miembros se den mutuo apoyo, (Guerrero y Mc Can, 1988).

Paul Watzlawick

Investigador austriaco dedicado al estudio de la comunicación, se une en 1962 al MRI y ayuda a Jackson en los conceptos de lo que sería la Terapia Familiar Sistémica. Considera que los intentos de solución de la familia de lo que es el problema, constituyen otro problema más, porque sostiene que cuando una dificultad se percibe como un "problema" dentro de la familia, este por lo regular es intensificado por las "soluciones" que los miembros de la familia intentan llevar a cabo.

John Weakland

Comenzó su carrera como ingeniero químico y posteriormente se orientó al estudio antropológico. Insistió sobre la importancia de las interacciones en conjunto del grupo familiar en la esquizofrenia, es así como desarrolla el tema de las relaciones entre tríadas o triángulos de la relación; también señala que las relaciones no solo se dan entre dos o más personas, y no solo entre padre-madre-hijo, sino también paciente, psicoterapeuta, psiquiatra.

Fué el primero en romper el molde diádico, estas ideas provocan que se separe del equipo de Bateson para irse con Don Jackson al Mental Research Institute.

2.3 CENTROS DE INVESTIGACIÓN QUE CONTRIBUYERON AL DESARROLLO DE LA TERAPIA FAMILIAR

2.3.1 CALIFORNIA

A este grupo, pertenecieron personalidades como Don D. Jackson, Gregory Bateson, William F. Frey, Jay Haley, Robert E. Kanton, Jules Riskin, Virginia Satir, Paul Watzlawick y John H. Weakland. Este grupo se fundó en Palo Alto, California, y su centro de investigaciones fue el Mental Research Institute (M.R.I.).

Entre sus primeros fundadores podemos mencionar a Bateson, quien estudiaba la comunicación con familias esquizofrénicas y en 1952 obtiene fondos de la Fundación Rockefeller para continuar con sus investigaciones en este campo conjuntamente con Haley y Weakland. Uno de los primeros intereses de Haley, fue establecer contacto con Milton Erickson, a tal grado que llegó a ser el mejor expositor de sus teorías. De esta manera, los modelos Ericksonianos de

la teoría estratégica, así como los de la paradoja, se convirtieron en piedra angular de las teorías de la terapia familiar.

En 1954 los fondos se agotaron y el grupo se tuvo que centrar únicamente en el estudio de las familias con un miembro esquizofrenico. Mas tarde, invitan a Don Jackson para que colabore con ellos, así, generan el informe de psiquiatría "Hacia Una Teoría de la Esquizofrenia", en donde incluyeron el concepto del doble vínculo como la causa de esquizofrenia en los niños. Por contradictorio que parezca, ellos nunca habían observado la dinamica de familia en terapia. Haley observó que uno de los pacientes mostraba gran ansiedad después de la visita de la madre al hospital, después de esto, el grupo decide incluir a toda la familia, así como grabar en video todas las sesiones para su estudio posterior (Sánchez y Guitierrez, op. cit.).

En 1957, Jackson se reúne con John Bell y Charles Julweiler quienes le indican el uso de la cámara de Gesell como un mecanismo interactivo de supervisión. Para 1959, se funda el "Mental Research Institute", el cual se especializó en la terapia familiar de la comunicación, en ese mismo año Virginia Satir forma parte del Instituto.

2.3.2 FILADELFIA

Ivan Boiszormenyi-Nagy funda el Grupo de Philadelphia, y se convierte en el primer director y presidente de este grupo. Se le puede clasificar como uno de los grupos más significativos en el campo de la investigación y formación de profesionales de la terapia familiar.

Colaboraron con el, personalidades como James Framo, Gerald Zuk, Geraldin Spark, David Rubistein, Barbara Krasner, Margaret Castroneo, Leon Rubistein, Geraldin Lincoln – Grossman y Oscar Weiner. Cientos de profesionistas fueron preparados, hasta que abruptamente los fondos fueron suspendidos y en 1980 se cerró el centro y se suspendió el programa de investigación, (Sanchez y Guitierrez, 1996).

Sin embargo, una de sus mayores aportaciones de este grupo, fue el texto denominado "Intensive Family Therapy" en 1965 de Boszormeny-Nagy y Framo donde se realizan las primeras aportaciones de las premisas que posteriormente se llamó "Terapia Contextual o Terapia Integral".

Comandado posteriormente por Minuchin, este centro fue el lugar donde se hospitalizaron familias enteras. Se establecieron las reglas de "supervisión en vivo" donde se observa por un espejo unidireccional y se hacen sugerencias telefónicas al terapeuta o en consulta inmediata que el supervisor o terapeuta pueden iniciar durante la sesión.

2.3.3 MILWAUKEE

Surge después de Palo Alto, es dirigido por Steve Shazer, en el curso de las sesiones, el instructor atiende a las necesidades familiares y del educando, limitándose el contacto entre ambos a llamadas telefónicas.

Las ideas que dieron origen al Centro de Terapia Familiar Breve (CTFB), fueron basadas en ideas de Erickson, Bateson, y el grupo de investigadores mentales de CTFB y el MRI; se da el comienzo de la "pausa" y se dedicaron a investigar el enfoque de Terapia Breve (sin tener conocimiento de que en Nueva York ya se había comenzado a trabajar), donde definieron cuatro características sobresalientes:

- 1.- definir el problema.
- 2.- identificar los intentos de solución del problema por la familia.
- 3.- proponer la estrategia de tratamiento.
- 4.- considerar las habilidades del sujeto para resolver el problema, (Lima y Vázquez, op. cit.).

2.3.4 MILÁN

Se consideran representantes de esta escuela a Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Comenzaron a trabajar prácticamente de 1971 a 1980, año en que se disuelve el equipo, su línea de investigación tuvo como base teórica las ideas iniciales de Palo Alto. Entre sus innovaciones están el desarrollo de las técnicas paradójicas; explotaron el trabajo con un equipo terapéutico y describieron el interrogatorio circular; así también lo que Bateson llamó doble vínculo, es descrito por la escuela de Milán como contraparadoja, (Mastache, 1996).

Este grupo tuvo su particular forma de trabajo, y fueron los primeros en trabajar un terapeuta varón y un terapeuta mujer, tras una pantalla (cámara de Gesell); periódicamente, los observadores llamaban a uno de los terapeutas para ofrecer correcciones, hacer sugerencias o pedirles mayores informes. Consideran a la terapia desde la primer llamada telefónica, por lo que se presta atención esmerada en los detalles como quién hizo la primer llamada. Se requiere a la familia unida en la primera sesión, después se decidirá la asistencia posterior. Cada sesión se filma en videotape y se toman nota de cada uno de los miembros de la familia. Los asociados de Milán llaman terapia "Larga y Breve" a este tratamiento, por lo que el número de horas con la familia es breve, pero el período de organización familiar suele ser muy largo. Su principal intervención fue la connotación positiva, o recuadre positivo, el cual es una manera de expresar a la familia, la manera en que el síntoma puede ser funcional, aunque molesto (Boscolo y cols., 1987).

Vale la pena mencionar también que este modelo suele conocerse también como el modelo sistémico. Aunque no se puede decir que dentro de la terapia familiar sea el único modelo sistémico, la constante aclaración en cuanto a incluir a todos los miembros del sistema en la intervención, el planteamiento de hipótesis, el análisis interaccional, así como la consideración de otros contextos mayores que tengan que ver con el problema, han llevado a considerar al modelo de Milán, como el modelo sistémico (Hoffman, 1981, cit. en Mastache). De esta manera, los asociados de esta escuela consideran un reduccionismo al no tomar en cuenta a todos los miembros de la familia.

Este grupo visualiza a la familia como un sistema en constante evolución, en este sentido, el terapeuta no intenta alterar la conducta directamente, ni desarrolla metas específicas para la familia. Ayuda a que la familia desarrolle una nueva epistemología, creando un medio donde al introducir una nueva información al sistema familiar, se inducen cambios espontáneos. El terapeuta genera hipótesis sobre los motivos que rigen la conducta familiar, creando un mapa para guiar sus intervenciones. Conduce la sesión con circularidad formulando preguntas triádicas o circulares en las que se le pide a un miembro de la familia que comente sobre las conductas interrelacionadas de otros dos; así va creando un modelo sistémico de la familia. A La vez, las preguntas circulares introducen nueva información que permite que los miembros de la familia se experimenten en un nuevo concepto. Este grupo se da a conocer a nivel mundial por sus aportaciones que son: el uso del equipo de terapeutas, los rituales de la familia como intervención, las connotaciones positivas, la hipotetización, la circularidad, la neutralidad y el paciente identificado, (Guerrero y Mc Cann, 1988).

2.4 FUNDAMENTOS TEORICOS EN EL ESTUDIO DE FAMILIAS

2.4.1 LA FAMILIA

En todas las culturas de todos los tiempos, el ser humano ha requerido de vivir en grupos, los cuales siguiendo cierta organización, responden a las condiciones del medio ambiente, al mismo tiempo que facilita la supervivencia.

Tal es el caso de la familia, considerada como el principal grupo primario, diferenciado en duración, historia, intensidad y funcionalidad de otros grupos primarios, la cual constituye el sistema más importante para el desarrollo del ser humano.

La familia es, posiblemente la institución social más primitiva y antigua que se observa en la escala biológica; se le considera como la más tradicional dentro de las instituciones humanas,

debido a que es un organismo que agrupa seres animados hace que siga un ciclo biopsicosocial, por lo que germina, crece, madura, se reproduce y muere.

Aunque la familia es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. La familia cambiará a medida que cambie la sociedad, estos cambios se orientan desde la sociedad a la familia, nunca desde la unidad más pequeña a la mayor. La familia cambiará, pero también persistirá debido a que constituye la mejor unidad humana para las sociedades rápidamente cambiantes. Cuanto mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial. La familia es un sistema abierto en transformación, es decir que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extrafamiliar adaptándose a las diferentes demandas de la etapa de desarrollo que enfrenta (Minuchin, 1986).

Ackerman, (1961, cit. en Martínez), nos dice que se puede considerar a la familia como una especie de intercambio de amor y bienes materiales. Constituye para el infante el agente psíquico de la sociedad, por medio del cual se transmiten las normas, costumbres y valores dominantes. El grupo familiar ejecuta la tarea crucial de socializar al infante, siendo sus fines sociales: a) provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida, protección ante los peligros extremos; b) provisión de una unión social, matriz de los afectos de las relaciones familiares; c) oportunidad para desplegar la identidad personal; d) moldeamiento de las funciones sexuales; e) ejercitación para integrarse en papeles sociales y aceptar la responsabilidad social; f) el fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Así, la estructura y funcionamiento de la familia, debe satisfacer estas determinantes. forma parte de la herencia del nuevo ser y tiene a su cargo funciones básicas por cubrir: la familia constituye el marco de la personalidad de los hijos con los cuales los dirige para llegar a ser seres integrados, es un medio en el cual se introduce el lenguaje y las técnicas esenciales de adaptación cultural, lo que fomenta un sentimiento de identidad independiente a sus miembros.

Para la mayor parte de los seres humanos, constituye el sistema más importante para el desarrollo psicológico individual, la interacción emocional y el desarrollo de la autoestima. La familia es el grupo en el que se experimentan los más intensos amores y odios y en el que se obtienen las más profundas satisfacciones y las más dolorosas frustraciones. Cuando la familia cumple con su misión, se convierte en la fuente más rica y gratificante de las estructuras sociales, colma las necesidades más hondas de amor y ofrece el máximo potencial para el crecimiento (Pardo, cit. en Mastache)

2.4.2 CICLO VITAL DE LA FAMILIA

La familia, como cualquier sistema, atraviesa un desarrollo natural en cuyo transcurso despliega todas sus funciones naturales: nacer, crecer, reproducirse y morir. Como sistema tiene un proceso de evolución semejante al de cualquier organismo vital, se puede decir que tiene su propio proceso vital, el cual se ha denominado "ciclo vital de la familia".

Este ciclo se caracteriza por un cambio de status y transformaciones de cada uno de los miembros que la componen, por lo que tiene una relación directa con el ciclo vital del ser humano.

Así mismo, existen dos tipos de transformaciones que afectan al desarrollo de toda familia:

1. Eventos Normativos: Ocurren frecuentemente en todas las familias y podemos identificarlos con los nacimientos, muertes, casamientos, etapas de la adolescencia de los hijos y su adultez, retiro laboral de los padres, la senectud, la llegada de los nietos, etc.
2. Eventos Paranormativos: se les llama así porque modifican los eventos normativos por los cuales esté pasando una familia y son frecuentes, mas no universales. Se caracterizan por presentar situaciones conflictivas como son los divorcios, las enfermedades crónicas, las guerras, las crisis económicas, los abortos, etc.

De esta manera podemos encontrar los dos tipos de eventos en las diferentes etapas del ciclo vital de la familia. Este ciclo presenta a su vez etapas, las cuales suceden en un orden temporal y las cuales son:

DESPRENDIMIENTO Es la primera fase del ciclo vital de una familia. Se refiere a la búsqueda de un compañero o compañera para formar una nueva familia distinta de la de origen. En esta fase se busca satisfacer dos factores:

- Una búsqueda de cercanía y compañía
- Una búsqueda de fusión y diferenciación de las individualidades que forman las partes de la nueva pareja.

Durante esta fase pueden suceder conflictos tales como la idealización hacia algún miembro de la pareja, si la idealización se rompe, se presenta la desilusión y el desengaño.

Otro conflicto surge a partir de las falsas expectativas de un miembro a otro, por ejemplo, si se espera que uno resolverá problemas personales o familiares y de no ser así, comienzan a culparse el uno al otro.

Cualquiera de estos conflictos no superados amenaza la estabilidad de formar relaciones adecuadas y maduras; para lo cual es importante independizar la relación emocional con los padres, de la relación con la nueva pareja; otorgar seguridad, consideración y cuidados al compañero; compartir intereses comunes respetando la individualidad de cada uno; intercambiar y compartir labores del trabajo de la casa; lograr una seguridad económica; decidir juntos si se tendrán hijos y cuántos, así como la forma en que los educarán; consolidar relaciones íntimas satisfactorias, etc.

ENCUENTRO Aquí se crean las pautas de interacción las cuales constituyen la estructura de la nueva pareja, por lo que es importante que la pareja mantenga contactos y establezca fronteras nítidas que permitan el crecimiento de una relación íntima de pareja.

En esta etapa, la pareja realiza cambios muy importantes en el estilo de vida y en el sistema de seguridad emocional de cada uno. Deberán armonizar los estímulos y expectativas diferentes de cada uno, así como resolver de manera adecuada los conflictos.

Es importante que se generen las necesidades, creencias, deseos y planes que van a sustentar un proyecto de vida en común, el cual promueva el desarrollo personal y familiar de los involucrados; ya que el encuentro de una nueva persona conlleva grandes e inesperadas sorpresas, las cuales influirán en el bienestar familiar futuro.

Un aspecto importante en esta etapa es concretar una serie de conceptos individuales tanto consientes e inconscientes que pueden expresarse verbalmente, referente en lo que cada uno piensa sobre sus obligaciones y derechos dentro del matrimonio; así como en lo que esperan de su pareja, lo que se le denomina "contrato matrimonial".

LLEGADA DE LOS HIJOS Esta tercera etapa sobreviene con la llegada del primer hijo transformando la estructura familiar, pues se re-estructura la familia formándose los subsistemas parentales, por lo que es necesaria la re-elaboración de reglas de convivencia que permitan la reorganización de la pareja en la necesidad de enfrentar nuevas tareas, adquirir nuevas obligaciones, desarrollar pautas de crianza etc. Para muchos, la llegada de un hijo requiere de un espacio físico y emocional trayendo consigo la restructuración del contrato matrimonial, porque la pareja deberá adquirir a partir de ese momento una relación emocional con el niño, y un apoyo mutuo por parte de los conyuges para el cuidado del recién nacido.

Es importante señalar que la llegada de un miembro brinda beneficios al subsistema conyugal entre ellos se encuentran los siguientes:

- favorece la intimidad y unión en la pareja
- se produce un sentimiento de continuidad generacional
- se establecen acuerdos básicos sobre la educación de los hijos, por lo que los padres comparten actividades de crianza e intercambian los roles padre-madre.

Al suceder el nacimiento de un nuevo hijo, la pareja tendrá que reorganizar nuevamente su estructura volviendo a establecer límites y reglas cada vez más complejas, pues ahora aparece el subsistema fraterno.

A medida que los hijos crecen, la familia va relacionándose cada vez con otros sistemas como son el de la escuela o el grupo de amigos; el desarrollo de los hijos va a introducir nuevos elementos al sistema familiar.

LA ADOLESCENCIA Esta etapa tendrá como objetivo principal que la generación joven supere el período de dependencia infantil y que el joven arribe sanamente como individuo adulto; es una etapa muy compleja porque se deben de modificar las reglas para que los nuevos límites permitan el contacto entre progenitores e hijos; al mismo tiempo se deberá brindar libertad a los hijos para que adquieran sus propias experiencias y esto les permita ser autónomos.

En esta etapa afloran con mayor frecuencia los problemas emocionales serios de los miembros de la familia, así como los conflictos conyugales y familiares que no se han podido resolver. Los padres quienes están entrando a la madurez, pueden presentar "crisis" referidas a lo que han logrado hacer o no en su vida. En esta etapa es importante que la familia esté consciente del cambio de papeles que se está dando; por lo que para lograr la estabilidad emocional y la satisfacción general, es fundamental que se resuelvan los conflictos propios de esta etapa, permitiendo que los hijos se vayan independizando y construyan su propia identidad; que la pareja se apoye mutuamente; que se renueve el contrato matrimonial reestructurando las bases de la relación; que se procuren bases sólidas para la convivencia y que todos los integrantes de la familia sientan que sus sentimientos y deseos son tomados en cuenta.

EL RE-ENCUENTRO Como en las etapas anteriores, en esta etapa se vuelven a reorganizar las interacciones entre padres e hijos ya adultos. Los hijos han creado sus propios compromisos, amigos, estilos de vida, una profesión, o la elección de una pareja. Para esta etapa, las actividades de crianza más importantes ya terminaron, se suceden cambios muy importantes en

su estructura: la pareja original se encuentra de nuevo frente a sí misma y requiere buscar nuevos estímulos y nuevas metas en su matrimonio.

Suelen ser motivos de preocupación la declinación de las capacidades físicas y de salud, la jubilación, la situación económica, o bien, los problemas de los hijos con sus nuevas familias, es por esto que a esta etapa se le denomina "síndrome del nido vacío", refiriéndose al aislamiento y depresión que puede vivir la pareja.

En este momento, es cuando los esposos se deben de apoyar mutuamente para buscar nuevos estilos y nuevas metas en su matrimonio. Deberán prepararse cada uno para la etapa final sin perder la seguridad de seguir recibiendo cariño y cuidado del otro, aún cuando cada quien tenga intereses diferentes.

LA VEJEZ Esta etapa se suele asociar con aislamiento, soledad, incapacidad y muerte. En ocasiones, es frecuente que en las familias tiendan a ignorarse a los ancianos, a impacientarse con ellos y a negarlos. Esta situación puede incluso llegar a extremos como el abandono, la discriminación o el maltrato.

Sin embargo, el ser anciano tiene ventajas porque encierra el deseo de sobrevivir al aceptar la muerte, la edad avanzada aporta experiencia y sabiduría y el anciano puede darse la oportunidad de experimentar una nueva relación diferente a la del padre, con la relación que establezca con sus nietos.

2.4.3 ESTRUCTURA FAMILIAR

Existen ciertas semejanzas entre las familias, pero cada una posee una forma específica que le permite diferenciarse de las demás, aún cuando éstas se encuentren dentro de la misma comunidad, ciudad, estado, país o sociedad, en donde los valores, las normas, la moral, las costumbres, los ritos, etc. regulan su vida cotidiana.

Al conjunto de funciones que organizan la manera en que interactúan los miembros de la familia se le denomina estructura de la familia. Para Don Jackson (cit. en Montiel, 1988), la estructura familia está constituida por las reglas que gobiernan al sistema: sus miembros se conducen entre sí de una manera organizada y repetitiva, esta estructuración de las conductas puede ser considerada como el principio que rige la vida cotidiana.

La Estructura Familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia la cual opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema. Cuando una madre le dice a su hijo que beba su jugo y éste obedece, se define quién es ella, en relación con él y viseversa, en ese contexto y en ese momento. Las operaciones repetidas en esos términos, constituyen una pauta transaccional éstas a su vez, regulan la conducta de cada uno de los integrantes, (Minuchin, 1986).

Sin embargo, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. La existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo. La familia debe responder a cambios internos y externos, y por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad.

2.4.3.1 SUBSISTEMAS FAMILIARES

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia y pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

La familia, se considera un subsistema dentro de la sociedad, y a su vez, se encuentra formada por subsistemas que la conforman, los cuales son:

❖ **SUBSISTEMA CONYUGAL:** Se constituye cuando dos adultos se unen con la intención de constituir una familia, Posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de su tareas son la complementaridad y la acomodación mutua, deben de desarrollan pautas de complementaridad que permitan a cada esposo ceder sin sentir que se ha dado por vencido, ambos deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Este subsistema debe llegar a un límite que lo proteja de la interferencias de demandas y necesidades de otros sistemas; en particular, cuando tienen hijos.

Este subsistema es básico para la educación de los hijos, pues ellos aprenden de la pareja la forma de expresar afecto y resolver los problemas. Es importante resaltar que cuando existe una disfunción seria en éste holón, ello repercute en toda la familia.

❖ **SUBSISTEMA PARENTAL:** Este subsistema debe diferenciarse para desempeñar las tareas de socializar al hijo sin renunciar al mutuo apoyo conyugal. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres, y al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales.

La relación de paternidad requiere la capacidad de alimentación, guía y control. Las proporciones de estos elementos dependen de las necesidades de desarrollo del niño y de las capacidades de los padres. El funcionamiento eficaz requiere que padres e hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental.

En seguida, se muestran algunas modalidades de este holón, propuestas en Minuchin y Fishman, (1993).

Hijos en Edad Escolar.- El crecimiento de los hijos, va introduciendo elementos nuevos al sistema familiar, el cual deberá de negociar ciertos ajustes, modificar ciertas reglas. Los nuevos límites entre progenitor e hijo, tendrán que permitir el contacto, al mismo tiempo que dejan en libertad al hijo para reservarse ciertas experiencias.

Familia con Hijos Adultos.- Los hijos aquí, han creado sus propios compromisos con un estilo de vida, la familia originaria vuelve a ser de dos miembros, aunque los miembros de la familia tienen detrás una larga historia de modificación de pautas en conjunto, este nuevo estadio requiere una nítida reorganización cuyo eje será el modo en que padres e hijos se quieren relacionar como adultos.

- ❖ **SUBSISTEMA FRATERO:** Este subsistema es el primer laboratorio social en el que los hijos pueden experimentar las relaciones con sus iguales. En el marco de este contexto, los hermanos se apoyan, aíslan, negocian, compiten, cooperan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente. Pueden asumir posiciones diferentes en sus relaciones mutuas, estas posiciones asumidas tempranamente, pueden ser significativas en el desarrollo posterior de sus vidas.
- ❖ **SUBSISTEMA INDIVIDUAL:** Incluye el concepto de sí mismo en contexto, contiene los determinantes personales e históricos del individuo. Pero va más allá hasta abarcar los aportes actuales del contexto social. Es fácil considerar a la familia como una unidad y al individuo como un holón de esa unidad. Pero el individuo incluye además aspectos que no están contenidos en su condición de holón de la familia. Toda familia tiene subsistemas de apoyo y subsistemas diferenciados en donde cada individuo es un subsistema.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y aprende habilidades diferenciadas. El individuo se incorpora a diferentes relaciones complementarias en diferentes subsistemas, se acomoda en forma de "caleidoscopio" para lograr la reciprocidad que facilita las relaciones humanas.

En toda familia, deben existir ciertas reglas que permitan una convivencia adecuada de la misma, a continuación se presentarán algunos conceptos que nos van a servir para entender mejor la forma en que se estructura una familia.

2.4.3.2 LÍMITES

Al formarse y desarrollar la totalidad, se hace presente la función de los límites, los cuales funcionan a través de la interacción de reglas internas que establecen arreglos y condiciones que fijan y definen los límites dentro del sistema.

Los límites de un subsistema están constituidos por reglas que definen quienes participan y de qué manera. Su función es la de proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, el desarrollo de las habilidades interpersonales se logra a través de la interferencia libre de un subsistema a otro .

Para que el funcionamiento familia sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, definirse con precisión y deben permitir el contacto entre los miembros de un subsistema y los otros. Esto es, la composición de subsistemas organizados alrededor de las funciones familiares no es tan significativa como la claridad de los límites de su estructura. Un subsistema parental que incluye a una abuela o a un hijo parental, puede funcionar perfectamente bien, siempre que las líneas de responsabilidad y autoridad se encuentren definidas con nitidez (Minuchin, 1986).

Los límites pueden ser **flexibles**: con reglas claras que cambian dependiendo de las necesidades del sistema; **difusos** o amalgamados: los miembros de la familia invaden el espacio de los demás; y **rígidos**: con reglas que no cambian cuando es necesario.

Existen límites trigeracionales, bigeneracionales y generacionales, exteriores, interiores e individuales. La función de los límites es marcar una diferenciación necesaria entre los individuos entre los subsistemas, y su claridad es esencial para el funcionamiento familiar. Los límites trigeracionales son aquellas fronteras imaginarias de los cónyuges, con sus padres y de los nietos con los abuelos, subsistemas de los esposos y los subsistemas fraternos; los límites bigeneracionales sólo se refieren a las reglas entre los cónyuges y sus padres; los límites generacionales estipulan la definición de los derechos y obligaciones de los padres y los hijos; los límites con el exterior consisten en el contacto de los miembros de la familia con sus vecinos,

amigos, compañeros de trabajo, etc. los límites interiores abarcan las reglas que gobiernan el interior de la familia. (Montiel, op.cit.).

Minuchin considera que todas las familias pertenecen a un punto situado entre un continuo cuyos polos son los dos extremos de los límites difusos y rígidos; tal como se muestra en la Figura 1.

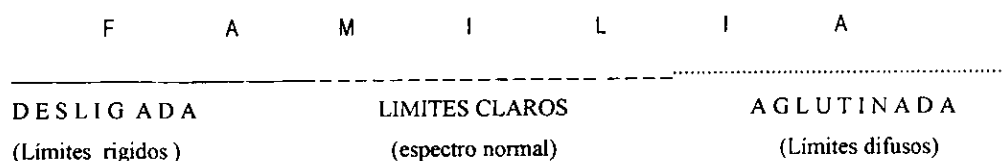


Figura 1.- Límites Familiares (Minuchin, 1986).

2.4.3.3 JERARQUÍA

La jerarquía se da en dos niveles: de función y de estructura. El primero se refiere al establecimiento de patrones de integración a partir de la presentación de conductas formadas de acuerdo a la organización del sistema.

El segundo se refiere al hecho de estructurar un sistema de manera que sus elementos puedan ser sistemas del nivel inferior siguiente, los cuales se llaman subsistemas, estos a su vez pueden ser constituidos por otros subsistemas y así sucesivamente.

La jerarquía describe la concentración de poder y su estructura dentro de la familia, generalmente aumenta en los niveles del sistema. En la familia la autoridad se distribuye en varios niveles y se manifiesta en diversas formas en cada subsistema, requiere de cierta flexibilidad que le permita hacer cambios en el poder en situaciones difíciles o críticas, como por ejemplo, cuando el padre y la madre están ausentes, uno de los hijos se hace responsable del cuidado de la casa y de sus hermanos.

2.4.3.4 CENTRALIDAD

Se refiere cuando la mayoría de las interacciones de una familia se encuentran girando alrededor de un solo miembro; se clasifica en dos tipos: positiva y negativa, un ejemplo sería en el cual un miembro obtiene altas notas en la escuela (centralidad positiva), o el ser extravagante (centralidad negativa).

En algunas ocasiones la figura más central es la misma que ocupa el puesto más alto en la jerarquía, esto no ocurre siempre necesariamente. La experiencia clínica nos señala que en muchas familias es la madre la que ocupa la posición más central, pues el esposo permanece fuera del ámbito familiar por mucho tiempo, y los hijos se comunican con su padre por medio de ella.

2.4.3.5 ALIANZAS

Son conceptos utilizados para facilitar la descripción de las estructuras organizacionales y entender los mensajes comunicacionales; se refiere al hecho de unión entre dos o más miembros de la familia, con el fin de obtener un beneficio. Las alianzas suelen ser más funcionales cuando incluyen a dos miembros de la misma generación o a dos miembros del mismo sexo. La alianza entre dos miembros o más nos permite observar las secuencias de interacción con otro miembro para tratar de ayudarlo o adaptarse al sistema y volverlo funcional.

Cuando las alianzas tienen como finalidad, hacer daño a un tercero, cuando desvían el conflicto o sirven para designar al chivo emisario o paciente identificado, se les llama **coaliciones**.

2.4.4 COMUNICACIÓN

La comunicación es un elemento importante en la estructura de la familia en la medida en que determina el tipo de relaciones sostenidas entre los miembros de la red familiar, abarca la serie amplia de formas en que las personas intercambian información; comunicación digital (lenguaje verbal) y comunicación analógica (lenguaje corporal y gestual), incluye la expresión recibida y proporcionada y la manera cómo es recibida. Además de estos aspectos, la comunicación nos permite observar si los mensajes son claros o confusos, si son directos o indirectos (Montiel, op. cit.).

De esta manera, podemos identificar cuatro tipos de comunicación: clara y directa, confusa y directa, clara e indirecta y confusa e indirecta.

Resumiendo lo anterior, la estructura familiar nos permite contemplar el funcionamiento de las familias en alguna etapa de su vida. Está constituida por un conjunto de elementos tales como las demandas externas e internas, funcionales y disfuncionales, las relaciones entre los miembros, los mensajes comunicacionales, la definición de la jerarquía, los límites y alianzas de cada uno de sus miembros.

2.5 FUNCIONALIDAD Vs DISFUNCIONALIDAD

La dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de una familia que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos. En las familias normales se encararan las crisis en grupo, cada miembro acepta un papel para hacer frente a la crisis y la familia necesariamente cambia para adaptarse a las circunstancias. La familia funcional identifica sus problemas de forma clara y los miembros

pueden expresar verbalmente su inconformidad o incomodidad, en cuanto a sentimientos de ternura, cólera, depresión, incertidumbre, individualidad y dependencia.

No obstante, cuando un miembro de la familia enfrenta problemas, los demás miembros de la familia se ven afectados por la tensión que se deriva de este hecho. Hace que algunos alteren su comportamiento, como una forma de compensar el trastorno y compensar el equilibrio.

Los sistemas familiares, pueden ser descritos como funcionales o disfuncionales, dependiendo de si promueven o no el desarrollo saludable de las potencialidades de los miembros de la familia. Serán entonces más disfuncionales, en la medida en que retarden o inhiban este desarrollo y fomenten síntomas en uno o más miembros.

Para Minuchin (1986), al referimos a los límites de una familia, las operaciones en los extremos, (límites rígidos y difusos) señalan áreas de posible patología: por ejemplo, los miembros de subsistemas o familias aglutinadas pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia, requiere un importante abandono de la autonomía; o también, la conducta de un miembro afecta de inmediato a los demás.

La familia desligada, tiende a no responder cuando es necesario hacerlo, sus miembros pueden funcionar en forma autónoma, poseen desproporcionado sentido de la independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia. El estrés que pudiese atravesar alguno de sus miembros, no atraviesan sus límites inadecuadamente rígidos.

Boszormenyi-Nagy, exponente de la escuela transgeneracional, considera que la familia "normal" es aquella que fomenta altos grados de diferenciación en sus miembros: Es capaz de mantener ligas con las generaciones anteriores porque no necesita efectuar un corte emocional para mantener su integridad o diferenciación.

Por su parte, el grupo de Palo Alto, así como el de Milán, ven a la familia normal como aquella que es flexible y que tiene muchas alternativas para resolver problemas (Martínez, 1991).

Mastache, (1996), refiere que el concepto de "síntoma", para el enfoque inicial de Palo Alto, el síntoma vendría a ser un problema relacional concomitante con ciertos aspectos comunicativos; para el enfoque inicial de Milán, la conducta sintomática tiene relación con determinadas reglas implícitas en cierto juego familiar; y para el enfoque estructural, el síntoma es señal de una estructuración u organización disfuncional, tal es el caso de las familias amalgamadas-enredadas, donde no existe frontera entre los miembros familiares y existe incongruencia entre roles y jerarquía.

Finalmente, podemos decir que ningún modelo familiar es por sí mismo normal o anormal, funcional o disfuncional. Las familias se diferencian una de otra con base a su ideosincrasia, su propia composición, etapa de desarrollo, sociedad, cultura y tiempo histórico. Todo modelo presenta diferencias individuales que son los factores que se ponen en juego cuando la capacidad de hacer frente a la situación familiar se agota.

⇒ En este capítulo se presentó un panorama general de los antecedentes que dieron lugar a que la concepción de los fenómenos científicos fuera diferente, es decir, los movimientos históricos y sociales dieron pie al surgimiento de un nuevo enfoque de estudio en la ciencias y en particular, la psicología adoptó principios cibernéticos y sistémicos utilizando así un concepto de circularidad para el estudio de los fenómenos.

Fueron los pioneros en Terapia Familiar, quienes contribuyeron a su gradual desarrollo; aunque cada uno de estos exponentes poseen diferencias en el abordaje y tratamiento de familias; a su vez, todos ellos asumen que la meta terapéutica es proporcionar cambios que repercutan en todo el sistema, considerando también que el involucrar a familiares en el tratamiento del paciente es fundamental para la rehabilitación del mismo.

En resumen, este capítulo presentó un contenido teórico que explica de manera general desde los fundamentos históricos y sociales, hasta los conceptos más relacionados con la familia y sus formas de interacciones e interrelaciones, con los cuales obtenemos bases para abordar fenómenos psicológicos de manera más integral como lo es la farmacodependencia, la cual será abordada a continuación.

CAPITULO III

LA FAMILIA DEL FARMACODEPENDIENTE

Antes de comenzar este capítulo, es importante señalar que aunque se enfatizará la relación entre el farmacodependiente y su familia, también se revisará cierta información con respecto a la dinámica familiar del alcohólico, ya que como argumenta Natera (1992, pag.79), "casi todas las formas de enfrentar son muy similares en los casos de alcohol o drogas"; otro supuesto lo encontramos en el comentario de Washton: " *el impacto de la adicción a la cocaína en el ambiente familiar no es muy distinto al del alcoholismo*"(1995, pag 224); además, si analizamos el concepto de fármaco, podemos constatar que el alcohol también es una droga.

Sin pretender dar la idea de que no existen diferencias entre ambas adicciones, y sin profundizar demasiado en casos de alcoholismo; en este trabajo sólo se tomó información sobre la dinámica familiar del alcohólico siempre y cuando ampliara o ejemplificara la dinámica familiar del farmacodependiente.

3.1 PRIMERAS INVESTIGACIONES SOBRE LA FAMILIA DEL FARMACODEPENDIENTE

La importancia de la familia como generadora de psicopatología, ha sido reconocida desde Freud; sin embargo, ha sido hasta las dos últimas décadas, aproximadamente, cuando se ha retomado este concepto, como parte de un método para el tratamiento de problemas mentales, convirtiéndose en una importante alternativa terapéutica; por lo que podemos pensar que en el campo de la farmacodependencia se había relegado el conocimiento de la dinámica familiar, debido a que se había dado al problema una solución química, olvidándose casi totalmente de los aspectos psicológicos, sociológicos y epidemiológicos que se encuentran implicados.

Desde hace bastante tiempo, se reconoce que las relaciones familiares conflictivas pueden jugar un papel significativo en la génesis de algunas psicopatologías. La intervención terapéutica de la familia como un todo se desarrolló como consecuencia de algunas observaciones clínicas, entre otras, la experiencia de los profesionales que trabajaban con pacientes psicóticos, en particular con pacientes esquizofrénicos, de que a pesar de que estos mostraban mejoras como resultado del tratamiento, con mucha frecuencia, recaían cuando regresaban a su medio familiar. Otra experiencia en común en las clínicas de orientación y del tratamiento de conducta para niños, era que cuando el paciente empezaba a mostrar cambios positivos en su desarrollo personal, a menudo sus padres interferían e incluso lo retiraban del tratamiento. Una última observación fue que cada uno de los miembros de la familia tenía versiones totalmente diferentes acerca de los eventos y de las relaciones familiares en que participaban. De ahí se derivó el concepto de que la manera más efectiva de advertir estas discrepancias y de intentar corregirlas o conciliarlas, era la posibilidad de observar directamente a toda la familia, (Velasco, 1988).

En tanto que el comportamiento del esquizofrénico mantiene unida a la familia dándole un problema para concentrarse y evitando así la discordia o separación de los padres, el uso de drogas puede dar como resultado un proceso de adaptación que puede llegar hasta la etapa adulta (Haley, 1973 cit. en CIJ Experiencias).

De acuerdo con Cuellar, (1991) y González, (1996), el estudio de la relación familia-farmacodependencia se inicia en la década de los 50's. Las primeras investigaciones que empezaron dar a luz en este campo, enfatizaron la importancia de las relaciones diádicas, es decir, de las relaciones del adulto con su madre. Autores como Swartzman (1975 cit. en Cuellar), encontraron que las madres de los adictos eran sobreprotectoras, controladoras e indulgentes con sus hijos.

Sin que exista una fecha precisa, gradualmente estos hallazgos se empiezan a enlazar para dar como resultado el interés en investigar la relación triádica del adicto con sus padres, que posteriormente va a ser explicado por Haley como el "triángulo perverso" o coalición intergeneracional, que causa tensiones en el sistema y que va a ser de cabal importancia para el tratamiento de estas familias; pero es aproximadamente en la década de los 70 , que en los

programas de tratamiento contra las drogas en E.U. , se empezaron a aplicar técnicas familiares (Cuellar, op cit.).

En estudios posteriores a estos primeros tratamientos, se empieza a dar importancia a la figura paterna, quien también juega un papel importante en la aparición del uso de drogas, sin embargo, estos estudios enfatizan el papel del padre por una serie de características, sin hacer referencias a su interacción dentro del núcleo familiar. Así, por ejemplo, Chein, (1964, cit. en Cuellar, op. cit), encontró que los padres de adictos a la heroína eran vagos, pesimistas, débiles y con una pobre historia de trabajo, además de que eran un modelo inmoral para el niño ya que el mismo padre presentaba conducta desviada. En otros casos, faltó la figura paterna dentro de un período significativo.

Ampliando esta información, Johnson (1960, cit. en CIJ Aproximaciones), realizó uno de los primeros estudios relevantes en relación con la farmacodependencia y la familia de delincuentes adolescentes, en sus conclusiones señala que el tratamiento usualmente no tiene éxito y que puede estar contraindicado si los padres no se involucran en éste, o si el adolescente no puede ser separado de la familia durante algún tiempo.

3.2 RAZONES PARA FOCALIZAR LA PSICOTERAPIA AL NUCLEO FAMILIAR

La psicoterapia familiar es una técnica terapéutica, que cada día es más utilizada como respuesta a diversos problemas psicosociales. En lo que se refiere al tratamiento de farmacodependientes, durante los últimos años se ha evidenciado un creciente interés en el papel de la familia en la génesis y mantenimiento del consumo de drogas, así como en el tratamiento del mismo. El propósito del tratamiento con familias farmacodependientes es obtener el apoyo de los familiares en el tratamiento del farmacodependiente, así como sensibilizarlos en cuanto a su responsabilidad con el síntoma y con el propio farmacodependiente.

Por otro lado, Coleman (1978 cit. en CIJ Experiencias), define al tratamiento familiar como una terapia o consulta de los miembros de una familia en la que un líder (terapeuta o consejero) los ayuda a resolver sus problemas y a lograr formas más positivas y constructivas para relacionarse entre sí. La composición del grupo de personas que asisten a una sesión puede variar de acuerdo con la elección, experiencia o "escuela" del terapeuta, también se puede modificar de una sesión a otra con el mismo terapeuta.

En lo que se refiere al tratamiento de farmacodependientes, durante los últimos años se ha evidenciado un creciente interés en el papel de la familia en la génesis y mantenimiento del uso de drogas, así como en el tratamiento del mismo, (Cuellar, 1991; Stanton y cols.,1990; Bowen, 1989; CIJ, Reflexiones, 1988 y Verdeja, 1991).

Una de las razones principales para la inclusión de la familia en el tratamiento de farmacodependientes, la encontramos en los comentarios de Stanton, (cit. en Andolfi y Zwerling), donde comenta que la familia puede actuar, dentro de un proceso terapéutico, sabotando los esfuerzos terapéuticos que comienzan a dar resultado y que están llevando a la eliminación o reducción del síntoma, como por ejemplo la esposa de un alcohólico en tratamiento que le compra una botella de bebida en su cumpleaños.

Sin embargo, (continúa diciendo), si bien la familia puede neutralizar los esfuerzos terapéuticos, el compromiso familiar resulta beneficioso, ya que se puede utilizar la influencia de los otros significativos para ayudar al miembro adicto a *superar* su problema, más bien, que servir como fuerza que actúa para *mantenerlo*. Así Stanton concluye que el tratamiento familiar muestra resultados muy promisorios para el tratamiento efectivo de los problemas de drogadicción.

A partir de los años 50's y 60's comienzan a generarse una gran cantidad de estudios sobre la familia; con autores como Carl Wittaker, Bowen, Jackson, Bateson y Haley entre otros, quienes se consolidan como unos de los primeros terapeutas familiares.

Mason (1958, cit. en CIJ Experiencias), realizó uno de los primeros reportes sobre un caso de farmacodependencia en el cual se involucra a los padres a tratamiento, mientras que el adicto recibe un tratamiento fundamentalmente de naturaleza educativa. Mason informa cómo intentó con éxito que las madres de adictos se involucraran en una terapia grupal, y cómo en los casos en que esto sucedió observó que el tratamiento terapéutico tuvo resultados más favorables.

Es a finales de la década de los 60's y principios de la década de los 70's, cuando comenzaron a llevarse a la práctica técnicas familiares en los programas de tratamiento contra las drogas en los Estados Unidos.

Según Velasco (1988), anteriormente los estudios sociológicos y antropológicos se habían centrado en la estructura familiar, en las influencias culturales y en la teoría de roles; posteriormente, los teóricos clínicos, entre ellos Ackerman, Jackson, Haley y Minuchin, aplicaron elementos de las teorías de la comunicación y de los juegos, de la teoría cibernética, así como fundamentos de las teorías psicodinámica y psicoanalítica respecto a la familia.

De acuerdo con los trabajos realizados por Bojórquez y cols. (cit. en CEDRO, 1993), se observó que la introducción de la familia al tratamiento, aumenta la posibilidad que el adicto no abandone el tratamiento; reduce el tiempo de tratamiento, aumenta la eficacia de los programas al reducir las recaídas y generar un grupo de apoyo en los momentos "dificiles"; ya que generalmente la deserción y recaídas en este tipo de pacientes fluctúan del 40 al 50% y el 65%, respectivamente.

Según Kovacs, el tratamiento del farmacodependiente, y de su familia por separado, aparentemente no es tan promisorio y eficaz como el tratamiento en conjunto, ya que en este último, se presenta una situación en la que tanto las interacciones como las relaciones pueden ser directamente observadas y alteradas cuando así se requiere. Sugiere que se debe trabajar para romper el "ciclo familiar adictivo", sobre todo en los casos de farmacodependientes graves.

De igual forma, existe otra razón más para considerar a la familia dentro del tratamiento y se orienta en el sentido de que la familia actúa como soporte positivo que contribuye a lograr

los objetivos propuestos en terapia. Así por ejemplo, podemos citar una propuesta realizada por Coleman y Davis (1978 cit. en Martínez, 1991), y llevada a cabo en el Instituto Nacional para la Drogadicción en Washington, con el fin de que dentro del Instituto se empezara a utilizar la Terapia Familiar en la rehabilitación de adictos a drogas, siendo uno de los motivos principales la baja recuperación obtenida en el tratamiento individual; los autores comentan haber obtenido resultados muy favorables con la inclusión de esta modalidad de tratamiento.

Una investigación realizada por Jaime Lora (1995), en España referente al análisis de la demanda en drogodependencias desde la perspectiva relacional y sistémica, refiere que un correcto análisis de la demanda del tratamiento va a depender en buena medida el destino de la intervención; ya que con esto se pretende sacar a la luz que tipo de miedos, resistencias y de interrelaciones presentes entre los miembros de la familia y las funciones que encubre tanto cara al demandante como al terapeuta.

Un aspecto muy importante a tomar en cuenta y que influye en el éxito del tratamiento es la motivación que tenga el adicto. Este autor concluye diciendo que el primer problema se sitúa en la necesidad de entender la complejidad de la demanda; así también, no existen demandas congruentes o incongruentes, ya que éstas reflejan la angustia, el chantaje, la manipulación de la familia ante los profesionales, pues son signos lógicos de un sistema que se siente amenazado y en peligro de romperse. Por lo que el objetivo clave sería el de no entorpecer con trabas la entrada a los servicios terapéuticos sin rechazar por principio las demandas iniciales.

Las formas de intervención para el tratamiento de familias farmacodependientes son múltiples, existe una numerosa cantidad de investigaciones llevadas a cabo en esta área, muchas de las cuales señalan a la Terapia Familiar como una modalidad de tratamiento realmente efectiva.

Ubicando a la farmacodependencia como un fenómeno multicausal en sus orígenes, complejo en su desarrollo y de difícil solución, requiere la confluencia de disciplinas de salud y educativas para su prevención, tratamiento y rehabilitación; por lo que resulta necesario para su abordaje, ubicar al sujeto en su contexto personal, familiar y en el de la sociedad en que vive.

Podemos decir que la teoría familiar sistémica, nos proporciona un marco de referencia distinto para entender el consumo de drogas; así también su metodología o terapia familiar suministra diferentes modos que han resultado efectivos para modificar las pautas de relaciones familiares y lograr una rehabilitación óptima con farmacodependientes y sus familias.

Finalmente, se concluye este apartado diciendo que la terapia familiar resulta eficaz en el tratamiento de familias farmacodependientes; numerosas investigaciones llevadas a cabo en otros países, lo han corroborado (Wermuth, 1986; Lindblad, 1983; Steinglass, 1980; Coleman, 1978; Kupetz y cols., 1977; Shapiro, 1977; cit. en Martínez, 1991); (CEDRO, 1993; Stanton y cols, 1990; Stanton cit. en Andolfi, 1993 y Bowen, 1989).

En México, también se utiliza este enfoque con resultados muy favorables, (Berriel y Luna, cit. en CIJ Aproximaciones, 1985; Sánchez y Jimenez, 1995; Arce, cit. en CIJ Reflexiones, 1985).

3.3 LA RELACIÓN FAMILIA- FARMACODEPENDENCIA

En años recientes se ha ido reconociendo cada vez más la importancia de la familia en la génesis, persistencia y disminución de los problemas relacionados con las drogas; quienes se ocupan de este tema, exceptuando a los que adoptan un punto de vista extremadamente genético o sociológico, han llegado a comprender que los problemas relacionados con las drogas se desarrollan desde un contexto familiar y que la mayoría de los adictos no son individuos aislados que no tengan vínculos primarios. En otras palabras, los problemas que surgen en la vida de los adictos pueden vincularse habitualmente con las fuerzas y relaciones interpersonales que los rodean. Si bien, no se discute que también puedan resultar críticos otros factores (ambientales, fisiológicos, económicos, condicionantes y genéticos), las variables familiares han llegado a asumir una posición de prominencia en el terreno de la sintomatología adictiva, (Stanton cit. en Andolfi y Zwerling, 1993; Stanton y cols 1988).

En general, la familia es una estructura organizativa antepuesta a la mediación e integración de las experiencias internas y externas del sistema (Pérez y Mejía, 1998); es decir, en la familia se empieza a construir una serie de significados que influyen sobre la manera como el sujeto interpreta la realidad, por lo que constituye un medio de estudio para entender muchos de los comportamientos de sus miembros.

El estado de salud psicológica de un individuo se encuentra determinado en gran medida por las condiciones de la realidad social que lo rodean, siendo la familia el círculo social en el que se dan el mayor número de relaciones de carácter afectivo y el principal contexto de aprendizaje de un individuo, es posible afirmar que el comportamiento de una persona depende en gran medida del buen funcionamiento de la situación familiar, (Cusinato, 1992 cit. en Pérez y Mejía).

Estudios recientes prueban lo anterior, así encontramos que los adolescentes y usuarios de drogas tienden a provenir de hogares con un solo padre ya sea por separación divorcio o muerte. Por lo que respecta a la interacción los hallazgos muestran que la escasa interacción con la familia, las presiones familiares para que el adolescente estudie, familias altamente punitivas o con poco cuidado hacia sus hijos, la escasa comunicación entre sus miembros, la percepción negativa de los padres, entre muchas otras variables, se relacionan con el consumo de sustancias (Denton y cols., 1994; Medina-Mora y cols., 1993, cits. en Rivera y cols., 1995).

Una investigación realizada en Perú por Mendoza (1993, cit. en CEDRO), donde se aplicaron cuestionarios con diversos ítems que pretendían medir las razones para el consumo de drogas, arrojaron resultados muy interesantes en los cuales los jóvenes señalaron como primer término a los problemas familiares (29%), al lado de los problemas personales (23%), la costumbre (15%), la curiosidad (8%) y el placer (6%); en menor proporción fueron citados la presión social (45%), la evasión (3.4%), la falta de carácter (2%) y la falta de orientación (2%).

Otra investigación realizada por Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988 cit. en Sánchez y Jimenez, 1995), donde se estudió la relación del farmacodependiente y su familia, señalan que algunos jóvenes farmacodependientes no perciben su ambiente familiar como conflictivo, pues

es común para ellos pasar por experiencias negativas durante la niñez. El 75% del grupo vivió en un clima de inseguridad, falta de atención y estímulos, relaciones conflictivas entre los padres y situaciones más graves como el abandono del padre, de la madre o inclusive de ambos progenitores, alcoholismo severo o infidelidad manifiesta del padre, castigos físicos, lo que creó una atmósfera poco estimulante y poco afectiva.

En cuanto al estudio realizado por Espina, Ayerbe, Pumar y García (1996), se describe la percepción de los hijos, respecto a las pautas parentales de crianza; con 96 sujetos toxicómanos y 36 de grupo control. En los resultados se destaca que los padres del grupo de toxicómanos fueron percibidos como intrusivos, que dificultan la autonomía del hijo, poco empáticos, que no ayudan a su hijo y no hablan con él. Las madres fueron percibidas como poco empáticas, intrusivas, controladoras, que dificultan la autonomía del hijo, lo infantilizan, no lo valoran, fallan en empatía y en ayuda, respecto al grupo control. Estas pautas parentales resultan en general, o bien inadecuadas, o que dificultan la autonomía del hijo y su desarrollo integral, predominando en estas familias un vínculo de "control sin afecto". Estas investigaciones junto con otras investigaciones realizadas sobre el tema, sugieren que estas conductas de los padres pueden estar asociadas a un riesgo general de padecer trastornos psicológicos o psiquiátricos, por lo que a nivel terapéutico, sería conveniente incluir intervenciones familiares para conseguir tipos de vínculos más adecuados.

En resumen, se ha establecido una alta correlación entre consumo de sustancias psicoactivas e insatisfacción de los jóvenes frente a las relaciones familiares; por lo que al parecer, la calidad de relación del adolescente con sus padres es el factor protector más eficaz contra el consumo de drogas, (Recio et al. 1991 cit. en Pérez y Mejía, 1998).

En cierto sentido, las familias de adictos parecen similares a otras familias con disfunciones severas; sin embargo, se han encontrado ciertos rasgos específicos como:

- Mayor frecuencia de dependencia química multigeneracional al alcohol, además de una propensión a otro tipo de conductas adictivas.

- Los adictos tienden más a la creación de fuertes relaciones externas y a refugiarse en ellas, aunque sea por un breve período, después de un conflicto familiar.
- Con frecuencia, hay violencia física entre los cónyuges y hacia los hijos.
- Frecuentemente estas familias son amalgamadas, y revelan un alto grado de conducta infantil.
- Hay más expresión primitiva y directa del conflicto, con alianzas muy explícitas (por oposición a las encubiertas), por ejemplo, entre el adicto y el progenitor sobreimplicado.
- El adicto puede tener un grupo de pares o una subcultura a la que se retira (brevemente) luego de un conflicto familiar – la ilusión de independencia es mayor.
- Existe una preponderancia de temas de muertes o muertes prematuras, inesperadas o intempestivas dentro de la familia.

Por su parte, Cañavera (1988, cit. CEDRO, 1993), investigó la relación entre disfunción familiar y farmacodependencia, obteniendo los siguientes resultados:

- ⇒ Los padres muestran un grado de cohesión variable, pero fracasan en su adaptabilidad, es decir, en la capacidad de cambiar su estructura de poder, sus roles, relaciones y reglas en respuesta a las crisis del ciclo vital familiar y a las situaciones de estrés provenientes del medio social circundante.
- ⇒ Se tratan de parejas con liderazgo ineficaz que oscila entre el caos y la rigidez autoritaria. La dificultad mayor se halla no en el eje de cohesión (ligazón afectiva), sino en el de la adaptabilidad (capacidad para el cambio).
- ⇒ Los miembros de la díada marital se encuentran afectivamente muy distantes, pero se cohesionan una vez conocido el problema del hijo, lo que explica que en esta dimensión (cohesión), la disfunción sea menor.

- ⇒ Los sistemas familiares con un hijo dependiente se encuentran sometidos a presiones internas (producto de la crisis de la adolescencia) y a presiones externas (medio social).
- ⇒ Por otro lado, generalmente, los farmacodependientes provienen de una familia con problemas de abuso de drogas, Johnson y Szurek (cit en CIJ Aproximaciones), han encontrado que frecuentemente los padres disculpan la conducta farmacodependiente de sus hijos. En ocasiones otros de los integrantes de la familia son también usuarios y en muchos casos, el padre es alcohólico.

En conclusión, la influencia de los padres sobre el uso de sustancias psicoactivas de sus hijos adolescentes se hace patente en: el uso de drogas por parte de estos; en su actitud hacia las drogas y aspectos de esta relación Padre-Hijo que predicen la iniciación en las distintas drogas.

En una investigación llevada a cabo en Centros de Integración Juvenil, (1998), con familias en las que alguno(s) de sus miembros usaban drogas ilícitas, se observó lo siguiente:

1. A las familias les resulta difícil advertir las situaciones en que el adicto no lo es y en consecuencia, todo lo que dice o hace es tamizado a través de este tema.
2. Les es difícil mirarlo como una persona que presenta esa conducta únicamente en determinadas circunstancias y en determinados momentos.
3. Para muchos padres la adicción de su hijo es el único problema que justifica el tratamiento, aunque por lo regular existan otros problemas invisibles para ellos porque focalizan todos sus problemas en el usuario; por último, tenemos que el abuso del alcohol y otras drogas de uso médico, son negadas de manera frecuente en estas familias.

Con respecto a los sentimientos negativos imperantes en este tipo de familias, Washton (1995), comenta que se encuentran presentes los siguientes sentimientos:

- **MIEDO:** Presentan miedos al adicto, a ellos mismos y a la familia en su totalidad. Tienen miedo a que el adicto les haga daño, que perjudique a otros miembros de la familia, o les conduzca a todos a la ruina económica. Tienen miedo de que el paciente se recupere y de que la interrupción de la conducta permisiva empeore la situación en vez de mejorarla.
- **CULPA.** Los familiares se sienten personalmente responsables de la adicción y creen que si hubiesen actuado de manera distinta, el problema habría mejorado. Muchos desean secretamente que su hijo muera y así terminar con el problema. Naturalmente, se sienten culpables de estos deseos inaceptables.
- **VERGUENZA:** La familia se siente frecuentemente estigmatizada y avergonzada por la presencia del adicto. La vergüenza exagera la negación y alimenta la pretensión de que las cosas "están bien".
- **PENA:** Hay un sentimiento de tristeza cuando los padres del adicto notan que tienen la oportunidad de tener un hijo "normal". De manera similar, los cónyuges de los adictos sienten que han perdido la oportunidad de lograr un matrimonio "normal". Este sentimiento deriva en ver que la persona que en otro tiempo conocieron y amaron es ahora muy diferente y desagradable, tal vez para siempre.
- **IRA:** Habitualmente existe mucha ira dirigida hacia el adicto: sentimientos de que él o ella les avergüenzan, les manipulan o que abusan de ellos. Cuando los familiares no comprenden la adicción, tienden a ver la adicción como "auto-elegida" y se irritan de que el adicto haya "elegido" hacerle "eso" a la familia.

Este autor sugiere que si todos estos sentimientos no son identificados y compensados en el tratamiento, pueden influir negativamente tanto en la recuperación del adicto, como en la de su familia; pues los sentimientos no elaborados impiden la comunicación, crean una atmósfera de

tensión y en especial los sentimientos de hostilidad, resentimiento y miedo pueden ser dirigidos por los familiares hacia fuera, de manera que podrían sabotear el tratamiento.

Al respecto, Davis (1974 cit. en CIJ Experiencias) agrega que los profesionales que han estudiado el uso compulsivo de drogas en las familias, han aceptado casi en forma universal, el hecho de que la ingestión de drogas por parte de un miembro de la familia, generalmente es tolerado por los demás familiares, más aún, puede ser fomentado abierta o clandestinamente. Además puede ser que el patrón de ingestión de drogas no solo sea apoyado y mantenido por el sistema, sino que la familia realmente presione para sabotear aquellos esfuerzos de tratamiento que empiecen a tener éxito en la reducción o abstinencia del consumo. Por lo que se tiene que tener esto en cuenta al considerar el esquema del tratamiento.

3.4 LA ESTRUCTURA FAMILIAR DEL FARMACODEPENDIENTE

Este rubro abordará, tal como dice Minuchin, las demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de familias farmacodependientes de acuerdo a estudios e investigaciones que se han realizado al respecto.

3.4.1 ROLES

La teoría sistémica da por sentado que todos los individuos importantes de la unidad familiar desempeñan un papel en el modo como los miembros de la familia funcionan con relación a los otros y en el modo como irrumpe finalmente el síntoma. El papel que se desempeña, lo hace manifiesto cada persona. Distintos miembros de la familia pueden realizar actividades necesarias para satisfacer las funciones de la familia, pero la expectativa del cumplimiento de algunas de ellas se asignan a un miembro en particular, constituyéndose así, los roles tradicionales de madre, padre, esposo(a), hermana(o), etc.. El perfil de cada rol, estará

determinado por factores culturales, sociales, económicos y de la historia psicológica familiar de cada uno.

Además de los roles tradicionales, existen roles que cumplen generalmente un propósito dinámico y dan a cada miembro de la familia, una importancia funcional y un sentido particular de preservar el equilibrio familiar. Algunos ejemplos de estos roles son:

- El "bueno". Es aquel miembro que no expresa sentimientos negativos sobre otro y tiende a complacer cualquier expectativa manifiesta de la familia.
- El "malo". Es la persona que actúa o se expresa generalmente en forma negativa y nunca complace las expectativas de los demás; este rol se le adjudica con frecuencia al paciente identificado.
- El "provocador". Es el que estimula por lo general, el surgimiento de sentimientos negativos en los demás, pueden jugarlo de manera alterna el propio paciente y otro miembro.
- El "enfermo". Generalmente habla y se comporta como el más débil, a menudo obtiene ganancias secundarias importantes.
- La "víctima". Es el miembro que sirve como receptor de los sentimientos agresivos que se generan, los absorbe y ayuda así a mantener la unidad familiar. En el alcoholismo, el conyuge no alcohólico, obtiene importantes ganancias frente a los hijos, al asumir este rol. Como cualquier otro rol, puede asignarse a diferentes miembros en distintos momentos de la vida familiar.

Esta teoría también sostiene que la familia requiere de una variedad de roles para alcanzar un funcionamiento ideal.

Higgins (1998), ejemplifica la manera en que se establecen estos roles con familias alcohólicas argumentando que, en tanto la conducta alcohólica incrementa los miembros de la

familia aprenden a no esperar una conducta responsable del bebedor; entonces desempeñan su rol para compensar la conducta del alcohólico y para mantener el funcionamiento familiar. Las esposas frecuentemente llegan a ser sobrecontroladoras compensando esa falta de responsabilidad del miembro alcohólico y dejando al alcohólico emocionalmente fuera de la familia.

Esta visión se encuentra presente en los comentarios de Murray (1989), quien considera al alcoholismo como una disfunción que se da en el contexto de un desequilibrio en el funcionamiento del sistema familiar global. Desde una perspectiva teórica, cada miembro de la familia desempeña un papel en la disfunción del miembro afectado. La teoría aporta una vía para conceptualizar el papel que juega cada miembro. La terapia se orienta así en ayudar a la familia a que modifique sus pautas de funcionamiento. Cuando es posible modificar el sistema de relaciones familiares, se aplaca la disfunción alcohólica, incluso aunque el sujeto afectado, no haya intervenido en la terapia.

Retornando con las familias farmacodependientes, podemos decir que el adicto puede tratar de adquirir la situación de "enfermo" para ubicarse en el foco de la atención de los padres y convertir a la farmacodependencia en un síntoma.

Referente a este síntoma, Stanton (1990 y 1993 cit. en Andolfi) considera que en la familia se halla el síntoma *per se*. Un síntoma puede considerarse como un tipo de conducta que funciona como mecanismo homeostático regulador de las transacciones familiares, por lo que mantiene el equilibrio dinámico entre los miembros; el síntoma puede ayudar, por ejemplo a rotular a un miembro como desvalido e incompetente, y por ello, incapaz de dejar el hogar. Esto podría servir como un problema que unifica a la familia y la mantiene intacta, tal como una catástrofe unifica a las personas que la sufren juntas.

Un ejemplo de lo anterior lo encontramos en los comentarios de Berriel y Luna (cit. en CID, Aproximaciones), donde explican un caso de farmacodependencia situándose en la fase de tratamiento, y demuestran que conforme iba avanzando la terapia: el paciente comenzaba a cambiar su rol anterior (de padre) y asumir sus propias limitaciones; la familia comenzó a dejar de asistir argumentando la imposibilidad de acudir a tratamiento en el mismo horario y

manifestando desesperanza ante el pronóstico del paciente aún cuando éste había suspendido el consumo de drogas y había comprendido la forma en la cual él se prestaba a desempeñar el rol que la familia le había asignado.

Generalmente, los padres al vivenciar cambios en las reglas, funciones y roles debido a la terapia, recurren a explicitar problemas que tienden a desviar el foco de la psicoterapia y paradójicamente, protegen la persistencia en la farmacodependencia.

Existe otra paradoja en este tipo de familias, la cual podemos describir así: a pesar de que el alcohólico pierde control sobre sí, aumenta el control que ejerce sobre su familia (Wegsheider 1981 y Elkin, 1984 cit. en Higgins); en este sentido el sistema familiar se organiza a sí mismo en función de un solo individuo, por lo que decimos que lo que en un principio es un problema individual, llega a convertirse en una forma de vida para toda la familia.

Realizando una conclusión preliminar en cuanto al tema, retomamos los comentarios de Minuchin y Fishman, (1993); donde afirman que la concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de los diferentes holones familiares. Si existe apego excesivo, la libertad de los individuos estará limitada por las reglas del holón. Si en cambio, existe desapego, es posible que aquellos esten aislados, faltos de apego. Aumentar o disminuir la proximidad entre los miembros de holones significativos, puede dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar, hasta entonces inhibidos por la participación en el subsistema. Los factores disfuncionales de la familia, a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa. Por ello la terapia es en buena medida un proceso en que se verifica la proximidad y la distancia. El terapeuta puede desplazar su posición y trabajar en subsistemas diferentes, cuestionando la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y funciones.

Por su parte, Orford (1990), y Wiseman, (1979 cit. en Natera), proponen la existencia de diferentes formas de afrontar abusos de alcohol u otras drogas, las cuales se refieren a la forma como sus miembros responden de manera natural a estos problemas, así como las tácticas y estrategias que adoptan los familiares en el intento de controlar el abuso y sus consecuencias.

De acuerdo con Natera (1992), se han establecido algunas de las dimensiones principales de las formas de enfrentar utilizadas por las esposas y los hijos de los consumidores. A la fecha se han identificado ocho diferentes formas de enfrentamiento: **emocional** (discutir, rogar, etc.); **tolerante** (encubrir, consumir alcohol o drogas con el usuario, etc.); **controladora** (buscar la bebida o droga del usuario, tratar de interferir con su abastecimiento, etc.); **evitadora** (aislarse, no hablar, etc.); **inactiva** (mostrar indecisión, preocupación constante sin acción, etc.); **confrontativa** (explicar los propios sentimientos, formular las propias expectativas, etc.); **apoyadora del usuario** (mostrar disposición a hablar del tema con el usuario, alentar acciones positivas, etc.); **independiente** (conservar o desarrollar nuevas relaciones, intereses, actividades, etc.).

Washton, (1995) establece que existe una gran variedad de los patrones de conducta de los familiares que pueden considerarse perjudiciales como son:

- a) Minimización, racionalización, negación o explicación del problema y sus consecuencias.
- b) Intentar controlar el suministro o consumo de drogas: hacer tratos con el adicto, sobornarlo utilizar ultimatus, hacerle objeto de amenazas inútiles, etc.
- c) Proteger al adicto de las consecuencias negativas de la adicción, dando excusas, encubriéndolo o resolviendo los problemas derivados de su adicción
- d) Asumir sus responsabilidades como realizar pagos, tareas domésticas, etc.
- e) Ayudar al adicto a obtener drogas.

Lo anterior da prioridad a la consideración e inclusión de la familia en psicoterapia y no sólo centrarse a un sólo paciente, ya que de no hacerlo así, seccionamos los diferentes elementos que conforman el grupo familiar y rompemos con las interrelaciones que existen entre los miembros, considerándolos en forma aislada, centrando así la patología de cada paciente identificado como "depositario" o "emergente" del conflicto familiar para mantener esa

homeostasis que en ocasiones pudiera parecer que resulta funcional, pero que siempre es inadecuada.

3.4.2 REGLAS

Wegsheider, (1981, cit. en Higgins), menciona que los límites entre individuos, son definidos por las reglas familiares. Dentro de una familia alcohólica, las reglas mantienen el homeostasis familiar hacia un detrimento del crecimiento personal de los individuos que siguen estas reglas. Frecuentemente, estas reglas llegan a ser irreales, provocando que sus miembros sean perfeccionistas en el sentido de controlar su medio ambiente. Algunas otras reglas promueven la deshonestidad o la manipulación para evitar algún castigo o rechazo, lo que causa que los miembros de la familia nieguen sentimientos que les generen culpa o vergüenza; de esta manera tenemos a los miembros compartiendo sus sentimientos cada vez menos, a medida que el alcoholismo progresa, lo que resulta en un gran aislamiento y la intimidad de los miembros eventualmente llega a ser inexistente .

En cuanto a la forma rígida del sistema de reglas que se vive dentro de la familia alcohólica, Higgins (op cit.), comenta que estas familias son sistemas rígidos con reglas rígidas donde se niegan los problemas y se les inculca a los niños pensamientos como "no hables", "no sientas", "no confíes", "no formes amistades", " el mundo es inseguro". Sin retroalimentación positiva del exterior, los individuos son incapaces de conseguir o pedir ayuda, u obtener información que contradiga estos pensamientos.

3.4.3 LÍMITES

Es necesario respetar los límites que distinguen a la familia nuclear, de los sistemas más amplios de la familia extensa o grupo social para proteger la privacidad del subsistema conyugal o

algún subsistema particular creado por la propia familia para su mejor funcionamiento instrumental. Estas fronteras imaginarias permiten establecer claramente los roles particulares entre individuos y subsistemas, así como las reglas que diferencian obligaciones y derechos de unos y otros, (Velasco,1988).

Existen pruebas verdaderamente convincentes de que la mayoría de los adictos, pese a sus protestas de independencia, mantienen estrechos vínculos con su familias, aunque no vivan con sus padres, pueden residir en la vecindad, por lo que la frecuencia del contacto es elevada.

Para lo anterior, se incluye en el tratamiento de estos casos la técnica de creación de límites, dentro de la cual, se pueden emplear muchas intervenciones para tal objetivo, una de ellas consiste en lograr que los padres formen un frente unido que fortalezca el límite que una al subsistema parental; lo cual refuerza implícitamente el límite que rodea el subsistema .

Dentro de la terapia familiar, podemos encarar las estructuras desde el punto de vista de los límites. En la familia prototípica que se plantea en (Stanton y cols, 1990), se puede describir la disfunción como una situación en que los límites que rodean al subsistema de padres-cónyuges es excesivamente permeable: el adicto y uno de los padres están demasiado apegados. En general, en las familias con adultos adictos y adictos adolescentes, el límite entre el subsistema parental y el subsistema filial tiende a ser disfuncional y excesivamente permeable. En particular, uno o ambos padres suelen respaldar la conducta adictiva del joven.

Stanton enfatiza la interacción triádica, pues uno de los progenitores se halla fuertemente ligado al adicto, en tanto que el otro se muestra más punitivo, distante y/o ausente. Por lo general el progenitor más implicado es el del sexo opuesto al del adicto.

En los sistemas alcohólicos descritos por Hicks y Cornille (1993, cit en Higgins), los límites entre el ambiente familiar y el medio externo son impermeables, existe muy poca información que entra o sale del sistema, esto impide a los miembros ver una realidad a la vez que obstaculiza su crecimiento personal.

El concepto de límites propuesto por Minuchin, los define como aquellas reglas familiares que determinan quién está afuera y quién se encuentra adentro del sistema. Los límites pueden ser rígidos o flexibles y dan lugar a coaliciones y triangulaciones entre los miembros.

En adición a esto, en los sistemas alcohólicos, frecuentemente existen violaciones dentro de los límites individuales entre padres e hijos; lo anterior incluye situaciones donde los padres comparten confidencias con sus hijos o peor aún, se relacionan de manera incestuosa, (Higgins, op. cit).

3.5 LA DINÁMICA FAMILIAR DEL FARMACODEPENDIENTE

Para Stanton y cols. (1990), la drogadicción puede considerarse como parte de un proceso cíclico en el que se involucran tres o más individuos, generalmente los padres y el adicto; estas personas forman un sistema único, interdependiente e interpersonal. Por momentos, el equilibrio de este sistema es amenazado, como cuando una discordia entre los padres llega al extremo de una separación inminente. Cuando esto ocurre, el adicto se activa, su conducta cambia y crea una situación que dramáticamente, *concentra la atención sobre él*.

Esta conducta puede cobrar diversas formas: el adicto tiene un ataque de furia, llega a casa drogado, comete un delito, cae en una sobredosis, etc., sea cual fuera la forma, este acto permite a los padres, pasar del conflicto conyugal a un excesivo apego parental. En efecto, el movimiento va de una relación diádica inestable (los dos padres) a una relación triádica más estable (padres y adicto). Al concentrarse en los problemas del adicto, por serios y riesgosos que sean, los padres toman un rumbo aparentemente más seguro, que el de encarar conflictos conyugales de larga data. En consecuencia, -una vez eludida la crisis conyugal-, el adicto adopta una actitud menos provocativa y comienza a comportarse en forma más competente. Este es un nuevo paso en la secuencia.

A medida que el adicto revela una competencia creciente, indicando que puede funcionar independientemente de la familia (consiguiendo un empleo, casándose, desintoxicándose, etc.), los padres deben encarar conflictos previamente irresueltos. En este punto del ciclo, las tensiones conyugales crecen y surge la amenaza de separación. El adicto luego se comporta de un modo llamativo y autodestructivo, y el ciclo en la triada disfuncional continúa. Desde este punto de vista, la conducta del adicto cumple una importante función protectora y contribuye a conservar el **equilibrio homeostático** del sistema familiar.

Referente a esta homeostasis, las familias de abusadores tienen una gran resistencia al cambio, tan poderosa es la resistencia que los miembros niegan buscar ayuda, (Cirillo & Di-Blassio, 1992).

De esta manera, es como se concibe a la farmacodependencia; un síntoma el cual significa la manifestación de una disfunción en un nivel diferente de la estructura del sistema más amplio, lo cual obliga a pensar en el significado que el uso de drogas tiene para la familia, es decir, dentro del sistema existe una organización disfuncional que lo mantiene como síntoma.

De acuerdo con Compeá (1988 cit. en González), es común que también uno o más miembros de la familia tengan problemas de alcohol u otras drogas. Es frecuente también que los farmacodependientes tengan algún aliado, ya sea el padre o la madre. Es necesario mencionar que la autoridad real de la familia es la madre, reflejando así el desacuerdo de la pareja para guiar a la familia; puede ser por encontrarse en diferentes casos sola y con toda la responsabilidad que acarrea el llevar a una familia de una manera "adecuada" hacia un fin positivo, pero que al mismo tiempo no cuenta con el apoyo de la pareja para poder llevar a cabo las expectativas que tiene con la familia .

Por su parte, Mothersead, Kivlighan y Wynkoop (1998), llevaron a cabo un estudio con una muestra de 152 estudiantes universitarios donde administraron cuestionarios que median la unión conyugal, el alcoholismo paterno, la disfunción familiar y la ansiedad interpersonal. Basados en un análisis estructural, encontraron que al incrementar el nivel de disfunción familiar, los estudios reportaron menor unión conyugal y una ansiedad a nivel interpersonal mayor. Tal como fue hipotetizado antes de los resultados, la unión conyugal medió la relación

entre disfunción familiar y los diferentes tipos de ansiedad interpersonal. Sin embargo, se encontró que el alcoholismo paterno no fué un predictor significativo de unión conyugal, sus discusiones señalan que aquellos modelos que unen solo un alcoholismo paterno a disfunciones familiares dan pocas direcciones para una intervención clínica; por lo que la labor de los terapeutas será intervenir clínicamente para ayudar a los clientes a examinar y cambiar modelos disfuncionales y por medio de eso tener un mejor impacto en las relaciones interpersonales.

Concluyendo este apartado, observamos que la dinámica familiar del farmacodependiente es disfuncional, porque impide el desarrollo integral del adicto; inclusive sabotando los intentos eficaces de solución; la droga se convierte en un principio organizador a partir de la cual se estructura la vida familiar y de esta manera la familia junto con el adicto se encuentran en un círculo repetitivo.

3.5.1 COMUNICACIÓN

En términos generales, mientras mejor funcionamiento tenga una familia, su comunicación, tanto verbal como no verbal es más clara y directa. Una familia perturbada se comunica en forma indirecta y generalmente de manera no verbal, aunque la comunicación verbal se usa en ocasiones para encubrir los sentimientos. Este tipo de comunicación no solamente refleja la disfuncionalidad y la patología familiar, sino que contribuye a agravarla o mantenerla.

Es necesario precisar los mensajes verbales y no verbales mediante los cuales los miembros de la familia se relacionan entre sí, ya que el patrón de comunicación prevalente en la familia permite adquirir una idea de su funcionalidad. De acuerdo con Velasco (1988), se incluye aquí, la detección de dobles mensajes (doble vínculo). Dentro del contenido de los dobles mensajes, es preciso distinguir la expresión de afecto y la comunicación de los mensajes instrumentales que establecen la relación jerárquica entre los miembros de la familia. Además, es necesario precisar si se trata de una relación clara o enmascarada, y en cuanto a la direccionalidad del

mensaje, si va dirigido a la persona para quien se generó (comunicación directa o comunicación desplazada).

En la familia del farmacodependiente se producen muchas alteraciones en el campo de la comunicación, sobre todo, incongruencias entre lo comunicado y lo metacomunicado, terreno en que el adicto juega un papel importante, pues es el quien queda "mal", un ejemplo de esto, lo encontramos en un caso citado por Berriel y Luna (cit en CIJ, Aproximaciones) con un adicto multiple de 22 años donde en cierta ocasión, su madre y hermano comentaron a los terapeutas la necesidad de cambiar la alfombra de la casa, pero al mismo tiempo, el hermano le dijo que no tenía dinero para hacerlo. La madre ofreció "prestarle" la cantidad que requería y el hermano aceptó, pero le pidió a la madre que se quedara con la alfombra. El paciente al oír esto, reclamó la alfombra ganándose el disgusto del hermano y el de su madre. En este ejemplo, se observan dos situaciones, que mientras en el plano manifiesto se percibe una transacción de préstamo; en el metacomunicativo ocurre toda su relación comercial, en la que la "comunicación" de la madre impulsa al paciente a hacer el reclamo en vez de ella y esto lo pone en evidencia, pues de hecho no entendió lo sucedido que le resulta contradictorio: "Haz el reclamo"... "¿Por qué lo hiciste?".

En relación a lo anterior, un estudio realizado por Chávez, Pacheco, Salinas y Solís (1988 cit. en Sánchez y Jimenez), realizado en una colonia suburbana de la ciudad de México, encontraron que entre las familias de adolescentes no farmacodependientes, se dan en mayor proporción, las buenas relaciones entre los padres, junto con un nivel más alto y frecuente de comunicación; mientras que en las familias de adolescentes farmacodependientes predominan las relaciones conflictivas padre-madre. La comunicación en estos casos tiende a ser ocasional, limitada a temas específicos o a situaciones de poca importancia; también se reportó que el adolescente farmacodependiente establece una comunicación superficial e incluso nula con sus padres, en tanto que el adolescente no farmacodependiente establece con más facilidad, un buen nivel de relación y comunicación con sus padres.

Con frecuencia, se observa un *secreto familiar*, algo de lo que nadie quiere hablar, y sin embargo todos los miembros de la familia están enterados y todos lo conocen. Por ejemplo, en dos casos con familias farmacodependientes citados por los autores mencionados arriba; en el

primero, el secreto manifiesto es el resentimiento que todos sentían hacia el padre por su conducta agresiva (contra los hijos y la madre) por su irresponsabilidad y alcoholismo de que habían sido víctima en el pasado, conducta de la cual nadie habló durante las sesiones, a excepción del paciente. En otro caso, el secreto consistía en la existencia de un padre sumamente enfermo, alcohólico crónico (cuensuetudinario), que inclusive tenía que ser internado para su recuperación y desintoxicación. Así, la farmacodependencia puede servir como una función a cualquiera de los padres, o como un canal para sus propias comunicaciones.

Resulta sorprendente ver cómo en muchas familias alcohólicas, sus miembros invierten una considerable energía para mantener el secreto alcohólico (Brown, 1985, cit. en Higgins).

Kreston y Bepko (1993, cit. en Higgins), afirman que las mentiras crean secretos, el silencio mantiene esos secretos y por consiguiente, los secretos alimentan negaciones. Así tenemos que el silencio se convierte en uno de las más profundas manifestaciones de negación de la realidad, la cual resulta de las supresiones de todas las formas de comunicación directa de los sentimientos de cada individuo de la familia.

En relación con el secreto familiar Washton, (1995 pag. 228) lo ejemplifica así:

" En ocasiones, un miembro de la familia oculta la conducta del consumidor a otro (por ej., al marido lo oculta a la mujer, o un hermano lo oculta a los padres). La persona que 'ayuda' al adicto a menudo racionaliza su conducta al pensar que si los demás se enterasen del consumo de droga podrían preocuparse demasiado ('si mamá se enterara se suicidaría') o responderían demasiado dura e irracionalmente (' si papá se enterara te rompería el cuello'). Algunas veces guardar el 'secreto' produce beneficios secundarios: crea un vínculo especial entre el adicto y su confidente."

La culpa entre los miembros, es una forma de comunicación habitual en familias que favorecen el consumo de drogas. Los mensajes tienden a ser ambiguos y doble vinculados; en otras palabras, este tipo de comunicación se refiere a un mensaje que lleva implícita una contradicción, colocando al receptor de éste en una paradoja, la cual al no poder resolverla, le genera culpa y desconcierto. Por ejemplo, un padre que al enfrentar con su hijo una decisión de una profesión le dice "deseo que estudies lo que tú quieras, pero siempre soñé con tener un hijo abogado..." (CINPRAD, 1995).

El ejemplo anterior expone esta disfunción comunicativa, muy presente dentro de los llamados factores de riesgo que favorecen el consumo de drogas.

3.5.2 RITUALES

Los rituales pueden decirnos algo sobre la disfunción familiar, los rituales se refieren al hecho de contar con celebraciones, tradiciones y rutinas en la familia. Las familias disfuncionales, generalmente poseen una fractura ritual o desorganización en sus actividades ritualísticas; lo cual sugiere que la estabilidad y coherencia de los rituales clave, puede proporcionar importante información sobre la coherencia social y emocional de una familia.

En una investigación que realizaron Wolin, Bennet y Jacobs (cit. en Imber-Black, Roberts y Whiting, 1991), sobre los rituales en familias alcohólicas, se encontró que estas familias a menudo informan una grave ruptura ritual: horarios establecidos, rutinas, actividades de recreación, celebraciones familiares, celebraciones religiosas, celebraciones sociales, etc, no son tomados en cuenta, se dan desorganizadamente, o de manera impredecible. Estos autores estudiaron una familia, donde por ejemplo, la cena no ofrecía muchas oportunidades para el contacto o para compartir; los miembros de la familia se servían solos la comida en la cocina y miraban televisión en la sala o en el estudio. Las vacaciones eran impredecibles: si el padre bebía en exceso en ese momento, la familia no llevaba a cabo sus planes originales y no hacía cambios para sustituirlos.

Lo anterior nos da información sobre la disfunción familiar, respecto a la ruptura comunicacional, ya que por medio de los rituales, los miembros de la familia pueden aclarar su posición, afirmar una identidad grupal y significar su conexión con una comunidad más amplia.

Los rituales son susceptibles a ser "invadidos" por las conductas del uso del alcohol y generalmente son modificados con el propósito de complacer a un miembro alcohólico. Con

frecuencia las familias con un miembro alcohólico tienden a luchar por conservar sus rituales, para no ser quebrantados o invadidos por el alcoholismo.

El nivel de ritualización y distribución de las áreas ritualizadas, dependerá de la tipología familiar, según sean familias rígidas, caóticas, flexibles, etc.

Wollin y Benett (1984, cit. en Pérez y Mejía), encontraron hijos de padres alcohólicos que sufrieron menos consecuencias negativas al pertenecer a familias cohesivas con amplio interés por los ritos familiares. Los rituales son oportunidades para reforzar y mantener las relaciones dentro de un sistema familiar y todo lo que en ellos se comporte, contribuye a disminuir los efectos negativos de los problemas de abuso.

Kandell, (1978 cit en Pérez y Mejía op. cit.), encontró que la religiosidad de los padres incide en las bajas tasas de consumo de sustancias psicoactivas. Bowman (1983 cit. en Pérez y Mejía), afirma que la religión juega un papel importante en la resolución de conflictos y sirve como método de intervención a nivel psicológico, además de ser un elemento normativo que rige ciertos comportamientos familiares.

Por su parte y siguiendo esta línea, Araujo y Montoya (en PNUFID, 1999), discuten sobre la importancia preventiva de "perder tiempo en la familia", con sistemas familiares adictivos, donde una buena estrategia para lograrlo sería volviendo a recuperar hábitos de contar cuentos, narrar fábulas o transmitir leyendas a los hijos. "Perder el tiempo" en la estancia y el contacto con los otros, lo que significa restituir la calidad de relaciones entre los diferentes miembros de la familia; porque el mito y el ritual son formas de mediación del pasado y el presente, que hacen posible no sólo la estabilidad, sino también el cambio.

A través de estas investigaciones se puede observar que el respeto a los rituales básicos de una familia es fundamental, porque a través de ellos se le proporciona a la persona un sentido de pertenencia dentro de a familia, se genera un intercambio de experiencias, vivencias y soporte emocional; a la vez que promueve y afianza la compañía mutua entre los miembros.

3.5.3 CICLO VITAL

La familia como sistema tiene su propio proceso vital y pasa por una serie de fases de transición que repercuten en la configuración dinámica y de relación con cambios y crisis significativas.

Haley, (1963 cit. en Martínez, 1991), considera que la familia funcional logra pasar adecuadamente de una etapa del ciclo vital a otra, considerando importantes las variables de poder, comunicación y organización familiar.

Stanton, Todd y cols. (1990), suponen que mientras la familia del adicto adulto a menudo lucha con un ciclo vital en que el adicto debería marcharse del hogar, las familias de abusadores jóvenes, se han atascado en un punto de transición diferente (el del comienzo de la individuación del adolescente). La adolescencia es una época en la que la tendencia natural de la persona que se convierte en paciente identificado (PI), consiste en comenzar a asumir responsabilidades adultas y en desplazarse hacia el grupo de pares; lo cual suele incluir relaciones heterosexuales, tales como salir con personas del sexo opuesto, y se parecen cada vez más a relaciones adultas. Algunas familias tienen dificultades para esta transición, y uno o más miembros desarrollan síntomas. La familia está en crisis, y el problema manifestado, es un intento de resolver la crisis por parte del sistema. En otras palabras, el síntoma es un indicio de un problema que afecta a toda la familia.

Estos autores, arriba citados, aseveran que dos etapas del ciclo vital se destacan especialmente en el desarrollo de la adicción de una persona joven. El primero es la llegada de la adolescencia, aquí comienza esencialmente la ingestión de drogas, aunque no necesariamente la adicción. Este cambio hacia relaciones de índole más adulta, que implican crecimiento e individuación respecto de la familia, pueden generar pánico parental y preparar la escena para una conducta adictiva posterior. La segunda etapa vital de la adicción es la del abandono del hogar. Aquí se pone en relieve la individuación y la competencia adulta del paciente identificado, transformándose en el eje en el cual suele desarrollarse y girar la adicción.

La crisis evolutiva puede aflorar en múltiples situaciones, como por ejemplo la llegada de la adolescencia, cuando los hijos se van de la casa, o después de la muerte de una persona importante en el sistema. Sea cual fuere el acontecimiento transicional, el sistema familiar sufre presiones para transformarse y operar de otra manera y con otras estructuras, de acuerdo con las exigencias de la nueva situación. Las familias sin la flexibilidad necesaria se vuelven disfuncionales y en un esfuerzo para mantener el *status quo*, se desarrolla un síntoma.

Otros problemas del ciclo vital que a menudo se relacionan con la aparición de la adicción son: muertes repentinas en la familia, enfermedades graves de un familiar, en especial de un progenitor; enfermedad o muerte inminente, tal como después de un ataque cardíaco del cual la víctima se recupera, pero que causa tensión a la familia; la etapa del nido vacío, que es desde luego, un caso específico del fenómeno del abandono del hogar; la llegada de la adolescencia; la pérdida del empleo o llegada de la jubilación de un progenitor, etc. En todos estos cambios el sistema familiar sufre presiones para transformarse y operar de otra manera y con otras estructuras, de acuerdo con las exigencias de la nueva situación. Es importante, tanto por razones de diagnóstico como terapéuticas, que un terapeuta evalúe si una familia dada ha enfrentado, o está enfrentando, uno de estos acontecimientos, antes de empezar o proseguir con el tratamiento, (Stanton y cols, 1990).

Continuando con lo anterior, el ciclo vital y el estadio evolutivo de la familia son muy importantes para definir la estrategia terapéutica, ya que a menudo se ve un problema familiar como "atorado" en una etapa particular de su evolución. Muchas familias suelen atorarse en la etapa en que el adicto debería de abandonar el hogar, como no han podido superar esta etapa, se fijan en una etapa en que el adicto se va y vuelve, o bien, permanece excesivamente apegado a la familia.

En el caso del alcoholismo, por ejemplo, el síntoma de beber demasiado tiene lugar cuando la ansiedad es elevada. La aparición de un síntoma, remueve una ansiedad todavía mayor de quienes dependen del individuo que bebe. Cuanta más ansiedad hay, más ansiosamente reaccionan el resto de los miembros, de lo que ya lo estaban haciendo. El proceso de beber para aliviar la ansiedad, y el aumento de la ansiedad como respuesta a la bebida puede conducir en espiral a un colapso funcional, o bien , convertir el proceso en una pauta crónica, (Murray,1989).

Para Stanton, Todd y cols. (1990), la crisis se produce con los intentos de independencia del farmacodependiente, el cual al intentar abandonar el hogar amenaza la integridad triádica: los padres riñen, se separan, un progenitor desarrolla síntomas o un hermano se convierte en problema, lo que provoca que el adicto vuelva a su conducta de fracaso, y así la familia vuelva a estabilizarse y conserve su equilibrio homeostático.

Para este autor, la conducta del adicto forma parte de un proceso cíclico de crisis y resolución relacionado con al familia de origen. Esta conducta sirve tímidamente para desviar los conflictos interpersonales que la familia no ha podido resolver. Uno de los principales objetivos terapéuticos es que la terapia eficaz implica mantener el sistema dentro de la familia para que una crisis interpersonal pueda emerger y el terapeuta ayude a la familia a resolverla.

Así también, Stanton considera que para muchas familias las crisis son un modo de vida. A veces pareciera que no serían felices si una crisis periódica no los activara. Parecen brincar de una crisis a otra como un modo de ordenar y mantener sus vidas. Por ende, no es asombroso que se pueda preveer una crisis familiar cuando la terapia acarrea cambios y el adicto interrumpe o reduce la ingestión de drogas. Cuando el tratamiento exitoso con este tipo de familias logra que el adicto deje de " crear problemas" a la familia, la familia enfrenta una crisis interpersonal. La habilidad del terapeuta para guiar a la familia dentro de la crisis, determina en qué medida puede mantenerse una nueva estructura dentro de la tríada, permitiéndolo un cambio perdurable.

3.5.4 LAS CRISIS DEL SISTEMA

Con los farmacodependientes ocurre que cuando la familia se entera de su adicción, suelen preocuparse y buscar la forma de resolver el problema, generalmente la familia se siente muy angustiada y en las más de las ocasiones sienten culpa e impotencia y recurren a pedir ayuda.

Sin embargo, esta dinámica familiar suele ser el punto de convergencia de sus conflictos, logrando así ignorar cualquier otro problema presente; al iniciarse la rehabilitación del adicto, al romperse este "equilibrio", la familia reacciona oponiéndose por temor a enfrentar aquellos conflictos más severos.

La actitud de la familia frente a un problema de farmacodependencia se caracteriza por la persecución, expresada en rasgos de desesperación, de enfado y falta de solidaridad con el paciente, al que se desea internar; y en algunos casos se expresa el deseo de que el paciente muera. Cuando llega a haber recaídas del paciente, la actitud familiar sufre también ese impacto y se acrecienta la desesperación, se insiste con más vehemencia en la necesidad de ayuda y de internamiento, lo que sin duda es un sentimiento de exclusión y de olvido del conflicto, (Berriel y Luna, cit. en CIJ, Aproximaciones).

Estos autores arriba citados, señalan que en algunas familias, al romperse el ciclo de adicción, otro miembro de la familia se vuelve vulnerable y queda discapacitado de un modo real, o puede que la crisis se extienda a otros miembros de la familia. Existen familias en las que una vez roto el ciclo, las crisis que se generan pueden ser más intensas y difíciles de manejar; o inclusive puede provocar una crisis aún mayor que la propia adicción, al parecer, estas familias están intensamente apegadas y que sus estructuras para la resolución de conflictos son tan frágiles que cuando se les presiona demasiado, estallan violentamente.

Al parecer, estos autores derivan el éxito terapéutico a la aparición y resolución de las crisis dentro del contexto familiar.

En resumen, dentro de este tipo de familias, es importante la utilidad, e incluso la necesidad de que se produzcan y se resuelvan crisis en la terapia familiar. La crisis terapéuticamente inducida puede considerarse como una vía hacia la reorganización funcional y el cambio de la familia. En estas familias, la falta de una crisis suele significar que no se producirá ningún cambio; así el surgimiento y resolución de la crisis parecen ser variables importantes en el éxito terapéutico.

Dentro del trabajo terapéutico, es posible que la familia cambie su conducta hacia el farmacodependiente y que encaren con éxito, las crisis que giran alrededor de su problema; o bien, producir alteraciones en la conducta de los padres, sin que se genere una crisis explícita entre ambos.

3.6 ASPECTOS ACTUALES DE TRATAMIENTO CON FARMACODEPENDIENTES Y SUS FAMILIAS

En el siguiente apartado se expondrá muy someramente el abordaje terapéutico utilizado por diferentes instituciones u organizaciones dedicadas al estudio y tratamiento de la farmacodependencia dentro y fuera de nuestro país. Estas revisiones abarcan un concepto integral en el manejo rehabilitatorio del farmacodependiente; al mismo tiempo retoman enfoques sistémicos y de Terapia Familiar, en lo que respecta al tratamiento psicoterapéutico.

Dada la complejidad del tema existe una multiplicidad de tratamientos, sin embargo, no existe un solo modelo de tratamiento probadamente eficaz. Bojórquez, (1993 cit. en CEDRO) señala que la tendencia actual para el tratamiento en Perú, es más bien la integración de varios enfoques basados en las necesidades específicas de los pacientes, de la familia y de la comunidad, éstos incluyen: enfoque holístico, programas estructurados, trabajo

interdisciplinario, comunidad terapéutica, participación de la familia, entrenamiento en habilidades sociales e inserción en la comunidad.

Por otro lado, -continúa diciendo-, los sistemas terapéuticos actuales los cuales han evolucionado hacia formulaciones más holísticas, deben trabajar necesariamente de manera multidisciplinaria y deben cumplir con dos requisitos: haber demostrado ser válidos en sus técnicas y procedimientos; así como respetar los marcos éticos del ejercicio profesional y en especial de los derechos humanos del paciente.

En función a lo señalado, en cuanto al tratamiento del adicto y su familia, Bojórquez recomienda empezarlo incluyendo a ambos sistemas (familia de origen y conyuges); donde la clave consiste en empezar con la triada padre-madre-adicto, para avanzar luego a la familia de procreación.

Continuando con esta idea, en una investigación realizada por Higgins (op. cit), sobre el tratamiento del alcoholismo, se conjuga tanto la terapia familiar como la terapia cognitivo-conductual, siendo esta última útil para lograr modificar conductas inapropiadas, implementar un entrenamiento en habilidades comunicacionales y asertivas, así como para reestructurar creencias y pensamientos inadecuados, irracionales o erróneos que los miembros tienden a mantener con respecto al alcohólico.

Dentro de la parte que respecta a la terapia familiar, esta se enfocó a proveer una estructura funcional a sus miembros, se les asesoró con respecto a los cambios que se irían presentando en su estructura, a reorganizar sus roles los cuales cambian en períodos de sobriedad o alcoholismo, así como a renegociarlos, asesorar a la familia acerca de lo que puede suceder después de una rápida recuperación, incluyendo el manejo de sentimientos de ira, vacío, frustración, etc.

Para esta autora, es importante poner cuidado y no confundir abstinencia con éxito en el tratamiento, ya que una recuperación demasiado rápida, suele generar crisis en la familia y como consecuencia, la familia tenderá a volver a sus antiguas pautas de conducta y de

relaciones interpersonales para reestabilizar su homeostasis; por lo que la meta en el tratamiento será mejorar su funcionamiento.

TERAPIA ESTRUCTURAL ESTRATÉGICA

Según Mayoral, (1995) en nuestro país, la terapia familiar particularmente la de orientación estructural-estratégica, ha sido adoptada desde hace más de 10 años como una alternativa de tratamiento en los Centros de Integración Juvenil, modalidad que ha tenido gran desarrollo por las ventajas que ofrece y por las características de los pacientes que asisten a tratamiento. Para el caso de farmacodependientes adolescentes, es aconsejable la terapia familiar, ya que para que cambie el síntoma, es necesario que cambie el sistema familiar por lo que en esta etapa crítica se involucran generalmente a los padres y se enfoca hacia personas reales con las que el adolescente tiene dificultades, así como en la búsqueda de opciones para resolverlas.

Bajo esta modalidad de tratamiento se involucran a todos los familiares que interactúan con el adicto, pueden participar otros sistemas interpersonales como los amigos, parientes importantes, autoridades escolares, etc. no sin antes perder de vista la triada compuesta por el adicto y ambos padres. La razón para llevarse a cabo de esta manera se deriva del principio fundamental que el sistema familiar posee un poder adaptativo y equilibrante, al mismo tiempo, las reacciones y conductas de los miembros pueden contribuir al mantenimiento del uso de drogas. Así, si la familia se resiste al cambio, refuerza como sistema estable inadvertidamente, el empleo de tóxicos.

TERAPIA FAMILIAR MÚLTIPLE

Otra modalidad de tratamiento sistémico es la terapia Familiar Múltiple o grupo de padres en donde se pone énfasis en los aciertos y no en los errores que los padres cometen con sus hijos. Se centran en los recursos de la familia para construir soluciones.

La Terapia Familiar Múltiple, es de reciente incorporación a las modalidades terapéuticas empleadas en la práctica institucional de Centros de Integración Juvenil, (Mayoral, 1995). En las sesiones se enfatizan los patrones de interacción intrafamiliar y se utilizan alianzas reales y potenciales entre miembros de diferentes familias, basadas en similitudes de rol, sexo, edad familiar, problemas de farmacodependencia o problemas escolares, legales, laborales, etc.

Mayoral plantea que las metas de la Terapia Familiar Múltiple son: a) involucrar a la familia en el tratamiento del paciente; b) incrementar la comunicación familiar; c) aumentar la conciencia de la familia respecto a sus interacciones generadoras o conservadoras del consumo de drogas; d) clarificar los roles y expectativas familiares y maritales; e) cambiar la interacción familiar que sostiene el síntoma; f).- aumentar la sensibilidad de la familia al contexto.

TERAPIA BREVE

Continuando con más revisiones de tratamiento, tenemos a un estudio realizado por Dr. Sánchez Huesca, (cit. en CIJ, 1998) y llevado a cabo en Centros de Integración Juvenil, donde el autor propone a la narrativa dentro de la Terapia Breve Centrada en la Solución, como vía de tratamiento en el consumo de sustancias.

En ese estudio se aplicaron técnicas como son las prescripciones paradójicas, el recuadre, la evitación del cambio, la predicción, la narrativa, entre otras; considerando los siguientes conceptos básicos con los cuales opera la terapia familiar breve:

1. El cambio es inevitable.- Resulta más útil para el terapeuta pensar cuándo ocurrirá el cambio, en vez de preguntarse si se producirá o no. El terapeuta debe fomentar conversaciones que traten sobre soluciones y no tanto del problema, hallar pistas que ayuden a identificar pautas de cooperación en la familia y dirigir así las tareas e intervenciones.

2. Sólo se necesita un pequeño cambio.- se puede cambiar a todo el sistema familiar a través del cambio de uno solo de sus miembros, por lo que no es necesario incorporar a todos los miembros de la familia para conseguir cambios.
3. Todas las personas cuentan con la fuerza y los recursos necesarios para cambiar: todo logro en el pasado servirá de modelo para obtenerlo en el presente y en el futuro.
4. Los problemas son intentos fallidos para resolver los conflictos.- En los casos de abuso de sustancias, las familias no advierten las excepciones o pautas donde no está incluido el uso de drogas. Les es difícil mirar al adicto como una persona que presenta esa conducta únicamente en determinadas circunstancias y en determinados momentos. El terapeuta debe cuidar de no señalar tareas o preguntas que los padres ya hicieron en un momento determinado y que resultó ineficaz. La tarea consiste en negociar soluciones accesibles y objetivos realistas.
5. Existen muchas maneras de enfocar una situación, ninguna es más correcta que la otra. Esto parte del supuesto de que para cada acontecimiento existen por lo menos dos o más explicaciones. La terapia familiar con enfoque de solución de problemas no es la respuesta para todos los casos de consumo de drogas, es sólo una alternativa más. El autor afirma que en ciertas familias rígidas no ha resultado eficaz; con algunas familias, los métodos de Milán y Roma han resultado más adecuados por la urgencia de para conductas destructivas y violentas.

ABORDAJE INTEGRAL

Dada la complejidad del fenómeno y por ser multicausal, todos los tratamientos de intervención han focalizado sus esfuerzos en la atención al farmacodependiente y sus familiares de manera integral y multidisciplinaria.

En esta última sección se abordará este factor multidisciplinario con una revisión de diferentes instituciones u organismos encargados para su tratamiento tomando como base las investigaciones más recientes que se han realizado al respecto tanto en nuestro país como en otros.

En nuestro país, una de las instituciones que brindan una atención integral en el tratamiento de la farmacodependencia es Centros de Integración Juvenil, que haciendo un poco de historia, fue el primer centro en México, dedicado a proporcionar información y tratamiento en 1970 (Sánchez y Jimenez, 1995).

Por otra parte, cabe señalar que este centro cuenta actualmente con un abordaje integral de tratamiento, y con equipos interdisciplinarios de especialistas los cuales están constituidos por médicos, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales; donde las estrategias prioritarias de la institución son la prevención realizada a través de la educación para la salud y la participación comunitaria por medio de la coordinación de esfuerzos de todos los sectores de la sociedad.

Brömer, (1997) describe el tratamiento para adictos en Alemania establecido desde 1972 donde pone de manifiesto la competencia que se da entre las diversas instituciones que atienden casos de farmacodependencia. Este autor expone la cuestión que si bien existen diferencias entre las diversas instituciones u organizaciones encargadas de atender estos casos; es importante comprender que todas ellas trabajan con una familia en vías de recuperación, para lo cual se necesita comprender dos palabras clave: "comunicación" y "redes", y llega a concluir que si se armonizan esfuerzos, concepciones e ideas básicas de cada uno de los diferentes integrantes que laboran en esas instituciones, será posible salir del "aislamiento".

El sistema de tratamiento para drogadictos que a continuación se describirá, se compone de una cadena de tratamiento, la cual consiste en asesoramiento, desintoxicación, terapia, rehabilitación y postratamiento.

En el tratamiento se incluyen varios métodos como son la terapia de grupo, individual de pareja, grupos de autoayuda, trabajo con familiares (seminarios con y para los familiares),

entrenamiento laboral y búsqueda de empleo, terapia ambulatoria en el postratamiento y finalmente la reintegración que significa la vida abstinerente e independiente.

Dentro de la terapia en sí, ésta se comprende por diferentes partes de la psicoterapia que armonizan entre sí, como son la terapia social, corporal, la ergoterapia, así como la atención médica y el trabajo social. Las personas de contacto (familiares) tienen que ser incluidas en la base sistémica del tratamiento, ya que son indispensables para la consecución de los objetivos de tratamiento.

Cirillo y Di Blasio, (1992), proponen una forma de abordaje terapéutico donde situaciones con familias adictivas debe de abordarse de una manera integral; así tenemos que ellos denominan "juegos familiares" al conjunto de relaciones que se llevan dentro de un sistema familiar, por lo que la meta terapéutica será ayudar a las personas a desarrollar ese "juego" en una dirección positiva.

Apuntan el hecho de mantener la responsabilidad en cada caso, por lo que el equipo terapéutico también incluye a un trabajador social a quien le corresponde la labor de proporcionar a la familia facilidades (un nuevo apartamento, un nuevo trabajo, contacto con instituciones y escuelas de los hijos, etc.). Su labor de éste es mantener el progreso de los padres reportado por el terapeuta, a la vez que consolida y estimula ese progreso paralelamente con el trabajo terapéutico.

El trabajador social atiende cada sesión familiar e integra las necesidades dictadas por la evolución y diagnóstico del proceso de tratamiento con las necesidades de proteger al menor (en casos donde existe abuso por parte de los padres), por lo que la labor involucrada de estos dos son indispensables.

Los resultados de tratamiento con estas familias son transmitidas al juez (en casos donde la estabilidad y salud del menor esté en peligro), para que él evalúe y utilice estos reportes como bases para sus decisiones futuras.

Estos autores no recomiendan el uso de paradojas cuando existe abuso por parte del menor dentro de la familia, ya que resultaría muy peligroso para el menor y no es posible prescribir tales medidas provocativas cuando existen implicaciones legales.

Por su parte, A. De Vega (en Navarro y Beyebach, 1995) describe sus experiencias posteriores a la aplicación de un programa de trabajo con farmacodependientes desarrollado en la Unidad de Salud Mental de un Centro de Salud en España; a continuación se detallarán estos aspectos:

Considerando a las adicciones como un problema de salud, se desarrolló un programa en donde se ofrece una atención y seguimiento psicoterapéutico de tipo familiar, con apoyo medicamentoso en la desintoxicación y para tal fin, es necesario de la colaboración de un equipo multidisciplinario que incluya a un trabajador social, un psicólogo, un abogado y varios médicos.

Algunos de los puntos básicos dentro del programa fueron:

- ☉ La pretensión de que cada adicto que entre al programa, deje por completo la droga (aunque no se considera tan "mal", si sólo la dejan "un poco").
- ☉ Asegurar que tres días libre de drogas son infinitamente mejor que tres días con droga, y que 15 intentos fracasados de desintoxicación a lo largo de un año, son mejor que 14.
- ☉ Se ofrece una atención de tipo ambulatoria. No hay internamiento.
- ☉ Se trabaja con la familia el grueso del programa brindándoles atención psicológica en la modalidad de terapia familiar de tipo sistémico. Intentándose desde la desintoxicación, hasta la reincorporación al mundo laboral o académico del adicto, así como la formación de una nueva familia.

Habiendo planteado el programa, cada etapa del tratamiento requerirá de diferentes enfoques, técnicas y objetivos. El autor señala que dentro de las primeras etapas del tratamiento, lo que más interesa es evaluar la voluntad del adicto y su familia para abandonar la droga, ya que no funciona la terapia si un adicto quiere dejar la droga para "mejorar el ambiente en casa"; para lo cual es importante buscar las propias razones que le sirvan al adicto. En todo caso, si es importante darle pistas, se le señalarán otras razones expuestas por otros

adictos. En caso de que se sospeche que el toxicómano no acude voluntariamente, sino presionado por la familia, pero nadie lo confiesa abiertamente; se le pregunta ¿por qué precisamente ahora?. Si con esto se averigua que no hay una auténtica voluntad en el adicto, se aconseja a la familia no presionándolo, indicándoles el efecto nocivo de los intentos fallidos futuros. Entonces la terapia seguirá una idea de "preparación previa al tratamiento", y se iniciarán maniobras que permitan enganchar a la familia y al adicto, a un auténtico compromiso terapéutico.

Con el fin de organizar a la familia para enfrentarse al estrés que supone el período de desintoxicación, se utilizaron técnicas del Modelo Estructural: centrar a los miembros periféricos de la familia, crear distancias entre los excesivamente apegados, establecer límites, ordenar el flujo comunicativo; sin embargo, el autor señala que otras veces fué necesario emplear un enfoque más estratégico: diseñar tareas, reorganizar la jerarquía familiar, etc.

El autor también considera que la postura que adopte el terapeuta frente al problema, condicionará poderosamente el resultado de la terapia, por lo que el terapeuta deberá mostrar las siguientes características: paciencia con respecto a los "pasos atrás" dentro del tratamiento; atento a los intentos de manipulación; sensible al sufrimiento de la familia; dispuesto, pero no servil; extremadamente suspicaz ante la extremada suspicacia de la familia.

Los pasos posteriores de la terapia, no dependieron del problema de adicción en sí, sino de las peculiaridades del adicto y su familia, y de cómo estos enfrentan el período de deshabitación, que para el equipo que labora significó acostumbrarse a vivir sin tener adicción como punto central del intercambio relacional.

Para este proyecto, toda la variedad de modelos y enfoques utilizados persiguieron un mismo fin: persuadir al adicto para que deje la droga y persuadir a la familia del adicto, de que son capaces de poner en marcha su ciclo evolutivo y ser exitosos a la hora de enfrentarse a las futuras etapas. La focalización fundamental en terapia fue la superación de la adicción, no sin antes ignorar el resto de los problemas que plantea la familia, ya que esta debe encontrar suficientes motivos para acudir a terapia, aunque el adicto persista en su problema, de lo contrario, abandonarían el tratamiento tras la primer recaída.

Acabamos de revisar las pautas familiares de la familia farmacodependiente, podemos decir que la farmacodependencia se establece como un mecanismo homeostático y estabilizador de la propia familia, es en este momento cuando la familia se encuentra en un laberinto sin salida, pues el adicto es incapaz de madurar y salir de el, quedando atrapado en una serie de irresponsabilidades y pérdida de control que le impiden tanto a él como a toda la familia, vislumbrar otro tipo de disfunciones presentes dentro del sistema; tales como los problemas y disfunciones conyugales, la distancia de la figura paterna, la falta de diálogo comunicacional entre padres e hijos, las triangulaciones patológicas, la carencia de límites o de control efectivo sobre los hijos, las crisis propias del ciclo vital propio de la familia, al igual que los acontecimientos traumáticos como podrían ser las pérdidas parentales, etc.

Por lo tanto, la adaptabilidad que posea la familia hacia el medio, a su contexto y a las situaciones desequilibrantes que imperen le va a proporcionar estabilidad, desarrollo y un funcionamiento adecuado.

Las formas de intervención generalmente utilizadas en el tratamiento de la farmacodependencia, en lo que respecta la orientación sistémica proporcionana una alternativa por demás eficaz y exitosa para su tratamiento, esta modalidad ha sido utilizada desde las primeras investigaciones e intervenciones realizadas en este campo, hace aproximadamente 50 años.

Durante estas formas de intervención clínica se insistió en el abordaje integral y por consiguiente, multidisciplinario, pero hay que tomar en cuenta que esta insistencia es solo una manifestación más del nivel de complejidad que tiene para ser tratado. En primer lugar, las instituciones, centros u organismos que se dedican a prevenirla o dar tratamiento, poseen este enfoque integral y en segundo lugar, no existe hasta el momento algún método de intervención que por sí solo resulte 100% efectivo para su tratamiento.

CONCLUSIONES

El consumo de sustancias capaces de ejercer una influencia sobre el sistema nervioso central tiene su origen desde tiempos muy antiguos y prácticamente toda civilización humana ha consumido estas sustancias con fines místicos, religiosos o medicinales, por lo que su consumo adquirió una connotación elitista; de esto hecho se resalta la idea de que en épocas y sociedades antiguas, este consumo no representaba problema alguno; muy probablemente debido a que estas culturas tenían su muy particular manera de evitar que su consumo se generalizara a toda la población y que de esta manera, constituyera un problema de salud.

Sin embargo, estas prácticas trascendieron, rompiendo con cualquier restricción o prohibición que se tuviese, por lo que su consumo se vió muy generalizado llegando a convertirse en nuestros días en un fuerte problema de salud de índole internacional.

En el primer apartado pudimos observar que diferentes autores u organizaciones han determinado y definido conceptos concernientes al estudio de las adicciones, como son por ejemplo, el caso del uso y abuso de drogas, donde en la actualidad se les considera como términos inadecuados, ya que la propia OMS los cambió por otros más específicos como son los conceptos de *uso nocivo* o *uso no funcional*.

Lo anterior se gestó a partir de la consideración de que existen diferencias de consumo entre los diferentes usuarios que hasta la fecha resulta imposible explicar con precisión, por qué una persona puede consumir drogas de manera "funcional", sin presentar problemas que requieran atención en servicios de salud, o que sea captada por las instituciones de justicia.

Otro ejemplo lo encontramos en la definición que se le ha dado a la persona quien depende de las drogas, ya que se le ha llamado drogadicto, adicto, toxicómano, drogodependiente, etc. – calificativos que resultan ser un tanto agresivos o estigmatizantes-, para finalmente nombrarlo farmacodependiente.

Con respecto a lo anterior, en este trabajo se emplearon conceptos como "drogodependiente", "toxicómano", "uso y abuso de sustancias tóxicas", etc., aún cuando la OMS ya estipuló la forma de hacer referencia a ellos. Sin embargo, en las investigaciones y estudios que se revisaron para este fin, los autores hacen mención a estas definiciones, razón por la cual se anotaron así.

Lo anterior, lejos de ser un simple problema de adecuación, adaptación o adopción de los términos, nos obliga a pensar que el fenómeno ante el cual nos enfrentamos es en realidad sumamente complejo, el cual se ha definido, redefinirlo y vuelto a definir, en virtud de la complejidad que éste supone, pues estas definiciones sólo representan una situación actual que muy probablemente necesiten ser modificadas en la medida que se complejiza el tema en cuestión, y en la medida en que se realizan nuevas investigaciones científicas que permitan explicar con mayor objetividad dicho fenómeno.

Aún cuando en la actualidad el consumo indiscriminado de estas sustancias representan un problema de salud, resulta útil e importante añadir su uso terapéutico en el área médica, en las investigaciones científicas, y en la propia rehabilitación de farmacodependientes; pues es precisamente este uso racional y controlado el que se pierde cuando existe dependencia hacia alguna droga; si bien los fines de este trabajo no son abarcar con detalle su "uso" científico, sí es importante considerarlo.

Es a partir de la fecha en que Bertalanffy propone un nuevo enfoque de estudio, cuando comienzan a surgir una serie de cambios en la forma de abordar los problemas; tal es el caso de la psicología la cual anteriormente se basaba en explicaciones lineales causa-efecto y que después comienzan a retomar estos pioneros de la terapia familiar.

De acuerdo con lo revisado en los capítulos dos y tres, considero de suma utilidad el estudio y análisis del farmacodependiente y de su familia, tomándolo como marco de análisis al enfoque sistémico, el cual nos brinda una perspectiva diferente en la explicación, tratamiento, rehabilitación y prevención de la farmacodependencia; pues es este enfoque, el que nos lleva a visualizar los diferentes elementos que existen, intervienen y se interrelacionan en tan complejo fenómeno, ya que al ser abordado desde esta lógica, nos permite abarcar de manera conjunta

cada uno de los factores inmersos dentro y fuera del sistema familiar; es decir las condiciones y factores sociales culturales e históricos, por lo cual se insiste diciendo que la farmacodependencia no puede comprenderse ni abordarse sin incluir al grupo familiar ni al contexto social en que se encuentra.

Con respecto al sistema familiar, este ejerce un poder muy fuerte para el mantenimiento o no de la farmacodependencia, porque como ya se revisó, cuando la familia experimenta cambios en su estructura o funcionamiento como resultado del tratamiento; paradójicamente, sus miembros recurren a desviar el foco de la psicoterapia reforzando la persistencia a la adicción; lo que ejemplificaría su poder para mantener el síntoma.

Existen ciertas formas de sabotaje que miembros de la familia emplean para interrumpir el tratamiento; con respecto a esto, es necesario entender que la homeostasis del sistema se mantiene gracias al rol del farmacodependiente, y que las demás roles (como es el del codependiente, entre otros), tiene su razón de ser dentro de esta dinámica disfuncional.

Paradójicamente a lo anterior, también se revisaron numerosos estudios de tratamiento que no se hubieran podido llevar a cabo de manera exitosa si no fuera por la inclusión de los familiares. Lo anterior resalta el poder que posee la familia como vía de cambio y como agente de suministro para el desarrollo integral de todos sus integrantes.

Por lo anterior, afirmamos que la terapia familiar sistémica ha resultado ser un tratamiento eficaz para la rehabilitación de adictos, pero como ya se mencionó, no existen tratamientos eficaces al 100%; por lo que en estos casos, resulta importante y necesaria la implementación de terapias auxiliares y de apoyo tales como la psicoterapia individual, la terapia ocupacional y de orientación conductual, la farmacoterapia, etc., las cuales resultan valiosas en el tratamiento integral de estos pacientes.

Los autores revisados en este trabajo asumen que la meta terapéutica es proporcionar cambios que repercutan en todo el sistema; así mismo, también consideran que al involucrar a los miembros de la familia en el tratamiento del paciente es fundamental para la rehabilitación del mismo.

Esta importancia del núcleo familiar, deriva en la comprensión de por qué ciertos tratamientos que excluyen a la familia en el tratamiento, tienen resultados poco favorables; pues es sorprendente la resistencia al cambio, el mantenimiento de la homeostasis, los intentos de sabotaje, de perpetuación y complicidad que tienen los familiares con el adicto para mantener la propia farmacodependencia.

Ningún modelo de tratamiento resulta ser por sí eficaz, por lo que la actual tendencia para el abordaje de este fenómeno es la integración de varios enfoques que se sustentan en las diferentes necesidades del adicto, de la familia o de la propia comunidad; lo que nos va a dar como resultado la labor interdisciplinaria, misma que se sustenta en programas estructurados, en el trabajo multidisciplinario, en la participación activa de la familia y en una adecuada inserción a la sociedad por parte del farmacodependiente.

El problema de salud que constituye la farmacodependencia para la población, implica la necesaria participación activa y constante de todos sus miembros, así como de las instituciones y organismos encargados de la labor preventiva, educativa y rehabilitatoria.

Por lo tanto, la forma más viable y que mejores resultados ha brindado, es a través de la interdisciplinariedad, pues con ella se orientan adecuadamente los esfuerzos enfocados a su prevención y tratamiento; con respecto a esto, una de las instituciones en nuestro país con este tipo de abordaje es Centros de Integración Juvenil, este centro funciona con un equipo multidisciplinario de médicos, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales; sin embargo a lo largo de esta revisión, no se encontró la presencia de un abogado que asesore y apoye casos que necesiten de esta disciplina, pues como es sabido, estas personas a menudo tienen problemas legales; además, es importante el apoyo legal que se pudiera brindar en casos donde exista violencia intrafamiliar.

Si bien, para fines del presente trabajo, y por su característica del mismo, no se abordó de manera profunda el aspecto macrosistémico o social en el cual se encuentra inmersa la farmacodependencia, hay que tenerlo siempre presente, pues una ventaja que nos proporciona este enfoque es precisamente abordar lo fenómenos considerando todos los elementos que se interrelacionan e influyen en el mantenimiento de los problemas.

Por otra parte, aunque el objetivo de este trabajo tampoco se dirige a tratar de manera amplia el asunto preventivo, no por eso se descarta la idea de que la prevención dirigida a fomentar una educación integral para la salud, es la mejor herramienta que contamos para hacer frente a la farmacodependencia; pues en términos de tiempo y economía, resulta más económico y brinda mejores resultados prevenir que rehabilitar. Consecuentemente, la prevención posee un fundamental papel estabilizador en el establecimiento de una salud integral de la población; de ahí que muchos esfuerzos dirigidos en este terreno por parte de diversos organismos e instituciones sean en este terreno.

Considerando otro factor importante a analizar, es el de los altos índices de deserción, ya sea de adictos, de sus familiares, o ambos durante el tratamiento. Con respecto a esto podemos decir que las recaídas y deserciones continúan siendo un problema aún no resuelto en este tipo de pacientes, el tratamiento para estos casos es tan complejo como complejo es el problema. Las deserciones y recaídas ocurren en todo tratamiento, ya sea que se trate de un enfoque psicoanalista, conductista, sistémico, holístico, etc. En todo caso, lo anterior permite sustentar futuras investigaciones al respecto.

Finalizando, y retomando lo anteriormente dicho, la inclusión de los miembros de la familia en la terapia de farmacodependientes, resulta eficaz y puede generar una influencia positiva que acelere la rehabilitación de estas personas; pues en las sesiones el adicto no se encuentra solo; a diferencia de esto, los miembros de la familia también están comprometidos y asumen con responsabilidad sus roles y funciones implicados en el problema. Así, mediante un tratamiento de este tipo disminuimos y en el mejor de los casos, evitamos que la rehabilitación individual de farmacodependientes resulte ineficaz al encontrarse inmersa nuevamente la persona con pautas negativas de conducta por parte de los familiares, lo que podría ser un factor de deserción o de reincidencia al consumo.

BIBLIOGRAFÍA

- Andolfi, M. y Zwerling, I. (1993). Dimensiones de Terapia Familiar. España: Paidós.
- Aubert, M.S. (1997). "Estudio de los perfiles del hombre y la mujer alcohólicos y poliadictos". Tesis de Maestría en Psicología. México: Universidad de las Américas.
- Boscolo, L., Giofranco, C., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). Terapia Familiar Sistémica de Milán. España: Morrortu Editores.
- Bowen, M. (1989). La Terapia Familiar en la Práctica Clínica. Capítulo 12. "El alcoholismo y la Familia". España: Descleé de Brouwer.
- CEDRO (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas). (1993). Drogas: Comercialización, Prevención, Control y Rehabilitación. "Memorias del V Seminario Internacional del 21 - 23 de julio de 1993" efectuado en Lima, Perú: CEDRO.
- Centros de Integración Juvenil (C.I.J.). (1985). Experiencias de trabajo con la familia del farmacodependiente. Serie Técnica Volumen 3. México: C.I.J.
- Centros de Integración Juvenil (C.I.J.) (1985). Aproximaciones teóricas a la familia del farmacodependiente. Serie Técnica Vol. 2. México: C.I.J.
- Centros de Integración Juvenil (C.I.J.). (1998). Reflexiones en Torno a las Adicciones. México: C.I.J.
- Centros de Integración Juvenil (C.I.J.). (1990). Historia del uso de las drogas. México: C.I.J.
- Centros de Integración Juvenil (C.I.J.). (1997). Farmacoterapia de los síndromes de Intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. Cap. 1, México: C.I.J.
- Cirillo, S y Di-Blassio, P. (1992). Families that abuse. Diagnosis and Therapy. U.S.A.: W.W. Norton & Company

- Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). (1992). Las Drogas y sus Usuarios. México: S.S.A
- Cuellar, T. L. (1991). “Familia, Farmacodependencia y Marginación”. Tesis de Lic en Psicología; UNAM: Facultad de Psicología.
- DIFEM (Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México). Farmacodependencia I y II. México: DIFEM
- Dusek, E. D. y Girdano, A.D. (1990). DROGAS: Un Estudio Basado en Hechos. México: SITESA
- Encuentros sobre Adicciones Juveniles en sus Contextos Familiares. Prevención y Rehabilitación. Las dos caras de un mismo compromiso social con jóvenes en ocasión del Año Internacional de la Familia. Memorias del 9 – 11 de septiembre de 1994.
- Furst, T. P. (1980). Los Alucinógenos y la Cultura. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gannon, F. (1981). Drogas ¿Qué son y cómo actúan?. México: Pax - México.
- Guerrero, C., E. y Mac Can, S., M. (1988). “ Un estudio preliminar basado en una revisión de modelos teóricos e instrumentos de evaluación en Terapia Familiar ”. Tesis de Maestría en Terapia Familiar. Universidad de la Américas: México.
- González, V. M. (1996). “Estudio comparativo de autoconcepto en dos grupos de morfinómanos y no morfinómanos”. Capítulo 1. Tesis de Lic. en Psicología. UNAM: Facultad de Psicología.
- Imber-Black, Roberts y Whiting (comps). (1991). Rituales Terapéuticos y Ritos en la Familia. Cap. 9. España: Gedisa.
- Lima, G y Vázquez, G. (1997). “Análisis de sistemas familiares con el padre alcohólico en la etapa vital del nido vacío”. Reporte de Investigación para Lic. en Psicología. UNAM: Campus Iztacala.

- López, E y Torres, M. (1994). “Análisis y evaluación de los roles en la familia alcohólica”. Tesis para Lic. en Psicología. UNAM: Campus Iztacala.
- Llanes, B. (1982). Crisis Social y Drogas. México: Concepto.
- Mastache, M. C. (1996). “Antecedentes, evolución y tendencias contemporáneas en Terapia Familiar Sistémica”, Tesis de Lic. en Psicología. U.N.A.M: Facultad de Psicología.
- Madden, (1986). Alcoholismo y Farmacodependencia. México: El Manual Moderno.
- Martínez, V., R. (1991). “La Tipología y el funcionamiento familiar como factores contribuyentes de la Adicción del Adolescente”. Tesis de Lic. en Psicología Social. México: Universidad de las Américas.
- Minuchin, S. y Fishman Ch. (1993). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós.
- Minuchin, S. (1986). Familias y Terapia Familiar. México : Gedisa.
- Montiel, C., V. (1988). “Ciclo Vital de la Familia” (Funcionamiento Familiar). Tesis de Maestría en Terapia Familiar. Universidad de las Américas: México.
- Murray, Bowen, M. (1989). La Terapia Familiar en la Práctica Clínica. Cap. 12 “El alcoholismo y la familia”. España: Desclée de Brouwer.
- Natera, G. (1992). “La Familia ante las adicciones” en Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. México: CONADIC y S.S.A
- Navarro, G. y Beyebach . (1995). Avances en terapia Familiar Sistémica. Paidós: España.
- P.N.U.I.F. (Programa de las naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas Oficina Regional para México y Centroamérica. (1999). “Sistemas Familiares adictivos: El continente de los olvidos”. en Nuestro Futuro depende de su presente. La niñez ante los riesgos de las adicciones. México: Corporación Industrial Gráfica.

S.S.A. (Secretaría de Salubridad y Asistencia). (1999). El consumo de Drogas en México: Diagnóstico, tendencias y Acciones. México: SSA y CONADIC.

Sánchez y Guitierrez, (1996). "Recorrido Histórico de la Terapia Familiar". Tesis de Maestría en Terapia Familiar. Universidad de las Américas: México.

Sánchez, G; y Jimenez, A. (1995). La Farmacodependencia, la adolescencia y la Familia. Tesis de Lic. en Psicología UNAM: Campus Iztacala

Stanton, M. D; Todd, T. Y cols. (1990). Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas. España: Gedisa.

Tapia, C. R. (1994). Las Adicciones, dimensión, impacto y perspectivas. México: El Manual Moderno.

Velasco, F. R. 1988). Alcoholismo. Cap. 21 "Alcoholismo y Terapia Familiar". México: Trillas.

Verdeja, R., (1991) . "Tratamiento Familiar con Adictos a Drogas". Tesis de Lic.en Psic. México: UNAM, Facultad de Psicología.

Washton, M.A. (1995). La Adicción a la Cocaína 1a. edición. España: Paidos

Whitaker, W. Y Bumberry, W. (1991). Danzando con la familia. Un enfoque simbólico-experiencial. España: Paidos.

HEMEROGRAFÍA:

Brömer, H. (1997). "Descripción del tratamiento de drogadictos en Alemania". Adicciones Vol. 9, No. 4 . España.

- S.S.A. (Secretaría de Salubridad y Asistencia). (1999). El consumo de Drogas en México: Diagnóstico, tendencias y Acciones. México: SSA y CONADIC.
- Sánchez y Guitierrez, (1996). “Recorrido Histórico de la Terapia Familiar”. Tesis de Maestría en Terapia Familiar. Universidad de las Américas: México.
- Sánchez, G; y Jimenez, A. (1995). La Farmacodependencia, la adolescencia y la Familia. Tesis de Lic. en Psicología UNAM: Campus Iztacala
- Stanton, M. D; Todd, T. Y cols. (1990). Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas. España: Gedisa.
- Tapia, C. R. (1994). Las Adicciones, dimensión, impacto y perspectivas. México: El Manual Moderno.
- Velasco, F. R. 1988). Alcoholismo. Cap. 21 “Alcoholismo y Terapia Familiar”. México: Trillas.
- Verdeja, R., (1991) . “Tratamiento Familiar con Adictos a Drogas”. Tesis de Lic. en Psic. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Washton, M.A. (1995). La Adicción a la Cocaína 1a. edición. España: Paidós
- Whitaker, W. Y Bumbery, W. (1991). Danzando con la familia. Un enfoque simbólico-experiencial. España: Paidós.

HEMEROGRAFÍA:

- Brömer, H. (1997). “Descripción del tratamiento de drogadictos en Alemania”. Adicciones Vol. 9, No. 4 . España.

Castro, García,Rojas y de la Serna. (1988). "Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos". Revista de Salud Pública de México. Vol. 30 No. 2.

CINPRAD (Centro Nacional de Información para la Prevención del Alcoholismo y Dependencia a las Drogas). "¿Qué características familiares permiten la inhibición del consumo de drogas" y "¿ Qué características familiares favorecen el consumo de drogas"? en Drogas No. 11, Santiago de Chile. pag. 37-42.

Espina, A.; Ayerbe.A; Pumar, B y Garcia, E. (1996). "La percepción de las pautas parentales de crianza en toxicómanos" en Adicciones Vol. 8 No. 2, España.

Jaime, L. (1995). "Sobre la demanda y análisis de la demanda en drogodependencias" Adicciones. Vol. 7, No. 4

Higgins, M. (1998). "Alcoholic families: the crisis of early recovery". Family Therapy. Vol. 25 No. 3, U.S.A

Pérez, G. y Mejía, M. (1998). "Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. ADICCIONES. Vol. 10 No. 2. España.

Rivera, E.; Villatoro, J.; Fleiz, C.; Medina-Mora, M y Jiménez, A. (1995). "Percepción de las características de los padres y su relación con el consumo de drogas" en Revista de Psicología Social y personalidad. Vol 11, No.2 pag. 149.158. México.