



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

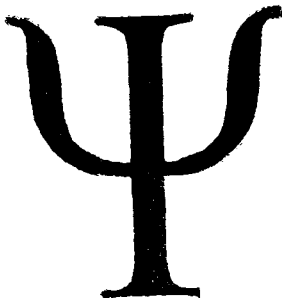
“PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN
DROGODEPENDIENTES Y FAMILIARES DE
DROGODEPENDIENTES, QUE SE ENCUENTREN EN
TRATAMIENTO PSICOLOGICO GRUPAL”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

MARÍA GUTIÉRREZ PÉREZ
DIANA LÓPEZ GÓMEZ

DIRECTORA: LIC. MARIA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
REVISOR: DR. RAYMUNDO MACIAS AVILÉS



ABRIL 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darnos el privilegio de ser parte de ella.

A la Facultad de Psicología por permitirnos forjar nuestro futuro en sus aulas.

A la Lic. Maria Asunción Valenzuela Cota por su enseñanza, apoyo, orientación y atención a este proyecto, así como por su cariño y por ser parte de nuestro desarrollo profesional y personal.

Al Dr. Raymundo Macias Avilés por brindarnos una porción de su conocimiento y un gran apoyo.

A las sinodales: Lic. Rosario Muñoz Cebada, Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo y Lic. Dalila Yussif Roffe por la revisión y corrección del manuscrito, así como por la inapreciable ayuda que nos brindaron.

A la Lic. Maria de Lourdes Monroy Tello y a URIDES por el apoyo en el análisis estadístico de esta investigación y por todas las atenciones brindadas.

Al Centro de Atención Especializado en Drogodependencias (CAEDRO) y Centro de Atención al Alcohólico y su Familia (CAAF) por abrirnos las puertas, facilitar el trabajo con sus pacientes y proporcionarnos todo el apoyo.

Al Mtro. Roberto Tapia Morales por permitirnos ser parte de su trabajo, aprender con él y de él, por su apoyo en nuestro desarrollo profesional, personal y por todo su cariño.

A todas las personas que participaron en la muestra de esta investigación, por su apoyo y gentileza, así como por su motivación para mantenerse en psicoterapia.

A todas aquellas personas y profesionales que de alguna forma apoyaron esta investigación, GRACIAS.

María Gutiérrez Pérez.

A mis abuelos por ser el origen y las raíces de mi familia, por que siempre me han querido y apoyado. Los Amo.

A mis padres, Esperanza Pérez y José Luis Gutiérrez, por mostrarme que la vida esta llena de amor, de felicidad y de deseos por cumplir. Gracias por enseñarme acerca de mi misma, por confiar en mí, apoyarme en cada decisión y amarme como yo los amo, gracias por ser mis padres y acompañarme en el camino de la vida.

A mis hermanos, Pablo y Gerardo, por ser los cómplices de mi crecimiento y los mejores compañeros que la vida puso en mi camino, no puedo más que agradecerles todas sus enseñanzas y el permitirme ser su hermana, los quiero mucho.

A toda mi familia y amigos, por estar a mi lado en los momentos felices y también en los difíciles, gracias por su apoyo y consejo, los quiero.

A ti Diana por que no pude tener una mejor compañera para realizar y concluir este sueño, gracias por todo tu apoyo, tú empeño y por creer en este proyecto.

A ti Gerardo Resendiz por unirme a mí en la vida y enseñarme que siempre se puede ser más feliz, por ser mi acompañante en el encuentro con el amor y por despertar en mi lo que aún no encontraba. Gracias por apoyarme, por confiar en mí y por impulsar mi desarrollo. Tu sei il uomo che sogné in la vita. Te Voglio Bene Amore Mio.

Caminante no hay camino, se hace camino al andar...
Serrat.

Diana López Gómez

Te agradezco a ti MAMÁ por brindarme tu apoyo, por ser mi compañera, enseñarme que en esta vida lo único que necesitas es la energía para llevar acabo todo lo que te propones y que no existe imposible.

A PAPÁ por enseñarme que la vida es un gran conocimiento de ti mismo y que eres responsable de ti y no de los demás.

A mi hermana EDITH por acompañarme en esta vida, por compartir esas experiencias que nos han hecho crecer, por tu apoyo y por su energía, gracias por todo.

A mi hermana LUISA por compartir conmigo la vida, por apoyarme, por estar cuando te he necesitado, gracias por todo.

A mis tíos Marisol, Héctor y Rosario por su apoyo incondicional en esos momentos difíciles.

A María por compartir conmigo esta experiencia que ha enriquecido nuestras vidas y por todo el esfuerzo que se ve reflejado aquí.

A Gabriel, Liliana, Mario y Selene por estar a mi lado cuando los he necesitado, por sus palabras de aliento, por su apoyo y sobre todo por compartir conmigo parte de su vida.

A todos aquellos que me han motivado a seguir adelante.

INDICE.

Resumen.	1
Introducción.	2
I. Drogodependencia.	
1.1 Conceptos Esenciales en Torno a las Drogas.	3
1.2. Drogodependencia.	4
1.3 Proceso Adictivo.	5
1.4 Clasificación de los Usuarios.	6
1.5 Prevalencia en el Consumo de Drogas en la Población Mexicana.	7
1.5.1 Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002.	7
1.5.2 Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones de México (SISVEA) 2002.	10
1.6 Clasificación de Sustancias.	11
1.7 Drogas Clasificadas con Base a su Perfil Farmacológico.	
1.7.1 Depresores.	15
1.7.2 Estimulantes.	18
1.7.3 Alucinógenos.	21
1.7.4 Mixtos.	22
II. Familia.	
2.1 Concepto de Familia.	24
2.1.1 Evolución y Desarrollo de la Familia.	24
2.1.2 La Familia en México.	25
2.2 Ciclo Vital de la Familia.	27
2.3 Tipos de Estructuras Familiares.	30
2.4 Estructura Familiar.	32
2.5 Funcionamiento Familiar.	33
2.5.1. Percepción del Funcionamiento Familiar.	38
2.6 Familias con un Integrante Drogodependiente.	40
2.6.1 Tipología de las Familias con un Integrante Drogodependiente	41
2.7 Familia y Enfermedad.	
2.7.1 Codependencia.	46
III. Psicoterapia de Grupo.	
3.1 Evolución de la Psicoterapia de Grupo.	
3.1.1 De lo individual a lo grupal.	49
3.1.2 Historia de la Psicoterapia de Grupo.	49
3.1.3 Psicoterapia de Grupo en Latinoamérica.	51
3.2 Características de los Grupos Terapéuticos.	
3.2.1 Clasificación de los Grupos.	52
3.2.2 Contrato.	54
3.2.3 Encuadre.	54
3.2.4 Composición.	56
3.3 Proceso de Grupo.	56

3.3.1 Factores Curativos en los Grupos.	56
3.3.2 Empleo de Terapeuta / Coterapeuta.	60
3.4 Modelo de Análisis Grupal.	61
3.5 Investigación en Grupos.	62
3.6 Grupos de Drogodependientes y Familiares de Drogodependientes.	63
IV. Método.	
4.1 Objetivo.	66
4.2 Planteamiento del Problema.	66
4.3 Pregunta de Investigación.	67
4.4 Hipótesis.	67
4.5 Variables.	68
4.5.1 Definición Conceptual de Variables.	68
4.5.2 Definición Operacional de Variables.	69
4.6 Sujetos.	69
4.7 Muestreo.	70
4.8 Instrumento.	70
4.9 Tipo de Estudio.	71
4.10 Diseño.	72
4.11 Procedimiento.	72
4.12 Análisis Estadístico	72
V. Resultados.	
5.1 Análisis Estadístico Descriptivo del Total de la Muestra.	73
5.2 Análisis Estadístico Descriptivo de la Muestra por Grupos.	78
5.3. Análisis Estadístico Descriptivo de las Subescalas.	83
5.4 Análisis Estadístico de Diferencias (Prueba t).	88
VI. Discusión, Conclusiones, Limitaciones y Alcances del Estudio.	
6.1 Discusión.	93
6.2 Limitaciones y Alcances del Estudio	101
6.3 Conclusiones.	101
Anexos.	
- Entrevista Sociodemográfica.	
Entrevista Sociodemográfica para Familiares.	103
Entrevista Sociodemográfica para Drogodependientes.	105
- Escala de Funcionamiento Familiar.	107
Referencias Bibliográficas.	117

RESUMEN

El presente trabajo se efectuó con el propósito de comparar la percepción del funcionamiento familiar en drogodependientes y familiares de drogodependientes, que se encontraron en psicoterapia grupal. Comprendió un estudio comparativo de tipo longitudinal de dos mediciones, pre y pos test en dos grupos independientes, extraídos de una misma población, pues el objetivo consistió en saber si existían diferencias en la percepción del funcionamiento familiar de ambos grupos y de que tipo eran estas. Participaron 56 pacientes, los cuales posteriormente fueron divididos en dos grupos, el grupo "A" conformado por 32 pacientes, cuyas características consistieron en mantener relación con uno o más familiares drogodependientes y el grupo "B" conformado por 26 pacientes, cuyas características consistieron en cumplir con los criterios de drogodependencia. Reunida la población se les aplicó una encuesta sociodemográfica para conocer las características de la muestra; asimismo se aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel (1997), la cual es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan nueve áreas: Roles, Jerarquía, Centralidad, Límites, Control de Conducta, Alianzas, Afectos, Comunicación y Psicopatología, las cuales determinan si la familia se comporta o no funcional. La información fue analizada con el programa por computadora SPSS para Windows (Statistical Programa for Social Science) versión 11.0, empleando la prueba t , que evalúa si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias. Como parte de los resultados se encontró que en la comparación de ambos grupos en el pre y pos test, posterior a la psicoterapia de grupo, se presentaron diferencias estadísticamente significativas, en la subescalas Jerarquía, Centralidad y Afectos, entre otras; lo que indica que la intervención favoreció un progreso estadísticamente significativo en la percepción de mayor funcionalidad en sus familias. Por lo que concluimos que a través de la psicoterapia de grupo fue posible que se presentaran cambios o que se mantuviera la percepción de funcionalidad, si es que está existía previamente, en las diversas áreas del funcionamiento familiar, sin embargo, el funcionamiento familiar no es algo estático, sino que la familia permanentemente se encuentra sujeta a cambios, bien sea por la transformación de sus integrantes o por los cambios en el entorno (Ríos, 2003).

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la drogodependencia se comporta como el eje de las economías de los países productores y consumidores; se vincula de manera clandestina con la política; corrompe a instituciones y funcionarios públicos; favorece la escalada de violencia y delincuencia; desarticula la cohesión social y afecta los lazos familiares. Un indicador más de su efecto devastador en la sociedad, es su emergencia como un problema de salud pública que no respeta edad, sexo, nivel de ingreso, procedencia geográfica, nivel educativo ni condición social.

La mayoría de los estudios realizados sobre la drogodependencia y sus consecuencias se han enfocado en el consumidor, analizando la edad en que se inicia el consumo, sustancia psicoactiva que se emplea, efectos a largo plazo, tanto a nivel individual como social, dejando del lado los efectos de la drogodependencia a nivel familiar, que incluyen una gran variedad de consecuencias negativas como: sentimientos de impotencia, codependencia, depresión y agresiones físicas o verbales, las cuales, afectan la salud física y psicológica de las familias con uno o más integrantes drogodependientes.

A mediados del siglo pasado comenzó a hablarse de la familia, principalmente de familias de alcohólicos, de las mujeres y posteriormente de los demás integrantes de la familia (Escamilla, 2002), ya que el vivir con un drogodependiente se vuelve difícil, cuesta trabajo encontrar la forma adecuada de actuar, se puede proceder preocupándose, distanciándose, siendo blando o fuerte; esta necesidad de búsqueda para encontrar la manera adecuada de comportarse y darse cuenta de que nada les funciona puede llevar a los familiares a un estado de impotencia y confusión (Ocho de Alda, 2001), pero debemos recordar que todas las familias reaccionan en forma diversa.

El marco referencial de esta investigación expone la drogodependencia como un fenómeno individual y social con repercusiones importantes en el funcionamiento familiar, de ahí la importancia de investigar las diferencias entre los drogodependientes y los familiares de drogodependientes en la percepción de su funcionamiento familiar. Y dadas las características del proceso adictivo, la psicoterapia de grupo, con mayor énfasis el modelo de análisis grupal, representa un proceso a través del cual las personas pueden reconocer la drogodependencia y los problemas asociados a ella.

I. DROGODEPENDENCIA.

1.1 Conceptos Esenciales en Torno a las Drogas.

Los términos que a continuación se desarrollan ayudarán al conocimiento y comprensión de la dinámica, de la o las sustancias que consume el drogodependiente, su vía de administración, frecuencia de consumo, soporte social y cultural.

La Organización Mundial de la Salud OMS (citado en Nató & Rodríguez, 2001) propone que la *droga* es toda sustancia que, introducida en el organismo, produce cambios en la percepción, las emociones, el juicio o el comportamiento, y es susceptible de generar en el usuario una necesidad de seguir consumiéndola.

El *síndrome de intoxicación* es aludido por un estado agudo, crónico o crónico agudizado que se experimenta como consecuencia del consumo reciente de uno o varias drogas, que producen alteraciones psicofísicas asociadas a los niveles sanguíneos. La severidad de la intoxicación es resultado de la dosis, así como de otras condiciones simultáneas en las cuales se utiliza el fármaco. Las manifestaciones conductuales de la intoxicación dependen fundamentalmente de los efectos del fármaco y de la acción que este ejerce sobre la función cerebral (Centros de Integración Juvenil CIJ, 2001).

En cuanto a los aspectos que permiten evaluar el nivel de daño ocasionado por el consumo de distintas drogas, se encuentran: la vía de administración, el tipo de tolerancia que se produce y la magnitud del tipo de síndrome de abstinencia. Los efectos de las sustancias están ligados con la *vía* por la cual se administra. La rapidez y efectividad en el arribo dependen de las características intrínsecas del organismo como de las propiedades de cada sustancia. Asimismo, la intensidad de los efectos tóxicos se encuentra asociada a la vía de administración.

En tanto que la *tolerancia* es una condición fisiológica, que se caracteriza por la disminución de los síntomas producidos por la intoxicación, la cual demanda incremento de la dosis para producir semejantes efectos. También existe la *tolerancia cruzada*, en esta modalidad el organismo incrementa su umbral de respuesta a dos sustancias químicamente diferentes que comparten efectos farmacológicos en los receptores (CIJ, 2001).

Una forma de medir el grado de dependencia es a través del *síndrome de abstinencia*, el cual refiere un conjunto de síntomas y signos producidos como consecuencia de la reducción o interrupción de la administración de alguna droga, después de un tiempo de uso prolongado, o en casos más aislados, por dosis altas. La severidad del síndrome puede determinarse mediante la evaluación de la intensidad de los signos, factores tales como la dosis utilizada, sustancia administrada y uso simultáneo de sustancias farmacológicas. Los patrones de uso, la cronicidad del consumo y el estado de salud, son otros

factores que también influyen en las características e intensidad del síndrome de abstinencia (CIJ, 2001).

La *dependencia psicológica* esta relacionada con la pulsión de consumir periódicamente o continuamente la sustancia para encontrar placer o liberarse de una sensación de malestar, implica esencialmente una dimensión afectiva y de comportamiento para con los efectos de la sustancia (Richard, 2002).

Por otra parte se encuentra el término *dependencia física* que implica la necesidad del organismo por seguir consumiendo la sustancia. Acontece cuando los mecanismos bioquímicos y fisiológicos que regulan el funcionamiento del cerebro son perturbados de manera relativamente persistente; se caracteriza por señales de malestar a partir de que el sujeto se encuentra privado de la droga (Richard, 2002).

La *sobredosis* es la intoxicación aguda grave que aparece cuando se supera el límite de toxicidad en el organismo. Va en función de la dosis de la droga tomada, su composición (si es más o menos pura), si está adulterada y las variables corporales individuales como el peso, metabolismo y tolerancia (Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, 2005).

La *politoxicomanía o policonsumo* se produce cuando el sujeto se administra una variada gama de sustancias con el objetivo explícito de mantener alteradas sus funciones mentales. En muchos casos existe una droga principal que sustenta la dependencia, y unas drogas secundarias que la complementan o la sustituyen en situaciones de no disponibilidad. En la actualidad es raro encontrar un consumidor de una sola droga (Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, 2005).

1.2. Drogodependencia.

La drogodependencia es un término que ha estado en constante evolución debido a la clasificación de las drogas; anteriormente no se incluía el alcohol ni el tabaco, debido a que socialmente son sustancias permitidas. La misma problemática se presenta en los fármacos, en los cuales se encuentran los medicamentos. Para la presente investigación se emplea el termino drogodependencia debido a que incide de forma directa sobre los fenómenos de índole ambiental y personal que facilitan, el desarrollo de pautas disfuncionales de consumo de sustancias psicoactivas, por lo tanto consideramos que es la más adecuada a nuestros fines, pues no existe discriminación de sustancias.

La OMS propone que la *Drogodependencia* es un síndrome manifestado por un patrón conductual donde el uso de una sustancia tiene más prioridad que otras conductas, lo cual, lleva a establecer este trastorno como un impulso repetido a comprometerse en conductas poco productivas, una tensión creciente hasta que se realiza la conducta y desaparición rápida de la tensión al realizarla (citado en Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, 2005).

1.3 Proceso Adictivo.

El proceso hacia la drogodependencia esta basado en el uso, el abuso y después la dependencia, la cual es un fenómeno de nuestros tiempos y aumenta día tras día. A continuación se mencionará en que consiste cada uno:

Uso. Hace referencia a la utilización de una sustancia con la finalidad de experimentar sus efectos psicotrópicos.

Abuso. Es la utilización de una sustancia en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual, con la finalidad de modificar el estado de ánimo deteriorando la actividad laboral, social o familiar.

Dependencia. Consiste en la utilización compulsiva de la sustancia con la finalidad de evitar las molestias físicas y psicológicas producidas por dejar de tomarlas (CIJ, 2001). A partir de un estado de dependencia existen procedimientos para identificar los síntomas que presenta el drogodependiente, con la finalidad de saber qué tan severo es su problema y qué intervención se le puede ofrecer. Para la presente investigación se abordaran los siguientes sistemas de clasificación y diagnóstico:

DSM IV-TR.

La primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), fue publicado en 1952 en Estados Unidos de América por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, el cual en la actualidad se puede encontrar en diferentes versiones, para esta investigación se empleara la versión DSM-IV TR (2002), misma que indica que la dependencia es un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo. Es necesaria la presencia de tres o más ítems, los cuales aparecen dentro de un periodo de doce meses:

Criterio 1: *Tolerancia*, es una necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia psicoactiva para alcanzar la intoxicación, el efecto deseado, o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.

Criterio 2: La *abstinencia*, es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognitivos y fisiológicos que tienen lugar cuando la concentración de la sustancia psicoactiva disminuye en la sangre o en los tejidos de un individuo que ha mantenido un consumo prolongado.

Criterio 3: Patrón de *uso compulsivo*, ocurre cuando el sujeto consume la sustancia psicoactiva en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido.

Criterio 4: Un *deseo persistente de regular o abandonar el consumo*, se observa en un historial previo de numerosos intentos infructuosos de lograrlo.

Criterio 5: *Obtención de la sustancia* psicoactiva, el sujeto dedica mucho tiempo a esta actividad, a consumir o a recuperarse de sus efectos.

Criterio 6: *Las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia psicoactiva*, abandonando o reduciendo éstas por el consumo, sean sociales, familiares, laborales o recreativas.

Criterio 7: A pesar de *reconocer* que las implicaciones de *la sustancia* psicoactiva son un problema, tanto psicológico como fisiológico, la persona continúa consumiendo.

Estos criterios hacen posible tener una distinción y una diferenciación en el nivel de consumo de las sustancia, con lo cual se puede tener una visión general para comprender que no todos los individuos que consumen lo hacen en la misma proporción o grado.

CIE-10.

En tanto que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), utilizada por la OMS, define la drogodependencia como el consumo perjudicial de alguna sustancia psicoactiva que causa daño físico o mental a la salud. Para el diagnóstico es necesario cumplir los siguientes criterios:

A. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado(o contribuido sustancialmente) a un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.

B. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable y especificada.

C. El consumo ha persistido por lo menos un mes y se ha presentado reiteradamente en un periodo de doce meses.

D. Que el trastorno no cumpla criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento, relacionado con la misma sustancia en el mismo periodo de tiempo (excepto por intoxicación aguda).

Con los puntos anteriores, es posible dar el diagnóstico de consumo perjudicial, que no es lo mismo que la dependencia a la sustancia psicoactiva.

Estos dos sistemas son los más utilizados en nuestro país, debido a que tienen la validez y confiabilidad para nuestra población. En las instituciones donde se llevo a cabo la investigación se utiliza con mayor frecuencia el DSM-IV TR, que la CIE-10, dado que a través del primer sistema mencionado, si es posible discriminar la drogodependencia.

1.4 Clasificación de los Usuarios.

Es importante establecer una clasificación precisa de la relación de la persona con el consumo de la sustancia psicoactiva, debido a que esto nos puede ayudar

a conocer la severidad del problema del individuo. A continuación se presenta una categorización de consumidores:

a) *Abstinente.* Son las personas que no han tenido relación con la sustancia, bajo ninguna finalidad.

b) *Experimental.* Usuario que reporta consumo alguna vez en su vida, sin haberla vuelto a consumir. En este rubro se pueden incluir personas que con fines médicos y bajo estricto control, han consumido en un tiempo limitado alguna sustancia.

c) *Ocasional.* Usuario que reporta consumo de 1 a 5 días en el último mes, puede consumir de vez en cuando una droga, sin presentar ningún síntoma de tolerancia.

d) *Habitual.* Se reporta consumo de 6 a 19 días en el último mes. Se utiliza la droga con cierta frecuencia; apareciendo los síntomas de tolerancia y tal vez presentando el síndrome de dependencia, así como retraimiento del funcionamiento personal.

e) *Drogodependiente.* Persona que reporta consumo durante 20 días o más en el último mes. Existiendo un uso prolongado y frecuente, habiendo un síndrome de dependencia, tolerancia a la sustancia y un síndrome de abstinencia, u otros rubros del DSM IV TR (Macià, D. 2000).

1.5 Prevalencia en el Consumo de Drogas en la Población Mexicana.

El uso de diversas drogas tiene una historia ancestral y su conocimiento se documenta en nuestra cultura. La mayor parte se empleó tanto para producir efectos de bienestar como para el tratamiento de las enfermedades. El abuso de las sustancias adictivas no se hizo común sino hasta eras más recientes; en gran medida debido al tráfico intenso para el consumo en todo el mundo.

El fenómeno de las drogas se comporta ya como el eje de las economías de los países productores y consumidores; se vincula de manera clandestina con la política; corrompe a instituciones y funcionarios públicos; favorece la escalada de violencia y delincuencia; desarticula la cohesión social y destruye los lazos familiares. Un indicador más de su efecto devastador en la sociedad es su emergencia como un problema de salud pública que no respeta edad, sexo, nivel de ingreso, procedencia geográfica, nivel educativo ni condición social.

1.5.1 Encuesta Nacional de Adicciones (ENA).

La cuarta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002) se realizó sobre la prevalencia y el abuso de sustancias adictivas para los residentes habituales de viviendas particulares en población urbana, entre 12 y 65 años y con la finalidad de medir la dimensión del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.

Alcohol.

En el país existen más de 32 millones de bebedores (32,315,760) que representan el 46% de la población entre 12 y 65 años de edad de ambos sexos, sin incluir a las personas recluidas en instituciones de salud, procuración de justicia, protección social o sin lugar fijo de residencia. Cerca de 27 millones (26,874,662) viven en localidades urbanas, de más de 2 mil 500 habitantes, y representan al 51% de esta población.

Los hombres son los que más consumen, en una proporción de 1.69 hombres por cada mujer en la población urbana. El 30% de la población adolescentes entre 12 y 17 años son bebedores. La diferencia entre sexos es menor que la población adulta con 1.39 hombres por cada mujer en comunidades urbanas. Estas cifras confirman un mayor índice de consumo en comunidades urbanas y menor diferencia entre hombres y mujeres adolescentes, la cual se agudiza cuando llegan a la mayoría de edad.

La cerveza es la bebida de preferencia de los consumidores (70%), seguida por los destilados (46%), el vino de mesa (23%) y las bebidas preparadas (12%). El aguardiente y el alcohol de 96° (5%) y el pulque (3%) son reportados como bebidas de elección con menor frecuencia.

Poco más de catorce millones de personas (14,261,752) beben alcohol bajo patrones que ponen en riesgo su salud y la de terceros, pues se ingieren cinco copas o más por ocasión de consumo. Esta práctica es significativamente más frecuente en los varones 27.7% que en las mujeres 5.99%. Una proporción importante de la población mexicana entre 12 y 65 años, afronta problemas con el manejo del alcohol, ya que 2841,303 (4%) reportaron haber experimentado tres o más síntomas de dependencia y 281,903 son menores de edad. 10.6% de la población total entrevistada reportó haber bebido más cantidad o durante más tiempo de lo que esperaba, 8% reportó haber experimentado síntomas de abstinencia, y el 4.8% de tolerancia.

En cuanto a los problemas sociales es importante indicar, que el 7% de la población de bebedores, reportó discusiones o peleas con el o la compañera mientras estaban tomando, 2% admitió problemas con la policía mientras iba conduciendo después de beber y el 4.6% tuvo problemas con las autoridades cuando no iba conduciendo. Estos problemas son considerable más frecuentes entre la población que reportó haber experimentado 3 o más síntomas de dependencia, en comparación de aquellos que no presentaron este número de síntomas. Los problemas derivados del consumo de alcohol son más frecuentes en los varones que en las mujeres con una proporción de 12.8 hombres por cada mujer, (Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003).

Tabaco.

Los datos de la ENA (2002) indican que 26.4% de la población entre 12 y 65 años de edad de área urbana, son fumadores activos, lo que representa casi 14 millones de personas, 55.4% son no fumadores y el 18.2% son ex fumadores. De la población general 55% son fumadores involuntarios (18144 032 personas)

lo que conlleva a señalar que, al menos 8 de cada 10 personas en las ciudades de nuestro país, que tiene entre 12 y 65 años de edad, se encuentra en mayor o menor grado expuestas a los daños que el tabaco ocasiona. Al comparar el número de fumadores encontrados en la ENA de 1988 podemos señalar que éste se incrementó de 9 millones a 14 millones de fumadores. De estos fumadores, 52% fuma diariamente y 61.4% iniciaron a fumar siendo menores de edad.

En cuanto a la distribución por sexo, de los 14 millones de fumadores en áreas urbanas, se encontró que 9.2 millones son hombres y 4.6 millones corresponden a mujeres. Lo anterior representa que fuman 4 de cada 10 hombres, mientras que 1 de cada 6 mujeres lo hacen en las áreas urbanas.

En cuanto a la distribución por edad, encontramos que un 7.1% de los fumadores son menores de 18 años, la mayoría se encuentran entre los 18 y 29 años (37.9%) y que casi 7 de cada 10 es menor de 40 años (68.3%). Por lo que respecta a la frecuencia de consumo de tabaco y la cantidad de cigarros fumados por día, se arrojó que de los 14 millones de fumadores, más 52%, lo hace de manera diaria (ENA 2002, citado en el Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003).

Drogas Ilegales.

Los resultados muestran que de un total de la población del país entre 12 y 65 años de edad, el 5.03% ha usado drogas alguna vez en su vida, lo que equivale a 3,508,641 personas. En cuanto a sexo se refiere, el 4.83% de los hombres y el 1.29% de las mujeres de 12 a 34 años han consumido drogas. En tanto que en el rango de edad de 35 a 65 años las prevalencias disminuyen a 3.76% en hombres y 0.82% en mujeres.

La región urbana presenta las prevalencias más altas de consumo, un 5.57% representa 2.9 millones de personas que han usado drogas. El consumo de drogas ilegales es considerablemente más alto entre los hombres de zonas urbanas debido a que 2,101,007 personas han consumido alguna droga en algún momento de su vida, en comparación con las mujeres quienes reportan una prevalencia inferior del 1.16%.

El consumo de drogas médicas fuera de prescripción equivale al 1.21% de toda la población de entre 12 y 65 años de edad. Es importante observar que el consumo de este tipo de drogas no presenta diferencias importantes por sexo, dado que 1.45% corresponde a hombres y 1.34% a mujeres de la región urbana. La droga ilegal de preferencia es la marihuana 3.48%, seguida de la cocaína 1.23%, las drogas médicas fuera de prescripción 1.21% y por último los inhalables .45%. Por sexo, es importante destacar que principalmente los hombres son quienes consumen estas drogas, en especial la marihuana 6.86% y la cocaína 2.23%.

Los resultados indican cómo estas drogas ilegales se consumen con mayor frecuencia en la región urbana, en particular la marihuana 3.87%, la cocaína

1.44% y las drogas médicas fuera de prescripción 1.38%. El 0.97% de la población entre 12 y 65 ha consumido drogas por lo menos una vez en el último año. Las mujeres reportan las prevalencias más bajas de consumo en el último año 0.55% en comparación con los hombres 1.48%.

En lo que respecta al número de veces que un hombre ha consumido en su vida, los resultados obtenidos son que aproximadamente 46.6% han consumido drogas principalmente entre 1 y 2 veces, 17.3% entre 3 y 5 veces, 11.2% entre 6 y 10 veces, 9.4% entre 11 y 49 veces y 14.2% 50 veces o más. En tanto que en el caso de las mujeres aproximadamente la mitad ha consumido entre 1 y 2 veces 17.5% entre 3 y 5 veces, 5.6% entre 6 y 10 veces, casi 10% entre 11 y 49 veces y 14.2% 50 veces o más.

La principal fuente de obtención de drogas para hombres son los amigos 5.22%. Sin embargo, una parte importante mencionó que las obtuvo en la calle 3.02%. En el caso de las mujeres casi 0.9 % reporta otras fuentes de obtención no definidas. La calle es considerada un lugar importante para conseguir drogas (Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003).

1.5.2 Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones de México (SISVEA).

Esta elaborado a través de la colaboración de diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales, los cuales proporcionan información periódica sobre el uso de drogas legales e ilegales. Esto permite identificar grupos de riesgo, drogas nuevas, cambios en los patrones de consumo, factores de riesgo en el consumo, asociados con el uso y el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas.

Con base en la información proporcionada por los Organismos No Gubernamentales (ONG'S) en 51 ciudades y por los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en 44 ciudades, en el periodo de enero a diciembre de 2002. Se observo, en lo que respecta a las ONG'S, las drogas de inicio que refieren los pacientes son la marihuana 28.9%, alcohol 26.7%, tabaco 17.2%, inhalables 11.4%, cocaína 5.5%, cristal 4.2%, heroína 3.4%, tranquilizantes 1.3%, otras drogas 0.8%, crack 0.3%, alucinógenos y anfetaminas con 0.2% y la morfina/opio con 0.1%.

Entre las drogas de impacto que refieren sus pacientes, la heroína ocupa el primer lugar con 26.3%, alcohol 16.3%, cristal 16.1%, cocaína 15.3%, marihuana 10.4%, inhalables 7.6%, crack 3.3%, tranquilizantes y otras drogas 1.3%, tabaco 1.2%, alucinógenos 0.4%, anfetaminas 0.3%, opio/morfina 0.2%.

Con referencia a la vía de administración de las drogas de impacto, para el grupo antes señalado, se observa que el fumar es la vía de administración principal, reportándose 29.8%, la intravenosa alcanzó el 25.8% inhalada 21.9% y oral en 20.1% en tanto que la intramuscular sólo alcanzó el 0.5%.

Los Centros de Tratamiento No Gubernamentales registran que la cocaína presentó un descenso leve como droga de inicio pero como droga de impacto 23.8% de los pacientes demandaron tratamiento debido a su uso. En el año 2002, esta droga se situó en el primer lugar entre los pacientes que solicitaron tratamiento. Por otro lado, la heroína como droga de inicio permaneció estable, pero como droga de impacto tuvo un ligero descenso (Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003).

Entre los pacientes que acuden a CIJ se observa que las drogas de inicio preferidas son el tabaco 35.8%, alcohol 32.4%, marihuana 13.5%, inhalables 9.1%, cocaína 5.2%, otros 0.8%, tranquilizantes 0.7%, cristal 0.4%, alucinógenos, anfetaminas, barbitúricos y heroína con el 0.2%, crack 1.2% y opio/morfina 0.1.

La droga que tiene mayor impacto en estos pacientes es la cocaína, con 28.5%, marihuana 18.2%, alcohol 14.7%, inhalables 10.8%, crack 8.8%, tabaco 7.9%, cristal 4.3%, heroína 2.9%, otros 2.1%, tranquilizantes 1%, anfetaminas 0.5%, opio/morfina 0.2%, alucinógenos y barbitúricos 0.1%. Según la vía de uso de la droga de impacto en esta población, se observó que fumar se reportó en 42.1% de los casos, inhalada 36.2%, consumo oral 18.3%, mientras que la vía intravenosa 3.1% e intramuscular se reportó 0.2%.

La información de los CIJ ha mostrado que la marihuana y los inhalables registran decremento como drogas de inicio, por otro lado, el alcohol continúa incrementando. La mayor prevalencia de la droga de impacto se refiere a la cocaína, sin embargo, ésta muestra un decremento, al compararse con los años previos. (Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003). Es importante señalar que en las ONG'S y en los CIJ, los antidepressivos y los anticolinérgicos no se reportaron como drogas de inicio ni de impacto.

1.6 Clasificación de Sustancias.

Se puede encontrar una diversidad en lo que respecta a la clasificación de las sustancias, debido al desarrollo de nuevas técnicas modernas en la elaboración o en procesos de refinamiento, llevando a la industrialización a varios compuestos y a su masivo consumo por el humano.

Esta sección contiene información sobre las drogas tanto legales como ilegales que se consumen actualmente, por lo general se encontraran clasificadas por grupos debido a que tienen similitud en los efectos que producen en el organismo. Se presentan los efectos más conocidos de las drogas, obtenidos de investigaciones realizadas en poblaciones drogodependientes.

Clasificación de Sustancias Psicotrópicas

Clasificación de sustancias psicotrópicas*

Categoría	Droga	Tolerancia	Dependencia	Duración de efectos	Vías de administración	Síndrome de intoxicación	Síndrome de abstinencia
Depresores	Alcohol	Sí	Alta	2-3 horas	Oral		
	Opio	Sí	Alta	3-6 horas	Oral fumada	Euforia seguida por apatía;	
	Morfina	Sí	Alta	3-6 horas	Oral fumada, inyectada	estados por disfóricos;	Sensación de necesidad de consumir;
	Heroína	Sí	Alta	3-6 horas	Oral aspirada, fumada, inyectada	deterioro de la capacidad del juicio; construcción pupilar (dilatación si el cuadro es grave);	Nauseas; vómitos; dolor muscular; lagrimeo; diarrea;
	Meperidina	Sí	Alta	3-6 horas	Oral, inyectada	enlentecimiento o psicomotor;	Rinorrea; dilatación pupilar
	Codeína	Sí	Moderada	3-6 horas	Oral, inyectada	somnolencia;	Piloerección; bostezos;
	Difenoxilato	Sí	Baja	6-8 horas	Oral	deterioro de la capacidad	Fiebre; insomnio;
	Fentanilo	Sí	Alta	1 hora-1 hora y media	Inyectada	atención o de la memoria;	Malestar o debilidad; taquicardia;
	Nalbufina	Sí	Alta	5-8 horas	Inyectada	desinhibición de impulsos	Sudoración; ansiedad
	Tetropropoxifeno	Sí	Moderada	4-5 horas	Oral, inyectada	sexuales agresivos;	o irritabilidad;

	Derivados de anfetaminas	Sí	Alta	2-4 horas	Oral, inyectada	Alucinaciones visuales y auditivas.	
	Metanfetaminas	Sí	Alta	8-24 horas	Oral fumada	El cuadro semeja un síndrome de abstinencia por estimulantes	
Alucinogenos	Dietilamina de ácido lisérgico	Sí	No	8-12 horas	Oral	Ansiedad; depresión; aumento del apetito	
	Fenciclidina (PCP) y análogos	Sí	Posible	8-12 horas	Fumada, inyectada, oral	Ideas autorreferenciales; insomnio	En ocasiones puede presentarse:
	Psilocibina	No	Posible	2-3 horas	Oral	Ideación paranoide; ataques de pánico;	Insomnio; aumento de la salivación;
	Mezcalina	Sí	No	8-12 horas	Oral	Percepción intensificada; despersonalización; alerta excesiva;	Irritabilidad; inquietud; rinorrea;
	Olloliuqui	No se conoce	No sé conoce	2-4 horas	Oral fumada	Ideas delirantes; alucinaciones;	Hiporexia;
	Triptamina	No	Alta	8-12 horas	Oral	Cinestesis; midriasis; sequedad de boca	Perdida de peso; aumento de la
Mixtos	Mariguana	Sí	Moderada	Días-Horas	Oral fumada	Taquicardias y sudoración; euforia; suspicacia;	Diuresis; ataques de
	Hashish	Sí	Alta	2-4 horas	Oral fumada	Percepción lentificada del tiempo; irritación conjuntiva.	Pánico.

* Ley General de la Salud. Artículo 245.

1.7 Drogas Clasificadas con Base en su Perfil Farmacológico.

En esta sección se proporciona una breve prescripción de cada sustancia psicoactiva, efectos sobre el organismo, el desarrollo de tolerancia y abstinencia.

1.7.1 Depresores.

Son sustancias que intervienen en la función del cerebro inhibiendo todas las estructuras presinápticas, con la consecuente disminución de la cantidad de neurotransmisor liberado por el impulso nervioso. Hay modificación en la conducta, pensamiento y estado de ánimo. A continuación describen algunas sustancias de este grupo.

- **Alcohol.**

El alcohol etílico o etanol se obtiene por medio de la fermentación anaeróbica de los hidratos de carbono; la concentración máxima de alcohol es de 16 por 100; las bebidas alcohólicas de superiores concentraciones se obtienen por destilación (Macià, D. 2000).

Se administra de forma oral y se absorbe rápidamente en el torrente sanguíneo a través del intestino delgado, los efectos del etanol difieren mucho de un individuo a otro, debido a la variación genética en estas enzimas metabólicas. (Hodge y cols, citado en Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, 2005).

Su efecto es elevación del estado de ánimo, relajación, retardo en la coordinación motora ligera, lentitud en el tiempo de reacción, alteraciones de la visión, euforia decreciente, ataxia, alteración del lenguaje, alteración de juicio, hipotermia, hipoglucemia, puede haber irritabilidad, agresividad y probablemente insomnio, confusión en sus pensamientos, pérdida de memoria, se pueden llegar a presentar delirios y alucinaciones persecutorias, en casos extremos inconciencia, coma y muerte. Los efectos orgánicos que se pueden presentar son: deshidratación, jaquecas y migrañas, enfermedades cardíacas, enfermedades gástricas e intestinales, neurológicas, problemas de absorción y nutrición, trastornos sexuales, (Macià, 2000 y National Institute on Drug Abuse; citado en NIDA, 2002).

En el síndrome de abstinencia existe malestar general, cefalea, náuseas, temblores finos, sed intensa, pirosis y diarrea, mientras que en la dependencia va incrementando los síntomas pero acompañado de temblores más generales, crisis convulsivas y el *Delirium Tremens* (NIDA, 2002).

- **Opiáceos.**

Incluye los alcaloides del opio y diferentes sustancias sintéticas y semisintéticas, son compuestos extraídos de la semilla de la amapola, caracterizado por sus potentes efectos analgésicos. Sus derivados son:

a) Opio.

Se deriva de la palabra *jugo* en griego, extraído por la incisión de las cápsulas inmaduras del *papaver somniferum*; contiene más de 20 alcaloides. Se extrae del exudado lechoso obtenido de la amapola, el cual a su vez ya seco se convierte en polvo de color tostado (Macià, 2000). Los efectos del opio comienzan entre los 15 y los 30 minutos después de su ingestión oral, entre los 3 y los 5 minutos después de ser fumado y los efectos duran entre 4 y 5 horas.

El opio provoca tolerancia y dependencia física y psíquica. Un síndrome de abstinencia leve puede surgir hasta con 15 y 30 mg diarios administrados durante dos o tres meses. Sus síntomas se presentan entre las 48 y las 72 horas posteriores al retiro; se caracterizan por ansiedad, inquietud, irritabilidad, lagrimeo, dolores articulares, insomnio, transpiración excesiva, dilatación de pupilas, escalofrío, diarrea y calambres musculares. Estos síntomas se experimentan alrededor de una semana (Álvarez y Farre, 2005).

b) Morfina.

Nombrada así por el dios griego del sueño Morfeo, es un prototipo opioide, su utilización esta más enfocada a la supresión del dolor, control de los espasmos y su uso como medicamento. El opio se transforma durante un primer tratamiento en una "base técnica", de color moreno, conteniendo más o menos 60% de morfina. Tras una segunda operación se eleva el porcentaje a 93 o 94% y permite obtener la "morfina base" de color blanco. La cual, se aplica en inyecciones subcutáneas o intravenosas. Sus efectos se presentan entre los 3 y los 5 minutos después de su aplicación y duran de 4 a 5 horas (Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, 1991).

c) Heroína.

Cuando una molécula de morfina es modificada químicamente se obtienen derivados más potentes como la heroína. Sin refinar es un polvo granulado color canela, refinado es un polvo blanco, fino y cristalino. Su consumo se realiza por aspiración nasal, fumándola o inyectándola. Los efectos de la heroína comienzan entre los 3 y los 5 minutos después de haber sido inyectada o inhalada y duran de tres a cuatro horas. Para mayor intensidad se utiliza la vía intravenosa y los efectos duran aproximadamente 8 segundos (Escohotado, 1995).

Según describe Escohotado (1995), las primeras administraciones de heroína se reciben con manifestaciones de fuerte desagrado, entre las cuales destacan náuseas y vómitos. La sensación inicial se conoce como *rush*, una estimulación placentera e inmediata de los centros nerviosos de la parte superior del cerebro.

A nivel físico se presenta contracción pupilar, insensibilidad al dolor, disminución en: la presión arterial, el ritmo respiratorio, el deseo sexual e incoordinación muscular. En caso de administraciones continuas puede presentarse obstrucción intestinal. La insalubridad que lleva a compartir agujas no esterilizadas entre los usuarios, puede ocasionar también el contagio del virus del sida, hepatitis y del tétanos así como diversas infecciones cutáneas.

d) Metadona.

Se puede decir que la metadona es ligeramente más potente que la morfina, se suministra principalmente por vía oral y actúa entre los 30 y los 35 minutos después de su ingestión, también puede inyectarse intramuscularmente. Sus efectos principales duran entre 18 y 24 horas, algunos pueden durar hasta 36 horas (Álvarez y Farre, 2005).

La metadona produce contracción de pupilas, depresión respiratoria, relajación muscular, liberación de la hormona antidiurética, estreñimiento, aumento de temperatura y la presencia de azúcar en la sangre. Utilizada durante largos periodos puede provocar aumento de peso y entumecimiento. Sus efectos persisten después del uso repetido; de hecho la contracción de las pupilas y la depresión respiratoria se aprecian por más de 24 horas después de una dosis única (Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, 1991 y Escohotado, 1995).

Las sustancias antes descritas no son los únicos opiáceos, ya que existen alrededor de siete derivados, sin embargo, son las que tienen mayor prevalencia en consumidores. Estas sustancias tienen un gran número de efectos sobre el sistema nervioso central y gastrointestinal. También se presenta analgesia, somnolencia, cambios de estado de ánimo, depresión respiratoria, posibles náuseas, disminución de temperatura corporal, disminución de motilidad del tubo digestivo, náuseas, vómito y alteraciones neuroendocrinas por acciones en el hipotálamo (NIDA, 2002).

El síndrome de abstinencia de los opiáceos comienza pocas horas después del consumo y puede llegar a durar varios días, sus síntomas son lagrimeo, dilatación de la pupila, sudoración, bostezos y ansiedad; después pueden aparecer calambres musculares, espasmos intestinales con náuseas, vómito, diarrea, crisis de ansiedad y ataques de pánico por sentir que se está próximo a la muerte. El deseo de consumir es latente y el sujeto puede ser capaz de hacer cualquier cosa por obtener la sustancia. La tolerancia producida aumenta el riesgo de sobredosis (Nató & Rodríguez, 2001 y NIDA, 2002).

- ***Barbitúricos.***

Son derivados del ácido barbitúrico, compuesto que se origina por condensación de una molécula de urea y otra de ácido masónico (Macià, 2000).

Su administración es de forma oral, provoca relajación, disminución de la actividad mental, sueño, descoordinación motora de leve a moderada, daños en la función cognitiva y en la memoria, puede provocar lesiones en el hígado o en los riñones, producir erupciones cutáneas, dolores articulares, neuralgias, hipotensión, estreñimiento, disminuye la agudeza mental, retarda la palabra, provoca labilidad emocional y tendencia al colapso respiratorio. En intoxicaciones severas puede llegar a provocar la muerte (Alianzas para una Venezuela sin drogas, 2005; Macià, 2000 y Nató & Rodríguez, 2001).

Dentro del síndrome de abstinencia se presentan los siguientes síntomas: excitación nerviosa, náuseas, vómitos, convulsiones y a veces cuadros de *Delirium Tremens* (NIDA, 2002). Comprende las siguientes sustancias:

a) Benzodiazepinas.

Son medicamentos utilizados para tratar estados de ansiedad, las benzodiazepinas difieren entre sí por su absorción, la profundidad de los efectos depende de la dosis, pues entre mayor sean se puede apreciar signos de sueño, sedación o coma (Nató & Rodríguez, 2001).

Su forma de administrar es por lo general oral, inducen a un agradable estado de relajación muscular, somnolencia, sedación, disminución de la ansiedad, ataques de pánico y amnesia retrógrada. Las dosis elevadas provocan náuseas, aturdimiento, confusión, anorexia, disminución de la coordinación psicomotriz, ansiedad, agitación, amnesia, depresión y agresividad (NIDA, 2002).

El síndrome de abstinencia es manifestado por ansiedad, temblor, vértigo, insomnio, irritabilidad, náuseas, cefalea, convulsiones, alteraciones de la percepción y el movimiento, contracciones musculares involuntarias y se puede llegar a desencadenar psicosis. Se llega a desarrollar tolerancia y su consumo prolongado en la dependencia (Nató & Rodríguez, 2001).

b) Inhalables.

Este grupo está compuesto por hidrocarburos volátiles, como nafta, solventes y bencina; disolventes, como la acetona y el aguarrás, entre otras; pegamentos como el poxipol o el poxirán; insecticidas, desinfectantes, derivados de halogenados, aromáticos, glicoles, sustancias empleadas para el maquillaje y otros productos de amplia utilización (Macià, 2000 y Nató & Rodríguez, 2001).

La vía de administración es inhalación por boca o nariz, producen efectos de euforia, sensación de grandiosidad, alucinaciones, mareo, dolores de cabeza, irritabilidad, insomnio, neuritis, náuseas y síntomas de inestabilidad emocional, que la mayoría de las veces, se transforma en profundas depresiones. Después de determinado consumo empiezan las alteraciones a nivel cognoscitivo con percepciones distorsionadas, especialmente auditivas y visuales, desorientación en el tiempo y espacio, pérdida de coordinación motora y alteraciones en la forma de hablar. El consumo crónico puede producir lesiones hepáticas, renales y de médula ósea y posible ceguera por daño en el nervio óptico (Nató & Rodríguez, 2001 y NIDA, 2002).

El síndrome de abstinencia se manifiesta por insomnio, dolores de cabeza y náuseas. La tolerancia varía según la sustancia, pero lo que se puede tener como referente son efectos depresores del sistema nervioso central (Macià, 2000).

1.7.2 Estimulantes.

Son sustancias psicoactivas que aceleran el funcionamiento del Sistema Nervioso Central. Proporcionan fuerza y energía, tienen la capacidad de aumentar el

rendimiento y de disminuir el cansancio en un breve período. Dentro de esta clasificación se encuentran las siguientes sustancias:

a) Nicotina.

Es un alcaloide natural derivado de la hoja de tabaco, *nicotina tabacum*, ejerce acciones complejas tanto en el sistema nervioso central como en el periférico. Es variada la composición química del tabaco, se han encontrado aproximadamente 4 mil 200 sustancias producidas por la quema de la planta, éstas se agrupan en gases y sustancias particulares como el monóxido de carbón, bióxido de carbono, amoníaco, nitrosaminas volátiles, óxidos de nitrógeno, cianuro de hidrogeno, derivados del azufre y de los nitritos, hidrocarburos volátiles, alcoholes, aldehídos y cetonas. La fase particulada contiene nicotina, agua alquitrán y mezcla de hidrocarburos aromáticos, algunos de los cuales son cancerígenos (Brailowsky, 1995).

Su principal vía de administración es inhalada, aproximadamente alrededor del 90% de la sustancia llega al cerebro en cuestión de 10 segundos, se somete a metabolismo hepático y tiene una vida alrededor de dos horas. Se observa un incremento en la frecuencia cardíaca, de la presión arterial y el flujo coronario. Esto conduce a una mayor demanda de oxígeno del tejido cardíaco, pero si no ocurre el suministro, puede complicarse a tal grado de presentar una crisis cardíaca. La disminución del peso corporal se debe al gasto de energía que se logra al tener la estimulación nicotínica, por lo que se produce menos grasa. El humo de cigarro provoca inflamación de la mucosa del árbol respiratorio y un aumento en la producción de elastasa, la cual degrada la elastina responsable de la capacidad de los pulmones de expandirse y contraerse (Brailowsky, 1995).

Las estadísticas son alarmantes a nivel mundial, debido a que las probabilidades de contraer cáncer en boca, faringe, laringe, esófago, riñón y páncreas son del 15 al 20%; de contraer cáncer en vejiga y cuello uterino, del 40 al 45%, y un 70% de posibilidades de contraer cáncer en pulmones (Nató & Rodríguez, 2001).

El síndrome de abstinencia se ve caracterizado por avidez, irritabilidad, frustración, cólera, ansiedad, dificultad para concentrarse, insomnio y disminución de la frecuencia cardíaca. La tolerancia se desarrolla rápidamente a los efectos de náuseas y lentamente a los efectos cardiovasculares (NIDA, 2002).

b) Cocaína.

Es un alcaloide estimulante que se obtiene de las hojas secas de un arbusto llamado *erythroxylon coca*, crece en las regiones andinas de algunos países de Sudamérica. La vía de administración puede ser diversa: fumada, inyectada, inhalada (esnifada) produce gran ansiedad, alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, facilita la conducta antisocial. Así como el desdoblamiento de la personalidad, agresividad y estados depresivos que constituyen otras de sus consecuencias, que llegan incluso a comportamientos extremadamente peligrosos por parte de los consumidores. El uso continuo ocasiona irritación intensa de las membranas mucosas de las fosas nasales y produce un deterioro irreversible que llega a la perforación del tabique nasal. La obtención de efectos más rápidos e intensos dependerá de la vía de administración.

De la cocaína deriva el Crack (clorhidrato de cocaína), este nombre fue dado a esta sustancia por el ruido que realizan los cristales al calentarlos para fumarlos a través de una "pipa de agua". El polvo se disuelve en agua destilada y se le añade una sustancia alcalina, lo que produce la precipitación de los cristales de clorhidrato de cocaína. Su dependencia y tolerancia es más rápida debido a su proceso químico y también a que es más económica que la cocaína (Chicharro y Tapia, 2001).

La cocaína produce intensa dependencia psíquica y tolerancia. Los consumidores habituales aumentan gradualmente la ingesta hasta llegar a varios gramos a la semana, produciéndose intensas taquicardias, que pueden ser seguidas de infarto o paros respiratorios (Nató & Rodríguez, 2001). Los síntomas en la abstinencia son agresividad, ansiedad, taquicardia y en uso prolongado, estado paranoico persecutorio.

c) Anfetaminas.

Son medicamentos fabricados en laboratorios legales e ilegales mediante procesos de síntesis. Se presenta en pastillas, tabletas, polvo encapsulado o simplemente como un polvo blancuzco; son consumidas oralmente, aunque en ocasiones también se inyectan para obtener efectos más intensos, lo que aumenta su peligrosidad. Desarrollan tolerancia en un corto periodo y provocan la necesidad de aumentar paulatinamente el consumo para obtener los mismos resultados iniciales con el riesgo de llegar a la sobredosificación.

Producen dependencia psíquica, la persona necesita la droga para llevar a cabo su trabajo y para afrontar sus responsabilidades. El síndrome de abstinencia es caracterizado por temblores, somnolencia, sensación permanente de cansancio y estado de depresión física y mental. Lo que al principio puede parecer hiperactividad puede llegar a transformarse bajo el influjo de estos medicamentos en conductas agresivas y violentas.

La anfetamina aumenta la contracción cardíaca, la presión arterial y la vasoconstricción, producen dilatación de la pupila y aumento de la tensión muscular, estimulan las glándulas suprarrenales, produce alerta continua y disminuye el tiempo de coagulación en caso de accidentes. Son absorbidas rápidamente por el aparato digestivo y se eliminan casi sin modificación a través del riñón (Nató & Rodríguez, 2001).

d) Metanfetaminas.

Es una sustancia sintética que acelera el sistema nervioso, haciendo que el cuerpo utilice la energía acumulada. Al no descansar lo suficiente y dejar de alimentarse el cuerpo se ve afectado.

La vía de administración es por lo general oral; los efectos que causa al cuerpo varían de acuerdo a la cantidad utilizada, los síntomas que se pueden observar son: lesión nasal cuando es inhalada; sequedad y picor en la piel, acné, irritación o inflamación; aceleración de la respiración y la presión arterial, lesiones en el hígado, pulmones y riñones, extenuación cuando se acaban los efectos de la

droga, movimientos bruscos e incontrolados de la cara, cuello, brazos y manos; pérdida del apetito y depresión aguda cuando desaparecen los efectos.

Con su consumo crónico se puede desarrollar tolerancia y en un esfuerzo por intensificar los efectos llega a variar la vía de administración. El síndrome de abstinencia incluye depresión, ansiedad, fatiga, paranoia, agresión y un intenso deseo de consumir la droga (NIDA, 2002).

1.7.3 Alucinógenos.

Son sustancias que inducen alucinaciones, su aparición distorsiona el conocimiento y la voluntad, producen alteraciones de la sensación, la percepción, el estado de ánimo y el nivel de conciencia, que depende no sólo de la dosis sino también de las condiciones en las que se utilizan (Alianzas para una Venezuela sin Drogas, 2005).

Se pueden clasificar en naturales, las cuales incluyen: solanáceas, que se extrae la belladona, mezcalina extraída del cactus del peyote; psilocibina y psilocina, provenientes del hongo *psilocybe mexicana heim* y la *amanita muscaria*. Los alucinógenos sintéticos y semisintéticos abarcan: LSD dietilamida del ácido lisérgico, obtenido del hongo del centeno; fenciclidina, conocida como PCP o *polvo de ángel* y la ketamina (Nató & Rodríguez, 2001). En esta clasificación se puede agregar la marihuana y el hashis, debido a que se consideran alucinógenos. Comprende las siguientes sustancias:

a) LSD.

Es una sustancia incolora, inodora, insípida y soluble en agua. Es semisintética, derivado del ergot, extracto del conerzuelo del centeno. Administrado oralmente, su acción se manifiesta con alucinaciones de todo tipo, despersonalización, psicosis, pánico, delirios, temblores, puede aparecer náuseas, palidez, sudoración, taquicardia y lipotimia. Los fenómenos psíquicos se caracterizan en lo referente al estado de ánimo por fluctuaciones del humor, euforia expansiva como verborrea y risa irrefrenable (Nató & Rodríguez, 2001).

b) Fenciclidina y Análogos.

Es conocida como PCP o *polvo de ángel*, produce alucinaciones, agresividad, delirio y puede llegar a ocasionar un cuadro psicótico agudo, similar a la esquizofrenia. Puede ocasionar convulsiones, baja tensión arterial, depresión respiratoria, coma y muerte. La sobredosis puede provocar un agudo fallo renal (Nató & Rodríguez, 2001).

c) Mezcalina.

Es extraída del cactus del peyote, favorece alucinaciones, distorsión de imagen corporal, aumento en el brillo e intensidad de los colores, alteración en la percepción de las formas, mezclas sensoriales, distorsión del espacio-tiempo, cambios en los pensamientos y en el estado de ánimo. Con el uso prolongado puede causar confusión mental, pérdida de memoria y desorientación (Nató & Rodríguez, 2001).

En general los efectos que se dan en estas sustancias constituyen incremento en el ritmo cardíaco y la presión sanguínea, elevación de temperatura corporal, reducción del apetito, provoca náuseas, vómito, dolor abdominal, reflejos rápidos, dilatación de pupilas, asimismo, afecta la memoria y los procesos de pensamiento. La intensidad de los efectos, junto con la reacción emocional a estos, difiere de una persona a otra. Las reacciones pueden variar de felicidad a euforia.

La tolerancia y la abstinencia se desarrollan rápidamente, así como los efectos físicos y psicológicos de estas sustancias alucinógenas. Los efectos psicoactivos ocurren tras tres o cuatro días de uso repetido y no se manifiestan a menos que suceda un periodo de varios días de abstinencia (Jacobs y Fher, citado en Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, 2005).

1.7.4 Mixtos.

Estas drogas producen alteraciones de la sensación, la percepción, el estado de ánimo y el nivel de consciencia, que depende no sólo de la dosis sino también de las condiciones en las que se utilizan.

a) Marihuana.

Cannabis sativa, tiene dos componentes que son psicoactivos: el 9 THC y el 8 THC (THC=tetrahidrocannabinol). Se obtiene de un arbusto silvestre y se distinguen tres tipos: *Cannabis Sativa*, *Cannabis Indica* y *Cannabis Ruderalis*. Se han identificado 400 sustancias sintetizadas por la planta, de las cuales más de 60 son cannabinoides.

Se fuma, aunque a veces también se ingiere. Los síntomas que se presentan van de acorde a la dosis utilizada, pero en general, se presentan los siguientes: euforia, cambios perceptivos significativos, distorsiones visuales y auditivas, incoordinación muscular, ilusiones llegando a alucinaciones, desorientación temporal y disminución de la memoria inmediata. Si se consume en compañía de otros sujetos se tiende a la locuacidad y a la risa espontánea (Macià, 2000 y Nató & Rodríguez, 2001).

El consumo crónico de marihuana puede llevar a un síndrome amotivacional. Que es un cuadro de apatía, aburrimiento, alteraciones en el juicio, la concentración y la memoria, pérdida de interés para relacionarse con otras personas o para lograr una superación personal (Nató & Rodríguez, 2001).

b) Hashis.

Es la resina de la *cannabis sativa*, consiste en una pasta color marrón (hasta un 20% concentrado). Produce los mismos síntomas que la marihuana, lo único que la hace diferente es el tiempo de efecto y la peligrosidad de uso, siendo está más peligrosa.

Su uso prolongado, produce sensación de mucho cansancio, retarda y confunde el pensamiento, percepción del tiempo y del espacio, propicia la pérdida de la memoria inmediata y provoca una falta de interés por todo lo que requiera, aunque sea una mínima planificación (Nató & Rodríguez, 2001).

En ambas sustancias se han encontrado síndromes de abstinencia donde se menciona: agitación, insomnio, irritabilidad y ansiedad (Escohotado, 1995). En cuanto a tolerancia, usuarios aseguran que transcurrido algún tiempo de uso regular los efectos disminuyèn sensiblemente y es necesario fumar cantidades mayores para conseguir el estado deseado. Hasta el momento no se conocen casos de muerte por sobredosis (NIDA, 2006).

II. FAMILIA.

2.1 Concepto de Familia.

En nuestro presente, hablar de familia significa incluir un sin fin de particularidades, pues en la actualidad las familias son diversas en su formación, en sus integrantes y en otras características. Es necesario aclarar que familia es un concepto genérico y no un tipo particular (Macias, 1994), pues no solo se relaciona a una imagen donde la familia se encuentra exclusivamente formada por un padre, una madre y uno o más hijos, ya que esto corresponde sólo a una modalidad o tipo de familia.

Una familia entonces, es un grupo (dos o más) de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria (al menos para uno) y convivencia, generalmente bajo el mismo techo, es decir, que comparten la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos o más generaciones (Macias, 1994).

Leñero (1994), describe que en general dentro de una familia existen tres manifestaciones que determinan la unidad familiar: primero, el fenómeno vincular de la sangre, el cual, da lugar al parentesco entre personas descendientes de un progenitor común, y en particular a la existencia de las relaciones entre padres e hijos y a la parentela en general; segundo, el fenómeno de afinidad, manifestado principalmente a partir del impulso sexual y afectivo; el cual implica de una manera u otra, la búsqueda de la pareja marital, pero también la vinculación entre las familias de los demás miembros de la pareja o de los asimilados en el espacio familiar. Y tercero, la unidad habitacional, la cual constituye el espacio residencial en el que vive cotidianamente cada unidad doméstica, durante lapsos más o menos permanentes.

A partir de la creación de la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, citado en Resendiz, 2000), se ha retomado a la familia como un sistema abierto en interacción con el medio circundante. Es decir, la familia ha sido entendida como una unidad sistémica, inserta y relacionada con otros sistemas humanos de mayor y menor jerarquía o complejidad, que realiza funciones específicas para la satisfacción de las necesidades de los miembros que la integran, así como de ella misma como unidad vital de desarrollo. En ella es donde se establecen los vínculos afectivos primarios, que servirán de modelo para la forma en que nos vamos a relacionar con los demás seres humanos posteriormente (Macias, 1994).

2.1.1 Evolución y Desarrollo de la Familia.

La familia es el resultado de la evolución animal y de forma más desarrollada, del hombre; las especies recién nacidas no son autosuficientes y necesitan estar adscritas a un grupo familiar para su óptimo desarrollo (Macias, comunicación

personal, 2007). La primera unidad funcional y por tal la más antigua que se integró en las estructuras sociales, es la familia conyugal, la cual, proviene de la naturaleza biológica de la misma y está constituida por un grupo íntimo y fuertemente organizado en función de los lazos conyugales de los cuales se derivan los descendientes inmediatos (Linton, 1974).

La humanidad, tiene por requisito para la formación de una familia, la existencia previa de otras dos familias, una que proporciona a un hombre y otra que proporciona a una mujer, con el matrimonio iniciaran una tercera familia y así sucesivamente. Entonces bien, la familia se impuso porque satisfacía las necesidades de cuidado prolongado (Gough, 1976).

2.1.2 La Familia en México.

La familia en México ha sufrido una serie de cambios de acuerdo al momento y a la evolución de la sociedad, González (1997) describe cuatro etapas por las que han pasado las familias mexicanas:

A) Familia en la Época Prehispánica.

En esta época la familia era la célula social caracterizada por su gran solidez y las peculiaridades variaban de acuerdo al estrato social. La familia era monogámica y los núcleos se constituían por el padre, la madre y los hijos. A través de la educación familiar se transmitían costumbres y se les enseñaba las labores. El matrimonio era considerado un asunto que se resolvía entre familias, los padres elegían la esposa de su hijo y una anciana se encargaba de los arreglos necesarios entre ambas familias.

B) Familia Novohispana.

A fines del periodo colonial una cuarta parte de la población de la Nueva España era de raza mezclada. La influencia española trajo consigo una idea de familia, donde se enfatizaba una estructura de parentesco extensa. La identidad familiar determinaba el lugar que ocupaba un individuo en la sociedad y la lealtad era el más alto valor de la sociedad. La regulación del matrimonio y de la vida familiar correspondía principalmente a la iglesia, la libre elección del cónyuge y la cohabitación de los esposos eran preceptos que regían el sacramento del matrimonio y el fin primordial era la descendencia.

C) Familia en la Época de Independencia.

En esta época las familias sufrieron un gran desmembramiento, ya que debido a los tiempos de guerra, la madre debía trasladarse junto con sus hijos a dónde el padre de familia tuviera que pelear y cuando el padre no peleaba, la familia debía vivir con el raquítico sueldo de peón o bien del pequeño cultivo familiar. Las familias en este periodo eran separadas pues el padre y los hijos servían como peones y la madre y las hijas como servidumbre, dicha situación provoco que las familias enteras se unieran a la lucha.

D) Familia en el México Contemporáneo.

A comienzos del siglo XX la esperanza de vida de una pareja era apenas superior a los 10 años. La sobrevivencia y la explotación se confundían con el

matrimonio, y la esposa que fallecía prontamente era reemplazada, por lo que las segundas nupcias, sobre todo en hombres eran muy frecuentes en este periodo. Incremento el número de hombre divorciados que vivían solos y las madres divorciadas que vivían con sus hijos o solas, lo que trajo como consecuencia una multiplicación de las familias monoparentales y de parejas que vivían en unión libre, donde por lo menos uno de los dos era divorciado.

Por la naturaleza de su proceso de formación histórica México es un país de aculturación, donde (Leñero, 1983). Para alcanzar el mestizaje cultural predominante que pudiera decirse generó a la familia mexicana moderna, es preciso acudir al origen indígena como sustrato antecesor y al aporte de la cultura hispánica occidental. El hijo mestizo fue criado cercano a la madre, a quien ama, compadece y busca proteger frente a su padre, al cual teme, respeta y más tarde imitará al formar su nueva familia (Leñero, 1983).

Díaz y Ramírez (citados en Resendiz, 2000) proponen algunas características de la familia mexicana:

- Existe una intensa relación madre – hijo durante el primer año de vida.
- Por parte del padre existe escasa relación con los hijos.
- Se presenta una ruptura traumática de la relación madre – hijo ante el nacimiento del hermano menor.
- La supremacía es indiscutiblemente del padre.
- La madre presenta un autosacrificio necesario y absoluto.
- Los mexicanos se sienten más seguros como miembros de una familia ya que tienden a ayudarse entre sí; siempre se está dispuesto a ayudar a otros miembros de la familia que tengan problemas por enfermedad o económicos.
- Lo importante es la familia más que el individuo por sí mismo.

En la actualidad se está gestando una serie de cambios y transformaciones en la familia, ello se manifiesta de la siguiente manera: ruptura de la autoridad tradicionalmente rígida del jefe, participación de varios miembros en el sistema de toma de decisiones, cambio de las relaciones paterno – filiales, liberación de la sexualidad, papeles familiares intercambiables entre sus miembros, desacralización de la vida familiar, residencia intercambiable, factibilidad de separación y divorcios en los matrimonios mal avenidos, nuevas uniones maritales como recurso, sustitución de las relaciones parentales por las de tipo amigable y vecinal (Leñero, 1994).

Como anteriormente se indicó, debemos recordar que las familias no son estereotipos y que la realidad de la familia corresponde a múltiples condiciones o formas; los rasgos que han sido mencionados pueden mantenerse en distintos grados en la familia mexicana, por lo que es más preciso hablar de familias mexicanas en su pluralidad, que de la familia mexicana (Leñero, 1983).

2.2 Ciclo Vital de la Familia.

Probablemente la familia apareció al mismo tiempo que la humanidad, sin embargo, ni la familia, ni las formas familiares están determinadas genéticamente. La familia es un sistema vivo de tipo abierto, el cual se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas. Además las familias pasan por un ciclo de: vida, origen, desarrollo y final, donde despliegan sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir (Estrada, 1997; Gough, 1976; Macias, 1994)

Diversos autores en todo el mundo han enfatizado los procesos evolutivos de la familia, sin embargo, dado el origen geográfico de la investigación, centraremos nuestra atención al acontecer de México, para lo que retomaremos las ideas planteadas por el Dr. Macias (1994), quien esboza las siguientes fases del ciclo vital en las familias mexicanas:

I. Los Antecedentes (Fases Preliminares).

Esta etapa primordial corresponde a la formación de la familia y con frecuencia no se completa o individualiza, lo que conduce a un desarrollo menos favorable en las etapas posteriores. Está conformada por las siguientes fases:

1.- Desprendimiento de la Familia de Origen.

Es el proceso de desarrollo psicológico de alcanzar autonomía emocional y autosuficiencia, que le permita al hijo la toma de decisiones de vida.

2.- Encuentro y Cortejo.

En esta fase, la pareja toma la decisión de serlo y busca llegar a integrarse como tal, lo que en ocasiones se ve influido por distintas presiones de la familia de origen y del medio social.

3.- Proyecto de Pareja y la Decisión de Serlo.

Consiste en desprenderse de la familia de origen y conformar el proyecto de pareja, sin embargo, muchos de los problemas se derivan de un inadecuado desprendimiento, de un encuentro y cortejo forzado y/o insuficiente y de un proyecto incompleto e inadecuado sin plena conciencia de lo que ello implica.

II. El Inicio (Fases Tempranas).

Generalmente esta etapa tiene un inicio más claro y definido, el cual es marcado por un ritual. Las siguientes fases conforman esta etapa:

4.- El Matrimonio.

Consiste en un compromiso de vida y en la constitución formal de la pareja. El matrimonio religioso o civil según sea el marco referencial de la pareja, es cuando ambos hacen explícito y públicamente manifiesto su compromiso.

5.- Integración Inicial y Decisión de Ser Familia.

Una vez que la pareja convive formalmente, tendrá la oportunidad de irse integrando y adaptando en forma inicial a su vida juntos, idealmente en forma independiente de ambas familias de origen. Al término de esta fase la pareja puede dar un paso trascendental, al tomar la decisión de ser familia, lo que

idealmente debe hacerse con plena conciencia y programado por ambos cónyuges en su proyecto de vida de pareja y familia.

6.- Advenimiento de los Hijos.

Esta fase marca formalmente el paso para considerarse ya una familia, lo que trae consigo la adquisición de nuevos roles primarios como son el de madre y padre.

7.- Familia con Hijos Pequeños.

Incluye lactancia y primera infancia y queda traslapada con la parte final de la anterior, en la cual, la familia sufrirá una de sus primeras crisis de adaptación normativa del ciclo vital; debido a que después del embarazo y el nacimiento del primer hijo la demanda de atención y cuidados, que exige, pueden ser de tal magnitud que el estrés y los sentimientos de desplazamiento, que pueda llegar a sentir el padre, abatan el umbral de tolerancia a la frustración y aumente el nivel de irritabilidad y tensión entre los miembros de la familia.

III. El Desarrollo (Fases Intermedias).

Desde las fases anteriores la familia empieza a realizar sus primeras funciones psicosociales para la sobrevivencia y el bienestar emocional de los hijos, en nuestro medio es importante destacar el papel que juega la familia extendida, generalmente en forma positiva y de apoyo, aunque a veces llega a ser un poco intrusita. Esta etapa es comprendida por las siguientes fases:

8.- Familia en Época Preescolar.

En esta fase las funciones psicosociales de la familia llegan a tener la mayor relevancia, pues es entonces cuando constituye la casi totalidad del mundo interaccional de los hijos, quienes van adquiriendo sentido de pertenencia familiar, a través del afecto y la aceptación que le ayuda en el desarrollo de su identidad primero grupal familiar y con base en ella, individual (en la medida que la misma familia lo apoye y respete).

El marco de referencia de lo que es permitido o aceptado requiere de mayor precisión y consistencia, racionalmente fundamentada para ayudar a los hijos a incorporarlo adecuadamente. En esta fase los modelos de comportamiento que ofrecen los padres, son de extraordinaria importancia, en particular la congruencia que tienen entre lo que dicen y lo que hacen.

9.- Familia y la Escuela.

Es primordial elegir la escuela y buscar que se de una complementariedad adecuada entre ella y la familia, pues de otra forma se puede causar confusión y desorientación en los niños, pues su mundo se va abriendo más, tienen otros modelos de comportamiento y el sistema familiar puede enriquecerse con las nuevas experiencias.

10.- Pubertad y Adolescencia de los Hijos.

Esta fase suele ser crítica para los padres, pues remueve muchas de las ansiedades que vivieron a ellos mismos; la aparición de los caracteres sexuales secundarios, el despertar de la genitalidad y el cuestionamiento que los hijos

adolescentes hacen de la autoridad paterna, particularmente si ha sido manejada de forma impositiva, irracional y autoritaria, la forma de retar las costumbres y las normas sociales, especialmente si se han manejado en forma eminentemente convencional y con incongruencia entre lo que los padres dicen y lo que hacen, llevan con frecuencia a situaciones de difícil manejo. A su vez los hijos se inician en el uso del tabaco, el alcohol y experimentan con marihuana y otras drogas no aceptadas. El conflicto que se genera puede ser de mayor o menor gravedad, en especial si queda inserto en una conflictiva familiar conyugal de fondo.

11.- Los Hijos Jóvenes Adultos.

En nuestro medio esta fase se presenta aún dentro de la familia, lo que constituye una gran oportunidad de compartir la satisfacción de una tarea cumplida por ambas partes, de haber apoyado y facilitado el proceso de maduración de los hijos y para éstos el ser capaces de alcanzar su verdadera autonomía emocional y la capacidad de autosuficiencia aún dentro del seno del hogar.

IV. La Declinación.

Es caracterizada por ser de inicio para una nueva familia y traslapar la cercanía al final de la familia de la cual hemos seguido su ciclo. Está comprendida por:

12.- El Desprendimiento de los Hijos, el Nido Vacío y el Reencuentro.

La fase de *Desprendimiento de los Hijos Jóvenes Adultos* se inicia cuando estos se separan del hogar, la cual se traslapa con la etapa de antecedentes de un nuevo grupo familiar y concluye así un ciclo, pero continuándose aún el de la familia que estamos siguiendo en su ciclo vital. Si se da el desprendimiento de todos los hijos en forma casi simultánea, la pareja original se queda sola de nueva cuenta, lo que algunos autores han denominado el "*Nido Vacío*". Al concluir las tareas fundamentales de los roles materno y paterno, los padres se centrarán nuevamente con el rol de esposo y esposa, que si se había descuidado en las fases previas del proceso, resulta un *Reencuentro* entre casi desconocidos.

13.- Las Nuevas Familias.

Los hijos pueden haber pasado ya de la fase inicial de integración de su matrimonio a ser una nueva familia y el advenimiento de los miembros de esta tercera generación, permite a los padres de la familia original que hemos venido siguiendo en su ciclo vital, adquirir nuevos roles, de abuelo y abuela, desplegando en ellos capacidades afectivas a veces depuradas por la experiencia de los años. En nuestro medio es posible que se den algunas de estas fases en forma simultánea o incluso se modifique el orden de las mismas o llegue a saltarse alguna.

14.- Vejez y Muerte. Disolución de la Familia Nuclear.

Puede suceder la muerte de uno de los cónyuges y por consecuente la disolución del núcleo familiar original, sin que la pareja llegue al reencuentro o a la vejez de los dos. Cuando llega a darse esta última fase, sigue siendo

importante en nuestro medio el rol de la familia extendida, los padres ya viejos y solos, con frecuencia se adscribe a la de alguno de los hijos.

Las etapas y fases que se han planteado, idealmente tendrían la secuencia sugerida, sin embargo, en la realidad, algunas fases no se dan en forma sucesiva, sino por lo contrario a veces simultanea, por lo que en ocasiones se llega a pasar a una etapa posterior sin haber cumplido previamente y de manera adecuada la anterior, lo que implica dificultades o desviaciones en el proceso evolutivo sano o positivo (Macias, 1994).

2.3 Tipos de Estructuras Familiares.

Como ya se indicó a través del paso del tiempo la familia ha ganado diversidad en sus características y en su forma, pues ya no sólo es aquel prototipo de padre, madre y descendencia, en los tiempos actuales presenta gran complejidad en su estructura.

Las familias pueden ser estratificadas o identificadas según diversas características, tales como su ciclo vital, sin embargo, también es importante conocer que personas la conforman, Macias (1994) expone la siguiente clasificación, según la estructura familiar:

- a) *Familia Extensa*: Incluyen por lo menos dos o más troncos generacionales completos de dos generaciones distintas, bajo el mismo techo.
- b) *Familia Semiextensa*: cuando conviven bajo el mismo techo de una familia nuclear otros miembros, uno o más con o sin lazos de consanguinidad, sin llegar a constituir un tronco generacional completo.
- c) *Familia Extendida*: se refiere al resto de los familiares, de la parentela, que constituyen parte de la red de apoyo social del núcleo de convivencia familiar, pero con los que no se convive bajo el mismo techo y no se comparten cotidianamente los recursos de subsistencia.

Por su parte Espejel (1997), propone la siguiente clasificación de algunos tipos de estructuras en las familias mexicanas, la cual ha sido revisada por el Dr. Macias (Comunicación Personal, 2007), de manera que resulte complementaria con la anteriormente citada:

- *Familia Primaria Nuclear*:

Familia Integrada por padre, madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos.

- *Familia Primaria Semiextensa*:

Es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.

- *Familia Primaria Extensa:*

Es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal.

- *Familia Reestructurada Nuclear:*

Está formada por una pareja donde uno o ambos cónyuges han tenido una unión previa con hijos independientemente de los hijos que conciban juntos.

- *Familia Reestructurada Semiextensa:*

Familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos y que incluyen bajo su techo a uno o más miembros de la familia de origen de alguno de ellos.

- *Familia Reestructurada Extensa:*

Formada por una pareja donde uno o ambos cónyuges, ha tenido unión previa con hijos y vive con la familia de origen de él o de ella.

- *Familia Uniparental Nuclear:*

Familia integrada únicamente por padre o madre con uno o más hijos.

- *Familia Uniparental Semiextensa:*

Integrada por padre o madre con uno o más hijos y que reciben en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen.

- *Familia Uniparental o Monoparental Extensa:*

Inicialmente es integrada por padre y madre con uno o más hijos y se separa de la familia de origen de ambos, después se da una ruptura y la familia se conforma del padre o la madre y su descendencia y a esta familia se agrega más de un miembro de la familia de origen.

Macias (1994) plantea las siguientes características particulares de las familias, basadas en la estructura – antropológica social de la cultura:

- a) *Familias con Descendencia Patrilineal:* se refiere a aquellas familias en que el recién nacido queda adscrito a la familia del padre.
- b) *Familias con Descendencia Matrilínea:* son las familias en que el recién nacido queda adscrito a la familia de la madre, como las madres solteras.
- c) *Familias Patrinominales:* son familias en las que se lleva el apellido del padre.
- d) *Familias Matrínominales:* en estas familias es el apellido de la madre el que se lleva.
- e) *Familia Patriarcal:* en esta familia el padre o figura masculina ejerce manifiestamente el poder.

- f) *Familia Matriarcal*: la madre o la figura femenina ejerce manifiestamente el poder.
- g) *Familia Matricéntrica*: la figura central, en el acontecer emocional de ese grupo de convivencia y en las relaciones interpersonales de esa familia, es la madre.
- h) *Familia Patricéntrica*: la figura central en el acontecer emocional de ese grupo de convivencia y en las relaciones interpersonales de esa familia, es el padre.

2.4 Estructura Familiar.

El conjunto de funciones que organiza la manera de interactuar de los miembros de la familia es lo que denomina la estructura de esta; según Minuchin (1987) existen cinco áreas en la dinámica de una familia, a través de las cuales el investigador o terapeuta puede percatarse si en la actualidad la familia se encuentra con un buen funcionamiento o se muestra disfuncional:

1.- *Jerarquía*: se determina a través de cómo la familia distribuye la autoridad en varios niveles y diversas formas según el contexto. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas, por lo que cada integrante debe tener diferentes niveles de autoridad. Es importante que la jerarquía y autoridad quede bien definida en cada contexto de la vida familiar, lo más normal es que la autoridad sea compartida por ambos padres en forma flexible.

2.- *Límites*: son las reglas que definen quiénes y cómo participan en las transacciones interpersonales de la familia, si está se encuentra bien organizada los límites estarán claramente definidos. La función de los límites consiste en marcar una diferencia necesaria entre los individuos y entre los subsistemas, su claridad es fundamental para el buen funcionamiento de la familia.

3.- *Alianza*: consiste en la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia, las alianzas funcionales son aquellas que incluyen los miembros de la misma generación o del mismo sexo, sin embargo, las alianzas se pueden volver rígidas y establecerse entre miembros de diferente generación para perjudicar a un tercero, cuando esto sucede se habla de una coalición.

4.- *Territorio*: es el espacio que cada integrante ocupa en determinado contexto.

5.- *Geografía o Mapa*: es el esquema que representa en forma gráfica y sencilla la organización de una familia, consiste en la distribución de los integrantes al realizar alguna actividad, ya sea ir a dormir, comer, viajar, etcétera.

2.5 Funcionamiento Familiar.

La familia atraviesa por diversas etapas a lo largo de su desarrollo, y en general su funcionalidad dependerá de la manera en que progrese en la etapa en que se encuentra, si se toma a la familia como un proceso transaccional-sistémico, la familia normal es conceptualizada, en términos de un proceso universal, que es característico de todos los sistemas. Implicando la integración, mantenimiento y crecimiento de la familia unida, en relación al sistema individual y social. Lo normal se encuentra definido de acuerdo al tiempo (época) y al contexto social, además de las distintas demandas internas y externas a lo largo del ciclo vital. Lo que puede ser funcional en un nivel (individual, familiar o social) puede no serlo necesariamente en otro; un modelo funcional en una etapa del ciclo de la familia puede ser disfuncional en otra fase (Walsh en Resendiz, 2000).

La familia entendida como un sistema, cualquiera que sea su forma o su estructura, realiza una serie de funciones para la satisfacción de las necesidades de sus integrantes. Como indica Macias (1994) a partir de Ackerman la familia ha sido entendida como una unidad de estudio y diagnóstico, así como de salud – funcionalidad; por lo que propone la existencia de ciertas funciones psicosociales que deben ser cubiertas para el óptimo desarrollo de los seres que la integran. Las funciones psicosociales se encuentran divididas como se enuncia a continuación:

1. Provee Satisfacción a las Necesidades Biológicas de Subsistencia.

La familia como unidad o núcleo de convivencia se encarga de proveer, según sus recursos, la satisfacción de las necesidades alimentarias de sus miembros, así como la de techo, abrigo y protección.

2. Constituir la Matriz Emocional de las Relaciones Afectivas Interpersonales.

Al nacer el ser humano, aún no ha terminado su proceso de maduración biológica, ni psicológica y es a través de su familia, que establecerá sus primeras relaciones interpersonales y sus vínculos afectivos primarios.

3. Facilitar el Desarrollo de la Identidad Individual.

La familia como grupo primario, ofrece el primer elemento de identidad que es grupal y que sirve como base o antecedente a la individual, la cual inicia con la asignación del nombre propio y se va reforzando a medida que se da un trato personal, lo que le permite a un individuo identificarse con su grupo primario y posteriormente a otros grupos secundarios como lo son, la familia extendida o el grupo escolar.

4. Proveer los Primeros Modelos de Identificación Psicosexual.

La familia brinda a un nuevo miembro los modelos de identificación sexual, que es mujer u hombre, a través de la existencia de las figuras adultas de ambos sexos, quienes pueden ser ante la falta de alguno o ambos de ellos, otras figuras significativas de la familia extendida o del resto del grupo de apoyo social. Posterior a la familia los niños estarán expuestos a otros modelos

secundarios de identificaciones en el ámbito escolar, social o a través de los medios masivos de comunicación.

5. Entrenamiento de los Roles Sociales.

Dentro de la familia debe existir una estructura jerárquica en cuanto a la toma de decisiones y las responsabilidades que le son asignadas a cada quien, la fundamentación de la autoridad familiar debe ser con base en la razón, explicada a través de fundamentos y coherencia entre lo que se dice y lo que se hace, el por qué de las cosas y por qué a cada quien le es asignado un papel más o menos específico dentro de la organización.

6. Estimula el Aprendizaje y la Creatividad.

A través de la familia los niños van recibiendo los primeros elementos de información, adquiriendo conocimientos y aprendiendo comportamientos, si la familia es un sistema abierto, puede facilitar y orientar adecuadamente a sus integrantes para incorporar más elementos del exterior en forma positiva y aprender con ellos o de ellos nuevas formas de entender y manejar las situaciones que se vayan dando en el acontecer familiar.

7. Transmisión de Valores, Ideología y Cultura.

El marco de referencia de los valores, las reglas, normas de conducta, así como la ideología, concepción del mundo, costumbres y ritos que conforman el estilo de vida familiar son transmitidos a los miembros como parte del proceso de socialización, de aceptación-pertenencia al grupo, dando oportunidad en la medida que se estimule y se respete el proceso de individuación, que dichos elementos sean incorporados y asimilados por convicción.

Cuando una familia logra un clima de bienestar para todos sus miembros, presentando modificaciones y ajustes, exhibiendo flexibilidad o complementariedad, ha cumplido favorablemente para los distintos integrantes sus respectivas funciones psicosociales, se puede decir que la familia ha tenido un adecuado funcionamiento, que permite a sus integrantes un desarrollo óptimo.

Modelo de Funcionamiento Familiar de Mc Master.

Este modelo ha sido desarrollado a partir de inicios de los años sesentas, en ese momento en la Universidad McGill, basándose en una aproximación sistémica, cuyo trabajo ha estado a cargo de Nathan Epstein, Bishop y colaboradores, en los años setentas Epstein cambia su trabajo a Mc Master University, lugar por el cual el modelo recibe su nombre y en donde sigue desarrollando hasta finales de esta década, pues a partir de inicios de los años ochenta se cambia a Brown University (Macias, Comunicación Personal, 2007). El modelo incluye las dimensiones que tienen mayor impacto en la salud física, emocional o en los problemas de los integrantes de una familia; cada dimensión va de mayor efectividad a mayor inefectividad. Si el funcionamiento es más inefectivo en una de las dimensiones, puede contribuir a dificultades clínicas y si hay una mayor efectividad en todas las dimensiones se presenta una óptima salud física y emocional.

La estructura y organización son factores determinantes en la conducta de los integrantes de una familia, ya que en el curso de la vida atravesarán distintos problemas y tareas, si no se cumplen efectivamente estas tareas la familia probablemente desarrollará más problemas clínicos significativos o problemas crónicos desadaptativos, las tareas que se plantean dentro de este modelo se han dividido en tres:

- *Área de Tareas Básicas:* Son aquellos problemas instrumentales como dificultades para proveer alimentación, dinero, transporte y refugio.
- *Área de Tareas del Desarrollo:* Son resultado del desarrollo a lo largo del tiempo, pues se dan distintas etapas individuales o de familia como: matrimonio, primer embarazo, etcétera, lo que trae consigo ciertas tareas o dificultades a resolver.
- *Área de Tareas Peligrosas:* Involucra etapas de crisis que incrementan como resultado ante enfermedades, accidentes, pérdidas, cambio de trabajo, etcétera.

Para entender dentro de este modelo la estructura, organización y modelos transaccionales de la familia es necesario atender las siguientes seis dimensiones:

1.- *Solución de Problemas.* Es la capacidad de la familia para resolver problemas de manera que le permita mantener un funcionamiento efectivo, se pueden presentar problemas instrumentales y problemas afectivos, los primeros son de naturaleza mecánica como proveer dinero, comida, ropa, casa y transportación, mientras que los segundos comprenden problemas con las emociones o sentimientos como el enojo o la depresión.

Las familias que no pueden solucionar sus problemas instrumentales rara vez pueden solucionar los afectivos; sin embargo, las familias con problemas afectivos pueden tratar en muchas ocasiones adecuadamente sus problemas instrumentales. La solución efectiva se conforma de siete pasos: 1) Identificar el problema, 2) Comunicación con la gente apropiada de acuerdo al problema, 3) Desarrollar una serie de alternativas posibles, 4) Decidirse por alguna alternativa, 5) Llevar a cabo acciones requeridas por la alternativa, 6) Monitorear la acción y 7) Evaluar la efectividad del proceso de solución.

Las familias que actúan de forma efectiva solucionan los problemas más fácil, pues tienden a llevar a cabo las siete etapas de solución, mientras que las familias que actúan de forma menos efectiva solucionan los problemas de manera menos sistemática, contemplando disminución de pasos para la solución, por lo que no pueden identificar del todo sus problemas; sin embargo, una familia normal puede tener un mínimo de problemas no resueltos.

2.- *Comunicación.* Es el intercambio de información que se da en la familia. Debe evaluarse si es clara o enmascarada, directa o indirecta, si el mensaje se

puede encontrar en un continuo que va de un contenido de información claro hasta uno incubierto o vago y uno que va directo (a la persona correcta) hasta indirecto (desviado a otra persona). Es importante atender a la comunicación verbal pero también a la no verbal. Existen cuatro estilos de comunicación: 1) Claro y directo, 2) Claro e indirecto, 3) Enmascarado y directo y 4) Enmascarado e indirecto. El primer nivel determinara salud en la comunicación y de acuerdo a como se distorsione y se acerque a los tres niveles restantes será menos efectiva.

3.- *Roles*. Son modelos repetitivos de conducta a través de los cuales los integrantes de una familia cumplen sus funciones, algunas deben ser realizadas repetidamente por toda la familia para mantener la efectividad y salud del sistema. El funcionamiento del rol comprende dos aspectos: 1) La distribución de roles o la asignación de los mismos. 2) El rol de responsabilidad, que se refiere a un observador que vigile que las funciones se cumplan correctamente. Existen 5 funciones familiares que sirven de base para los roles necesarios, cada una tiene sus tareas:

- A. *Proveer Recursos*: Incluye tareas como: proveer dinero, comida y vestido.
- B. *Crianza y Apoyo*: se refiere a proveer bienestar, calor, confianza y apoyo a los miembros de la familia.
- C. *Gratificación Sexual al Adulto*: Las parejas conyugales deben encontrar satisfacción sexual en la relación y sentir que pueden satisfacer a su pareja sexualmente.
- D. *Desarrollo Personal*: Incluye tareas y funciones de apoyo familiar en el desarrollo de habilidades para el logro personal, por ejemplo relacionadas al desarrollo físico, emocional, educacional y social del niño y a su vez al trabajo, diversión y desarrollo social del adulto.
- E. *Mantenimiento y Manejo del Sistema Familiar*. Incluye diversas funciones: a) Toma de decisiones y liderazgo, que en general deben residir en el nivel parental y dentro de la familia nuclear, b) Límites y membresía, se encuentran relacionadas a la familia extendida, amigos, vecinos, huéspedes, tamaño de la familia, y manejo externo con instituciones y agencias, c) Control de conducta que incluye disciplinar a los niños, mantener las normas y reglas de los miembros adulto,. d) Economía del hogar, involucra cuentas de bancos, impuestos, y dinero disponible para gastos del hogar, e) Salud, se refiere a identificar problemas de salud, tomar decisiones, y cumplir las prescripciones médicas.

Para la salud en esta área es necesario que todas las funciones sean llevadas a cabo, y la distribución de roles no se debe sobrecargar a uno o más miembros, mientras que la vigilancia del cumplimiento de los roles debe ser clara.

4.- *Respuesta Afectiva*. Consiste en la habilidad de responder a un estímulo con los sentimientos adecuados, la calidad de los sentimientos se puede

considerar de bienestar y de malestar, que se dan de forma interpersonal o intrapersonal (Macías, Modificación Personal, 2007), el primer elemento se relaciona con dos aspectos más: A) Los miembros de la familia deben ser capaces de responder con todo el espectro de sentimientos de la vida emocional, y B) La emoción experimentada debe ser consistente con el estímulo y el contexto. En cuanto a la cantidad de respuesta va en un continuo desde la ausencia hasta la respuesta en exceso. La salud esta dada por la capacidad de expresar todo el rango de emociones con la intensidad y duración adecuada.

5.- *Compromiso Afectivo*. Se refiere a que tanto se muestran motivados en las actividades e intereses individuales los distintos integrantes de la familia, tanto cantidad, así como la manera en que se demuestra, que puede ir desde la total falta de involucramiento hasta el completo involucramiento, donde existen seis tipos: 1) Falta de involucramiento o interés en el otro, 2) Falta de involucramiento sentimental, es decir, hay algún interés en el otro pero es principalmente intelectual, 3) Involucramiento narcisista, se refiere en el interés en los otros sólo al grado en que esta conducta se refiere a ellos mismos, 4) Involucramiento empático, es el interés en el otro por consideración a los otros o por amor a los otros, 5) Sobreinvolucramiento o excesivo interés en el otro, y 6) Involucramiento simbiótico, es un interés extremo y patológico en los otros, este solo es visto en relaciones muy disfuncionales donde hay una marcada dificultad de diferenciación.

Se considera el involucramiento empático como el óptimo para la salud y mientras las familias se alejen más de este tipo de involucramiento, el funcionamiento familiar será menos efectivo en esta área, es posible que existan variaciones como episodios de sobreinvolucramiento o algunos momentos de interés narcisista.

6.- *Control de Conducta*. Son los modos que la familia adopta para enfrentar la conducta en tres áreas: situaciones de peligro físico; situaciones que incluyen la expresión, conocimiento y manejo de las necesidades psicobiológicas y situaciones que incluyen la conducta de socialización interpersonal con miembros de la familia y ajenos a ella. Son importantes las normas, las reglas y la libertad o flexibilidad con que se cuenta. Con un control flexible existe mayor efectividad y ante un control caótico existe menos efectividad, a continuación se describen cuatro estilos de control de conducta:

A) Control de Conducta Rígido: Es intolerante y hay mínima negociación o variación de acuerdo a las situaciones.

B) Control de Conducta Flexible: Los estándares son moderados, hay oportunidad para negociar y cambiarlos dependiendo del contexto.

C) Control de Conducta Laissez Faire: No se tiene un estándar y hay total permisividad.

D) Control de Conducta Caótico: Es impredecible y fortuito, los miembros de la familia no saben que estándares aplican en un momento y cuanta negociación es posible.

Ackerman (1986) indica que una familia funcional es aquella donde cada integrante puede encontrar amor, apoyo y comprensión, es el lugar de donde emerge el valor y la energía para salir adelante, existe una reciproca preocupación entre sus miembros y se es libre de expresar los sentimientos sin temor o pena. Los padres son considerados guías y brindan un apoyo ante las dificultades que se presentan, ya sea a nivel individual de algunos de los hijos o en general de la familia, entre padres aceptan los cambios y de igual forma el hecho de que los hijos crecen y los ayudan a realizarse.

En el lado opuesto, el ambiente en una familia conflictiva es con predominio de cierta frialdad, aburrimento por parte de sus miembros y se percibe una atmósfera de tensión, existen secretos, algún integrante de la familia puede presentar enfermedades físicas que se reflejan en el cuerpo y cara, predomina una actitud poco amistosa entre cada integrante y no hay alegría a nivel individual o familiar. Los padres se caracterizan por estar frecuentemente ocupados, ya sea trabajando, diciendo a sus hijos como comportarse o en cualquier otra actividad, lo que trae como consecuencia que no conozcan ni disfruten a sus hijos. Las familias con estas características rara vez disfrutan de buenos momentos juntos.

El funcionamiento familiar no es algo estático, la familia permanentemente se encuentra sujeta a cambios, bien sea por la transformación de sus integrantes o por los cambios en el entorno (Ríos, 2003). Es necesario recordar que las familias no son funcionales o disfuncionales, sino que siguen patrones de conducta, a través de los cuales se pueden comportar funcionales o disfuncionales.

2.5.1 Percepción del Funcionamiento Familiar.

La idea que tenemos de todo lo que se encuentra en el mundo proviene de nosotros mismos, porque formamos parte de él. Es necesario saber que la percepción depende de la persona en tanto que la persona es el autor y su percepción varía de acuerdo al momento, lugar y hecho que se está observando.

La percepción no es solamente recibir, observar y criticar sobre la base de lo exterior o lo físico, consiste en comprender, para lo que se necesita haber escogido previamente una significación, también influyen los propios actos y el papel que se tiene en la sociedad, pues ante estímulos aparentemente idénticos, las percepciones son desiguales, lo que se debe a que sus situaciones sociales están formadas por diversas estructuras; "nosotros percibimos las situaciones de acuerdo a nuestra cultura porque estamos sumergidos en ella".

En lo que respecta a la percepción social, Vidals (sin referencia) lo define de la siguiente manera “los objetos de la percepción social son las relaciones de la persona con los demás, incluyendo su percepción de los grupos e instituciones sociales”. El núcleo de la percepción social es el modo en que se lleva a cabo la definición de una situación social o de otra persona. Este concepto puede entenderse de tres formas: los efectos del medio sobre la percepción, la percepción de las personas y la percepción del medio ambiente. Los aspectos funcionales de la percepción constituyen el soporte teórico que permite explicar la relación percepción-contexto social.

Cuando la familia se evalúa en su totalidad o ante la mayoría de sus integrantes, podemos obtener la forma en como funciona ese sistema. Si únicamente se evalúa a un integrante del sistema, la visión que obtendremos del funcionamiento en su familia, corresponde únicamente a la percepción particular solo de ese individuo, acerca de como funciona su familia (Espejel y cols, 1997).

Espejel y cols. (1997), evalúan las siguientes áreas, de la percepción del funcionamiento familiar:

Territorio: Hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También hace referencia a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia.

Roles: son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro.

Jerarquía: es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.

Límites: son las reglas que son consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se considera como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos).

Alianzas: se llama alianzas a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.

Comunicación: es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.

Modos de Control de Conducta: son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos, para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.

Afectos: las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

Psicopatología: se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

Estas áreas son importantes para obtener resultados precisos en la evaluación de la percepción del funcionamiento familiar.

La percepción vigente de la familia puede encontrarse influenciada por las percepciones del pasado, que por la realidad objetiva de la estructura y el ambiente familiar. Altos niveles de salud percibida en la familia de origen tienden a acompañar altos niveles de salud en la familia actual (Palomar, 1998).

2.6 Familias con un Integrante Drogodependiente.

Muchas investigaciones a lo largo de los años se han basado únicamente en el estudio de los adictos, en como se desarrolla su adicción, qué consecuencias trae para él, entre otras; sin embargo, se han desarrollado pocas investigaciones acerca de las familias de los adictos. Favorablemente a mediados del siglo pasado comenzó a hablarse de la familia, principalmente de alcohólicos, de mujeres y posteriormente de los demás integrantes de la familia (Escamilla, 2002).

Como ya se ha manifestado anteriormente, las adicciones son un fenómeno de gran impacto social y de gran preocupación, pues constituyen un problema que se presenta en diversas formas y por diversas causas, con una gran variedad de consecuencias negativas como: sentimientos de impotencia, depresión y agresiones físicas o verbales, las cuales, afectan la salud física y psicológica de las familias con uno o más integrantes adictos.

El vivir con un adicto se vuelve difícil para la familia, cuesta trabajo encontrar la forma adecuada de actuar, se puede proceder preocupándose, distanciándose, siendo blando o fuerte; esta necesidad de búsqueda para encontrar la manera adecuada de comportarse y darse cuenta de que nada les funciona puede llevar a los familiares a un estado de impotencia y confusión (Ocho de Alda, 2001), pero debemos recordar que todas las familias reaccionan en forma diversa.

Con base a la teoría de los sistemas, el adicto o los adictos y todos los demás integrantes forman parte del sistema familiar adicto. Como Kalina (2000), describe que las familias psicotoxicas son aquellas que por sus características favorecen el desarrollo de síntomas de adicción, en sentido estricto, incluye uno o más integrantes adictos; propone distintos momentos en la visión de la familia con integrantes drogodependientes:

- 1.- Estructura Ideológica Tradicional Enferma, es altamente conservadora, autoritaria y establece quien será el elegido, el cual debe ocupar el lugar que sostenga a la familia, tomando el lugar de enfermo y asegurando salud al resto del grupo familiar; por lo que si el adicto es el enfermo, este debe ser retirado de la familia y puesto en algún hospicio u hospital, protegiendo a los sanos.

2.- Antipsiquiatría, que intenta estudiar el fenómeno desde un modelo revolucionario, en donde el loco o el enfermo tiene la razón, es decir, la familia es la enferma; esta visión produjo una crisis en el mundo psiquiátrico caracterizado por grandes discusiones y apresuradas modificaciones en cuanto a los procedimientos terapéuticos, lo que trajo resultados catastróficos, al morir este movimiento alrededor de 1975, dejó lecciones a tomar en cuenta en el futuro.

3.- Abordaje Sistémico, pasó al centro de atención y se convirtió en el instrumento de trabajo de creciente importancia teórica-clínica, debido a que permitió investigar las complejidades de los vínculos familiares y sus posibilidades terapéuticas, con un grado de éxito mayor al de sus antecesores, pues uno de los principales objetivos al trabajar con la familia es que cada uno asuma el papel que le corresponde.

2.6.1 Tipología de la Familia con un Integrante Drogodependiente.

En América Latina hay muchos casos de adictos que pertenecen a familias desestructuradas, sin embargo, se ha encontrado que los adictos localizan sustitutos parentales en otras personas de su entorno, que reemplazan a la familia tradicional y constituyen su familia psicotóxica (Kalina, 2000). En un primer momento, previo a descubrir o aceptar la drogodependencia, las familias de adictos se caracterizan por una “ceguera” o “no ver”, pues niegan las conductas auto y heterodestructivas de sus adictos, las cuales si son visibles para otros. Bejos (citado en Escamilla, 2002), propone la siguiente clasificación de familias adictas:

- Tipo A, Familia Adicta:

Es la familia en la que el paciente identificado, abusa o es dependiente únicamente del alcohol y por lo menos durante el último año no ha consumido otras sustancias, independientemente de que haya algún otro familiar que las consuma.

- Tipo D, Familia Drogadicta:

El motivo de consulta de esta familia es debido a que un integrante consume sustancias, de tipo legal o no y que no consume alcohol habitualmente, sin importar que otro miembro de la familia consuma o abuse del alcohol.

- Tipo M, Familia Mixta:

Son familias las cuales acuden a solicitar apoyo porque uno o más de sus familiares abusa o depende de cualquier sustancia, sea legal o ilegal.

Las características que a continuación mencionaremos son las ideas más sobresalientes de diversos autores (Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000; Ocho de Alda, 2001; Bernstein, 1992; Herrejón y Velasco, 1991; Kalina, 2000 y Stanton, 1988), dentro de la literatura de drogodependencia y familia.

❖ *Estructura de las Familias.*

Se ha encontrado un alto índice de familias de adictos monoparentales, a consecuencia de divorcios, separación o muerte, lo que implica pérdidas importantes o un clima conflictivo para los integrantes de esa familia (Bernstein, 1992). También se ha descrito familias extensas, donde existe la presencia de diversos troncos generacionales (Herrejón y Velasco, 1991).

❖ *Situación Socioeconómica y Cultural.*

En cuanto al nivel socioeconómico algunos autores (Bernstein, 1992, Herrejón y Velasco, 1991 y Stanton, 1988) han descrito un nivel bajo, como causa al desempleo del padre y la dedicación exclusiva al hogar por parte de la madre, o bien, debido al uso de sustancias adictivas por parte de los padres, lo que implica un desvío de los recursos económicos familiares.

Ante la migración del padre o del grupo familiar, los integrantes de la familia pueden presentar un duelo que no es elaborado y el separarse de su grupo familiar de origen (Stanton, 1988), la falta de valores familiares o no inculcar alguna creencia religiosa o de otra índole, equivale a un factor de riesgo en la presencia de adicciones (Bernstein 1992).

❖ *Red de Apoyo a la Familia.*

En estas familias se da cierta pobreza en la red de apoyo familiar, pues aun cuando la parentela se encuentre presente o esta cercana físicamente, no hay un apoyo real a la situación familiar o en ocasiones se ignora la situación adictiva (Bernstein 1992).

❖ *Patrón de Abuso Previo.*

En las familias de drogodependientes existe un modelo adictivo previo, el cual se va transmitiendo de una generación a otra; es común encontrar otras personas con el mismo problema en la familia, aún cuando este no es siempre evidente. Uno o más integrantes suelen tener múltiples adicciones, ya sea de forma abierta o encubierta, con un consumo constante. En estas familias las adicciones son socialmente aceptadas y pueden ser adicciones a sustancias legales como el alcohol, la comida, el tabaco, medicamentos y dulces, o a sustancias o actividades ilegales como psicofármacos o juegos de azar; pueden ser adicciones a actividades permitidas socialmente como ver televisión, hacer ejercicio, trabajar o comer, pero siempre en exceso, también puede existir presencia de enfermedades somáticas, ansiedad y depresión por parte de uno o ambos padres (Bernstein, 1992, Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000 y Stanton, 1985).

Aun cuando todos los integrantes de la familia tienen la misma oportunidad de observar las pautas adictivas de sus padres, no todos toman drogas en la misma forma o con la misma intensidad y frecuencia, lo que indica que la conducta modeladora, es un factor importante, pero tan sólo constituye una explicación parcial de la drogodependencia (Stanton, 1985).

❖ *Estilo Interaccional.*

Ferreira (en Ocho de Alda, 2001), describe un estancamiento de la vida familiar, pues estas muestran un estilo interaccional, caracterizado por la falta de comunicación, negociación y poca intimidad, así como altos niveles de frustración, hostilidad y conflicto. Las interacciones son controladas por la madre, la cual, generalmente interfiere en la relación del padre con el hijo o del hijo con el padre, por lo cual este último se encuentra psicológicamente ausente o distante (Herrejón y Velasco, 1991).

Existe alto conflicto y poca intimidad, con un estilo autoritario y crítico por parte de los padres, existen conflictos en la pareja conyugal, coaliciones en el sistema familiar, depresión y tensión en las relaciones entre todos los integrantes, pues estas familias tienden al aglutinamiento en el cual los límites son difusos entre los diferentes subsistemas, lo que permite una mayor formación de coaliciones entre diversos integrantes. De forma paralela existe una alta permisividad, en donde hay una interacción agresivo – destructiva, en la que los padres despliegan una tendencia mágica a evitarle todo sufrimiento y displacer mediante el suministro de elementos económicos como dinero, regalos valiosos o viajes (Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000).

❖ *Estilos de Comunicación. (Dobles mensajes).*

Las fronteras entre los subsistemas (sistemas paternos y fraternos) están borradas y predomina una incongruencia jerárquica. Los padres de estas familias envían constantemente dobles mensajes, ya sea entre ellos o hacia los hijos, estos mensajes son contradictorios, tales como: “no consumas drogas”, mientras que algunos de ellos no pueden dejar de consumir drogas o detener alguna conducta adictiva (Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000), estos mensajes llevan un código de información más allá de lo verbal que indica “haz lo que yo te digo y no lo que hago”.

❖ *Secretos Familiares.*

Se hace evidente una estructura familiar constituida en la base de un mal entendido, basada en una mentira o engaño entre dos o más integrantes de la familia (Kalina, 2000). Suele haber un pasado con situaciones ocultas, difíciles y con secretos familiares, que se viven como vergonzosos, lleno de contradicciones y mentiras (Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000). Podemos encontrar los secretos en dos líneas:

- Secretos A-históricos o del Aquí y del Ahora.

Se tiende a esconder cosas que pueden ser vergonzosas para la familia, tales como: alguna drogodependencia anterior, algún miembro con padecimientos mentales, enfermedades graves o infidelidades de cualquier índole, las cuales perturban la dinámica familiar, por lo tanto se ve afectada la comunicación y el diálogo.

- Secretos Históricos.

Incluyen uno o más generaciones, los abuelos, los hijos y los nietos, por ejemplo, algún acontecimiento que pasó en la primera generación de la familia, se esconde para que los miembros de la segunda o demás generaciones

subsecuentes no se enteren, pues estos secretos causan vergüenza a toda la familia (Bernstein, 1992).

❖ *Papel del Drogodependiente.*

Entre el movimiento familiar y el conflicto conyugal, en muchas ocasiones el papel del toxicómano puede igualarse al de un termostato, que regula y protege la homeostasis familiar, debido que a través de su conducta, puede enfriar la relación de los padres (si esta es asfixiante) o acercarla (si están distanciados), o bien puede hacer hacia sí, todos los conflictos familiares y la angustia. No debemos olvidar la idea de que si la familia es un sistema, no sólo el drogodependiente influye en la familia, sino también esta influye en el drogodependiente, es decir, que para que la condición de adicción se mantenga cada integrante de la familia colabora (Ferreira en Ocho de Alda, 2001).

❖ *Pareja Conyugal.*

La pareja conyugal dentro de la familia puede tomar una de dos posiciones, puede ser un padre sobreinvolucrado, o bien, un padre periférico o ausente; si en la familia el integrante adicto es un hijo, el padre suele ser periférico y la madre sobreinvolucrada; si la hija es la adicta, la situación cambia, el padre se puede encontrar sobreinvolucrado y la madre periférica (Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000 y Herrejón y Velasco, 1991). En estas familias regularmente hay una mala alianza marital, donde el precario vínculo que mantiene la relación es un hijo, el cual canjea su independencia por la enfermedad, volviéndose dependiente e inmaduro, de manera que el hijo detiene su crecimiento hacia la autonomía en bienestar del grupo familiar (Bernstein, 1992; Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000 y Stanton, 1998).

Una constante en los padres de familia de drogodependientes, de todas las clases sociales, es su ausencia de firmeza, de identidad y el incumplimiento de su función como organizador que personifica las leyes y normas. Los padres presentan una falta de autoridad sobre los hijos y una falta de límites en el grupo familiar, un régimen que es arbitrario y oscila entre la rigidez, el autoritarismo y la permisividad total, la cual incluye una conducta desaprensiva, en la que se coloca al alcance de los integrantes menores, elementos inductores al uso de drogas y se les envía mensajes con contenidos explícitos o encubiertos de muerte, tales como: "preferiría que no hubieras nacido", "por que no desapareces de mi vista", entre otros (Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000).

❖ *Características del Padre en Familias de Drogodependientes.*

Las siguientes son algunas características encontradas acerca de los padres en las familias de drogodependientes. El padre tiende a esconder una figura débil que se ofrece como el que va a dar y hacer las cosas, pero por el contrario no lo sostiene, asume el rol de quien necesita y exige, o sencillamente desaparece, carece de autoridad en la familia y para superar esta carencia se vuelve autoritario.

Es un padre necesitado de estima, pues es posible que la relación con sus propios padres haya sido conflictiva y cargada de exigencias, si esto no se trabaja y fortalece, es quien primero puede abandonar la terapia con el grupo familiar, pues tiende a escaparse, justificándose a través de no tener tiempo o tener mucho trabajo (Kalina, 2000). El padre puede ser ausente, porque no habita en casa, por divorcio, separación o alguna otra situación, o bien, ser físicamente presente, pero en lo demás ausente. (Bernstein, 1992; Casarino, Herrejón y Velasco, 1991; Leonetti en Musacchio de Zan, 2000 y Stanton, 1998).

❖ *Características de la Madre en Familias de Drogodependientes.*

Suele suceder que la madre no puede o no sabe ejercer su rol, pues han sido inmaduras y presentan autoestima muy baja, la cual esta centrada en su belleza exterior (Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000). Tiende a ser una persona depresiva, de forma manifiesta o enmascarada y en muchas ocasiones la madre de ella también lo ha sido, pues se vive siempre necesitada de estima o de una fuente externa para regular su autoestima (Kalina, 2000), intenta llenar el vacío que siente a través de sus hijos, los absorbe y los usa como una especie de droga que calma su depresión (Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000), tiende a la sobreprotección, pues anteriormente ha tenido carencias afectivas, su actitud puede ser el resultado de una actitud compensatoria y de reparación, sin embargo, esa actitud aparente de sumo cuidado, cubre el beneficio que obtienen de sus hijos, pues a través de estos cubre sus propias necesidades (Bernstein, 1992).

Pueden actuar en forma sobreestimuladora, con conductas de sobregratificación, adelantándose en todo momento al deseo e iniciativa del hijo y actuando según sus propios deseos o necesidades; en ambos casos la interacción madre – hijo, se caracteriza por haber sido deficitaria en lo que respecta a las necesidades del hijo, lo que genera una vivencia de vacío en ellos (Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000).

Casarino y Leonetti (en Musacchio de Zan, 2000) puntualizan que en la familia de un drogodependiente existe un núcleo patógeno, cuyo origen principalmente es un fracaso de los vínculos humanos, sin embargo, así como la familia puede ser fomento en el desarrollo de una conducta adictiva, en la misma forma puede ser un factor positivo en el tratamiento de esta problemática, sobre todo, cuando esta comprometida con la terapia y permite al drogodependiente obtener su lugar (Stanton, 1985).

Es necesario no caer en la conclusión reduccionista de que hay una sola causa y una única solución, la familia es uno de los aspectos en esta problemática, sin embargo, no es el único, pues como ya lo hemos mencionado es un problema complejo de índole psicológico, interaccional o relacional y social. El cual a través del estudio de sus diversas causas puede evolucionar favorablemente.

2.7 Familia y Enfermedad.

2.7.1 Codependencia.

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales* (DSM-IV TR, 2002) indica como *rasgos de la personalidad* a aquellos patrones de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que ponen de manifiesto una amplia gama de contextos sociales y personales, los cuales pueden constituirse como un *Trastorno de la Personalidad*, cuando son inflexibles, desadaptativos o causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. El *Trastorno de Personalidad Dependiente* se ubica dentro de esta clasificación y es aquel donde se hace presente una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión, adhesión y temores de separación, los cuales, tienen comienzo en el inicio de la edad adulta. Los comportamientos dependientes y sumisos están destinados a provocar atenciones y surgen de una percepción de uno mismo como incapaz de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás. Para que un individuo sea diagnosticado con *Trastorno de Personalidad Dependiente* debe presentar las siguientes características:

1. Dificultad para tomar decisiones cotidianas.
2. Necesidad que va más allá de lo apropiado para la edad o para la situación, de que otros asuman la responsabilidad en las principales zonas de su vida.
3. Dificultad para expresar el desacuerdo con los demás.
4. Dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas de forma autónoma.
5. Presentan un deseo alto de lograr protección y apoyo de los demás, por lo que soportan malos tratos, actos que no desean o que son irrazonables.
6. Frecuentemente se sienten incómodos o desamparados cuando están solos.
7. Cuando terminan una relación importante, buscan urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesitan.
8. Manifiestan preocupación de forma no realista por miedo al abandono.

De acuerdo al DSM-IV TR (2002), el diagnóstico por *Desorden de Personalidad Dependiente*, puede darse ante un trastorno identificable que es el resultado de la rigidez excesiva o intensa asociada con estos rasgos, sin embargo, puede presentarse en sujetos con una enfermedad de índole física o de otra naturaleza y no únicamente asociado a personas que tengan relación con un drogodependiente, por lo cual, es necesario indicar de forma más específica las características de las personas codependientes.

Escamilla (2002) refiere que el diagnóstico para de este trastorno comprende cinco criterios:

- *Criterio A:* Continua Inversión de Autoestima, las personas que tienen características codependientes creen que es posible controlar sus vidas por la fuerza de voluntad, por lo que muestran esfuerzos

repetidos, el fracaso significa un estado de insuficiencia. La autovaloración depende de su compañero y determina como sentirse y comportarse.

- *Criterio B:* Responsabilizarse por los otros necesitando la exclusión para reconocerse como uno propio, lo que trae como consecuencia que al paso del tiempo pierda la capacidad de reconocer sus propias necesidades.
- *Criterio C:* Ansiedad y Alteración en los límites alrededor de la intimidad y separación.
- *Criterio D:* Involucrarse en Relaciones con Desordenes de la Personalidad, dependientes químicos u otros codependientes, buscan relacionarse con personas que tengan necesidades similares a las de ellos.
- *Criterio E:* Tres o más de los siguientes criterios:

1. Excesiva confianza en el rechazo.
2. Constricción de Emociones.
3. Depresión.
4. Hipervigilancia
5. Compulsividad en conductas como comer, jugar o tener relaciones sexuales.
6. Ansiedad, manifestada a través de ataques de pánico o fobias.
7. Abuso de Sustancias Adictivas.
8. Abuso físico o sexual recurrente.
9. Estrés relacionado con enfermedades médicas, o drogodependencia.
10. Permanecer en una relación con un drogodependiente, durante o por lo menos dos años, sin haber buscado ayuda. Son incapaces de buscar ayuda.

La codependencia puede presentarse en personas cercanas, que debido a su condición, de familiares o amigos manifiesten codependencia ya sea temporal, por el tiempo en que se recupera, o bien, permanente. Cocores (citado en Kalina, 1990) propone identificarlos como "coadictos", ya que estas personas, se dedican a corregir, cuidar, salvar o curar a su drogodependiente.

Kalina (1990) refiere las siguientes características como parte de la nosología que describe a las personas coadictas:

- A) Permanecer durante prolongados periodos de tiempo (más de un año) en íntima relación con un drogodependiente, sin buscar tratamiento u otro apoyo externo.
- B) Invierten tiempo y energías en controlar las conductas del drogodependiente.
- C) Postergar las propias necesidades en función de atender las del drogodependiente.
- D) Vivir con un drogodependiente por tres o más meses y presentar por lo menos cinco síntomas de esta lista:

- 1.- Mostrar trastornos en el sueño, alimentación y estados de ánimo.
- 2.- Asumir responsabilidades por los adictos.
- 3.- Encubrir y proteger al adicto.
- 4.- Tomar medidas destinadas a evitar las acciones adictivas.
- 5.- Realizar constantes demandas y exigencias al drogodependiente para que disminuya o pare sus actuaciones, a pesar de las evidencias de fracaso.
- 6.- Sentirse heridos, deprimidos, con sentimientos de soledad: enojados, frustrados y hasta culpables.
- 7.- Presentarse exacerbados problemas físicos y/o psicosomáticos.
- 8.- Alejarse de sus amistades y en general de su ambiente social.
- 9.- En muchos casos haber pasado por estas situaciones con algún pariente.
- 10.- Tolerancia ante abusos físicos y emocionales.

Anteriormente sólo eran considerados como coadictos, la esposa o pareja del adicto, posteriormente esto se extendió a los hijos o familiares cercanos y hoy en día observamos que cualquier persona alrededor de un adicto, compañeros de trabajo u amigos pueden ser coadictos.

Como hemos tratado a lo largo de este capítulo la familia constituye un sistema en el que cada uno de los integrantes de la familia participa y busca constantemente un equilibrio, en ciertas ocasiones la drogodependencia o la coadicción pueden colaborar con este equilibrio o ser un eslabón entre los integrantes. Si el consumo de sustancias aumenta o cesa, es muy probable que las conductas de los integrantes coadictos aumenten, por lo que es primordial que la atención no solo sea enfocada en torno al integrante consumidor, sino también, a aquellos que cohabitan con él.

III. PSICOTERAPIA DE GRUPO.

3.1 Evolución de la Terapia de Grupo.

3.1.1 De lo Individual a lo Grupal.

La historia de la humanidad ha estado influida por dinámicas e interacciones grupales. El grupo representa un encuadre vital para la sobrevivencia biológica, social y para el desarrollo de la personalidad. El individuo recibe de los grupos aceptación, socialización, identificación, afirmación sexual, seguridad económica y autopropagación, el sujeto responde de acuerdo a las características del interlocutor y con las propiedades de los grupos a los que pertenece, sin embargo, los miembros de un grupo pueden internalizar normas y códigos grupales relativamente distintos, a pesar de que el ámbito de donde proceden las reglas sean los mismos. A pesar de la existencia de agrupamientos desde la prehistoria, el estudio de los grupos pequeños es un campo de aparición reciente (Díaz, 2000).

La utilización de pequeños grupos comenzó en los Estados Unidos a inicios de 1900, estos grupos no tenían una meta terapéutica y se encontraban focalizados a la adherencia terapéutica de pacientes a tratamientos o bien a fines educativos, no obstante, en la década de 1930 se comenzó el empleo de grupos en forma planificada para el tratamiento de problemas de personalidad (Scheidlinger en Kaplan y Sadock, 1998).

La terapia de grupo, a través de los tiempos, ha demostrado una amplia gama de aplicabilidad, incluyendo hospitales generales, psiquiátricos y ambulatorios, programas de rehabilitación e instituciones correccionales; a su vez, este tipo de tratamiento es aplicable a un amplio espectro de población, desde niños y adolescentes, hasta adultos con diversos trastornos o sin ellos (Scheidlinger en Kaplan y Sadock, 1998).

3.1.2 Historia de la Terapia de Grupo.

Una de las primeras experiencias notificadas de grupo fue en Boston, en 1905 Joseph Hersey Pratt instituyó clases a sus pacientes dando paso a los primeros procesos grupales, a través de los cuales observó que el grupo por sí mismo tiene efectos terapéuticos y promovía un clima de solidaridad y cooperación, de tal forma que denominó a su abordaje: "reeducación emocional y persuasión" o "procedimientos psicoeducativos". Su método fue apuntalado en el trabajo con pacientes tuberculosos y más tarde se extendió a enfermos cardíacos, diabéticos, obesos y a pacientes neuróticos y psicósomáticos. (Díaz, 2000; Guimón, 2001).

Por su parte Trigant Burrow, en los años veinte, se interesó por aplicar los principios psicoanalíticos a las manifestaciones del intercambio social, para descubrir su contenido manifiesto y latente, con el objetivo de capacitar al individuo a fin de expresarse libremente. De tal manera que fue pionero en la

aplicación del psicoanálisis individual a grupos reducidos. Llamó a su método “Grupo Análisis”, el cual consistía principalmente en animar a los pacientes a analizar sus relaciones mutuas en términos de interacciones inmediatas más que en relación con su historia personal. Visualizaba al grupo como una totalidad y su mérito más reconocido consiste en la capacidad de su método para disminuir la resistencia del paciente, al descubrir que su problema no es único (Díaz, 2000; Guimón, 2001).

Uno de los pioneros en el uso de grupos en ambientes hospitalarios fue Louis Wender, quien comenzó el trabajo con esta modalidad, ya que veía que sus pacientes respondían adecuadamente cuando participaban en una discusión sobre sus problemas psicodinámicos (Guimón, 2001), de tal forma que abordó los problemas de convivencia entre pacientes mentales leves y psiconeuróticos mediante terapia individual y grupal combinada. El tratamiento duraba cinco meses aproximadamente, en las sesiones se presentaba una exposición sencilla de las motivaciones de la conducta y el conflicto, apelando a la comprensión de la conducta.

En 1923 Jacob Levy Moreno acuñó el término de “Psicoterapia de Grupo” y en 1942 fundó la *American Society for Group Psychotherapy and Psychodrama*. También descubrió que la dramatización de los conflictos facilitaba su superación, por lo que fundó el método del psicodrama, en el cual emplea interacciones dramáticas, medidas sociométricas y dinámicas de grupo que facilitan los cambios en los individuos y grupos, apoyándose en la teoría de roles y en la organización de patrones cognitivos, así el sociodrama mediante la representación psicodramática tiende a aclarar y resolver problemas del grupo social total.

De los métodos antes mencionados podemos indicar que corresponden a una primera fase de la terapia de grupo, donde el terapeuta es una figura central, de esta primera fase se derivan las terapias con estructura fraternal, en las cuales se estimula la fraternidad homogeneizadora de los miembros, los grupos más conocidos en esta modalidad son los de autoayuda o ayuda mutua, dentro de los cuales Alcohólicos Anónimos AA es el más destacado (Díaz, 2000).

Con la Segunda Guerra Mundial, la terapia de grupo cobró impulso y una creciente popularidad, debido a la abundancia de casos psiquiátricos, especialmente los hospitales militares americanos y británicos. En esa época las dos principales asociaciones de terapeutas de grupo fueron, la *American Group Psychotherapy Association* fundada por Slavson, y la *American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama*, creada por Moreno (Scheidlinger en Kaplan y Sadock, 1998).

En los años treinta, Kurt Lewin desarrolló los conceptos de la “Teoría de Campo” y la “Dinámica del Grupo”, concibió a los procesos grupales como campos estructurados constituidos por elementos interrelacionados, en los cuales no puede predecirse la conducta grupal sin tomar en cuenta las metas, normas y valores grupales, Lewin propone que el grupo es un sistema dentro de una jerarquía de sistemas (Díaz, 2000). Dirigió su interés hacia los problemas de

percepción, aprendizaje y pensamiento. Junto a Bethel desarrolló los “Grupos T” destinados a sensibilizar a la dinámica de grupo a educadores y personas que ejercen en centros comunitarios (Guimón, 2001).

Durante la guerra y posterior a ella, Bion contribuyó al desarrollo del análisis grupal aplicando principios psicoanalíticos a grupos de soldados hospitalizados por neurosis de guerra y con la finalidad de reintegrarlos a sus labores militares, en su tratamiento Bion se limitaba a interpretar los fenómenos emergentes como un acontecer global del grupo en función del todo. Propone que los grupos tienen dos tipos de actividad: una racional conciente que tiende a la cooperación (grupo de trabajo) y otra que comparten los miembros del grupo, la cual es inconsciente, se opone a la primera y actúa bajo un supuesto básico . (Díaz, 2000; Guimón, 2001).

Samuel Slavson, ha sido considerado el padre de la psicoterapia de grupo y fue quien tuvo la mayor influencia en el plano internacional al adaptar el modelo psicoanalítico al grupo de niños. Hacia 1943, Slavson introdujo el concepto de pequeño grupo e inicio grupos de actividad para niños en la *Jewish Borrad of Guardians* de NY. Posteriormente abordó el tratamiento de pacientes adolescentes y adultos. Fundó la Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo en 1940 (Guimón, 2001).

El autor con mayor influencia en Europa, en cuanto a aplicación de las psicoterapias de grupo a las instituciones y su trabajo, ha sido Foulkes, quien llamó a su técnica “Group Análisis”, la cual consiste en el análisis del grupo por el propio grupo, incluyendo al conductor. Foulkes marcó el inicio en el cambio de la terapia del paciente aislado hacia la atención a las relaciones interpersonales y al tratamiento grupal, visualizó la totalidad de las comunicaciones grupales como el equivalente de la libre asociación del paciente individual (Díaz, 2000; Guimón, 2001).

La psicoterapia de grupo ha tenido auge a partir de los años veintes, y con el transcurso del tiempo, esta modalidad ha tomado diversas formas y se ha modificado con el paso del tiempo. Hemos mencionado de forma general los autores más destacados en el campo internacional, sin embargo, dado el lugar en donde se efectuó la presente investigación, hemos acotado el campo a la esfera Latinoamericana y en especial a México.

3.1.3 Terapia de Grupo en Latinoamérica.

En Latinoamérica, el movimiento grupal tiene sus inicios en Argentina en el año 1947, cuando Pichón Riviére organizó grupos terapéuticos con enfermos hospitalizados en el Hospital de Neuropsiquiatría, partiendo del tratamiento del modelo de Lewin. Fundó en 1954 la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (AAPP de G). Posterior a Pichón Riviére, Grinberg, Langer y Rodriqué se abocaron al estudio de los grupos, sistematizando el enfoque de análisis de grupo, este equipo concebía al grupo como una integración de distintos elementos que constituyen una totalidad gestáltica a la que aplicaban estrictamente la técnica psicoanalítica.

En México se iniciaron experiencias terapéuticas aisladas a partir de 1949, la primera a cargo de Ramón de la Fuente y Eleonor Torres, los cuales trataron a un grupo de niños en el Hospital Infantil; por su parte el Doctor Luis Feder, en 1950, condujo un grupo terapéutico de niños y otro con las madres de éstos, después en 1954 organizó un nuevo grupo con pacientes psicóticos internados en una institución.

En 1961, a petición del director de un convento, Gustavo Quevedo y Frida Zmud iniciaron el tratamiento grupal de los monjes de una comunidad, equipo al que más tarde se incluyó el doctor González, sin embargo, el grupo terapéutico se suspendió por problemas con la iglesia, lo que fomentó a los terapeutas para formar el Centro Psicoanalítico Emaús, en el que los fundadores iniciaron, junto con otros invitados, un nuevo enfoque en donde trataban a los grupos alternándose como terapeutas y observadores silenciosos. La diferencia de enfoques teóricos y técnicos provocó la salida de varios miembros y como resultado de ello, se fundó la *Asociación Mexicana de Psicoanálisis de Grupo A.C.*, a cargo de José Luis González, Gustavo Quevedo y Frida Zmud, en 1968 el nombre de la asociación cambia al de *Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG)*, mismo que conserva hasta la fecha. En 1977, la asociación abrió las puertas de su clínica con funciones asistenciales, docentes y de investigación (Díaz, 2000).

3.2 Características de los Grupos Terapéuticos.

3.2.1 Clasificación de los Grupos.

Los grupos han sido clasificados por diversos autores (Díaz, 2000, Guimón, 2001 y Salmeron, 1992), según su fin, su tamaño o alguna corriente sociológica o psicológica.

Inicialmente podemos describir dos tipos de grupos que son parte de la sociedad, el grupo Natural, el cual se refiere al grupo en el que el sujeto se inserta de forma espontánea, tal como el grupo familiar, el barrio o la vecindad. Y por otro lado los grupos en donde el sujeto busca una inserción, llamado grupo Artificial, el cual se forma deliberadamente bajo un propósito específico, por ejemplo, los grupos de discusión, grupos escolares, grupos políticos y grupos psicoterapéuticos.

Díaz (2000) propone la siguiente clasificación desde una corriente sociológica:

a) **Primarios:** Este grupo es aquel donde los miembros están ligados a través de lazo; emocionales calidos, íntimos y personales, tienen contactos directos y espontáneos, además son vitalmente interdependientes, satisfacen las necesidades básicas de alimentación y protección, y se orientan hacia fines comunes, tales grupos constituyen la familia y los grupos de pares o de amigos.

b) **Secundarios:** En este tipo de grupo las relaciones entre los miembros son interpersonales, racionales, contractuales y formales. Los contactos son intermitentes y a veces indirectos. Los individuos participan sólo en cuanto a sus

capacidades especiales y delimitadas, siendo el grupo el medio para alcanzar otros fines. A este tipo pertenecen las organizaciones profesionales, los equipos de trabajo y organizaciones burocráticas (Díaz, 2000).

Por su parte Guimón (2001) propone una tipología de grupos basada en su tamaño.

a) Grupo Grande: comprende cuarenta miembros o más y aun cuando difícilmente son realizables, pueden facilitar cambios personales y sociales. Son utilizados principalmente en un contexto didáctico, tal como grupos psicoeducativos, grupos multifamiliares o por instituciones de ayuda mutua.

b) Grupo Mediano: el número de miembros se sitúa entre doce y treinta participantes, lo que crea una situación donde las ideologías o actitudes tienden a adquirir un papel central. Este tipo de grupos tienen la capacidad de acercar la sociedad al individuo y brindar la ocasión de aclarar la naturaleza de las relaciones entre el mundo interno y el externo.

c) Grupo Pequeño: permite numerosos intercambios entre los individuos participantes, los cuales tienden a ser de ocho a doce. Estos grupos se desarrollan con mayor frecuencia dentro de consultas ambulatorias privadas o públicas y constituye el prototipo del grupo terapéutico. Se desarrollan en una fase inicial en la cual los miembros intentan integrarse y consolidarse como grupo, lo que lleva a pasar a una segunda fase donde se presentan las resistencias y los principales fenómenos grupales, para culminar en una última fase donde el grupo se prepara para el cierre y la despedida.

Como parte de los grupos pequeños, los cuales son prototipo del grupo de interés en esta investigación, podemos indicar tres vertientes:

a) Abierto: estos grupos tienen como característica que continuamente mantienen un tamaño constante, reemplazando sus miembros a medida que abandonan el grupo, es decir, los pacientes pueden ingresar, salir o ser dados de alta, sin que el grupo deje de existir, pues está abierto a recibir a nuevos miembros, lo que implica una alta fluctuación de participantes con un grupo siempre vivo (Yalom, 2000). Generalmente estos grupos tienen un proceso de tiempo indefinido y se puede cambiar a los integrantes en su totalidad o también al equipo terapéutico.

b) Cerrado: cuando este grupo es formado se fija una fecha de inicio y terminación o continuación del tratamiento y se plantean los objetivos a trabajar durante ese período de tiempo, los cuales indican la terminación o consecución del mismo. Una vez, constituido este grupo, no se permite la entrada de nuevos integrantes (Yalom, 2000). Se reúnen un número predeterminado de sesiones, comenzando y terminando al mismo tiempo para todos sus integrantes, logra estabilidad y facilita la cohesión, permite que sus miembros puedan seguir una secuencia de objetivos, sin embargo se enfrentan a la deserción de integrantes y al desbalance del grupo.

c) De Apertura Lenta: también son denominados por Foulkes (citado en Salmeron, 1992) intermedios, ya que se encuentra entre el grupo abierto y el grupo cerrado, se va consolidando de forma lenta y permite durante un tiempo específico la entrada o salida de integrantes, pasado este tiempo no se permite la entrada de nuevas asistentes y comienza el trabajo de igual forma a un grupo cerrado (Salmeron, 1992).

3.2.2 Contrato.

Consiste en un convenio terapéutico, el cual incluye los acuerdos compartidos y no coercitivos, formales o informales, entre el terapeuta y los participantes, debe efectuarse al inicio de un grupo terapéutico y debe incluir los fines que se persiguen, las tareas que cada uno debe desarrollar, así como las reglas básicas para conseguirlo. A través del contrato se establece un marco de referencia dentro del que operan terapeuta y grupo. Debe contener la descripción del grupo, duración, frecuencia de las sesiones, si habrá sesiones prolongadas o fuera de tiempo y posibles efectos colaterales. Entre las reglas que algunos terapeutas se encuentran: asistencia regular, pago de honorarios, confidencialidad, abstención de contacto físico con los integrantes del grupo, abstenerse de comer durante la sesión, poner en palabras los sentimientos hacia los integrantes, entre otras (Díaz, 2000).

3.2.3 Encuadre.

Comprende la suma de los elementos de la estructura y dinámica del grupo terapéutico, está constituido por las constantes dentro de las cuales se da el proceso terapéutico; consta de una serie de normas verbales y no verbales que regulan los encuentros y tienen un carácter fijo; el encuadre es lo que sostiene al grupo, es un factor decisivo para un funcionamiento adecuado. El ritmo y la frecuencia de los encuentros configuran una continuidad espacio temporal institucionalizada que ocupará la posición de la realidad exterior. La organización espacio temporal y económica de los encuentros constituye el aspecto explícito del encuadre, lo que diferencia al grupo terapéutico de cualquier otra reunión de personas (Díaz, 2000; Guimón, 2001).

a) Número de Miembros.

Los fines de la terapia dictan el número de miembros, Díaz (2000) considera que el número ideal de pacientes para análisis en un grupo es de seis a diez miembros, debido a que permite la depositación transferencial de la familia nuclear y otras personas significativas en los compañeros, un número por debajo de ocho participantes no proporciona en el grupo suficiente provocación y actividad interpersonal, lo que puede llevar a puntos ciegos en la interacción espontánea, con menos de cinco se disminuyen las interacciones y el terapeuta podría encontrarse prontamente haciendo terapia individual, por lo contrario con más de 10 participantes se dificulta saber lo que pasa y disminuye el tiempo para la elaboración de los problemas personales. Teniendo en cuenta la tasa probable de abandonos, el terapeuta debería comenzar con un grupo ligeramente superior al ideal, de tal forma que ni el terapeuta, ni el grupo, tengan que preocuparse por la disminución en el número a medida que los integrantes se den de baja (Salvendy citado en Kaplan y Sadock, 1998).

b) Frecuencia.

El grupo puede reunirse de una a cinco veces por semana de acuerdo a los objetivos del grupo, en la actualidad una mayoría de terapeutas realizan una sesión semanal, ya que funciona en forma satisfactoria (Díaz, 2000).

c) Duración de las Sesiones.

El tiempo de la sesión puede variar desde 80 a 150 minutos, la duración de cada sesión es el resultado de una decisión adoptada por experiencia, corresponde al reconocimiento de que un proceso multipersonal requiere un tiempo para instalarse, poderse detectar, comprender y analizar; sin embargo, sea cual fuere el tiempo asignado para trabajar con el grupo, es importante no terminar ninguna sesión en forma abrupta (Díaz, 2000). Vinogradov y Yalom (1996) proponen que la duración óptima de un grupo de terapia es de 80 a 90 minutos, pues durante los primeros 20 o 30 minutos el grupo se contemplará y los restantes 60 minutos trabajará los temas importantes de la sesión. No debe pasarse por alto, el rendimiento decreciente, pues llevar a un grupo a más de este tiempo de trabajo provocará que se fatigue y comience a ser repetitivo.

d) Duración Total.

El tiempo total de vida de un grupo puede ser limitado o sin límite de tiempo y es quizás el factor que mas condiciona a otras variables del grupo (Guimón, 2001). Un grupo a tiempo limitado o de corta duración es homogéneo, cerrado y con objetivos focalizados, lo cual se establece al inicio de la terapia, en el contrato, en estos grupos se puede trabajar supresión de síntomas, resolver un área especial de conflicto, la adaptación a etapas de la vida, crisis vitales u otras; todos los pacientes inician y deben terminar la terapia, sin el ingreso de algún miembro nuevo, al estar constituido el grupo. Por otro lado aquellos grupos que pretenden modificar parte de la estructura de un sujeto no pueden prever el tiempo que le tomará a cada paciente lograrlo, por lo que se elige trabajar sin límite de tiempo o en un grupo de larga duración, pero con grupos heterogéneos, lo que constituye un grupo abierto, pues los pacientes que terminan su tratamiento pueden ser reemplazados por nuevos miembros y debido a la fluctuación de este modelo es considerado más cercano a la vida real, pues incluye pérdidas de viejas relaciones y establecimiento de nuevas (Díaz, 2000).

e) Cobros.

Los terapeutas deben plantear en el encuadre con qué periodicidad se realizarán los cobros y cuál será el valor de dicho cobro. Algunos terapeutas cobran una vez al mes o bien después de cada sesión. Es importante que cualquier peculiaridad con este rubro se detecte de inmediato y de igual forma se trabaje y clarifique dentro del espacio terapéutico (Salvendy citado en Kaplan y Sadock, 1998).

f) Finalidad.

Los grupos pueden tener diversos objetivos, actualmente existe una gran diversidad de estos, por ejemplo: de experiencia, enseñanza, ayuda mutua o psicoterapia.

3.2.4 Composición.

Éste elemento influye en la efectividad del proceso terapéutico, los parámetros específicos de homogeneidad y heterogeneidad incluyen la dinámica del paciente, diagnóstico, clase social, raza, etnia, religión, edad, sexo, orientación sexual y estado civil. Como ventaja los grupos homogéneos ponen el acento en el apoyo o la mejoría sintomática a corto plazo, este tipo presentan tasas más altas de asistencia, son más cohesivos y ofrecen apoyo inmediato. Por otra parte la heterogeneidad supone una disonancia suficiente para generar modelos de rol alternantes (Salvendy citado en Kaplan y Sadock, 1998). Por ejemplo, los grupos pueden ser heterogéneos en cuanto a sexo, lo que provee para los pacientes una situación acorde con la vida cotidiana y enriquece al grupo. El beneficio de emplear grupos heterogéneos no sólo corresponde al logro de un equilibrio entre tendencias opuestas, también permite evidenciar características latentes y reprimidas contrarias a las manifestadas por las respectivas personalidades (Díaz, 2000).

3.3 Proceso de Grupo.

En los diversos abordajes grupales la mayoría de los terapeutas aún al margen de su orientación teórica, han encontrado una serie de fenómenos que surgen en los grupos y que pueden facilitar o dificultar el desarrollo terapéutico, los cuales han sido denominados procesos grupales. Corsini y Rosenberg (citados en Guimón, 2001), establecieron claramente algunos de los factores terapéuticos, sin embargo es Yalom (citado en Guimón, 2001) quien con más precisión los ha descrito.

3.3.1 Factores Curativos en los Grupos.

Yalom (1996) plantea que el cambio terapéutico tiene lugar en los "factores curativos", los cuales pueden ser parte del proceso, condiciones o factores de cambio en sí. Son agentes interdependientes, que no se presentan y no funcionan por separado, sin embargo sólo con fines descriptivos se presentaron de tal forma.

Infundir esperanza.

Se refiere a la fe en el tratamiento, una alta expectativa de ayuda preterapéutica que se correlaciona con el resultado terapéutico positivo. No es menos importante que el terapeuta crea en sí mismo y en la eficiencia del grupo, confianza que transmite al paciente de una u otra manera (Yalom, 1996).

Infundir la esperanza es parte de la motivación del paciente para el tratamiento incluye la esperanza consciente de beneficiarse a través de él. Las curaciones por la fe suprimen los síntomas, pero dejan intacto el conflicto psíquico, debido a que implica la aceptación y no la resolución (Díaz, 2000).

Universalidad.

La percepción de que la mayoría de los hechos y pensamientos humanos constituyen experiencias para un gran número de personas. Después de oír a otros, descubrir sus preocupaciones y encontrarlas similares a las propias, los pacientes se sienten aliviados del sentimiento de ser los únicos malos, con problemas, pensamientos, impulsos y fantasías anormales. Los temas más

temidos son: la sensación de devaluación, incapacidad para relacionarse amorosamente y los temores homosexuales. La universalización facilita la catarsis e incrementa la cohesión al grupo (Yalom, 1996).

El uso terapéutico de la universalización tiene como meta abrir paso a la exploración, comprensión y aceptación de la validez de las necesidades inconscientes, y la forma inadecuada en la que se ha intentado satisfacerlas, debido a los limitados recursos infantiles con que se enfrentaron sus primeras expresiones. Deseos y necesidades son comunes a toda la humanidad, lo que nos individualiza es la forma en que los manejamos, derivada directamente de las experiencias previas (Díaz, 2000).

Transmitir información.

Tiene lugar en el seno de un grupo, siempre que el terapeuta instruye didácticamente a los pacientes sobre el funcionamiento mental o físico, o siempre que un líder u otros miembros den consejos u orientación directa sobre los problemas vitales (Yalom, 1996).

Altruismo.

Sitúa el olvido de sí mismo para absorberse en algo o alguien más, proporciona un alivio al aislamiento, disminuye la devaluación y aumenta la autoestima, ya que la gente requiere sentirse necesitada. En los grupos terapéuticos los pacientes pueden recibir a través de dar, no sólo como una parte de la secuencia recíproca de dar y recibir, sino también del acto intrínseco de dar (Yalom, 1996).

Cuando el altruismo es producto de la aceptación y la revaloración de sí mismo, del uso de la capacidad de comprender y compartir, sin temor a ser despojado y manipulado, sin implicar colocarse en la situación de superioridad defensiva de suponer que no se necesita de los demás, refuerza el cambio terapéutico a través de la devolución de la autoimagen valiosa y aceptable para los otros. Pero no debe olvidarse que la *renuncia altruista*, como patrón caracterológico, es producto de una identificación proyectiva que, de no analizarse, impide el reconocimiento de los propios deseos y necesidades, mecanismos de autoderrota que llevan a frecuentes desilusiones y frustraciones (Díaz, 2000).

Desarrollo de técnicas de socialización.

Opera en todos los grupos terapéuticos desarrollando la posibilidad de reconocer y alterar deliberadamente el comportamiento social, obteniendo utilidad para iniciar el cambio terapéutico, gracias a la disminución de la crítica y la facilitación de la experimentación y expresión de la empatía en el grupo, lo que ayuda a las futuras interacciones sociales en el exterior (Yalom, 1996).

Comportamiento imitativo.

Durante la terapia de grupo, los miembros se benefician de la observación de la terapia de otro paciente que tiene problemas similares, un fenómeno que se denomina aprendizaje vicario (Yalom, 1996).

Catarsis.

Es un instrumento de comunicación, una parte del proceso interpersonal que conduce a poder decir lo que le molesta y aprender a expresar los sentimientos. Los miembros que expresan mutuamente intensos sentimientos hacia otro y los trabajan con honestidad, desarrollan fuertes vínculos recíprocos (Yalom, 1996).

La catarsis puede ser un alivio emocional transitorio que debe culminar en la comprensión y el insight, contribuye a la resignificación de las imágenes y recuerdos inconscientes y, por lo tanto, a las actitudes y efectos asociados con ellos (Díaz, 2000).

Recapitulación correctiva del grupo familiar primario.

Se facilita más en la terapia grupal, debido a que los miembros repiten su interacción con pares y terapeutas, las pautas de relación que tuvieron con padres, hermanos y otros miembros de la familia: dependencia, desafío, intentos de dividir, competir, ayudar, buscar aliados, entre otros. Lo importante no es que se recapitulen los tempranos conflictos familiares, sino que se comprendan, rectifiquen y reconstruyan (Yalom, 1996).

Factores existenciales.

Es la actitud ante la vida, incluye el reconocimiento de que: a) la vida es a veces injusta; b) que no puede escaparse de algunos dolores (contingencias), de la muerte y de un cierto grado de soledad básica, independientemente de que se cuente con relaciones cercanas satisfactorias; y c) la aceptación de la responsabilidad sobre la forma de conducir la propia vida, a pesar de la ayuda y sostén de los demás (Yalom, 1996).

Se ha logrado incrementar la tolerancia a la demora, disminuir la omnipotencia, el pensamiento mágico, la dependencia a objetos idealizados y las exigencias irracionales. En términos estructurales, se fortalece el yo; el superyó primitivo ha evolucionado en forma tal que ya no amenaza con la muerte, el dolor y la soledad como castigo disminuyen las exigencias irracionales de obtener gratificación y lograr controlar a los demás (Díaz, 2000).

Cohesión del grupo.

Hace referencia al atractivo que los participantes ejercen sobre un grupo y sobre el resto de los miembros. Los integrantes de un grupo cohesivo se aceptan, se apoyan mutuamente y tienden a formar relaciones significativas en el seno del grupo. Ofrece asimismo condiciones de aceptación y de comprensión. En condiciones de cohesión, los pacientes tienden a expresar y examinarse a sí mismos, a tomar conciencia de aspectos de su propia persona, que hasta entonces les resultaban inaceptables, integrarlos e identificarse de una forma más profunda con los demás. La cohesión en un grupo favorece la autorrevelación, el riesgo y la expresión constructiva del enfrentamiento y del conflicto (Yalom, 1996).

Aprendizaje interpersonal.

Se considera un factor curativo muy amplio y complejo. Representando en la terapia grupal el análogo del *insight*, elaboración a través de la transferencia, la

experiencia emocional correctiva y el proceso técnico del encuadre de grupo (Yalom, 1996).

Se requiere primero disminuir las defensas de los pacientes que pretenden relacionarse en forma exclusiva con el terapeuta, excluyendo a los demás miembros. El poder oír y valorar las aportaciones de los compañeros, reconocer sus triunfos y experiencias, implica haber vencido la envidia, rivalidad y temor a su crítica y rechazo (Díaz, 2000).

Díaz, (2000) propone los siguientes elementos, los cuales se emplearan con el fin de ampliar la información previamente desarrollada.

Asociación libre.

Reside en la verbalización de pensamiento, recuerdos y sentimientos tal como surgen en el consciente del paciente. No tiene necesariamente un orden lógico ni un tema bien definido. Puede consistir en una serie de recuerdos y/o ideas que se mueven desde el presente hacia el pasado; incluye sueños y manifestaciones afectivas (Slavson citado en Díaz, 2000).

Fenómenos condensadores.

Son la súbdita descarga de material profundo y primitivo, consecuencia de la acumulación de asociación de ideas: sueños, temores o fantasías grupales. La descarga resulta sorpresiva debido a la ausencia de relaciones causales y conscientes, dado que la tensión se ha acumulado en forma inconsciente (Díaz, 2000). De este derivan fenómenos como:

Fenómenos de cadena.

Surgen en los miembros como respuesta a la comunicación o actuación de uno de ellos, en virtud de inducción mutua, identificación y empatía; puede abarcar a todos los integrantes del grupo o sólo algunos.

Fenómenos de resonancia.

Es el efecto de los acontecimientos grupales sobre los miembros, los cuales responden de acuerdo a su nivel de fijación o regresión.

Interpretación.

Está diseñada para transmitir la comprensión del significado dinámico o latente de la conducta y comunicación de los pacientes y el de los sucesos que afectan al grupo. Para Yalom (*op. cit.*) la interpretación es la "iluminación" del proceso, pues conduce a caminos para el cambio, productos de un proceso y no de una situación única.

Es necesario elegir a qué nivel se dirigirá la interpretación, ya que en todo momento se expresan los diferentes registros de la psique (arcaico, preedípico, edípico: proceso primario y secundario; Eros y Thanatos; nivel familiar, societal, y presocietal). El grupo comunica sus interpretaciones en forma verbal y preverbal (risas, miradas que transmiten incredulidad y bostezos). Las interpretaciones de los miembros del grupo sobre la conducta de uno de ellos

son numerosas, lo que unido a su reiteración a través del tiempo, termina por convencer al sujeto de la exactitud de sus observaciones (Díaz, 2000).

Insight.

Presupone una especie de introspección; implica una toma de contacto, intelectual y afectiva con vivencias que hasta ese momento han permanecido inconscientes, obteniendo una visión adecuada o integra del mundo interno, como algo diferente del mundo externo.

La resolución de las resistencias es una precondition de *insight*, ya que éste implica la exploración de la interpretación de las interacciones grupales, para detectar las distorsiones en las relaciones con los otros. La autoconfrontación con ideas y recuerdos resulta amenazante para el narcisismo del paciente, pero permite entender sus problemas de relación dentro y fuera del grupo (Díaz, 2000).

Elaboración.

Es el análisis de las resistencias y otros factores que evitan el *insight*. Produce cambios significativos y duraderos en el paciente. Consiste en la repetición de las mismas interpretaciones, aunque modificadas de acuerdo con el material emergente de ese momento.

El proceso de elaboración se facilita en el grupo, por la actuación, ante los otros. La repetición de diversas facetas del trastorno del paciente, en los distintos períodos del tratamiento, es útil para reafirmar las ventajas de la realidad sobre la fantasía, lo que promueve la elaboración de anhelos compulsivos arcaicos hacia la elección final de alternativas razonables. La elaboración es un proceso que requiere de un tiempo considerable (Díaz, 2000).

3.3.2 Empleo de Terapeuta / Coterapeuta.

El terapeuta tiene un cargo muy complejo debido a los elementos que debe considerar como el conocimiento de la dinámica de cada paciente, comprender la significación de sus aportes en el momento, valorar su disponibilidad para la interpretación y las corrientes transferenciales hacia él y entre los distintos pacientes. Debe anticipar los probables efectos de sus observaciones, explicaciones e interpretaciones, este criterio de anticipación es esencial para su labor, con el fin de evitar el incremento de las resistencias (Díaz, 2000).

Hutchinson (citado en Alonso, y Swiller, 1993), plantea que el papel del conductor en el análisis grupal se describe en términos de la función dual como administrador dinámico y analista-intérprete. El primer término describe la función ejecutiva y se ocupa de los aspectos no transferibles de su función en la toma de decisiones que afectan la creación, manteniendo y supervivencia del grupo. En el segundo, la función del conductor es transferible a otros miembros del grupo, con el fin de que el grupo se vuelva agente de cambio.

La mayoría de los terapeutas de grupo optan por trabajar con un coterapeuta. La coterapia es particularmente útil para clarificar la distorsión de transferencia de la presentación de cada uno en el grupo, los coterapeutas se apoyan mutuamente

al mantener la objetividad frente a una presión grupal masiva, colaboran a plantear temas difíciles que pertenecen ocultos en el grupo, especialmente cuando los miembros del grupo se confabulan para mantener dichos temas encubiertos. Al elegir a un coterapeuta, es importante seleccionar a alguien que difiera lo suficiente en el estudio individual como para ser complementario, pero cuya orientación teórica sea similar y con quien existan afinidades personales cómodas y estables (Vinogradov y Yalom, 1996).

Un equipo de coterapeutas formado por un hombre y una mujer goza de ventajas únicas, pues se puede presentar una recreación de la configuración parental de la familia primaria que para muchos de los miembros, acrecienta la carga afectiva del grupo. El grupo puede beneficiarse al observar el trabajo conjunto de un terapeuta y una terapeuta que se muestran respeto mutuo y sin desigualdad, explotación, ni sexualización. Los coterapeutas proporcionan al grupo una selección más amplia de posibles reacciones de transferencia, que diferirán en cada uno de los terapeutas. Los miembros del grupo tendrán fantasías e ideas falsas sobre la relación existente entre los coterapeutas masculinos y femeninos, por lo general relacionadas con pensamientos y sentimientos sobre el equilibrio de poder entre ambos y con cuestiones de sexualidad (Vinogradov y Yalom, 1996).

3.4 Modelo de Análisis Grupal.

El grupo-analítico es un método de terapia que inicia Sigmund Heinrich Foulkes en 1940 en la práctica privada y en las clínicas con pacientes ambulatorios. Se trata de una forma de psicoterapia por el grupo y del grupo, incluyendo a su conductor (Foulkes, 1981). Una característica distintiva de la identidad teórica y metodológica del análisis de grupo Foulkesiano es su eclecticismo. Desde sus comienzos supuso un crecimiento conjunto de escuelas de pensamiento y disciplinas previamente separadas: psicoanálisis, psicología social, psicología Gestalt y teoría general de los sistemas (Pines y Hearst, citado en Kaplan & Sadock, 1998).

Foulkes (1981), propone las siguientes consideraciones para la psicoterapia grupo-analítica:

El grupo será conformado por siete o nueve personas desconocidas entre sí, que se reunirán una o dos veces por semana, durante 90 minutos cada sesión, sentados en círculo, de tal forma en que sean visibles unos a otros y analizar lo que ocurre en el aquí y ahora del grupo. Es preferible un grupo abierto en el que los miembros pueden incorporarse y marcharse conforme al momento de su propio proceso, mientras que el grupo continúa, pueden existir nuevos miembros que se incluyen a la memoria grupal; pues permite a los integrantes diversas fases emocionales y de desarrollo, las mejores condiciones para el proceso de elaboración. Este tipo de grupo es adaptable a instituciones y hospitales con población rápidamente cambiante.

No se dan instrucciones o programas, para que todas las contribuciones sean espontáneas. Todas las comunicaciones son tratadas como equivalentes tratadas por un grupo, y corresponden a la asociación libre propia del

psicoanálisis. El grupo se apoya en la comunicación verbal, que deja paso a la libre discusión flotante, en la que todos pueden aportar lo que quieran o crean interesante.

La función del conductor es facilitar un clima permeable a la experiencia, que a su vez ayude a esclarecer e interpretar los contenidos que aparecen durante el proceso grupal, así como las relaciones que se establecen; puede analizar las transferencias que se evidencian en el grupo: de los pacientes al terapeuta, de los pacientes entre sí, de los pacientes hacia el grupo, además de contar con la información que le proporciona su propia contra-transferencia. Se situará en el círculo como un observador participante y estará al servicio de ampliar y profundizar los niveles de expresión de todos los miembros, incrementando al mismo tiempo su comprensión de los niveles inconscientes más profundos. Procurará ser poco activo, proporcionando el protagonismo al grupo e intentando no aceptarlo cuando el grupo incite su intervención. Sus intervenciones facilitarán la discusión y no serán magistrales, distantes y que ofrezcan finalizar un tema, la actitud analítica permite conocer las resistencias y las transferencias al analizarlas con el grupo, su actitud e interés facilita la función simbólica del grupo, en oposición a la actuación. Haciendo la conexión de lo que está sucediendo, el momento del grupo, permita adecuar tanto el contenido como el tiempo de sus intervenciones.

Todas las comunicaciones y relaciones son vistas como un campo total, que tiene en cuenta todo lo que sucede y ha sucedido. La tarea de cada uno de los participantes será mantener durante el proceso terapéutico este contacto como el único. El material producido por el grupo será analizado por este, es decir, la función que en un principio recae en el terapeuta, progresivamente se desplazará a todo el grupo. Foulkes cree importante que todo análisis de la transferencia se realice teniendo en cuenta al grupo en su totalidad, diferenciando lo que son los elementos transferenciales de los que no lo son. (Alonso y Swiller, 1993; Foulkes, 1981; Kaës, 2000 y Pines y Hearst, citado en Kaplan y Sadock, 1998).

3.5 Investigación en Grupos.

El factor que mayores efectos ha provocado en el momento de enfocar las adicciones. Ha sido el reconocimiento de que la drogodependencia constituye el trastorno prioritario en la intervención y deja de considerarse como un síntoma de otro trastorno nuclear más importante. Afortunadamente en el último periodo se considera que la drogodependencia es una condición previa que hay que detener.

Aunque existe el reconocimiento universal de la terapia de grupo para el tratamiento de la drogodependencia, este formato a menudo carece de líneas maestras específicas o de bases teóricas que guíen las estrategias para abordar las problemáticas y defensas características del drogodependiente. De igual manera la diferenciación de métodos grupales eficaces.

En la terapia de grupo de orientación psicodinámica tradicional, basada en la teoría de las relaciones objetales, la tarea del terapeuta consiste en ayudar a los

participantes a elaborar las defensas que cada individuo utiliza, particularmente en su intento por afrontar las ansiedades asociadas con las relaciones objetales amenazadoras, que surgen en el grupo. Estas ansiedades a menudo se relacionan con impulsos instintivos e inconscientes, por lo que la tarea del terapeuta consiste en interpretar dichas defensas y ansiedades (Flores citado en Kaplan y Sadock, 1998).

Heinz Kohut (citado en Kaplan y Sadock, 1998) aboga por la teoría del *self*, en donde el terapeuta trata de que el paciente adicto comprenda que se relacionan con y son consecuencias de sus necesidades evolutivas insatisfechas, conductas que se repiten en las relaciones del aquí y ahora del grupo. Este enfoque es más gratificador, implica apoyo y es menos amenazante y vergonzoso frente a las vulnerabilidades observadas en los pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas.

Brown (citado en Kaplan y Sadock, 1998) sugiere que el primer año de tratamiento se concentre exclusivamente en la abstinencia y en la conciencia de enfermedad, aunque otros autores Khantzian (citado en Kaplan y Sadock, 1998) son menos restrictivos con esta postura, sin embargo, muchos creen que los pacientes con adicciones pueden beneficiarse desde muy pronto de la terapia, siempre que se dé prioridad a la abstinencia y si las técnicas grupales se aplican con este matiz de apoyo y expresividad.

Por lo tanto podremos concluir que los pacientes drogodependientes son vulnerables a las conductas compulsivas, obsesivas y adictivas, sustituyendo constantemente las adicciones por otras hasta que las vulnerabilidades de la estructura del individuo quedan reparadas y restauradas.

El paciente necesita un ambiente continuo de seguridad, espejo y sostén que le permita contener y manejar los impulsos destructivos, a la vez que le de la oportunidad de identificarse, internalizar e incorporar un conjunto de introyectos y representaciones objetales internas, lo anterior se podría obtener por medio de la terapia analítica de grupo.

3.6 Grupos de Drogodependientes y Familiares de Drogodependientes.

A medida que la dependencia a sustancias ha surgido como un problema apremiante en nuestra sociedad, es importante destacar que la solución más reconocida y aceptada para el tratamiento consiste en el empleo del enfoque de psicoterapia grupal, ampliamente utilizado por médicos y psiquiatras (Golden, citado en Alonso, 1993). Sin embargo, a pesar de que el empleo de la psicoterapia grupal se extiende en su mayoría a instituciones, hospitales y centros de ayuda para el tratamiento de personas drogodependientes en la Ciudad de México, la información acerca de este aspecto no es consistente, pues se carece de investigaciones sustentadas de forma escrita y publicada, o son de difícil acceso.

Por tanto la literatura en este aspecto es limitada y en el caso de los grupos de adictos la mayoría hace referencia a grupos de ayuda mutua, tal es el ejemplo

de Golden y colaboradores (citado en Alonso, 1993), quiénes exponen que este enfoque es reconocido con amplitud por constituir una de las instituciones de mayor empleo en el tema de adicciones, su ejemplo más prolífero es el grupo Alcohólicos Anónimos (AA). Sin embargo para los fines de esta investigación no emplearemos la descripción de esta modalidad por no constituir un enfoque psicoterapéutico dirigido por algún especialista, lo que no significa que estos grupos tengan gran valor en la recuperación de pacientes drogodependientes.

Además del enfoque de ayuda mutua, han surgido muchos otros modelos importantes en el tratamiento de las adicciones, tales como: el enfoque psicoeducativo, que deriva de las teorías cognoscitivas-conductuales y del aprendizaje social, así como varios enfoques psicodinámicos que derivan de la tradición psicoanalítica; este enfoque busca informar a los adictos acerca de los hechos en cuanto a las consecuencias conductuales, medicas y psicológicas del abuso de sustancias (Golden, citado en Alonso, 1993).

En el tratamiento con alcohólicos se ha utilizado frecuentemente y con éxito la psicoterapia de grupo en programas dirigidos a pacientes hospitalizados, internados o en régimen ambulatorio, este tratamiento debe ser dirigido por profesionales y puede darse a través de orientación dinámica o de otra índole. La psicoterapia de grupo se ha convertido en un elemento básico en cualquier programa destinado a pacientes toxicómanos, diversos autores e instituciones emplean esta técnica y mencionan que los grupos aportan a los pacientes elementos de apoyo y de confrontación, sin embargo por las características de esta población es difícil preservar la cohesión en grupos ambulatorios, por lo cual su empleo se da con mayor frecuencia en pacientes hospitalizados.

MacKenzie (citado en Guimón, 2001) describe al grupo de drogodependientes como un grupo de tamaño reducido y preferentemente para pacientes que han terminado programas de desintoxicación y de estabilización y que han estado abstinentes durante al menos seis, este grupo es orientado hacia la mejora de las relaciones interpersonales.

Por otra parte Golden y colaboradores (citado en Alonso, 1993) han descrito un modelo denominado Terapia Dinámica de Grupo Modificada (TDGM), el cual se desarrolló inicialmente para el tratamiento de la adicción a la cocaína en el *Harvard Cocaine Recovery Project*, sin embargo, a pesar de que se desarrolló de forma específica, es adecuada para la mayoría de las adicciones. Este enfoque se basa en el modelo interpersonal de terapia de grupo, está diseñada para atender las vulnerabilidades y dificultades caracterológicas subyacentes que conducen a la susceptibilidad del adicto a consumir drogas, a los estilos defensivos característicos y a su vez a proporcionar un contexto en el que estos temas puedan ser hablados, comprendidos y sea posible comenzar un cambio. Este enfoque es especial, en el sentido de que continuamente el terapeuta debe estar preocupado por la abstinencia de los adictos y la prevención de las recaídas

El foco de atención de este modelo se encuentra en el estilo y la estructura del carácter de cada individuo y el cómo se presentan en el grupo. Se les pide a los

sujetos que están en grupo examinen la manera en que son dentro del grupo, por lo que se experimentan a sí mismos y a otros, en su conducta interpersonal se relaciona con la experiencia y vulnerabilidad interna.

Golden y colaboradores (citado en Alonso, 1993) indican que partir de una reconceptualización de los autores acerca de la terapia de la adicción se sostiene ahora que el tratamiento debe atender a las necesidades y dificultades de los adictos a medida que se les comprende en términos psicodinámicos de una manera segura que promueva la recuperación de la adicción.

En el contexto de México, Tapia (2006) propone un marco de trabajo con la modalidad grupal para el tratamiento de pacientes drogodependientes, el cual se desarrolla en el Centro de Atención al Alcohólico y su Familia (CAAF), del Instituto Nacional de Psiquiatría y se describe a continuación.

La psicoterapia grupal es apta para esta población, dadas las características propias del proceso adictivo, a su vez a través de este modelo las personas reconocen que su drogodependencia y los problemas asociados a esta, son un problema común y no son los únicos que la padecen, lo que Yalom (1996) ha indicado como universalidad, pues la problemática es compartida por diversas personas. Lo que trae consigo que se presenten una serie multireferencial de experiencias que permiten la resignificación del consumo en menor tiempo que la terapia individual y se favorece el desarrollo del sujeto a partir de la experiencia de los otros.

Lograr la abstinencia inmediata y reducción del número de recaídas (no importando la sustancia a la que se es drogodependiente), recuperar y/o generar un proyecto de vida, reinsertarse socialmente y el descubrimiento de que la sustancia no es el conflicto sino el contexto en el que se enmarca la drogodependencia, son algunas de las metas de la aplicación de esta modalidad. A través de las cuales se busca durante el proceso, el sustituir la acción por la palabra y que a través de esta se resignifique el acto, generar resonancia mediante el grupo y encontrar por qué inicio el consumo, así como determinar por qué se presenta la interrupción del tratamiento y visualizar los momentos de riesgo.

En cuanto a la función del terapeuta, principalmente debe promover la verbalización y entregar la palabra al grupo para que se haga cargo de su propia dinámica, identificar la demanda expresada por el paciente a través de su rol en el mismo: protección, control, abandono, castigo entre otras y facilitar la interpretación grupal de las transferencias central, lateral, grupal e institucional, es decir, el empleo del análisis grupal.

CAPITULO IV: METODO.

4.1 Objetivo.

Aplicar y comparar a través de la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel (1997), cómo se modifica la percepción del funcionamiento familiar en personas drogodependientes y familiares de drogodependientes, que se encuentran en tratamiento psicoterapéutico grupal.

4.2 Planteamiento del Problema.

La drogodependencia representa una severa condición epidemiológica que amerita ser reconocida y abordada de manera integral; pues en la actualidad es un problema de salud pública debido a que el abuso de sustancias adictivas está asociado a daños sociales, familiares e individuales.

Debido a que el abuso de sustancias adictivas ha tenido un incremento en los últimos años, pues como lo indica la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en su reporte del 2002, existen 32 millones de bebedores, cerca de 14 millones de personas fumadoras activas (lo que implica que en la zona urbana de México 8 de cada 10 personas, se encuentra expuestas a los daños que el tabaco ocasiona) y en lo que respecta al uso de drogas ilegales cerca de 2.9 millones de personas las han usado al menos una vez en su vida, dentro de una población con un rango de edad entre 12 y 65 años y de ambos sexos, sin incluir a la personas recluidas en instituciones de salud, procuraciones de justicia, protección social o sin lugar fijo de residencia. Lo que implica que una gran parte de la población ha consumido una o más sustancias en su vida y a su vez, la obtención de dichas sustancias es cada vez más fácil, por lo que nos encontramos en contacto con ellas cotidianamente.

La drogodependencia no sólo afecta al usuario, sino a toda aquella persona que se encuentra a su alrededor; podemos indicar que uno de los sistemas en los cuales se ve más claramente las repercusiones, es la familia, pues ésta no reconoce que el drogodependiente es una persona con un problema de salud a quien se debe apoyar para que lleve a cabo su recuperación, lo que no sólo beneficiara al usuario, sino también a la familia.

Sin embargo, a través de ciertas pautas familiares como roles y conductas poco adaptativas que pueden ser repetidas, o de las presiones internas y externas, así como de la evolución de sus miembros a la sociedad, la familia es sometida a lo largo del tiempo a diferentes crisis, las cuales pueden ser resueltas o convertirse en diversas problemáticas, por ello es importante que la familia presente flexibilidad y apertura al exterior, puesto que si un miembro de la familia puede generar cambio en si mismo, podrá propiciar cambios en los demás, por lo tanto, se busca principalmente propiciar autonomía en las relaciones emocionales de interdependencia de cada persona, a fin de lograr el óptimo desarrollo del individuo y su entorno familiar.

Con el paso del tiempo la investigación en pacientes drogodependientes se ha diversificado, logrando una evolución en su estudio, el cual hoy en día abarca más allá del drogodependiente, abarcando sus relaciones interpersonales, su red familiar y social, sin embargo, es importante profundizar en el tema, aún actualmente cuando existe diversa bibliografía acerca del tratamiento de ésta población, poca incluye la integración de la familia.

4.3 Pregunta de investigación.

¿Variarán las características de la percepción del funcionamiento familiar en una evaluación pre-pos en drogodependientes y en familiares de drogodependientes que asisten a psicoterapia grupal?

4.4 Hipótesis.

De acuerdo con el estudio, de tipo comparativo, se plantearon las siguientes hipótesis:

- Hipótesis de Trabajo.

Si las personas drogodependientes y los familiares de drogodependientes (no vinculados entre ellos) participan en un proceso de psicoterapia grupal, entonces la percepción de su funcionamiento familiar se verá modificada.

- Hipótesis Alterna:

Sí existen diferencias, estadísticamente significativas, en la percepción del funcionamiento familiar entre las personas del grupo de drogodependientes y las personas del grupo de familiares, en una evaluación previa a la psicoterapia grupal.

Sí existen diferencias, estadísticamente significativas, entre la percepción del funcionamiento familiar de las personas drogodependientes y los familiares, posterior a la participación de un proceso de psicoterapia grupal.

Sí existen diferencias, estadísticamente significativas, en la percepción del funcionamiento familiar entre el pre y el pos test en las personas del grupo de drogodependientes.

Sí existen diferencias, estadísticamente significativas, en la percepción del funcionamiento familiar entre el pre y pos test en las personas del grupo de familiares

- Hipótesis Nula:

No existen diferencias, estadísticamente significativas, en la percepción del funcionamiento familiar entre las personas del grupo de drogodependientes y las personas del grupo de familiares, en una evaluación previa a la psicoterapia grupal.

No existen diferencias, estadísticamente significativas, entre la percepción del funcionamiento familiar de las personas drogodependientes y los familiares de drogodependientes, posterior a la participación de un proceso de psicoterapia grupal.

No existen diferencias, estadísticamente significativas, en la percepción del funcionamiento familiar entre el pre y el pos test en las personas del grupo de drogodependientes.

No existen diferencias, estadísticamente significativas, en la percepción del funcionamiento familiar entre el pre y pos test en las personas del grupo de familiares.

4.5 Variables.

- *Variable Independiente:*

Drogodependientes y Familiares de Drogodependientes

-*Variable Dependiente:*

Percepción del Funcionamiento Familiar.

4.5.1 Definición Conceptual de Variables.

- Drogodependiente.

Es un síndrome manifestado por un patrón conductual donde el uso de una sustancia tiene más prioridad que otras conductas, lo cual, lleva a establecer este trastorno como un impulso repetido a comprometerse en conductas poco productivas, una tensión creciente hasta que se realiza la conducta y desaparición rápida de la tensión al realizarla. (OMS, 2000).

Para que una persona sea considerada drogodependiente debe cumplir en cuanto a tiempo un mínimo de 12 meses, tres de los siete criterios que menciona el DSM IV-TR:

- Tolerancia a la sustancia.
- Síndrome de abstinencia.
- Patrón de uso compulsivo de la sustancia.
- Intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo.
- Dedicar la mayor parte del tiempo a obtener la sustancia, tomarla y recuperarse de sus efectos.
- Abandono o deducción de actividades laborales, recreativas y sociales.
- Continuar el consumo pese a la concientización de los problemas que ha generado (fisiológicos y psicológicos).

- Familiares de Drogodependientes.

Son los familiares que interactúan con la enfermedad de adicciones, que alteran al sistema de una forma crítica en donde pueden llegar a perder la homeostasis familiar, a su vez pueden existir antecedentes familiares relacionados con la problemática de las drogas. (Guzmán, E. 2000).

- **Funcionamiento Familiar.**

La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelve, por lo que el funcionamiento familiar es la capacidad que tiene el sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas a lo largo de la vida, así como las crisis que atraviesa (Espejel, 1997).

4.5.2 Definición Operacional de Variables.

- **Drogodependientes.**

Para este caso son las personas que solicitan ayuda para su problema de drogodependencia en el Centro de Atención al Alcohólico y su Familia (CAAF) o Centro de Atención Especializado en Drogodependencias (CAEDRO), las cuales se encargan de hacer un diagnóstico al paciente de dependencia a la sustancia psicoactiva y después canalizarlos a la psicoterapia grupal.

- **Familiares de Drogodependientes.**

Son individuos que están relacionados a través de un lazo de consanguinidad, vínculo marital o legal y que conviven cotidianamente con el drogodependiente.

- **Funcionamiento Familiar.**

Se constituye de aquellos patrones, tal como la drogodependencia, que la familia utiliza para enfrentar las crisis que se le presenten, dentro del presente estudio es representado por nueve áreas dentro del instrumento denominado Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel (1997) las cuales son: roles, jerarquía, centralidad, límites, modos de control de conducta, alianzas, afectos, comunicación y psicopatología; a través de las cuales se puede determinar de que forma una familia es funcional.

4.6 Sujetos.

Para la realización de esta investigación se seleccionaron a 56 individuos, los cuales posteriormente fueron divididos en dos grupos; el grupo "A" conformado por 32 individuos, cuyas características consistieron en mantener relación con uno o más familiares drogodependientes e incluirse, de forma voluntaria, a psicoterapia grupal y el grupo "B" conformado por 26 pacientes, cuyas características consistieron en cumplir con los criterios para drogodependencia establecidos y evaluados por las instituciones que los referían, e incluirse de forma voluntaria a psicoterapia grupal. Es preciso indicar, que los grupos entre sí no se encontraban apareados, es decir, los integrantes del grupo "A" no fueron necesariamente familiares del grupo "B".

4.7 Muestreo.

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional, empleando como criterios de inclusión los anteriormente mencionados.

Para ambos grupos, el criterio de exclusión consistió en que no participaron menores de 18 años, ni mayores de 70 años.

4.8 Instrumento.

Se aplicó la escala de Funcionamiento Familiar de Espejel (1997), la cual es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan nueve áreas (cada área incluye de tres a cinco ítems), que en su conjunto miden el funcionamiento de la familia, también contiene un familiograma y datos sociodemográficos (Anexo 1). Dado el objetivo de la investigación la escala se aplicó de forma individual, lo que representó la obtención de la percepción del funcionamiento familiar del paciente en psicoterapia grupal.

Cada reactivo indagó relaciones circulares e interaccionales entre los distintos miembros de la familia, cuyo significado está en relación con el contexto y de acuerdo a la puntuación de un orden secuencial en la descripción del proceso. El proceso de validación y confiabilidad de esta escala en nuestro país dio como resultado una buena discriminación en los 40 ítems, con consistencia interna alfa de Cronbach = 0.91, de ahí que con los resultados obtenidos el instrumento cuenta con una confiabilidad de 0.91 y discrimine sensiblemente como las familias son funcionales o disfuncionales.

La Dra. Emma Espeje Aco y cols. (1997) desarrollaron la “Guía conjunta de Evaluación Familiar” que surgió a partir de la entrevista familiar a 80 familias en la comunidad Ruiz Cortines, Delegación Coyoacán. Los reactivos fueron confiabilizados por terapeutas familiares del Instituto de la Familia, AC.

En 1987, posterior a una revisión, la guía se modificó a “Cuestionario de Evaluación Familiar” en donde se amplían las instrucciones y es esclarecido el objetivo del cuestionario. En esta modificación se obtuvieron 12 áreas y se le dio a cada reactivo distintas posibilidades de elección, así como se toma en cuenta que miembro de la familia lo contesta. La discriminación de reactivos se realizó en dos formas paralelas, la aplicación se hizo en tres poblaciones: abierta, clínica y escolar, considerando 500 aplicaciones con confiabilidad de 7.5 a través de la prueba de Alfa de Cronbach, en lo que respecta a validez se obtuvo un índice de comunalidad de .63.

En 1995 se transformó el cuestionario en “Escala de Funcionamiento Familiar”, con buena discriminación del funcionamiento en las familias y una consistencia interna Alfa de Cronbach de .91, las áreas originales fueron agrupadas en 9 factores con un total de 40 ítems en la escala, como se muestra a continuación:

Áreas	Ítems
Roles	2, 12, 13, 26 y 28.
Jerarquía	3, 11, 14, 15, 27, 29 y 30.
Centralidad	1, 4 y 5.
Limites	6, 7, 9 y 10.
Modos de control de conducta	8, 16, 17 y 25.
Alianzas	19, 20 y 18.
Afectos	31, 32, 33, 34 y 35.
Comunicación	21, 22, 23 y 24.
Psicopatología	36, 37, 38, 39 y 40.

En la aplicación de la escala fue preferente que se encontraran dos entrevistadores, de manera que se registrarán las respuestas y se realizaran observaciones, se llenó la carátula que contiene datos demográficos y se elaboró un familiograma. La calificación de la prueba se realizó evaluando cada reactivo en una escala ordinal de cuatro categorías, las cuales van de forma progresiva de disfuncional a funcional, tal como se muestra en el código de calificación:

Código de Calificación	
<i>Puntaje</i>	<i>Valor</i>
1	Disfuncional
2	Poco Funcional
3	Medianamente
4	Funcional
	Funcional

La asignación de valores se proporcionó de acuerdo a los cuatro caracteres, ya mencionados en el código de calificación, sin embargo, algunos valores también se determinaron por el juicio clínico de los investigadores, quienes aplicaron y calificaron la prueba considerando tres aspectos importantes de las familias: el ciclo vital familiar, el nivel cultural y socioeconómico y la estructura familiar. En los casos donde no se respondió alguna pregunta debido a que no se había vivido esa experiencia en la familia, dicho ítem se calificó con valor de cuatro.

Una vez calificada la prueba, se procedió al llenado del formato de calificación, donde las puntuaciones obtenidas se vaciaron según cada ítem correspondía a su respectiva subescala.

4.9 Tipo de Estudio:

Se realizó un estudio comparativo de tipo longitudinal de dos mediciones, pre y pos test en dos grupos independientes, extraídos de una misma población, ya que el objetivo consistió en saber si existían diferencias en la percepción del funcionamiento familiar de ambos grupos y que tipo de diferencias se presentaron.

4.10 Diseño:

Se utilizó un diseño cuasi experimental con dos mediciones pre y pos de dos grupos independientes, extraídos de la población total de CAAF y de CAEDRO, los cuales atienden a ésta población dentro de la Ciudad de México.

4.11 Procedimiento:

Se solicitó a los centros CAAF y CAEDRO su autorización para trabajar con los pacientes que acudan a tratamiento psicoterapéutico grupal.

Se buscó a los pacientes que ingresaban a los centros y cumplían con los criterios, antes mencionados, posterior a ello se contactó a los pacientes y se les pidió su cooperación de manera voluntaria, para participar en una investigación sobre la familia y se pidió su autorización para la aplicación de la prueba, indicándoles que la participación en la investigación no interferiría con su tratamiento.

Se trabajó individualmente con cada uno de los pacientes, realizando una entrevista inicial de evaluación (Anexo 2), para determinar si los participantes cubrían los criterios de inclusión y realizada únicamente con este fin. Posterior a ello, ya que los pacientes se encontraban seleccionados con apoyo de uno de los investigadores, realizaron su familiograma, registrando datos de identificación, demográficos, de relación familiar y de antecedentes heredo-familiares, específicamente presencia de adicciones.

Mediante una entrevista individual los participantes contestaron la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel (1997), de acuerdo a lo que sucedía en su familia, posterior a ello se procedió a llenar los datos de identificación de la escala. Terminada esta primera fase se concertó una segunda cita, tras 14 semanas, para realizar una segunda aplicación de la escala. Completada la aplicación, se agradeció la disposición y cooperación brindadas.

Como ya se mencionó con anterioridad, la aplicación del instrumento se realizó en un primer periodo denominado pre test y en un segundo periodo denominado pos test.

A continuación se dio paso a la calificación del total de las escalas, incluidos los dos periodos de la investigación, de acuerdo a los criterios establecidos por el autor en el manual.

4.12 Análisis estadístico

Una vez concluida la calificación se procedió al análisis de los datos obtenidos, para el cual se utilizó el programa por computadora SPSS para Windows (Statistical Programa for Social Science) versión 11.0. La primera etapa consistió en el análisis estadístico descriptivo de los datos sociodemográficos, en la segunda se hizo un análisis descriptivo de las subescalas que comprende la Escala de Funcionamiento Familiar y para finalizar se empleó un análisis estadístico de la prueba *t*, la cual evalúa si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias (Hernández y cols., 2006).

V. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

El objetivo de la presente investigación fue el comparar a través de la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel (1997), cómo se modificó la percepción del funcionamiento familiar en pacientes drogodependientes y familiares de drogodependientes, que estuvieron en psicoterapia grupal.

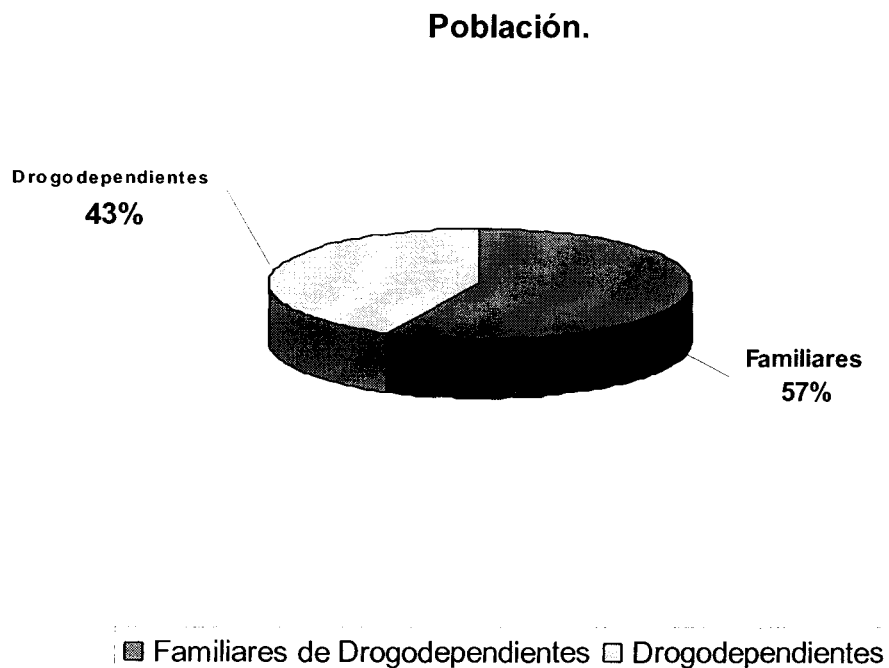
Para realizar el análisis de los datos se utilizó el programa por computadora SPSS para Windows (Statistical Program For Social Science) versión 11.0.

La primera parte de los resultados comprende el análisis estadístico descriptivo de la información general obtenida en ambos grupos, dicha información se refiere a los datos sociodemográficos obtenidos en la investigación. Posterior a esto se presentan los resultados de análisis estadístico descriptivo del la muestra de drogodependientes y de familiares de drogodependientes. A partir de esto los análisis estadísticos se realizan respectivamente en cada grupo.

A continuación se describen los resultados de la muestra:

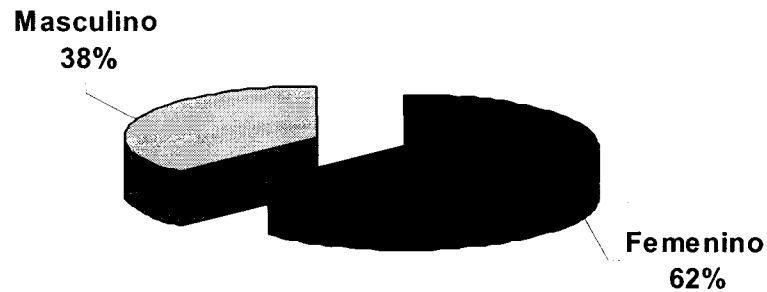
5.1 Análisis Estadístico Descriptivo del Total de la Muestra.

Para esta investigación la muestra estuvo compuesta por 56 pacientes de los cuales, el mayor porcentaje se encontró en el grupo de familiares de drogodependientes con el 57.1% mientras que el 42.9% restante corresponde al grupo de pacientes drogodependientes.



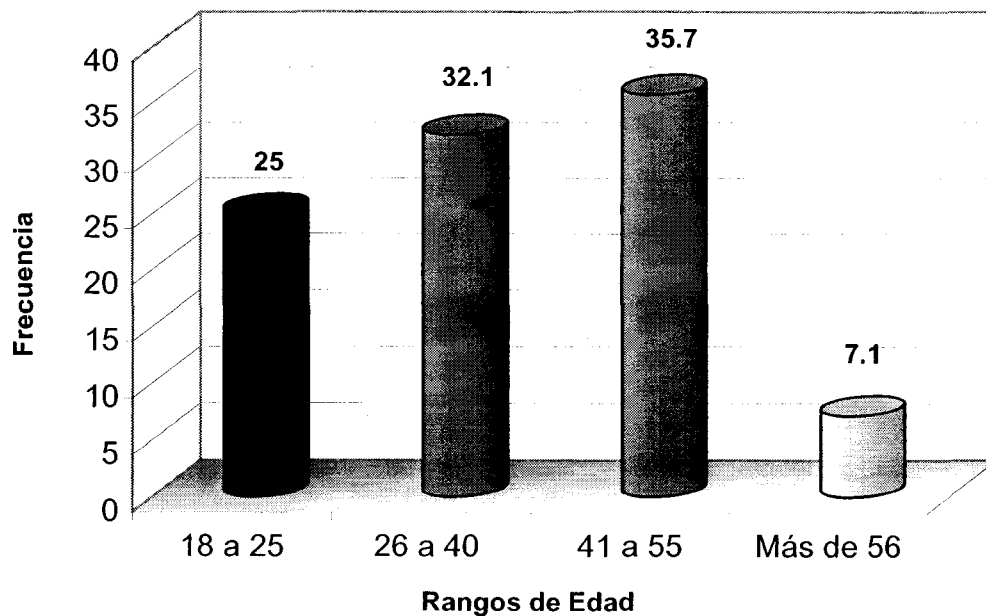
El primer factor sociodemográfico evaluado fue el sexo, en donde la mayoría de la población de esta muestra corresponde al sexo femenino con un 62.5%, como se muestra a continuación.

Sexo.

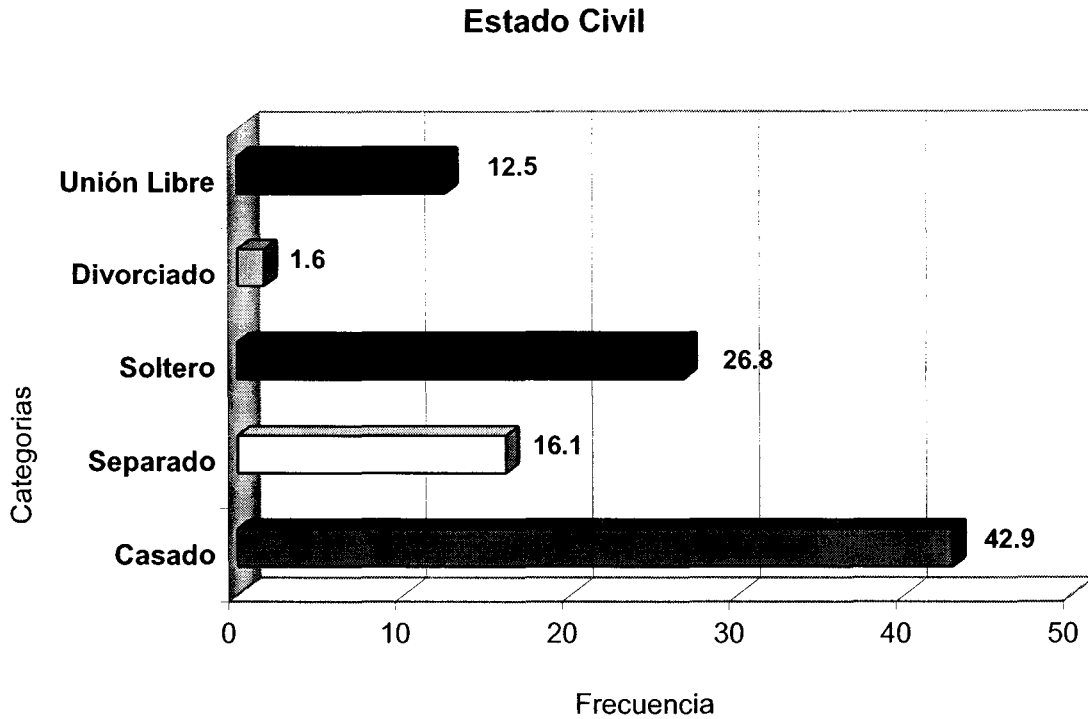


En lo que respecta a la edad, el grupo con mayor población se encuentra en los pacientes que tienen una edad comprendida entre 41 a 51 años con un porcentaje de 35.7%, mientras que el grupo con menor población corresponde a los pacientes que tienen 56 años o más siendo el 7.1% de la muestra.

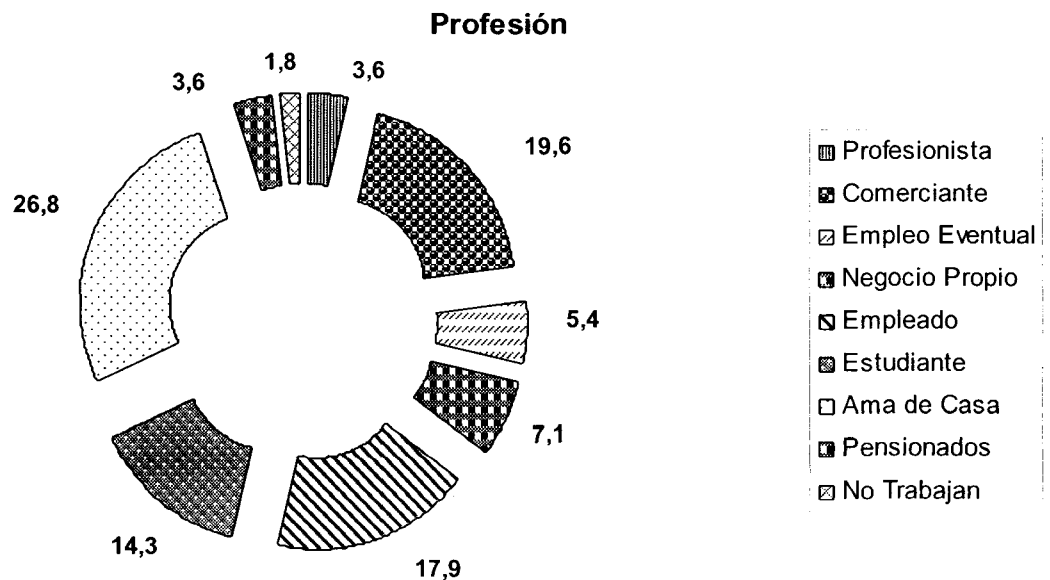
Edad



En cuanto a estado civil se encontró que la mayoría de pacientes son casados correspondiéndoles un 42.9% y solo el 1.6% de pacientes son divorciados.

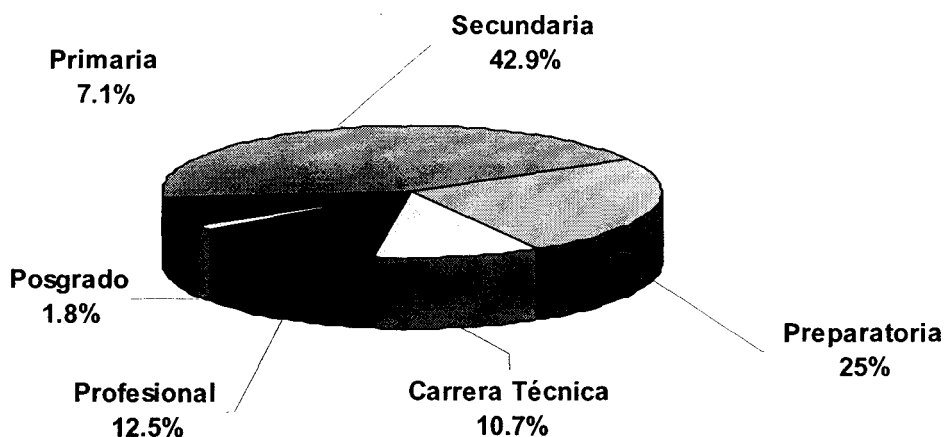


En cuanto a profesión se encontró una alta proporción de 26.8% que corresponde a amas de casa, seguida de 19.6% que laboran como comerciantes, mientras que en el extremo opuesto el 1.8% no registró ocupación laboral.



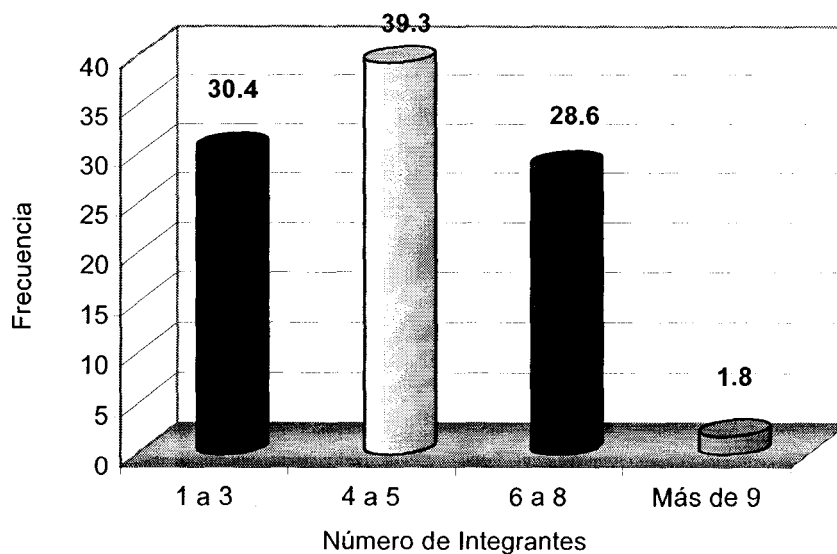
El 42.9% de la población registró estudios a nivel secundaria, en tanto que una baja proporción de la muestra, el 1.8% presenta estudios a nivel de posgrado.

Estudios



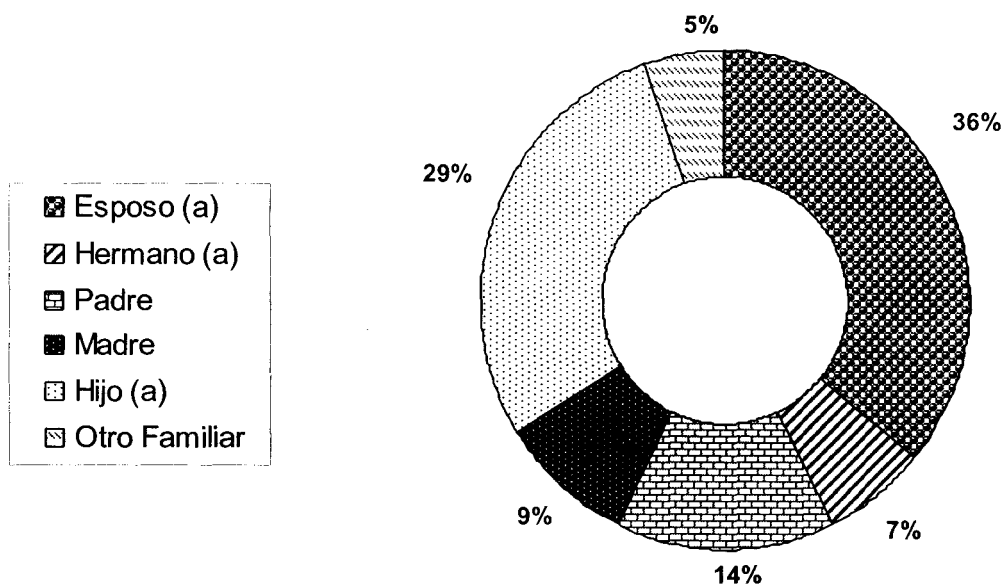
Concerniente al número de integrantes de la familia el 1.8% de la población tenía una familia compuesta por nueve o más integrantes en tanto que el 39.3% de la población tenía una familia compuesta de cuatro a cinco integrantes.

Integrantes de la Familia



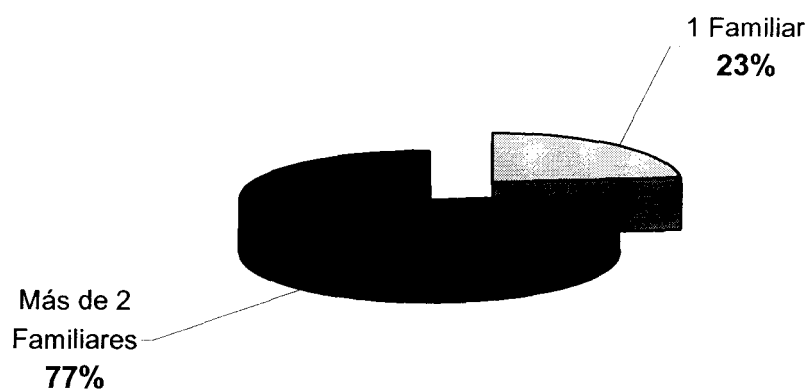
En esta población se encontró que los pacientes acudían a consulta en su mayoría por el consumo del esposo(a) con un 35.7%, seguido por el 28.6% de pacientes que acudían por el consumo de un hijo o hija.

Familiar que Consume

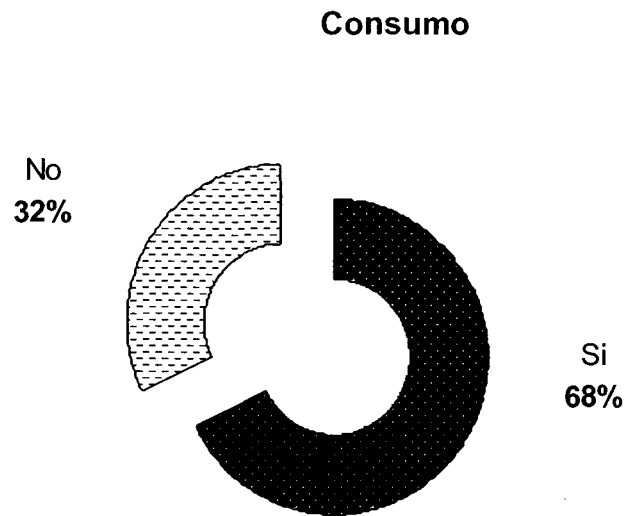


En la presente muestra la mayoría de la población, 76.8% tenían dos o más familiares drogodependientes.

Familiares Drogodependientes



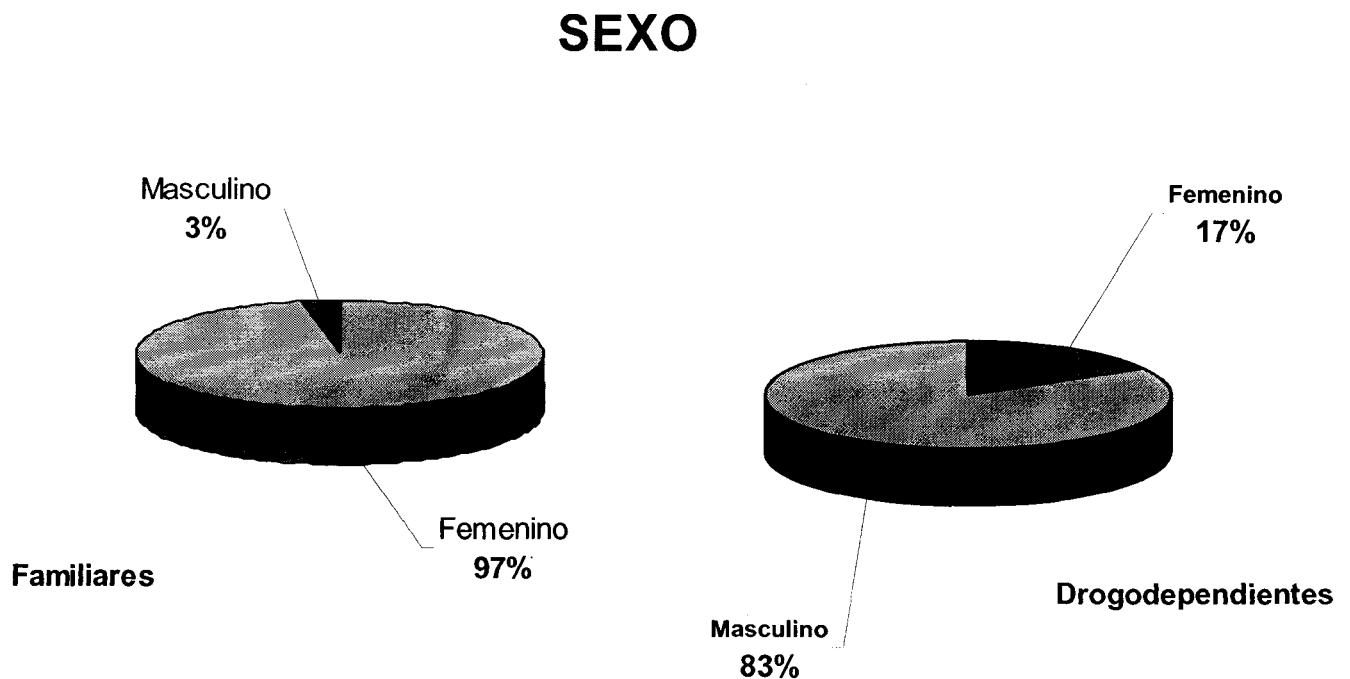
El 67.9% de la muestra presentaba consumo al inicio de esta investigación y el 32.1% no presentaba consumo.



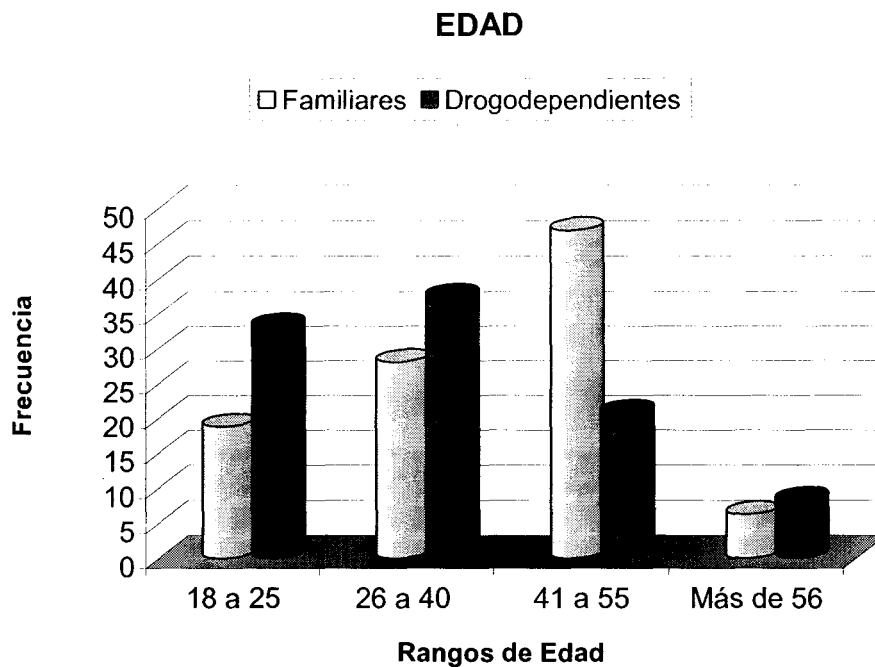
Finalizada la descripción general de la muestra a continuación se describirán los resultados del análisis descriptivo de la muestra por grupos.

5.2 Análisis Estadístico Descriptivo de la Muestra por Grupos.

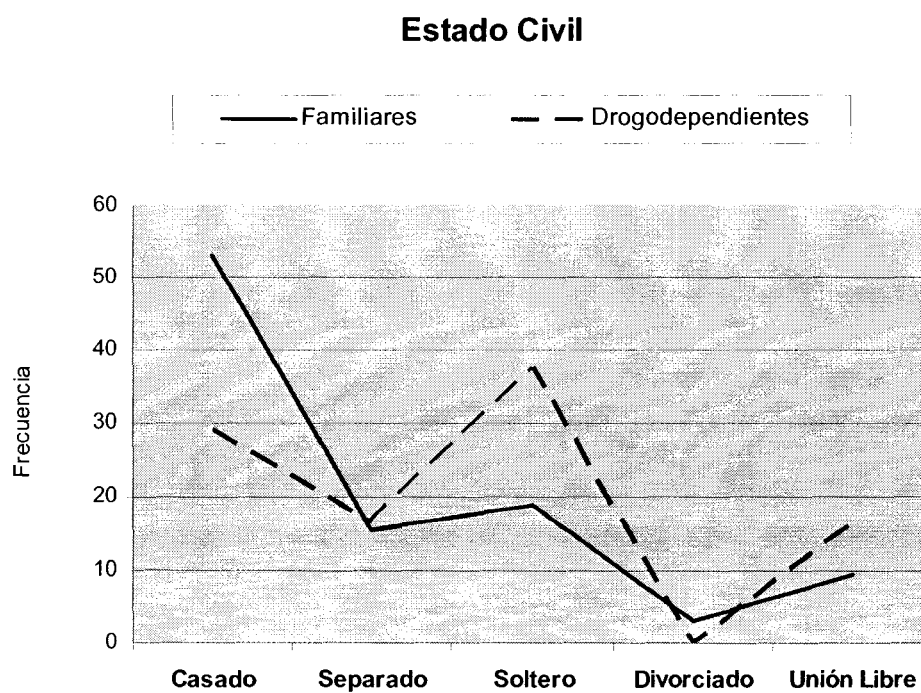
En lo que respecta al factor sociodemográfico de sexo, se encontró que en el grupo de familiares la mayoría de la población, 96.9% corresponde al sexo femenino, mientras que en el grupo de drogodependientes la mayoría de la población, 83.3% corresponde al sexo masculino.



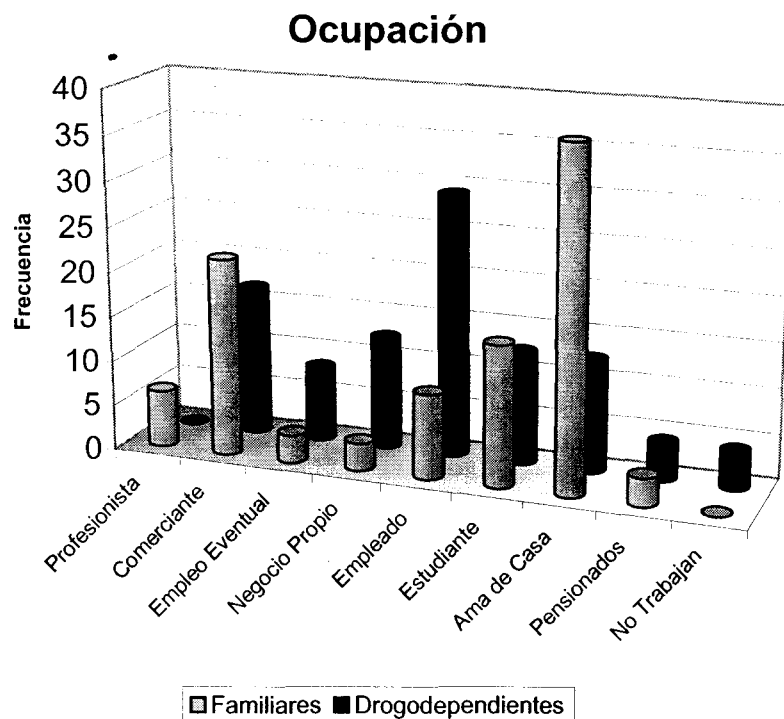
En cuanto a la edad, se encontró una alta proporción de la población, 46.9% con una edad de 41 a 55 años en el grupo de familiares, en tanto que en el grupo de drogodependientes este mismo rango de edad tan solo puntuó con un 20.8%. Encontrándose la mayoría de la población de drogodependientes en una edad entre 26 a 40 años con el 37.5%.



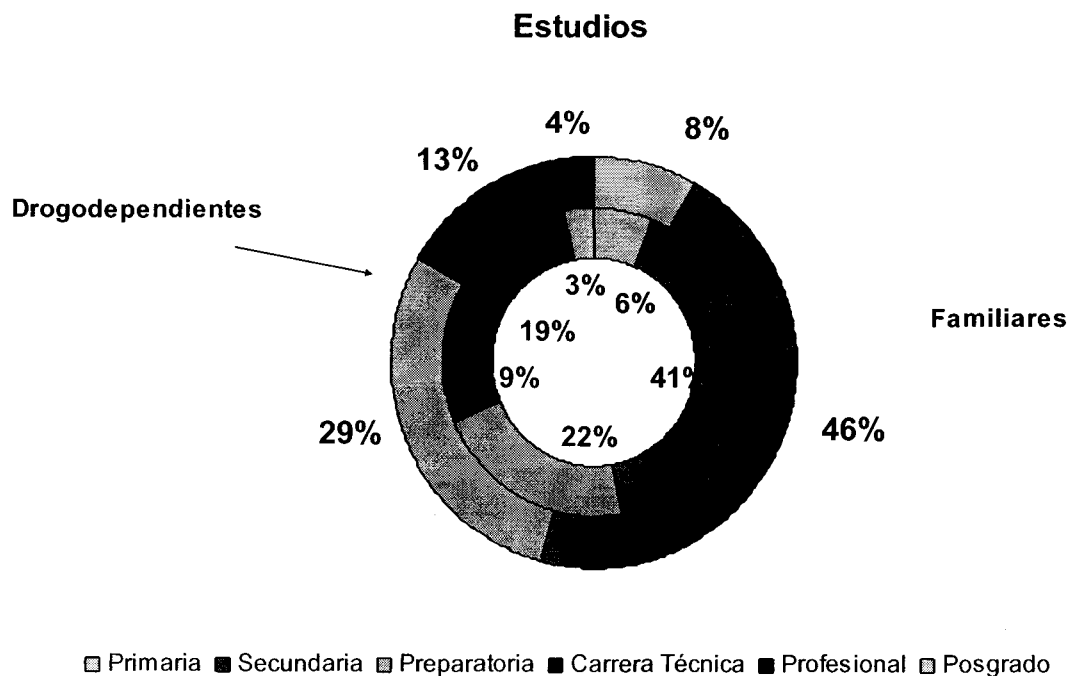
El estado civil de la población se concentró en un 53.1% de pacientes casados en el grupo de familiares, mientras que en el grupo de drogodependientes el mayor puntaje se concentró en pacientes solteros con un 37.5%.



En el grupo de drogodependientes las ocupaciones con menor registró son jubilados o pensionados y sin notificación de ocupación con 4.2%, en tanto que en el grupo de familiares el menor registro lo tienen las ocupaciones de empleados eventuales, negocios propios y jubilados o pensionados con 3.1%.

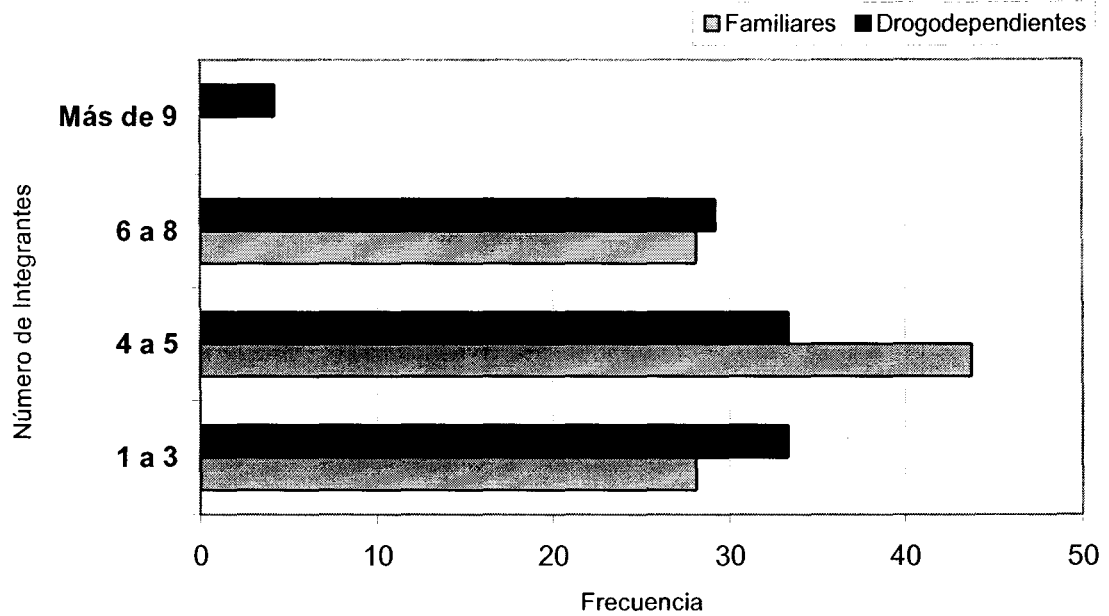


Con lo que respecta al nivel de estudios ambos grupos presentan un alto registro de población en nivel secundaria, el grupo de familiares con un 40.6% y el grupo de drogodependientes con 45.8%.



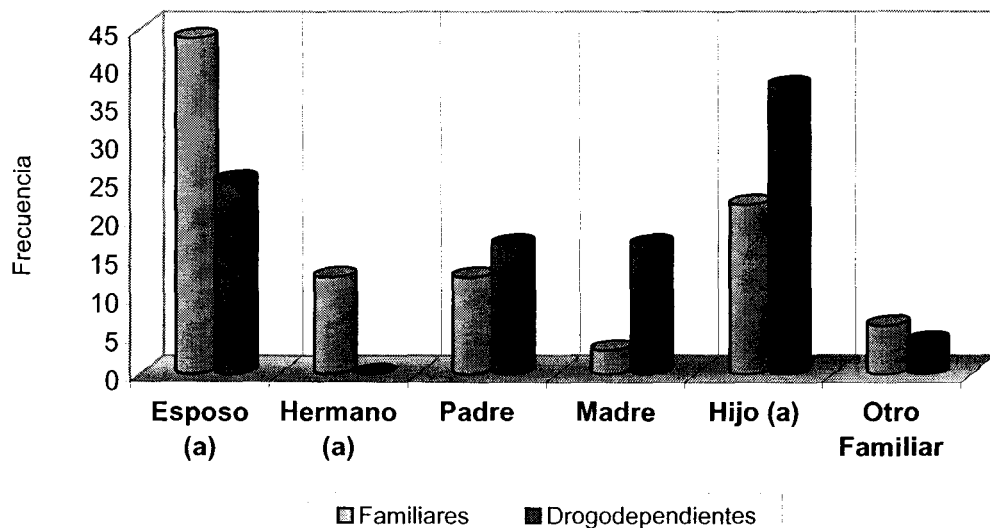
En la población se encontró que las familias de los pacientes están formadas en un 28.1% en el grupo de familiares y 29.2% en el grupo de drogodependientes, por seis a ocho integrantes. Es necesario destacar que estas familias son reestructuradas o extensas, por lo cual se presenta este número de integrantes.

Integrantes de la Familia



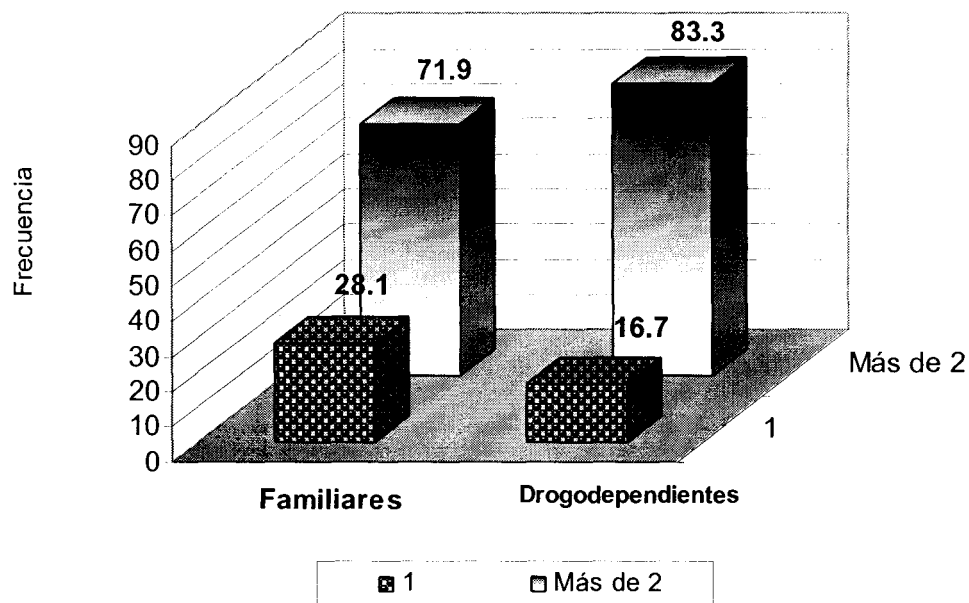
En lo que respecta a la persona por la cual acudían a consulta se encontró que en el grupo de familiares, asisten en su mayoría (43.8%) por el consumo de su esposo (a), en tanto que en el grupo de drogodependientes en su mayoría (37.5%) acuden por su propio consumo.

Familiar que Consume



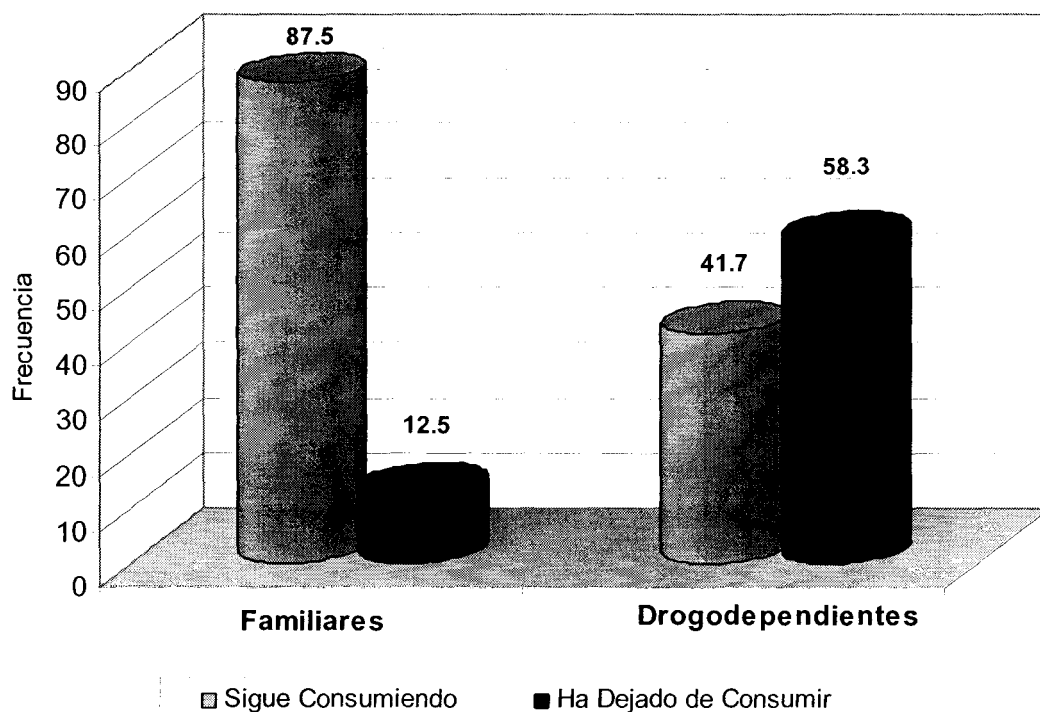
En ambos grupos se encontró que los pacientes tienen más de dos familiares que son drogodependientes, en el caso del grupo de familiares la proporción es de 71.9% y en el grupo de drogodependientes la proporción es de 83.3%.

Familiares que Consumen



Al inicio de esta investigación tan solo el 12.5% del grupo de familiares no presentaba consumo, en tanto que en el grupo de drogodependientes el 41.7% si presentaba consumo.

Consumo



Una vez concluido el análisis estadístico descriptivo de los datos sociodemográficos obtenidos, se procedió a realizar el análisis estadístico descriptivo de las subescalas que comprende la prueba.

5.3. Análisis Estadístico Descriptivo de las Subescalas.

Como ya se indicó con anterioridad la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel (1997), es un instrumento que se encuentra conformado por 40 reactivos que investigan nueve áreas, las cuales son: Roles, Jerarquía, Centralidad, Límites, Modos de control de conducta, Alianzas, Afectos, Comunicación y Psicopatología. Estas áreas pueden obtener en cada uno de sus ítems valores desde 1 hasta 4 puntos significando lo siguiente:

Valor	Significado
1	Disfuncional
2	Poco Funcional
3	Medianamente Funcional
4	Funcional

Por lo cual, a continuación se describen las características de cada subescala incluyendo los valores que cada una puede obtener y lo que significa:

Subescalas	Ítems	Total de Ítems	Disfuncional	Poco Funcional	Medianamente Funcional	Funcional
Roles	2 – 12 - 13 - 26 - 28	5	5	6 a 10	11 a 15	16 a 20
Jerarquía	3 - 11 - 14 - 15 - 27 - 29 -30	7	7	8 a 14	15 a 21	22 a 28
Centralidad	1. - 4 - 5	3	3	4 a 6	7 a 9	10 a 12
Límites	6 - 7 - 9 -10	4	4	5 a 8	9 a 12	13 a 16
Modos de Control de Conducta	8 – 16 - 17 - 25	4	4	5 a 8	9 a 12	13 a 16
Alianzas	19 - 20 - 18	3	3	4 a 6	7 a 9	10 a 12
Afectos	31 - 32 - 33 - 34 - 35	5	5	6 a 10	11 a 15	16 a 20
Comunicación	21 - 22 - 23 -24	4	4	5 a 8	9 a 12	13 a 16
Psicopatología	36 - 37 - 38 - 39 - 40	5	5	6 a 10	11 a 15	16 a 20

Especificados los valores que se pueden obtener en cada subescala, procederemos a continuar con el análisis estadístico descriptivo de cada una.

Análisis Estadístico Descriptivo por Subescala en el Pre Test.

En cuanto a la comparación de subescalas del instrumento en el pre test se encontró, que la subescala de Jerarquía presenta una puntuación elevada, tanto en el grupo de familiares, cuya media fue de 22.19, como en el de drogodependientes, cuya media fue de 22.14, con lo que podemos indicar que en esta escala ambos grupos revelaron una percepción de desempeño funcional, es decir, tanto los familiares como los drogodependientes, aprecian que se respetan los grados de autoridad dentro de su familia y también la existencia de buena repartición de las obligaciones.

Con respecto a la subescala de Alianzas el puntaje que se encontró es moderado, siendo 9.65 la media para el grupo de familiares y 9.52 para el grupo de drogodependientes, de tal forma que podemos observar que ambos grupos perciben un desempeño de manera medianamente funcional, es decir, que en las familias de estos pacientes aún existen las coaliciones, sin embargo, éstas se están tornando hacia alianzas a beneficio de la familia y no en contra de ella.

Se muestra la siguiente tabla que indica los puntajes de ambos grupos en el pre test.

Subescalas	PRE			
	Familiares		Drogodependientes	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Roles	15.03	3.23	14.85	3.35
Jerarquía	22.19	3.49	22.14	4.88
Centralidad	10.07	1.41	10.19	1.80
Limites	11.23	2.21	12.61	2.57
Control conducta	12.84	1.43	13.00	2.19
Alianzas	9.65	2.13	9.52	2.04
Afectos	12.88	3.10	13.76	2.77
Comunicación	11.76	2.67	11.8	2.67
Psicopatología	11.46	2.68	12.33	2.55

Análisis Estadístico Descriptivo por Subescala en el Pos Test.

Siguiendo con el análisis, se encontró que en la comparación de subescalas del instrumento en el pos test, la subescala Jerarquía se mantuvo con una puntuación elevada, tanto en el grupo de familiares, cuya media fue de 23.30,

como en el de drogodependientes, cuya media fue de 23.04, lo que significa que estos grupos perciben que se mantiene una percepción funcional en lo que respecta a esta escala, es decir, siguen percibiendo respeto y adecuada distribución en las normas familiares.

En lo que respecta a la subescala de Alianzas el puntaje en el grupo de familiares corresponde a 10.30, lo que indica que los familiares perciben funcionalidad, de tal manera que existen alianzas favorables para el sistema familiar. En tanto que en el grupo de drogodependientes la media puntuó 9.61, lo que hace referencia a que este grupo percibe el empleo de alianzas medianamente funcionales entre diversos integrantes de su familia. La siguiente tabla muestra a detalle las puntuaciones obtenidas para ambos grupos en el pos test.

POS

Subescalas	Familiares		Drogodependientes	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Roles	15.61	2.62	16.28	2.26
Jerarquía	23.30	2.64	23.04	3.05
Centralidad	10.30	1.40	10.57	1.07
Limites	12.26	2.69	12.23	2.79
Control conducta	12.76	2.40	12.90	2.98
Alianzas	10.30	1.71	9.61	1.90
Afectos	13.03	2.66	13.61	2.49
Comunicación	13.00	2.09	13.61	2.01
Psicopatología	12.80	3.49	13.09	2.36

Posterior a la descripción de ambos grupos en cada fase de la investigación, se presentará a continuación las diferencias de cada grupo en el pre y pos test.

Análisis Estadístico Descriptivo de la Diferencia entre Subescalas para el Grupo de Familiares (pre y pos Test).

En lo que respecta al *grupo de familiares*, podemos observar una diferencia del pre al pos test en la subescala de Alianzas, siendo la media 9.60 en pre y 10.30 en el pos test, lo que nos indica que se percibió un avance en la funcionalidad, es decir, percibieron mayor funcionalidad en el empleo de alianzas benéficas o asociaciones abiertas entre uno o más integrantes de la familia para su beneficio.

De igual forma en la subescala de Comunicación se percibió mayor funcionalidad, siendo 11.76 la puntuación en el pre y 13 en el pos, lo que indica que los integrantes de este grupo, tienen la percepción de que dentro y fuera de

su familia mejoró el intercambio de información, utilizando mensajes más directos y claros.

Es necesario mencionar que aún cuando algunas subescalas no tuvieron un avance significativo hacia otra área de mayor funcionalidad dentro del instrumento, si se presentó mayor puntuación en la mayoría de las subescalas. Tal como se muestra en la siguiente tabla:

Subescalas	PRE		POS	
	Familiares			
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Roles	15.03	3.23	15.61	2.62
Jerarquía	22.19	3.49	23.30	2.64
Centralidad	10.07	1.41	10.30	1.40
Limites	11.23	2.21	12.26	2.69
Control de Conducta	12.84	1.43	12.76	2.40
Alianzas	9.60	2.13	10.30	1.71
Afectos	12.88	3.10	13.03	2.66
Comunicación	11.76	2.67	13.00	2.09
Psicopatología	11.46	2.68	12.80	3.49

Análisis Estadístico Descriptivo de la Diferencia entre Subescalas para el Grupo de Drogodependientes (pre y pos Test).

Por su parte el grupo de drogodependientes obtuvo una diferencia considerable en dos subescalas, la subescala Roles, en la cual se obtuvo un puntaje de 14.66 en el pre y 16.28 en el pos test, lo que manifiesta que se percibió un incremento en la funcionalidad, es decir, los pacientes drogodependientes distinguieron el desempeñar su rol y respetar los roles de cada integrante de su familia de forma más saludable. La segunda subescala que presentó diferencia es Comunicación obteniendo inicialmente un puntaje de 11.79 en el pre y evolucionando a 13.61 en el pos test, lo que hace referencia a que este grupo percibió un cambio funcional en el intercambio de información, brindando mensajes más claros. Tal como se muestra a continuación:

Subescalas	PRE		POS	
	Drogodependientes			
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Roles	14.85	3.35	16.28	2.26

Jerarquía	22.14	4.88	23.04	3.05
Centralidad	10.19	1.80	10.57	1.07
Limites	12.61	2.57	12.23	2.79
Control				
Conducta	13.00	2.19	12.9	2.98
Alianzas	9.50	2.04	9.61	1.90
Afectos	13.76	2.77	13.61	2.49
Comunicación	11.80	2.67	13.61	2.01
Psicopatología	12.33	2.55	13.09	2.36

Una vez concluido el análisis estadístico descriptivo de la población, así como de las subescalas, en las cuales se descubrieron diferencias observables, se procedió a realizar el análisis estadístico mediante la prueba t, con la finalidad de probar que dichas diferencias son significativas. En donde el nivel de significancia debió ser menor o igual a 0.05.

Análisis Estadístico de Diferencias (prueba t) para Ambos Grupos en el Pre Test.

En lo que respecta al análisis estadístico mediante la prueba t, se encontró que en el pre test, la única subescala que presenta una diferencia estadísticamente significativa, entre ambos grupos, es la subescala Modos de Control de Conducta, en la cual el valor de significancia es de 0.05, lo que indica que a excepción de esta subescala ni los familiares, ni los drogodependientes presentaron anterior a la psicoterapia grupal diferencias estadísticamente significativas en la percepción de su funcionamiento familiar, Tal como es observable en la siguiente tabla:

Comparación pre test Familiares Vs. Drogodependientes.

PRE

Subescalas	Familiares			Drogodependientes			Significancia
	Media	Desviación Estándar	Valor t	Media	Desviación Estándar	Valor t	
Roles	15.03	3.23	1.04	14.85	3.35	1.04	0.94
Jerarquía	22.19	3.49	0.01	22.14	4.88	0.01	0.40
Centralidad	10.07	1.41	0.26	10.19	1.8	0.25	0.52
Limites	11.23	2.21	-1.52	12.61	2.57	-1.5	0.38
Control de							
Conducta	12.84	1.43	0.19	1.3	2.19	0.18	0.05
Alianzas	9.65	2.13	-0.17	9.52	2.04	-0.17	0.90
Afectos	12.88	3.1	-1.27	13.76	2.77	-1.29	0.28
Comunicación	11.76	2.67	-0.05	11.8	2.67	-0.05	0.60
Psicopatología	11.46	2.68	-1.47	12.33	2.55	-1.49	0.75

Análisis Estadístico de Diferencias (prueba t) para Ambos Grupos en el Pos Test.

En lo que se refiere al análisis estadístico de ambos grupos mediante la prueba t, se encontró que ninguna subescala presentó diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta al pos test, pues ninguna alcanzó un valor de significancia, lo que muestra que ni los familiares, ni los drogodependientes presentaron posterior a la psicoterapia grupal diferencias en la percepción de su funcionamiento familiar. Tal como es observable en la siguiente gráfica:

Comparación pos test Familiares Vs. Drogodependientes.

POS

Subescalas	Familiares			Drogodependientes			Significancia
	Media	Desviación Estándar	Valor t	Media	Desviación Estándar	Valor t	
Roles	15.61	2.62	-0.92	16.28	2.26	-0.94	0.36
Jerarquía	23.3	2.64	0.31	23.04	3.05	0.3	0.33
Centralidad	10.3	1.4	-0.7	10.57	1.04	-0.72	0.21
Limites	12.26	2.69	0.39	12.23	2.79	0.39	0.98
Control de Conducta	12.76	2.4	-0.17	12.9	2.98	-0.16	0.77
Alianzas	10.3	1.71	1.3	9.61	1.9	1.28	0.39
Afectos	13.03	2.66	-0.76	13.61	2.49	-0.76	0.82
Comunicación	13	2.09	-1.02	13.61	2.01	-1.02	0.74
Psicopatología	12.8	3.49	-0.32	13.09	2.63	-0.33	0.53

En la comparación realizada entre ambos grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en la percepción de su funcionamiento familiar, por lo que podemos indicar que tanto los familiares como los drogodependientes tienen una percepción similar de su funcionamiento familiar.

5.4 Análisis Estadístico de Diferencias (Prueba t).

Posterior a la descripción del análisis estadístico de comparación en ambos grupos y en cada fase de la investigación, se presentará a continuación la comparación de cada grupo en el pre y pos test.

Análisis Estadístico de Diferencias (prueba t) en Grupo Familiares (pre y pos test).

En cuanto al análisis estadístico de las subescalas en el grupo de familiares a través de la prueba t, se encontró que mediante la intervención psicoterapéutica

de grupo, se presentaron diferencias estadísticamente significativas, en la subescalas Jerarquía con una significancia .002, Centralidad con puntuación de .001, Comunicación con puntaje de .001, entre otras; lo que indica que en este grupo, la intervención antes mencionada favoreció un progreso estadísticamente significativo en la percepción de mayor funcionalidad en sus familias.

La siguiente tabla muestra las subescalas que mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Pre - Pos		Familiares		
Subescalas	Media	Desviación Estándar	Valor t	Significancia
<i>Roles</i>				
pre	15,03	3,23		
pos	15,61	2,62	-0,86	0,097
Jerarquía				
pre	22,19	3,49		
pos	23,3	2,64	-1,94	0,002
Centralidad				
pre	10,07	1,41		
pos	10,3	1,4	-0,92	0,001
Limites				
pre	11,23	2,21		
pos	12,26	2,69	-2,01	0,025
<i>Control de Conducta</i>				
pre	12,84	1,43		
pos	12,76	2,4	0,14	0,69
<i>Alianzas</i>				
pre	9,65	2,13		
pos	10,3	1,71	-1,36	0,315
Afectos				
pre	12,88	3,1		
pos	13,03	2,66	-0,26	0,012
Comunicación				
pre	11,76	2,67		
pos	13	2,09	-2,85	0,001
Psicopatología				
pre	11,46	2,68		
pos	12,8	3,49	-2,68	0,00

Análisis Estadístico de Diferencias (prueba t) en Grupo Drogodependientes (pre y pos test).

En cuanto al análisis estadístico de las subescalas en el grupo de drogodependientes mediante la prueba t, se encontró que posterior a la intervención psicoterapéutica de grupo, se presentaron diferencias estadísticamente significativas, en la subescalas Jerarquía con una significancia .005, Centralidad con puntuación de .013, Comunicación con puntaje de .085, entre otras, con lo que se demuestra que a través del tratamiento previamente mencionado, este grupo favoreció la percepción de su funcionamiento familiar.

La siguiente tabla muestra las subescalas que mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Pre - Pos		Drogodependientes		
Subescalas	Media	Desviación Estándar	Valor t	Significancia
<i>Roles</i>				
pre	14,85	3,35		
pos	16,28	2,26	-1,84	0,288
Jerarquía				
pre	22,14	4,88		
pos	23,04	3,05	-1,04	0,005
Centralidad				
pre	10,19	1,8		
pos	10,57	1,07	-1,13	0,013
Limites				
pre	12,61	2,57		
pos	12,23	2,79	0,62	0,034
<i>Control de Conducta</i>				
pre	13	2,19		
pos	12,9	2,98	0,13	0,351
Alianzas				
pre	9,52	2,04		
pos	9,61	1,9	-0,23	0,007
Afectos				
pre	13,76	2,77		
pos	13,61	2,49	0,24	0,024
<i>Comunicación</i>				
pre	11,8	2,67		
pos	13,61	2,01	-3,12	0,085
Psicopatología				
pre	12,33	2,55		
pos	13,09	2,36	-1,56	0,005

Mediante la prueba t se demostró que posterior a la psicoterapia de grupo, en ambos grupos se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de su funcionamiento familiar, dichas diferencias consistieron en un funcionamiento familiar percibido como más eficaz.

A través de los análisis estadísticos realizados, fue posible encontrar que en el análisis estadístico descriptivo en su mayoría las personas del total de la muestra, que solicitaron ayuda en los centros CAFF y CAEDRO, por un problema de drogodependencia en su esposo(a), o por su propia drogodependencia, tenían una edad entre 26 y 55 años, dedicados al hogar, casados y con escolaridad de nivel secundaria. Cohabitaban con más de dos familiares drogodependientes, los cuales en la primera fase (pre test) de esta investigación sí presentaban consumo.

En cuanto a la comparación de grupos mediante el análisis estadístico descriptivo, se encontró como datos sobresalientes que en su mayoría asisten mujeres a solicitar ayuda por el problema de un familiar drogodependiente, las cuales ingresan a tratamiento aún cuando su familiar no lo hace, es decir, que se incluyen como parte de un tratamiento para familiares; en contraste, encontramos que con mayor frecuencia los hombres solicitan apoyo terapéutico para su propia drogodependencia, a su vez observamos que en lo que corresponde al grupo de drogodependientes acuden más personas con una edad comprendida de 26 a 40 años y solteros, en tanto que en el grupo de familiares asisten más personas con edad de 41 a 55 años y casados. Ambos grupos comparten en su mayoría el tener estudios de nivel secundaria y más de dos familiares drogodependientes,

En lo que respecta a la comparación de los datos obtenidos en el pre test, encontramos a través del análisis descriptivo de las subescalas del instrumento, que para ambos grupos, la escala que percibieron con mayor funcionalidad es Jerarquía, seguida de una percepción de funcionalidad media en las subescalas Alianzas, Roles y Centralidad. En tanto que en el análisis del pos test, se encontró que la subescala Jerarquía mantuvo una percepción funcional, y a su vez se generó una percepción más funcional en las Alianzas empleadas por la familia.

De forma general podemos indicar que en el análisis estadístico descriptivo de las diferencias presentadas del pre al pos test, ambos grupos percibieron mayor funcionalidad en su familia, por lo que, con el fin de corroborar la información obtenida a través de este análisis, se empleo la prueba t para discriminar las diferencias estadísticamente significativas.

En la comparación del pre test para ambos grupos, únicamente fue significativa la escala Modos de Control de Conducta, lo que indica que a excepción de esta subescala ni los familiares, ni los drogodependientes presentaron anterior a la psicoterapia grupal diferencias estadísticamente significativas en la percepción de su funcionamiento familiar. En tanto que en la comparación del pos test para ambos grupos ninguna subescala presentó diferencias estadísticamente significativas, pues no alcanzaron valor de significancia, lo que muestra que ni

los familiares, ni los drogodependientes presentaron posterior a la psicoterapia grupal diferencias en la percepción de su funcionamiento familiar.

Como ultimo análisis se realizó la comparación de cada grupo en el pre y pos test, en donde se encontró que para ambos grupos, posterior a la intervención psicoterapéutica, se presentaron diferencias estadísticamente significativas, en la subescalas Jerarquía, Centralidad y Comunicación, entre otras; lo que indica que la intervención antes mencionada favoreció un progreso estadísticamente significativo en la percepción de mayor funcionalidad en sus familias.

Aún cuando ambos grupos mostraron una mejoría en la percepción de su funcionamiento familiar, el grupo de drogodependientes mostró una percepción superior de su funcionamiento familiar, en comparación al grupo de familiares.

VI. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, ALCANCES Y LIMITACIONES.

6.1 DISCUSIÓN.

Como se mencionó anteriormente la drogodependencia representa una severa condición epidemiológica que amerita ser reconocida y abordada de manera integral; pues en la actualidad es un problema de salud pública debido a que el abuso de sustancias adictivas ha tenido un incremento en los últimos años, pues como lo indica la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en su reporte del 2002, existen 32 millones de bebedores, cerca de 14 millones de personas fumadoras activas (lo que implica que en la zona urbana de México 8 de cada 10 personas, se encuentra expuestos a los daños que el tabaco ocasiona) y en lo que respecta al uso de drogas ilegales cerca de 2.9 millones de personas las han usado al menos una vez en su vida, dentro de una población con un rango de edad entre 12 y 65 años y de ambos sexos, sin incluir a la personas recluidas en instituciones de salud, procuraciones de justicia, protección social o sin lugar fijo de residencia. Lo que implica que una gran parte de la población ha consumido una o más sustancias en su vida y a su vez, la obtención de dichas sustancias es cada vez más fácil, por lo que nos encontramos en contacto con ellas cotidianamente.

Aunado a esto en la actualidad, es común la *politoxicomanía* o *policonsumo* que se produce cuando el sujeto se administra una variada gama de sustancias; en muchos casos existe una droga principal y drogas secundarias que la complementan o la sustituyen en situaciones de no disponibilidad. En la actualidad es raro encontrar un consumidor de una sola droga (Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, 2005). Lo que de igual forma aumenta un patrón de consumo compulsivo y de mayor peligrosidad, dadas las características de las diversas sustancias.

La drogodependencia se encuentra asociada a diversos daños individuales, que conllevan a malestares o trastornos físicos tales como: jaquecas, alteraciones de la visión, del lenguaje y del juicio, hipotermia, confusión en el pensamiento y la memoria, cambios en el estado de animo, irritabilidad, agresión, delirios, alucinaciones, enfermedades gástricas e intestinales, problemas en el sistema nervioso central y gastrointestinal, depresión respiratoria, lesiones en el hígado, colapso respiratorio y en casos de sobredosis coma o muerte (Macià, 2000; National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2002 y Nató & Rodríguez, 2001).

Esta problemática representa un gran impacto en el ámbito social, pues como las encuestas muestran el 7% de la población de bebedores, reportó discusiones o peleas con él o la compañera mientras tomaban, el 2% admitió problemas con la policía mientras conducía después de beber y el 4.6% tuvo problemas con las autoridades por distintas razones. Estos problemas son más frecuentes entre la población que reportó haber experimentado 3 o más síntomas de dependencia, en comparación con aquellos que no presentaron este número de síntomas. (ENA, 2002). Implicando que un usuario de cualquier sustancia puede tener problemas de índole social, sin embargo, las personas drogodependientes presentan mayor propensión.

La drogodependencia es un problema de crecimiento veloz, pues cuando un sujeto consume alguna sustancia para probar sus efectos, bajo la presión social del grupo de amigos o por cualquier otra razón (Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003), sufre el riesgo de insertarse en una drogodependencia y si aunado a la satisfacción del consumo presenta conflictos en su contexto, tales como: problemas en la familia, conflictiva entre sus padres (Bernstein, 1992 y Stanton, 1998) y diferentes presiones sociales (Ferreira en Ocho de Alda, 2001), implicará que la probabilidad de desarrollar drogodependencia aumente.

En tiempos anteriores muchas de las investigaciones en torno a la drogodependencia se basaban en los efectos negativos que causaban al individuo, buscando el impacto en la salud física y mental, pero dejando del lado los problemas que el individuo enfrentaba en su medio, así como la posibilidad de que el medio influyera en la drogodependencia, de tal manera que las investigaciones evolucionaron y, dado que la drogodependencia no solo afecta al usuario, sino a toda aquella persona que se encuentra a su alrededor, podemos indicar que las repercusiones se ven claramente en el sistema familiar y su contexto social (Escamilla, 2002).

En cuanto al ámbito familiar se presentan diferentes problemáticas ante la presencia de uno o más drogodependientes, entre ellas, desvío de los recursos económicos y materiales (Stanton, 1998), problemas conyugales, violencia, abuso en todas sus clases (Bernstein, 1992) dependencias a diversas sustancias o actividades (Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000 y Stanton, 1985) y patrones de codependencia (Escamilla, 2002 y Kalina, 1990). De tal forma que es posible indicar que en la población estudiada se presentaron las problemáticas antes mencionadas, pues 77% de las familias de los pacientes estudiados, revelaron que cohabitaban con más de un drogodependiente.

Favorablemente a mediados del siglo pasado se empezó a hablar de la familia, principalmente de familias de alcohólicos, de las mujeres y posteriormente de los demás integrantes de la familia (Escamilla, 2002), a su vez comenzó a integrarse a la familia como parte del conflicto y del tratamiento necesario para un problema de drogodependencia, pues como lo indica Kalina (2000) con base en la teoría de los sistemas, el drogodependiente o los drogodependientes y todos los demás integrantes forman parte del sistema familiar drogodependiente.

En un primer momento ante el problema de la drogodependencia, una familia puede no reconocer que el drogodependiente es una persona con un problema de salud a quien se debe apoyar para que lleve a cabo su recuperación, por lo contrario previo, a descubrir o aceptar la problemática, la familia sufre una etapa que se caracteriza por una "ceguera" o "no ver", pues niegan las conductas auto y heterodestructivas, las cuales si son visibles para otros (Escamilla, 2002), lo que trae consigo confusión, crisis e inadecuado funcionamiento del sistema familiar. Si la familia tiende a seguir en la negación la crisis se mantendrá y propiciará la disfuncionalidad, sin embargo, si la familia acepta la situación y la enfrenta con apoyos externos, tales como solicitar ayuda en algún centro

especializado, traerá beneficio no sólo al usuario, sino también a todo el sistema familiar.

Por lo anteriormente mencionado, creemos que es necesaria la investigación de las características que presentan las familias con un integrante drogodependiente o bien, el sistema familiar drogodependiente, para a través de ellas, favorecer el empleo de intervenciones para el mejoramiento de la funcionalidad de estas familias y la disminución de casos de drogodependencia, por lo cual es necesario abordar la siguiente pregunta planteada en esta investigación.

¿Variarán las características de la percepción del funcionamiento familiar en una evaluación pre-pos en drogodependientes y en familiares de drogodependientes, que asisten a psicoterapia grupal?

En lo que respecta a Familiares de drogodependientes, se observó que con mayor frecuencia asisten a buscar apoyo psicológico, mujeres, de edades comprendidas entre 41 y 55 años, casadas, amas de casa o comerciantes, con nivel de estudios de secundaria, que cohabitan con una persona drogodependiente quién con mayor frecuencia es el esposo, el hijo o ambos; pues en estas familias generalmente hay más de dos familiares que presentan drogodependencia.

Como las encuestas lo indican (ENA, 2002) existe una mayor prevalencia de drogodependientes hombres en comparación al grupo de mujeres y debido a que es difícil para el drogodependiente reconocer y enfrentar su problemática y para la familia el vivir con un drogodependiente se vuelve difícil, pues cuesta trabajo encontrar la forma adecuada de actuar, se puede proceder preocupándose, distanciándose, siendo flexible o rígido; esta necesidad de búsqueda para encontrar la manera adecuada de comportarse y darse cuenta de que nada les funciona puede llevar a los familiares a un estado de impotencia y confusión (Ocho de Alda, 2001) y en muchas ocasiones es el momento en que generalmente las esposas o madres acuden en primer instancia a solicitar apoyo para sus drogodependientes, considerando en algunos casos que ellos son el problema, sin embargo, más tarde encontraran que el problema incluye todas las pautas familiares.

En cuanto a los *drogodependientes*, se observó que con mayor frecuencia son los hombres de edades comprendidas entre 18 y 40 años, con nivel de estudios de secundaria, ejerciendo laboralmente como empleados o comerciantes, quienes acuden a un servicio psicológico por su propio consumo, y en cuantiosos casos también por la drogodependencia de algún otro familiar, pues en su familia existe más de un drogodependiente. Las encuestas indican (ENA, 2002) mayor prevalencia en el consumo de sustancias en los hombres con una edad de inicio de consumo a partir de 14 años en promedio, lo que indica que ante la evolución del problema y como parte del proceso adictivo, los hombres tienden a truncar o abandonar sus estudios en el nivel secundario o medio superior, lo que más tarde repercutirá en el acceso a empleo bien remunerado. También es visible un patrón de abuso previo en donde predomina un modelo

adictivo por parte de los padres, dicho modelo se denomina transgeneracional, en muchas ocasiones sin la búsqueda de apoyo.

Es importante indicar que aún cuando todos los integrantes de la familia tienen la misma oportunidad de observar las pautas adictivas de sus familiares, no todos toman drogas en la misma forma o con la misma intensidad y frecuencia, lo que indica que la conducta modeladora, es un factor importante, pero tan solo constituye una explicación parcial de la drogodependencia (Stanton, 1985).

Debido a que para esta investigación se empleó la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel (1997) se abordó la percepción del funcionamiento familiar según las subescalas de este instrumento.

Algunos autores indican que en el sistema familiar drogodependiente existe un estilo interaccional caracterizado por falta de negociación (Ocho de Alda, 2001), límites difusos entre los diferentes subsistemas y de forma paralela una alta permisividad, así como un estilo autoritario y crítico por parte de los padres, (Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000), lo que es consistente con los resultados de esta investigación, pues en cuanto a Roles se refiere, se encontró que tanto *familiares* como *drogodependientes* perciben un acatamiento medianamente funcional, ya que no se presenta una distribución del todo adecuada y se percibe que los roles no son asignados claramente, lo que provoca que al no ser precisos no se cumplan, pues para que la distribución de roles sea funcional según el modelo Mc Master, no debe ser sobrecargada a uno o más integrantes y la vigilancia del cumplimiento debe ser clara (Epstein, Bishop y Baldwin, 1983). En tanto que los Límites en estas familias se perciben de forma inconsistente, difusa y rígida. Lo cual no permite una interacción del todo funcional entre sus integrantes e impide que la familia cumpla sus funciones para mantener la efectividad y salud del sistema (Minuchin, 1987).

La falta de claridad en los límites fomenta el incremento de Alianzas entre diversos integrantes de la familia (Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000). En la población estudiada se registró un empleo de este tipo de asociaciones, como una práctica común, percibiéndose alianzas encubiertas y con el fin de perjudicar a terceros, lo que implica que percibieron el empleo de coaliciones, las cuales de acuerdo a Minuchin (1987) decrementan el óptimo funcionamiento de todos sus integrantes.

Otro factor primordial y de alta complejidad para un óptimo funcionamiento familiar es la comunicación, la cual para las personas estudiadas fue percibida con calidad moderadamente funcional, pues según el modelo Mc Master (Epstein, Bishop y Baldwin, 1983), a pesar de que el intercambio de información es relativamente claro, a su vez es indirecto, es decir, la información se oculta o se brinda a través de secretos, ya sean a-históricos, tales como padecimientos mentales, infidelidades o alguna drogodependencia de otro familiar; o históricos, como adopciones y segundas nupcias por parte de los padres. Los secretos en cualquiera de sus formas constituirán una estructura familiar basada en un mal

entendido, mentiras, contradicciones y sentimientos de vergüenza para todos sus integrantes.

Otra característica de la percepción en la comunicación de las familias de los pacientes de esta investigación, consistió en el empleo de mensajes dobles o vagos, tales como no consumas drogas, mientras que algunos de ellos no pueden dejar de consumir drogas o detener alguna conducta adictiva, estos mensajes propician un código de información más haya de lo verbal que indica "haz lo que yo te digo y no lo que hago" (Casarino y Leonetti en Musacchio de Zan, 2000). Lo que implica confusión en el sistema familiar y que la comunicación se distorsione y se vuelva menos efectiva (Epstein, Bishop y Baldwin, 1983).

La demostración de afectos se presenta en calidad similar, pues los integrantes de estas familias percibieron no ser siempre capaces de responder o presentar respuestas excesivas, así como desinterés por las actividades de los otros, lo que implica de acuerdo al modelo Mc Master que si un solo integrante responde inapropiadamente, con ausencia o exceso de respuestas, restringirá la capacidad de expresar todo el rango de emociones con la intensidad y la duración adecuada, de tal forma que la comunicación individual y familiar se afectará (Epstein, Bishop y Baldwin, 1983).

La resolución de conflictos fue percibida mediante pautas de patrones rígidos, es decir medianamente funcional. Epstein y colaboradores (1983) lo han descrito las familias que no pueden resolver o presentan carencia en la solución de problemas mecánicos como todos los referidos a su propio sustento, difícilmente podrán solucionar problemas afectivos que involucran las emociones o sentimientos. Al no identificar y abordar estos problemas, el sistema familiar tiende a actuar de forma menos efectiva y sistemática, por lo que no pueden identificar del todo sus problemas y fomentan que la psicopatología o la drogodependencia continúen. Es preciso decir que una familia denominada "normal" puede tener un mínimo de problemas no resueltos, sin dejar de ser funcional (Epstein, Bishop y Baldwin, 1983).

En lo que respecta a como estas familias establecen los Modos de Control de Conducta se registró que percibieron tener un control medianamente funcional, lo que implica que de acuerdo al Modelo Mc Master el control de Conducta puede presentarse con falta de estándar, permisividad sin tomar en cuenta el contexto y en algunas ocasiones flexible, sin embargo, ante situaciones de crisis, tales como las recaídas, el sistema puede presentar rigidez en su control, lo que trae consigo un estándar intolerante con mínima negociación o variación de acuerdo a las situaciones (Epstein, Bishop y Baldwin, 1983).

Se presentó una adecuada funcionalidad en lo que respecta a Jerarquía, pues las personas de esta investigación percibieron un buen funcionamiento en la toma de decisiones y distribución de autoridad entre los integrantes de la familia (Minuchin, 1987) una explicación de ello puede ser que la mayoría de las responsabilidades dentro de la cultura mexicana, tienden a caer en las mujeres,

ya sea esposas o madres, pues culturalmente es un rol social de la mujer, ya que debe ser la encargada del bienestar familiar, por lo que el sistema puede percibir que funciona adecuadamente, pues las obligaciones siguen cumpliéndose. Lo que a su vez extiende una explicación a la percepción de funcionalidad, en cuanto a Centralidad, los sujetos de esta investigación presentaron la percepción de que en su familia se respeta el lugar de cada integrante, sin poner a alguien en el plano central. Y como Macias (1994) plantea que la mujer tiende por orden cultural a tener el acontecer emocional de ese grupo de convivencia y en las relaciones interpersonales, lo que la familia asume en forma inconsciente, y por lo cual es probable que no perciba alguna disfuncionalidad.

Es importante destacar el contexto social de México, actualmente se vive una emancipación femenina lo que provoca que la mujer pase más tiempo fuera de casa y si aunado a este hecho incrementamos una estructura familiar rígida caracterizada por la inclusión de uno o más drogodependientes, la familia sufre crisis constantes en relación a su ciclo vital, y su estructura, lo que puede permear su funcionamiento.

Dado que el ser humano es un hombre que se desarrolla en grupos desde su nacimiento y a través de su vida, los cuales representan un encuadre vital esencial para la sobrevivencia y para el desarrollo de la personalidad, es de suma importancia destacar aquellas intervenciones terapéuticas en donde la posibilidad de replantear los patrones aprendidos se acentúa, tal es el caso de la psicoterapia grupal. La cual permite a pacientes o familias con un miembro drogodependiente valorar lo aprendido, y brinda la posibilidad, a través del trabajo terapéutico, de fomentar cambios en pro de mayor funcionalidad.

De acuerdo a Yalom (1996) podemos indicar que la psicoterapia de grupo fomentó cambios, debido al empleo y desarrollo de diversos factores curativos, como son: el proceso interpersonal que conduce a poder decir lo que molesta y aprender a expresar los sentimientos, conocido como *catarsis*. Por su parte la *universalidad*, se mostró al oír a otros, descubrir sus preocupaciones y encontrarlas similares a las propias, provocando sensaciones de alivio al no ser los únicos con problemas, pensamientos, impulsos y fantasías anormales. A través de este proceso se abrió paso a la exploración, comprensión y aceptación de la validez de las necesidades inconscientes y de la forma inadecuada en que se había intentado satisfacerlas. Lo que puso en marcha otro proceso denominado *desarrollo de técnicas de socialización*, que comprendió la posibilidad de reconocer y cambiar el comportamiento social obteniendo para iniciar el cambio terapéutico.

Debido a las condiciones de la psicoterapia de grupo se permitió la *recapitulación correctiva del grupo familiar primario*, proceso curativo que se facilita en esta modalidad terapéutica, pues debido a que los miembros repiten su interacción con pares y terapeutas, las pautas de relación que tuvieron con el sistema familiar, sus tempranos conflictos familiares se recapitulan, comprenden, rectifican y reconstruyen.

Estos factores lograron su presencia gracias a que dentro del grupo los integrantes se apoyaron y aceptaron mutuamente, ofreciendo condiciones de comprensión y logrando expresar y examinarse a sí mismos, tomando conciencia de aspectos de su propia persona que hasta entonces les resultaban inaceptables, lo que es reconocido como *cohesión grupal*.

Para que los factores curativos se presentaran en el grupo terapéutico, fue preciso indicar claramente el encuadre del grupo, el cual se constituyó de reglas y normas como: asistencia regular, pago de honorarios, confidencialidad, abstención de contacto físico con los integrantes del grupo y poner en palabras los sentimientos hacia los integrantes (Díaz, 2000).

A través de la psicoterapia de grupo fue posible que se presentaran cambios o que se mantuviera la funcionalidad, si es que está existía previamente, en las áreas anteriormente descritas del funcionamiento familiar.

Ambos grupos presentaron un cambio estadísticamente significativo posterior a la psicoterapia de grupo en la percepción de mayor funcionamiento en el área de Jerarquía, lo que indica que de acuerdo a Minuchin (1987) percibieron una distribución de autoridad en los niveles adecuados y dados según el contexto, así como autoridad definida. Uno de los cambios observables que podemos indicar, es que a través de la psicoterapia grupal los padres lograron hacer frente común a los problemas de los hijos y de la familia, lo que favoreció una distribución adecuada de la Jerarquía y mayor funcionalidad para el sistema familiar.

Mediante la intervención psicoterapéutica grupal se registró un cambio importante en el área de Centralidad, mostrando que la estructura que estos pacientes percibieron, es de acuerdo a Minuchin (1987) más equitativa, sin algún miembro central, sino por lo contrario, respetando el espacio de cada integrante y fomentando la participación de todos en las actividades y decisiones familiares.

En cuanto a Límites, se observó una percepción más funcional, dado que mediante el apoyo terapéutico se percibió que las reglas y normas se dan de forma más organizadas, claras y flexibles, lo que favoreció mayor participación de los integrantes de la familia para definirlos adecuadamente y a su vez representa, mayor funcionalidad en el sistema familiar (Minuchin, 1987). El área de Afectos se percibió con mayor funcionalidad, posterior a la psicoterapia de grupo, pues los participantes en esta investigación, percibieron que el sistema familiar mostró mayor atención por las actividades e intereses de todos, así como mayor demostración de los afectos, no solo negativos, sino también positivos, lo que indica según el modelo Mc Master (Epstein, Bishop y Baldwin, 1983) que al presentarse un involucramiento empático se favorece un funcionamiento saludable.

Es preciso mencionar que en cuanto al área de Psicopatología se observó que en el grupo de familiares, los integrantes drogodependientes de sus familias, en su mayoría, no solicitaron ayuda y no cesó su consumo. Por lo que podemos deducir que aun cuando el patrón de drogodependencia permaneció rígido, se

generaron otros cambios, en cuanto al sistema familiar, los cuales ya han sido descritos y es posible que hayan impactado al resto de la familia, pudiendo ser predecible a largo plazo un cambio en cada integrante, lo que implicaría funcionalidad en el sistema. En tanto que el grupo de drogodependientes, logró cesar su consumo a través de la intervención terapéutica y sin registro recaídas. Por lo que de acuerdo a Espejel y colaboradores (1997) podríamos indicar que el patrón patológico modificó su rigidez, al lograrse la abstinencia.

En lo que se refiere a los pacientes *familiares* su mayor cambio se registró en cuanto a la forma de Comunicación, pues está se benefició de un cambio favorable en el intercambio de información y de mensajes dentro de estas familias, ya que está se percibió de forma más clara y directa, con menor empleo de mensajes dobles, vagos o difusos y sin terceros como intermediarios. Identificando con mayor eficacia sus problemas y resolviendo los de ende mecánico, pero también los afectivos. Implicando desde la visión del modelo Mc Master que se percibió buena funcionalidad, lo que favorece mayor entendimiento, mejora en los acuerdos dentro y fuera del contexto familiar, propiciando la identificación y abordaje de la drogodependencia y de otros conflictos, así como atención temprana en futuros indicios de drogodependencia en el sistema familiar (Epstein, Bishop y Baldwin, 1983).

En lo que respecta a los pacientes *drogodependientes*, percibieron el inicio del empleo de Alianzas favorables para sus familias, las cuales ya no son incubiertas, ni rígidas y se establecen con miembros de la misma generación por lo que podemos indicar que de acuerdo a Minuchin (1987) las personas de esta investigación percibieron que su familia se encuentra con un buen funcionamiento en lo que respecta a esta área.

Aún cuando ambos grupos mostraron una mejoría en la percepción de su funcionamiento familiar, el grupo de drogodependientes mostró una percepción superior, en comparación al grupo de familiares, lo que es posible explicar, dado que el grupo de drogodependientes enfrentó su patología aceptándola, entendiéndola y deseando cambiar por voluntad propia.

Dado que el objetivo de esta investigación consistió en conocer como es la estructura y dinámica de estas familias, para propiciar el empleo de intervenciones a favor de esta población, se decidió emplear la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel y Colaboradores (1997) analizando las subescalas por las que se encuentra comprendida, las cuales nos brindarían el espectro de dinámicas empleadas por el sistema familiar drogodependiente, para ser consideradas como ejes de trabajo dentro de la psicoterapia. Y no solo categorizar si una familia se comporta o no funcional, ya que el funcionamiento no es algo estático, pues se ve influido por cambios al interior y exterior de ella (Ríos, 20003).

Si bien estadísticamente se mostró un patrón de cambios significativos en ambos grupos, sería posible cuestionarse si los pacientes podrían a pesar de que la estadística indica buena funcionalidad seguir presentado problemas en su familia, así como la amenaza latente a las recaídas en el caso de

drogodependientes o bien en el caso de familiares que en su sistema familiar siga presentándose la drogodependencia.

Podemos brindar una explicación a través de indicar que las familias siempre tendrán un mínimo de problemas a resolver (Epstein, Bishop y Baldwin, 1983). Pero de forma mas profunda, podríamos explicar haciendo referencia a Von Bertalanfy (citado en Resendiz, 2000) quien indica, que la familia es un sistema que se ve influenciado por cada uno de sus integrantes y que busca un equilibrio optimo u homeostasis para todos, lo que implicaría que si uno de ellos realiza un cambio, este tendrá resonancia en todos los integrantes del sistema, el cual buscara nuevamente una homeostasis. Por lo cual de acuerdo a Boscolo y Bertrando (1996) defendemos la idea de que el sistema familiar necesita un tiempo para realizar cambios, dado que cada integrante necesita un tiempo individual que debe ajustarse con el tiempo del sistema familiar.

6.2 ALCANCES Y LIMITACIONES.

Al inicio de esta investigación se pretendía obtener una muestra en donde los grupos de drogodependientes y de familiares, tuvieran los mismos integrantes, pero debido a la falta de accesibilidad y de confianza que presentan los drogodependientes. Se obtuvo una muestra de 56 individuos, de los cuales 32 fueron familiares de drogodependientes y 26 drogodependientes. Se pudo observar que en estas familias no solo existe un consumidor de sustancias psicoactivas sino que puede haber más integrantes con esta enfermedad.

Dentro de las limitaciones encontradas esta el hecho de que hubo deserción durante la investigación, de ambos grupos, resaltando que existe resistencia al enfrentamiento del problema y una no adhesión a un proceso psicoterapéutico.

Otra limitación que pudimos observar, es la escasez de investigación acerca de la percepción del funcionamiento familiar en esta población que pueda ser consultada, igualmente acerca de la psicoterapia grupal con drogodependientes o con familiares de estos, es por ello que creemos que seria importante estudiar la problemática aquí planteada.

6.3 CONCLUSIONES.

A través de esta investigación se llegaron a diversas conclusiones, las cuales se presentan a continuación:

- No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción del funcionamiento familiar, en el pre test entre los pacientes del grupo *drogodependientes* y los pacientes del grupo *familiares*.

- Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción del funcionamiento familiar de los pacientes *drogodependientes* y los *familiares* de drogodependientes, posterior a psicoterapia grupal.
- A través de la psicoterapia de grupo fue posible que se presentaran cambios o que se mantuviera la funcionalidad, si es que está existía previamente, en las diversas áreas del funcionamiento familiar.
- En el grupo de *familiares*, las subescalas que tienen significancia estadística entre el pre y el pos test: jerarquía, centralidad, límites, afectos, comunicación y psicopatología.
- Mientras que en el grupo de *drogodependientes*, las subescalas que tienen significancia estadística entre el pre y el pos test: jerarquía, centralidad, límites, alianzas, afectos y psicopatología.
- Las familias no son funcionales o disfuncionales en forma absoluta, sino que siguen patrones de conducta, por los cuales se pueden comportar funcionales o disfuncionales.

ENTREVISTA SOCIODEMOGRAFICA PARA FAMILIARES.

Instrucciones: Le agradecemos contestar a todas las preguntas en forma sincera, marcando con una X o describiendo según sea el caso.

Datos Generales.

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ (Años cumplidos)

Sexo: a) Femenino b) Masculino

Estado civil:

a) Soltero b) Casado c) Unión Libre d) Separado
e) Divorciado f) Viudo g) Otro (especifique) _____

Ocupación:

a) Sin Ocupación b) Ama de Casa c) Estudiante d) Subempleado o Eventual
e) Campesino f) Empleado g) Comerciante h) Negocio Propio
i) Profesionalista j) Otro (especifique)

Escolaridad:

a) Sabe Leer y Escribir b) Primaria Completa c) Primaria Incompletad
d) Secundaria Completa e) Secundaria incompleta e) Preparatoria completa
f) Preparatoria Incompleta g) Escuela Técnica Completa
h) Escuela Técnica Incompleta i) Profesional Completa j) Profesional Incompleta
k) Postgrado l) Analfabeta

Cuantas personas viven en su casa y que son de usted. _____

Por cuantas personas esta conformada su familia (vivan en la misma casa que son de Ud.)

II. Tratamiento:

Como sé entero de esté centro _____

Motivo de consulta (describa brevemente) _____

Anteriormente ha tenido otro(s) tipos de tratamiento(s) y con cuanta duración:

TIPO DE AYUDA	TIEMPO	FUNCIONO SI O NO
Terapia Individual		
Terapia de Grupo		
Grupo de Ayuda Mutua		
Terapia Familiar		
Anexos		
Otros (especifique)		

Que tratamiento esta recibiendo en este centro y desde hace cuanto tiempo:

a) Terapia Familiar _____ b) Terapia de Pareja _____ c) Terapia de Grupo _____
d) Terapia Individual _____ e) Psiquiatria _____ f) Grupo de Ayuda Mutua _____
g) Otros (especificar) _____

A lo largo de su vida cual de las siguientes sustancias ha consumido aunque sea una vez en la vida.

SUSTANCIA	CUANTAS VECES	SUSTANCIA	CUANTAS VECES
Alcohol		Tabaco	
Inhalables		Crack	
Alucinógenos		Heroína	
Marihuana		Fármacos	
Cocaína		Otros (especificar)	

III. SOLO CONTESTAR SÍ USTED ES FAMILIAR.

Anteriormente su(s) pariente(s) han tenido otro tratamiento por el consumo, de que tipo ha sido este y con que duración:

AYUDA RECIBIDA	DURACION	PARENTESCO
Terapia individual		
Terapia de Grupo		
Grupo de ayuda Mutua		
Terapia Familiar		
Anexos		
Otros (especifique)		

En la actualidad esta recibiendo tratamiento su(s) pariente(es) y desde hace cuanto tiempo.

Que parentesco tiene usted con el consumidor (madre, padre, herman@, hij@, etc.) _____

Sabe usted que sustancias consume su(s) Familiar(es) (por favor subraye).

Alcohol Inhalables Crack Marihuana Cocaína
 Tabaco Alucinógeno Heroína Fármacos Otros (especifique)

Sabe usted a que edad inicio el consumo. _____

Hace cuanto que ud. se entera del consumo de su familiar

Otra persona en su familia consume sustancias (marque el parentesco y la sustancia).

	Madre	Padre	Hijo	Hija	Hermano	Hermana	Esposa	Esposo	Otro
Alcohol									
Inhalables									
Alucinógenos									
Marihuana									
Cocaína									
Tabaco									
Crack									
Heroína									
Fármacos									
Otros									

GRACIAS POR SU COOPERACION

Instrucciones para el examinador: marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados.

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

2. Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

3. En su familia, ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

4. Si se reúne la familia para ver la televisión, ¿quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

ENTREVISTA SOCIODEMOGRAFICA PARA CONSUMIDORES.

Instrucciones: Le agradecemos contestar a todas las preguntas en forma sincera, marcando con una X o describiendo según sea el caso.

Datos Generales.

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ (Años cumplidos)

Sexo: a) Femenino b) Masculino

Estado Civil:

a) Soltero b) Casado c) Unión Libre d) Separado
e) Divorciado f) Viudo g) Otro (especifique) _____

Ocupación:

a) Sin Ocupación b) Ama de Casa c) Estudiante d) Subempleado o
Eventual
e) Campesino f) Empleado g) Comerciante h) Negocio Propio
i) Profesionista j) Otro (especifique)

Escolaridad:

a) Sabe Leer y Escribir b) Primaria Completa c) Primaria Incompleta
d) Secundaria Completa e) Secundaria incompleta e) Preparatoria completa
f) Preparatoria Incompleta g) Escuela Técnica Completa
h) Escuela Técnica Incompleta i) Profesional Completa j) Profesional Incompleta
k) Postgrado l) Analfabeta

Cuántas personas viven en su casa y que son de usted. _____

Por cuántas personas esta conformada su familia (vivan en la misma casa que Usted) _____

II. Tratamiento:

Como sé entero de este centro _____

Motivo de consulta (describa brevemente) _____

Anteriormente ha tenido otro(s) tipos tratamiento(s) y con cuánta duración:

TIPO DE AYUDA	TIEMPO	FUNCIONO SI O NO
Terapia Individual		
Terapia de Grupo		
Grupo de Ayuda Mutua		
Terapia Familiar		
Anexos		
Otros (especificar)		

Que tratamiento esta recibiendo en este centro y desde hace cuánto tiempo:

a) Terapia Familiar _____ b) Terapia de Pareja _____ c) Terapia de Grupo _____
d) Terapia Individual _____ e) Psiquiatría _____ f) Grupo de Ayuda Mutua _____
g) Otros (especificar) _____

A lo largo de su vida cual de las siguientes sustancias ha consumido aunque sea una vez en la vida.

SUSTANCIA	CUANTAS VECES	SUSTANCIA	CUANTAS VECES
Alcohol		Tabaco	
Inhalables		Crack	
Alucinógenos		Heroína	
Marihuana		Fármacos	
Cocaína		Otros (especificar)	

II. SOLO CONTESTAR EL CONSUMIDOR.

Que rol tiene usted en su familia:

- a) Madre b) Padre c) Hijo d) Hija e) Hermano
 f) Hermana g) Esposa h) Esposo i) Otro (Especifique) _____

A que edad inicia su consumo _____

Que sustancia(s) ha(s) consumido y por cuanto tiempo. _____

Que sustancia predomina en el presente y cuanto lleva consumiéndola.

Alcohol _____ Inhalables _____ Marihuana _____ Cocaína _____
 Tabaco _____ Crack _____ Heroína _____ Fármacos _____
 Alucinógenos _____ Otros (especifique) _____

Consume con algún familiar (especificar con quien) _____

Si actualmente no consumes sustancias, hace cuanto tiempo ceso el consumo. _____

Otra persona en su familia consume sustancias (marque el parentesco y la sustancia).

	madre	padre	hijo	hija	Hermano	hermana	esposa	esposo	otro
Alcohol									
Inhalables									
Alucinógenos									
Marihuana									
Cocaína									
Tabaco									
Crack									
Heroína									
Fármacos									
Otros									

GRACIAS POR SU COOPERACION.

Escala de Funcionamiento Familiar

Espejel E. / Cortés J. / Ruiz Velasco V. / Copyright 1995

Familia: _____

Tiempo de Unión: _____ Edad del primer hijo (a) * _____

Ingreso familiar: _____ Ingreso per capita: _____

Posición	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación económica a la familia
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Descripción de la vivienda: _____

Observaciones _____

Material de investigación
Prohibida su reproducción sin permiso expreso de los autores

* Se indica la edad del hijo mayor que vive en la familia

Instrucciones para el examinador: las casillas oscuras nunca deben marcarse

7. En los problemas de los hijos, ¿quién o quiénes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie	

Funcionalidad

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie	

Funcionalidad

9. Si en casa existen horarios para comer o llegar, ¿quiénes respetan los horario de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie	

No existen horarios Funcionalidad

10. Si uno de los padres castiga a un hijo, ¿quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie	

No ha sucedido Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: a partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11. Cuando alguien invita a la casa a quién se le avisa...

A quién se le avisa:

Quién invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nunca invitan Funcionalidad

12. ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar
<i>Trabaja y participa</i>						
<i>Trabaja y no participa</i>						
<i>No trabaja y participa</i>						
<i>No trabaja</i>						

Funcionalidad

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable? **Quién sustituye:**

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad

14. En las decisiones familiares importantes, ¿quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quién? **A quién se pide permiso:**

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad

16. Cuando alguien comete una falta, ¿quién y cómo castiga?

Cómo castiga

Quién castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga

Funcionalidad

70

17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18. Cuándo alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿quién pide ayuda?

A quién se pide ayuda

Pide ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

20. En esta familia, ¿quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad



21. Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién con quién lo hace?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad

22. Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones, ¿quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

No

Funcionalidad

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

24. Cuando entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quiénes se les hace saber con claridad?

A quién se le hace saber

Quiénes acuerdan	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					

No hay acuerdos

Funcionalidad

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

28. Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

29. ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

31. En esta familia, ¿quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

34. Cuando se llegan a enojar en esta familia, ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

35. ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quién con quien?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados

Frecuencia		
Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro

Funcionalidad

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etcétera) ¿Quién los ha tenido?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

40. ¿Quién en la familia se aísla?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

Referencias Bibliograficas:

- Ackerman, N. (1986). **Grupoterapia de la Familia**. Argentina. Home.
- Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation (1991). **Opiates Facts: opium, codeine, morphine, and heroin**. Canada.
- **Alianza para una Venezuela sin Drogas**. (2005) En www.alanzasindrogas.org.ve
- Alonso, A y Swiller, H. (1993). **Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica**. México. Manual Moderno.
- Alva, J. (1998). Tesis de Licenciatura, UNAM. **Percepción del Funcionamiento y Estructura Familiar**. México.
- Álvarez. Y., Farre. M. (2005). **Farmacología de los Opioides**. Monografía de Opiáceos. Adicciones Vol. 17 Sup. 2. España.
- Bernstein, M. (1992). **Farmacodependencia y Familia**. Cuadernos Iberoamericanos sobre Dependencias. (1). pp. 42 – 49. México.
- Brailowsky, S. (1995). **La sustancia de los sueños: neuropsicofarmacología**. México. Fondo de Cultura Económica.
- Casarino, E y Leonetti, M. (2000). **Factores psicológicos Tempranos en la Estructura de la Personalidad Adicta**. En Musacchio de Zan, A y Ortiz, A. *Drogadicción*. (Segunda Edición). Argentina. Paidós. (pp. 82 – 84).
- Centros de Integración Juvenil, AC. CIJ. (2001). **Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos**. México.
- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). (1994) Trastornos Mentales y del Comportamiento. España. Meditor.
- Chicharro, A; Tapia, J. (2001). **Complicaciones neurológicas de la cocaína**. Cuadernos de Neurología. V. XXV. Chile..Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Díaz, I. (2000). **Bases de la Terapia de Grupo**. México. Pax.
- **Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)**. (2002). Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría e Instituto de Estadística, Geografía e Informática. México.

- Epstein, N; Bishop, D. y Baldwin, L. (1983). **MC MASTER Model of Family Functioning; A view of the Normal Family**. En Walsh. Conceptualizations of Normal Family functioning, A view of the Normal Family. *Family Process*. New York. Gardner Press.
- Escamilla, A. (2002). **Los mecanismos de Afrontamiento Utilizados por Mujeres y Varones Coadictos en un Centro de Atención a la Farmacodependencia**. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Escohotado, A. (1995). **Historia General de las Drogas**, Tomo II. España. Alianza.
- Espejel, E. y Cols. (1997) **Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar**. México. Universidad Nacional Autónoma de Tlaxcala.
- Estrada, L. (1997). **El Ciclo Vital de la Familia**. México. Grijalbo.
- Foulkes, S. H. (1981). **"Psicoterapia Grupo-Analítica: Método y Principios"**. España. Gedisa.
- Guimón, J. (2001). Manual de Terapias de Grupo. Tipos, Modelos y Programas. España. Biblioteca Nueva.
- Gough, K. (1976). **El Origen de la Familia**. En Lobera, J. R. *Polémica Sobre el Origen y la Universidad de la Familia*. (pp. 112 – 153). España. Anagrama.
- González, M. (1997). Aspectos Históricos de la Familia en la Ciudad de México. (pp. 33 - 47). En Solís, L. **La familia en la Ciudad de México. Presente, Pasado y Devenir**. México. Miguel Ángel Porrúa.
- Guzmán, J. (2000). **La dinámica familiar ante el problema de las drogas**. Revista Salud Mental. N° 4. Vol. 12. pp. 45-53. México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente.
- Herrejón, E; Velasco, L. (1991) La **Fármaco-dependencia como Síntoma Social**. Revista Psicoterapia y Familia. N° 1. Vol. 4. pp. 51-53. México.
- Hernández, H., Fernández, C., Baptista, P. (2006). **Metodología de la Investigación**. México. McGraw Hill. Cuarta edición.

- Kaës, R. (1977). ***Aparato Psíquico Grupal: Construcciones de Grupo***. España. Granica.
- Kaës, R. (2000). ***Las Teorías Psicoanalíticas del Grupo***. Argentina. Amorrortu.
- Kalina, E. (1990). ***Los Co-adictos***. (pp. 93 - 96). En Arias, J; Kalina, E; Fernández, R y Pierini, C. *La Familia del Adicto y Otros Temas*. Argentina. Nueva Visión.
- Kalina, E. (2000). ***Adicciones. Aportaciones para la Clínica y la Terapéutica***. Argentina. Paidós.
- Kaplan, H y Sadock, B. (1998). ***Terapia de Grupo***. España. Médica Panamericana, Tercera edición.
- Leñero, L. (1983). ***El Fenómeno Familiar en México***. México. Instituto Mexicano de Estudios Sociales.
- Leñero, L. (1994). ***Las Familias en la Ciudad de México***. Investigación social sobre la Variedad de familias, sus cambios y perspectivas. México. Instituto Mexicano de Estudios Sociales.
- Linton, R. (1974). ***Estudio del Hombre***. México: Fondo de Cultura Económica.
- Macías, R. (1994). ***La Familia***. (pp. 165 – 199). En consejo Nacional de Población. (CONAPO). *Antología de la Sexualidad Humana*. Tomo 2. México. Miguel Ángel Porrúa.
- Macià, D. (2000). ***Las Drogas: Conocer y Educar para Prevenir***. España. Pirámide.
- **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR)**. (2002). España. Masson.
- Minuchin, S. (1987). ***Técnicas de Terapia Familiar***. México DF, México. Paidós.
- Nató, A. & Rodríguez, Q. G. (2001). ***Las Víctimas de las Drogas***. Argentina. Buenos Aires: Universidad.
- **National Institute on Drug Abuse (NIDA)**. (2002). En www.nida.nih.gov

- Ocho de Alda, I. (2001). **El Papel de la Familia en la Drogodependencia**. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*. N° 38, Junio, 21 – 26. México.
- **Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas**. (2005). Washington, EE. UU.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). En www.oms.com
- Observatorio Mexicano de Tabaco, alcohol y otras drogas. (2003). México. Consejo Nacional contra las adicciones (CONADIC).
- Palomar, J. (1998). **Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida**. Tesis de Maestría, UNAM. México.
- Resendiz, G. (2000). **La familia Frente al VIH/SIDA**. Tesis de Licenciatura, UNAM. México
- Richard, D. (2002). **Las drogas**. México. Siglo XXI.
- Ríos, J. (2003). **Vocabulario Básico de Orientación y Terapia Familiar**. España. CCS.
- Salmeron, H. (1992). **Coterapia Grupal, sus Efectos en el Autoconcepto**. Tesis de Postgrado, UNAM. México.
- Schuckit, M. (2000). **Drug and Alcohol Abuse**. United States of American. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones de México (SISVEA)**. En Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas. (2003).México.
- Stanton, D (1985). **La Drogadicción y la Familia**. (pp. 49 – 67). En Andolfi, M y Zwerling, I. *Dimensiones de la Terapia Familiar*. España. Paidós,
- Stanton, M y Todd, T. (1988). **Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas**. Argentina. Gedisa.
- Tapia, R. (2006). **Psicoterapia de Grupo en Jóvenes Drogodependientes**. . Investigación Presentada en el Instituto Nacional de Psiquiatría. México
- Velasco, R. (1997). **Las Adicciones: Manual para Maestros y Padres**. México. Trillas.

- Vinogradov, S: Yalom, I. (1996). ***Guía Breve de Psicoterapia de Grupo***. España. Paidós.
- Yalom, I (2000). **Psicoterapia Existencial y de Grupo**. España. Paidós.