



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO EN PADRES DE ADOLESCENTES  
QUE CONSUMEN ALCOHOL Y OTRAS DROGAS**

**TESIS**

**Que para obtener el título de Licenciada  
en Psicología**

**Presenta:**

**Ursula Gisela Hernández Barajas**

**Directora**

**Lic. Leticia Echeverría San Vicente**

**Revisora**

**Dra. María Elena Medina- Mora Icaza**

**Mtra. Guillermina Natera Rey**

**Mtro. Miguel Angel Medina Gutiérrez**

**Lic. Alejandra Valencia Cruz**

**Ciudad Universitaria, a junio del 2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres por su apoyo moral y económico, porque sin su cariño y entrega no hubiera sido posible el sueño de titularme.

A mi Directora la Lic. Leticia Echeverría San Vicente, por sus recomendaciones y por tener confianza en mi persona para realizar el proyecto de mi interés.

A mi Revisora la Dra. Medina Mora que fue una guía excepcional, y se detuvo a hacer comentarios muy puntuales acerca del trabajo, además de ser una persona sencilla, paciente y comprensiva.

Al Grupo Adolescentes conformado por Kalina Martínez, Gabriela Ruiz, Leticia Salazar, Viridiana Vieyra, Vania Barrientos y Roberto Guerrero, por permitirme ser parte de un equipo del cual aprendí a ser cooperativa y a preocuparme por las necesidades de los demás. Además de aprender de mis errores y reconocer que soy un ser humano y puedo equivocarme. Por su paciencia y consejos, gracias.

A mis seres queridos, por soportarme y aún así seguirme amando, como yo los amo a ellos. Mil gracias y felicidades a todos por este gran logro que sin ustedes no hubiera sido posible.

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
Capítulo 1. Familia, funcionamiento familiar y consumo de alcohol y drogas en adolescentes.....	7
1.1. Familia.....	8
1.2. Padres de hijos adolescentes.....	9
1.3. Ciclo vital.....	13
1.4. Funcionamiento familiar.....	14
1.5. Funcionamiento familiar y la conducta de consumo.....	16
1.6. La familia como factor de riesgo y/o protección.....	18
Capítulo 2. Modelos de intervención con familiares de usuarios de alcohol y drogas.....	20
2.1. Modelo salud-enfermedad.....	20
Al-Anon.....	22
2.2. Modelo sistémico.....	25
Terapia breve familiar estratégica (BSFT).....	27
Terapia familiar multidimensional (MDFT).....	29
2.3. Modelo cognitivo-conductual.....	31
Terapia familiar de reforzamiento comunitario (CRAFT).....	32
Terapia Familiar Conductual.....	32
Modelo de intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia.....	33
Capítulo 3. Estilos de enfrentamiento en familiares de usuarios de sustancias.....	37
3.1 Teoría del estrés-enfrentamiento.....	37
3.2. Estrés-enfrentamiento en l familiares de usuarios de sustancias.....	42
3.3. Estilos de enfrentamiento en familiares de usuarios de sustancias.....	45
3.4. Estudios relacionados.....	49
Capítulo 4. Método.....	53
4.1. Objetivos.....	53
4.2. Variables.....	54
4.3. Tipo de estudio.....	54
4.4. Participantes.....	55
4.5. Escenario.....	55
4.6. Instrumentos.....	56
4.7. Procedimiento.....	57
Resultados.....	59
Discusión y conclusiones.....	89
Referencias.....	95
Anexo.....	103

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de ésta tesis es identificar los estilos de enfrentamiento en padres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas, así como también los síntomas físicos y psicológicos, además del funcionamiento familiar, y las diferencias existentes entre madres y padres de las variables mencionadas.

La presente investigación estuvo basada en el modelo “Riesgos para la salud familiar relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas” (Natera, 1992), que se orientó a identificar las formas de enfrentar que presentan los familiares de usuarios de sustancias adictivas; y su repercusión en la salud tanto física, como psicológica, por lo consiguiente en esta ocasión se adaptó a padres de “adolescentes” que consumen alcohol y otras drogas.

La relevancia de este trabajo es que los familiares también requieren atención y ayuda, porque el hecho de que algún miembro de la familia sea usuario de sustancias atañe y perjudica no nada más al usuario de alcohol y/o drogas, sino también repercute y afecta a los miembros de la familia, que en este caso son los padres de familia.

Por lo que respecta a los familiares existen una serie de consecuencias a causa del consumo de los adolescentes que experimentan los padres de familia como: preocupaciones por el adolescente, actitudes desconcertantes hacia el adolescente, cambios en el funcionamiento familiar, aislamiento y falta de apoyo hacia los padres.

Por tales motivos se han generado intervenciones con el propósito de atender problemáticas de tipo familiar, en donde se consideran los sentimientos y preocupaciones de los demás miembros de la familia y no solo se centran en el consumo del usuario.

Existen intervenciones para familia con esta problemática basadas en el modelo sistémico, otras se centran en el modelo cognitivo conductual, y también hay algunas que presentan una combinación de ambos. En esta investigación se va a utilizar un modelo cognitivo conductual retomando la teoría del estrés-enfrentamiento.

Los adolescentes que acuden al Programa de Atención para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas mencionan que sus padres presentan una excesiva preocupación por ellos y a consecuencia de esto reaccionan con formas poco adecuadas ante su consumo, como por ejemplo: excesivo control, sobreprotección y discusiones que a veces llegan a la violencia verbal o en ocasiones se presenta violencia física.

Por la misma situación, los padres de familia experimentan diferentes niveles de tensión o situaciones que perciben como amenazantes y que alteran su bienestar emocional y físico.

La tensión se origina a partir de ciertas experiencias desagradables que enfrentan los padres a consecuencia de vivir de cerca los efectos que produce el consumo de drogas en su hijo(a), como son las preocupaciones por su salud o desarrollo, y sentimientos asociados a esta situación tales como: enojo, preocupación, impotencia, desesperanza, culpa, tristeza, así como los síntomas físicos que los padres atribuyen en parte al consumo del adolescente (como cansancio, falta de apetito, dolor de cabeza, etc.).

Una de las preocupaciones más importantes de los padres es el futuro del adolescente ya que ellos piensan que está desperdiciando su vida, que no tiene remedio su problema de consumo y que es o se convertirá en un alcohólico o drogadicto, por lo tanto, en consecuencia se llega a perder la confianza en su hijo(a). La pérdida de la confianza trae consigo conductas como la restricción de permisos y el aumento de vigilancia por parte de los padres, llegando a la sobreprotección y pudiera ser que se esté rebasando el límite del espacio vital que el adolescente necesita para ser independiente y responsable de sus propios asuntos.

Los padres se preguntan constantemente qué hacer y cómo tratar a su hijo(a), y se cuestionan si la forma en como están actuando es la más adecuada.

Los padres de familia reaccionan de distintas formas, algunas veces estas reacciones traen beneficios a su salud física y mental, sin embargo en ocasiones ocurre lo contrario. Incluso ciertas formas de enfrentar estén influyendo en el consumo del adolescente.

En adición, la familia tiene gran relevancia porque así como el consumo del adolescente afecta a la familia, también ésta afecta al usuario de sustancias adictivas. Por ésta razón el funcionamiento familiar se convierte en un factor de protección o de riesgo en las conductas problemáticas de los individuos

Por estos motivos es conveniente identificar las formas de enfrentar de los padres ante el consumo de su hijo(a) y así reflexionar sobre los efectos que las formas de actuar han tenido en el bienestar tanto psicológico como físico.

A continuación se proseguirá a mencionar los capítulos del presente trabajo así como la importancia de cada uno de ellos.

En el primer capítulo que se titula "Familia, funcionamiento familiar y consumo de alcohol y drogas en la adolescencia"; se abordan los siguientes subtemas: familia, padres de hijos adolescentes, ciclo vital, funcionamiento familiar y su relación con la conducta de consumo y la familia como factor de protección y/o de riesgo el tema de la familia.

La familia es un componente que se debe tomar en consideración ya que en México es de suma importancia por la creencia de que ésta es la cuna de las adicciones y otro tipo de conductas problema. La relación padres-hijos en la adolescencia es crucial porque dicha relación tiene características particulares que no se observan en otras etapas del desarrollo, por ésta razón el ciclo vital da cuenta de las dificultades presentes en la adolescencia.

Por consiguiente, el funcionamiento familiar permite conocer aspectos como: la cohesión, la comunicación, el establecimiento de reglas, que son dimensiones para entender a una familia y vislumbrar qué áreas del funcionamiento se necesitan fortalecer.

Por último se aborda el tema de la familia como factor de protección y/o de riesgo en la cual se pone énfasis en posibles factores que favorecen el consumo dentro de la familia y los factores que protegen al adolescente para que decremente, o se abstenga de consumir alcohol y otras drogas.

En el capítulo 2 que se titula “Modelos de intervención con familiares de usuarios de alcohol y drogas” se abordan los siguientes modelos teóricos: modelo salud-enfermedad, modelo sistémico y modelo cognitivo conductual para así conocer como abordan el problema de consumo en la familia. Así como también se mencionan ejemplos de intervenciones para familia con un usuario de alcohol o drogas de cada uno de los modelos teóricos.

Por último en el capítulo 3 titulado “Estilos de enfrentamiento en familiares de usuarios de sustancias adictivas” se indaga en los siguientes subtemas: teoría estrés enfrentamiento, estrés-enfrentamiento en familiares, estilos de enfrentamiento en familiares con un miembro usuario de sustancias y estudios relacionados. Por lo que se explicará la teoría que respalda dicho estudio, así como también los estresores que existen al vivir de cerca el consumo de un miembro de la familia y qué tipos estilos de enfrentamiento se han encontrado anteriormente en familiares con un miembro usuario de sustancias.

En el capítulo 4 se desarrolló el método, en el cual se describirán los objetivos tanto el general como los específicos, así como también se explicará el tipo de estudio, se describirán lo sujetos, los instrumentos, el escenario y procedimiento.

Por último, se reportaron los resultados que arrojó el estudio, así como también la discusión y conclusiones del trabajo.

## **1. Familia, funcionamiento familiar y consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes.**

En México la familia es de suma importancia para el individuo, porque es en donde se aprenden valores, creencias y actitudes en primera instancia, y se puede originar cualquier conducta problemática como el consumo de sustancias adictivas.

En una familia en donde existen adolescentes, muchas veces existen conflictos en la relación padres e hijos, característicos de esta etapa en particular, como por ejemplo la búsqueda de la independencia económica y emocional por parte de los hijos y la diferencia de ideas por pertenecer a distintas generaciones, por lo que es primordial conocer las dificultades que pudieran presentarse y tenerlas presentes para entender el entorno en el que están inmersos los padres de familia, de quiénes se enfocará el presente estudio.

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, en el proceso de una etapa a otra el adolescente tiene que hacer frente a obstáculos para convertirse en adulto, además de existir conflictos entre padres e hijos, también existen muchas crisis en la familia como divorcio, separación de los padres, muerte de algún ser querido, etc., que el individuo tiene que hacer frente y tiene que superar, sin embargo existen individuos que lo hacen de formas poco adecuadas como lo es el inicio en el consumo de alcohol y otras drogas.

El funcionamiento familiar ha sido poco investigado, por lo que el conocimiento de las familias a este nivel puede contribuir a la mejora de la terapia familiar, así como también el estudio de las características de las familias con conductas problemáticas como lo es el consumo de sustancias se enriquecería y se tomaría conciencia de las fortalezas y debilidades que tienen las familias con este tipo de conducta problemática.

Como ya se mencionó anteriormente la familia funge como transmisor de creencias, valores y actitudes por lo que puede ser un factor de riesgo y/o de protección en el inicio del consumo y abuso de sustancias adictivas. Sin embargo, la familia no es determinante para que ocurra el consumo de sus hijos, porque este fenómeno es multifactorial. Sin embargo mientras más factores de riesgo es mayor la probabilidad que se llegue a consumir alcohol o drogas. Por este razón es crucial implementar intervenciones a familiares con esta problemática, porque no sólo el usuario de sustancias se encuentra inmerso en una situación dañina, sino que la familia sufre también los estragos del consumo de alguno de sus miembros.

## 1.1. Familia

Existen distintas definiciones de familia, sin embargo es conveniente hacer mención de algunas que son interesantes para el estudio.

Se define a la familia como: la unidad básica de subsistencia y relación con la sociedad, en la cual se imparten enseñanzas primarias de las normas y valores de la cultura, así como la conducta esperada y aprobada (Feraschut, 1970).

Así la familia es en primera instancia, la escuela en la cual el individuo aprende formas de relación que en un futuro se reflejarán ante la sociedad de la que esté rodeado. Si existe aprobación o se otorga permiso de emitir alguna conducta en la familia, es más probable que esta conducta se presente en el futuro.

Por otro lado, la familia es: la unidad básica del desarrollo y experiencia de realización y fracaso (Akerman, 1985).

Por lo que, la familia puede ser un agente positivo en el desarrollo de un individuo, pero también puede dificultar este desarrollo y entorpecerlo según sea el caso. Por poner un ejemplo, se da el caso de un adolescente que quiere ser músico y tiene mucho talento, sin embargo en su familia no se le da el apoyo suficiente porque quieren que sea doctor. En este caso se está dificultando el desarrollo de una persona talentosa y que tiene deseos de convertirse en músico.

La familia se ha ido transformando a lo largo de la historia, y los cambios dependen en gran medida de los patrones culturales de la época. (Fuentes, Leñero, López, Morales, Salles, Huirán, et. al, 1996; Gracia & Musitu, 2000).

Las generaciones han ido cambiando, así como también los valores de la familia, por lo que años atrás existían familias con características diferentes a las de ahora, antes los matrimonios se mantenían unidos, la mayoría de las mujeres eran amas de casa, las familias estaban conformadas de padres e hijos, el padre fungía como proveedor de recursos económicos. Ahora la familia es distinta como se menciona a continuación.

Estudios previos realizados en México (Fuentes et al., 1996), señalan que en el transcurso de las últimas dos décadas han ocurrido cambios en los hogares y las familias mexicanas, entre los cuales destacan: el incremento de hogares ampliados y compuestos frente a los nucleares; la reducción del número de hijos por familia; el aumento de hogares formados por la pareja sin hijos; la creciente proporción de los hogares encabezados por mujeres; el incremento de familias monoparentales (a cargo del padre o madre); el mayor número de familias reconstituidas y la mayor proporción de hogares formados por personas que viven solas.

Por otro lado, el aumento en el nivel educativo de las mujeres y su creciente incorporación en la actividad económica ha influido en la transformación de la vida familiar (Oliveira, 1996) (Citado en López, 2001).

En muchos casos la familia presenta un importante impacto en los individuos, por eso es importante el estudio de las características familiares, así como también el conocimiento de los miembros que la integran para delimitar qué tipo de familia está contribuyendo al bienestar de cada uno de sus miembros.

Por consiguiente Noller y Callan (1991) mencionan que la familia tiene gran influencia en la vida del adolescente y concluyeron que la mayoría de los adolescentes presentaban bienestar social y emocional en familias cohesivas, expresivas, organizadas y que en estas familia se favorecía la independencia de sus miembros. De otra forma, tienden a desajustarse cuando en la familia hay conflictos y demasiado control.

Se llegó a la conclusión de que un ingrediente crucial en las familias es la comunicación. También es menos probable que los adolescentes que experimentan afecto y cercanía en sus familias sean influenciados por su grupo de pares y se involucren en conductas problemáticas.

La adolescencia es una etapa difícil, aunado a esto la estabilidad en la familia va a contribuir en el bienestar del adolescente, por lo que se espera que en una familia en donde existe una unión entre sus miembros, en donde se pueden expresar sentimientos, se favorece la autonomía y la independencia, exista bienestar emocional en cada uno de sus miembros.

Sin embargo, hay individuos que son un ejemplo a seguir pero no necesariamente su familia presenta características positivas como las mencionadas anteriormente.

## **1.2. Padres de hijos adolescentes**

La adolescencia no es una etapa fácil, porque a menudo los adultos en vez de ayudar al desarrollo óptimo muchas veces lo pueden obstaculizar . Asimismo, el adolescente sigue dependiendo de sus padres porque no está preparado para valerse por sí mismo en forma económica ni en forma emocional. Las razones por las cuales el adolescente es dependiente de sus padres durante cinco o seis años después de que alcanzó la madurez sexual son por los siguientes aspectos: los requerimientos de una educación prolongada, las oportunidades vocacionales limitadas y hasta las definiciones legales (Powell, 1975).

En México se prolonga demasiado la etapa de la adolescencia, por lo que un individuo se va de su casa y deja de vivir con sus padres hasta que se une en matrimonio y muchas veces por las dificultades económicas el individuo se queda con sus padres o con sus suegros a vivir.

Los adolescentes tienen que empezar a desarrollar su propia individualidad emocional y psicológica en las relaciones que establecen, y desprenderse poco a poco de sus padres. Su independencia puede ser lenta y gradual, a veces imperceptible para sus padres, pero otras veces puede ser brusca lo cual se interpreta por los padres como rebeldía y desobediencia (Domínguez, 2002).

En algunos casos los padres tienen temor de permitir al adolescente que sea un individuo autónomo e independiente, porque su hijo(a) está dejando atrás la infancia en donde los padres tienen mayor participación en las decisiones que toma el individuo, sin embargo es necesario que la persona vaya buscando su propio camino.

También se da el caso en el cual los adolescentes en este intento de saberse personas individuales, se muestran un tanto agresivos y a veces rebeldes, porque los padres limitan su comportamiento. En ocasiones los adolescentes pueden sentirse acorralados por imposiciones de los adultos, y por ende ellos intentan hacer caso omiso de las reglas impuestas.

Por otro lado la mayoría de los padres que tienen un hijo(a) adolescente tienden a entristecerse al ver que sus hijos crecen y que los necesitan menos. Con frecuencia, los padres son inconstantes en su manera de tratar a sus hijos adolescentes, a los que tratarán a veces como adultos y a veces como niños (Powell, 1975).

Algunos adolescentes comienzan a pensar distinto a los padres, además empiezan a notar algunos defectos que presentan los padres, quienes en el pasado eran personas casi perfectas que no se podían equivocar.

Los padres de familia suelen fijar metas para sus hijos que muchas veces ni son apropiadas ni se basan siquiera en la realidad. En algunos casos los padres quisieran que sus hijos tomaran decisiones, que a su parecer son lo mejor para el adolescente, y quieren tomar decisiones por sus hijos, como: la elección de carrera, la vestimenta, la elección de la pareja, etc.

Asimismo, algunos padres tienden a aflojar sus responsabilidades hacia sus hijos de esta edad, creyendo que el período de educación está por terminar. Sin embargo la adolescencia es un período de luchas internas y de receptibilidad de ideas, un período en el que se forman las normas personales y los ideales. Se necesita supervisión, para poderles ofrecer una guía en su desarrollo emocional y en sus elecciones vocacionales (Powell, 1975).

En la adolescencia existe una búsqueda de la libertad y la independencia, sin embargo, los padres tienen que estar presentes en cada paso que da el adolescente considerando que todavía está bajo su cuidado y no tiene permitido hacer lo que le plazca, por lo que en la medida en que el adolescente sea responsable de sus actos tendrá el derecho de la libertad y la búsqueda de la independencia.

Es posible que algunos padres opten por ser permisivos en esta etapa de la vida, sin embargo esta situación puede ser contraproducente porque el individuo puede sentir que no es importante para sus padres y sentirse con el derecho de hacer lo que desee. Por esta razón es de suma importancia que los padres den a conocer los límites de la conducta a su hijo(a), de lo que está permitido y lo que no está permitido, para que así el individuo tenga un parámetro por el cual debe actuar en consecuencia.

En la relación padre-hijo existen una serie de conflictos característicos de la etapa de la adolescencia por lo cual se encontró que las causas más comunes de controversia con los padres de adolescentes son las siguientes (citado en Papalia, 1992):

- Lynd y Lynd (1929): mencionan hora de llegada en la noche, número de veces que sale durante las noches de escuela y las calificaciones en la escuela.
- Punke (1943): mencionan la vida social y los amigos, el trabajo y el gasto de dinero y la ropa.
- Remmers (1957): temor de decir a los padres cuando han hecho algo indebido, las salidas en las noches, restricciones con el auto de la familia.
- Johnstone (1975): el estudio, el uso del tiempo libre y la escuela.
- D. A. Rosenthal (1982): tomar o fumar, hora y frecuencia de salida, hacer oficios en casa.

En toda relación existen conflictos, pero hay que tomar en consideración qué tipo de relación está puesta en escena, para así tener una idea de las situaciones que pueden surgir en dicha relación y así estar preparados para cualquier incidente, discusión o desacuerdo que se presente.

Una de las recomendaciones que se encontró con respecto a la tarea difícil de ser padres es que conviene utilizar el conocimiento y la experiencia en vez de la fuerza y la manipulación, que las reglas establecidas sean claras y firmes para aumentar su fortaleza, y que se determinen previamente las sanciones a las que se exponen en caso de incumplimiento. Es conveniente que los padres eviten sobreproteger a su hijo(a) adolescente, pues es importante que los jóvenes sufran las consecuencias de sus actos. Los jóvenes tienen derecho a la privacidad, a estar solos cuando así lo prefieran, a platicar de ellos mismos hasta donde ellos permitan hacerlo, a tener un diario, etc (Domínguez, 2002).

Como se menciona en el párrafo anterior los padres de familia pueden optar por evitar utilizar formas de relación como lo es intentar manejar a su antojo al adolescente, aunque deben implementar límites, deben evitar ser muy rígidos, así como también hacerle saber a su hijo(a) las consecuencias que traerá cierta conducta indeseable.

El hecho de sobreproteger a su hijo(a) lejos de ocasionarle un bien a la persona, le hace imposible convertirse en un ser independiente y capaz de ocuparse de sus asuntos.

Ya que se habló de la relación existente entre padres e hijos adolescentes y los conflictos que pueden existir entre ellos, se entrará al tema de la adolescencia para poder entender más a fondo ésta etapa de grandes cambios, con las cuales tienen que lidiar lo padres de familia.

La adolescencia se define como una etapa de transición, de crecimiento y desarrollo, en la cual el individuo se prepara para la edad adulta (Domínguez, 2002).

Hoy en día, la transición de la adolescencia a la adultez, conlleva una serie de dificultades y se prolonga la duración del período de dependencia de los padres.

Se puede definir a la adolescencia como la etapa entre la niñez y la adultez, la cual se caracteriza por cambios físicos y psicológicos, que van a estar reflejados en la conducta del individuo. Entre los cambios físicos se encuentra la metamorfosis de un niño a un hombre, o de una niña a una mujer según sea el caso. Entre los cambios psicológicos se puede decir que los jóvenes tendrán la necesidad de buscar su autonomía, y la independencia de los padres. A raíz de estos cambios y necesidades van a existir conductas como: rebeldía, agresividad, desobediencia y distinta forma de pensar en relación a los adultos.

En ocasiones por llevar la contraria a las reglas establecidas el adolescente hace caso omiso a las exigencias de los adultos, en algunos casos se deslinda de lo que le corresponde hacer y por eso presenta a veces, desapego escolar, su cuarto está la mayoría de las veces desordenado, su vestimenta presenta características muy peculiares de su edad, dependiendo de la época en la que viva y las modas que estén vigentes.

Algunas de las razones por las cuales se prolonga la permanencia del joven en la familia son las siguientes: la introducción de la escolaridad obligatoria en el siglo XIX, la prohibición del trabajo infantil, así como las leyes que limitan el poder de los padres sobre los hijos (Delval, 1994).

Cada vez se alarga más el periodo de la adolescencia, así como también el individuo puede contribuir a que esta etapa tenga una mayor duración, desprendiéndose de sus responsabilidades.

En la adolescencia además de existir cambios físicos, también existen desequilibrios emocionales, su estado de ánimo experimenta repentinos altibajos, intensos momentos de felicidad y de tristeza (Domínguez, 2002).

A través de la mención de distintas definiciones sobre la adolescencia se puede denotar que a veces se toman más en cuenta algunos aspectos que otros por lo cual se podrían mencionar tres teorías de la adolescencia (Delval, 1994).:

- **Psicoanalítica:** La adolescencia es el resultado del desarrollo de las pulsiones que se producen en la pubertad y que modifican el equilibrio psíquico, lo que produce una vulnerabilidad de la personalidad. Junto a ello hay que despertar de la sexualidad que lleva a buscar objetos amorosos fuera de la familia, modificando los lazos con los padres. Se produce un proceso de desvinculación con la familia y de oposición a las normas, que permite la formación de nuevas relaciones. La adolescencia se atribuye primordialmente a causas internas.
- **Sociológica:** La adolescencia es el resultado de tensiones y presiones que vienen de la sociedad. El sujeto tiene que incorporar los valores y las creencias de la sociedad, es decir, terminar de socializarse, al mismo tiempo que adoptar papeles sociales. Al mismo tiempo los padres tienen mayores exigencias y expectativas respecto a los adolescentes y esas exigencias puede hacerse insostenibles. El cambio de papeles puede producir conflictos y general tensión. La adolescencia se atribuye primordialmente a causas sociales exteriores.
- **Piaget:** En la adolescencia se producen importantes cambios en el pensamiento que van unidos a modificaciones en la posición social. El carácter fundamental de la adolescencia es la inserción en la sociedad de los adultos y por ello las características de la adolescencia están muy en relación con la sociedad en la que se produce. El individuo se inserta en la sociedad, pero tiende a modificarla. Para ello elabora planes de vida, lo que consigue gracias a que puede razonar no sólo sobre lo real, sino también sobre lo posible. Las transformaciones afectivas y sociales van unidas indisolublemente a cambios en el pensamiento. La adolescencia se produce por una interacción entre factores sociales e individuales.

Como ya se mencionó anteriormente el adolescente atraviesa por una etapa de transición entre la niñez y la adultez a la cual se tiene que adaptar y madurar, pero antes tiene que lidiar con situaciones propias de su edad y tiene que enfrentar crisis a nivel individual y familiar. El ciclo vital toma en cuenta el proceso de una etapa a otra así como también las crisis subyacentes y vislumbra las dificultades que pueden entorpecer este proceso.

### **1.3. Ciclo vital**

En lo que se refiere a esta perspectiva se menciona que el adolescente es un individuo en proceso de cambio y preparación hacia la vida adulta. Este proceso lleva consigo el concepto de crisis que se refiere a: aquel estado que experimenta

una persona al enfrentarse a obstáculos para alcanzar sus objetivos o expectativas (Varela, 1982).

Para llegar a la vida adulta el adolescente tendrá que pasar por ciertos cambios bruscos, tanto individuales que pueden ser propios de la edad; y familiares, como pueden ser: fallecimientos, divorcios, el cambio de domicilio, etc. Tanto las crisis individuales como las familiares van a estar influyendo en la persona en el tipo de pensamiento y comportamiento.

Toda crisis significa pasar de una fase previsible y estable a otra también previsible aunque haya una alteración profunda en el sujeto. Si el individuo supera esta transición se dice que ha madurado y avanzado en el espiral de desarrollo. Una forma de superación maladaptativa podría conducir al abuso de sustancias adictivas lo cual entorpece una de las tareas centrales del adolescente, que es alcanzar independencia familiar (Florenzano, 1983).

La adolescencia como etapa del ciclo vital individual se da en el contexto de una estructura familiar en evolución, dotada de ciclo vital propio y crisis de adaptaciones sucesivas (Minuchin & Fishman, 1984).

Diversos estudios (Glyn, 1982), a través de este enfoque, han correlacionado la presencia de crisis del ciclo familiar con el desarrollo posterior de consumo de alcohol y drogas. Se han identificado algunos eventos familiares que se relacionan con el consumo de sustancias como por ejemplo: separación de los padres, muerte de alguno de ellos, divorcio, cabe mencionar que el consumo ocurre después de los 12 años.

En la familia existe un rango de comportamientos característicos que van a dar lugar a lo que se llama funcionamiento familiar, el cual es de gran interés para conocer las características de las familias y el tipo de conductas que presentan de acuerdo a conductas problemáticas como lo es el consumo de sustancias. Además su estudio da lugar a ciertas bases de la terapia familiar y en qué dimensiones del funcionamiento familiar se puede incidir.

#### **1.4. Funcionamiento familiar.**

Como se ha visto, al parecer el tipo de familia y más específicamente el tipo de relación familiar: comunicación, pautas de crianza, cohesión, apoyo, afecto, etc; van a estar relacionadas con la conducta posterior del individuo.

El funcionamiento familiar se refiere a los patrones de comportamiento de la familia de acuerdo con algunas dimensiones como la cohesión, la comunicación, los roles, la estructura de poder, la resolución de problemas, la expresión de afectos y el control de la conducta, entre otras (Palomar, 1999). Sin embargo, las dimensiones que van a tener lugar se definen de acuerdo al modelo de funcionamiento familiar que sea utilizado.

A continuación se presentan distintos modelos de funcionamiento familiar y las dimensiones que toman en consideración:

Dentro del enfoque sistémico, destaca el modelo de Olson (1986) que se basa en tres dimensiones de la conducta familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. La primera es definida como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí, tomando como variables para medirla: lazos emocionales, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación. La segunda dimensión se refiere a la habilidad que tiene el sistema familiar para cambiar su estructura, en función del estrés situacional y de desarrollo. La comunicación es una dimensión facilitadora que permite a las familias moverse en las dimensiones anteriores.

Beavers, Hampson y Hulgus (1985), proponen un modelo de funcionamiento familiar basado en dos dimensiones. La primera describe la estructura, la flexibilidad y la competencia de la familia, y la segunda, el estilo familiar.

McMaster (1987) propone un modelo que supone, para la completa evaluación de una familia, identificar seis áreas o dimensiones de funcionamiento: 1) resolución de problemas, 2) comunicación, 3) roles, 4) involucramiento afectivo, 5) respuestas afectivas y 6) control de las conductas (Epstein, Baldwin y Bishop, 1983)

Palomar (1999) propone las siguientes dimensiones para evaluar el funcionamiento familiar, las cuales se tomaron en cuenta para el presente estudio:

Cohesión: Se refiere al grado en el cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y pertenencia. Este se refleja en el apoyo y cooperación entre los miembros de la familia tanto para realizar actividades cotidianas como para resolver problemas, así como, la realización de actividades juntos o tiempo compartido.

Relación de pareja: Se refiere a la fuerza y calidad de la relación paterna. Está relacionada con el grado en el que la pareja comparte intereses, y si los miembros de la pareja se sienten queridos y valorados.

Autonomía: Esta dimensión está relacionada con el grado en el cual se fomenta en la familia que cada uno de los miembros sea independiente, pueda resolver por sí mismo sus problemas y tome sus propias decisiones.

Estructura de poder: Se refiere a la distribución del poder en el sistema familiar y a la claridad por parte de los miembros de la familia acerca de quién o quiénes ejercen ese rol.

Comunicación: Esta dimensión mide la capacidad de la familia para expresar abiertamente las ideas, discutir los problemas, negociar los acuerdos y expresar verbal y no verbalmente el afecto. Esta dimensión se divide en dos: instrumental, que se refiere a la comunicación de ideas, y la resolución de problemas y la

segunda está referida a la facilidad en el manejo de conflictos a través de la expresión de sentimientos tanto positivos, como negativos.

Reglas: Se refiere al grado de flexibilidad-rigidez, y se pueden hacer las siguientes distinciones, familias de conducta rígida, que se refiere a familias en donde existe poca negociación y variación de situaciones; de conducta flexible, que son familias en donde existe la negociación y el cambio, dependiendo del contexto y familias de conducta caótica en donde los miembros no sabe que normas aplicar en ningún momento, ni consideran la negociación.

Roles: Se refiere a los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares.

Para el presente estudio se midió el funcionamiento familiar de los padres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas, para que dieran cuenta de los comportamientos más frecuentes en su familia, y así tener una idea de las dimensiones que se pueden fortalecer y qué tipo de conductas se pueden decrementar o extinguir para el buen funcionamiento de las familias con estas características, y contribuir a un posible cambio en el consumo del adolescente.

### **1.5. Funcionamiento familiar y la conducta de consumo**

Debido a la importancia de la familia y su funcionamiento, en el desarrollo de todo individuo, se han realizado diversos estudios para analizar su papel en las conductas problemáticas, de los cuales se retomó los que han estado encaminados a conocer el funcionamiento familiar y su relación con el consumo de algún miembro usuario de sustancias adictivas o en específico de los adolescentes consumidores.

En términos generales, se ha reportado que las familias alcohólicas son más problemáticas, y sus interacciones están caracterizadas por mayores niveles de negatividad, conflicto y competencia enferma así como por menores niveles de cohesión, expresividad y capacidad para resolver problemas (Hadley, Holloway y Mallinckrodt, 1993; Jacob y Krahn 1988; Rotunda, Sherer e Imm, 1995).

En ocasiones la idea de que las familias con una miembro consumidor de alcohol sean más problemáticas, puede tratarse de un estigma que se le ha grabado a las familias con esta característica.

La idea es que sería de suma importancia tratar a la familia como una entidad con características particulares y no generales. Porque no sólo por el hecho de que algún miembro tenga problemas con su consumo, la familia tenga que presentar características similares por ésta situación. Así, cada familia es diferente a las demás y así en esta medida se tiene que intervenir en una terapia para evitar partir con prejuicios y suposiciones antes de conocer realmente al tipo de familia con la cual se esté trabajando.

En un estudio en donde se quería encontrar las diferencias en el funcionamiento familiar en familias con un miembro alcohólico y en familias que no existía esta problemática, se observó que son menos funcionales las familias alcohólicas que su grupo de comparación (Palomar, 1999).

MacDonald (1989) describe las situaciones en las que es más probable que el adolescente incremente o disminuya su consumo de drogas y el importante rol de la familia. Por lo que entre sus hallazgos se encuentran los siguientes:

- Se puede incrementar el uso de drogas por: una excesiva independencia otorgada al adolescente
- Se puede disminuir el uso de drogas por: una actitud de desaprobación en la familia hacia cierta droga, o por el interés de los padres y el hecho de estar involucrados en las actividades de los adolescentes.

Por otro lado se ha encontrado que los siguientes factores familiares están asociados al consumo de alcohol y drogas: por un lado la presencia del padre es de suma importancia y funge como factor protector ante el consumo, la percepción de características positivas afectivas de los padres protege a los adolescentes de tener conductas problemáticas como lo es el consumo de sustancias. También se indica la importancia que tiene la convivencia familiar, un clima familiar agradable y una comunicación fluida y cálida como factor de protección ante las conductas de riesgo (Rivera, Villatoro, Fleiz, Medina-Mora & Jiménez, 1995).

En una investigación sobre la influencia del ambiente familiar en adolescentes se comprobó que la estructura familiar, comunicación y cohesión estaban relacionados con el nivel de consumo de los adolescentes, y se llegó a la conclusión que la mala relación familiar y falta de comunicación entre padres e hijos constituyen un factor de riesgo para el abuso de alcohol. Además la ruptura de la familia por divorcios y separaciones coloca al adolescente en una situación incómoda en donde se puede propiciar que los padres en el intento de ganarse el cariño y aprobación de los hijos se inclinan a ser permisivos, por lo que existen límites poco claros, por lo cual el consumo de alcohol es muy atractivo en esta situación (Senra, 2003)

La educación recibida por los padres es de suma importancia, por consiguiente, en una investigación con jóvenes madrileños, se encontró que la mayoría de los adolescentes que recibieron una educación rígida y disciplinaria abusaban del alcohol (Black, 1994).

El consumo de alcohol y drogas en los adolescentes puede deberse a múltiples factores que pueden incrementar la probabilidad de que se presente el inicio, abuso y mantenimiento del consumo de alcohol y drogas. Por lo que la familia funge como factor de riesgo y/o de protección de conductas problemáticas, como lo es el consumo de sustancias adictivas.

Asimismo en el consumo del adolescente los factores familiares de riesgo incrementan la probabilidad del inicio del consumo y abuso de sustancias, mientras que los factores protectores decremantan la ocurrencia de dicha conducta de riesgo. Por lo cual la familia puede fungir como factor de riesgo y/o de protección, sin embargo el desencadenamiento de la conducta de consumo es multifactorial; es decir, que la familia es uno de los tantos factores que influyen en la ocurrencia del consumo de alcohol y otras drogas, sin embargo no determina que esto suceda.

## **1.6. La familia como factor de riesgo y/o protección**

Existen factores relacionados con el inicio y abuso de drogas en la adolescencia, a estos se les llama factores de riesgo. Un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno.

Una aproximación basada en el riesgo busca prevenir el uso de drogas a través de la eliminación, reducción o disminución de factores de riesgo (Medina-Mora, Mariño, Berezan, Juárez & Carreño, 1999).

Los factores protectores median o moderan los efectos de la exposición al riesgo. Se postula la hipótesis de que la exposición al riesgo afecta la vulnerabilidad del individuo, mientras que la presencia de factores de protección aumenta su resistencia. Existen dos hipótesis sobre los mecanismos de acción del factor de protección: a) mecanismo riesgo/protector, en el que se supone que la exposición a un factor de riesgo está mediada por la presencia de un factor protector y b) mecanismo protector/protector, el que supone que un factor protector potencia otro fortaleciendo sus efectos (Medina-Mora, Mariño, Berezan, Juárez & Carreño, año) (Jessor, 1993; National Institute of Drug Abuse (NIDA) 1999).

Los factores de protección que están relacionados con la familia incluyen los siguientes aspectos: fuertes lazos familiares, reglas claras de conducta dentro del núcleo familiar y la supervisión de los padres [NIDA, 1999].

Una vez identificando los factores protectores en una familia se podría proceder a su fortalecimiento, lo cual contribuye a inhibir el abuso de alcohol y drogas a pesar de su exposición al riesgo (Hawkins et al., 1992).

En el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el consumo de alcohol y otras drogas, los adolescentes hacen mención de que sus padres se encuentran muy angustiados y preocupados por el consumo por lo cual reaccionan de formas poco adecuadas como por ejemplo: el excesivo control del adolescente, sobreprotección, etc, así como también la salud física y psicológica de los padres se encuentra afectada por el evento. Por lo cual es de suma importancia identificar los estilos de enfrentamiento de padres inmersos en esta problemática y que esto ayude a que el tratamiento del consumo de los adolescentes tenga éxito y sea eficaz; así como también se tenga en cuenta en

qué forma afecta el consumo a los padres y poder contribuir en el futuro con una intervención que tome en cuenta estos aspectos.

Un elemento que requiere de mayor investigación es el papel de los padres en la permanencia, terminación, y reducción del patrón de consumo de los adolescentes que asistieron al programa. Por lo cual, una relación positiva padre- hijo propicia una motivación, por parte de los padres, para monitorear las conductas de sus hijos y para utilizar prácticas de manejo conductual efectivas en el control de problemas de conducta antisocial (Martínez & Ayala, 2003).

## **2. Modelos de Intervención con familiares de usuarios de alcohol y drogas.**

En la actualidad existen distintos modelos de intervención para familiares de usuarios de sustancias adictivas, cada modelo tiene un enfoque distinto y le asigna un rol distinto a los familiares de usuarios de alcohol y drogas. Los modelos teóricos más relevantes del presente estudio son los siguientes: modelo de salud-enfermedad, modelo sistémico y modelo cognitivo-conductual.

### **2.1. Modelo salud-enfermedad**

En el presente apartado se mencionan las características del modelo salud-enfermedad y como funciona la intervención para familiares de usuarios de alcohol o drogas de acuerdo a dicho modelo.

Desde la fundación de Alcohólicos Anónimos (AA) la familia ha tenido un papel importante en el concepto de enfermedad del alcoholismo. Por lo cual se fundó Al-Anon en el año de 1949 como apoyo a los miembros de la familia y amigos de los alcohólicos. Recientemente, otros autores se han interesado en como la enfermedad del alcoholismo se manifiesta en forma de síntomas en las esposas y parejas (McCrary & Epstein, 1999).

Por lo visto, Al-Anon surge como una alternativa para los familiares de consumidores de alcohol. Los principios de estos grupos son los mismos que los de A. A., por lo cual el trato a sus miembros es muy parecido y la política por la cual se rigen es la misma. La diferencia entre los miembros de A. A., y Al-Anon es que en los primeros existe dependencia al alcohol y en los segundos existe una co-dependencia, término empleado para describir a los familiares de los abusadores de alcohol, como se menciona a continuación.

El alcoholismo es visto como una enfermedad familiar en donde los miembros de la familia sufren de la enfermedad de la codependencia, término utilizado para describir el proceso de distintos problemas observados en familias de individuos que abusan de alguna sustancia psicoactiva (McCrary & Epstein, 1999).

En un estudio sobre la construcción y validación de un instrumento de codependencia, se tuvo acceso a bibliografía relacionada con el tema de la co-dependencia (Noriega & Lira, 2002).

La codependencia es un trastorno en el área de las relaciones interpersonales que, por tratarse de un problema multidimensional, ha sido objeto de diversas definiciones.

En su concepto esencial, la codependencia se refiere a un problema psicológico que se presenta de una manera repetitiva en casi todas las personas que conviven con un alcohólico o con adictos a otras sustancias químicas. La codependencia

se establece lenta y progresivamente de manera paralela al problema del alcohólico; a través de momentos de aparente estabilidad, seguidos de crisis recurrentes (Freixa & Sanfeliu, 2000).

Se menciona que la codependencia se va desarrollando en forma simultánea al problema del consumo de alcohol, la persona que consume afecta a su familia de forma recurrente y ésta situación a su vez va incrementando la angustia en los miembros de la familiar y atenta contra su estabilidad emocional.

Se considera que una persona es codependiente porque permanece junto a una pareja que abusa de ella o la explota, y organiza su vida alrededor de dicha persona problemática, por medio de un fuerte compromiso, a pesar de la falta de satisfacciones personales o de gratificaciones propias (Wright & Wright, 1999).

La persona codependiente centra su atención en otra persona, en este caso el usuario de sustancias adictivas, y pierde de vista sus necesidades propias, sus intereses particulares y basa su vida en complacer y cuidar al otro.

En muchas ocasiones lo anterior les sucede a un mayor número de mujeres, quienes adoptan el papel de servir al otro, y se olvidan de ellas mismas.

Se dice que la codependencia se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Al parecer, refleja una estrategia del estereotipo femenino que las mujeres utilizan para enfrentarse a los estresores ambientales, mientras que en situaciones similares, los trastornos de conducta representan para los hombres una alternativa de enfrentamiento del estereotipo masculino (Roehling, Koelbel & Rutgers, 1996).

Se denota que las alternativas de enfrentamiento van a estar influidas dependiendo del sexo, por lo cual la conducta de las mujeres podría diferir de la de los hombres cuando se encuentren frente a un miembro de su familia usuario de sustancias adictivas.

Se define (Potter & Potter, 1989) a la codependencia como un síndrome que abarca una serie de síntomas y rasgos de personalidad, en el que el individuo se encuentra significativamente afectado por haber estado o por estar involucrado en un ambiente familiar en el que hay una larga historia de alcoholismo, dependencia a las drogas o un ambiente estresante.

En la codependencia se habla de una larga historia de alcoholismo, y un ambiente estresante recurrente, lo cual es poco probable en los padres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas, porque muchos de ellos se acaban de enterar que su hijo(a) consume. Sin embargo, el hecho de enterarse de tal situación es muy impactante para ellos.

Por otro lado, la codependencia es una enfermedad que se caracteriza por: sobreprotección, deseo de control, deshonestidad, sentimientos fríos, perfeccionismo y miedo (McCrary & Epstein, 1999).

El término codependencia surgió de los grupos de Alanón para describir a los familiares de los Alcohólicos Anónimos que se encuentran paralelamente perturbados por los efectos del consumo de alcohol de su familiar. Ellos parten de la premisa de que al igual que el alcoholismo, la codependencia es una enfermedad, porque así como el alcohólico depende del alcohol, el familiar codepende emocionalmente del alcohólico [ENA, 1988].

Desde el ámbito de la influencia cultural y de los problemas de género, se ha criticado el constructo de codependencia, argumentándose que refleja la preferencia por la independencia y la autosuficiencia, que se promueve en los Estados Unidos de Norteamérica, y que se difiere de los valores propios de las culturas latinoamericanas, en donde tanto las mujeres como los hombres le otorgan más importancia a conservar a la pareja y a mantener integrada la familia (Lagarde, 1990).

Sin embargo, para la familia mexicana sería de gran utilidad fomentar la independencia y la autosuficiencia, porque aunque la familia es de suma importancia, también se requiere de individuos que crezcan de manera profesional y además personal.

En general, el modelo de enfermedad familiar supone que los miembros de la familia no deben intervenir a tratar de cambiar el consumo del usuario, sino que deben mantenerse interesados en ellos mismos para reducir su estrés y mejorar la forma en que están enfrentando el consumo (Al-Anon Family Group, 1981; Laudergeran & Williams, 1993) (Citado en Mccrary & Epstein, 1999).

## **AL-ANON**

A continuación se describirán algunas características de los grupos Al-Anon, por lo que se profundizará en los doce pasos para tener un amplio panorama de cómo funciona un programa basado en el modelo médico. Cabe tomar en cuenta que los doce pasos son tomados del programa de AA, pero con algunas adaptaciones a los familiares que atraviesan por dicha problemática.

Los doce pasos

1. Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol, y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.

El primer paso se refiere a que el familiar es incapaz de controlar y cambiar el consumo del usuario de sustancias

2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio.

En el presente paso se acepta que el consumo del usuario afecta al familiar y que existen situaciones que se saldrán de control porque no se puede evitar lo contrario, se acepta el hecho de que se necesita ayuda y que las cosas que no se pueden controlar están a cargo de un Poder superior.

3. Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de ÉL.

Se refiere al hecho de tomar la decisión de evitar entrometerse en situaciones creadas por otros, así los demás podrán resolver sus propios problemas y el familiar podrá resolver sus propias dificultades y se tendrá confianza según la sabiduría de cada quien en un Poder superior.

4. Sin temor, hicimos un minucioso y sincero examen de conciencia.

En este paso la persona hace un examen de conciencia de sus propias faltas y se responsabiliza por su propia vida y no de la del usuario de sustancias.

5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras faltas.

Se centra en reconocer los propios defectos del familiar, trabajar en ellos y concentrarse en el progreso personal.

6. Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.

Se centra en reconocer las propias faltas con humildad y de autoaceptarse para después poder cambiar tus propios defectos, pero también reconocer tus cualidades como ser humano.

7. Humildemente pedimos a Dios que nos librase de nuestras culpas.

En el presente paso se aceptan las limitaciones que cada quien presenta.

8. Hicimos una lista de todas las personas a quienes habíamos perjudicado, y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.

Se analiza a quién se ha perjudicado, se reparan los daños que se han ocasionado y se trata de considerar a las demás personas.

9. Reparamos directamente el mal causado a estas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiese infligido más daño, o perjudicado a un tercero.

Dicho paso trata de que el familiar repare los daños que ha causado, y que si se ha separado o peleado con alguien resuelva esta situación

10. Proseguimos con nuestro examen de conciencia, admitiendo espontáneamente nuestras faltas, al momento de reconocerlas.

Del paso 5 al 10 se habla de aceptar los defectos que cada quien presente y remendar los errores que hemos cometido con otras personas.

11. Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento de ÉL, y le pedimos tan solo la capacidad para reconocer su voluntad y las fuerzas para cumplirla.

12. Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas, y practicar estos principios en todas nuestras acciones.

Los 12 pasos sugieren cuatro ideas primordiales:

- Se es incapaz ante el problema del alcoholismo, cuando se acepta esta verdad existe una sensación de alivio y esperanza. Se presta atención en poner en orden la vida del familiar del usuario
- Se confía en un Poder Superior, en el momento en que se ha fracasado al querer ayudar al usuario.
- Se necesita cambiar la actitud y las propias acciones, se admiten los defectos de carácter.
- Se conservan las experiencias en el grupo y se comparte con los demás, y se tiene la obligación de ayudar a los miembros del grupo en momentos difíciles.

Lo que propone Al-Anon es que los familiares de usuarios de alcohol se centren en sus propios intereses e incrementen su calidad de vida, que eviten pensar que su responsabilidad es cambiar al usuario y que solo él puede dejar de consumir con la ayuda de un Poder Superior.

Así, la persona que tiene que cambiar es el familiar con la ayuda del grupo, y tiene la responsabilidad de mantener unido el grupo y apoyar a los miembros del grupo que lo necesiten o se encuentren en una situación difícil.

Cabe mencionar que al grupo Al-Anon asisten principalmente hijos y esposas de usuarios de alcohol, por lo que la asistencia de padres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas es muy poca o nula.

Las razones por las cuales ocurre esta situación es porque la severidad del problema de consumo es mayor en familiares como hijos y esposas, porque se habla de un consumo más fuerte y de consumidores dependientes. Mientras que los adolescentes presentan consumos experimentales u ocasionales, en algunos

casos se presenta un abuso a la sustancia pero es muy poco probable que exista dependencia.

En lo referente a la efectividad de dicho programa no existe evidencia empírica porque el mismo grupo no apoya este tipo de iniciativa por la política que se maneja en los grupos de Al-Anon. Sin embargo existe gente que reporta que en los grupos ha encontrado un apoyo social muy fuerte y que gracias a esto, y a su forma de abordar el problema ha podido salir adelante.

Sin embargo, no se tiene conocimiento del perfil psicológico que presentan las personas que tienen éxito o permanecen en un grupo de autoayuda de esta naturaleza.

## **2. 2. Modelo sistémico**

El modelo sistémico supone que la adicción en cualquier miembro de la familia se presenta como un síntoma de la disfunción familiar existente.

Existen algunas intervenciones breves que están basadas en el modelo sistémico, el cual supone que los miembros de la familia son interdependientes entre sí, es decir, que lo que afecta a un miembro de la familia afecta a los demás miembros. De acuerdo al modelo sistémico, el adolescente que consume sustancias es un miembro de la familia que presenta síntomas relacionados con conductas problema. Estos síntomas indican, en parte, la dinámica familiar (Szapocznik & Kurtines 1989).

Otro principio fundamental es que los patrones de interacción en la familia influyen en la conducta de cada miembro de la familia. Los patrones de interacción son definidos como las conductas secuenciales de los miembros de la familia que se convierten en habituales y se repiten una y otra vez (Minuchin et al. 1967).

Dicho modelo responsabiliza a la familia del consumo de alcohol y/o drogas de alguno de sus miembros, suponiendo que en las familias disfuncionales es más probable que aparezcan conductas problemáticas

Supone que en un problema difícil como el abuso de sustancias por un miembro de la familia puede funcionar como: 1) distracción de los miembros de la familia de su problema central, 2) Detener el paso a otra etapa de desarrollo en toda la familia o en uno de sus miembros, así el consumo de uno de sus miembros tiene la función de mantener la homeostasis (McCrary & Epstein, 1999).

En el caso de los adolescentes, su consumo fungiría como una distracción de algún otro problema que presente la familia, o como en el segundo punto, se trataría de detener el paso de la adolescencia a la adultez al individuo, por lo que esta transición sería una crisis para los padres quienes en su intento de mantener

el equilibrio o impedir el cambio en su hijo(a), lo orillan al consumo y el desarrollo del adolescente se queda estático.

En este modelo el terapeuta trata de redefinir los roles, identificar reglas que gobiernan la conducta de los miembros, definir y reforzar alianzas entre los miembros de la familia (Fishman, Stanton, & Rosman, 1982).

El modelo sistémico tiene una forma particular de abordar las conductas problemáticas como lo es el consumo de sustancias.

A continuación se presentarán elementos generales en torno a la terapia familiar con miembros adictos a las drogas, que se emplea en el Centro de Integración Juvenil (CIJ):

Primero se valora a las personas como entidades que interactúan dentro de un contexto, influyéndolo y siendo influenciadas por el mismo; el ciclo vital y el estado evolutivo son esenciales para el diagnóstico y la elección de la estrategia terapéutica; los síntomas son mantenidos por el sistema y éstos a su vez, sostienen al sistema y se da la búsqueda de conductas alternativas latentes a nivel interrelacional, potencializándose los cambios individuales hacia cambios más generales.

Dicho modelo supone características existentes en las familias con un miembro que consume sustancias como:

- Dependencia química multigeneracional, propensión a conductas adictivas.
- Sensación o ilusión de independencia del adicto.
- Se caracterizan como familias muy unidas, con alianzas obvias entre subsistemas y tienen conductas infantilizantes en general.
- Se soportan mentiras, robos o escarnio social, sin adoptar una conducta firme, en vez de aceptar su responsabilidad, el sistema familiar culpa a factores externos como los pares o el vecindario.
- Al presentarse crisis entre la armonía paterna, como discusión o amenaza de abandono, el paciente se activa, lo que da lugar a una conducta dramática ya sea incremento en el consumo, actos peligrosos o delictivos, al presentarse un nuevo aminoramiento de la crisis, el adicto da muestras latentes de tentativas de una mayor independencia, la crisis se reactiva ante la demanda de abandono reiniciándose el ciclo.
- Presentan fronteras intrasistémicas difusas.
- Alianza entre el adicto y la madre, muchas veces existe un padre autoritario y violento pero fácilmente controlado por la madre.
- Una desviación del síntoma conyugal a través del paciente identificado.

En el modelo sistémico existen algunas técnicas terapéuticas como: la creación de límites, la representación, la intensidad, el reencuadre, desequilibrio, búsqueda de lados fuertes y complementariedad, las cuales se explicarán con mayor detalle a continuación.

En la creación de límites se busca reducir la permeabilidad a nivel intrasistémico, primordialmente en lo que respecta al apego excesivo entre el subsistema paterno y el usuario de sustancias, ya sea a través de fomentar un frente unido de los padres, encomendarles tareas conjuntas, o propiciar en el usuario mayor unión con su grupo de pares, hermanos, amigos, reduciendo el control excesivo, o bien, por medio de la fijación de reglas objetivas con consecuencias razonables.

En la representación se busca analizar el patrón disfuncional, a nivel interrelacional a la sesión, para introducir cambios directos hacia estructuras más funcionales.

En lo referente a la intensidad el objetivo es variar el nivel del impacto del consumo dando pie a un cambio. Esto se puede lograr mediante el incremento del afecto, la duración de una representación o el marco cognitivo: es decir, un cambio en la explicación de las causas y consecuencias otorgadas por la familia.

El reencuadre es una modificación de la realidad parcial, sostenida como verídica por la familia mediante otra realidad alterna que permita cambios en la intervención de los miembros.

En el desequilibrio se tiende a alterar la homeostasis existente, tomando algún subsistema o individuo, obviamente para la generación de cambios.

En la búsqueda de lados fuertes se pretende desafiar la etiquetación de los miembros, mediante la búsqueda de aquellos atributos o aptitudes no reconocidos en algún miembro que se desee fortalecer, promoviendo una expansión de la visión interna, pero también una sensación de mayor competencia.

Por último en la complementariedad se busca incorporar a nivel cognitivo afectivo-conductual la participación como protagonista y antagonista, alguien que sufre reacciones y crea reacciones en los demás.

Bajo esta perspectiva existen numerosas intervenciones que merecen mención en el presente apartado para denotar sus características y dar ejemplos de modelos de intervención con enfoque sistémico, las cuales se presentarán a continuación.

### **Terapia breve familiar estratégica (BSFT)**

La Terapia breve familiar estratégica está dirigida a padres de familia con un hijo adolescente consumidor de alcohol o drogas y se basa en los principios mencionados anteriormente y sus metas son las siguientes: eliminar o reducir el uso de sustancias en adolescentes y problemas de conducta asociados, conocidos como síntomas. En el nivel del sistema familiar la terapia tiene como meta cambiar los patrones de interacción.

Algunos de los problemas identificados en las familias con un adolescente con problemas de conducta que en la intervención se han podido detectar son los siguientes:

- Uso de drogas en los padres u otra conducta antisocial
- Poco o mucho involucramiento con el adolescente
- Pobre comunicación
- Falta de reglas claras o reglas inconsistentes y consecuencias para la conducta del adolescente
- Monitoreo inadecuado y mal manejo de actividades del adolescente con sus pares
- Falta de supervisión y pobre cohesión familiar.

La terapia incluye los conceptos de contexto, sistema, estructura, estratégica, contenido y proceso, los cuales se definirán en el siguiente apartado:

**Contexto:** Se refiere a la importancia de las influencias sociales que incluye la familia, los pares, el vecindario y las diferentes culturas que definen las reglas, valores y conductas del adolescente.

**Sistema:** Está conformado por partes que son interdependientes entre sí. Las familias están conformadas por individuos (partes) que se interrelacionan entre sí.

**Estructura (patrones familiares de interacción):** Se refiere a intercambios entre miembros de la familia, que pueden ser acciones o conversaciones.

**Estratégica:** esto quiere decir que es práctica, enfocada en el problema y planeada.

**Contenido y proceso:** El contenido es sobre lo que el familiar habla dentro de las sesiones terapéuticas. El proceso se refiere a la interacción de la familia en las sesiones.

Para realizar el diagnóstico de cada familia se deben tomar en cuenta los siguientes elementos: organización, resonancia, estados de desarrollo, contexto de vida, paciente identificado y resolución del conflicto, de los cuales se hablará a continuación:

En lo referente a la organización, como consecuencia de una repetición en los patrones de interacción existe una organización que toma en consideración 3 elementos que son: liderazgo, organización de los subsistemas y comunicación.

Por otra parte la resonancia se define como la distancia emocional y psicológica entre los miembros de la familia.

En cuanto a los estados de desarrollo se dice que son los diferentes estados de desarrollo por los que pasa un individuo y lo que esto implica, como ciertas condiciones, roles y responsabilidades de cada etapa o edad.

En el contexto de vida se hace referencia a los sistemas que rodean a la familia como: la comunidad, otros familiares lejanos, la situación laboral, los pares, la escuela, etc.

Por otro lado el paciente identificado es el miembro de la familia que es identificado como el problema. La familia culpa a esta persona por todos sus problemas.

Por último la solución del conflicto se refiere a como resuelve la familia un conflicto.

Para la solución del conflicto existen 5 formas, que son las siguientes: negación, evitación, difusión, conflicto sin solución y la negociación. Las primeras 4 tienden a ser poco efectivas mientras que la 5ta tiende a ser efectiva. En lo referente a la negación como su nombre lo indica se niega el conflicto. En cuanto a la evitación, se huye del conflicto. La difusión se refiere a cuando la discusión acerca del conflicto se va en otra dirección. Por otra parte cuando se habla de distintas soluciones pero no se llega a una determinación se conoce como conflicto sin resolución Y por último la resolución de conflicto más efectiva es cuando la familia es capaz de negociar una solución que es aceptable para todos los miembros de la familia.

Las técnicas que se utilizan para ayudar a la familia a cambiar los patrones de interacción son las siguientes: trabajar en el aquí y el ahora (tiempo presente), cambiar percepciones y significados, se cambia una forma de comportamiento por lo opuesto, se trabaja con las alianzas y los límites (algunas necesitan fortalecerse y otras debilitarse), el establecimiento de límites tanto de los padres como de los adolescentes (Internet....

### **Terapia familiar multidimensional (MDFT)**

Una de las intervenciones de corte sistémico y cognitivo- conductual toma en cuenta a los padres de familia de adolescentes usuarios de sustancias adictivas es la: MDFT (Terapia familiar multidimensional). Más adelante se hablará más a fondo de las características del modelo cognitivo-conductual y de algunas intervenciones en familias con un miembro usuarios de sustancias.

La MDFT se caracteriza por ser una terapia ecológica del desarrollo, su objetivo es cambiar la conducta individual, tomando en cuenta la interacción de los miembros de la familia y los sistemas sociales relevantes para el adolescente (Liddle,1991). Presenta soporte empírico de que es un tratamiento efectivo para el abuso de sustancias en adolescentes y problemas de conducta (Wagner, 2001).

En la MDFT se toman en cuenta los factores de riesgo y protección en relación con la familia, los cuales pueden ser: deficiencias en el monitoreo y prácticas de disciplina, altos niveles de conflicto, poca comunicación e involucramiento entre padres e hijos. Por otro lado los factores protectores pueden ser que se brindan alabanzas y ánimos de padre a hijo, brindan mayor confianza y ayuda, ponen límites consistentes y claros (Wagner, 2001).

En cuanto al desarrollo se refiere al curso de la adaptación individual y la disfunción. Por lo que se toman en cuenta dos elementos que son: 1) la habilidad del joven para enfrentar su desarrollo, 2) las implicaciones de experiencias estresantes en el futuro como pueden ser la búsqueda de la autonomía, la influencia del grupo de pares por encima de la de los padres caracterizada en la etapa de la adolescencia (Wagner, 2001).

El MDFT se caracteriza por tomar en cuenta la teoría ecológica que se refiere al entendimiento de las influencias sociales, así como también la familia se perfila como el principal contexto en el desarrollo humano (Wagner, 2001).

Las metas que desea alcanzar una intervención ecológica del desarrollo como la MDFT son: alterar la trayectoria del desarrollo a una saludable socialización; por esta razón se incide en los múltiples sistemas sociales. Los terapeutas son entrenados para reconocer factores de riesgo asociados a la progresión del uso de drogas y la conducta antisocial (Wagner, 2001).

Las áreas que se consideran en la intervención de la MDFT son las siguientes (Wagner, 2001):

**Adolescencia:** El terapeuta pasa tiempo solo con el adolescente para engancharlo, descubre temas significativos para el adolescente, cómo está tomando decisiones, cómo se relaciona con sus pares, cómo están enfrentando demandas de maduración, metas personales, y aspectos relacionados con su consumo o su conducta problema, lo cual afecta su relación familiar, cultivar las relaciones prosociales.

**Padres y familia:** Se enfocan en el manejo de circunstancias difíciles, y en la forma para influenciar a los adolescentes, prácticas parentales efectivas. Tomando en cuenta que los padres se encuentran bajo estrés por: pobre apoyo social, dificultades económicas, sentimientos negativos sobre su familia de origen, historia de depresión u otra psicopatología. Dentro de las prácticas parentales se mencionan: 1)enganche del padre y su compromiso con el adolescente, 2)negociación con el adolescente, 3)conocer el pasado estresante y las circunstancias por las cuales pasa el padre 4)generar esperanza en el incremento del sentido de control (monitoreo, disciplina, establecimiento de límites y modelar estrategias de enfrentamiento).

**Interacción familiar:** En la investigación en terapia familiar se ha demostrado que cambios en los patrones de interacción familiar están asociados con cambios en la

conducta problema. El terapeuta observa como se comunican padres e hijos, como resuelven sus problemas y cómo su punto de vista es valorado o no. En la sesión la comunicación debe ser sin culpa excesiva, evitar estar a la defensiva o recriminar.

Extrafamiliar: Incluyen la escuela, lo recreacional, y sistemas juveniles de justicia. Se introducen nuevos tipos de reacciones emocionales, nuevas actitudes y nuevas alternativas conductuales con las influencias extrafamiliares.

Como conclusión se puede decir que el modelo sistémico toma en consideración al sistema familiar como principal generador del síntoma del consumo de sustancias, sin embargo para otros enfoques la familia no es la causante del problema del consumo, porque el consumo es determinado por múltiples factores.

Una vez concluido el subtema del modelo sistémico se proseguirá a hablar del modelo cognitivo-conductual, de sus características y se darán algunos ejemplos de intervenciones a familiares de usuarios de sustancias bajo este enfoque.

### **2. 3. Modelo cognitivo-conductual**

El modelo cognitivo-conductual asume que los procesos cognoscitivos desadaptados tales como percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, creencias e imágenes se relacionan con conductas desadaptadas, por lo que la alteración de las cogniciones puede lograr modificaciones en la conducta(Kazdin,1984).

Esta aproximación sugiere que las personas con problemas de adaptación presentan déficits en varios aspectos cognoscitivos que subyacen a la conducta social como (Spivack, Platt y Shurre, 1976): 1) Pensamiento de solución alternativa, 2) pensamiento medios-fin, 3) pensamiento de consecuencias, 4) pensamiento causal, 5) sensibilidad hacia problemas interpersonales.

El modelo cognitivo-conductual para la terapia de la familia por abuso de sustancias es una extensión de los conceptos básicos de la teoría del aprendizaje social. Incorpora aspectos del condicionamiento clásico y operante pero también incluye procesos cognitivos (Collins, 1990).

En estudios con parejas en donde el esposo consume alcohol se han encontrado tres patrones de reforzamiento en forma general(McCrady, 1986; McCrady & Epstein, 1995): Reforzamiento en la conducta de beber en forma de atención y cuidados, proteger al alcohólico de experimentar consecuencias negativas de su consumo y el castigo de la conducta de beber.

Este tipo de tratamientos consisten en cambiar la conducta de la pareja del usuario o la interacción familiar que refuercen el no consumo, habilidades de comunicación, habilidades en la solución de problemas y habilidades de enfrentamiento que refuercen la sobriedad (McCrady & Epstein, 1999). A

continuación se expone un ejemplo de una intervención cognitivo-conductual para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas para reforzar lo anterior.

### **Terapia familiar de reforzamiento comunitario (CRAFT)**

A partir del Programa de reforzamiento comunitario (CRA; Azrin et al., 1982; Hunt & Azrin, 1973), que como se mencionó es un programa para usuarios crónicos de alcohol y drogas de corte cognitivo conductual se creó el CRAFT (Terapia familiar de reforzamiento comunitario) que fue desarrollado con la creencia de que los miembros de la familia pueden contribuir en el tratamiento de los usuarios de sustancias (Meyers & Miller, 2001).

El procedimiento del CRAFT se centra en lo siguiente: desarrollo de una relación terapéutica basada en la confianza, preparar al familiar y protegerlo de violencia doméstica, identificar en qué momento ocurre el consumo y sus posibles consecuencias, trabajar en habilidades de comunicación con el usuario de sustancias, enseñar al familiar a utilizar reforzamiento positivo, métodos para decrementar el estrés en general, sugerir tratamiento al usuario de sustancias, y uno de los más importantes es mejorar la calidad de vida del familiar del usuario de sustancias.

Se menciona que se está probando la efectividad del CRAFT con usuarios adolescentes y sus familiares (Meyers & Miller, 2001). A continuación se presenta un ejemplo de terapia cognitivo-conductual para padres e hijos adolescentes con problemas de consumo.

### **Terapia Familiar Conductual**

Por otro lado en la “Terapia Familiar Conductual” se incluyen componentes como: la conducta de consumo, solución de problemas, relación familiar, y habilidades de comunicación, que practican en sesión padres e hijos. En el primer contacto que se lleva a cabo por teléfono se le pregunta al adolescente: 1) una descripción de las personas que le ocasionan problemas, 2) se trabaja con la empatía, 3) se mencionan beneficios que obtendrá si participa en el programa, 4) se le pregunta al adolescente qué características espera que tenga el terapeuta que lo va a atender, 5) se le explica al adolescente que tendrá a su disposición galletas y refrescos como un reforzador para la asistencia a terapia, 6) se le pregunta al adolescente qué obstáculos se podrían presentar para que el llegue a su cita (Wagner, 2001).

En cuanto al componente de habilidades de comunicación se trabaja con una guía para tener una buena comunicación que incluye lo siguiente: 1) no interrumpir, 2) no hablar por más de un minuto sin invitar al otro a comentar algo, 3) hacer sugerencias en vez de usar la palabra no, 4) evitar el uso del sarcasmo, 5) evitar decir frases que hieran, 6) evitar discutir por problemas pasados, en vez de esto dar soluciones, 7) concentrarse en acciones deseadas de la otra persona y 8) hablar con un tono de voz suave (Wagner, 2001).

También se mencionan los siguientes componentes y sus características: conciencia recíproca, prevención del enfado o molestia en la relación y hacer peticiones en forma positiva.

En el componente de conciencia recíproca se le pide a los adolescentes y a los padres que se den cuenta de las cosas positivas de la presente relación y se lo comenten al terapeuta (Wagner, 2001).

En la prevención del enfado o molestia en la relación se trabaja con el control del enojo utilizando técnicas como respiración, descripción de una situación hipotética, establecer la responsabilidad en cada persona (Wagner, 2001).

En el componente de hacer peticiones en forma positiva se les sugiere que sigan los siguientes pasos: 1) Plantear la petición de forma tranquila y especificando la acción que se quiere de la otra persona, 2) reconocer que puede ser difícil que la petición se cumpla, 3) ofrecer ayuda para facilitar la acción, 4) sugerir una conducta alternativa y 5) preguntarle a la persona si acepta o sugiere una alternativa de acción (Wagner, 2001).

A parte de estos componentes también se trabaja con la conducta de consumo tomando en cuenta: una cadena conductual de la conducta de consumo, el autocontrol considerando situaciones de riesgo para el adolescente y el establecimiento de conductas alternativas en vez de consumir alcohol o drogas (Wagner, 2001).

Una vez mencionados los distintos modelos de intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia y así conocer cual es el foco de atención de cada uno de ellos se procederá a explicar en particular el modelo de intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia basado en la teoría estrés-enfrentamiento el cual es de corte cognitivo-conductual (Tiburcio & Natera, 2003).

### **Modelo de Intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia.**

Se prestó interés al modelo de intervención para problemas de alcohol y drogas en la familia basado en la teoría estrés-enfrentamiento porque no considera al familiar del usuario de sustancias como una persona co-dependiente o enferma, con ciertas características universales y estigmas que tal vez no posea por ser un individuo con características propias e irrepetibles, tampoco victimiza a la persona, sino que considera que está atravesando una situación particular en un contexto con ciertas características, con posibilidades de cambio, un buen manejo y forma de pensar acerca del problema.

El modelo estrés-enfrentamiento no considera que el consumo sea un síntoma que tiene origen en la familia como supone el modelo sistémico, sino que es un problema que no es provocado por los familiares, así no se culpabiliza a la persona, sin embargo se puede hacer algo al respecto y se puede influir en forma

positiva o en forma negativa en el consumo del usuario dependiendo de los estilos de enfrentamiento que se presenten en determinada situación.

El Modelo de Intervención para familiares con problemas de consumo de alcohol y drogas es una de las evidencias más relevantes en la identificación de estilos de enfrentamiento relacionadas con el consumo de sustancias. En dicho modelo se abordan los estilos de enfrentamiento de familiares de usuarios adultos de sustancias.

Una de las principales conclusiones de los estudios relacionados con el modelo fue que el uso de los distintos estilos de enfrentamiento por parte de los familiares, produce diferentes resultados, tales como cambios en la tensión y la salud, mejoría al interior de la familia e incluso la posible reducción del consumo en el familiar consumidor (Tiburcio & Natera, 2003).

Es importante mencionar que su finalidad es ayudar a las familias a tomar conciencia de que ellas tienen posibilidad de hacer algo en su propio beneficio a pesar de que el usuario no asista al tratamiento o modifique su consumo.

A continuación se presentan las características del modelo de intervención: se basa en la teoría estrés-enfrentamiento la cual se aborda en el último capítulo del presente estudio y sigue principios cognitivo-conductuales (retoma la entrevista motivacional, el modelo de cambio de Prochaska y Diclemente, el balance decisional): El orientador que aplique el modelo de intervención motiva al familiar a que cambie su comportamiento, le sugiere alternativas, además se muestra empático, también le ayuda a ver las ventajas y desventajas de su forma de enfrentar el consumo del usuario.

Se trata de una intervención breve (no más de 5 sesiones) además no requiere profesionales expertos. Puede ayudar a los familiares a encontrar soluciones o bien a canalizarlos adecuadamente. El hecho de hablar del problema puede resultar un alivio para los familiares pues ayuda a clarificar su posición y elegir la mejor forma de enfrentar y por último es posible incorporar a otros familiares e incluso al usuario.

La intervención constó de 5 pasos (Tiburcio & Natera, 2003): escuchar y explorar las percepciones y las circunstancias sobre cómo afecta el consumo a la familia, proporcionar información objetiva y relevante sobre las sustancias y sus efectos, identificar los mecanismos de enfrentamiento y sus ventajas y desventajas, explorar el apoyo recibido y la canalización hacia fuentes ayuda especializada. A continuación se explican dichos pasos más profundamente:

- 1) Escuchar y explorar las percepciones y las circunstancias sobre cómo afecta el consumo a la familia: Ofrecerle al familiar una escucha y confianza al hablar acerca de sus sentimientos y su forma de ver el problema de consumo. Así como también explorar las preocupaciones y las manifestaciones de estrés que se han presentado por el consumo del usuario.

- 2) Proporcionar información objetiva y relevante sobre las sustancias y sus efectos: Es necesario explicar los efectos y las consecuencias asociadas al consumo de la sustancia de cada caso en particular.
- 3) Identificar los mecanismos naturales de enfrentamiento y analizar sus ventajas y desventajas: En este apartado el familiar relata que ha hecho para hacer frente al consumo del usuario, así como también se explora que formas de enfrentar resultan más efectivas y traen beneficios.
- 4) Explorar el apoyo recibido: Se explora cuáles son las principales fuentes de apoyo con que cuenta el familiar para enfrentar el problema, qué tipo de apoyo ha recibido, y si ha sido útil. De qué manera ha contribuido la familia o amigos en cuanto al consumo del usuario.
- 5) Canalización hacia fuentes de ayuda especializada: Es importante tomar en cuenta la economía familiar y la integridad física y emocional de la familia, que en ocasiones se puede encontrar amenazada por violencia intrafamiliar u otro problema relacionado o no necesariamente al consumo del usuario. En estos casos se canaliza a los miembros de la familia a otras instituciones especializadas.

Se llevó a cabo un estudio piloto con el objetivo de evaluar la efectividad del modelo de intervención. El estudio consistió en la aplicación de los cinco pasos del modelo, en la comparación de las formas de enfrentamiento, y de la presencia de sintomatología física y psicológica, antes y 3 meses después de la intervención (Tiburcio & Natera, 2003).

En el estudio participaron 28 familiares de usuarios de alcohol y otras drogas (3 padres, 1 hijo, 3 hermanos, 6 madres, 6 esposas, 4 hermanas, 1 hija y 2 hombres y 2 mujeres de otro parentesco) a los que se contactó en un centro de atención psicológica, un centro comunitario y un centro especializado en el tratamiento de las adicciones (Tiburcio & Natera, 2003).

Los resultados indican que hubo una reducción de los síntomas expresados por los familiares y también cambios en las formas de enfrentamiento. Se mostró que los informes sobre la frecuencia en el uso de las formas de enfrentamiento de tolerancia y de involucramiento se redujeron. Se observó asimismo un incremento en el empleo de algunas formas de enfrentamiento, relacionadas con el retiro, lo que en estudios previos se había identificado como rasgos saludables.

En cuanto a la satisfacción respecto a la orientación recibida, los participantes indicaron que fue de mucha utilidad y que habían experimentado cambios tanto en su vida como en su relación con el usuario de sustancias, a partir de que recibieron la intervención.

En algunos casos se presentaron cambios en la conducta de consumo del usuario, sin embargo como ya se mencionaba anteriormente el objetivo de la intervención es encontrar mejores formas de enfrentar el consumo para disminuir su propia tensión y la que experimenta el resto de la familia, y no necesariamente la inserción del usuario a un tratamiento.

Por esta razón el modelo de intervención representa una alternativa viable para el abordaje de los problemas que se originan al vivir con un usuario de alcohol o de drogas (Tiburcio & Natera, 2003).

En la intervención que instrumentaron Tiburcio y Natera (2003) se trabajó con familiares de usuarios de alcohol y otras drogas de cualquier parentesco, sin embargo no hay investigación exclusiva acerca de padres de adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.

En consecuencia existe la necesidad de investigar las formas de enfrentar de los padres de adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas, porque en el programa desarrollado por Tiburcio y Natera (2003) se investigó acerca de los familiares de adultos usuarios de sustancias de cualquier parentesco.

Por otra parte en la presente investigación se trata de padres de población adolescente que en primera instancia la severidad del problema de consumo de su hijo es menor, porque además de ser menores de edad, existe inicio y abuso de sustancias adictivas pero muy pocas veces existe dependencia, y en ocasiones se presenta un consumo ocasional y/o experimental.

Asimismo los padres se encuentran en su primer etapa de hacer frente dicha problemática. Por lo que dicha información en el futuro tendrá como utilidad el desarrollar estrategias de intervención para padres de adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.

### **3. Estilos de enfrentamiento en familiares de usuarios de sustancias**

#### **3.1. Teoría del estrés-enfrentamiento**

El estrés ha sido estudiado desde tres perspectivas que brindan un panorama general de los aspectos que se encuentran involucrados en este concepto (Baum, 1990; Coine & Holroyd, 1982).

Una de las aproximaciones se enfoca al ambiente, por lo que describe al estrés en términos de estímulo. Algunos de los estresores pueden ser: los eventos catastróficos (como tornados o temblores), eventos importantes en la vida (como el casarse o la pérdida de un ser querido) y las circunstancias de tipo crónico (como vivir con fuertes dolores artríticos o el vivir con un usuario de alcohol o drogas).

Otro enfoque maneja al estrés como la respuesta de las personas ante el evento estresante. Esta respuesta tiene dos componentes interrelacionados: los componentes psicológicos involucran la conducta, los patrones de pensamiento, y las emociones; por otro lado están los componentes fisiológicos que incluyen al sistema autónomo, con reacciones como el aumento o disminución de la frecuencia cardíaca, sudoración etc.

La tercera aproximación describe al estrés como un proceso que incluye estímulos estresores, signos físicos, y además, la dimensión de la relación entre la persona y el ambiente. De acuerdo con este punto de vista, el estrés no es sólo un estímulo o una respuesta, es un proceso en el que la persona es un agente activo que puede influenciar el impacto de un estresor a través de estrategias conductuales, cognitivas y emocionales.

Por lo tanto el estrés es la condición que resulta cuando las transacciones entre la persona y el ambiente, hacen que el individuo perciba una discrepancia real o no entre las demandas de la situación y los recursos psicológicos, biológicos o sociales. La frase demandas de la situación hace referencia a qué tantos de nuestros recursos requerimos ante el estresor.

Las transacciones que llevan a la condición de estrés generalmente involucran un proceso de evaluación que se llama evaluación cognitiva (Cohen & Lazarus, 1983).

La evaluación cognitiva es un proceso a través del cuál las personas evalúan dos factores: cuando una demanda pone en riesgo su propio bienestar y los recursos disponibles para hacer frente a esa demanda

Los factores anteriores nos llevan a tener dos tipos de evaluación: la evaluación primaria y la evaluación secundaria. La evaluación primaria hace referencia a la

evaluación del significado de la situación con respecto al bienestar del individuo. Se puede presentar en tres sentidos:

- Evaluando la situación como irrelevante: En este sentido la persona puede valorar que la situación no representa un riesgo para su integridad.
- Evaluando la situación como benéfica: Cuando las consecuencias de la situación representan una ganancia para la persona.
- Evaluando la situación como estresante: La persona evalúa la situación como perjudicial para su integridad.

Una vez que las personas han evaluado la situación como estresante, se presenta una evaluación posterior que permite situar tres tipos de implicaciones.

- Pérdida: cuando las personas evalúan que ya se ha presentado un daño y que no cuentan con los recursos necesarios.
- Amenaza: Cuando se evalúa un daño o perjuicio a futuro sin tener la certeza de que ocurrirá.
- Reto: Es la evaluación de que la situación brinda la oportunidad de crecimiento o aprendizaje, utilizando más recursos de los que se emplean normalmente para hacer frente a la demanda.

Así la evaluación secundaria se refiere a la evaluación de los recursos disponibles para adaptarnos.

Una vez definido el término de estrés y sus implicaciones se definirá el enfrentamiento o afrontamiento.

Existen distintos modelos teóricos de estrés-enfrentamiento, a continuación se mencionarán los siguientes: modelo teórico propuesto por Pearlin y cols (1981), por Moos y cols (1983), por Cervantes y Castro (1985) y el propuesto por Lazarus y Folkman (1991) el cual se utilizará como marco para esta investigación.

De acuerdo con *Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mullan* (1981), se dice que entre un evento disruptivo que atañe a un área particular de vida y por tanto a un rol social, existen variables mediadoras que influyen en el impacto de la relación estrés-estado emocional. Consideraron al enfrentamiento como una conducta que protege al individuo de un daño psicológico derivado de experiencias sociales problemáticas, es decir, una conducta que mediatiza el impacto que las sociedades tienen sobre sus miembros.

Delimitaron que la función protectora de la conducta de enfrentamiento puede ser expresada en 3 formas:

- 1) Por la eliminación o modificación de las condiciones dadas por el problema: respuestas dirigidas a cambiar la fuente de estrés.

- 2) Por el control perceptual del significado de la experiencias, dirigidas a cambiar el significado psicológico o el impacto del estrés experimentado.
- 3) Cuidando las consecuencias emocionales derivadas del problema.

En el *modelo de Moos, Cronkite, Billings y Finney (1983)* se plantea que el sistema ambiental y el personal influyen no sólo en la relación de la evaluación cognitiva de una circunstancia estresante de vida y las respuestas de enfrentamiento, sino también como antecedente de la relación entre las circunstancias estresantes de vida y los recursos de apoyo social.

Estos autores diseñaron y adaptaron varios instrumentos compilados en “Salud y Vida Cotidiana”: Entre estos se encuentran los Indices de respuestas de enfrentamiento con base en 32 reactivos caracterizados de la siguiente manera:

- Método de enfrentamiento: I. Cognitivo activo, II. Conductual activo y III: Evitativo.
- Enfoque de enfrentamiento: 1. Análisis lógico, 2. Búsqueda de información, 3. Resolución del problema, 4. Regulación afectiva y 5. Descarga emocional.

El *modelo propuesto por Cervantes y Castro (1985)* fue aplicado en grupos hispanos, fundamentalmente México-americanos y fue desarrollado con el interés de elaborar investigaciones sistemáticas considerando:

- a) Antecedentes
- b) Mediadores personales y ambientales
- c) Consecuencias en el campo de la salud mental, a partir de las experiencias de estrés-respuestas de enfrentamiento.

Se exponen en seguida los componentes del mencionado modelo a fin de especificar las características principales de cada uno:

- 1) Estresores potenciales: Son de dos tipos: estresores inherentes, que universalmente son aversivos como un terremoto, etc, y estresores simbólicos como la pérdida de objeto. El segundo depende del significado personal y cultural aprendido y de sus implicaciones contextuales.
- 2) Evaluación del estrés potencial: Se refiere al significado cognitivo para la delimitación de los eventos/situaciones que generan mayor estrés en determinadas personas o grupos culturales.
- 3) Mediadores internos: Son factores de personalidad o internos como la búsqueda de sensaciones, la deseabilidad percibida del evento, la anticipación de los eventos estresantes y el grado de apoyo social percibido que pueden modular los efectos ante un estresor potencial.
- 4) Mediadores externos: Son las fuentes de información ambientales o retroalimentación afectiva que afectan la habilidad de una persona para enfrentar estresores. Pueden ser considerados como fuentes de apoyo

social como son: miembros de la familia, amigos, los grupos de pares, etc. En otro nivel, pueden ser: las instituciones, los grupos de ayuda, los profesionistas de la salud, etc.

- 5) Respuestas de enfrentamiento: Pueden ser conductuales o psicológicas (cognitivas) que intentan reducir el significado estresante de una experiencia o evento. Las respuestas fueron caracterizadas en tres tipos generales: a) respuestas directas activas o dirigidas a cambiar la fuente de estrés; b) respuestas paliativas o intrapsíquicas dirigidas a cambiar el significado psicológico y c) respuestas de resignación que intentan aceptar al estresor.
- 6) Consecuencias a corto y a largo plazo en la salud mental: Propone que las diversas formas de desórdenes mentales están derivadas de respuestas inefectivas de enfrentamiento ante estresores de vida. Dichos desórdenes pueden ser considerados como consecuencias en la salud mental dependiendo de la duración del desorden en particular a partir de series de ciclos de respuestas de enfrentamiento temporales y progresivas.

En el *modelo de Lazarus y Folkman* (1991) se define enfrentamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Este planteamiento está orientado a que el enfrentamiento es un proceso en lugar de rasgo y presenta tres aspectos principales, el primero hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo piensa o hace, segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto específico y tercero es que hablar de un proceso de enfrentamiento es hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose (Lazarus, 1991).

En el planteamiento de Lazarus y Folkman (1991) las respuestas de enfrentamiento sirven para: a) Manipular o alterar el problema en el entorno causante de perturbación el cual es llamado enfrentamiento dirigido al problema. b) Regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia el cual es llamado enfrentamiento dirigido a la emoción.

Lazarus y Folkman (1991) mencionan que existen limitaciones en la utilización de los recursos de enfrentamiento:

- Las condiciones personales que se refieren a las creencias y valores internalizados que delimitan la forma de actuar y de sentir, además de las deficiencias psicológicas del individuo.
- Las condiciones ambientales, cuando los esfuerzos no son suficientes ni congruentes con las demandas del entorno.

- El grado de amenaza que puede ser evaluada como mínima cuando el estrés generado por el evento sea escaso o nulo, o como máxima cuando llega a provocar emociones negativas muy intensas.

Existen recursos para enfrentar situaciones específicas, se comenzará a explicar aquellos recursos que se consideran como propiedades del individuo (Lazarus, 1991):

- Salud y energía: Una persona frágil, enferma, cansada o débil tiene menos energía que aportar al proceso de enfrentamiento que otra saludable y robusta. El importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante.
- Creencias positivas: Verse a uno mismo positivamente, tener esperanza o fe en que la situación puede ser controlable y que es posible un cambio y que el médico o el tratamiento terapéutico serán eficaces en ciertas situaciones. De las creencias para recursos del enfrentamiento han recibido más atención las que hacen referencia al control. Por ejemplo: un locus de control interno produce mayor actividad que un locus de control externo (Lefcourt, 1976). El locus de control es el lugar en donde se deposita el control de una persona, si las consecuencias de sus actos están en el exterior o en ella misma.
- Técnicas para la resolución de problema: Incluyen habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado (Janis, 1974).
- Habilidades sociales: Se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Constituyen un importante recurso de enfrentamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana.
- Apoyo social: Se refiere al apoyo emocional, informativo y/o tangible. Este punto se retomará más adelante por motivos de interés en la investigación.
- Recursos materiales: Hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Los recursos económicos proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo.

Cabe mencionar que por intereses de la investigación se hablará más a fondo sobre el tema de salud.

Una cuestión esencial que domina el pensamiento de la medicina conductual es la suposición de que las evaluaciones de daño, amenaza y desafío se ven

acompañadas de estados emocionales de todas clases e intensidades. Se parte de que la enfermedad da lugar a emociones derivadas de cambios masivos del organismo y que, generalmente, tales emociones derivadas son intensas y negativas (como el miedo y el mal humor) (Lazarus, 1991).

Actualmente se ha mencionado (Antonovsky, 1979) que las experiencias estresantes actúan aumentando la susceptibilidad general del individuo a la enfermedad.

Por esta razón se intenta encontrar la relación entre el enfrentamiento y sus consecuencias sobre la salud. Por lo cual el enfrentamiento puede influir en la frecuencia, intensidad y duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés: 1) dejando de prevenir o aminorar las condiciones ambientales nocivas o perjudiciales; 2) dejando de regular la perturbación emocional que aparece frente a los daños o amenazas incontrolables, y 3) expresando una serie de valores, un estilo de vida y/o un estilo de enfrentamiento que es en si mismo perjudicial (Lazarus, 1991).

Por otra parte el enfrentamiento puede afectar la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad cuando incluye en uso excesivo de sustancias nocivas como son el alcohol, las drogas y el tabaco, o cuando abocan al individuo a actividades que significan un riesgo importante para la vida. Por ejemplo, Belloc y Brelow (1972), demuestran que existe una fuerte relación entre determinados hábitos comunes como: comer bien, hacer ejercicio regularmente, controlar el peso, dormir un número de horas suficiente, no fumar, beber con moderación y el mantenimiento de la salud a largo plazo (Lazarus, 1991).

Los estudios realizados sobre el enfrentamiento sugieren que los distintos estilos se hallan relacionados con resultados específicos sobre la salud; por ejemplo, el control de la ira parece tener implicaciones directas sobre la hipertensión (Lazarus, 1991).

### **3.2. Estrés-enfrentamiento en familiares de usuarios de sustancias.**

El paradigma desde el cual la familia enfrenta el consumo (estrés-enfrentamiento), difiere de otros puntos de vista, porque no asume que el consumo excesivo de alcohol o drogas sea un síntoma de disfunción en la familia, ni que tenga un propósito funcional, como se menciona en el capítulo 2. La aproximación de enfrentamiento ó coping asume que los miembros de la familia responden a una tensión ó éstres causada por un problema que no fue provocado por ellos, en este caso el consumo del adolescente. (Natera, Casco & Nava, 1990).

Entre las manifestaciones de estrés que son comunes en los miembros de la familia en donde hay consumo de sustancias: (Mora, Natera, Oxford & Tiburcio, 1992).

- Desequilibrio y cambios en la familia: Se modifica la dinámica familiar por el consumo, lo cual ocasiona que los miembros de la familia se comporten en forma desconcertante. Ej: Desatender otros problemas, descuidar actividades personales, tener una comunicación poco efectiva, tener dificultades económicas y laborales.
- Se pueden presentar cambios de humor y agresiones, que son las respuestas emocionales que cada miembro de la familia manifiesta, como: cambios repentinos de ánimo, enojo, aislamiento, actitudes retraídas, depresión, abatimiento, desesperación, reacciones explosivas, violencia, golpes, actitudes de indiferencia, etc.
- El consumo del usuario y sus estragos genera en la familia la tendencia a presentar sentimientos de desconfianza, preocupación e incertidumbre sobre el futuro.
- Se originan cambios en los sentimientos de los miembros de la familia hacia el usuario por el consumo como: resentimiento, enojo, lástima, coraje, menosprecio, odio, reproche, crítica, etc.
- Se desconoce en que forma debe actuar cada miembro de la familia ante el usuario, es decir, la familia se pregunta qué hacer y cómo tratar al usuario.
- A consecuencia del consumo, la familia puede exponerse a críticas, rechazo o desaprobación de los demás, lo cual ocasiona el aislamiento de los miembros de la familia tanto al interior de ésta, como de su entorno social, lo cual provoca en ellos un sentimiento de falta de apoyo.

Asimismo, ser parte de una familia la cual esté integrada por un consumidor de alcohol o de drogas, implica un incumplimiento de las expectativas con relación a los roles familiares. Por ello, el miembro de la familia puede experimentar sentimientos de vergüenza, culpa y temor que con frecuencia lo puede llevar a ocultar el consumo, en un intento por solucionar el problema.

En el estudio que se realizó en Inglaterra y México en el cual el propósito fue identificar las emociones y los estresores relacionados con el uso de drogas en la familia, y comparar las culturas. Se elaboraron 12 entrevistas semi-estructuradas inglesas y 12 mexicanas y la estrategia de análisis fue cualitativa. La entrevista constó de 7 partes que fueron: características familiares y diagrama familiar, la historia de consumo del usuario, el impacto en el familiar y el resto de la familia, formas de enfrentar del familiar, efectos en la salud del familiar y expectativas en el futuro (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, et al. 1998).

En dicha investigación se observó que existen ciertos síntomas físicos y psicológicos que presentan los familiares de usuarios de alcohol y otras drogas. El estrés ocasionado a la familia por el consumo del usuario se dividió en subcategorías universales que son las siguientes, a continuación también se

indica el número de entrevistas inglesas y mexicanas que relataron alguna experiencia relacionada al estresor (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, et al. 1998).

- El desagrado por vivir con un usuario de sustancias adictivas: mencionan que el usuario está enojado, amenazante, irritable, cambios de humor, el usuario se encuentra distante y existe poca comunicación.
- Existe preocupación por la salud y su desempeño: el familiar se preocupa por la salud física y mental del usuario, por su desarrollo escolar o laboral, por su nutrición. (Inglaterra 12, México 11).
- Irregularidades financieras y sus efectos: El usuario roba o no contribuye con los gastos, preocupación sobre en que gasta el dinero el usuario, y la economía de la familia afectada en otras formas (Inglaterra 9, México 11).
- Afectaciones a toda la familia o en el hogar: miembros de la familia afectados, ocasiones de la familia afectadas, atmósfera y comunicación afectadas (Inglaterra 11, México 8).
- Otros miembros de la comunidad involucrados: vecinos, policía, otras autoridades (Inglaterra 11, México 6).
- Preocupación acerca de la frecuencia, cantidad o forma de consumo (Inglaterra 10, México 6).
- El usuario desaparece o se va (Inglaterra 8, México 3).
- Vida social de la familia afectada: Amigos o familiares involucrados (Inglaterra 7, México 3).
- Incidentes, crisis (Inglaterra 4, México 5)

Enseguida se describen las emociones del familiar alrededor del consumo y el número de entrevistas de Inglaterra y México que relatan tener cierta emoción. (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, et al. 1998).

- Enojo, irritabilidad: El familiar reacciona a la crítica, siempre está de mal humor. El familiar se siente molesto, tenso (Ing. 8 Mex. 3)
- Preocupación, nerviosismo: El familiar se siente ansioso, con pánico, temblores: El familiar no se puede concentrar, no puede pensar en otra cosa más que en el usuario, se piensa en dónde estará, que estará haciendo, se olvida de otras cosas por estar pensando en el usuario (Ing. 11 Mex. 9).
- Desesperanza: Se tienen pensamientos de que el problema no tiene solución, frustración, no se sabe qué hacer, impotencia, desesperación Resignación: Se tienen pensamientos de que ya no importa la situación, apatía, no se pone esfuerzo en lo que se hace, se deja de luchar. Pérdida de la fe: Pensar lo peor, perder la confianza. (Inglaterra 11, México 10)..
- Depresión: Se siente infeliz, triste. Poca energía y entusiasmo: No hacer cosas que le gusta hacer, no estar de humor para salir o hacer cualquier cosa. Pensamientos suicidas: Preocupación por la muerte, la persona se quiere morir. (Inglaterra 10, México 10).
- Estilo de vida: cansancio e insomnio (Inglaterra 11, México 5).
- Abuso de sustancias (Inglaterra 9, México 3).

- Salud en general: Síntomas físicos (Inglaterra 8, México 8). Salud precaria (Inglaterra 2, México 5), Otros (Inglaterra 2, México 4).

En cuanto a las diferencias en los resultados se encontró que los síntomas físicos se presentaron con mayor frecuencia en México, es decir, que los mexicanos tienden a somatizar. Los ingleses presentaron mayor frecuencia en ataques de pánico y culpabilidad, existe mayor nerviosismo en México. En ambos países se le atribuye a la mujer el consumo de los hijos. En México existe mayor cohesión familiar y desesperanza (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, et al. 1998).

Se dice que la familia en México presenta mayor cantidad de valores colectivistas en comparación con la familia inglesa, es decir, en la familia mexicana la expectativa siempre es ayudar y cuidar del otro, predominan el sacrificio y la resignación, el compartir los escasos recursos, fomentar la tolerancia entre unos y otros, minimizar el conflicto y es más importante el grupo que el individuo. Mientras que en Inglaterra existen mayor cantidad de valores individualistas que se caracterizan por lo contrario (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, et al. 1998).

### **3.3. Estilos de enfrentamiento en familiares de usuarios de sustancias.**

Cada miembro de la familia reacciona de forma diferente al consumo del usuario. Los familiares llevan a cabo diferentes acciones de acuerdo con sus características personales, sus experiencias anteriores, la gravedad del problema, el tipo de sustancia que consume el usuario, y el parentesco. Por ejemplo, la madre de un usuario enfrenta la situación de manera muy distinta a la forma en que lo hace el hermano de un consumidor de drogas. (Mora, Natera, Oxford & Tiburcio, 1992).

El grado de preocupación del familiar depende en gran medida de la relación que tiene con el usuario. Por lo cual los familiares directos como son los padres y cónyuges del usuario, suelen involucrarse más ante un problema de adicciones (Mora, Natera, Oxford & Tiburcio, 1992).

Por consiguiente las formas de enfrentamiento se refieren a la forma en que cada uno de los miembros de la familia responde o reacciona ante el consumo de sustancias, buscando encontrar una solución y disminuir la tensión que genera. (Mora, Natera, Oxford & Tiburcio, 1992).

En previas investigaciones se encontraron ocho estilos de enfrentamiento que utilizan los miembros de la familia en cuanto al consumo de sustancias. La primera investigación se llevó a cabo en Inglaterra (Orford et al., 1976) con 100 esposas de usuarios de alcohol bajo tratamiento, se continuo con la investigación con adultos jóvenes con padres con problemas de consumo por (Orford et al, 1993) y por último el estudio más reciente fue realizado por Orford, Rigby, Miller, Todd Bennet y Velleman (1992) a partir de entrevistas a 50 familiares (Mora,

Natera, Oxford & Tiburcio, 1992). Las ocho formas de enfrentar se describen a continuación:

- **Enfrentamiento emocional:** Es la expresión de las emociones de una manera directa y frontal del familiar dirigidas al usuario. Implica una pérdida de control emocional del familiar, éste actúa impulsivamente y a menudo recurre a las agresiones físicas y verbales.
- **Enfrentamiento tolerante:** Se caracteriza por una serie de actitudes y acciones de tolerancia o aceptación por parte del familiar, que protegen al usuario de las consecuencias negativas de su consumo de alcohol y drogas. Con estas acciones y actitudes el familiar tiende a disculpar y a encubrir la conducta del usuario. Trata de que las cosas se vean normales fingiendo que todo está bien cuando no es así, negando la existencia del problema. También se incluyen acciones de autosacrificio o de asumir responsabilidades que son del usuario y no suyas.
- **Enfrentamiento evitador:** Se refiere a las acciones, deseos o intenciones del familiar, que tienden a establecer distancia física y emocional en relación con el usuario. El familiar trata de actuar como si el usuario no existiera; de ser deliberadamente frío y distante con el usuario, lo ignora, trata de no hablarle y le pide que se vaya de la casa.
- **Enfrentamiento controlador:** Son acciones e intenciones del familiar de controlar la naturaleza y las consecuencias del consumo del usuario
- **Enfrentamiento inactivo:** Se refiere al mecanismo de enfrentamiento que indica una falta de acción del familiar. El familiar trata de mostrarse indiferente, se siente demasiado asustado y sin esperanza para intentar cualquier cosa, existe una especie de resignación pasiva del familiar ante el problema, y acepta la situación como una parte de la vida que no puede modificarse.
- **Enfrentamiento confrontativo:** El familiar expresa al usuario de manera tranquila y abierta su posición hacia el consumo, aclarando que no estará dispuesto a tolerarlo.
- **Enfrentamiento apoyador:** Son aquellas acciones del familiar encaminadas a apoyar directamente al usuario, en modificar sus hábitos de consumo, o bien en impulsarlo en alcanzar propósitos personales y proporcionarle diferentes alternativas de interés que no se relacionen con el consumo.
- **Enfrentamiento independiente:** Consiste en realizar acciones y actividades encaminadas a fortalecer el bienestar del familiar.

**Tabla I.** Se muestran los estilos de enfrentamiento de familiares de usuarios de alcohol y otras drogas. Fuente: Orford, Rigby, Miller, et al. (1992).

ACCIÓN	EMOCION	ACTITUD
Control	Preocupado, responsable, desesperado, exhausto	Debe haber algo que pueda hacer
Emocional	Enojado, herido, aturdido	Esto no es justo. El se está aprovechando de mí. El tiene la culpa.
Evitación	Herido, amargado, triste	Es mejor que nos separemos. Entre menos tiempo estemos juntos será mejor para mi/él/ambos.
Inacción	Aturdido, temeroso, desesperanzado, indiferente	No sé qué hacer. No sé que pensar. Es su vida/cuerpo. No es importante.
Tolerancia	Preocupado, falta de poder, culpa	Los demás no lo entienden. Estará en peligro si no lo ayudo. Talvez es mi culpa que él sea así. Es mejor tenerlo aunque sea un adicto.
Apoyo hacia el usuario	Amor hacia el usuario, optimismo	No he perdido la esperanza, quiero estar con él
Confrontación, asertividad	Fuerza, calma	Debo ser fuerte para poder ayudarlo. Es mejor ser tenaz, el debe saber como me siento
Independencia	Confianza en sí mismo	Debo hacerme cargo de mi vida. No puede ayudarlo si también me hundo

En otro estudio realizado en México e Inglaterra, Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, et al. (1998) querían corroborar la hipótesis inicial de la existencia de ocho estilos de enfrentamiento. Sin embargo la hipótesis no se corroboró en los resultados de este nuevo análisis, en el cual se concluyó que existen sólo 3 formas de enfrentar que engloban las otras ocho ya mencionadas, éstas son:

- a) Involucramiento (control, emoción, apoyo, asertividad): Se refiere a acciones tendientes a hacer saber al usuario que su consumo representa un problema para la familia.
- b) Tolerancia: Se refiere a la inacción, tolerancia y apoyo.
- c) Retiro (asertividad, evitación, independencia): Son acciones que conducen a la independencia del familiar

Por otro lado, en un estudio bajo la misma perspectiva en donde se exploró la participación del padre ante el consumo de alcohol y drogas de hijos varones, se menciona que se tenía la creencia de que el padre tiene poca participación en la crianza de los hijos siendo esta una tarea para las mujeres, así como también tiene poca participación en la salud de los hijos (consumo de sustancias). Sin embargo ahora el rol paterno ha cambiado por diversas razones como las siguientes: una mayor participación de la mujer en el mundo laboral, existe un requerimiento de que el hombre colabore con las labores domésticas y la crianza de los hijos (Natera, Mora & Tiburcio, 2003).

Los datos de este estudio provienen de entrevistas a profundidad a 16 padres de familia en donde se retomaron temas como: a) la historia familiar; b) la historia de consumo; c) los efectos del consumo en la salud de la familia; d) las estrategias de enfrentamiento; e) el apoyo social recibido; f) el estado de salud física y psicológica de la familia y g) las expectativas hacia el futuro (Natera, Mora & Tiburcio, 2003).

En las entrevistas se identificó un rol paterno diferente al estereotipo, que se caracteriza por un apoyo limitado hacia la mujer y el cuidado de los hijos, de hecho la forma de enfrentar es muy similar al de las madres de familia. Los padres mostraron un patrón de involucramiento (emocional, apoyador, asertivo y tolerante) (Natera, Mora & Tiburcio, 2003).

Se puede observar un proceso en las formas de enfrentar; primeramente cuando no se tiene conciencia del problema y solo se tienen sospechas se emplea el inactivo y tolerante. Cuando comienzan a existir consecuencias se emplea la confrontación y reaccionan con un mecanismo emocional, es decir, se enojan, se exaltan e incluso hay violencia física, después al darse cuenta que no logran nada su mecanismo es apoyador y asertivo que consiste en platicar y hacerle ver al usuario el daño que se produce (Natera, Mora & Tiburcio, 2003).

Después empiezan a presentar acciones de control como: negar permisos, imponer reglas y horarios para llegar a casa, no se les deja ir a fiestas, se les prohíben algunas amistades, se les vigila, se les lleva y trae de la escuela (Natera, Mora & Tiburcio, 2003).

Las estrategias de independencia y evitación se encontraron en muy pocos casos, éstas sólo se presentaron cuando el usuario ya estaba asistiendo a tratamiento. También se hizo evidente que existe una mayor preocupación acerca del consumo de drogas en vez que de alcohol porque se menciona que se posee información

distorsionada y deficiente sobre los efectos de las drogas y el alcohol, por la asociación del consumo de drogas y los delitos, así como la aceptación del consumo de alcohol, a pesar de sus consecuencias (Natera, Mora & Tiburcio, 2003).

### **3.4. Estudios relacionados**

En otro estudio en donde se comparó a México e Inglaterra en cuanto a las formas de enfrentar y su relación con la salud física y psicológica, se trabajó con 100 familiares mexicanos y 100 ingleses. La hipótesis central era que el consumo de sustancias afecta en forma negativa la salud de los miembros de la familia, y que por consiguiente algunas formas de enfrentar estaban relacionadas con determinados síntomas. (Orford, Natera, Velleman, Copello, Bowie, Bradbury, et al. 2001).

Se puede observar que ciertos familiares están en mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental de acuerdo al análisis de datos. Por ejemplo, las esposas de usuarios de alcohol y drogas de México e Inglaterra mostraron patrones de enfrentamiento altos en tolerancia e inacción, mismos que correlacionan significativamente con el nivel de síntomas, esto indica que ciertos grupos son más vulnerables que otros en cuanto a las formas de enfrentar y los síntomas asociados (Orford, Natera, Velleman, Copello, Bowie, Bradbury, et al. 2001).

Por otra parte, se observó que la calificación absoluta en la escala de retiro tiene una correlación negativa y estadísticamente significativa con los síntomas físicos y psicológicos, esto sugiere que si predomina el estilo de enfrentamiento de retiro es un signo de salud. En dicha investigación se encontró que los ingleses tienden a utilizar en mayor frecuencia el estilo de enfrentamiento de retiro (Orford, Natera, Velleman, Copello, Bowie, Bradbury, et al. 2001).

Los familiares emplean distintas formas de enfrentar en diferentes momentos o combinaciones. El enfrentamiento puede considerarse también como una forma de apoyo social ya que al influir en las experiencias estresantes, puede tener un efecto en el curso y la severidad del problema de consumo, por lo tanto, algunas formas de enfrentar pueden ser benéficas tanto para el familiar como para el usuario (Natera, Tiburcio, Mora & Orford, 1999).

El apoyo social ha sido definido como una forma de ayudar a las personas por medio de la información y las acciones reales o potenciales que permiten a los individuos y a los grupos sentir que son cuidados y valorados por alguien o de tener la posibilidad de recibir ayuda de otros cuando lo necesiten. La efectividad del apoyo social se evalúa a través de las características de las redes de apoyo, por ejemplo, su tamaño, su densidad, su reciprocidad y complejidad, lo que permite entrever a los individuos su disponibilidad en el medio social y ver cómo son y cómo serán en un futuro (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

Se menciona que los recursos de apoyo social con los que cuenta la familia para hacer frente al consumo están relacionados con la búsqueda de mejores niveles de bienestar. No es suficiente contar con recursos de apoyo, sino que estén a su alcance, tener una percepción favorable de ellos y que la ayuda que brindan sea de utilidad (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

También, se sabe que disponer de apoyos sociales adecuados y accesibles brinda una mayor protección durante los estados patológicos y acelera la recuperación ante la situación, actúa como un excelente moderador del estrés y es una de las mejores formas de prevención (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

En una investigación en particular se trabajó con 100 familiares de usuarios de alcohol y drogas, 70% eran mujeres con distintos roles dentro de la familia, eran madres y esposas. El objetivo de este trabajo era investigar cuales eran las barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. En cuanto al método, se aplicó la entrevista semiestructurada, en la cual se exploraron siete secciones: a) la historia familiar; b) la historia de consumo; c) los efectos del consumo en la salud de la familia; d) las estrategias de enfrentamiento; e) el apoyo social recibido; f) el estado de salud física y psicológica de la familia y g) las expectativas hacia el futuro (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

Las razones por las cuales no se solicita ayuda o las barreras en cuanto al apoyo social pueden ubicarse en diferentes niveles: que van desde el nivel individual microsocioal hasta un contexto macrosocioal, lo que incluye mitos, tradiciones, creencias y valores que permean las nociones de género y de familia. Estos definen las pautas de acción para hacer frente al consumo, en los cuales se exponen cuestiones como: en qué momento el consumo llega a ser un verdadero problema, el miedo de comunicar el consumo a otras personas, la vergüenza y la tolerancia del consumo de alcohol, más que al de otras drogas (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

También se habla de creencias que giran alrededor del tipo de sustancia o si es legal o ilegal, permitida o no socialmente. Así, cuando el usuario es consumidor de drogas, en comparación con los que consumen alcohol, se añaden otras fuentes de tensión más específicas como son los robos, los problemas con la policía, el aislamiento familiar y la posibilidad de que este incluso las consuma dentro del hogar, por temor que otros miembros de la familia lo vean (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

Se mencionan creencias que hacen referencia al imaginario de que el alcohol puede ser consumido por el hombre por el solo hecho de serlo, existe también la confusión para diferenciar entre un consumo moderado, un abuso y la dependencia al alcohol. Incluso se impulsa el consumo de alcohol en contra de otras drogas, en parte por la imagen negativa que hay sobre las drogas y por el miedo al daño que suponen causan éstas, cuando se sabe que el alcohol puede

causar tanto o más estragos que otras sustancias (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

Además se promueve la idea de que la cohesión familiar es la solución a la farmacodependencia, responsabilizando a los familiares de un fenómeno social que ellos no crearon, sin facilitar además los recursos para coadyuvar a enfrentarlo (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

Las familias perciben el consumo de drogas como un problema que no tiene solución, que es causado por numerosos factores como la herencia, o por las experiencias de negligencia y maltrato en la infancia, lo cual provoca sentimientos de culpa. Así por consiguiente las familias se predisponen y suponen que ya saben el porqué del consumo de su familiar, y ya nada se puede hacer, así las familias sienten que no pueden cambiar estas situaciones y mucho menos una persona ajena a ésta (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

Se ha observado que no sólo los padres y las madres tienen importancia en la crianza de los hijos sino también otros familiares como son las abuelas, los padrinos o los suegros, lo cual, crea numerosos conflictos intrafamiliares (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

En cuanto a otras barreras en la búsqueda de apoyo surgieron razones que pertenecen a tres niveles: el macronivel, micronivel y nivel familiar. En cuanto al macronivel existen sentimientos de vergüenza, de temor al qué dirán por tener un adicto en casa, porque desde el punto de vista de la sociedad significa que fueron incapaces de cuidar a los hijos o al esposo. A su vez, los hombres presentan conductas de dominancia y autoritarismo, y suponen que los problemas de la familia sólo deben resolverse dentro del ámbito familiar; exteriorizarlo significaría una violación a los principios de intimidad y lealtad hacia la familia, la dominancia llega a tal grado de que existen amenazas para que se mantenga en silencio el consumo (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

Como ya se mencionaba anteriormente se muestra que las familias viven en continua tensión y conflicto, los cuales varían dependiendo de la relación que tengan con el usuario, por ejemplo, a las esposas les preocupan los efectos del consumo en la economía, la irresponsabilidad del usuario en la casa y en el trabajo, así como el hostigamiento sexual y los celos (Natera, Mora & Tiburcio, 1999).

Por estos motivos cabe mencionar que sería importante denotar cuales son las preocupaciones más frecuentes en los padres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas y en qué cambia en comparación con esposas de usuarios de lo que se reporta en anteriores investigaciones.

Se concluye que el consumo de sustancias en México en población adolescente ha ido en aumento (ENA-2002), y se observa que trae consigo consecuencias

negativas asociadas, que afectan tanto al usuario como a la familia (Medina-Mora, Natera, Oxford & Tiburcio, 1992).

Algunas de las consecuencias relacionadas con los padres son la preocupación y tensión en general, que desencadena una serie de síntomas físicos (cansancio, falta de apetito, dolor de cabeza, etc.) y psicológicos (enojo, impotencia, desesperanza, culpa, tristeza) que se originan a partir de las experiencias desagradables que enfrentan los padres ante esta situación.

Por éstas razones los padres se preguntan constantemente qué hacer ante el consumo de sus hijos y en muchas ocasiones su mecanismo de enfrentamiento no es muy adecuado porque incrementa la incidencia de síntomas físicos y psicológicos.

Por otra parte la forma de enfrentar de cada miembro de la familia ante el consumo de sustancias adictivas va a ser diferente de acuerdo al parentesco y a la cercanía que se presente con el usuario de alcohol o drogas. Es así que puede observarse que tanto padres como madres reaccionan de manera diferente al consumo del usuario, el grado de preocupación de los padres depende en gran medida de la relación que tienen con éste.

Por esta razón, el propósito de esta investigación es identificar los mecanismos de enfrentamiento utilizados, así como las diferencias entre sexo y los síntomas físicos y psicológicos relacionados de los padres de adolescentes que acuden al programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas.

Por estos motivos lo que se pretende en la presente investigación es identificar estilos de enfrentamiento de padres de hijos que inician el consumo de alcohol y otras drogas, para reflexionar sobre los efectos que los estilos de enfrentamiento han tenido en su salud psicológica y física.

Esta investigación se realiza para obtener información de lo ya mencionado con el objetivo de que en un futuro se generen intervenciones eficaces para los padres de adolescentes que consumen sustancias.

## **4. MÉTODO**

### **4.1. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar los estilos de enfrentamiento, los síntomas físicos y psicológicos y el funcionamiento familiar que presentan los padres de adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar estilos de enfrentamiento que presentan los padres de adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.
- Identificar síntomas físicos y psicológicos que presentan los padres de adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.
- Identificar el funcionamiento familiar de los padres de adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.
- Identificar los estilos de enfrentamiento que presentan las madres en comparación con los padres de adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.
- Identificar los síntomas físicos y psicológicos que presentan las madres en comparación con los padres de adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.
- Identificar el funcionamiento familiar que presentan las madres en comparación con los padres de adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.

## 4.2. VARIABLES

**Tabla 1.** Muestra las variables y el instrumento de medición que se utilizó para cada una de ellas.

Variable	Definición	Instrumento de medición
Estilos de enfrentamiento	Se refiere a las formas en como se maneja una situación en particular, en este caso el consumo de alcohol y otras drogas (Tiburcio & Natera, 2003).	Cuestionario de enfrentamientos.
Síntomas físicos y psicológicos	Los síntomas se refieren a la presencia de rasgos psicopatológicos, que se manifiestan por malestar ya sea físico o psicológico (Mora, Natera & Andrade-Palos, 1994).	Escala de síntomas.
Funcionamiento familiar	Se refiere a los patrones de comportamiento de la familia que permanecen estables a través del tiempo de acuerdo a algunas dimensiones como la cohesión, la comunicación, los roles, la expresión de afectos y el control de la conducta entre otras (Palomar, 1999).	Instrumento de funcionamiento familiar

## 4.3. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio **exploratorio** porque se obtuvieron datos en una sola ocasión y se tiene poca información acerca del problema, de forma sistemática con el fin de dar una clara idea de la situación.

#### 4.4. PARTICIPANTES

Se trabajó con 11 madres y 9 padres (un total de 20) de usuarios del Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. La edad promedio es de 39.5 años, el 55% son hombres y 45% son mujeres, un 30% de las mujeres son amas de casa, el 55% de la muestra tienen la ocupación de empleados, el 10% es profesionista, el 45% de los padres de familia reporta que su hijo(a) consume inhalables, el 40% reporta que su hijo(a) consume marihuana, el 10% reporta que su hijo(a) consume alcohol y solo el 5% reporta que su hijo(a) es poliusuario; el 90% de los padres reportó que su hijo(a) estaba asistiendo a tratamiento (ver tabla 2).

**Tabla 2.** Características de la muestra

Exp.	Edad	Ocupación	Parentesco	Sustancia	Usuario en Tx.
1	35	Mesera	Madre	Inhalables	X
2	44	Ama de casa	Madre	Marihuana	X
3	43	Empleado	Padre	Marihuana	X
4	35	Ama de casa	Madre	Inhalables	X
5	38	Empleado	Padre	Inhalables	X
6	39	Ama de casa	Madre	Inhalables	X
7	38	Ama de casa	Madre	Marihuana	X
8	50	Empleado	Padre	Marihuana	X
9	35	Empleado	Padre	Marihuana	
10	38	Empleado	Padre	Marihuana	X
11	46	Taxista	Padre	Inhalables	
12	39	Empleado	Madre	Alcohol	X
13	35	Ama de casa	Madre	Poliusuario	X
14	46	Empleado	Madre	Marihuana	X
15	47	Empleado	Padre	Alcohol	X
16	32	Analista	Madre	Inhalables	X
17	32	Historiador	Padre	Inhalables	X
18	45	Empleada	Madre	Inhalables	X
19	34	Ama de casa	Madre	Inhalables	X
20	40	Empleado	padre	Marihuana	X

#### 4.5. ESCENARIO

Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, perteneciente a la Facultad de Psicología.

#### 4.6. INSTRUMENTOS

- Cuestionario de enfrentamientos (CQ) (Orford et al. 1998): Este cuestionario tenía 68 ítems los cuales originalmente medían ocho formas de enfrentar. Fue diseñado para ser administrado para las parejas que enfrentan problemas de consumo de alcohol y drogas, se utilizó en Reino Unido y otros países (Hayashi, 1978; McCrady & Hay, 1987). La actual versión está diseñada para ser administrada para cualquier miembro de la familia (padre de familia, pareja, niño, etc) que enfrenta un problema de consumo de alcohol y drogas. Se construyeron 3 escalas (involucramiento, tolerante y retiro) basadas en los 3 factores que se encontraron en un anterior estudio que reportaba análisis de datos del cuestionario aplicado en México e Inglaterra. Cada factor tuvo coeficientes de confiabilidad interna satisfactorios en ambos países con 0.82, 0.78 y 0.68 de Inglaterra; y 0.82, 0.73 y 0.70 en la ciudad de México. Ahora consta de 30 reactivos, y las opciones de respuesta son las siguientes (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre).
- Escala de Síntomas (SRT; Kellner & Sheffield, 1973): Originalmente se sugirió la existencia de 4 subfactores en la escala (ansiedad, depresión, falta de adecuación, somático), pero la investigación subsecuente por Matson (1995) demostró que existen dos factores (el psicológico y el físico) que describen la estructura más efectiva, que se confirmó en los datos de Inglaterra y México. Se obtuvieron confiabilidades internas satisfactorias en los dos países de los Síntomas Totales, Síntomas psicológicos y físicos (0.93, 0.91 y 0.81) respectivamente en Inglaterra y 0.93, 0.91 y 0.82 en México. Consiste de 30 reactivos y las opciones de respuesta son las siguientes (nunca, algunas veces, siempre). La validación de la escala se llevó a cabo en México con estudiantes de enseñanza media-superior (Mora, Natera & Andrade, 1994).
- Instrumento de Funcionamiento Familiar (Palomar, 1999): Este instrumento permite evaluar las siguientes dimensiones: cohesión, relación de pareja, autonomía, estructura de poder, organización, comunicación, reglas, roles y trabajo doméstico, tiempo que comparte la familia, violencia física y verbal. Para realizar el proceso de confiabilidad y validez se aplicó a una muestra de 607 sujetos entre 16 y 60 años casados o que vivían en unión libre. Se obtuvo la consistencia interna del Alfa de Cronbach. Estos índices van de .52 a .94. En total el instrumento está formado por 56 reactivos y las opciones de respuestas son (nunca, pocas veces, a veces, casi siempre y siempre).

- La entrevista semi-estructurada (Natera, Orford, Tiburcio & Mora, 1998) se compone de 7 apartados. Cabe mencionar que sólo se retomaron 4 apartados, que son los siguientes:
  - 1) Efectos en los padres del consumo del adolescente
  - 2) Mecanismos de enfrentamiento en los padres
  - 3) Apoyo social en la familia para enfrentar el consumo y
  - 4) Salud y bienestar del familiar y de los miembros de la familia

#### **4.7. PROCEDIMIENTO**

- Se les mostró los instrumentos de evaluación a 20 padres de familia para que ellos dieran su opinión y expresaran que entendían de cada reactivo o pregunta de la entrevista semiestructurada. Las observaciones generales de este procedimiento fueron las siguientes: en las instrucciones del cuestionario de enfrentamientos se tuvo que utilizar un sinónimo para la palabra “enfrentamiento”. Se agregaron algunos ejemplos a ciertos reactivos (3, 11, 12, 27, 29 y 30) para que quedara más claro a lo que se referían, y se agregaba la palabra hijo(a) para hacer alusión al parentesco. Se modificó la redacción del reactivo 19 del cuestionario de síntomas, sin cambiar su significado. En el cuestionario de síntomas y funcionamiento familiar se cambió la redacción de las instrucciones, las cuales quedaron más cortas y concisas. Después se tuvo la posibilidad de aplicar los instrumentos a la muestra y obtener los resultados de la investigación.
- Cada vez que un adolescente solicitaba la atención del programa de Atención para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas y acudía al Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, se contactaba a los padres de familia por teléfono para invitarlos a colaborar en la investigación, siempre y cuando el adolescente estuviera enterado y de acuerdo con esta situación.
- Una vez que se contactó a los 20 participantes (11 madres y 9 padres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas), se les explicó los objetivos y características de la investigación, se aclaró la necesidad de contar con su colaboración en por lo menos una sesión de evaluación.
- La evaluación se realizó en máximo 2 sesiones, durante la primera sesión se realizó la entrevista semi-estructurada en la cual se recabó la siguiente información: se identificó la problemática familiar relacionada con el consumo de alcohol o drogas a través del relato de los padres de familia, se inició el análisis de las formas de enfrentamiento empleadas por los padres de familia.

En la segunda sesión se aplicaron los instrumentos de evaluación (CQ, SRT y el instrumento de funcionamiento familiar).

- Por último se detectaron las necesidades primordiales de los padres y si se requirió alguna ayuda especial, se canalizó.

## **PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

- Comparar las medias de cada uno de los estilos de enfrentamiento que utilizan los padres de familia.
- Comparar las medias de cada uno de los síntomas físicos y psicológicos.
- Comparar las medias del funcionamiento familiar.
- Obtener la U de Mann Whitney para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en los padres y madres, de los estilos de enfrentamiento, síntomas y funcionamiento familiar.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

- Mantener la confidencialidad de lo que los padres de familia hagan mención.
- En caso de que se esté trabajando paralelamente con el hijo(a), evitar mencionar a los padres cualquier cuestión que haya mencionado su hijo(a) adolescente en el espacio terapéutico (mantener también la confidencialidad del adolescente).
- Se elaboró un formato de consentimiento en donde se informó a los padres sobre los propósitos de la investigación.

## RESULTADOS

Los datos que se presentan a continuación corresponden a la aplicación de los cuestionarios de enfrentamientos, escala de síntomas y el instrumento de funcionamiento familiar.

Se trabajó con 11 madres y 9 padres (un total de 20) de usuarios del Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. La edad promedio es de 39.5 años, el 55% son hombres y 45% son mujeres, un 30% de las mujeres son amas de casa, el 55% de la muestra tienen la ocupación de empleados, el 10% es profesionista, el 45% de los padres de familia reporta que su hijo(a) consume inhalables, el 40% reporta que su hijo(a) consume marihuana, el 10% reporta que su hijo(a) consume alcohol y solo el 5% reporta que su hijo(a) es poliusuario; el 90% de los padres reportó que su hijo(a) estaba asistiendo a tratamiento (ver tabla 2.1).

**Tabla 2. 1.** Características de la muestra

Exp.	Edad	Ocupación	Parentesco	Sustancia	Usuario en Tx.
1	35	Mesera	Madre	Inhalables	X
2	44	Ama de casa	Madre	Marihuana	X
3	43	Empleado	Padre	Marihuana	X
4	35	Ama de casa	Madre	Inhalables	X
5	38	Empleado	Padre	Inhalables	X
6	39	Ama de casa	Madre	Inhalables	X
7	38	Ama de casa	Madre	Marihuana	X
8	50	Empleado	Padre	Marihuana	X
9	35	Empleado	Padre	Marihuana	
10	38	Empleado	Padre	Marihuana	X
11	46	Taxista	Padre	Inhalables	
12	39	Empleado	Madre	Alcohol	X
13	35	Ama de casa	Madre	Poliusuario	X
14	46	Empleado	Madre	Marihuana	X
15	47	Empleado	Padre	Alcohol	X
16	32	Analista	Madre	Inhalables	X
17	32	Historiador	Padre	Inhalables	X
18	45	Empleada	Madre	Inhalables	X
19	34	Ama de casa	Madre	Inhalables	X
20	40	Empleado	padre	Marihuana	X

Se presentan primero, las medias de forma general para dar cuenta de cuál es el estilo de enfrentamiento que se utiliza mayormente, qué síntomas tanto físicos como psicológicos son característicos de los padres de familia, cómo es su funcionamiento familiar, así como también la información de la entrevista semi-estructurada.

Después se presentan medias de acuerdo al sexo, lo que se pretende es encontrar similitudes y diferencias en los estilos de enfrentamiento, los síntomas físicos, psicológicos y el funcionamiento familiar entre padres y madres haciendo un ejercicio exploratorio y descriptivo de las características de la muestra.

También se utilizó una U de Mann Whitney como análisis estadístico para ver si existen diferencias entre madres y padres en todas las variables descritas anteriormente.

En la Tabla 3 se muestran los valores mínimos y máximos de las calificaciones que se obtuvieron de cada una de las escalas, así como también las medias y la desviación estándar para proporcionar una idea general de los datos.

**Tabla 3.** Muestra el valor mínimo y el máximo de la calificación de cada escala, así como también las medias y la desviación estándar de cada escala.

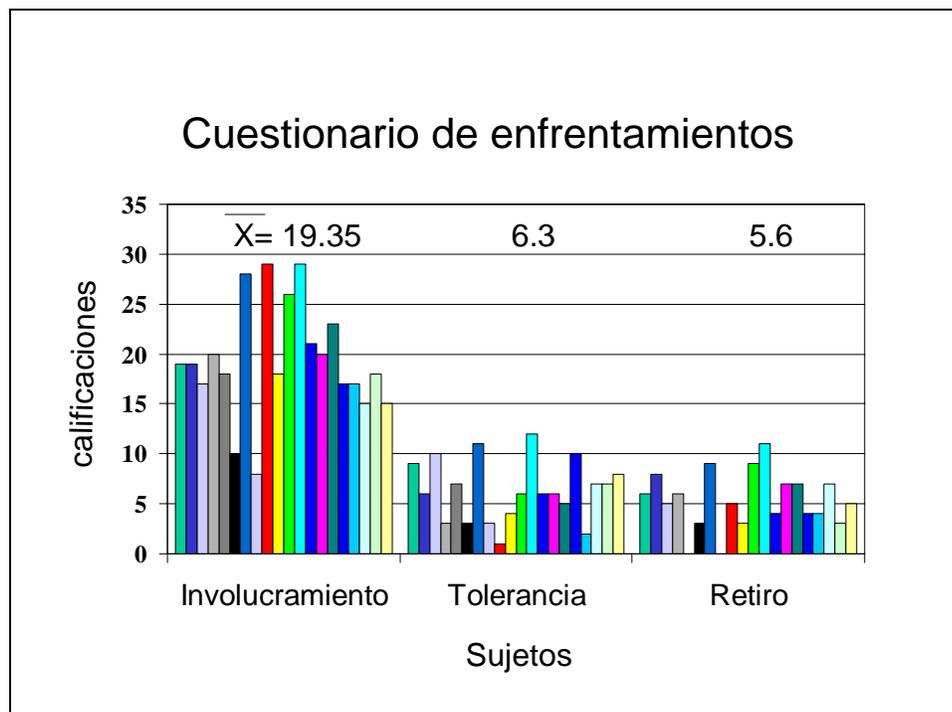
<b>Escala</b>	<b>Valor mínimo</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>
<b>Enfrentamiento</b>				
Involucramiento	8.00	29.00	19.35	5.61
Tolerancia	1.00	12.00	6.30	3.07
Retiro	0.00	11.00	5.60	2.56
<b>Síntomas</b>				
Síntomas Físicos	0.00	21.00	7.55	5.23
Síntomas Psicológicos	1.00	30.00	12.15	7.03
<b>Funcionamiento Familiar</b>				
Cohesión	3.00	16.00	11.15	3.74
Reglas	5.00	28.00	13.00	5.72
Comunicación	4.00	25.00	15.73	5.06
Tiempo com.	2.00	18.00	13.94	4.03
Roles	0.00	22.00	14.42	6.12
Autonomía	8.00	25.00	15.42	4.24
Autoridad	0.00	8.00	5.47	2.29
Violencia	0.00	15.00	5.47	4.14
Pareja	2.00	20.00	14.36	5.62
Organización	5.00	25.00	15.63	7.35

## Cuestionario de enfrentamientos

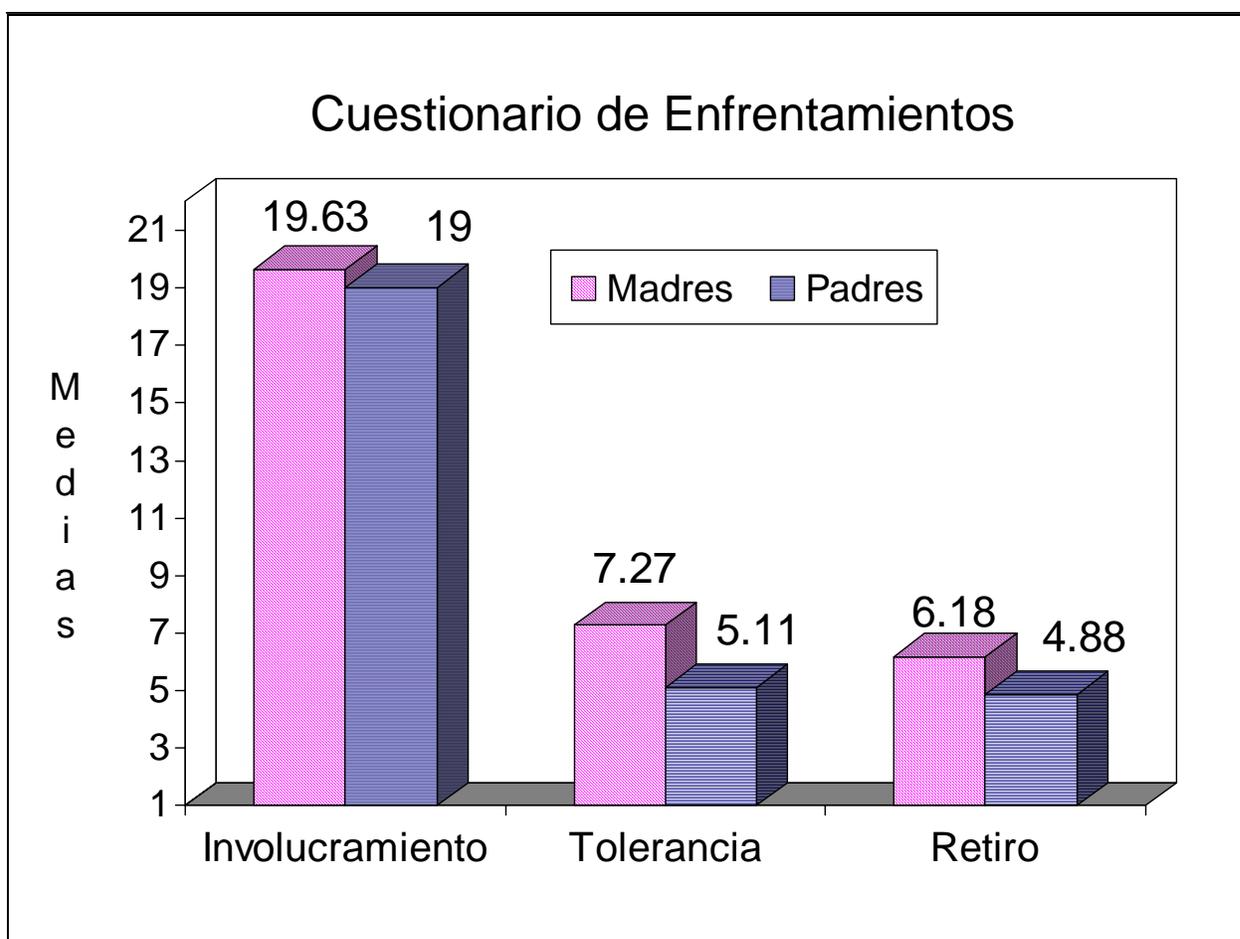
En cuanto al cuestionario de enfrentamientos la tendencia de las respuestas de los padres de familia es hacia el Involucramiento con una media de 19.35, mientras que la Tolerancia (6.3) y el Retiro (5.3) son menores en comparación con el Involucramiento (ver figura 1).

Con respecto a la comparación de medias entre madres y padres, el Involucramiento tiene una media similar (19.63 y 19.00) respectivamente, pero en Tolerancia y Retiro las medias de las madres son ligeramente mayores (ver figura 2).

**Figura 1.** Muestra las calificaciones del cuestionario de enfrentamientos con respecto a cada una de las escalas y las medias de Involucramiento, tolerancia y retiro.



**Figura 2.** Muestra las medias de madres y padres del cuestionario de Enfrentamientos de las subescalas: involucramiento, tolerancia y retiro.



**Tabla 4.** Formas de enfrentar el consumo. (n= 20; 11madres y 9 padres).

<b>INVOLUCRAMIENTO</b>	<b>MEDIAS</b>		
	General	Madre	Padre
1. Se ha negado a proporcionarle dinero.	1.30	1.636	0.888
5. Ha hablado con su hij@ acerca de lo que podría hacer con su forma de beber o de consumir drogas.	2.15	1.818	2.555
6. Ha discutido con él(ella) por su consumo de alcohol o drogas.	1.25	1.363	1.111
7. Le ha insistido a su hij@ que deje de consumir alcohol o drogas.	2.10	2.181	2.000
9. Le he aclarado que su forma de consumir alcohol o drogas le molesta y que tiene que cambiar.	2.20	2.272	2.111
11. Ha tratado de limitar el consumo de su hij@ (prohibirle ver a sus amigos, no darle permisos).	1.00	1.000	1.000
13. Ha alentado a su hij@ a hacer un juramento o a prometer no beber o tomar drogas.	0.60	0.363	0.888
16. Se ha puesto triste o malhumorado con su hij@.	1.00	1.090	0.888
17. Ha cuidado a su hij@ de cerca o vigilado en cada movimiento que hace.	1.35	1.181	1.555
19. Cuando habla con su hij@ insiste en que no acepta, ni solapa sus razones para consumir.	1.55	1.727	1.333
21. Le ha aclarado a su hij@ cuales son sus expectativas o lo que debe hacer para contribuir con la familia.	2.20	2.181	2.222
25. Ha acusado a su hij@ de no amarlo o de haberlo decepcionado.	0.50	0.545	0.444
26. Ha hablado con (él) ella para ayudarle a resolver la situación económica.	0.95	0.818	1.111
28. Ha buscado o esculcado en sus cosas para cerciorarse de que no tenga bebidas o drogas.	1.20	1.454	0.888
<b>TOLERANCIA</b>			
3. Ha cuidado a ayudado a su hij@, después de haber bebido o consumido drogas (lo ha llevado a la cama o proporcionado remedios para la resaca).	0.20	0.181	0.222
4. Le ha dado dinero aún sabiendo que lo gastará en bebida o droga.	0.35	0.363	0.333
10. Se ha sentido demasiado asustad@ para hacer algo con respecto al consumo de su hij@.	1.45	1.818	1.000
14. Se ha sentido desesperad@ como para hacer algo con respecto al consumo de su hij@.	1.30	1.727	0.777
20. Ha amenazado a su hij@ cuando no tenía intención de cumplir su amenaza.	0.70	0.909	0.444
23. Ha llegado a un estado donde no podía o no quería tomar una decisión con respecto al consumo de su hij@.	0.70	0.727	0.666
24. Ha aceptado la situación como una parte de la vida que no puede cambiarse.	0.65	0.818	0.444
27. Se ha hecho responsable de los actos de su hij@ cuando bebe o consume drogas (ha dado excusas por el(ella), se ha culpado por lo que le pasa a su hij@, lo ha encubierto).	0.55	0.545	0.555
30. Le ha restado importancia a la forma en que su hij@ consume (fingiendo que todo está bien, pensando que la adolescencia es una etapa pasajera).	0.40	0.181	0.666
<b>RETIRO</b>			
2. Ha puesto primero los intereses de otros miembros de la familia antes que los de su hij@.	0.45	0.545	0.333
8. Ha evadido a su hij@ cuando está consumiendo alcohol o drogas.	0.31	0.545	0.000
12. Ha continuado con sus propios intereses (buscando actividades que le interesen como integrarse en asociaciones deportivas, religiosas y/o políticas).	1.30	0.909	1.777
15. Ha evitado a su hij@ en lo posible debido a su forma de beber o consumir drogas.	0.75	0.818	0.666
18. Se ha preocupado únicamente por sus propias cosas o ha actuado como si su hij@ no existiera.	0.15	0.272	0.000
22. Ha defendido o apoyado a su hij@ cuando otros lo han criticado.	2.30	2.090	2.555
29. Le ha dado prioridad a sus intereses (consintiéndose o dándose algún gusto).	1.10	1.000	1.222

De forma general, en cuanto al rubro del estilo de enfrentamiento de Involucramiento se puede observar que los padres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas presentan una media mayor comparada con los demás reactivos de la subescala:

- (Pregunta 9). Le ha aclarado que su forma de consumir alcohol o drogas le molesta y que tiene que cambiar (2.20).
- (Pregunta 21). Le ha aclarado cuáles son sus expectativas o lo que debe hacer para contribuir con la familiar (2.20).
- (Pregunta 26). Ha hablado con su hij@ acerca de lo que podría hacer con su forma de beber o de consumir drogas (2.15).
- (Pregunta 7). Le ha insistido en que deje de consumir alcohol o drogas (2.10).

Las acciones que presentan una media menor son las siguientes: ha acusado a su hijo de no amarlo o de haberlo decepcionado con una media de (0.50) y ha alentado a su hij@ a hacer un juramento o prometer no beber o tomar drogas (0.60) (ver figura 3).

En cuanto al estilo de enfrentamiento de tolerancia las acciones que presentaron una media mayor fueron:

- (Pregunta 10). Se ha sentido demasiado asustad@ para hacer algo con respecto al consumo de su hij@ (1.45).
- (Pregunta 14). Se ha sentido desesperad@ como para hacer algo con respecto al consumo (1.30) (ver figura 4).

En cuanto a las acciones de Retiro la tendencia fue que los padres contestaron lo siguiente: ha defendido o apoyado a su hij@ cuando otros lo han criticado (pregunta 22) con una media de (2.30), las acciones restantes de la escala de retiro se presentaron en menor proporción (ver figura 5).

### **Análisis de la U de Mann W del Cuestionario de enfrentamientos**

En cuanto a los datos recaudados de los estilos de enfrentamiento se utilizó como análisis estadístico una U de Mann Whitney y se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en los estilos de enfrentamiento entre padres y madres (ver tabla 5).

**Tabla 5.** Análisis estadístico de la U de Mann de los estilos de enfrentamiento

	Involucramiento	Tolerancia	Retiro
U de Mann	42	30	37.5
Z	-.572	-1.492	-.919
Nivel de significancia	.603	.152	.370

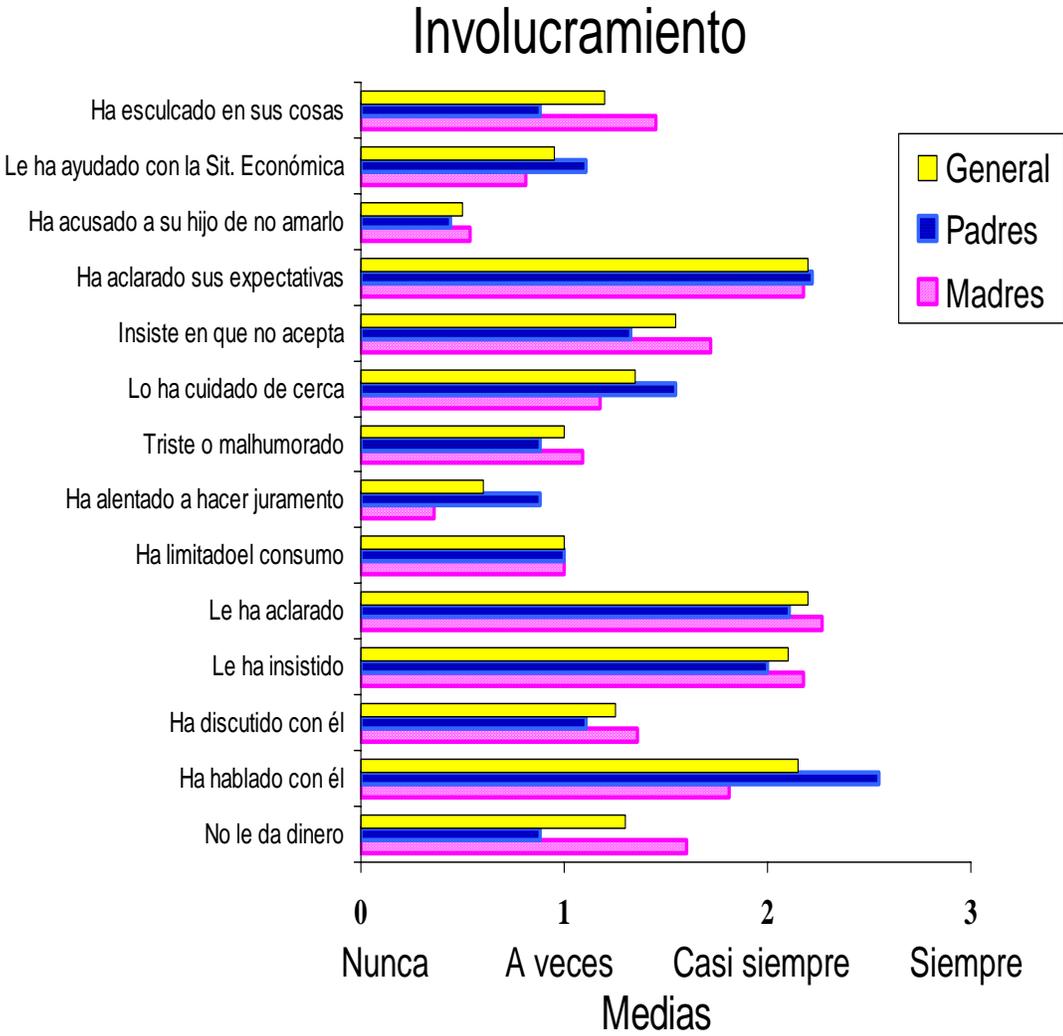
Tanto padres y madres presentan una tendencia hacia el Involucramiento. Sin embargo las madres utilizan mayormente las siguientes acciones en comparación con los padres: se ha negado a proporcionarle dinero (pregunta 1) con una media de (1.63; 0.88) respectivamente, y ha buscado o esculcado en sus cosas para cerciorarse de que no tenga bebidas o drogas (pregunta 28) con una media de (1.45, 0.88) respectivamente (ver figura 3).

Por otro lado los padres en comparación con las madres presentan la tendencia a realizar la siguiente acción: “ha alentado a su hij@ a hacer un juramento o a prometer no beber o tomar drogas (pregunta 13), presentando una media de (0.88, 0.36) respectivamente.

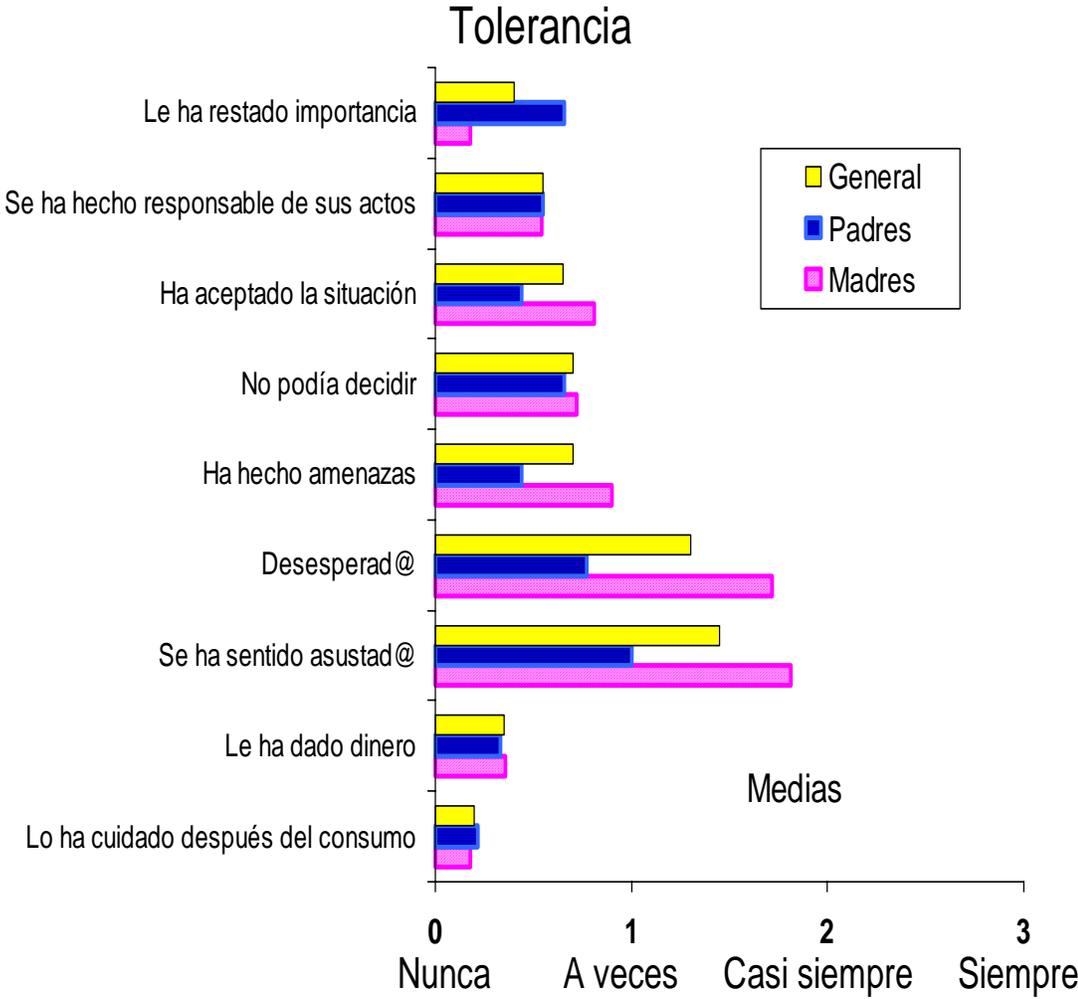
En cuanto a la subescala de Tolerancia las madres presentan en mayor proporción la acción siguiente: ha llegado a un estado donde no podía o no quería tomar una decisión con respecto al consumo de su hij@ (pregunta 23) en comparación con los padres . Mientras que los padres le han restado importancia a la forma en que su hij@ consume (pregunta 30) en mayor proporción que las madres (0.66, 0.18) respectivamente (ver figura 4).

En cuanto a la escala de retiro los padres presentan una tendencia en la siguiente acción: ha continuado con sus propios intereses (pregunta 12) en comparación con las madres (1.77, 0.90) respectivamente (ver figura 5).

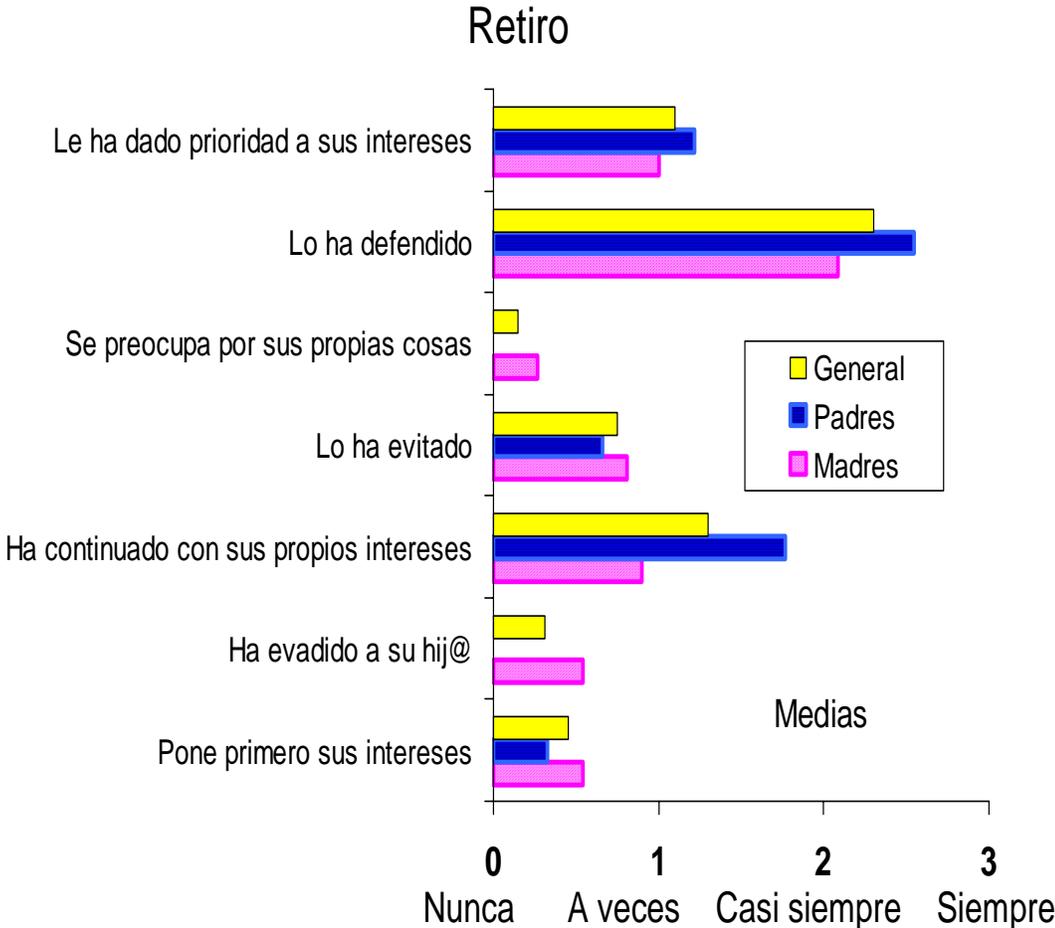
**FIGURA 3.** Muestra el promedio de cada reactivo en forma general, así como también de los padres y las madres.



**FIGURA 4.** Muestra el promedio de cada uno de los reactivos de la escala de tolerancia, en forma general, y de los padres y madres.



**FIGURA 5.** Muestra los promedios de cada reactivo de la escala de retiro del cuestionario de enfrentamientos en forma general, en padres y madres.

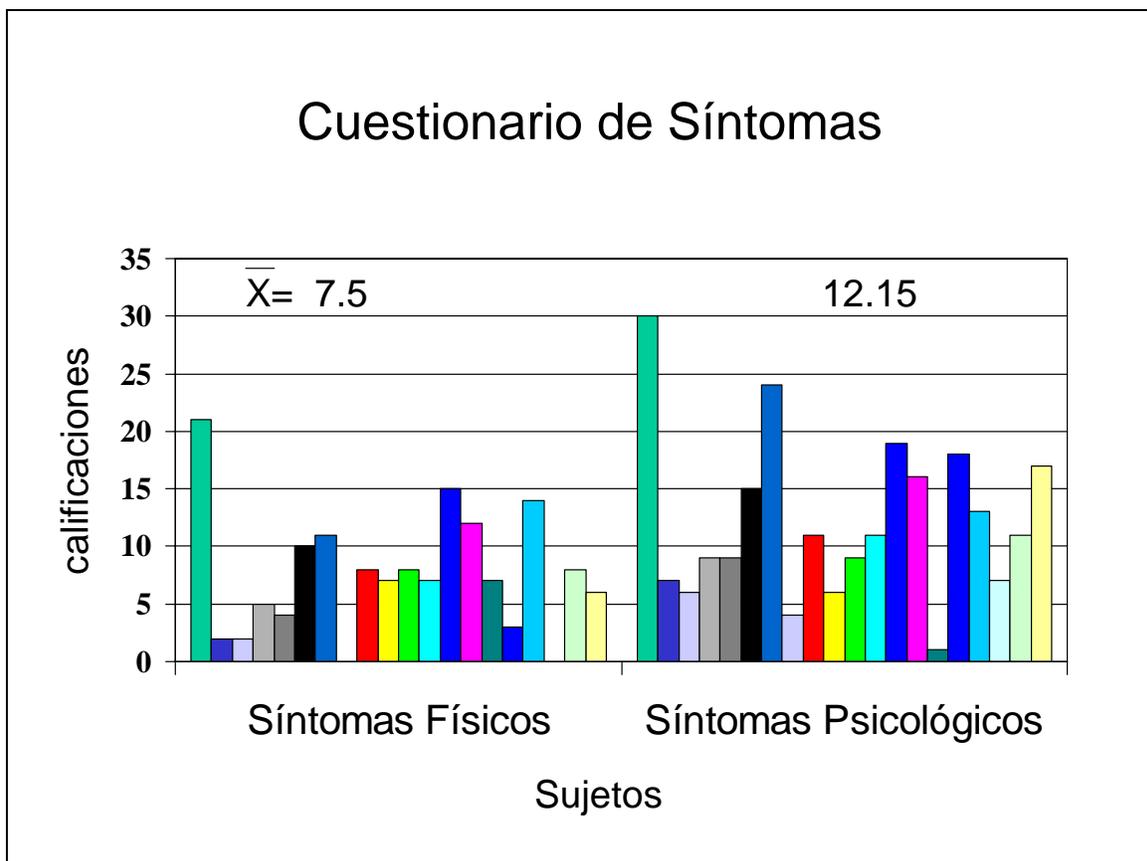


## Escala de síntomas

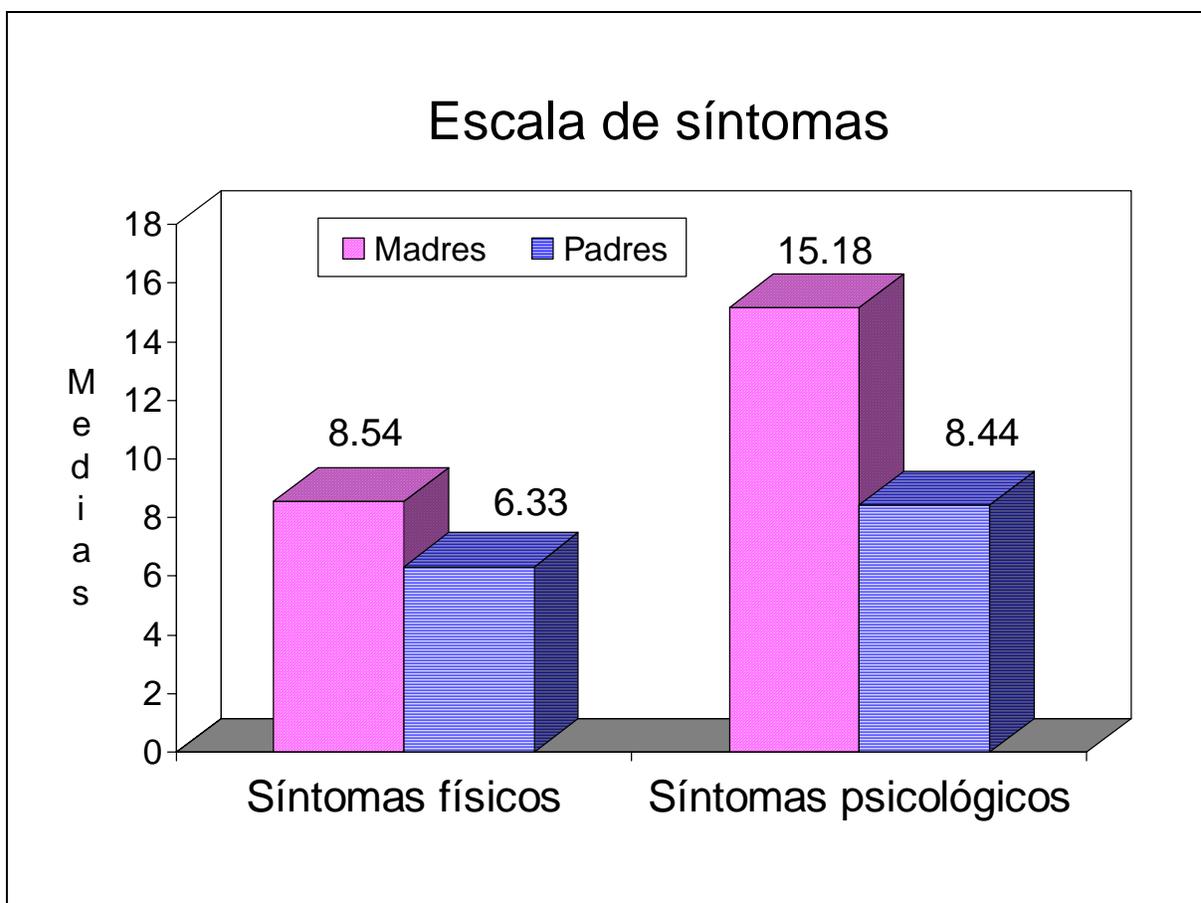
En general la tendencia en las respuestas es mayor en los síntomas psicológicos con una media mayor de 12.15 (ver figura 6).

En cuanto a la diferencia entre madres y padres, las madres tienen una media mayor tanto en los síntomas físicos y psicológicos (ver figura 7).

**FIGURA 6.** Muestra las calificaciones del cuestionario de síntomas, así como también los promedios de la escala de síntomas psicológicos y físicos.



**FIGURA 7.** Muestra los promedios de la escala de síntomas de las madres y los padres



**Tabla 6.** Síntomas psicológicos y físicos (n=11 madres y 9 padres)

	<b>MEDIAS</b>		
	<b>General</b>	<b>Madre</b>	<b>Padre</b>
<b>Síntomas psicológicos</b>			
3. Nervioso	0.950	1.000	0.888
5. Se ha sentido con temores o miedos.	1.00	1.181	0.777
8. Sentimientos de que no hay esperanza	0.500	0.818	0.111
9. Se ha sentido inquieto o asustadizo	0.900	1.272	0.444
10. Con poca memoria	0.650	0.818	0.444
12. Sentimientos de culpa	1.100	1.454	0.666
13. Preocupaciones	1.400	1.636	1.111
15. Sentimientos de que la gente me considera menos o piensa mal de mi	0.400	0.545	0.222
17. Dificultades para pensar claramente...	0.650	0.818	0.444
18. Sentimientos de poca valía o fracaso	0.600	0.636	0.555
19. Sentimientos de tensión	0.950	1.181	0.666
20. Sentimientos de inferioridad	0.300	0.454	0.111
23. Con pensamientos que no se puede quitar de la cabeza	0.750	1.000	0.444
24. Pérdida de interés en casi todas las cosas	0.450	0.727	0.111
25. Descontento o deprimido	0.700	0.727	0.666
26. Ataques de pánico	0.100	0.181	0.000
28. Sin capacidad de concentración	0.750	0.727	0.777
<b>Síntomas físicos</b>			
1. Se ha sentido mareado o débil	0.650	0.636	0.666
2. Cansado o sin energía	0.800	0.909	0.666
4. Ha sentido presión en la cabeza	0.750	0.909	0.555
6. Con poco apetito	0.400	0.363	0.444
7. Ha tenido palpitaciones rápidas...	0.250	0.272	0.222
11. Ha tenido dolores en el pecho...	0.250	0.272	0.222
14. Dolores musculares	0.750	1.000	0.444
16. Temblores o sacudimientos	0.200	0.181	0.222
21. Sensaciones de cosquilleo	0.500	0.636	0.333
22. Irritabilidad	0.900	1.090	0.666
27. Debilidad en partes del cuerpo	0.450	0.454	0.444
29. Dificultad para dormir	0.900	1.000	0.777
30 Me despierto demasiado temprano...	0.750	0.818	0.666

En la evaluación de la subescala de síntomas psicológicos se puede observar que los padres presentan una media mayor en los siguientes síntomas: se ha sentido nervioso (pregunta 3) (0.95), con temores o miedos (pregunta 5) (1.00), inquieto o asustadizo (pregunta 9) (0.90), presenta sentimientos de culpa (pregunta 12) (1.10), preocupaciones (pregunta 13) (1.40), sentimientos de tensión (pregunta 19) (0.95), pensamientos que no se pueden quitar de la cabeza (pregunta 23) (0.75) y sin capacidad de concentración (pregunta 28) (0.75) (ver tabla 6)

En cuanto a la subescala de síntomas físicos los que se presentaron en mayor proporción fueron los siguientes: se ha sentido cansado o sin energía (pregunta 2) (0.80), con presión en la cabeza (pregunta 4) (0.75), con dolores musculares (pregunta 14) (0.75), irritabilidad (pregunta 22) (0.90) y dificultad para dormir (pregunta 29) (0.90) (ver figura 9).

### **Análisis de la U de Mann W. De la Escala de síntomas**

En cuanto a los datos recaudados de los síntomas físicos y psicológicos se utilizó como análisis estadístico una U de Mann Whitney. Como se puede observar en la Tabla siguiente si existen diferencias estadísticamente significativas entre madres y padres en los síntomas psicológicos obteniendo una  $U=21$ , una  $Z=-2.173$ , y un nivel de significancia menor a 0.05 de .031. Presentando las madres mayor índice de frecuencia en los síntomas psicológicos. Sin embargo, no existen diferencias en los síntomas físicos entre padres y madres (ver tabla 7).

**Tabla 7.** Análisis estadístico de la U de Mann de los síntomas

	Síntomas Físicos	Síntomas Psicológicos
U de Mann	38.5	21
Z	-.839	-2.173
Nivel de significancia	.412	.031

Las madres presentan una media mayor en los siguientes síntomas psicológicos en comparación con los padres: desesperanza (pregunta 8) (0.81, 0.11) respectivamente, inquietud (pregunta 9) (1.27, 0.44), culpa (pregunta 12) (1.45, 0.66), con pensamientos que no se pueden quitar de la cabeza (pregunta 23) (1.00, 0.44) y pérdida de interés en casi todas las cosas (pregunta 24) (0.72, 0.11) (ver figura 8).

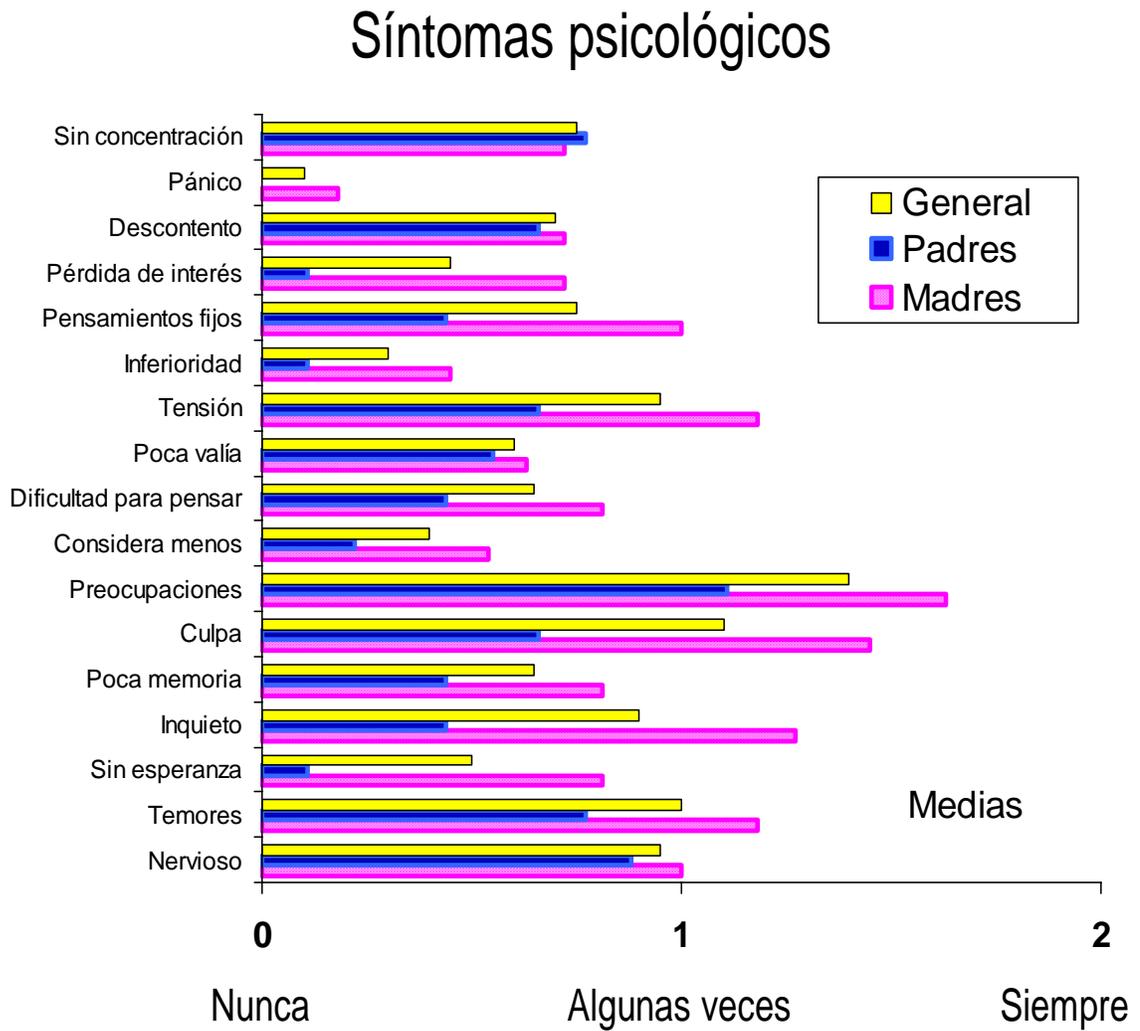
Las madres presentaron en mayor proporción los siguientes síntomas físicos: dolores musculares (pregunta 14) (1.00, 0.44) e irritabilidad (pregunta 22) (1.09, 0.66) (ver figura 9).

En el análisis estadístico de la U de Mann si existen diferencias estadísticamente significativas en los siguientes síntomas entre madres y padres: desesperanza (pregunta 8), inquietud (pregunta 9), culpabilidad (pregunta 12) y pérdida de interés en casi todas las cosas (pregunta 24), presentando las madres un índice mayor en estos síntomas psicológicos (ver tabla 8).

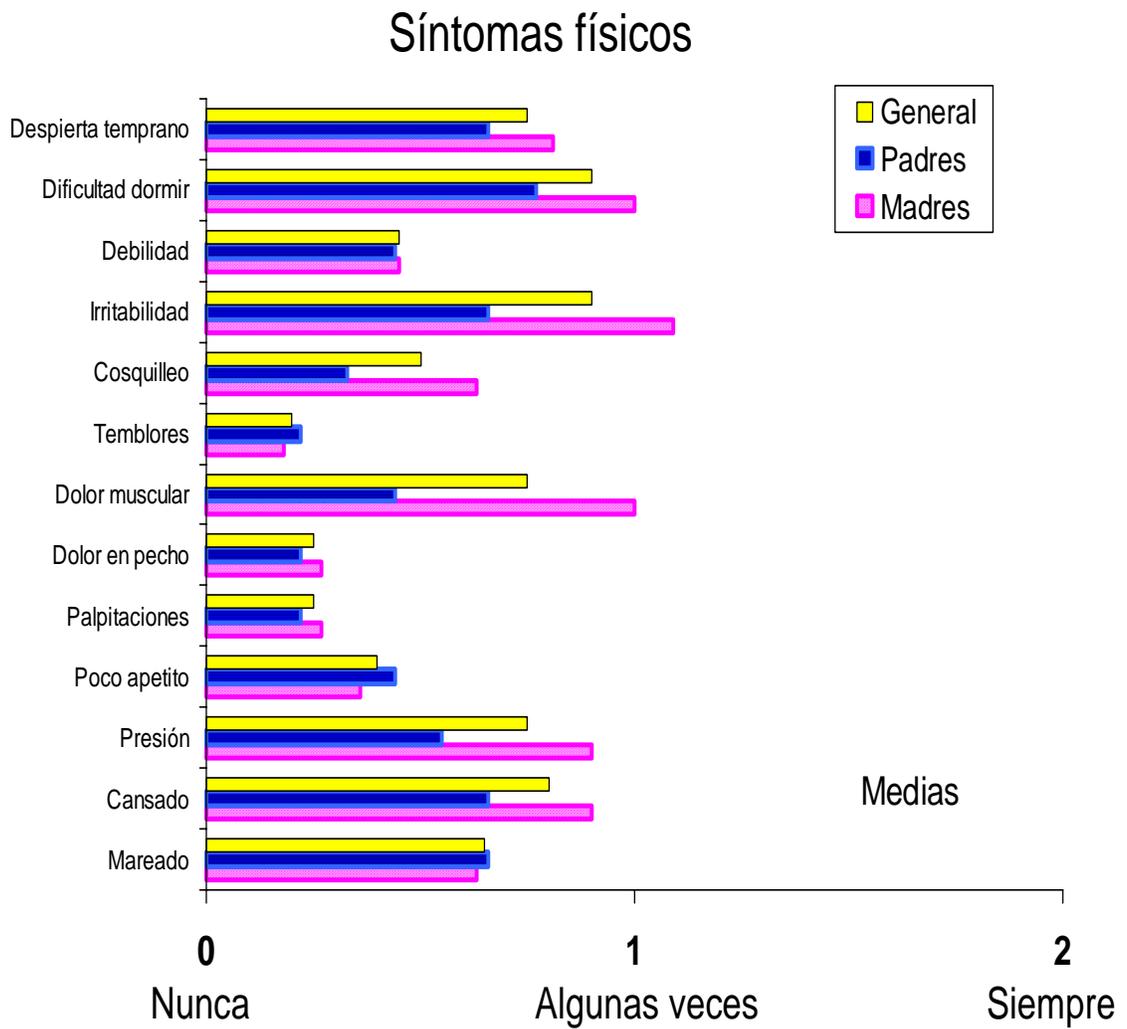
**Tabla 8.** Análisis estadístico de la U de Mann por reactivo de los síntomas psicológicos.

	<b>Sentimientos de desesperanza</b>	<b>Inquietud</b>	<b>Sentimientos de culpa</b>	<b>Pérdida de interés en las cosas</b>
<b>U de Mann</b>	22.5	18.5	20.5	23
<b>Z</b>	-2.356	-2.567	-2.401	-2.336
<b>Nivel de significancia</b>	.038	.016	.025	.046

**FIGURA 8.** Muestra las medias de cada reactivo de la escala de síntomas psicológicos en forma general y de madres y padres.



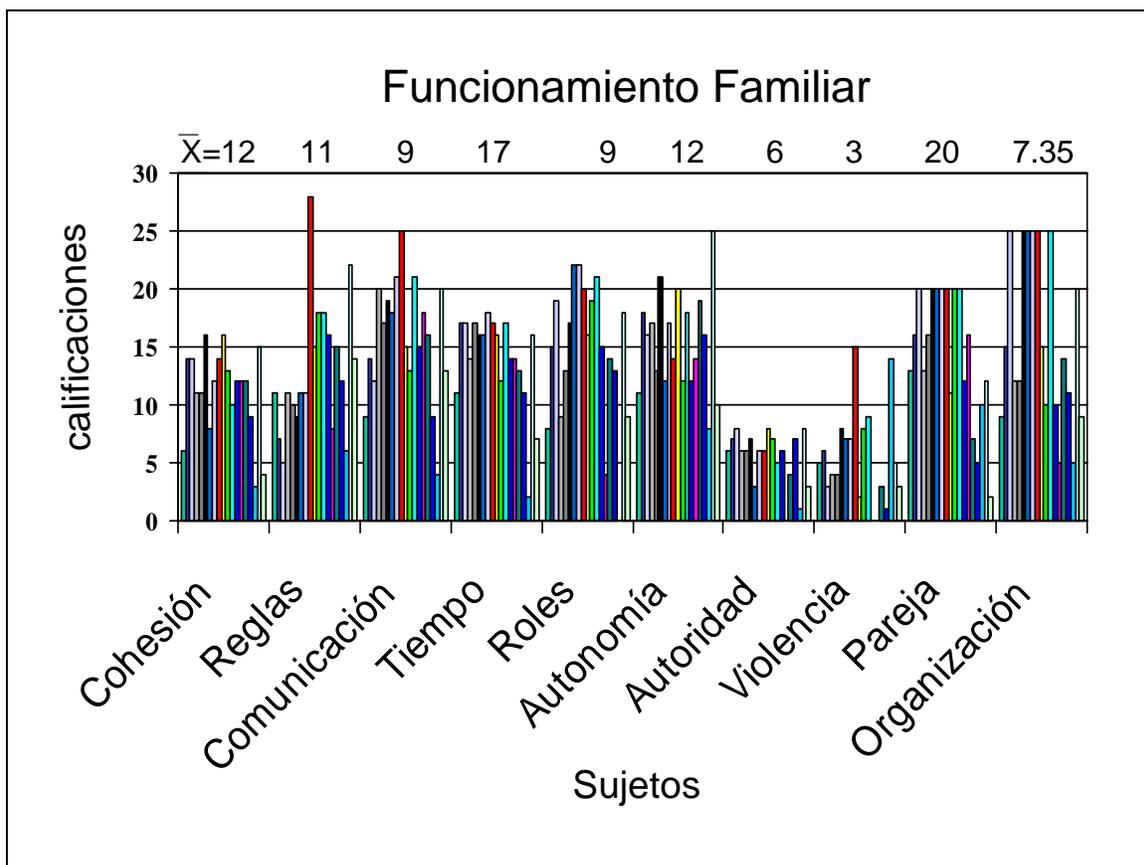
**FIGURA 9.** Muestra las medias de la escala de síntomas físicos de cada reactivo en forma general, de padres y madres.



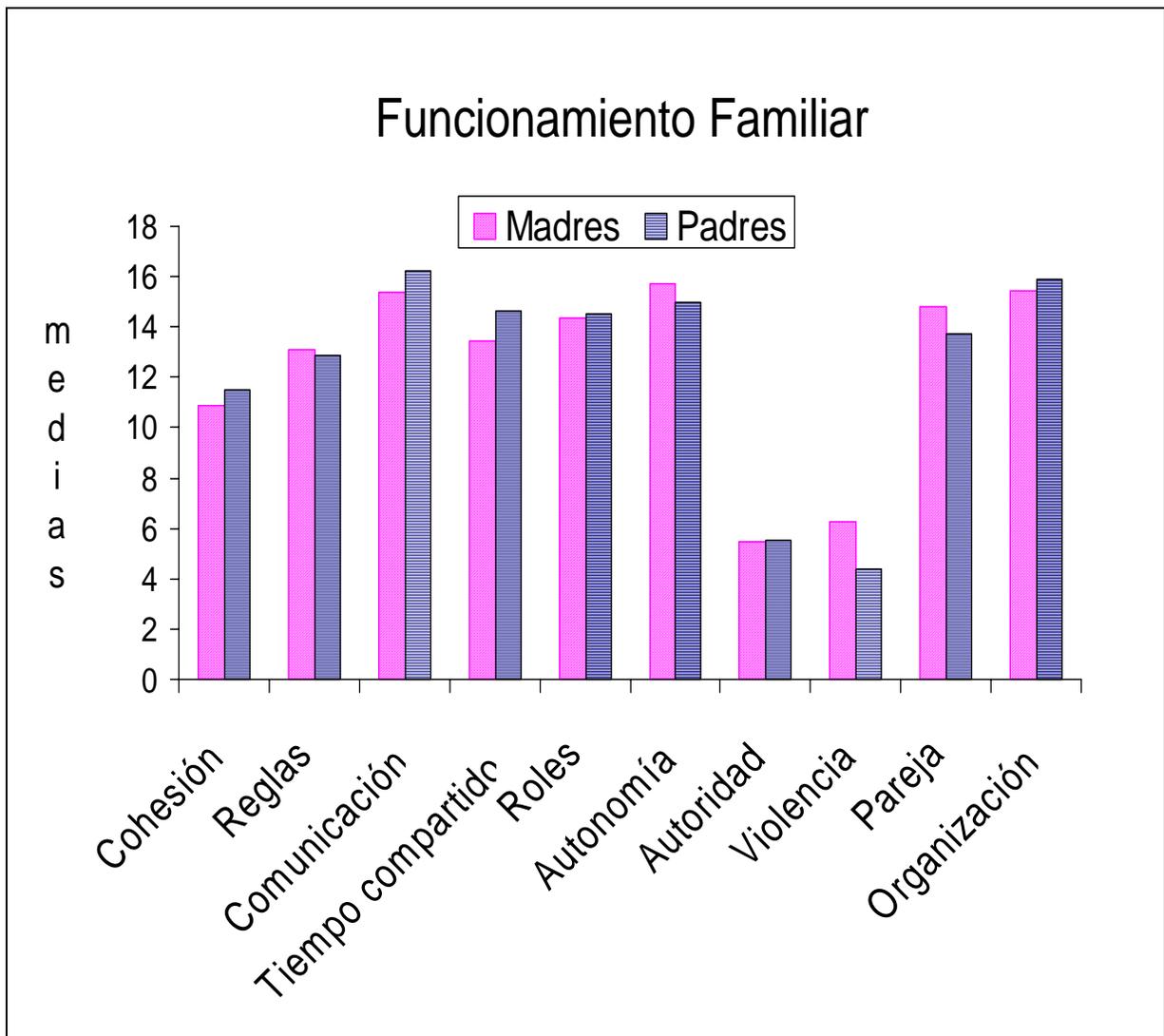
### Instrumento de Funcionamiento Familiar

En la gráfica 10 se observa que las áreas de reglas, comunicación, autonomía, roles, autoridad y violencia son las medias más bajas en comparación con las demás (ver figura 10). Por otra parte, tanto madres como padres están al mismo nivel en cuanto a medias se refiere (ver figura 11).

**FIGURA 10.** Muestra las calificaciones del Instrumento de funcionamiento familiar, así como también las medias de cada escala.



**FIGURA 11.** Muestra los promedios de cada escala del instrumento de funcionamiento familiar de las madres y los padres.



**Tabla 9.** Muestra las medias de cada reactivo del Instrumento de Funcionamiento familiar.

Reactivos	Medias		
	General	Madre	Padre
<b>Relación de pareja</b>			
1. Comparto actividades e intereses con mi pareja	3.52	3.45	3.62
7. Me siento valorado por mi pareja.	3.42	3.45	3.37
11. Las relaciones sexuales con mi pareja son buenas.	2.05	2.45	1.50
18. Cuando tenemos problemas mi pareja y yo generalmente los resolvemos de manera rápida.	3.73	4.00	3.37
21. Como pareja somos cariñosos	3.68	3.09	3.37
<b>Organización</b>			
12. Los miembros de mi familia aseguran de que todo esté recogido y ordenado en sus cuartos.	2.63	2.45	2.87
29. En mi familia somos ordenados.	3.26	3.36	3.12
38. En nuestra familia las actividades se planean con bastante cuidado.	3.05	2.90	3.25
41. Ser puntal es importante para nosotros.	3.89	3.72	4.12
43. En nuestra casa es difícil encontrar las cosas cuando uno las necesita.	2.78	3.00	2.50
<b>Comunicación</b>			
2. Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.	1.57	1.54	1.62
3. Cuando alguno de los miembros de mi familia se enoja, puede decirlo.	2.63	2.54	2.75
22. En mi familia es difícil decir lo que uno siente sin que alguien se moleste.	2.57	2.81	2.25
31. En mi familia se puede hablar abiertamente acerca de las preocupaciones de cada uno.	3.21	3.00	3.50
36. En mi familia es difícil solucionar nuestros problemas.	1.84	1.90	1.75
39. En mi familia acostumbramos hablar de nuestras cosas personales.	2.52	2.36	2.75
42. En casa podemos decir nuestras opiniones libremente.	3.21	3.09	3.37
<b>Cohesión familiar</b>			
6. Cuando tengo algún problema los miembros de mi familia son capaces de entender como me siento.	2.26	2.18	2.37
17. Los miembros de nuestra familia demuestran con facilidad el cariño e interés por los demás.	2.52	2.63	2.37
33. Cuando un miembro de la familia tiene éxito, los demás nos sentimos contentos.	3.47	3.54	3.37
45. Cuando tengo un problema, los primeros en saberlo son los miembros de la familia.	2.89	2.54	3.37
<b>Falta de reglas y apoyo</b>			
2. Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia	1.57	1.54	1.62
10. Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.	1.94	1.63	2.37
22. En mi familia es difícil decir lo que uno siente sin que alguien se moleste.	2.57	2.81	2.25
25. Las normas familiares están bien claras.	1.10	1.36	0.75
36. En mi familia es difícil solucionar nuestros problemas.	1.84	1.90	1.75
37. Las reglas familiares no se discuten, se cumplen.	2.10	2.09	2.12
<b>Tiempo que comparte la familia</b>			
4. Disfruto mucho las actividades que hago con mi familia.	3.15	3.18	3.12
19. En mi familia hacemos actividades juntos.	2.57	2.54	2.62
23. En mi familia compartimos muchos intereses.	2.89	2.72	3.12
30. Los miembros de mi familia acostumbramos a hacer actividades juntos.	2.68	2.72	2.62
44. Los miembros de mi familia pasamos juntos nuestro tiempo libre.	2.63	2.27	3.12
<b>Roles y trabajo doméstico</b>			
5. Los quehaceres de la casa están distribuidos equitativamente	3.15	3.09	3.25
24. En nuestra familia todos tenemos responsabilidades.	2.84	2.90	2.75
32. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa.	3.10	3.27	2.87
35. Cada uno de nosotros cumple con lo que tiene que hacer en casa.	3.00	2.90	3.12
40. En mi familia cada uno puede decir la forma en la que ayuda en las tareas de la casa.	2.31	2.18	2.50

<b>Autonomía familiar</b>			
8. En mi familia se anima el hecho de decir lo que cada quién piensa sea lo que sea.	2.73	2.63	2.87
9. En casa se respetan las decisiones que cada quien toma.	2.42	2.36	2.50
14. En mi familia se fomenta que cada quien haga lo que crea que es mejor.	2.52	2.63	2.37
20. En mi familia se anima a que seamos independientes.	2.63	3.00	2.12
28. Cada miembro de la familia puede tomar parte en las decisiones familiares importantes.	2.63	2.45	2.87
34. En mi familia se inculca que cada uno debe valerse por sí mismo.	2.47	2.63	2.25
<b>Autoridad</b>			
16. En mi familia está claro quién manda.	2.94	2.90	3.00
15. Cuando no se cumple una regla en casa sabemos cuáles son las consecuencias.	2.52	2.54	2.50
<b>Violencia física y verbal</b>			
13. Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros.	2.15	2.54	1.62
26. Las peleas con mi pareja llegan a la violencia física.	1.31	1.72	0.75
27. Si algo sale mal en casa, nos desquitamos con la misma persona.	2.00	2.00	2.00

**Tabla 10.** Frecuencias de las últimas preguntas del instrumento de Funcionamiento Familiar.

¿Qué miembro de la familia es el que la mayoría de las veces, o en mayor proporción realiza las siguientes actividades?:	Papá	Mamá	Otra persona de sexo masculino	Otra persona de sexo femenino
47. Tomar las decisiones más importantes		X		
48. La comida		X		
49. Sostener económicamente a la familia	X			
50. Reprender a algún miembro de la familia cuando comete una falta		X		
51. Revisar las tareas de los hijos		X		
52. Hablar con alguno de la familia cuando no llega a la hora convenida		X		
53. Arreglar los pequeños desperfectos de la casa (Ej. Un foco fundido, una silla rota, una llave descompuesta, etc.)	X			
54. Enseñar hábitos higiénicos como lavarse los dientes, las manos, bañarse, enseñar a los niños pequeños a ir al baño, etc.	X	X		
55. Cuando alguien sale de la casa tiene que avisar a		X		X
56. ¿Qué miembro de la familia es la persona más reconocida y tomada en cuenta?		X		

En la subescala de relación de pareja los reactivos tuvieron una media entre 3.42 y 3.73, los cuales son considerados como altos, el único reactivo que tuvo una media menor a 2.5 fue: “las relaciones sexuales con mi pareja son buenas (pregunta 11)” con una media de (2.05) (ver tabla 9).

En la subescala de comunicación los reactivos que presentan una media menor a 2.5 fueron los siguientes:

- (Pregunta 2). Es difícil llegar a un acuerdo con mi familiar (1.57)
- (Pregunta 22). En mi familia es difícil solucionar problemas (1.84)

En la subescala de cohesión el reactivo que tuvo una media menor a 2.5 fue: “Cuando tengo algún problema los miembros de mi familia son capaces de entender como me siento (pregunta 6) (2.26)”.

En la subescala de falta de reglas y apoyo los reactivos con una media menor fueron:

- Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros (1.94) (pregunta 10).
- Las normas familiares están bien claras (1.10) (pregunta 25).
- Las normas familiares no se discuten, se cumplen (2.10) (pregunta 37)

En la subescala de autonomía el reactivo que presentó una media menor fue: “ En mi familia se inculca que cada uno debe valerse por sí mismo (2.47) (pregunta 34)” (ver tabla 9).

En cuanto a las últimas preguntas del cuestionario de funcionamiento familiar (pregunta 47-55) la mayoría de los padres y las madres contestaron que el papá la mayoría de las veces o en mayor proporción realiza las siguientes actividades: sostener económicamente a la familia y arreglar los pequeños desperfectos de la casa (ej. un foco fundido, una silla rota, una llave descompuesta, etc.)

Por otro lado la mayoría de los padres y las madres contestaron que la mamá la mayoría de las veces o en mayor proporción realiza las siguientes actividades: tomar las decisiones más importantes, la comida, reprender algún miembro de la familia cuando comete una falta, revisar la tarea de los hijos, hablar con alguno de la familia cuando no llega a la hora convenida, también que la mamá es la persona más reconocida y tomada en cuenta dentro de la familia (ver tabla 10).

### **Análisis de la U de Mann W del Funcionamiento Familiar**

Se obtuvo la U de Mann Whitney para conocer si existen diferencias entre madres y padres en cuanto a las subescalas del funcionamiento familiar, sin embargo, no existen diferencias en ninguna de las escalas comparadas con un nivel de significancia de 0.05 (ver tabla 11).

**Tabla 11.** Muestra la U de Mann Whitney de las áreas de Funcionamiento Familiar.

<b>Area</b>	<b>U de Mann</b>	<b>Z</b>	<b>Nivel de significancia</b>
<b>Cohesión</b>	40	-.33	.778
<b>Reglas</b>	39	-.415	.717
<b>Comunicación</b>	43.5	-.041	.968
<b>Tiempo C.</b>	32	-1.006	.351
<b>Roles</b>	43.5	-.041	.968
<b>Autonomía</b>	40.5	-.290	.778
<b>Autoridad</b>	40.5	-.296	.778
<b>Violencia</b>	25.5	-1.534	.129
<b>Pareja</b>	42	-.170	.904
<b>Organización</b>	42.5	-.126	.904

## Entrevista semi-estructurada (análisis cualitativo)

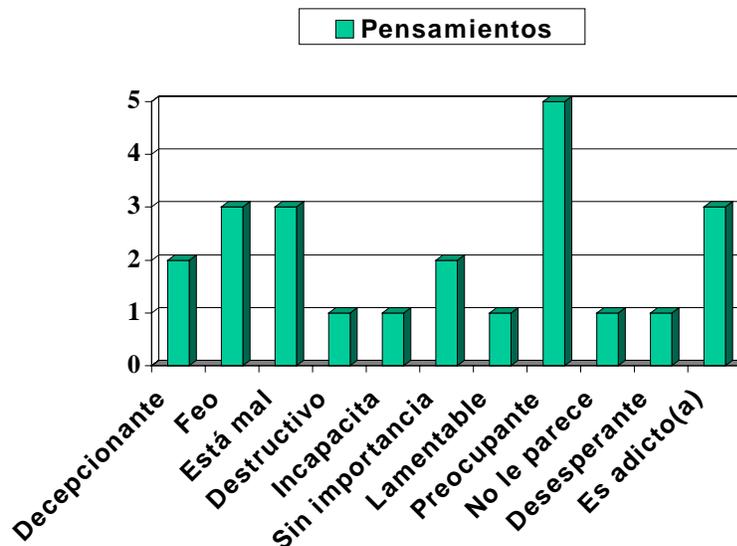
Como apoyo a la aplicación de los instrumentos y para obtener información más completa se realizó una entrevista semi-estructurada que aborda los siguientes puntos: pensamientos de los padres acerca del consumo de sus hijos, cambios que perciben los padres que presentan sus hijos, y de estos cambios cuál es el que más les preocupa, factores que creen los padres que influyeron para el inicio del consumo, ¿cómo se ha visto afectada la relación familiar?, situaciones a consecuencia del consumo, ¿cómo se sintieron los padres al enterarse del consumo?, ¿qué fue lo primero que pensaron? y, ¿qué hicieron?

### Pensamientos de los padres acerca del consumo de sus hijos (adolescentes)

Lo que piensan la mayoría de los padres de adolescentes usuarios de alcohol y drogas en general del consumo es que: es decepcionante, lamentable, está mal, es preocupante y existe temor a que el consumo se convierta en adicción, incluso algunos padres creen que su hij@ es un drogadict@, aún desconociendo que posiblemente es usuario experimenta (Ver figura 12).

Existe la creencia de que consumir alcohol es menos grave que consumir drogas porque es más aceptado socialmente y por la creencia de que las consecuencias asociadas son más peligrosas en el caso de las drogas.

**FIGURA 12.** Muestra el número de menciones de los pensamientos que presentan los padres de familia al enterarse del consumo de su hijo.



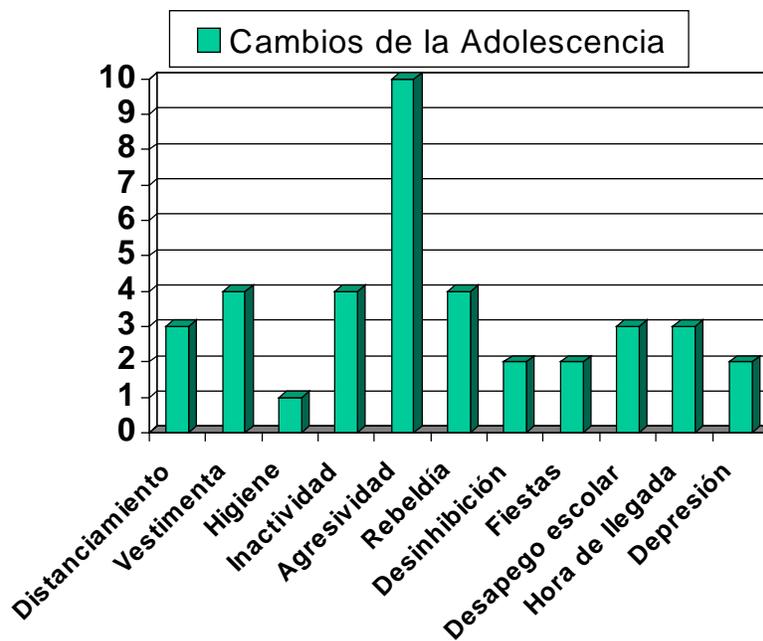
El padre de un usuario que consume marihuana mencionó que “no le parece el consumo de su hijo, porque él también consumió drogas cuando era joven y dejó de hacer muchas cosas por el consumo”.

La madre de un usuario de marihuana opinó que: “el consumo de su hijo es destructivo, lo incapacita para vivir una vida normal y resolver sus problemas de forma correcta”.

### Cambios que perciben los padres que presentan sus hijos

La mayoría de los padres de familia han notado mayor distanciamiento de su hijo, irritabilidad, apatía, rebeldía, agresividad, problemas en la escuela, desacuerdos en la hora de llegada, la salida a fiestas frecuentemente (Ver figura 13).

**FIGURA 13.** Muestra el número de menciones de los cambios que los padres han notado en su hijo(a) en la etapa de la adolescencia.



Una madre de un usuario de mariguana refirió: “estoy preocupada por el aspecto de mi hijo, su forma de vestir, su higiene, de un tiempo para acá ya no quiere hacer nada y no se baña, se pone la ropa sucia”.

Una madre de una usuario de inhalables: “ha notado que su hija a partir de que pasó al segundo año de secundaria, es más rebelde, ya no permite que se le hagan demostraciones de afecto como abrazarla o besarla, es más agresiva, cree que la vida es fácil”.

Un padre menciona que: “los cambios que ha notado en su hija es que ya no respeta la hora de llegada, en la escuela le llaman mucho la atención y tiene bajas calificaciones, tiene desapego escolar y una actitud de (me vale todo), siente que los límites no le quedan claros.

### ¿Qué cambio es el que les preocupa a los padres de familia?

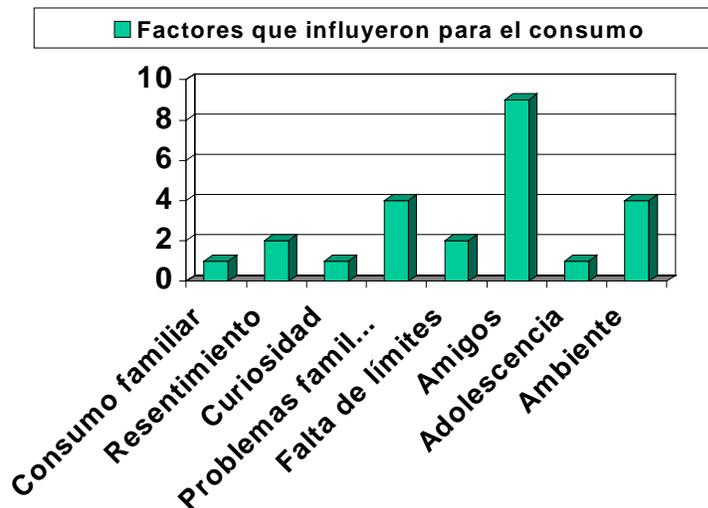
El 95% de los padres les preocupa el consumo, menos una madre que reportaba que le preocupaba más el trastorno de personalidad que presentaba su hijo. Algunas de las razones por las cuales les preocupa el consumo son las siguientes: temor a que su hijo haga algo indebido, temor a que el consumo se convierta en adicción y el incumplimiento de las metas del adolescente a futuro a causa de éste, además de las consecuencias negativas que se podrían presentar por dicho consumo.

Un padre refiere que: “considera que esta situación es muy preocupante ya que de continuar consumiendo podría convertirse en adicción, que debido a esto ha descuidado su aspecto personal, ha bajado su rendimiento escolar, vuelve a casa de su mamá por la madrugada y ha tenido problemas con la policía”.

### Factores que influyeron para el inicio del consumo

La mayoría de los padres aseguró que el consumo se debía a los siguientes factores: amigos, consumo de alguno de los padres o algún familiar cercano, resentimiento hacia la madre o el padre, curiosidad, problemas familiares (divorcios, infidelidad, etc), y falta de límites (Ver figura 14).

**FIGURA 14.** Muestra el número de menciones de los factores que los padres creen que influyeron en el inicio del consumo de su hijo(a).



Un padre de un usuario “piensa que lo que pudo haber influido para que su hijo consumiera, es el divorcio de ellos, los constantes cambios de casa y la falta de vigilancia materna”.

#### ¿Cómo se ha visto afectada la relación familiar?

En la mayoría de las entrevistas se reportó que la relación familiar se ha visto afectada en cuanto que el ambiente es denso, existe tensión, en ocasiones discusiones acerca del consumo, descuido hacia otros hijos, algunas madres mencionan que se ve afectada la comunicación.

#### Situaciones a consecuencia del consumo

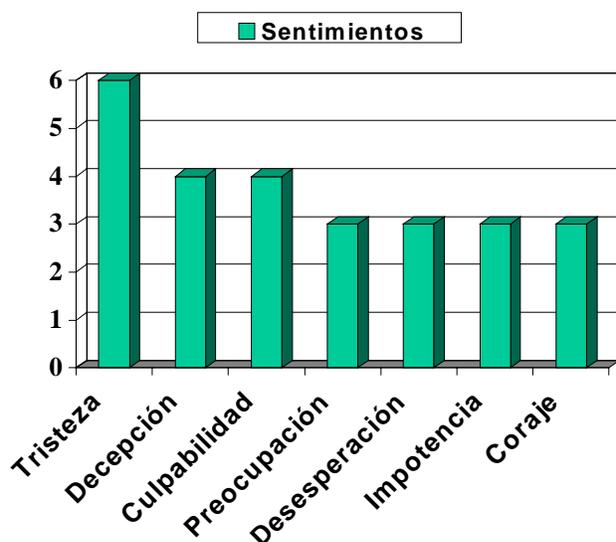
La mayoría de los padres no refiere consecuencias graves asociadas al consumo, dentro de las consecuencias negativas se mencionan: discusiones por consumir en casa, solo un padre refirió que su hijo llegó bajo el efecto de la sustancia, una

pareja que mencionó que su hijo había robado una panadería y una pareja que mencionó que su hijo había tenido problemas con la policía. Sin embargo, cabe mencionar que muchas veces los padres no están enterados de las consecuencias asociadas al consumo y solo se percatan de algunas consecuencias, muchas de estas a nivel familiar.

### ¿Cómo se sintió al enterarse del consumo?

Los sentimientos que se presentan generalmente en los padres cuando se enteran del consumo son los siguientes: tristeza, decepción, culpabilidad, preocupación, irritabilidad, impotencia, sentimiento de que el mundo se les viene encima, enojo y miedo de las consecuencias que el abuso de sustancias puede traer (Ver figura 15).

**FIGURA 15.** Muestra el número de menciones de los padres al referirse a los sentimientos que se presentaron al enterarse del consumo.



Una madre mencionó lo siguiente: “me sentí triste, se siente muy feo, porque no sabe uno que hacer, en qué falló, tiene uno sentimientos encontrados, porque creía que eso pasaba en familias disfuncionales, impotencia de no saber como ayudarlo, frustración, por qué a nosotros, no lo podía creer”.

Una madre refiere que: se sintió muy mal, no sabía que hacer, pensaba en que ellos mismos (sus padres) lo habían orillado a eso, sintió coraje, impotencia, tristeza.

Otra madre comenta que se sentía preocupada, decepcionada, angustiada y triste; tanto que quería matarse, sentía que el mundo se le venía encima, que ya no tenía caso seguir aquí en este mundo.

### ¿Qué fue lo primero que pensó?

La mayoría de los padres se hacen preguntas tratando de buscar una explicación al consumo de sus hijos, cuales son las causas del consumo, piensan en las consecuencias que el consumo de sustancias trae consigo, se preguntan como podrían ayudar a su hijo. Las preguntas más usuales son: ¿porqué consume mi hijo? ¿porqué lo hace si lo tiene todo? ¿qué hago al respecto? ¿en qué fallé como padre?

Una madre refiere lo siguiente: ¿cómo podré apoyar a mi hijo?, ¿qué debo hacer al respecto? Menciona “nos pasó por alguna razón, tal vez esto tiene una enseñanza. Se preguntaba ¿porqué? no es justo lo que estaba sucediendo.

Un padre de familia menciona que su esposa le había dicho que su hijo estaba consumiendo, sin embargo no le dio mucha importancia ya que consideraba que era cosa de su esposa y que como ya no podía con su hijo ahora le echaba el paquete a él, incluso él en su juventud consumió alguna vez, por lo cual consideró que seguramente era un consumo ocasional.

Un padre pensó que le faltan límites a su hijo, que la madre no los sabe poner porque ella misma no los tiene.

Otro padre menciona que no le gustaría que su hijo pasara por lo mismo que él, dice que entiende que es hombre y se quiere divertir, pero que preferiría que tomara alcohol y no drogas.

### ¿Qué hizo al enterarse del consumo?

La mayoría de los padres actúan de forma emocional y confrontativa al enterarse del consumo: iniciando discusiones, regaños, castigos, a veces existen insultos o golpes. Algunos padres hablan con su hijo acerca del consumo de algún familiar o conocido y mencionan las consecuencias de este consumo.

Una pareja (padre y madre) comenta que lo que hicieron fue que tuvieron una discusión con su hijo y le preguntaron ¿porqué lo haces?, al no encontrar respuesta por parte de su hijo su padre le dio una cachetada, su madre sólo le hacía preguntas acerca del porqué de su comportamiento y se puso a llorar, después de un momento de sobresalto lo que hizo su padre fue que se salió de su casa a correr y a llorar.

Una madre al enterarse del consumo de su hija la va a esperar a la hora de salida de la escuela, en cuanto la vio le dio un par de cachetadas y la regañó, diciéndole

que porque le hacía eso, que si no se daba cuenta de que se estaba haciendo daño.

Una señora al enterarse del consumo de su hijo le pide irse de la casa, que lo dejaría volver si el dejaba de consumir, ya que no concebía la idea de que su hijo pudiese morir de esa forma.

Otra señora le dijo a su hija – eres una drogadicta, te va a dañar el cerebro, ¿qué más haz hecho, con cuántos te has acostado?

### ¿Cómo se ha sentido a consecuencia del consumo de su hij@?

La mayoría de los padres de familia presentan sentimientos de: preocupación, desesperación, irritabilidad, están a la expectativa, incertidumbre, tristeza, cansancio, decepción y muchas veces sienten haber fallado como padres (culpabilidad), algunos padres presentan insomnio.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La forma de enfrentar más empleada en los padres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas es Involucramiento (que incluye conductas emocionales, controladoras, confrontativas y apoyadoras), lo cual corrobora un estudio previo (Natera, Mora & Tiburcio, 2003). Esto podría deberse a la importancia que se le otorga a la familia en la cultura mexicana (Natera, Mora & Tiburcio, 1998), y a la creencia de que un consumo de sustancias podría deberse a la falta de cohesión familiar o que sólo en las familias disfuncionales puede ocurrir el consumo de sustancias adictivas, como lo supone la teoría sistémica.

Los padres de familia tienden a presentar acciones de Involucramiento que tienen que ver con: aclararle al adolescente que su forma de consumir alcohol o drogas le molesta y que tiene que cambiar, aclararle al adolescente cuáles son sus expectativas y que tiene que hacer para contribuir en la familia, sugerirle alternativas para cambiar e insistirle que deje de consumir alcohol o drogas.

Estas acciones son de tipo confrontativo, (Natera, Orford, Tiburcio & Mora, 1998) por lo cual los padres están expresando al adolescente su posición hacia el consumo, aclarándole que no están dispuestos a tolerarlo. Lo cual supondría que le están poniendo límites firmes al adolescente y se intenta hacer entrar en razón al usuario. Se supondría que este tipo de acciones pueden traer ventajas a los padres como: que no se están dejando manipular, podría ser un método eficaz para ayudar a cambiar al usuario, sin embargo se corre el riesgo de alejar al usuario.

Las acciones que mayormente presentaron los padres en cuanto al estilo de enfrentamiento de Tolerancia fueron que se han sentido asustados y desesperados para hacer algo con respecto al consumo de su hijo(a), por lo cual denota acciones de inacción a causa de un temor a actuar de una forma adecuada, por lo cual los padres presentan una necesidad de orientación acerca de las conductas que ellos emiten que pueden favorecer la disminución del consumo de sustancias de su hijo(a) adolescente.

Con respecto al estilo de enfrentamiento de Retiro existe un reactivo que dice lo siguiente: "Ha defendido o apoyado a su hijo(a) cuando otros lo(a) han criticado", en el cual los padres responden que han realizado esta acción en mayor proporción. Sin embargo, este reactivo se acerca más a la definición del estilo de Involucramiento, pero en este estudio se retomó el análisis factorial que coloca a este reactivo en la subescala de Retiro. Por lo que se propondría hacer un análisis más actual para corroborar que el reactivo es de Retiro o de Involucramiento.

Uno de los objetivos era demostrar si existen diferencias entre hombres y mujeres y lo que se encontró fue que no existen diferencias en los estilos de enfrentamiento entre madres y padres.

Sin embargo, las madres emiten más conductas de control, suponiendo que ellas presentan un carácter mayormente aprehensivo en comparación con los padres por las exigencias de la sociedad de tener todo bajo control en el núcleo familiar.

Los padres presentan una tendencia a alentar a su hijo a hacer un juramento o a prometer no beber o tomar drogas, lo cual supone que los padres están acostumbrados a hacer este tipo de juramentos y se refuerza entre ellos a realizar esta acción.

En lo que se refiere al estilo de enfrentamiento de Tolerancia los padres le han restado importancia a la forma en que su hijo consume en mayor proporción que las madres, por lo que los varones hacen esto porque es más permisible entre ellos realizar esta conducta y su percepción es que el consumo de sustancias es menos importante en comparación con las mujeres, además puede ser que algunos de los padres hayan estado en la misma situación que sus hijos adolescentes.

En cuanto al estilo de enfrentamiento de Retiro, las madres tienden a involucrarse un poco más que los padres, porque en muchas ocasiones son las que se preocupan más por el bienestar de los hijos y pasan mayor tiempo con ellos, mientras que los padres se desprenden más de los problemas de tipo familiar.

En cuanto a los síntomas, se presentan mayor número de síntomas psicológicos que físicos, lo cual puede suceder porque están a la expectativa de lo que pueda ocurrir con su hijo y constantemente se preguntan si su hijo se encuentra consumiendo y tienen temor de que le vaya a ocurrir algo a consecuencia de su consumo.

La razón por la cual existen mayor número de síntomas psicológicos, es porque los padres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas están asimilando que su hijo es un usuario de sustancias, y apenas se enteraron de un consumo. En estos casos, la severidad del problema no es tan grave como lo podría ser en un adulto que presenta una historia de consumo mayor que un adolescente que tiene menor cantidad de años consumiendo o solamente consumió de forma experimental. Por lo que los síntomas físicos, en mi opinión, requieren una cronicidad del evento estresante.

Existen diferencias en cuanto a los síntomas psicológicos entre padres y madres, teniendo las madres un mayor número de síntomas psicológicos. Así, las madres presentan mayormente desesperanza, inquietud, culpa, pensamientos fijos y pérdida de interés en casi todas las cosas. Lo que podría deberse a que las madres mexicanas se preocupan mucho por sus hijos y están al pendiente de ellos por el rol de género característico de nuestro país, así la madre funge como cuidadora de los demás miembros de la familia cuando tienen un problema de salud y se le responsabiliza si existen dificultades en el núcleo familiar como lo

puede ser el consumo de alguno de sus miembros (Natera, Mora & Tiburcio, 2003).

La teoría estrés-enfrentamiento supone que el consumo de alcohol y otras drogas es un problema que no es provocado por la familia, y que el familiar de un usuario de alcohol o drogas está pasando por una situación estresante que requiere apoyo y orientación para su propio bienestar y no necesariamente el bienestar del usuario de sustancias (Tiburcio & Natera, 2003).

Sin embargo, en una investigación sobre la influencia del ambiente familiar en adolescentes se comprobó que la estructura familiar, comunicación y cohesión estaban relacionados con el nivel de consumo de los adolescentes, y se llegó a la conclusión que la mala relación familiar y falta de comunicación entre padres e hijos constituyen un factor de riesgo para el abuso de alcohol. Además la ruptura de la familia por divorcios y separaciones coloca al adolescente en una situación incómoda en donde se puede propiciar que los padres en el intento de ganarse el cariño y aprobación de los hijos se inclinan a ser permisivos, por lo que existen límites poco claros, por lo cual el consumo de alcohol es muy atractivo en esta situación (Senra, 2003).

En conclusión, la familia puede fungir como factor de riesgo y/o protección en cuanto al consumo de los hijos, sin embargo esto no es determinante en su conducta, pero no cabe duda de que a los familiares del adolescente usuario de sustancias, en este caso los padres, les afecta en gran medida esta situación estresante.

En lo referente al Funcionamiento Familiar no existen diferencias entre madres y padres. Sin embargo, en cuanto a reactivo los de la dimensión de violencia son mayores en las mujeres, es decir, que las madres perciben en mayor proporción la violencia existente en su familia o son más sensibles en cualquier situación.

La relación de pareja parece que es de calidad, la pareja comparte intereses, los miembros se sienten queridos y valorados. Sin embargo, en relaciones sexuales no dieron una buena respuesta.

En la comunicación se menciona que en pocas ocasiones es difícil llegar a un acuerdo con la familia y en pocas ocasiones es difícil solucionar problemas.

Se obtuvo en menor proporción que cuando tienen algún problema los miembros la familia son capaces de entender como se sienten, en este caso se denota una carencia de empatía por parte de los miembros de la familia o una falta de comunicación de sentimientos.

En la falta de reglas y apoyo existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de los miembros, tampoco las normas familiares están claras.

En lo referente a la autonomía en pocas ocasiones se dice que en la familia se inculca que cada uno debe valerse por sí mismo. Esta dimensión está relacionada con el grado en el cual se fomenta en la familia que cada uno de los miembros sea independiente, pueda resolver por sí mismo sus problemas y tome sus propias decisiones.

En muchos de los casos y de las entrevistas semi-estructuradas las madres fomentaban en pocas ocasiones la autonomía de sus hijos, haciendo por ellos actividades que ellos mismos podían realizar o responsabilizándose de sus actos, trataban de resolver los problemas de sus hijos, sin dejar que ellos mismos los resolvieran.

En general las escalas tuvieron puntuaciones altas en las características positivas, sin embargo puede haber influido la deseabilidad social que se refiere a que las personas quieren dar una buena impresión en lo que se responde en los cuestionarios.

Por otro lado, como se puede observar los roles de género están estereotipados porque la mamá se encarga de actividades relacionadas con labores del hogar como hacer la comida, la crianza de los hijos, y es la persona más tomada en cuenta dentro de la familia, por lo que existe la creencia de que la madre tiene que cumplir con estas actividades. El padre de familia funge como proveedor y se encarga de las labores pesadas en el hogar, por lo cual esta repartición de actividades es característica de los roles de género de nuestro país.

En las familias con un adolescente usuario de alcohol o drogas, de acuerdo al funcionamiento familiar, se presentan dificultades de comunicación de sentimientos, las reglas no son claras, existe poco respeto en las decisiones que cada quién toma. Por lo que sería importante implementar en un futuro alguna intervención para padres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas, que tome en cuenta habilidades de comunicación, solución de problemas y establecimiento de límites.

Existe la creencia de que el consumo de alcohol es menos grave que el de drogas porque es más aceptado socialmente y por la creencia de que las consecuencias asociadas son más peligrosas en el caso de las drogas, lo cual se corrobora en un estudio anterior (Natera, Mora y Tiburcio, 2003).

Los cambios que les preocupan a los padres de familia al inicio de la adolescencia y por los cuales han presentado conflictos son los siguientes: existe mayor distanciamiento, el hecho de que no permiten demostraciones de afecto como en la infancia, preocupación por su forma de vestir, su higiene, la apatía, poca motivación, irritabilidad, rebeldía, desapego escolar, agresividad, la hora de llegada. El cambio que más le preocupa a los padres de familia es el consumo de alcohol y otras drogas.

La mayoría de los padres de adolescentes mencionaron que lo que influyó para que sus hijos iniciaran su consumo de alcohol o drogas fue lo siguiente: los amigos, consumo de padres o algún familiar, resentimiento hacia la madre o el padre, mala relación con alguno de los padres, problemas familiares como divorcio, falta de vigilancia, infidelidades, y darle todo económicamente sin merecerlo.

Los sentimientos que presentan los padres en general, que giran alrededor del consumo fueron los siguientes: tristeza, decepción, culpabilidad; y en menor número de menciones fueron: preocupación, desesperación, impotencia y coraje.

Se observó que los padres al enterarse del consumo reaccionan de forma emocional y se preguntan en qué fallaron como padres, se sienten decepcionados y tienen incertidumbre con respecto al futuro de su hijo, muchos de ellos piensan que su hijo es un adicto.

El estilo de enfrentamiento controlador se mencionó en múltiples ocasiones en los padres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas. Muchos de los padres tienen la creencia de que les hizo falta límites a sus hijos y comenzaron a: restringir permisos, aumentar la vigilancia, acudir a la prohibición de amigos, esculcar o buscar en sus cosas para cerciorarse de que no tuvieran droga.

En cuanto al estilo de enfrentamiento tolerante, en algunos casos los padres reportan que existen inconsistencias en la enseñanza a sus hijos a esforzarse para obtener algo para su beneficio.

En adición a lo anterior, algunos padres al enterarse del consumo acuden a la sobreprotección porque quieren impedir que su hijo vuelva a consumir y tienen el deseo de evitar que su hijo sufra o le suceda algo desagradable a raíz del consumo o alguna otra situación estresante, es decir, se tiene el temor de que los adolescentes cometan sus propios errores y a su vez aprendan a resolver problemas.

Muchos padres empleaban el enfrentamiento apoyador y acompañaban a su hijo a tratamiento e impulsaban al adolescente a asistir regularmente. Así como también otros padres pensaban que les hacía falta manifestar apoyo y afecto e intentaban hacerlo más frecuentemente.

## **Limitaciones**

En cuanto a las limitaciones el número de sesiones fue escaso, lo cual dificultó profundizar más en la entrevista semi-estructurada. En las primeras entrevistas a padres y madres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas fue difícil el acercamiento porque se tenía poca experiencia, al paso del tiempo se pudieron obtener mejores entrevistas.

Con respecto a las sugerencias surgen algunas dudas en cuanto a si existen diferencias entre padres que asisten a tratamiento de los que no asisten. Porque en el caso del presente estudio sólo se tuvo acceso a aquellos padres que se tomaron la molestia de asistir a una sesión de evaluación, aunque no haya existido intervención.

La edad del adolescente usuario de sustancias, puede tener relación con la forma como los padres actúan con respecto al consumo, un ejemplo que podría considerarse, es que a menor edad, mayor control y a mayor edad menor posibilidad de control por parte de los padres, por lo que sería interesante conocer este tipo de variable y hacer este estudio en un futuro.

Sería de gran importancia conocer la relación existente de las creencias de los padres y los estilos de enfrentamiento, un ejemplo sería la creencia de algunos padres al enterarse del consumo de sus hijos, anteponiendo la etiqueta de drogadicto a todo aquel que tenga un contacto con alguna droga, aunque sea experimental, sin conocer tal vez lo que es el proceso de adicción, y que no necesariamente sus hijos son adictos a alguna sustancia adictiva.

Como sugerencia se propone observar la relación del patrón de consumo con los estilos de enfrentamiento, porque se tiene el supuesto de que a mayor severidad de consumo se modifica la forma de actuar ante este problema. Se supone lo anterior porque en el presente estudio se percibieron diferencias en cuanto a la forma de enfrentar de algunos padres con relación a la frecuencia del consumo de los adolescentes, esto es en relación a la percepción de los padres cuando se percatan de los efectos del consumo en los adolescentes.

En el futuro se propone continuar con este trabajo tomando en cuenta los estilos de enfrentamiento, los síntomas físicos y psicológicos y el funcionamiento familiar para llevar a cabo una intervención para padres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas, para así mejorar su calidad de vida, tratar su bienestar físico y psicológico y mejorar el funcionamiento familiar que tendrá efectos tanto en los padres de familia como en el adolescente usuario de sustancias.

## REFERENCIAS

- Abrams D; Niaura, R (1987). Social Learning Theory. Psychological theories of Drinking and Alcohol. New York Guilford Press. (131-172).
- Acebedo M; Carreño S; Juarez F; López E; Rojas E; Villatoro J. (1993). Percepción de riesgo del uso de drogas en una muestra de estudiantes del D. F. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Akerman N. (1985). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Alvarado A. (2005). La conducta antisocial en adolescentes, su relación con el entorno familiar y la percepción de riesgo social, una base para la prevención de conductas delictivas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Andrade-Palos, P. (1998). El ambiente familiar del adolescente. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.
- Atri R. (1987). Confiabilidad y validez del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF). Tesis de Maestría. Universidad de las Américas, A. C. Centro de estudios universitarios.
- Bandura A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, Vol. 37, 122-147.
- Bandura A (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beavers W. Hampson R, Hulgus Y. (1985). Commentary: The beavers system approach to family assesment. Family Process, 24: 395-405.
- Berenzon S; Carreño S; Galván J; Juarez F; López E; Medina-Mora M, Rojas E; Villatoro J. (1994). Actos antisociales, su relación con algunas variables sociodemográficas el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Berenzon S; Carreño S; Juarez F; López E; Medina-Mora M, Rojas E; Villatoro J. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

- Berenzon S; Carreño S; Galván J; Juárez F; Medina-Mora M, Nequis G; Olmedo R; Ortiz E; Rojas E. (1994). Prevalencia del consumo de drogas en la población escolar. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 192-197
- Black N. (1994). Drug use, drug trafficking, and weapon carrying among low-income. African-American, early adolescents boys. *Pediatrics*. Vol. 93(6) 1065-1072.
- Brook J. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach, en genetic, social and general psychology. *Monographs* 116 (Whole No2).
- Castro M; Rojas M; Serna J. (1988). Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los colegios de bachilleres. *Salud Mental* V:11 No. 1 marzo. 35-47
- Collins, R. (1990). Family Treatment of alcohol abuse: Behavioral and systems perspectives. *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives*. New York. Guilford press. 285-308
- Craig G. (2001). *Desarrollo Humano*. Pearson Educación. Edo. de México.
- Delval J. (1994): *El desarrollo humano*. Siglo Veintiuno de España. Editores, S. A. Madrid, España.
- Dishion T, MacMahon R. (1998). Parental monitoring and the prevention of problem behavior. A conceptual and empirical reformulation. *Research Monography: NAIDA*
- Encuesta Nacional de Adicciones (1988). Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones. Secretaría de Salud. México.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2000). Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología & Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Eptein N. Baldwin L, Bishop D. (1987) The McMaster family assessment device. *Marital Family Therapy* 9: 171-180.
- Farrington D. (1994). Childhood, adolescent and adult factor of violent males. En L. R. Huesmann (Ed.). *Agresive behavior: Current perspectives*: 225-240. New York: Plenum.

- Feraschut G. (1970). Patología y terapia del grupo familias. Actas del 1er. Congreso Argentino de psicopatología del grupo familiar. Buenos Aires, Argentina.
- Fishman, H: Stanton, M & Rosman, B (1982). Treating families of adolescent drug abusers. The family therapy of drug abuse and addiction (335-357). New York: Guilford Press.
- Florenzano, R. (1982). El concepto de ciclo vital de Erick Erikson. Documento de Trabajo CEAP No. 2, noviembre.
- Florenzano, R. (1983). Ciclo vital familiar e intervención en crisis. Documento de Trabajo CEAP. No. 13, diciembre.
- Florenzano, R. (1983). Prevención primaria de las dependencias químicas. Descripción de un proyecto en Santiago. Chile. Bol. 95(2): 142-155
- Freixa I, Sanfeliu F. (2000). La reconsideración de las experiencias adversas de los que conviven con un alcoholíco/a como recurso socioterapéutico: Un hito a asumir, la codependencia. Revista Española Drogodependencias. Vol. 25(3): 235-241
- Fuentes, M. Leñero, O. López M., Morales L., Huirán R., Moreno S., González T. Boltvinik J & Incháustegui R. (1996). La familia: investigación y política pública. Día Internacional de la Familia Registro de un Debate. México: El Colegio de México.
- Glynn, T. (1984). Adolescent drug use and the family environment: a review. Drug Issues 14(2). 271-295
- Glynn, T. (1982-1983). Families and drug: A life-span research approach. Am. J. Drug Alcohol Abuse 9(4): 397-412.
- Gómez, F.J. y Villar, T.P: (2001). Los padres y Madres ante la Prevención de Conductas Problemáticas en la Adolescencia. La Aplicación del Program Construyendo Salud: Promoción de Habilidades Parentales. Madrid. Ed. CEAPA.
- González C. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología UNAM.
- Goodwin D. (1977) Psychopatology in adopted and nonadopted daughters of alcoholics, en Archives of General psychiatry 34: 1005-1007.
- Goodwin D. (1985) Alcoholism and genetics: The sins of the fathers, en Archives of General psychiatry 42: 171-174

- Grinder, R. E. (1987). *Adolescencia*. México. Ed. Limusa.
- Hadley J. Holloway E, Mallinckrobt B; (1993). Common aspects of object relations and self-representations in offspring from disparate dysfunctional families. *J Counseling Psychology*, Vol. 40(3): 348-356
- Hawkins, J., Catalano R. , Miller, j. (1992): Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*. 112, 64-105.
- Jacob T, Krahn G. (1988). Marital interactions of alcoholic couples: Comparison with depressed and nondistressed couples. *J Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 56: 176-181.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, Vol. 48 117-126.
- Johnson G, Shoutz F. Locke T. (1988). Relationships between adolescent drug use and parental drug behaviors. *Adolescence* 19: 295-299.
- Juárez, G. (1999). Predictores de la conducta antisocial y su relación con el uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes de enseñanza media y media superior. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
- Kazdin A. (1984). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Ed. Manual Moderno, México.
- Lagarde M. (1990). *Cautiverios de las mujeres: Madresposas, Monjas, Putas, Presas, Locas*. Colección Posgrado, UNAM. México.
- Lazarus R; Folkman S. (1991): *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Roca. México, D. F.
- León G; Medina-Mora M; Nazar A; Salvatierra B; Tapia R; Villa A. (1994). Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. *Salud Pública de México* (abril-octubre) 646-653
- Lewis, r, Piercy, F Sprenkle, D & Trepper, t. (1990). *The purdue Brief family model for adolescent substance abusers. Family therapy with adolescent substance abusers*. New York: Allyn & Bacon.
- López, R. A. (2001). *El perfil sociodemográfico de los hogares en México 1976-1997*: México: Consejo Nacional de Población.

- McCrady B. (1986). The family in the change process. Treating addictive behaviours. Process of change. New York.
- McCrady B, Epstein E. (1995). Marital therapy in the treatment of alcoholism. Clinical handbook of marital therapy 2<sup>nd</sup>. Edition. New York Guilford Press.
- Mccrady B, Epstein E. (1999). Addictions. A comprehensive Guidebook. New York Oxford.
- Mcdonald, D. (1989). Drugs, Drinking and Adolescents, 2<sup>nd</sup>. Ed. Chicago. Year Book.
- McDermot D. (1984). The relationship of parental drug use and parents attitude concerning adolescent drgu use to adolescent drug use. Adolescence. 19: 89-97
- Marlatt, G, Gordon, R. (1985): Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York Guilford Press.
- Martínez K; Ayala, H. (2003): Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología UNAM.
- Meyers, R; Miller, W. (2001) A Community Reinforcement Approach to Adiction Treatment. Cambridge University Press.
- Milller, N. (1991). Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction. The family in drug and alcohol addiction. Ed. Dekker. New York, United States 851-876
- Miller, W (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. Psychological Bulletin. 98, 84-107.
- Minuchin S, Fishman H. (1984). Técnicas de terapia familia. Buenos Aires, Paidós, 1984.
- Medina- Mora M, Ortiz A. López S. (1982). Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos. Salud Mental. 5(1): 77-81.
- Mora J; Natera G; Palos P. (1994). Escala de síntomas "Symptom Rating Test" (SRT) en estudiantes mexicanos de nivel medio superior. Salud Mental Vol. 17(3) 15-23.

- Natera G. (1989). Patern of consumption in offspring related to parents drinking. Trabajo presentado en el 18<sup>th</sup>. Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Toronte, Canada. Mayo 30. Junio 5.
- Natera G.; Mora J.; Tiburcio M. (1999): Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental*, 22(Número especial): 114-120.
- Natera G.; Mora J.; Tiburcio M. (2003): El rol paterno frente al consumo de alcohol y drogas de sus hijos varones: Un estudio cualitativo. *Hispanic Health Care International*, Vol. 2(2). 81-91.
- Natera G.; Tiburcio M. (2003): Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto. *Salud Mental*, Vol.26(5): 33-42.
- Natera G.; Orford J.; Tiburcio M.; Mora J. (1998): Prevención del consumo de alcohol y drogas en el trabajador y sus familiares. Manual para el Orientador. OIT/OMS/SSA/IMP, México.
- Natera G.; Casco M.; Nava A. (1990): Respuestas naturales de la familia al uso y abuso de alcohol y drogas. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, reseña de la V Reunión de investigación, 1( ) 40-47.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1999). Principles of Drug Addiction treatment: A Research-Based Guide. NIH Publication No. 99-4180. Rockville, MD: NIDA; National Institutes of Health.
- Noller P; Callan V. (1991). *The adolescent in the Family*. Routhedge, Londres.
- Noriega G, Ramos L. (2002). Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD). *Salud Mental*. Vol. 25(2). Abril. 38-48.
- Olson D. (1986). Circumplex model VII: validation estudios and FACES II Family Process, 25: 337-351.
- Orford J.; Natera G.; Davies J.; Nava A.; Mora J.; Rigby K.; Bradbury C.; Copello A.; Velleman R. (1998): Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*, 21 (1): 1-13.
- Orford J.; Natera G.; Davies J.; Nava A.; Mora J.; Rigby K.; Bradbury C.; Bowie N.; Copello A.; Velleman R. (1998): Toletate, engage or withdraw: A study of the structure of family coping in South West England and Mexico City. *Addiction* 93(12): 1799-1813.

- Orford J.; Natera G.; Velleman R.; Copello A.; Bowie N-; Bradbury C.; Davies J.; Mora J.; Nava A.; Rigby K.; Tiburcio M. (2001): Ways of coping and the health of relatives facing drugs and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction* 96(5): 761-774.
- Papalia (1992). *Desarrollo Humano*. Mc Graw Hill. Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- Palomar J. (1999). Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. *Salud Mental* Vol. 22(6) Diciembre. 13-21.
- Potter-Efron R, Potter-Efron P. (1989). Assesment of codependency with individuals form alcoholic and chemically dependent families. *Alcoholism Treatments Quartely*, Vol. 6. 37-57.
- Powell M. (1975). *La psicología de la adolescencia*. Fondo de cultura económica. México, D. F.
- Prochaska, j. 6 Diclement, c. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W. R. Miller, & N. Healthier. *Treating addictive behaviors. Processes of change*, (3-27) New York: Plenum press.
- Rivera G., Villatorio V., Fleiz B., Medina Mora & Jiménez T. (1995). Percepción de las características de los padres y su relación con el consumo de drogas. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. Vo.11(2), 149-158.
- Roehling P, Koelbel N, Rutgers C. (1996). Codependence and conduct disorder: feminine versus masculine coping responses to abusive parenting practices. *Sex Roles. A J Research*. Vol. 35(9-10) 603-616).
- Rotunda R, Scherer D, IMMP. (1995). Family systems and alcohol misuse: research on the effects of alcoholism on family functioning and effective family interventions. *Proffesional psychology: Research Practice*. Vol. 26(1): 95-104
- Senra M. (2003). Etiología del consumo de alcohol en la adolescencia. Análisis de diversos enfoques y teorías. *REOP*. Vol.14(1): 83-99.
- Shaffer, H.R. (2000). *Desarrollo Social*. México: Siglo XXI.
- Smith, J. E., Meyers, R. J. (1995). The community reinforcement approach. En R. K. Hester & W. R. Miller. (Eds.) *Handbook of alcoholism treatment strategies*. (2<sup>nd</sup> ed.) Boston: Allyn & Bacon.

- Spivack G., Platt J. & Shure M. (1976) The problem solving approach to adjustment. Jossey Bass, San Francisco CA.
- Tiburcio M. (2003): Informe general de la formación profesional. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología UNAM.
- Varela M. (1982). Acerca de algunos estudios antropológicos de la adolescencia. Apuntes mimeografiados. Santiago, Universidad de Chile, División Occidente.
- Villatoro J., Medina-Mora M. Rojano C, Fleiz C, Bermúdez P, Castro & Suárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la Encuesta de estudiantes, medición otoño del 2000. Salud Mental, Vol. 1 43-54
- Wagner E. (2001). Innovations in adolescents substance abuse interventions. Pergamon. Florida. USA.
- Wener E. Resilient offspring of alcoholics. A longitudinal study form birth to age 18, Study Alcohol 4: 34-40.
- Wright P, Wright K (1999). The two faces of codependent relating: A research-based perspective. Contemporary Family Therapy. Vol. 21(4) 527-543.

# ANEXO

## ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.Casa: \_\_\_\_\_ Tel.Trabajo \_\_\_\_\_

1. ¿Qué piensa del consumo de su hij@?
2. ¿Cuáles son los cambios que ha notado en su hij@? (antes de saber del consumo, inicio de la adolescencia; después de enterarse de su consumo).
3. ¿De estos cambios cuál es el que le preocupa y por qué?
4. ¿Cuál de estos cambios, considera, que influyeron para que su hijo iniciara su consumo?
5. ¿Cómo se ha visto afectada su relación familiar?
6. ¿Qué situaciones se han presentado a consecuencia del consumo de su hij@? (discusiones, que llegue bajo el efecto de la droga, violencia)
7. ¿Cuándo se percató del consumo, como se sintió?
8. ¿Qué fue lo primero que pensó?
9. ¿Qué fue lo que hizo?
10. ¿Qué ha hecho respecto al consumo de su hij@?
11. ¿Cómo ha actuado hacia su hij@? (Lo ha aceptado, apoyado, se ha sentido desesperad@, culpable, deprimid@; ha controlado, hablado directamente, ha puesto primero sus intereses antes que los de él(ella). ¿Qué ventajas y desventajas ha tenido de esta actitud?
12. ¿Qué otras actitudes ha tomado hacia su hijo? ¿Qué ventajas y desventajas ha identificado con respecto a estas otras formas de actuar hacia su hijo?
13. ¿De qué manera se ha mostrado el apoyo familiar con respecto al consumo de su hij@?
14. ¿Ha buscado apoyo para sobrellevar la situación por la que pasa? (familia cercana, amigos, vecinos, sacerdotes, maestros, asociaciones, grupos de autoayuda como: AL-ANON, profesionales de la salud como: médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales.
15. ¿Cómo se ha sentido en los últimos seis meses? (Tenso, preocupado, deprimido, culpable, irritable, con insomnio, con falta de apetito).
16. ¿Ha hecho uso de medicamentos, alcohol o drogas para disminuir estos malestares?
17. ¿Cree usted que su malestar inicio, o incremento, a partir de que detecta el consumo de su hij@?

Fuente: Entrevista tomada de la investigación "Riesgos para la salud familiar relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas" (Natera, 1992).

## CUESTIONARIO DE ENFRENTAMIENTOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**  
 Lea cada oración cuidadosamente.  
 Marque con una "X" la casilla que indique lo que ha hecho con respecto al consumo de su hijo(a). No hay respuestas correctas o incorrectas.

Ejemplo: Ha regañado a su hijo(a) por su forma de consumir alcohol o drogas

Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
		X	

- En este ejemplo usted casi siempre ha regañado a su hijo(a) por su forma de consumir alcohol o drogas.

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Se ha negado a proporcionarle dinero.				
2. Ha puesto primero los intereses de otros miembros de la familia antes que los de su hij@.				
3. Ha cuidado o ayudado a su hijo(a), después de haber bebido o consumido drogas (lo ha llevado a la cama o le ha proporcionado remedios para la resaca).				
4. Le ha dado dinero aún sabiendo que lo gastará en bebida o droga.				
5. Ha hablado con su hij@ acerca de lo que podría hacer con su forma de beber o de consumir drogas.				
6. Ha discutido con él(ella) por su consumo de alcohol o drogas.				
7. Le ha insistido a su hijo(a) que deje de consumir alcohol o drogas.				
8. Ha evadido a su hij@ cuando está consumiendo alcohol o drogas.				
9. Le ha aclarado que su forma de consumir alcohol o drogas le molesta y que tiene que cambiar.				
10. Se ha sentido demasiado asustada(o) para hacer algo con respecto al consumo de su hij@.				
11. Ha tratado de limitar el consumo de su hij@ (prohibirle ver a sus amigos, no darle permisos).				
12. Ha continuado con sus propios intereses (buscando actividades que le interesen como integrarse en asociaciones deportivas, religiosas y/o políticas).				
13. Ha alentado a su hijo(a) a hacer un juramento o a prometer no beber o tomar drogas.				
14. Se ha sentido desesperado(a) como para hacer algo con respecto al consumo de su hijo(a).				
15. Ha evitado a su hijo(a) en lo posible debido a su forma de beber o consumir drogas.				

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
16. Se ha puesto triste o malhumorado con su hij@.				
17. Ha cuidado a su hijo(a) de cerca o vigilado en cada movimiento que hace.				
18. Se ha preocupado únicamente por sus propias cosas o ha actuado como si su hij@ no existiera.				
19. Cuando habla con su hij@, insiste en que no acepta, ni solapa sus razones para consumir.				
20. Ha amenazado a su hijo(a) cuando no tenía intención de cumplir su amenaza				
21. Le ha aclarado a su hijo(a) cuáles son sus expectativas o lo que debe hacer para contribuir con la familia.				
22. Ha defendido o apoyado a su hijo(a) cuando otros lo han criticado.				
23. Ha llegado a un estado donde no podía o no quería tomar una decisión con respecto al consumo de su hij@.				
24. Ha aceptado la situación como una parte de la vida que no puede cambiarse.				
25. Ha acusado a su hijo(a) de no amarlo(a) o de haberlo decepcionado.				
26. Ha hablado con él(ella) para ayudarle a resolver la situación económica.				
27. Se ha hecho responsable de los actos de su hij@ cuando bebe o consume drogas (ha dado excusas por él(ella), se ha culpado por lo que le pasa a su hij@, lo ha encubierto).				
28. Ha buscado o esculcado en sus cosas para cerciorarse de que no tenga bebidas o drogas.				
29. Le ha dado prioridad a sus intereses (consintiéndose o dándose algún gusto).				
30. Le ha restado importancia a la forma en que su hij@ consume (fingiendo que todo está bien, pensando que la adolescencia es una etapa pasajera).				

Autor: Orford y colaboradores, 1998.

Fuente: Cuestionario tomado de la investigación "Riesgos para la salud familiar relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas" (Natera, 1992).

## INSTRUMENTO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Conteste por favor las siguientes preguntas respecto a la forma en como se relaciona con su familia. Marque con una "X" la casilla correspondiente. No hay respuestas correctas o incorrectas.

	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Comparto actividades e intereses con mi pareja					
2. Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia					
3. Cuando alguno de los miembros de mi familia se enoja, puede decirlo					
4. Disfruto mucho las actividades que hago con mi familia					
5. Los quehaceres de la casa están distribuidos equitativamente					
6. Cuando tengo algún problema los miembros de mi familia son capaces de entender como me siento					
7. Me siento valorado por mi pareja					
8. En mi familia se anima el hecho de decir lo que cada quién piensa sea lo que sea					
9. En casa se respetan las decisiones que cada quien toma					
10. Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia					
11. Las relaciones sexuales con mi pareja son buenas					
12. Los miembros de mi familia se aseguran de que todo esté recogido y ordenado en sus cuartos					
13. Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros					
14. En mi familia se fomenta que cada quien haga lo que crea que es mejor					
15. Cuando no se cumple una regla en casa, sabemos cuales son las consecuencias					
16. En mi familia está claro quien manda					
17. Los miembros de nuestra familia demuestran con facilidad el cariño e interés por los demás					
18. Cuando tenemos problemas mi pareja y yo generalmente los resolvemos de manera rápida					
19. En mi familia hacemos actividades juntos					
20. En mi familia se anima a que seamos independientes					
21. Como pareja somos cariñosos					
22. En mi familia es difícil decir lo que uno siente sin que alguien se moleste					
23. En mi familia compartimos muchos intereses					
24. En nuestra familia todos tenemos responsabilidades					
25. Las normas familiares están bien claras					
26. Las peleas con mi pareja llegan a la violencia física (empujones, jalones, golpes, etc.)					
27. Si algo sale mal en casa, nos desquitamos con la misma persona					
28. Cada miembro de la familia puede tomar parte en las decisiones familiares importantes					

	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
29. En mi familia somos ordenados					
30. Los miembros de mi familia acostumbramos hacer actividades juntos					
31. En mi familia se puede hablar abiertamente acerca de las preocupaciones de cada uno					
32. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa					
33. Cuando un miembro de la familia tiene éxito, los demás nos sentimos contentos					
34. En mi familia se inculca que cada uno debe valerse por sí mismo					
35. Cada uno de nosotros cumple con lo que tiene que hacer en casa					
36. En mi familia es difícil solucionar nuestros problemas					
37. Las reglas familiares no se discuten, se cumplen					
38. En nuestra familia las actividades se planean con bastante cuidado					
39. En mi familia acostumbramos hablar de nuestras cosas personales					
40. En mi familia cada uno puede decidir la forma en la que ayuda en las tareas de la casa					
41. Ser puntual es importante para nosotros					
42. En casa podemos decir nuestras opiniones libremente					
43. En nuestra casa es difícil encontrar las cosas cuando uno las necesita					
44. Los miembros de mi familia pasamos juntos nuestro tiempo libre					
45. Cuando tengo un problema, los primeros en saberlo son los miembros de la familia					
46. Algunos parientes (suegros, cuñados, hermanos, etc) intervienen en las decisiones que se toman en mi familia					

Qué miembro de la familia es el que la mayoría de las veces, o en mayor proporción realiza las siguientes actividades:	Papá	Mamá	Otra persona de sexo masculino	Otra persona de sexo femenino
47. Tomar las decisiones más importantes				
48. La comida				
49. Sostener económicamente a la familia				
50. Reprender a algún miembro de la familia cuando comete una falta				
51. Revisar las tareas de los hijos				
52. Hablar con alguno de la familia cuando no llega a la hora convenida				
53. Arreglar los pequeños desperfectos de la casa (Ej. Un foco fundido, una silla rota, una llave descompuesta, etc.)				
54. Enseñar hábitos higiénicos como lavarse los dientes, las manos, bañarse, enseñar a los niños pequeños a ir al baño, etc.				
55. Cuando alguien sale de la casa tiene que avisar a				
56. ¿Qué miembro de la familia es la persona más reconocida y tomada en cuenta?				

Fuente: Instrumento tomado de la investigación "Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico" (Palomar, 1999).

## CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

Este cuestionario tiene como propósito identificar la forma en que se ha sentido durante los últimos seis meses. Lea cada una de las preguntas y marque con una "X" la que mejor describa su situación. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

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

Autor: Kellner y Sheffield, 1973.

Fuente: Cuestionario tomado de la investigación "Riesgos para la salud familiar relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas" (Natera, 1992).