



97  
2ej.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

"CAMPUS IZTACALA"

EL ADOLESCENTE FARMACODEPENDIENTE:  
UN ANALISIS SISTEMICO

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

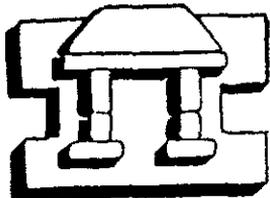
P R E S E N T A ;

**GONZALEZ TOLENTINO MARICELA**

ASESORES DE TESIS: MTRA. M. ROCIO SORIA TRUJANO

MTRO. JAIME MONTALVO REYNA

LIC. J. ESTEBAN VAQUERO CAZARES



**IZTACALA**

TLALNEPANTLA, EDO. MEX.

NOVIEMBRE 1998

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

268037



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 mis Maestros:**

**A ti, Rocio, que gracias al apoyo y paciencia que día con día me demostraste, hicieron posible la culminación de este trabajo.**

**De igual manera agradezco a Jaime y Vaquero su participación y apoyo incondicional para enriquecer con sus críticas este trabajo, gracias por su tiempo y dedicación.**

**Agradezco también a todos aquellos maestros que de alguna manera contribuyen día a día a nuestra formación como profesionales.**

**A todos ellos, siempre gracias.**

**A mis Padres:**

**A quienes no solo les agradezco la vida, sino también su ejemplo, del cual entre otras cosas aprendí que la superación de uno mismo forma parte del esfuerzo, dedicación y trabajo constante.**

**Gracias por enseñarme a trabajar y valorar la vida.**

**A mis Hermanos:**

**De quienes también he aprendido a vivir y luchar en situaciones difíciles. A todos ellos les doy las gracias y espero que sigan superándose y que logren sus metas y propósitos; entre ellos el de seguir estudiando.**

**Carmen, Rosalba, Salvador...**

**Sigan adelante.**

# ÍNDICE

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
<b>CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES DE LA TERAPIA FAMILIAR .....</b>	<b>6</b>
1.1. ALGUNOS PRECURSORES DE LA TERAPIA FAMILIAR	
<b>CAPÍTULO 2 FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR .....</b>	<b>13</b>
2.1. TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS	
2.2. TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA	
<b>CAPÍTULO 3 EL MODELO ESTRUCTURAL .....</b>	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO 4 EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA .....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO 5 EL ADOLESCENTE Y EL PROBLEMA DE LA DROGADICCIÓN EN MÉXICO .....</b>	<b>32</b>
5.1. CONCEPTO DE DROGADICCIÓN .....	32
5.2. USO DE DROGAS EN EL SER HUMANO .....	34
5.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA DROGADICCIÓN.....	36
5.4. ADOLESCENCIA Y DROGADICCIÓN .....	38
5.5. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA FARMACODEPENDENCIA EN MÉXICO.....	40

<b>CAPITULO 6 ESTUDIOS REALIZADOS BAJO TRATAMIENTO EN TERAPIA FAMILIAR, UNA ALTERNATIVA DE TRABAJO EN ADOLESCENTES QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE DROGADICCIÓN .....</b>	<b>48</b>
<b>DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>53</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>55</b>
<b>SUJETOS</b>	
<b>MATERIALES</b>	
<b>ESCENARIO</b>	
<b>PROCEDIMIENTO</b>	
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>122</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>132</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>141</b>

## RESUMEN

La presente investigación ilustra la importancia de la terapia familiar, específicamente del modelo estructural cuyos lineamientos fueron retomados en este caso con el propósito de analizar la estructura familiar del adolescente adicto. La muestra constó de 45 familias con hijos adolescentes adictos a sustancias tóxicas ilegales, cuyas edades fluctuaban entre los 11 y 19 años de edad. En 11 de las familias los adolescentes fueron del sexo femenino, mientras que en las 34 familias restantes fueron del sexo masculino.

Para la recopilación de información, se utilizó una guía de entrevista diseñada con el fin de analizar la estructura familiar de los adolescentes (Montalvo y Soria, 1997).

Los datos encontrados mostraron la existencia de tres diferentes tipos de familias: familias integradas, familias con un solo progenitor y familias reconstruidas, sin embargo, en ellas se observaron ciertas similitudes con respecto a la relación que mantienen entre sí, y de las cuales se deduce que la mayoría de estas familias pertenece al tipo de familia que Minuchin (1992) considera "disfuncional" y que se caracteriza por presentar límites difusos tanto al interior como al exterior del sistema, miembros periféricos, centralidad negativa, triangulaciones, hijos parentales, coaliciones, alianzas y conflictos.

De acuerdo con estos hallazgos, se puede considerar que existe relación entre la conducta sintomática del adolescente adicto y el tipo de interacción que la familia establece entre sus miembros

Actualmente el consumo de drogas en México, al igual que en diversas partes del mundo, se ha vuelto un problema cada vez más evidente y difícil de combatir por las múltiples causas que lo ocasionan e intereses que lo mantienen. Esto por lo tanto, ha presentado un motivo de gran preocupación para la mayoría de la gente, ya que cada día tanto la demanda como la cifra de consumidores van en aumento.

A este respecto, cabe mencionar que la Encuesta Nacional de las Adicciones realizada por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en colaboración con Centros de Integración Juvenil (C.I.J.), reportaron que en el periodo de 1993 el porcentaje de consumidores en México de sustancias tóxicas (excluyendo el alcohol, tabaco y medicamentos) osciló alrededor de un 3.9%, de una muestra de 20,243 familias, lo cual equivale aproximadamente a 1,500,000 personas que consumen drogas a escala nacional. Asimismo, dichas encuestas reportaron que la población más afectada resultó ser la del sexo masculino; sin embargo, las mismas encuestas señalan que la proporción de mujeres que solicitan tratamiento ha venido aumentando paulatinamente con el tiempo. Asimismo, la encuesta pone de manifiesto que del total de la muestra estudiada, en el 43% de las familias los consumidores de droga contaban con una edad de entre 12 y 25 años.

De acuerdo con este breve panorama estadístico, se ve que esta situación resulta ser muy alarmante en todos los sentidos, tanto social, económico, político y de salud, de tal manera que dicha problemática ha desatado una gran movilización por parte de un sinnúmero de profesionales de la salud, los cuales han tratado por todos los medios, de buscar soluciones inmediatas así como de actuar en contra del abuso de drogas, ya sea informando o previniendo a la población sobre la manera de actuar para evitar en todo lo posible el uso y consumo de sustancias tóxicas que atentan contra la salud.

En lo que respecta al C.I.J., cabe mencionar que es una institución que ha venido desempeñando un papel muy importante no sólo como portador de información en el ámbito preventivo, sino también en cuanto al tratamiento de personas con problemas de drogadicción. Sin embargo, esta última labor, muchas veces se ha visto truncada debido a una serie de factores que en cierta forma han obstaculizado en gran medida la recuperación de estos pacientes, así como los arduos esfuerzos de aquellos profesionales que laboran en estas instituciones.

Entre estos factores podemos mencionar los siguientes: falta de recursos disponibles, de un personal capacitado, disposición del paciente, así como de la familia, etc.; esto a su vez, ha contribuido a que se generen más inquietudes e interrogantes sobre cuál puede ser o no, una buena forma de abordar e incidir sobre dicha problemática.

De acuerdo con esto se considera que el hecho de buscar alguna alternativa que ayude a brindar un mejor apoyo a personas con problemas de farmacodependencia y drogadicción, requiere en primera instancia que la sociedad tome conciencia de que esta problemática no es propia del individuo, ya que éste no es un ser aislado, sino un ser social que se mueve a través de otros. Es así, que para analizar cualquier comportamiento sintomático o no, es necesario que se contemple todo un contexto de factores o circunstancias que rodean al individuo y que de alguna manera están incidiendo dentro de su comportamiento.

A este respecto, cabe señalar la importancia del contexto familiar, en donde el individuo va a adquirir sus primeras experiencias sociales a partir de su interacción con los miembros del sistema al cual pertenece así como de otros sistemas (amigos, escuela, iglesia, etc.). Además, la familia le va a proporcionar elementos a través de los cuales va a aprender a convivir con sus semejantes y a comportarse de acuerdo a los valores y normas que se establezcan; así como también se le van a satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, vestido, educación) y afectivas.

Así bien, considerando que la familia es un elemento importante que moldea en gran medida el comportamiento del individuo, resulta importante recalcar que para comprender el problema de la drogadicción, así como cualquier otra sintomatología, no se puede dejar de lado el hecho de analizar este contexto familiar. Cabe considerar al respecto, que en la literatura se puede encontrar un mayor número de trabajos relacionados con algún síntoma o patología contemplados en el individuo y que han empezado a analizar y a considerar al paciente en su contexto familiar, y ya no solamente en aislado tratando de dar una explicación únicamente intrapsíquica a los trastornos en cuestión. De tal manera que con las investigaciones en el ámbito familiar, se señala que el comportamiento sintomático del individuo está relacionado en gran medida con la dinámica y la comunicación familiares.

Con esta nueva visión, surge así el hecho de abordar cualquier trastorno psicológico ya no de manera individual, sino que con ello se expresa así, que todo el sistema familiar debe formar parte del tratamiento, pues cualquier síntoma aun cuando se exprese en un solo individuo, representa una señal de un problema psicológico en el sistema familiar, el cual se considera que atraviesa por una serie de eventos y dificultades que de alguna manera no ha podido resolver y los cuales a su vez, están ocasionando cierta incomodidad o estrés en cada uno de sus miembros que lo componen. Esta situación por lo tanto, representa un factor que da lugar a la aparición de un síntoma, el cual funge como un mecanismo homeostático de las transacciones familiares y que representa un sinónimo de disfuncionalidad, característica que a su vez impide un crecimiento y evolución de todo sistema.

De acuerdo con lo anterior, para rescatar todo sistema y hacerlo funcional, es necesario que la familia tome conciencia de la idea de que ella también forma parte del tratamiento.

Asimismo, se considera que es precisamente la terapia familiar sistémica la que aborda de esta manera los trastornos psicológicos, con base en la cual ha de sustentarse la presente tesis, la cual tiene como objetivo analizar la estructura familiar del sujeto adolescente que presenta problemas de drogadicción.

Así bien, la presente tesis aborda en el primer capítulo aquellos antecedentes que dieron pie al origen de la *Terapia Familiar Sistémica*, así como los precursores que sobresalieron y que más tarde fueron quienes innovarían formas de dar atención psicológica.

En el segundo capítulo, se retoman los fundamentos que constituyen la base de la *Terapia Familiar Sistémica*, de tal manera que se pone énfasis en la *Teoría General de los Sistemas* y en algunas teorías de la comunicación dentro de las cuales se considera importante el estudio de la esquizofrenia.

Posteriormente, en el tercer capítulo, se lleva a cabo una revisión del *Modelo Estructural* cuyas bases sustentan esta investigación.

El capítulo cuatro resalta la importancia del ciclo vital de la familia, específicamente de la etapa del matrimonio con hijos adolescentes en donde se analizan de manera breve las pautas de interacción más comunes que en ella se suscitan.

El capítulo quinto, describe el problema de la drogadicción en México, así como el papel que juegan la familia y la sociedad en el desarrollo de dicho síntoma; también se mencionan algunos de los tratamientos que suelen utilizarse para contrarrestar dicho síntoma, o bien, el trabajo que se lleva a cabo para prevenir este tipo de problemática.

Finalmente se hace la presentación del informe de investigación que se llevó a cabo en cuanto al análisis de la estructura de las familias con un hijo adolescente drogadicto.

Se considera que los resultados que puedan obtenerse a partir del análisis estructural de este tipo de familias, representa una vía importante que podrá servir de herramienta a aquellos profesionales del campo de la psicología para conocer las formas de interacción que establece la familia del adolescente farmacodependiente, lo cual puede aportar información para trabajar en el ámbito preventivo y a nivel de tratamiento para reestructurar el sistema familiar (estableciendo nuevas pautas de interacción) y posibilitar un funcionamiento que lo dirija al cambio deseado.

## CAPÍTULO 1.

### ANTECEDENTES DE LA TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar tal como se conoce hoy en día, se ha ido desarrollando a través de una serie de acontecimientos tanto económicos y políticos, como sociales y culturales; éstos a su vez, han permitido que investigadores de diversas áreas de la salud, entre ellas, aquellas dedicadas al estudio del comportamiento humano, hayan dirigido su atención a otros campos de estudio, como por ejemplo la familia, para explicar algunos trastornos psicológicos contemplados en el individuo. Y aunque actualmente el hecho de considerar a la familia, como un elemento que hace posible alguna sintomatología en el individuo resulta muy obvio, el esfuerzo para lograrlo, por parte de muchos investigadores, no ha sido del todo fácil, ya que ello ha costado una lucha incesante entre disciplinas por el hecho de renovar, refutar y poner en duda ciertos postulados, teorías y conceptos. Sin embargo y a pesar de esta lucha incesante, actualmente la terapia familiar, como señala Minuchin (1992), ha dejado de ser una modalidad experimental para convertirse en un nuevo enfoque terapéutico que ofrece grandes resultados no sólo a escala individual, sino familiar y por ende social, pues el individuo no es un ser aislado y su análisis dentro de su contexto familiar, representa una vía para comprender mejor cualquier comportamiento sintomático, lo cual es importante para este tipo de terapia.

Por lo anterior, resulta importante señalar y analizar aquellos acontecimientos importantes que fueron moldeando la terapia familiar permitiéndole a su vez, su consolidación en diversas partes del mundo. Así bien, se señala por principio, que la terapia familiar es un movimiento, como menciona Bowen (1991), que se ha desarrollado como una extensión del psicoanálisis en la década de los años 50's, en su intento por encontrar estructuras cognoscitivas y métodos más eficaces que el enfoque intrapsíquico en casos graves de trastornos emocionales que requerían un tratamiento terapéutico y que implicaban tanto al individuo como a su familia con la cual éste mantenía una relación estrecha. Y aún cuando son varios los autores como Framo (1990) y Campanini y Luppi (1991) entre otros, quienes señalan que el psicoanálisis no consideraba a la familia como una área más de estudio, y que pudiera incluirse en el tratamiento; se puede señalar que dicho enfoque tuvo grandes aportes, entre ellos, conceptos y técnicas útiles a las necesidades de la sociedad como lo fue durante la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, la decadencia del modelo intrapsíquico empieza a observarse cuando las técnicas empleadas ya no respondían a las necesidades de la sociedad, pues cada día, aparecían casos graves de trastornos emocionales, de tal manera que algunos psicoanalistas jóvenes y emprendedores, empezaron a experimentar muchas variantes relacionadas con el método terapéutico.

El estudio de la familia en este caso, fue un aspecto que pareció tener un gran valor para analizar la naturaleza de cierto tipo de patologías o enfermedades como la esquizofrenia, de la cual se hablará posteriormente.

De acuerdo con lo anterior y reconociendo la importancia del enfoque psicoanalítico, se verán enseguida algunas de las innovaciones que ciertos psicoanalistas empezaron a experimentar en las sesiones, y que más tarde, se convertirían en una nueva modalidad terapéutica gracias a sus enormes resultados.

Así bien, entre los primeros terapeutas con tendencia psicoanalítica se encuentra Adler, quien alrededor de 1924 se separa del movimiento freudiano debido a grandes desacuerdos con dicha teoría; él por su parte, fue uno de los primeros terapeutas que llevó a familiares, maestros y personas al consultorio junto con el paciente. De esta manera, Adler empieza a resaltar la importancia del medio social en el desarrollo de la personalidad, consideró así que el hombre no es un ser aislado sino un ser social que se mueve a través de otros (Hilario, Peña y Ramírez, 1993).

Este hecho al igual que otros que se empiezan a suscitar en la práctica psicoanalítica demuestran por lo tanto, cómo los terapeutas empiezan a experimentar nuevas formas de conceptualizar el problema, modificando o introduciendo nuevos elementos a la sesión terapéutica, lo cual para el psicoanálisis estaba totalmente prohibido, ya que podía contaminar el trabajo terapéutico. Esto para Adler al igual que para muchos otros terapeutas, no fue un obstáculo, pues las investigaciones y experimentos que se empiezan a llevar a cabo con pacientes y familias van ampliando la visión del terapeuta con respecto a una supuesta problemática individual; es decir, empiezan a ver qué hay detrás de la familia y el entorno del paciente que pudiese estar contribuyendo en la producción del (los) síntoma (s) de éste.

Por otra parte cabe señalar otro de los aspectos que Hoffman (1992) considera que es importante en el surgimiento y desarrollo de la terapia familiar; este hecho tiene que ver con la observación y el análisis de familias de esquizofrénicos, cuya enfermedad según el modelo médico era de índole mental y cuyo tratamiento requería del internamiento del individuo en un hospital, dándole fármacos y otros medicamentos, siendo ello un tratamiento meramente individual.

Sin embargo, investigadores y psicoanalistas en busca de nuevas alternativas de análisis y tratamiento, a los cuales el modelo médico ya no respondía, empiezan a indagar sobre la etiología de dicha enfermedad, para ello se valen de la observación del paciente en interacción con su familia; con esto, ellos empiezan a ver que el tipo de comunicación que los demás establecen con el paciente, así como el comportamiento de éstos; eran determinantes en la producción del síntoma que presentaba el paciente; con ello, surgen así nuevas investigaciones en torno a la familia a la cual se le empieza a considerar como una posible fuente de enfermedad, generadora de patología.

Uno de los autores que contempla este último aspecto es Ackerman (citado en Garduño, 1991), su trabajo surge alrededor de los años 30's, al noroeste de Estados Unidos; es uno de los primeros investigadores que reconoce a la familia como una unidad de salud y enfermedad, sostiene además, que ésta puede entrar en conflicto debido a que hay un fracaso en sus funciones, manifestándose así en alguno de los miembros; es por ello que él sugiere la intervención a escala familiar y a veces de manera individual. De esta manera Ackerman, empieza a ver las relaciones que establece la familia con el miembro identificado como "enfermo".

En lo que se refiere a la forma de trabajo de Ackerman, ésta consistió en bloquear los comportamientos y secuencias de la familia utilizando bromas, movimientos rápidos de manos, cambio de postura e interpretaciones de señales no verbales. De acuerdo con esta observación cabe mencionar que para él, sólo existía el aquí y ahora, dejando de lado el motivo por el cual la familia asistía a la terapia.

Por otra parte, cabe señalar que las investigaciones realizadas con familias, también tuvieron un gran auge debido a que alrededor de los años 40's y 50's ciertos acontecimientos repercutieron en los campos de la investigación y en aquellos enfoques de quienes trabajaban con seres humanos, como psiquiatras, médicos, psicólogos, etc. Eventos políticos y sociales como la Segunda Guerra Mundial y la Bomba de Hiroshima, provocaron una gran reacción hacia la conservación de la familia, la cual se vio amenazada por dichos acontecimientos debido a que se desató una ola de problemas emocionales. De esta manera algunos centros de salud mental empiezan así a enfocar su atención hacia conflictos familiares y ya no se trata al individuo en aislado.

Continuando con los precursores de la terapia familiar, cabe destacar a Bowen (citado en Garduño, 1991), a quien se le ha reconocido por sus trabajos innovadores y cuyas investigaciones datan alrededor de los años 40's, él por su parte, trabajó con pacientes esquizofrénicos junto con sus familias a quienes hospitalizaba para observar y analizar su comportamiento.

Asimismo, con estas observaciones, Bowen se da cuenta de que el problema o trastorno esquizofrénico se encontraba relacionado con las constantes peleas de los padres de los pacientes esquizofrénicos; también observó que en las madres de éstos, predominaba un carácter muy dominante, mientras que el del padre era más pasivo. De acuerdo con esto, Bowen propone así, la existencia de algún conflicto en la red de relaciones emocionales entre el padre y la madre con el hijo, generando un proceso de proyección según el cual los padres depositan en el hijo su ansiedad y tensión, y el hijo aceptaba a su vez ser el "depositario" de dichas tensiones convirtiéndose por ello, en una "masa indiferencia de ego" donde no existe autonomía para cada miembro.

De esta manera Bowen, sugiere romper con dicha triangulación de los padres hacia el hijo, permitiendo con ello, que cada miembro llegue a diferenciarse de los demás.

Otra de las contribuciones de Bowen a la terapia familiar, fue el hecho de considerar que el surgimiento de un problema emocional o trastorno esquizofrénico, tiene su origen en generaciones anteriores, a la que pertenecieron los abuelos y en donde se pueden contemplar ciertas dificultades entre los miembros de ese sistema. Con ello, Bowen trata de buscar la raíz de un problema en el pasado de un individuo para de ahí explicar el presente, para esto, se vale de genogramas en donde representa el árbol genealógico de la familia.

Otro de los autores que también contempla este último aspecto es Boszormenyi-Nagy, él por su parte, señala que las familias constituyen un sistema multigeneracional de obligaciones y deudas, y que con el tiempo, algún miembro pagará las consecuencias y conflictos familiares del pasado. De esta manera Boszormenyi, considera que el síntoma que llegue a presentar un individuo, es señal de una excesiva acumulación de injusticias hacia él, de tal manera que el considerar el síntoma sin contemplar el pasado, resulta para él un gran error (Garduño, 1991).

Analizando este breve panorama, se puede observar que el desarrollo de la terapia familiar no surgió de la nada, es decir, las circunstancias y necesidades que la sociedad demandaba, fueron las que orillaron a los investigadores y científicos a mirar otros horizontes para poder dar otra explicación a ciertos padecimientos comportamentales. Y aun cuando pareciera que en algún momento ciertos eventos pudieron haber entorpecido las investigaciones que en ese entonces se llevaban a cabo, dichos acontecimientos, como por ejemplo la Segunda Guerra Mundial, contribuyeron aún más a mejorar algunas técnicas de intervención en terapia enfocándose además no sólo en el individuo, sino en todo el sistema familiar.

De acuerdo con esta nueva modalidad terapéutica, se empieza a observar una serie de cambios positivos no sólo a escala individual, sino familiar; además gracias a estos avances, se empieza a dejar de lado el modelo psicoanalítico, el cual según Hoffman (1992), empieza también a decaer gracias al auge de ciencias como la Biología, la Física, las Matemáticas y ciencias cognoscitivas que surgieron de la tecnología de las computadoras. A este respecto, la autora menciona que entre las figuras que más destacaron y tuvieron una gran influencia en el campo de la terapia familiar, están algunos científicos como el teórico en sistemas L.V. Bertalanffy, el teórico en información Claude Shannon; el cibernético Norbert Wiener; así como Gregory Bateson con su teoría de la comunicación y de donde se desprenderán como se verá a continuación, algunos conceptos y teorías aplicables al comportamiento humano y de donde se derivarán a su vez algunos trabajos como los de Weakland, Haley, Jackson, etc.

Cabe mencionar que Bateson en un principio como antropólogo, viajó y convivió con tribus como los "Iatmul" en Nueva Guinea. A partir de ahí fue que se interesó por las diferentes formas de relación que establecen entre sí dichas tribus y de donde más tarde, se desprenderán algunas de sus teorías y conceptos que posteriormente aplicará a la comunicación. Bateson también propone la necesidad de retomar conceptos matemáticos para explicar sus teorías de la comunicación, y más tarde, con su inserción al campo de la psiquiatría en Palo Alto, California, en 1949 empieza a interesarse por una enfermedad mental: la esquizofrenia, y que junto con Haley, Jackson y Weakland empiezan a trabajar e investigar.

En el capítulo II, se presentará con detalle la Teoría del Doble Vínculo que desarrolla Bateson, teoría con base en la cual este investigador explica el desarrollo de la esquizofrenia, una gran aportación al campo de la terapia familiar.

Posteriormente Jackson junto con Satir fundan el Mental Research Institute para aplicar las investigaciones realizadas por el equipo de Bateson a la psicoterapia y en donde se incorporan más tarde Watzlawick, Weakland y Haley. Así bien, este instituto, llegó a ser el líder del movimiento de la nueva psiquiatría, a la vez de investigación y centro de formación de terapeutas, el cual tuvo una fuerte influencia no sólo en Estados Unidos y en algunos otros países de América, sino en Europa, sobre todo en Milán, Italia, en donde Mara Selvini Palazoli, influida por las ideas de los investigadores de Palo Alto, empieza a interesarse por el enfoque sistémico (Garduño, 1991).

De las aportaciones de estos investigadores al campo de la terapia familiar destacan los trabajos de Satir, quien se interesó fundamentalmente en el aspecto de la comunicación dentro del sistema familiar, asimismo, reconoce que la familia es una unidad dinámica y no un conjunto de individuos separados del sistema; considera así, que la conducta de cualquier miembro es la respuesta al conjunto de reglas metódicas y predecibles que gobiernan su grupo familiar.

Con respecto a las investigaciones y trabajos de Weakland, se le reconoce el hecho de que como antropólogo, al igual que Bateson se interesara por estudiar las relaciones interpersonales dentro de un sistema, con ello destaca así la importancia de las tríadas o triángulos de relación, aspecto relevante dentro de la teoría sistémica.

Por lo que se refiere a los trabajos de Haley al igual que los de los autores arriba mencionados, también se distinguen por el hecho de enfatizar sobre el aspecto comunicacional; sin embargo, a Haley se le reconoce el mérito de haber considerado que los síntomas de la esquizofrenia sugieren una incapacidad para discriminar los tipos lógicos (Galeana y Díaz, 1996).

Whitaker, también fue un psicoanalista que se interesó por este enfoque; su trabajo surge en Atlanta y se destaca por considerar que el sintoma que presenta algún miembro de la familia, debe repartirse al resto de los integrantes y no sólo a un individuo. Su forma de trabajo era muy dinámica y directa, ya que utilizaba gestos, posturas, llegando en ocasiones a ridiculizar a las personas.

Otro de los terapeutas con gran trascendencia y que también se destaca por sus trabajos con familias es S. Minuchin. Este autor es de origen argentino y a raíz de su estancia en Estados Unidos empieza a visualizar la forma de organización familiar en donde el terapeuta modifica las posiciones de este grupo cuando se presenta cierta disfuncionalidad. De esta manera, Minuchin logra cambios en las percepciones de cada integrante de la familia, lo cual a su vez, permite un mejor funcionamiento de ésta (Gómez de León, 1983).

Los años 60's, aparecen como una época de consolidación de diversas escuelas de terapia familiar, las cuales aun cuando poseen ciertas diferencias en cuanto al modo de intervención y tratamiento, todas ellas están de acuerdo en considerar que el individuo forma parte de un sistema y como tal, no debe dejarse de lado el papel de la familia, así, Minuchin desarrolla el Modelo Estructural de Terapia Familiar, el cual fundamenta la investigación de la presente tesis por lo que el capítulo 3 se dedica a la descripción del mismo.

Así bien, cabe mencionar por último, que todas estas escuelas surgieron de las necesidades que la sociedad en algún momento empezó a demandar, las cuales múltiples investigadores tales como Ackerman, Bowen, Bateson entre otros, trataron de cubrir, lo cual fue posible gracias a la ayuda de múltiples disciplinas científicas y tecnológicas que empezaron a surgir y en las cuales investigadores del comportamiento humano se apoyaron para realizar sus teorías y fundamentar así, diferentes modalidades terapéuticas las cuales permitieron en un momento dado, contemplar aún mejor la relación tan estrecha que existe entre el paciente y su familia la cual influye de gran manera en su sintomatología, como se verá en el siguiente apartado en el cual se describen los fundamentos básicos de la Terapia Familiar Sistémica.

## CAPÍTULO 2

### FUNDAMENTOS BÁSICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR

De acuerdo con lo expuesto anteriormente sobre el surgimiento de la terapia familiar, a continuación se mencionarán algunas teorías que tuvieron una fuerte influencia en el campo de la psicología y que obviamente contribuyeron en el desarrollo de la terapia familiar sirviendo a ésta como fundamentos teóricos.

#### A) Teoría General de los Sistemas.

Así bien, se observa por principio la importancia que tuvo el movimiento físico y tecnológico derivado de ciencias como la Física y la Biología, así como de algunas teorías de la información y comunicación, a raíz de las cuales surge un nuevo concepto: "retroalimentación", término que posteriormente L.V. Bertalanffy retoma para realizar su Teoría General de los Sistemas.

Al respecto Andolfi (1992) comenta que dicha teoría surge alrededor de los años 40's y en ella se parte del postulado de que todo organismo es un sistema, o sea, un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas y en donde además, existe un intercambio continuo con el exterior, esto permite a su vez que el sistema permanezca vivo.

Para Bertalanffy, el concepto de sistema en este caso, denota un número de partes relativamente organizadas, de tal manera que el cambio en una de ellas, es acompañado generalmente por un cambio en las demás partes del sistema (Eguiluz, 1988).

En dicha teoría Bertalanffy clasifica a los sistemas en dos categorías de acuerdo a la relación que guardan con el medio ambiente. Así bien, considera dos tipos de sistemas: los sistemas cerrados y los sistemas abiertos, los primeros señala, son aquellos que no admiten ningún elemento procedente del exterior, como si ningún material entrara o saliera de ellos mismos, es decir, no mantienen contacto con ningún sistema por lo cual sus formas de organización se mueven irremisiblemente hacia la desorganización creciente, la muerte y el aislamiento.

En lo que respecta a los sistemas abiertos, éstos son los más importantes ya que hacen referencia a todos los organismos vivos, los cuales considera mantienen un continuo intercambio de energía, materia e información con sus entornos a través de procesos de autorregulación, proceso a través del cual el sistema u organismo se modifica en el tiempo a fin de asegurar continuidad y crecimiento a los elementos que lo componen.

De esta manera, Bertalanffy, admite que una de las diferencias entre ambos sistemas es que mientras en los sistemas cerrados el estado final está inequívocamente determinado por las condiciones iniciales, en los sistemas abiertos ese estado físico, se alcanza partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos, a esto él le llamó "principio de equifinalidad".

De acuerdo con lo anterior, se puede considerar que los sistemas abiertos por las características que los definen, aparecen como sistemas dinámicos, los cuales mantienen contacto con su medio externo, ya sea extrayendo, incorporando o eliminando componentes que de él retoman sin alcanzar un estado de equilibrio químico y termodinámico, sino manteniéndose en un estado uniforme u homeostático, lo cual representa para Bertalanffy una de las funciones principales de todo sistema.

El concepto de homeostasis fue uno de los conceptos que se sustrajo de la Biología y que se retomó más tarde de la Teoría General de los Sistemas, dicho concepto hace referencia a la estabilidad, al equilibrio funcional al que tienden los organismos. En la Teoría General de los Sistemas, se señala que todo sistema tiene períodos de equilibrio y a veces de inestabilidad que pueden llevar a cambios en el mismo (Gutiérrez, 1993).

Ahora bien, considerando que los sistemas abiertos van a conservar sus estados de equilibrio mediante la interacción de sus partes, componentes o subsistemas que colaboran entre sí con dependencia mutua como procesos funcionales, ya que mantienen en un continuo flujo de entrada y salida, aumentando y disminuyendo sus componentes, éstos por lo tanto, van a ser capaces de producir cambios, lo cual les permitirá a su vez una evolución y crecimiento del sistema (Hilario, Peña y Ramírez, 1993).

Al respecto Andolfi y Zwerling (1992), comentan que este proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de dos funciones aparentemente contradictorias, tendencia homeostática y capacidad de transformación, las cuales constituyen circuitos retroactivos que actúan a través de un mecanismo de retroalimentación negativa (sin cambio), o bien, retroalimentación positiva (hacia el cambio); ambas características son indispensables para mantener el equilibrio dinámico dentro del sistema en un continuo circular.

Cabe agregar que el proceso de transformación a través del cual la familia modifica su estructura básica conocido como morfogénesis, también se le reconoce como retroalimentación positiva (Hoffman, 1992)

Ahora bien, considerando que un sistema representa un conjunto de partes que se relacionan entre sí de tal manera que una de ellas provoca cambios en las demás y en todo el sistema, se puede entonces señalar que la familia entendida como sistema, se comporta como totalidad, ya que cada uno de sus miembros se relacionan unos con otros produciendo cambios en alguno de ellos y esto a su vez, provocará cambios en los demás (Galeana y Díaz, 1996).

Con base en estos planteamientos, se puede ahora comprender cómo fue que los terapeutas familiares retomaron los principios de la Teoría General de los Sistemas con el fin de aplicarlos a la Psicología, comenzando a ver la posibilidad de vincular dicha teoría al comportamiento humano. Así, se empezó a considerar a la familia como una unidad, es decir, como un sistema abierto en el cual cada uno de los elementos que lo integran guardan una estrecha relación entre sí; de tal manera que el comportamiento de alguno de ellos afecta al de los demás; dicho sistema además, se encuentra en interacción con otros sistemas.

Por otra parte, se puede observar que con esta nueva perspectiva de la familia, los terapeutas comenzaron a descubrir las normas y reglas que conforman su estructura y funcionamiento. Asimismo, la familia desde este punto de vista, es determinada como un sistema o un todo sociocultural formado por personas que ocupan lugares o posiciones determinadas en una estructura, en donde cada componente está relacionado e interactúa con los demás, cumpliendo así con determinado "rol" por un periodo de tiempo (Gómez de León, 1983).

De esta forma, la familia como cualquier sistema social, tiene niveles de organización llamados subsistemas, y la relación entre estos subsistemas, componentes o personas, depende directamente de la transmisión de la información con el medio ambiente, lo cual es un factor determinante para la existencia y capacidad de cambio de la familia.

De acuerdo con lo anterior, se puede considerar que la familia constituye según esta forma de conceptualización, un sistema abierto, ya que se mantiene en interacción constante con el mundo y es susceptible al cambio. Esta característica permite así, que la familia busque una forma de mantener sus límites, y al mismo tiempo, permanecer abierta a cualquier influencia significativa del exterior. (Andolfi y Zwerling, 1992).

Por su parte Satir (citada en Gómez de León, 1983) agrega lo siguiente, retomando el concepto de homeostasis (retroalimentación negativa):

- La familia actúa para lograr cierto equilibrio en sus relaciones.

- Los miembros de la familia, ayudan a mantener ese equilibrio en forma abierta y también encubierta.
- Los patrones en comunicación que son repetitivos, predictibles y circulares en una familia, revelan ese equilibrio.
- Cuando la homeostasis en una familia entra en un período crítico, se requiere de un gran esfuerzo por parte de los miembros para mantenerlo.

De acuerdo con estos planteamientos, resulta más fácil entender cómo fue que se empezó a considerar al individuo como un ser social y no como un ser humano aislado, ya que éste se encuentra en constante interacción con su medio lo cual le permite a su vez un constante crecimiento y desarrollo psicosocial.

### **B) Axiomas de la Comunicación.**

Otro de los aspectos que también tuvo una fuerte repercusión en el campo de la terapia familiar fue, el hecho de que algunos investigadores como Bateson principalmente, Watzlawick, Jackson, entre otros; se interesaron por trabajar y observar el tipo de comunicación humana en diferentes familias.

Inicialmente Bateson en los años 40's, como antropólogo, se interesó por observar las formas de interacción de los integrantes de la tribu latmul, indígenas de Nueva Guinea, así como sus formas de organización que permitían la perpetuación de las mismas. Con base en dichas observaciones destaca así, los tipos de interacción predominantes entre los miembros indígenas:

- a) SIMÉTRICO = basado en la igualdad entre los miembros de la tribu (mismo poder).
- b) COMPLEMENTARIO = basado en la diferencia de poder entre los miembros de la tribu.

Más tarde para el año de 1949, Bateson ya como psiquiatra, se inserta en el campo de la terapia en Palo Alto, California y se dedica al estudio de pacientes esquizofrénicos. A su trabajo de investigación se le unen Jackson, Haley y Weakland. Así, Bateson plantea la idea de que si a una persona esquizofrénica se le comprende su vocabulario y se le coloca en un contexto específico, habría la posibilidad de entender su comportamiento. Bateson señala así, que la familia de éste, puede llegar a moldear su comportamiento a través de la comunicación.

De sus investigaciones, Bateson observó un aspecto muy interesante como fue el hecho de ver que si uno de los pacientes mejoraba, otro miembro de la familia empeoraba. A este respecto, Bateson confirmó que la misma familia fomentaba y aun exigía que el esquizofrénico mostrara un comportamiento irracional. Es aquí donde él plantea el término "doble vínculo", mismo que utilizó para concebir de manera diferente a la esquizofrenia y del cual se hablará en un apartado más adelante (Sáenz, 1984).

Haley y Jackson (citados en Garduño; 1991) también analizaron el tipo de comunicación del esquizofrénico retomando el concepto de homeostasis familiar, término en el cual se ve a la familia como un sistema homeostático, es decir, que se encuentra siempre en equilibrio interno gracias a los fenómenos de retroalimentación y en donde se considera que si algún miembro presenta algún problema, la intervención no debe limitarse a ese miembro, sino extenderse a toda la familia, que en este caso se concibe como un sistema patológico que presenta un síntoma.

Watzlawick y Jackson (citados en Garduño, 1991) se inspiraron en los trabajos de Bateson para escribir un libro titulado "Hacia una Teoría de la Comunicación Humana" publicando en 1956 y en donde proponen algunos axiomas de la comunicación que habrían de retomarse en la terapia familiar sistémica, y los cuales se mencionan a continuación:

**1er. axioma:** toda conducta es comunicación.

No es posible no comunicarse, puesto que siempre nos comportamos: toda conducta conlleva un mensaje (ya sea con palabras o con silencio).

**2do. axioma:** toda comunicación tiene un aspecto de contenido y uno de relación.

El aspecto de contenido se refiere a la información que se transmite, el aspecto de relación se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse, lo que establece en última instancia la relación entre los comunicantes (simétrica o complementaria). Cabe señalar que el aspecto relacionar corresponde al aspecto de metacomunicación, ya que éste va a clasificar al primero (aspecto de contenido).

**3er. axioma:** la naturaleza de una relación depende de la secuencia de los comunicantes.

Toda secuencia comunicacional puede ser considerada como flujo ininterrumpido de intercambios en donde los participantes introducen "puntuación" en la secuencia o sea, organizan de diferentes maneras una misma interacción.

Este axioma indica así, la necesidad de tener presente de manera simultánea, las conductas de todos los comunicantes, ya que toda conducta es causada por y a la vez es causa de la conducta de los demás.

Se considera además, que la puntuación en una comunicación en ocasiones no siempre es compartida de tal manera que ello puede traer como consecuencia serios conflictos de relación entre los comunicantes.

4°. axioma: la comunicación puede ser digital (verbal) o analógica (no verbal).

Aquí debe existir una congruencia entre lo que se dice y lo que se hace.

5°. axioma: todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios según estén basados en igualdad o diferencia respectivamente.

### C) Teoría del Doble Vínculo

Además, también en la obra "Hacia una teoría de la esquizofrenia" publicada en la década de los años 50's, Bateson, Haley, Jackson y Weakland exponen una teoría de la comunicación basada en el análisis de las comunicaciones de los pacientes esquizofrénicos con sus respectivas familias: "la teoría del doble vínculo", teoría que también es retomada por la terapia familiar sistémica.

En esta teoría se expone que el doble vínculo, es en esencia, una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel, puede ser anulada o contradicha a otro nivel. Además, describe un contexto de habituales callejones sin salida dentro de la comunicación y que han sido impuestos por personas que se encuentran en un sistema de relación (Garduño, 1991).

Para que se establezca una comunicación en doble vínculo, deben contemplarse los siguientes requisitos:

1. Una relación intensa entre dos o más personas y de mucha importancia para la supervivencia de uno de ellos, por ejemplo una relación madre-hijo.

2. Un mensaje por parte de la madre hacia el hijo a nivel digital (verbal).
3. Un segundo mensaje de la madre a nivel analógico (no verbal) que contradice o descalifica al primero.
4. Estas instrucciones por lo tanto, prohíben escapar a la víctima del campo.
5. Este tipo de mensajes contradictorios son repetitivos desencadenando por lo tanto, coraje o miedo.

La interacción descrita anteriormente pone de manifiesto una relación entre dos personas en la cual, una de ellas, en este caso quien recibe los mensajes contradictorios de manera progresiva, se encuentra atrapada en un sistema comunicacional del cual le es imposible escapar provocando por ello determinadas respuestas que en su conjunto pueden dar lugar a la aparición de la esquizofrenia, es por ello que dicha enfermedad, de acuerdo con Halley (citado en Hoffman, 1992), trae como consecuencia una retirada y evitación del mundo adulto impulsada por necesidades y deseos internos como por ejemplo temor al castigo, deseo de amor o evitación del dolor.

De hecho la observación de pacientes esquizofrénicos con sus familias, fue lo que permitió a Bateson y colaboradores, proponer dicha teoría, la cual como ya se señaló, fue importante para el desarrollo de la terapia familiar, ya que con el tiempo y gracias al esfuerzo de todo este equipo de terapeutas, se empieza a abrir una nueva puerta que abre paso a múltiples investigaciones sobre la familia y en donde el foco de atención que venía siendo el paciente que presentaba algún síntoma, va dejándose de lado, pues ahora ya se empieza a contemplar a toda la familia en conjunto repartiéndose así, el síntoma a todos los miembros (Hoffman, 1992).

De esta manera investigadores como Satir, Weakland y Haley, gracias a las investigaciones realizadas por Bateson entre otros, fundan un Centro de Investigación Mental (Mental Institute Research), en donde tratan de aplicar los conocimientos y a la vez de expandir las ideas batesonianas. Posteriormente, de estas investigaciones surgirán nuevos modelos terapéuticos entre ellos el modelo estructural el cual no deja de lado a la familia para analizar algún síntoma o patología que presente algún individuo (Hilario, Peña y Ramírez, 1993).

Así, una vez descritos los fundamentos básicos de la Terapia Familiar Sistémica se da paso al siguiente capítulo en el que se expondrán los aspectos básicos del Modelo Estructural.

## CAPÍTULO 3

### MODELO ESTRUCTURAL

El objetivo del presente capítulo es establecer algunos de los aspectos básicos que conforman el modelo estructural, ya que en la investigación que en esta tesis se presenta, éstos fueron retomados con el propósito de analizar la estructura de algunas familias que presentaban problemas de drogadicción en uno de sus miembros el cual se encontraba en la etapa de la adolescencia.

Ahora bien de acuerdo con este modelo cabe mencionar que su principal representante es Salvador Minuchin, él señala que esta terapia tuvo sus orígenes en la segunda mitad del siglo XX y en ella, se intenta modificar la organización de la familia, de tal manera que cuando el terapeuta decide transformar la estructura del grupo familiar, de alguna manera va a modificar las posiciones de este grupo, es decir, el contexto inmediato en el que actúan los miembros de la familia, esto a su vez, contribuye a que se generen cambios en las percepciones de cada uno de los integrantes de cada familia.

Este enfoque está basado en una dimensión biopsicodinámica de interacción, aquí se toma en cuenta la estructura de la familia como determinante de su función, y la organización familiar, como el factor más importante en los patrones transaccionales (Hilario, Peña y Ramírez, 1993)

Para Minuchin (1992), la estructura familiar es "el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (pág. 86). De acuerdo con esto, considera que la familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, las cuales al repetirse establecen reglas y patrones que le dan estructura al sistema definiendo toda una gama de conductas y facilitando una interacción recíproca entre sus integrantes.

Por lo anterior, se puede ver cómo es que estas interacciones entre los elementos que conforman el sistema familiar, influyen entre sí, de tal manera que el comportamiento de uno, afecta a los demás y viceversa, esto por lo tanto los hace verse como un todo inseparable y coherente.

Por otra parte, cabe mencionar que en este modelo, se considera que la familia está formada por subsistemas, los cuales permiten su funcionamiento. Dichos subsistemas se forman por generaciones, sexo, intereses o funciones.

Al respecto, Minuchin (1992), comenta que cada individuo pertenece a diferentes subsistemas y en cada uno posee diferentes niveles de poder además de que aprende habilidades diferenciadas.

Con respecto a los subsistemas Minuchin y Fishman (1992) los clasifican de la siguiente forma:

**a) Subsistema Individual:** este subsistema u holón, incluye el concepto de sí mismo dentro de su contexto; contiene así, los determinantes personales e históricos del individuo, es decir, las interacciones que el individuo establece con los demás en un determinado contexto, reforzarán los aspectos de su personalidad.

**b) Subsistema Conyugal:** este subsistema está formado por dos adultos de diferente sexo, quienes aportan valores y expectativas explícitas e inconscientes y en donde establecen además sus reglas de relación. De acuerdo con lo anterior, se considera que este sistema es de vital importancia para el crecimiento de los hijos, ya que constituye un modelo de relaciones íntimas en el cual se contemplan modos de expresarse, de acercarse a un compañero, de afrontar conflictos, etc., es así que todas estas actitudes formarán parte de sus valores y expectativas con las cuales los hijos entrarán en contacto con el mundo exterior, es por ello que toda disfunción dentro de este subsistema, tiende a repercutir en los demás miembros.

**c) Subsistema Parental:** éste se forma por la pareja en relación con los hijos, de manera que se origina a la llegada del primogénito. En una familia intacta, este subsistema debe diferenciarse para desempeñar las tareas de socializar al hijo con mutuo apoyo y a las tareas que corresponden al subsistema conyugal. El subsistema parental puede componerse de diversas maneras, es decir, puede incluir a un abuelo o abuela y en ocasiones a uno de los padres. Puede incluir a un hijo parental a quien se le delega autoridad sobre sus hermanos. De acuerdo con Minuchin y Fishman, este subsistema debe ser modificado a medida que el individuo crece y sus necesidades cambian.

**d) Subsistema Fraternal:** este subsistema hace referencia a la relación que se da entre hermanos quienes aprenden aquí, a convivir con sus iguales, apoyándose, desahogándose, etc., de manera que las pautas aprendidas en este subsistema, se generalizarán a otros subsistemas tanto en la infancia, como en la edad adulta (escuela, trabajo, círculo de amigos, etc.).

Con base en lo anterior, Minuchin (1992) considera que para que cada uno de los subsistemas exista y lleve a cabo de manera satisfactoria sus funciones, es necesario que estén protegidos por barreras invisibles llamadas límites, las cuales define como: "el conjunto de reglas o normas que designan quiénes participan y de qué manera en un subsistema determinado, es decir, definen los roles que tendrán cada uno de los miembros en relación con los otros. También sirven para proteger la diferenciación del sistema y subsistemas familiares" (pág. 89).

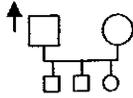
Para Minuchin (1992), los límites de una familia "ideal", deben ser claros y flexibles, es decir, deben estar adecuadamente definidos evitando interferencias entre subsistemas, además, las reglas cambian conforme a las necesidades del sistema; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones se observan familias en donde los límites fluctúan entre los rígidos y difusos. En familias cuyos límites son rígidos, se observa escaso contacto entre sus miembros, el apoyo entre ellos es mínimo; además poseen una desproporcionada independencia y un escaso sentido de pertenencia. En familias con este tipo de límites, el crecimiento de los miembros se ve bloqueado, ya que hay muy poca o nula flexibilidad para enfrentar lo inesperado, así como para adaptarse al medio externo y a las necesidades de cambio que se presentan.

En familias donde se observan límites difusos (familias amalgamadas) se puede encontrar una falta de diferenciación entre los miembros, así como una gran confusión entre los roles que desempeña cada uno, pues no existe una claridad sobre lo que uno espera del otro y de lo que se espera de sí mismo.

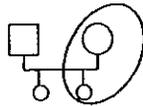
Por lo anterior, se puede señalar que la existencia de límites, ya sean difusos o rígidos, trae como consecuencia una disfunción en el sistema familiar.

Algunos otros conceptos que Minuchin (1992) también considera y retorna para analizar la estructura familiar son los siguientes:

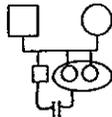
**JERARQUÍA:** este concepto hace referencia a la autoridad o poder que se le reconoce a una persona dentro de una familia, y es lo que permite el cumplimiento de roles y funciones. Generalmente, los padres son los que asumen la mayor jerarquía, sin embargo, se da el caso de que algún miembro, ya sea hijo o pariente cercano, adquiere el mayor poder, lo cual es sinónimo de disfuncionalidad en el sistema. De acuerdo con lo anterior, este concepto se representa de la siguiente manera:



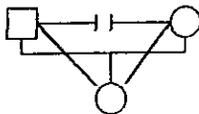
**ALIANZAS:** este concepto hace referencia al apoyo que se da entre dos o más personas para hacer algo en común, sin estar en contra de alguien; dicho concepto se representa de la siguiente forma:



**COALICIONES:** este concepto hace referencia al apoyo que se da entre dos o más miembros del sistema familiar para estar en contra de un tercero; por ejemplo cuando dos hermanos se alían para dañar a un tercero.

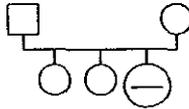


**TRIANGULACIONES:** este concepto hace referencia al uso de un miembro para transmitir un mensaje o resolver un problema entre algunos miembros de una familia; un ejemplo común en este caso sería cuando una pareja se comunica a través de un hijo.

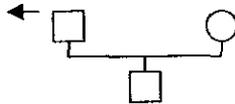


**TERRITORIO:** este concepto tiene la finalidad de determinar los límites espaciales que existen dentro de las familias entre los subsistemas.

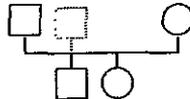
**CENTRALIDAD:** hace referencia a aquel miembro que acapara la atención de la familia de manera que la mayoría de las interacciones giran en torno a él, dicha conducta puede ser de carácter positivo o negativo.



**PERIFERIA:** hace referencia a aquella persona que se encuentra aislada del sistema familiar, o bien, que se relaciona esporádicamente con la familia. En este caso este concepto se representa así:



**HIJO PARENTAL:** este aspecto se presenta cuando en una familia a un hijo se le asigna el rol de alguno de los progenitores, generalmente el padre. en este caso llega a tomarse como miembro periférico y es aquí donde generalmente algún hijo asume el rol de padre ante sus hermanos. Este concepto se representa de la siguiente forma:



Para Minuchin (1992) la familia ideal habrá de presentar límites claros y flexibles tanto al interior como al exterior del sistema como ya se mencionó anteriormente, así como la mayor jerarquía compartida por los padres; alianzas y centralidad positiva alternadas, no habrán coaliciones, triangulaciones, centralidad negativa, miembros periféricos o hijos parentales; de lo contrario posibilita la disfuncionalidad en la estructura familiar y la aparición por tanto, de un síntoma en algún (os) miembro (s) del sistema.

Ahora bien, considerando los aspectos estructurales anteriormente descritos por Minuchin (1992) a través de los cuales se puede analizar la forma en que se organiza e interacciona la familia, se considera así que una familia requiere de una estructura viable para que pueda desempeñar sus tareas esenciales y apoyar así la individualización de cada uno de sus miembros, logrando con ello, un sentido de pertenencia. Sin embargo, cabe mencionar que la familia entendida como un sistema, no permanece estática, es por ello que requiere de continuos cambios y procesos de acomodación a medida que van cambiando las circunstancias que le rodean, de tal manera que en ocasiones conservará y otras veces rechazará algunas pautas de interacción que ya no le satisfacen enfrentándose por ello, a situaciones de tensión entre sus miembros.

De acuerdo con lo anterior, se puede concluir que el ser flexibles al cambio, permitirá una mayor continuidad del sistema y proporcionará un marco de referencia viable a los miembros que lo componen.

## CAPÍTULO 4

### CICLO VITAL DE LA FAMILIA

A lo largo de este trabajo, se ha podido observar que la familia entendida como un sistema abierto recibe e intercambia información con otros sistemas (escuelas, familias, amigos, etc.), no permanece estática, más bien es cambiante, ya que está sujeta a un proceso de cambio y desarrollo constante, lo cual le permite a su vez, que cada uno de sus miembros se vayan adaptando a las necesidades y exigencias de dicho sistema. Sin embargo, en ocasiones para algunas familias resulta difícil afrontar estos cambios que van surgiendo en cada fase de la vida, de tal manera que algún evento o situación nueva (divorcio, muerte, abandono, etc.), puede producir en la familia cierta incomodidad o estrés, manifestándose en ocasiones en forma de síntoma de algún miembro de la familia. Al respecto Haley (1989), comenta que desde la perspectiva de Milton Erickson, un síntoma puede aparecer como una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa de su ciclo vital; asimismo, agrega que el considerar cada una de dichas etapas de la intervención terapéutica, resulta importante para el psicólogo clínico y por supuesto, para la recuperación del paciente.

De acuerdo con lo anterior vale la pena analizar el concepto de ciclo vital para determinar su importancia en lo que respecta a la familia. Así bien la palabra ciclo viene del griego *κυκλος* = *kuklos* = círculo. Significa "algo que se repite", "serie de fenómenos que se siguen en un orden determinado"; Vital: se deriva del latín *vita* = vida. Significa "relativo a la vida o la conserva".

Ahora bien, de acuerdo con la definición anterior, podemos señalar que al hablar de ciclo vital se está haciendo referencia a un "proceso de desarrollo" tal como lo señala Haley (1989), dentro del cual el ser humano cumple con una serie de funciones como : nacer, crecer, reproducirse y morir.

Dichas funciones de acuerdo con Estrada (1991) y Haley (1989) pueden encontrarse dentro de un marco de salud o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología, es por ello que un buen número de autores entre ellos Estrada, Haley y Erickson han establecido el ciclo vital familiar en periodos cruciales con el objeto de indagar más allá de las problemáticas o sintomatologías que vive una familia.

Así bien, las etapas del ciclo vital que Erickson (cit. en Haley, 1989) propone son las siguientes:

### **1ª etapa: GALANTEO O DESPRENDIMIENTO**

Esta etapa se caracteriza principalmente por un desligamiento del joven (adolescente-adulto), en relación con su familia para involucrarse en funciones de crecimiento, hacerse de amigos (as), y de manera más específica, aprender a vivir el galanteo con miras a un futuro matrimonio.

Dentro de las dificultades que se pueden suscitar en esta etapa se encuentran: excesiva preocupación por el aspecto físico, embarazos no deseados, búsqueda del matrimonio como una forma de escapar de algún problema familiar, sobreinvolucración de algunos miembros de la familia en cuanto a la elección de la pareja, oposición al noviazgo, etc.

### **2ª etapa: MATRIMONIO**

Dentro de esta etapa, el matrimonio es el evento más importante que se lleva a cabo, generalmente, la pareja y sus familiares acostumbran realizar una ceremonia religiosa y presentar a la sociedad al nuevo matrimonio. Por lo general, la sociedad exige a la mujer que sea virgen hasta el matrimonio, pues cualquier relación antes de este evento, modifica en gran medida la relación de pareja en un futuro.

Las dificultades que suelen presentarse en esta etapa son: peleas continuas entre la pareja, pérdida de una imagen idealizada, desilusión por el compañero(a), confusión de sentimientos, apego a la familia de origen, intromisión de parientes cercanos o amigos en la vida privada de la pareja, etc.

### **3ª etapa: NACIMIENTO DE HIJOS**

En esta etapa la pareja cambia de rol, de esposo(a) pasa a asumir el papel de padre o madre respectivamente; asimismo, la familia empieza a ampliar su círculo social. Los problemas más comunes que suelen ocurrir en esta etapa son: excesiva angustia y tensión por parte de los padres (principalmente en el caso de la madre) con respecto al cuidado de los hijos; sobreinvolucración de la madre hacia el hijo, lo cual en ocasiones provoca cierta "celotipia" por parte del padre hacia el hijo, esta situación también puede acarrear sentimientos de rechazo que más tarde traerá como consecuencia que el esposo se refugie en amigos, amigas, etc.

#### **4ª etapa: HIJOS EN EDAD ESCOLAR**

En esta etapa la familia suele ingresar a múltiples sistemas: escuelas, iglesias, deportivos, etc. En lo que se refiere a la escuela, ésta va dar lugar a un mayor número de interacciones de la familia con otros sistemas familiares, esto a su vez, permite una mayor socialización del niño y la familia. Los problemas que comúnmente se enfrentan en esta etapa son: excesivo apego de la madre hacia el hijo, aislamiento del padre, problemas de alcoholismo, agresión y constantes peleas entre la pareja, problemas económicos, infidelidad; triangulaciones donde el hijo sirve de mediador entre la pareja, etc.

#### **5ª etapa: HIJOS ADOLESCENTES**

En esta etapa la familia suele entrar a un período de crisis, ya que los hijos empiezan a adquirir mayor independencia e intereses fuera del hogar, esto por lo tanto, da lugar a una excesiva angustia y preocupación de los padres. En cuanto a las hijas, los padres tienden a vigilarlas más que a los varones.

De los problemas que puede enfrentar el adolescente se encuentran los siguientes: divorcio de los padres, brotes psicóticos, amenazas de suicidio u homicidio, etc.; cabe mencionar que estos problemas suelen ocurrir sobre todo en familias donde el único eje de contacto entre la pareja es el hijo (a), también suelen darse casos de drogadicción, alcoholismo, deserción escolar, etc. En esta etapa suele existir una gran revelación del adolescente ante las autoridades, normas y reglas.

#### **6ª etapa: NIDO VACÍO**

Esta etapa se conoce como "nido vacío" por el hecho de que la pareja nuevamente queda sola, es decir sus actividades de crianza van concluyendo conforme los hijos se van, de tal manera que pueden vivir momentos de aislamiento y depresión.

En esta etapa los padres exigen mayor atención y cuidado de sus hijos y nietos. Aquí, la pareja nuevamente vive eventos importantes: jubilación, enfermedad, muerte de alguno de los esposos, separación, etc. En esta etapa el tiempo que pasa la pareja junta es mayor, sin embargo, en ocasiones la muerte de alguno de los cónyuges da lugar a sentimientos de angustia, miedo, soledad, etc.

Esta etapa, se caracteriza además, por enormes problemas psicosomáticos que aunados a la menopausia o andropausia generan un mayor estrés en la pareja. Cabe señalar que cuando se presenta la muerte de alguno de los miembros, el que sobrevive suele incorporarse a otro sistema, ya sea con la familia de algún hijo o pariente, o bien a un asilo. En lo que respecta a la adopción de un miembro por la familia, generalmente suele acarrear problemas de rechazo por los nietos, intromisión de esta persona en los asuntos familiares, etc.

Es pues muy importante para el terapeuta familiar identificar la etapa del ciclo vital en la cual se encuentra la familia a la que atiende, pues con base en ello podrá a su vez analizar si las reglas que predominan en ella, y la estructura en sí, son o no adecuadas (en ocasiones la familia se encuentra estancada en una etapa y se requiere del salto a la que le corresponde), para que en caso de ser necesaria una modificación, el terapeuta pueda planearla de manera satisfactoria.

De manera similar Minuchin y Fishman (1992) también dividen el ciclo vital de la familia en varias etapas las cuales se señalan a continuación:

### **FORMACIÓN DE PAREJA**

Aquí se plantea la formación de un nuevo sistema conyugal en el cual se elaboran pautas de interacción que tienen que ver con la negociación de reglas y límites que cada cónyuge trae de su familia de origen, de amigos, compañeros, etc.

Dentro del sistema conyugal, la pareja debe armonizar los estilos y expectativas diferentes de ambos, replantear modos adecuados para procesar la información y tratarse con afecto. Se considera que la elaboración de pautas viables para expresar y resolver los conflictos, es un aspecto esencial en este período inicial.

### **FAMILIA CON HIJOS PEQUEÑOS**

Esta etapa se inicia con la llegada del primogénito, de tal manera que se plantea la formación de subsistemas nuevos, el parental y el filial. Aquí la familia se reorganiza para cumplir nuevas tareas de tal manera que se hace necesaria la elaboración de nuevas reglas para cumplir con dichas tareas. Es así que se pone énfasis en cuestiones de división de tiempo, lealtades, reparto de afecto, etc.

Cuando el hijo empieza a caminar o a hablar los padres deben establecer controles que le dejen espacio y a la vez garanticen su seguridad y autoridad parental.

Con el nacimiento de un segundo hijo surge la necesidad de una nueva reorganización de pautas de interacción en la familia, pues es necesario establecer nuevas reglas para un nuevo subsistema, el fraterno.

### **FAMILIA CON HIJOS EN EDAD ESCOLAR O ADOLESCENTES**

Esta etapa se caracteriza por el ingreso del hijo (os) a la escuela. Aquí la familia se relaciona con otros sistemas, lo cual trae consigo una nueva reorganización de pautas y reglas que deberán establecerse entre los miembros de la familia.

Con la adolescencia el grupo de pares cobra un gran poder frente a la familia. Aquí, los hijos aprenden a convivir y relacionarse con amigos frente a los cuales pueden retomar costumbres, estilos de vida, modas, etc.; adquiriendo así su propia personalidad y valores lo cual al mismo tiempo lo habilitará para demandar reajustes en su propia familia.

La autonomía y el control en esta etapa cobran una gran fuerza y es necesario renegociar entre la familia ya que aquí se da un proceso de separación entre padres e hijos muy importante pues se deja atrás la infancia para abrirse paso al mundo de los jóvenes. Con base en esto, se considera que la familia deberá aumentar la flexibilidad de sus fronteras para permitir una desvinculación paulatina de sus hijos de tal manera que éstos puedan ponerse en contacto con el mundo exterior, de lo contrario, se corre el riesgo de que suscite un fracaso en la adaptación del adolescente frente a los requerimientos por parte de los padres.

### **FAMILIA CON HIJOS ADULTOS**

En esta etapa los hijos, ahora adultos jóvenes ya han creado sus propios compromisos y estilos de vida, una carrera, amigos, incluso compromisos con su cónyuge.

Aquí la familia originaria vuelve a ser de dos miembros y aunque a lo largo de su historia ha pasado por un sinnúmero de ajustes y modificaciones de pautas, vuelve a ser necesario un reajuste que le permita una mejor relación con su cónyuge e hijos ahora adultos ya casados.

Esta etapa también suele denominarse "nido vacío" lo cual se asocia con la depresión que una madre experimenta cuando se queda sin ocupación. Esta etapa se define como etapa de pérdida, sin embargo, se considera que puede ser todo lo contrario sobre todo si los cónyuges como pareja aprovechan sus experiencias acumuladas, sus sueños y expectativas para realizar todas las posibilidades y metas inalcanzables cuando se encontraban dedicados a la crianza de los hijos.

Cabe mencionar que este esquema de desarrollo suele observarse en familias de clase media compuesta por ambos cónyuges e hijos, de tal manera que en otro tipo de familia se pueden experimentar otras actitudes tales como divorcio, abandono o nuevo casamiento.

Finalmente se considera que en el paso por estas etapas los miembros de la familia experimentarán problemas muy complicados, sin embargo cualquiera que sean las circunstancias la familia tendrá que afrontarlos como parte de su crecimiento y envejecimiento.

## CAPÍTULO 5

### EL ADOLESCENTE Y EL PROBLEMA DE LA DROGADICCIÓN EN MÉXICO.

Considerando el propósito del estudio que se presenta en esta tesis, el cual consiste en el análisis de la estructura familiar del adolescente farmacodependiente, es importante tener en cuenta aquellos aspectos o factores que intervienen en la drogadicción, de tal manera que el presente capítulo tiene como objetivo hacer una breve revisión sobre estos aspectos a fin de comprender un poco mejor la naturaleza de este problema.

Así bien, en primer lugar, se hará hincapié en lo que respecta al concepto y definición del término drogadicción, posteriormente se revisará lo que corresponde al uso y abuso de sustancias tóxicas así como de aquellos factores más comunes que influyen en el desarrollo de este comportamiento; posteriormente se hará énfasis en algunos tipos de tratamiento que se han utilizado en la recuperación de pacientes adictos a las drogas, y ya para finalizar, se revisarán algunas sugerencias sobre determinadas formas de prevención que pueden ayudar a impedir la aparición de este síntoma.

#### A) CONCEPTO DE DROGADICCIÓN.

El término drogadicción, representa sin duda en la actualidad, un grave problema social al cual se le han tratado de buscar soluciones, sin embargo, parece que los resultados hasta el momento parecen ser poco convincentes y es que en muchas ocasiones este problema aparece como meramente individual, provocando a veces miedo, e incluso rechazo por parte de la sociedad, la cual más que apoyar al individuo lo margina de su contexto afectando con ello su posible recuperación.

Al respecto, Jaffe y Petersen (1980) consideran que el mal empleo del término se ha aplicado en ocasiones a comportamientos que no se relacionan con el uso de drogas tales como: juego, delincuencia y vandalismo entre otros. Es así, que desde este punto de vista los autores sugieren utilizar adecuadamente la terminología que emana de este tipo de problema, sobre todo porque consideran que sin definiciones los epidemiólogos no podrían cuantificar los casos para advertir las frecuencias en que se manifiesta una enfermedad en determinado lugar y época, o bien, si dicha enfermedad está condicionada o no por aspectos económicos y sociales. Sin definiciones el médico clínico tampoco podría resumir sus hallazgos y signos que señalen la mejoría de una persona que lleva un tratamiento particular.

Los investigadores, por su parte, tampoco podrían estudiar las características biológicas y psicológicas de un síndrome y por lo tanto, no podrían señalar sus causas y consecuencias.

Ahora bien, a pesar de los problemas que se han suscitado al intentar ponerse de acuerdo en el uso de términos, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en 1965 abordó y definió la farmacodependencia como: "Un estado psíquico, y algunas veces también físico, resultado de la interacción entre un organismo viviente y un fármaco, que se caracteriza por respuestas conductuales y de otros tipos, que siempre incluyen una compulsión para procurarse el fármaco en forma continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces de evitar el malestar o molestias que son producto de una ausencia. Puede o no surgir la tolerancia. Una persona puede mostrar dependencia hacia varias drogas" (Jaffe y Petersen; 1980; pág. 8).

Cárdenas (1976; citado en García, 1995) añade al respecto que por drogadicción la O.M.S. hace referencia al estado de intoxicación crónica o periódica, dañina para el individuo y la sociedad producida por el consumo repetido de una droga sea natural o artificial. Las respuestas a estas sustancias comprenden las siguientes características: en primer lugar, un deseo abrumador o una necesidad de seguir ingiriendo drogas obteniéndolas a costa de cualquier medio; en segundo lugar, se observa una tendencia a aumentar la dosis y por último, se crea una dependencia física a los efectos de la droga.

Considerando lo anterior, conviene ahora señalar algunos conceptos tales como droga, dependencia, tolerancia y abstinencia los cuales forman parte del concepto drogadicción y que son sumamente importantes para comprender mejor el término.

Massun (1991) señala que el término droga o fármaco es un nombre genérico que se designa a cualquier sustancia que al ser introducida en el organismo vivo, produce alteraciones en su estructura o funcionamiento normales (cambios físicos y/o mentales).

Cuando el usuario consume drogas de manera repetida y constante puede llegar a sentirse mentalmente incapaz de vivir sin ellas, aun cuando su cuerpo no lo necesite, a este aspecto se le reconoce como dependencia psicológica, pues la falta de droga le produce una insatisfacción y ansiedad profunda, es así que la persona difícilmente puede concentrarse en otras cosas.

Massun además menciona que en lo que se refiere al término dependencia física, éste abarca no sólo la mente sino el cuerpo debido a la constante administración de droga la cual provoca cambios metabólicos en el individuo llegando a alterar la química del cuerpo, de tal manera que las células empiezan a necesitar de la droga para cumplir sus funciones vitales de modo que le es difícil vivir si no recibe la sustancia acostumbrada.

Para determinar si una persona depende o no físicamente de una droga, se puede recurrir a la supresión de la misma y observar si presenta o no el síndrome de abstinencia, el cual hace referencia al conjunto de trastornos fisiológicos provocados por la ausencia de drogas y puede llegar a ser mortal cuando no se le brinda al paciente una atención médica adecuada, como por ejemplo, la suspensión brusca de drogas.

En lo que respecta a la tolerancia, se hace hincapié en la capacidad que desarrolla el organismo para resistir cada vez mayores dosis de drogas y con una mayor latencia para sentir los efectos que se habían experimentado inicialmente con cantidades menores, ya que cuando una droga se administra repetitivamente, se obtiene un efecto cada vez menor con la misma dosis. El peligro que implica este fenómeno es que puede ocasionar la muerte por sobredosis (García, 1995).

## **B) USO DE DROGAS EN EL SER HUMANO.**

El problema del uso de sustancias tóxicas es sin duda uno de los más antiguos en la humanidad y aunque cabe señalar que en cada época y en cada cultura ha despertado diferentes formas de expresión alcanzando grandes dimensiones, el hombre sin duda sigue recurriendo a ellas para alterar su estado anímico, pensamiento, percepción y comportamiento logrando con ello placer y relajamiento.

Asimismo, mucha gente ha permitido el uso social de ciertas drogas en poblaciones determinadas, sin que ello implique necesariamente problemas sociales al individuo.

Es así, que por razones diversas las sociedades han ido transformando el uso inadecuado de sustancias tóxicas, por un uso socialmente tolerado (Avilés, 1994; citado en Centros de Integración Juvenil, 1994).

Massun (1991), considera que a través del tiempo el hombre gracias al empleo de tecnología moderna y avanzada, así como del desarrollo de las ciencias, entre ellas la Medicina y la Biología; ha podido desarrollar un mundo nuevo de drogas, las cuales han sido tratadas perdiendo con ello su condición natural y pasando así a ser un producto más elaborado cuya concentración aumenta la potencia de la sustancia misma.

Por otro lado, el desarrollo creciente de los medios de comunicación, ha permitido que este tipo de productos y la costumbre de uso, se extiendan de un país a otro en todas las sociedades sin importar condición social, edad ni religión.

Sin embargo, es importante señalar que a pesar de que las drogas actualmente casi se encuentran al alcance de la mano, los individuos que generalmente las consumen y llegan a hacer de ellas un producto necesario para su subsistencia, son en su mayoría jóvenes que presentan determinadas características en su personalidad tales como: desequilibrios psicológicos y conductuales manifestados por el abandono de estudios, falta de afecto, principalmente por parte de la familia, dificultades en el trabajo, desviaciones de conducta sexual, social, entre otros (Rodríguez, 1990; citado en Flores y Guarneros, 1994).

De lo anterior, se puede desprender la idea de que no todos los individuos jóvenes, en este caso los adolescentes, pueden llegar al consumo de drogas, pues ello dependerá en gran medida de las bases que su familia de origen les proporcionen, así como de los valores y expectativas que se les lleguen a inculcar y que con el tiempo pasarán a ser elementos importantes en lo que respecta al manejo de sus propias personalidades y conductas.

Stanton (1978; citado en Andolfi y Zwerling, 1992), hace referencia a tres estadios en el consumo de drogas por los adolescentes, asimismo, señala que en cada uno se observan elementos concomitantes diferentes. El primer estadio se distingue por la ingestión de drogas legales, como el alcohol. El segundo incluye el consumo de marihuana (droga ilegal) y se debe fundamentalmente a la influencia de los pares de edad. El tercer estadio se distingue por el consumo frecuente de otras drogas ilegales y parece depender más de la calidad de la relación padres-adolescentes que de otros factores. Así, se deduce que las formas más graves de drogadicción constituyen predominantemente un fenómeno familiar.

### C) FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA DROGADICCIÓN.

Se ha considerado que el hecho de abordar con detalle las causas o factores que han dado lugar al fenómeno de la drogadiccción, representa sin duda una de las formas a través de las cuales se puede controlar y disminuir el consumo de drogas.

Entre las causas que con mayor frecuencia se citan para explorar el consumo de drogas se encuentran las siguientes: de tipo social; publicidad y medios de comunicación; de tipo familiar, factores escolares, factores individuales y motivacionales.

Entre los factores de tipo social se puede hacer hincapié en el hecho de encontrar estas sustancias a bajos precios y en la disponibilidad con que se pueden hallar a la mano de cualquier persona.

Con respecto a la publicidad y a los medios masivos de comunicación, se considera que éstos influyen de gran manera en el consumo de drogas pues hacen una invitación constante seduciendo a los jóvenes a través de comerciales en donde la persona que consume algún tipo de sustancia tóxica, se muestra contenta y rodeada de felicidad; también se invita al consumo de medicamentos antidepresivos, para aliviar tensiones, depresión, etc.

Los factores familiares representan otro de los aspectos que no podrán dejarse de lado ya que la familia es la unidad básica de la sociedad y donde el individuo obtiene la mayor parte de sus satisfacciones personales. (Repetto, 1985; citado en Flores y Guarneros, 1994).

Se considera que si la familia comprende y satisface mínimamente las necesidades fisiológicas, afectivas, sociales e intelectuales del niño estará dándole los recursos psicológicos para que pueda resolver con efectividad los problemas a los que se enfrenta cotidianamente. Si esto se da, al llegar a la adolescencia el niño o niña contarán con una capacidad de manejo mucho mayor traducida en una mayor probabilidad de adaptación a las exigencias sociales (Centros de Integración Juvenil; 1995).

Stanton (1978, citado en Andolfi y Zwerling, 1992), considera que la mayoría de la gente que consume drogas se encuentra en conflicto dentro de su sistema familiar y más aun si se observa que el padre también lo hace. Asimismo, el consumo de drogas es menos frecuente cuando las relaciones familiares son satisfactorias.

El aspecto escolar incluye toda una serie de circunstancias desfavorables en donde el maestro juega un papel importante ante sus alumnos, por principio se considera una falta o ausencia de grupos psicopedagógicos en las escuelas que puedan auxiliar eficazmente a los profesores y alumnos en el consumo de drogas; influye además el escaso contacto entre los alumnos y el profesor debido a un excesivo número de alumnos por clase, o bien el ausentismo laboral en escuelas. También puede observarse un alto nivel de consumo de drogas legales e ilegales entre profesores, o bien, éstos pueden presentar problemas de salud mental y crisis de valores lo cual puede llegar a ser perjudicial no sólo para ellos sino también para los alumnos.

Se considera que el grupo de amigos o compañeros del adolescente puede ejercer presión sobre él y obligarlo al consumo de determinadas drogas. Incluso el joven puede adquirir una sensación de pertenencia y aceptación a un grupo a través de su consumo.

Por lo que respecta a los factores individuales, autores como Repetto y Gómez y Ocampo (citados en Flores y Guarneros, 1994), señalan que la drogadicción no tiene que ver con factores hereditarios, sino más bien, ésta se debe a una manifestación de algún trastorno caracteriológico subyacente. De esta manera, se considera que la personalidad del adolescente drogadicto debe encontrarse ya en dificultades antes de su primer contacto con la droga, y el consumo de ésta se debe fundamentalmente a un intento de resolver sus problemas psicológicos previos, de tal manera que ven a la drogadicción como una forma de evadir los problemas que les invaden. Se considera que el hecho de señalar que los adolescentes drogadictos presentan problemas de personalidad no implica necesariamente que dichos problemas de personalidad fueran previos a su dependencia, sino que pueden ser fruto simplemente de la marginación social a la que se les somete.

Algunos investigadores (Conger, 1980; Holmberg, 1981; Witaker, 1991; citados en Flores y Guarneros, 1994), hacen hincapié en la existencia de ciertas motivaciones o razones por las cuales los adolescentes recurren a la ingestión de sustancias tóxicas, señalando las siguientes:

- Curiosidad por sentir los efectos de las drogas.
- Necesidad por ser aceptado dentro de un grupo o querer formar parte de él.
- El hecho de querer destacar ante el grupo de amigos o por compañeros de clase.
- Buscar un placer o querer evitar un dolor.

- Relajarse, tratar de reducir la ansiedad.
- Evadirse de una situación problemática y quizás porque se siente incapaz de afrontarla directamente.
- Llevar la contraria a los adultos, parecer maduro o mayor.
- Deseo de conseguir un autoconocimiento y una mayor comprensión de los alucinógenos.
- Arriesgarse a poner a prueba la propia capacidad de autocontrol.

Desde este punto de vista, se puede considerar que la motivación, es un término sumamente amplio el cual se ha utilizado en este caso para tratar de comprender las condiciones que impulsan al ser humano a actuar de una manera específica, como en este caso lo es la conducta de la ingestión de drogas.

Por lo anterior, se puede destacar que al hacer referencia al problema de la drogadicción, no se pueden excluir las causas o factores que originaron el problema o génesis y desarrollo de la farmacodependencia así como tampoco se pueden separar uno de otro, ya que todos y cada uno de ellos se encuentran interrelacionados.

#### **D) ADOLESCENCIA Y DROGADICCIÓN:**

La adolescencia es en realidad, una etapa de desarrollo del ser humano a la que se llega una vez que el cuerpo y la mente han adquirido cierta maduración, es por ello que aparece con una variedad de inicio tan grande entre persona y persona.

Una vez que acceden a ella, los adolescentes muestran una mayor definición de sus rasgos físicos y de sus actitudes pasando así de niños (as) a hombres y mujeres. Se considera que el proceso de cambio en la adolescencia es rápido y abrupto, tomando por sorpresa a la familia y al mismo adolescente, imponiéndoles la necesidad de convivir en una permanente reorganización, lo cual lleva a considerar la situación social de los adolescentes, en la que se manifiestan de manera muy especial las necesidades que son provocadas por este momento de desarrollo.

La capacidad del manejo del adolescente es el resultado de una gran cantidad de factores pero sin duda, el medio familiar en este caso, sigue siendo uno de los elementos más importantes en su formación (Centros de Integración Juvenil; 1995)

De acuerdo con lo anterior, se puede entender cómo la familia representa un núcleo importante a través del cual se le puede satisfacer al niño tanto necesidades físicas y afectivas, como sociales e intelectuales; con lo cual pueda resolver con efectividad los problemas a los que se enfrentará en su vida cotidiana. Si esto se da, al llegar a la adolescencia el niño (a) puede contar con una capacidad de manejo o mucho mayor, traducida en una verdadera posibilidad de adaptación a las exigencias sociales.

Si por el contrario, se observa una fuerte carencia de este tipo de factores, pueden ocurrir dificultades en la resolución de conflictos del adolescente, de tal manera que puede estar no muy bien preparado para enfrentar problemas característicos de esta etapa como por ejemplo: el hecho de carecer de habilidades intelectuales, razón por la cual le costará trabajo adaptarse a las exigencias de la escuela; la falta de determinación para emprender actividades por su propia cuenta; o también el hecho de carecer de habilidades sociales para relacionarse con grupos (Desarrollo Integral de la Familia, 1994).

Con base en lo anterior se puede considerar que un medio familiar poco afectuoso e indiferente a las necesidades de sus miembros y aunados con las carencias de estimulación intelectual y problemas económicos, pueden conducir al adolescente a la búsqueda de alternativas que le permitan alimentar esa escasez o carencia de medios y que la familia de origen no le alcanza a compartir, pudiendo en este caso recurrir a sus grupos de pares o bien a agentes nocivos (drogas), para "aliviar" de manera momentánea esa insatisfacción emocional que le invade. Sin embargo, se considera que este comportamiento se llega a hacer más evidente cuando la familia atraviesa situaciones difíciles lo cual impide el crecimiento y desarrollo óptimo de sus miembros siendo en este caso el adolescente el miembro más sensible y propenso para manifestar algún síntoma, como puede ser el de la drogadicción.

Stanton (1978; cit. en Andolfi y Zwerling, 1992) al referirse al síntoma de la drogadicción, sugiere que el adicto puede adquirir esta posición de "enfermo" ya sea para ubicarse como el centro de atención de los padres, o bien para regular las transacciones familiares.

De acuerdo con estas posiciones, se puede advertir que esta etapa problemática obedece a una serie de factores familiares, sociales y psicológicos y que interrelacionados entre sí, parecen propiciar la aparición del síntoma de la drogadicción.

## **E) TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA FARMACODEPENDENCIA EN MÉXICO.**

El abuso de drogas continúa siendo hasta la fecha uno de los problemas más graves de salud pública y social bastante serio, pues la incidencia y el número de adictos es cada vez mayor, principalmente en la población de adolescentes cuyas características posibilitan en gran medida que este fenómeno se extienda en mayores proporciones.

Al respecto autores como Joanning, Quinn, Thomas y Mullen (1992); Margolis (1995), Liddle y Dakof (1995), entre otros, han aportado estudios en los cuales se muestra que este tipo de población resulta ser la más afectada; asimismo, coinciden en señalar que los años de la adolescencia traen consigo una serie de cambios dramáticos en los ajustes sociales, así como una serie de expectativas bastante confusas, de tal manera que la ansiedad resultante, acompañada por un impulso hacia la independencia crea un contexto en el que muchos jóvenes experimentan con las drogas y el alcohol. Los mismos autores además, hacen hincapié en la importancia de las relaciones familiares en la creación y el mantenimiento de esta problemática.

Así bien, cabe mencionar que en México la Encuesta Nacional de Adicciones y la Dirección General de Epidemiología, reportaron, en 1993, que a partir de una encuesta realizada en México a nivel nacional, alrededor de un millón y medio de usuarios adictos han consumido alguna droga al menos una vez en su vida, encontrando que de cada 100 adictos, 12 eran adolescentes entre 12 y 18 años de edad (Encuesta Nacional de Adicciones y Drogas Ilegales, 1993).

Estas cifras reflejan de alguna manera, la enorme necesidad por la que atraviesa el país, sobre todo porque dicho consumo produce no sólo gastos considerables al adicto y a su familia, sino también a la misma comunidad ya que desde la perspectiva de la familia y el individuo, se observa la pérdida de empleos, problemas familiares, inestabilidad financiera, abuso psicológico, etc.

En cuanto a la sociedad se puede advertir que dicha conducta en ocasiones genera víctimas a partir de actos delictuosos o accidentes por parte del adicto, así como también, gastos financieros y costos por encarcelamiento, además la atención médica y el tratamiento que se le llega a brindar tienen costos bastantes elevados (Liddle y Dakof, 1995).

De acuerdo con estos planteamientos, podemos advertir cómo el interés por abatir esta problemática es cada vez mayor, no sólo en el caso de las autoridades, sino además en aquellas personas quienes se encuentran ligadas a las áreas de la salud y que se interesan por el bienestar del individuo mismo; tal es el caso de médicos, psicólogos, psiquiatras, etc., quienes pueden establecer diversas formas de intervención y tratamientos encaminados a la recuperación no sólo del individuo mismo, sino de la sociedad con la cual éste convive y por supuesto de la familia.

Por lo anterior, conviene mencionar que para llevar a cabo un tratamiento eficaz en el adicto, resulta necesario establecer el grado de dependencia hacia la droga utilizada.

Al respecto Joanning, Quinn, Thomas y Mullen (1992), reportan diferentes estadios en el consumo de drogas, los cuales van desde la experimentación ocasional, al uso recreacional regular, pasando posteriormente a una dependencia psicológica y física. Este proceso evolutivo de ingesta y uso de drogas se vuelve así un abuso o una adicción, de tal manera que de cualquier intento de intervención en el desarrollo de la drogadicción se debe considerar no sólo a la población afectada, sino también a la que se encuentra en riesgo de serlo.

Con base en lo anterior, podemos considerar que las dimensiones que actualmente ha alcanzado la problemática de la drogadicción en México han sido tales, que hoy en día han aparecido numerosas organizaciones tanto públicas como privadas, que se han dado a la tarea de buscar alternativas y programas útiles al tratamiento del problema de la drogadicción.

Al respecto, cabe señalar a Centros de Integración Juvenil (C.I.J.), organismo el cual surge en México alrededor de los años 70's y cuyo objetivo no sólo ha sido el de rehabilitar a aquellas personas que han sido etiquetadas como farmacodependientes, sino también el de proporcionar apoyo psicológico a la familia. Asimismo, estos organismos también llevan a cabo la tarea de prevención lo cual se realiza a través de pláticas a diferentes sectores de la población, o bien, por medio de la radio, televisión, y prensa.

Otro de los organismos que también se ha enfocado al estudio de esta problemática, ha sido el Instituto de Psiquiatría, el cual ha participado de manera activa elaborando información con carácter preventivo y de educación dirigida a médicos familiares, maestros y jóvenes.

La Dirección General de Salud por su parte, ha creado unidades con el objeto de brindar apoyo intrahospitalario al farmacodependiente.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través de su división de farmacología y de su departamento de Investigación Científica, tiene la tarea de brindar atención a través de consultas externas y servicios de internamiento cuando el nivel de la problemática lo requiera, de tal manera que en este caso se realizan estudios minuciosos sobre la problemática del paciente a fin de brindar un tratamiento adecuado a sus necesidades (Sánchez y Jiménez, 1995).

Ahora bien, antes de mencionar los tipos de tratamiento que estas instituciones ofrecen es necesario considerar algunos aspectos importantes sobre lo que esto implica.

Es así que consideramos a Madden (1986) quien reconoce que todo tratamiento encaminado a la rehabilitación del paciente, debe contemplar metas y objetivos tanto a corto como a largos plazos los cuales deben ser aceptados por el paciente y el terapeuta. Asimismo, el autor agrega que todo tratamiento dependerá en gran medida de las características del paciente, así como del consumo que manifieste, del tipo de sustancias que utilice y de la cantidad ingerida.

Es así que tanto Madden (1986) como Kalua (1988), coinciden en afirmar que no existe una orientación universal válida para todas las personas que consumen drogas; Massun (1991) al respecto cuestiona también sobre el hecho de que cada país y cada región debe formular las respuestas a este problema de acuerdo con su propia individualidad. Es por ello que sostiene que el consumo de drogas no puede entenderse fuera del contexto de las sociedades y culturas en que viven los consumidores.

Considerando lo anterior, a continuación se plantearán algunos tipos de tratamiento que suelen utilizarse en la recuperación de pacientes con problemas de adicción y los cuales se clasificarán en dos categorías: tratamiento médico y tratamiento psicológico.

**Tratamiento Médico:** aquí se pueden advertir dos tipos de intervención, la primera sería cuando se intenta separar al individuo del fármaco o droga específica que le causa dependencia con la mayor rapidez posible ayudándole a perseverar en su abstinencia. En este caso, resulta importante considerar que dicha supresión debe ser examinada por un médico especial, ya que deben considerarse aspectos como: edad, tipo de sustancia, grado de dependencia, etc.; todo ello, con el fin de que el individuo se recupere sin complicaciones.

Al respecto Madden (1986) hace hincapié en el hecho de que cuando se suspende alguna droga de manera abrupta, los resultados pueden ser lamentables para la vida del paciente, sobre todo si éste presenta un grado de dependencia mayor.

En estos casos, el médico debe optar por el tratamiento adecuado señalando además si se requiere de internamiento hospitalario o no.

En lo que respecta a la segunda intervención, ésta comprende la administración de un fármaco o sustituto empleado en determinada forma, de tal manera que se lleven al mínimo sus efectos dañinos.

Se considera que en este caso el empleo de fármacos sustitutos pueden representar una pausa temporal en la lucha contra el vicio de tal manera que al final se espera que el individuo abandone completamente el uso de fármacos (Ayala, 1985; citado en López y Sánchez, 1995).

Se ha observado que en casos graves de intoxicación y que requieren internamiento hospitalario, el empleo o administración de fármacos como la metadona, constituye un recurso a través del cual se valen los médicos para ayudar al paciente ya que dicha sustancia, actúa como supresor, reduciendo el uso de dependencia a las drogas de tal manera que si un paciente bajo tratamiento de metadona llega a inyectarse alguna droga como por ejemplo heroína, ya no experimentará el vértigo que constituía su principal atractivo.

De los resultados obtenidos a partir del empleo de metadona, se ha encontrado por un lado, que los pacientes pueden desarrollar un estado de vida más estable sin complicaciones físicas y además han mejorado su moral, ajustándose mejor al matrimonio y trabajo; sin embargo, existen otros puntos de vista que sugieren el uso inadecuado de dicha sustancia sobre todo en pacientes que se encuentran bajo tratamiento de la misma y que sin duda, supone una comercialización y uso ilegal grave dando lugar así, a una fuerte incidencia en el uso y consumo de dichas sustancias. (Madden, 1986).

Existen otros tipos de sustancias como la apomorfina que suele también utilizarse en este tratamiento produciendo náuseas y actuando como depresores frente al individuo ocasionando además respuestas como agresividad, lo cual conlleva a la búsqueda de nuevos métodos que manejen esta conducta; además su uso en pacientes con trastornos gástricos o cardíacos puede resultar perjudicial por los efectos que dichas sustancias producen, esta terapia también se conoce como terapia aversiva (Sánchez y Jiménez, 1995).

**Tratamiento Psicológico:** Ahora bien, se considera que el tratamiento médico suele ir acompañado del tratamiento psicológico basado en la psicoterapia individual y de grupo (aquí se incluye a la familia), además de la terapia impartida en centros especiales, es por ello que en este apartado se tratarán de explicar algunas técnicas empleadas en la recuperación de pacientes adictos.

Considerando lo anterior, resulta importante señalar la existencia de una gran variedad de estrategias y técnicas que se han empleado en el manejo de la conducta adictiva las cuales dependen no sólo del tipo de organización que ofrece apoyo al adicto, sino también de la postura del terapeuta que tiene como objetivo minimizar el problema de la drogadicción, así bien, algunas de las técnicas empleadas suponen el uso de aparatos y medicamentos que ayuden a evitar el consumo de sustancias tóxicas, como ya se mencionó anteriormente; otras, consideran el empleo de técnicas conductuales para modificar la conducta adictiva; en otras, se opta por la psicoterapia individual o bien de grupo.

En fin, cada organización o modalidad terapéutica considera una amplia gama de estrategias que brindan apoyo al adicto y de las cuales se han obtenido resultados satisfactorios.

Así bien, a continuación consideramos algunas técnicas conductuales de las cuales emergen el empleo de recompensas y castigos.

En lo que respecta a las recompensas, aquí se pone énfasis en las conductas adecuadas y responsables que llega a presentar el paciente en determinadas situaciones tales como: dejar de consumir drogas por un lapso de tiempo ya sea corto o prolongado fuera o dentro del hogar. Las recompensas en ocasiones se traducen ya sea proporcionando afecto o estimación al adicto; también pueden traducirse en la obtención de privilegios ya sea dentro o fuera del hogar e incluso en el trabajo (ascendiendo en este caso de jerarquía).

Por lo que se refiere al empleo del castigo, aquí se llegan a considerar aspectos tales como pérdida de derechos o privilegios, cuando el paciente se desvía de una norma previamente establecida como por ejemplo el hecho de volver a incidir en el consumo de drogas, en este caso, se puede recurrir a cuestiones tales como retiro de afecto o privilegios.

En algunos casos, el empleo de reforzadores o estímulos aversivos pueden resultar efectivos ya sea para establecer o disminuir determinada conducta según corresponda (Jaffe y Petersen, 1980).

Otras técnicas de carácter conductual y que también suelen usarse para prevenir la ingestión de drogas son las siguientes:

**Estimulación Eléctrica:** se basa en la colocación de electrodos cutáneos y por medio de una estimulación con corriente eléctrica de baja frecuencia se produce un aumento en el umbral al dolor del organismo. Aquí se consideran aspectos como: resistencia al dolor, nivel de ansiedad del paciente y que puede aumentar con la inducción de la estimulación eléctrica permitiendo así el desarrollo de reacciones de evitación.

En el caso de pacientes adictos esta técnica puede ser utilizada cuando el paciente recurra a situaciones bajo las cuales llegue a incurrir en el consumo de sustancias tóxicas, de tal manera que el empleo de esta técnica tendrá como consecuencia la evitación de la conducta adictiva.

**Sensibilización Encubierta:** esta técnica se basa en el empleo de escenas imaginarias con eventos o estímulos aversivos, esta técnica no requiere de aparatos ni drogas y los pacientes pueden ser entrenados en escenarios naturales. El empleo de esta técnica en sujetos adictos requiere de un entrenamiento en situaciones imaginarias a partir de las cuales se le presentan eventos en donde él participa y se observa a sí mismo en determinadas situaciones un tanto caóticas, como por ejemplo, bajo una apariencia física desagradable, sin trabajo, con una situación económica depreciable o bajo un ambiente familiar desintegrado, etc. Este tipo de situaciones por lo tanto, llegan a provocarle pánico, miedo y angustia, de tal manera que, las evita y trata de imaginar situaciones más positivas en las cuales se evita el uso de sustancias tóxicas.

**Desensibilización Sistemática:** esta técnica involucra el apareamiento de respuestas incompatibles con los estímulos que provocan ansiedad, intentan por ello, reducir la ocurrencia de estímulos específicos relacionados con el problema y asociarlos con las respuestas negativas incompatibles.

El empleo de esta técnica sugiere un entrenamiento en relajación, asimismo se obtiene información sobre los eventos que le causan ansiedad al individuo adicto y que lo posibilitan en el uso y consumo de drogas. Estos eventos se ordenan por jerarquía según el nivel de ansiedad que le causan de tal manera que se empezará a trabajar con imágenes que le causen de menor a mayor ansiedad. Posteriormente se trabajará a partir de escenas imaginarias en las cuales se pretende que el adicto logre un estado de relajación completa disminuyendo totalmente el nivel de ansiedad producido en un principio.

Una vez concluido este trabajo se procede a llevar a cabo un trabajo similar pero bajo situaciones reales.

Existe otro tipo de procedimientos que intentan reforzar la motivación del adicto para tolerar los síntomas de la supresión de la droga o bien disminuir la tensión interna que según se piensa, contribuyen al deseo urgente por consumir drogas una vez superada la fase de supresión. Entre ellos podemos señalar los siguientes: acupuntura, meditación trascendental e hipnosis.

La acupuntura en este caso representa una técnica china que consiste en una inserción rápida de agujas en la piel en determinados puntos específicos y que ayuda a restaurar el equilibrio en el paciente, en dicho procedimiento se inhibe la percepción del dolor en grado considerable. En los casos de adicción se considera que dicha técnica alivia los dolores causados por el síndrome de abstinencia a la heroína además de que contrarresta el deseo de volver a consumir drogas.

En el caso de la meditación trascendental, se trata de una disciplina espiritual cuyas técnicas utilizadas se llevan a cabo con la esperanza de obtener paz y serenidad internas. La rutina consiste en la repetición continua de palabras que brinden una calma interna y tranquilidad mental, se buscan además, alternativas que alivien tensiones que se desean reducir o suprimir (Madden, 1986).

Se considera que estas técnicas al igual que las de sensibilización sistemática, estimulación eléctrica y sensibilización encubierta entre otras, resultan no ser tan efectivas, ya que estudios realizados han confirmado que a pesar de haber obtenido resultados satisfactorios, al final del tratamiento, después de un año posterior a éste, estos resultados no se mantuvieron (López y Sánchez, 1995).

Por lo anterior, se puede advertir que toda esta variedad de tratamientos que tienen como objetivo el abandonar el problema de las drogas, no resultan por sí mismos ser eficaces, ya que se requiere por principio, del apoyo médico para la desintoxicación y para controlar otros problemas orgánicos en el paciente, también la participación activa de la familia, debe hacerse presente ya sea como apoyo terapéutico motivando al paciente a buscar alternativas que le ayuden en su recuperación o bien, reforzando conductas positivas que minimicen la ingesta de sustancias tóxicas de manera gradual y efectiva.

En estos casos, la inclusión de la familia en la terapia representa una forma a través de la cual el adicto puede contrarrestar un poco la idea que comúnmente se maneja en torno al síntoma como algo meramente individual y propio, en estos casos, la terapia sugiere la colaboración de cada uno de los miembros de la familia e incluso de otros sistemas (amigos, parientes, vecinos, etc.) con los cuales mantiene una relación estrecha.

De acuerdo con lo anterior, se puede advertir que todo tratamiento aun cuando parezca estar muy bien diseñado y elaborado, si no se incluye al sistema familiar, se corre el riesgo de que el paciente permanezca en esa continua dependencia autodestructiva, ya que ante los ojos de los demás de acuerdo con esta postura, él seguirá siendo el origen del problema, de tal manera que el paciente por sí mismo difícilmente podrá lograr un cambio en su persona y en su sistema familiar.

Ahora bien, considerando los límites y alcances que hasta el momento la drogadicción ha despertado, es necesario hacer hincapié en el hecho de abordar esta problemática de manera diferente, es decir, ya no inclinarse únicamente por el problema de la drogadicción, sus consecuencias y la manera de solucionarlo, sino también como señalan Massun (1991) y Kalua (1988), en la forma de prevenir dicha enfermedad antes de su aparición.

En lo que respecta a las alternativas que se han sugerido para evitar el abuso de las drogas, se puede considerar el hecho de que se hayan declarado ilegales a las drogas con lo cual se busca mantener al usuario o al posible usuario alejado de ellas.

Otra de las acciones que también se han llevado a cabo es el hecho de preparar al (los) adolescente (s) mediante una labor educativa, informando sobre los efectos y riesgos de la ingestión de droga, a fin de que aprendan a relacionarse con ellas e identificar el peligro que acarrearán.

La necesidad de buscar establecimientos de centros especiales de actividades recreativas y juveniles, también ha representado otra de las opciones para atraer a los adolescentes e inclinarlos al deporte, a la música, a la pintura, etc. Al respecto Calderón y Gispert (1994; 1987; citados en Sánchez y Jiménez, 1995), consideran que estos programas han arrojado buenos resultados en nuestro país.

## **CAPÍTULO 6**

### **ESTUDIOS REALIZADOS BAJO TRATAMIENTO DE TERAPIA FAMILIAR, UNA ALTERNATIVA DE TRABAJO EN ADOLESCENTES QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE DROGADICCIÓN.**

En capítulos anteriores se ha podido observar que a partir de las últimas dos décadas, se ha ido incrementado el interés en el estudio y aplicación del tratamiento de familias en las que se presentan diversos trastornos psicológicos ya sea en uno o en varios de sus miembros. Este interés no es reciente, sin embargo, es a partir de este período cuando se diversifican y actualizan los enfoques para manejar el problema, sobre todo, cuando el trastorno que afecta a la familia es la farmacodependencia, problema que a pesar de ser parte de la historia de la humanidad ha tenido en los últimos años, un desarrollo tan acelerado que ha sido necesario plantear una infinidad de aproximaciones teóricas y prácticas para su prevención y tratamiento (Centros de Integración Juvenil, 1985).

Es así que estas aproximaciones teóricas y prácticas empiezan a distinguir a la farmacodependencia como producto del quehacer humano de tal manera que su campo de acción no se encuentra reducido únicamente al individuo mismo, sino que empieza a penetrarse en el área social y familiar, siendo esta última, uno de los vínculos más importantes con el cual el individuo guarda una relación más estrecha, es por ello, que su participación dentro de un tratamiento resulta indiscutible.

Por lo anterior, consideramos importante dar énfasis en la terapia familiar como una forma de abordar e incidir sobre la problemática de la drogadiccción.

Así bien, desde esta perspectiva autores como Margolis (1995), Stanton y Todd (1990), Liddle y Dakof (1995), entre otros, ponen de manifiesto la importancia de diversos modelos terapéuticos basados en la Terapia Familiar Sistémica a partir de los cuales se han podido obtener resultados favorables en familias cuyos hijos adolescentes, presentaban problemas de drogadiccción.

Al respecto Margolis (1995) hace hincapié en que un tratamiento debe proporcionar una estructura de esperanza y apoyo, así como establecer límites apropiados de ayuda familiar, enseñar habilidades específicas de afrontamiento y tratar déficits en los retrasos que puedan resultar a partir del consumo de drogas, así como fomentar en toda la familia el comienzo de su propio proceso de recuperación.

Liddle y Dakof (1995) también ponen énfasis en la participación de la familia en cuanto al tratamiento de adicciones se refiere, en este caso, ellos distinguen a la terapia familiar específicamente como una forma de intervención a través de la cual se pueden lograr cambios positivos en personas cuyo abuso es evidente; consideran además que a pesar de la escasa existencia de estudios completos en relación a adolescentes adictos bajo tratamiento en terapia familiar algunas instituciones como el NIDA (Instituto Nacional de Adicciones de Estados Unidos) se han interesado por establecer una serie de investigaciones sobre la eficiencia de intervenciones, respaldando en este caso, el hecho de llevar a cabo terapias familiares en centros de investigación y tratamiento sobre adicciones.

Por su parte Joanning, Quinn, Thomas y Mullen (1992) hacen hincapié en un estudio realizado por el NIDA y el cual se diseñó con el objeto de valorar la eficiencia relativa de los sistemas de terapia familiar, terapia de grupo para adolescentes y otro de educación familiar contra la drogadicción.

El diseño de estudio, era un diseño de comparación de grupos previo y posterior a las pruebas. En este caso se evaluaron a las familias antes del tratamiento, inmediatamente después del tratamiento y a los 6 meses después de finalizado.

Los grupos de tratamiento fueron tres:

El primer grupo abarcó sistemas de terapia familiar, el segundo grupo una terapia de grupo para adolescentes y el tercero, un tipo de educación familiar contra la drogadicción.

La propuesta de estudio que en este caso se manejó fue el de comparar la eficiencia relativa de estos tipos de intervención.

La muestra la constituyeron familias quienes tenían al menos un padre, y el adolescente adicto vivía en el mismo hogar. La edad de los sujetos adolescentes fue de entre los 11 y 20 años. Se consideraba que los adolescentes eran usuarios cuando mostraban un grado de intoxicación que era identificado por oficiales escolares y por los mismos padres, también cuando presentaban problemas de arresto por posesión de drogas.

Del total de 134 familias que en un principio cumplieron con la preevaluación sólo 82 completaron el estudio, en este caso se observó que las familias cuyo tratamiento se basa en los sistemas de terapia familiar, fueron quienes concluyeron todo el tratamiento.

El tipo de intervención que se llevó a cabo para los grupos de sistemas familiares de terapia, fue la integración de una terapia familiar con un enfoque estructural y estratégico. En el caso de la terapia de grupos para adolescentes el tratamiento integró un entrenamiento en el desarrollo de habilidades sociales basado en técnicas conductuales cognoscitivas y en la teoría de roles; en este caso la terapia estuvo conformada únicamente para los adolescentes. Por lo que se refiere al tratamiento basado en la educación familiar contra la drogadicción, ésta se basó en la presentación formal de información cuyos tópicos iban desde la naturaleza de las drogas y sus efectos en el cuerpo humano, hasta sus efectos en la conducta y en el funcionamiento familiar.

La evaluación estuvo conformada por diferentes tipos de instrumentos entre los cuales se destacan los siguientes: cuestionarios, diferentes inventarios así como el uso de escalas. También se utilizaron análisis de orina, entrevistas a las familias y registros escolares.

Finalmente los líderes y terapeutas evaluaban de acuerdo a su criterio el comportamiento del adolescente cuando éste presentaba o no, una conducta adictiva.

Los resultados arrojados, mostraron que una minoría de adolescentes cuyo tratamiento se basó en el uso de técnicas de terapia familiar parecían utilizar drogas después del estudio, mientras que en las otras dos condiciones, se encontró una mayor proporción de sujetos que consumieron drogas después del estudio.

Al parecer los tres tipos de tratamiento mejoraron la percepción de los adolescentes con respecto a la comunicación con los padres.

Los hallazgos encontrados suponen en este caso que la terapia familiar parece ser efectiva y prometedoras como un método de la intervención para detener el uso de drogas en los adolescentes, o bien, para limitar los problemas de conducta asociados con él.

Szapocznick y cols. (1988; citados en Liddle y Dakof, 1995) al respecto, han sido de los primeros investigadores en establecer la eficiencia de la terapia familiar en el tratamiento de la drogadicción con adolescentes, algunos de sus estudios reportan cambios significativos en relación a las tasas de abstinencia las cuales fueron de un 7% en el momento de admisión a un 80% al término del tratamiento.

En este caso se destacó un tipo de terapia familiar conjunta y una terapia familiar de tipo personal; los resultados arrojados se hicieron evidentes en la mayoría de los pacientes en varias áreas de funcionamiento, incluyendo el uso de drogas, se observó que aún después de un estudio de seguimiento, los resultados siguieron manteniéndose. En este caso se destaca la importancia de la terapia familiar conjunta la cual alcanzó resultados más significativos que en aquella terapia en la que sólo se consideraba al adolescente.

Estudios posteriores realizados por Szapocznick y Satiesteban (1988; citados en Liddle y Dakof, 1995) también vuelven a confirmar la efectividad de la terapia familiar; su estudio se basó en determinar la eficacia de un programa de compromiso acrecentado, dentro del cual se consideraron sistemas estructurales de estrategias para comprometer a los adictos y sus familias en una terapia y otro en donde se manejaron estrategias tradicionales de compromiso para retener a los adolescentes y a sus familias en el tratamiento. Aunque en este caso no se pone de manifiesto el tipo de estrategias específicas que se manejaron, los resultados alcanzados demuestran que los sistemas estratégicos y estructurales de compromiso resultan eficaces para comprometer exitosamente y mantener a los adolescentes adictos y a sus familias en el tratamiento. Ellos proponen en este caso, iniciar un trabajo terapéutico diagnosticando, uniendo y estructurando a la familia desde la primera sesión.

Satiesteban (1998, citado en Liddle y Dakof, 1995) en otro estudio similar con familias hispano-cubanas y otras que no lo eran, encontró resultados en los que se observa que en las familias hispano-cubanas éstas mostraron cierta resistencia al tratamiento familiar, mientras que en las familias que no eran hispano-cubanas el procedimiento acrecentado de compromiso fue muy efectivo. Este tipo de hallazgos nos hacen suponer un tipo de orientación familiar diferente entre los dos tipos de familia y que deberá ser considerado en estudios posteriores como un tipo de variable cultural, a fin de mejorar determinado tratamiento y que a futuro posibilite una mayor recuperación en pacientes adictos.

Con base en los estudios anteriormente descritos sobre adictos, conviene también reconocer en cierta forma el grado de heterogeneidad de esta conducta y de los desórdenes que ella manifiesta, pues por principio la población que consume drogas es muy diversa en términos de edad, nivel de desarrollo del usuario, drogas de abuso, dinámica y composición familiar, etnicidad, sexo y status económico. Al respecto Quinn, Kuehl, Thomas, Joanning y Newfield (1989), comentan que existen diferencias entre aquellos jóvenes que consumen marihuana diariamente.

La vida de estos jóvenes quizás pueda ser aún más diferente si se les compara con adultos adictos a la cocaína, pues por un lado, se considera que los efectos de las drogas difieren en cuanto a las respuestas fisiológicas, psicológicas y sociales que se manifiestan en el individuo,

De acuerdo con esta postura, resulta importante tomar en cuenta este tipo de variables en investigaciones y estudios posteriores a fin de lograr una mayor generalización en cuanto a los resultados que lleguen a obtenerse.

Stanton por su parte (citado en Andolfi y Zwerling, 1992), considera que a partir de la terapia familiar con los adictos y su familia extensa puedan producirse cambios efectivos en los miembros de la familia lo cual puede contribuir a que los padres mejoren la forma de tratar a sus hijos (as) apareciendo así como más competentes. Se considera que estas experiencias pueden ser retomadas al tratar a los hijos más pequeños cuando crezcan, previniendo así la aparición de futuros problemas en los miembros de la familia.

En lo que respecta a la educación preventiva, el autor, considera que ésta debe dirigirse principalmente a los padres y familia, dejando un poco de lado a los sistemas escolares.

Massun (1991) por su parte, considera que, contrariamente a Stanton, las escuelas representan un lugar privilegiado en el cual se concentran los jóvenes en la edad en que se encuentran más expuestos al peligro de las drogas. Asimismo, este autor considera al maestro como una fuente importante en esta labor, pues señala que tiene muchas posibilidades de influir en sus actitudes frente a las drogas.

Por lo anterior, se puede observar que tanto el empleo de técnicas como en lo referente a los modos de prevención en el problema de la drogadicción, existen discrepancias en la manera en que cada una aborda la problemática, sin embargo, puede ser posible que la experiencia del terapeuta, o bien del médico así como las herramientas, tienen que ver con el hecho de que cada familia manifiesta reacciones diferentes ante un tratamiento similar, de tal manera que se sugiere realizar un estudio minucioso sobre la familia para evitar caer así en errores y hacer generalizaciones.

El estudio de la presente tesis sin embargo, considera que la familia es el núcleo más importante en el cual se desarrolla el individuo y del cual aprende diferentes formas de conducta, es por ello que se sigue haciendo hincapié en la necesidad de incluirla en todo tratamiento terapéutico.

## DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA ELEGIDO Y JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con los fundamentos anteriormente señalados, se puede considerar que el analizar y cuestionar la importancia del comportamiento humano, no sólo implica indagar sobre su persona, sino además sobre el medio que le rodea, y dentro de ese medio, no puede dejarse de lado el papel de la familia, ya que ésta constituye el primer agente de socialización donde el individuo se va a ir desarrollando y en donde va a interactuar con los otros miembros; y en donde además, se le van a satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, vestido, educación) y afectivas.

Es así que el analizar de manera conjunta al individuo y a la familia como dos entidades que están interrelacionadas continuamente, y en donde ambos dependen uno del otro para su crecimiento y función, permitirá comprender aún mejor cómo es que está conformada la personalidad del individuo y con ello, cómo es que la misma familia moldea la forma de comportamiento de cada uno de sus miembros.

Ahora bien, considerando que la familia constituye un sistema abierto que recibe influencia tanto del interior como del exterior y el cual se encuentra en constante transformación y equilibrio dinámico; dicho sistema en ocasiones presenta dificultades para adaptarse a los cambios o eventos inesperados que enfrenta a lo largo de su ciclo vital, de tal manera que estas dificultades muchas veces llegan a traducirse en forma de síntoma, el cual funciona como un mecanismo homeostático regulador de las transacciones familiares. De acuerdo con esto se considera que el síntoma representa una señal la cual pone de manifiesto que la familia atraviesa por una serie de dificultades que le impiden el crecimiento y desarrollo de sus miembros.

Así bien, considerando lo anterior, la presente investigación tiene como propósito, analizar la estructura familiar del farmacodependiente que se encuentra en la etapa de la adolescencia, con el propósito de ver si este tipo de síntoma (farmacodependencia), obedece a las características que según Minuchin (1992) considera pertenecen a familias disfuncionales que atraviesan por una serie de conflictos que repercuten en cada uno de sus miembros, ocasionando cierta incomodidad y estrés.

Se considera que esta investigación aportará ciertos elementos que podrán servir como herramienta a un gran número de profesionales que tengan contacto con pacientes que presentan problemas de drogadicción, ya que permitirá tener una mejor visión de la problemática que vive la familia y que de alguna manera se está traduciendo en forma de síntoma, impidiendo así, el crecimiento de ese sistema familiar. Se considera además, que este trabajo representa una vía para obtener información del sistema familiar a través del cual se pueda terapéuticamente incidir de una manera más eficaz con respecto al problema de la drogadicción. El hecho de conocer la forma como interactúan los miembros de un sistema cuando uno de ellos presenta problemas de drogadicción y por ende se ve afectada toda la familia, permite al terapeuta contar con un panorama a-priori que le ayude en su interacción para promover la reestructuración familiar necesaria para que el sistema pueda enfrentar mejor el problema y apoyar así al miembro que lo presente. Además, un estudio como el que se plantea, permitirá obtener información que posibilite el trabajo de prevención de muchos conflictos familiares que agravan el problema de drogadicción.

De esta manera se pretende hacer hincapié en la importancia que tiene la familia como elemento que además de brindar bienestar al individuo, también puede crearle cierta patología, de tal manera que para lograr un cambio de este individuo, es necesario reestructurar todo el sistema y la comunicación, y esto sólo puede lograrse, si la familia se considera parte de dicha patología o síntoma.

# EL ADOLESCENTE FARMACODEPENDIENTE: UN ANALISIS SISTÉMICO.

## METODOLOGÍA

**OBJETIVO:** Analizar la estructura familiar del farmacodependiente que se encuentra en la etapa de la adolescencia.

**SUJETOS:** Participaron 45 familias con hijos adolescentes de niveles socioeconómicos medio y bajo, quienes asistían por primera vez a recibir atención psicológica ya sea a los Centros de Integración Juvenil (Cuahutémoc Oriente, Poniente) o bien, al Instituto de Asistencia Privada (I.A.P.), en el cual se ofrece servicio terapéutico a jóvenes con problemas de drogadicción.

De la muestra, 11 adolescentes correspondieron al sexo femenino y los 34 restantes, al sexo masculino. La edad de los sujetos fluctuó entre los 11 y 19 años de edad. Cabe mencionar que estos sujetos vivían con su familia de origen a la cual se podía clasificar como: familia integrada (padre, madre e hijos), familia con un solo progenitor (madre e hijos) o familia reconstruida (de segundas a terceras nupcias).

En cuanto a la contactación con las familias y/o adolescentes de interés ésta se llevó a cabo gracias al apoyo del personal encargado de los Centros los cuales eran los primeros en establecer contacto con las familias cuando éstas ingresaban por vez primera a recibir atención psicológica; asimismo, se les preguntaban algunos datos que para nuestro estudio en cuestión eran importantes tales como: edad y si el paciente identificado vivía en la actualidad con su familia de origen; posteriormente, se les preguntaba si podían o no cooperar en la realización de una entrevista la cual contemplaba algunos aspectos sobre la relación familiar y en la que podían participar cada uno de los miembros de la familia incluyendo al paciente o bien, se podía realizar la entrevista únicamente al paciente, de acuerdo a su criterio. Una vez que las familias y/o pacientes aceptaron, éstos fueron remitidos con el entrevistador quien se ponía de acuerdo con las familias y pacientes para llevar a cabo la entrevista.

**MATERIALES:** Para la recabación de datos, se utilizó una guía de entrevista diseñada para obtener información sobre la estructura familiar (Montalvo y Soria, 1997). (Anexo I).

Dicha guía constó de preguntas las cuales estaban encaminadas a obtener los siguientes datos: Jerarquía, Centralidad, Periferia, Límites, Hijos Parentales, Alianzas y Coaliciones; también se incluyeron algunos aspectos para obtener datos demográficos relacionados con la familia como son: edad de los miembros, su ocupación y sexo, para con ello, establecer el *familiograma*, respetándose el anonimato. El entrevistador partía de cada pregunta para formular muchas más al respecto, para con base en ello identificar la estructura familiar.

**ESCENARIO:** Algunas entrevistas se llevaron a cabo en los Centros de Integración Juvenil Cuauhtémoc-Poniente y en el Oriente, ambos ubicados en la Delegación Cuauhtémoc en el D.F., algunas otras se llevaron a cabo en el Instituto de Asistencia Privada (I.A.P.) ubicado en la Delegación Azcapotzalco en el D.F. donde también atienden a pacientes con problemas de drogadicción.

**VARIABLES:**

- Estructura familiar
- Tipo de familia: integrada, con un solo progenitor y reconstruida.
- Drogadicción
- Etapa de adolescencia del (a) drogáctico (a).

**PROCEDIMIENTO**

Una vez que las familias y/o pacientes según fue el caso, se pusieron en contacto con el entrevistador, se dispuso a realizar la entrevista dentro de la Institución correspondiente, poniendo énfasis en que dicha entrevista sería de carácter confidencial y que la información obtenida sólo sería utilizada para fines de estudio.

Posteriormente, se realizaron cada una de las preguntas contenidas en la guía de entrevista con el propósito de indagar en lo mejor posible la estructura de cada una de nuestras familias; cada entrevista tuvo una duración aproximada de 1.30 horas.

**RESULTADOS**

Los datos se analizaron con el programa SPSS para determinar la frecuencia de cada aspecto estudiado.

## RESULTADOS

De acuerdo con las entrevistas realizadas a las familias de los sujetos de interés, se encontró que 24 de ellas conformaron al tipo de familia integrada (en ellas se observó la presencia de padre, madre e hijos); 11 casos más, fueron considerados como familias con un solo progenitor, aunque cabe aclarar que en estas familias la madre era quien vivía con los hijos y el padre aunque no vivía con ellos de vez en cuando mantenía contacto con ellos; el resto (10 casos más), se denominaron familias reconstruidas (sistema familiar actualmente formado por una segunda pareja, ya sea por abandono, divorcio o muerte de uno de los progenitores). Cabe mencionar, que dichos tipos de familias se agruparon de acuerdo a las similitudes que las caracterizaban sobre todo en algunos aspectos de su estructura.

Así bien, los resultados obtenidos arrojaron los siguientes datos:

## LÍMITES EN EL HOLÓN CONYUGAL

En lo que respecta a las familias integradas, éstas obtuvieron un alto porcentaje de límites difusos, ya que las 24 familias (100% de los casos) mostraron esta característica (ver tabla 1 y figura 1).

Por su parte, en aquellas familias donde se halló un solo progenitor, se considera que no se puede hablar de límites en el holón conyugal pues dicho subsistema no existe ya que ambos cónyuges se separaron (ver tabla 2 y figura 2).

En cuanto a las familias reconstruidas, se encontró que el mayor número de ellas, reportaron la presencia de límites difusos, siendo así que 8 de las familias (80% de los casos) presentaron esta característica, mientras que otras dos familias (20%), obtuvieron límites claros (ver tabla 3 y figura 3).

Tabla 1 y Figura 1. Límites en las familias integradas con respecto a su Holón Conyugal.

TABLA 1 Familias Integradas		
Límites	Número de Casos	%
Claros	0	0
Difusos	24	100%
Rígidos	0	0
Se desconocen	0	0
Ausencia	0	0
TOTAL	24	100%

Figura 1  
Familias integradas

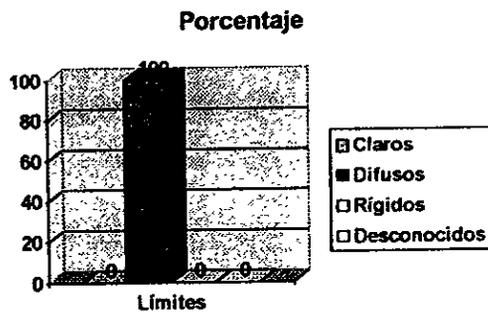


Tabla 2 y Figura 2. Límites en las familias con un solo progenitor con respecto a su Holón Conyugal.

TABLA 2 Familias con un solo Progenitor		
Límites	Número de Casos	%
Claros	0	0
Difusos	0	0
Rígidos	0	0
Se desconocen	0	0
Ausencia	11	100%
TOTAL	11	100%

Figura 2  
Familias con un solo progenitor

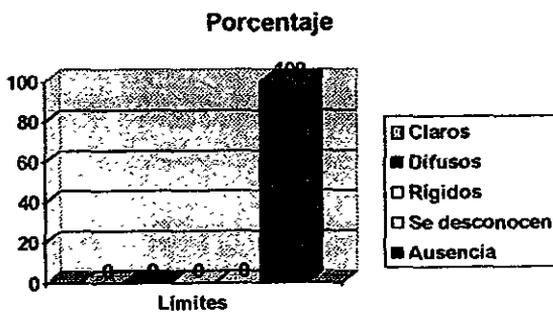
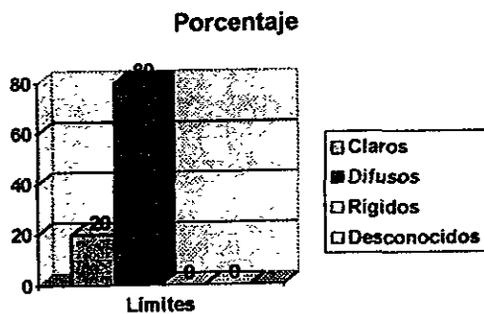


Tabla 3 y Figura 3. Límites en las familias reconstruidas con respecto a su Holón Conyugal.

TABLA 3 Familias Reconstruidas		
Límites	Número de Casos	%
Claros	2	20%
Difusos	8	80%
Rígidos	0	0
Se desconocen	0	0
Ausencia	0	0
TOTAL	10	100%

Figura 3  
Familias reconstruidas



## LÍMITES EN EL HOLÓN PARENTAL

Los resultados hallados en las familias integradas muestran que 19 de ellas (79.1%) poseen el tipo de límites difusos; 4 casos más (16.7%), obtuvieron límites claros y difusos y en un caso más (4.2%), se encontró la presencia de límites rígidos y difusos entre ambos padres. Cabe mencionar que ninguna de estas familias reportó límites claros únicamente ni solamente rígidos (Ver tabla 4 y figura 4).

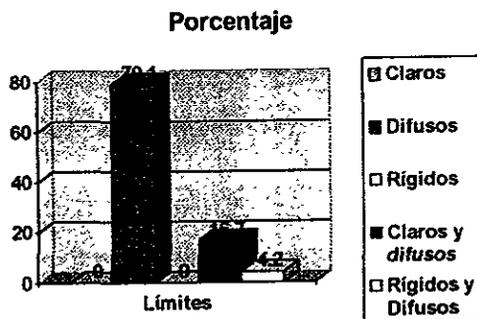
En las familias donde existe un solo progenitor, los límites que se presentaron con respecto a este subsistema u holón, fueron difusos pues 9 casos (81.8%) admitieron dicha característica; 1 caso más (9.1%), señaló la presencia de límites claros entre el progenitor y los hijos; otra familia (9.1%), admitió la presencia de límites claros y difusos entre ambos progenitores (cuando el padre llega a tener contacto con los hijos). Finalmente, ninguna de las familias registró límites rígidos (ver tabla 5 y figura 5).

En las familias reconstruidas se encontró que en todas ellas (100%), se manifestaron límites difusos en el subsistema parental (ver tabla 6 y figura 6).

Tabla 4 y Figura 4. Límites en las familias integradas con respecto a su Holón Parental

TABLA 4 Familias Integradas		
Límites	Número de Casos	%
Claros	0	0
Difusos	19	79.1%
Rígidos	0	0
Claros y Difusos	4	16.7%
Rígidos y Difusos	1	4.2%
TOTAL	24	100%

Figura 4  
Familias integradas



**Tabla 5 y Figura 5. Límites en las familias con un solo progenitor con respecto a su Rolón Parental**

<b>TABLA 5</b>		
<b>Familias con un solo Progenitor</b>		
<b>Límites</b>	<b>Número de Casos</b>	<b>%</b>
Claros	1	9.1%
Difusos	9	81.8%
Rígidos	0	0
Claros y Difusos	1	9.1%
Rígidos y Difusos	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

**Figura 5**  
**Familias con un solo progenitor**

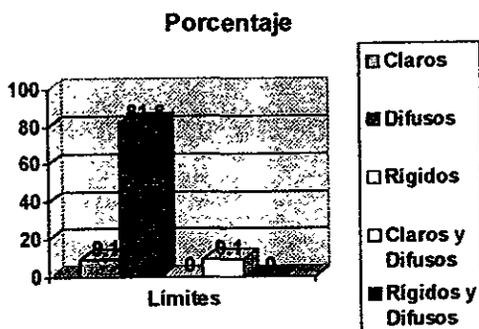
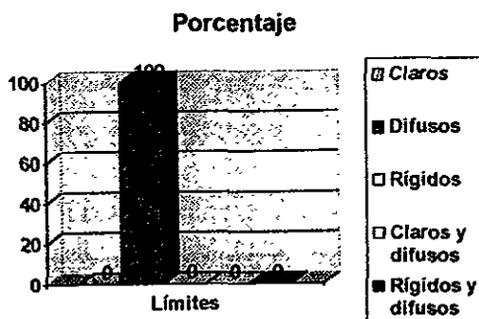


Tabla 6 y Figura 6. Límites en las familias reconstruidas con respecto a su Holón Parental

TABLA 6 Familias Reconstruidas		
Límites	Número de Casos	%
Claros	0	0
Difusos	10	100%
Rígidos	0	0
Claros y Difusos	0	0
Rígidos y Difusos	0	0
TOTAL	10	100%

Figura 6  
Familias reconstruidas



## LÍMITES EN EL HOLÓN FRATERNAL

Los resultados en lo que respecta a esta variable, para el caso de las familias integradas señalan que en 23 de ellas (95.8%), se hallaron límites difusos, mientras que en una familia (4.2 %) reportó en este holón, la presencia de límites claros (ver tabla 7 y figura 7).

En cuanto a aquellas familias donde existe un solo progenitor en 10 de ellas (90.9%), se identificaron límites difusos; mientras que en un solo caso (9.1%) se observó la presencia de un hijo único, por lo cual no se puede hablar de límites entre hermanos (ver tabla 8 y figura 8).

Con respecto a las familias reconstruidas, en la mayoría de ellas se registraron límites difusos, siendo así que 8 familias (80.0%), presentaron este tipo de límites; mientras que 2 casos (20%), registraron la presencia de un hijo único (ver tabla 9 y figura 9).

Tabla 7 y Figura 7. Límites en las familias integradas con respecto a su Holón Fraternal

<b>TABLA 7</b> <b>Familias Integradas</b>		
Límites	Número de Casos	%
Claros	1	4.2%
Difusos	23	95.8%
Rígidos	0	0
Se desconocen	0	0
Ausencia (hijo único)	0	0
TOTAL	24	100%

Figura 7  
Familias Integradas

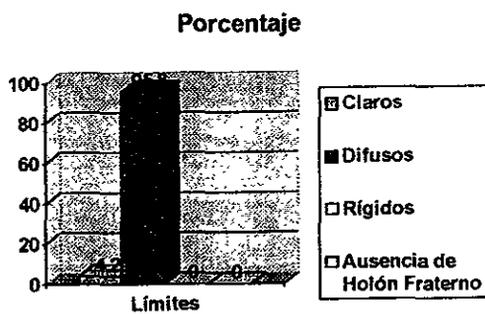


Tabla 8 y Figura 8. Límites en las familias con un solo progenitor con respecto a su Holón Fraterno

<b>TABLA 8</b> <b>Familias con un solo Progenitor</b>		
Límites	Número de Casos	%
Claros	0	0
Difusos	10	90.9%
Rígidos	0	0
Se desconocen	0	0
Ausencia (hijo único)	1	9.1%
TOTAL	11	100%

Figura 8  
Familias con un solo progenitor

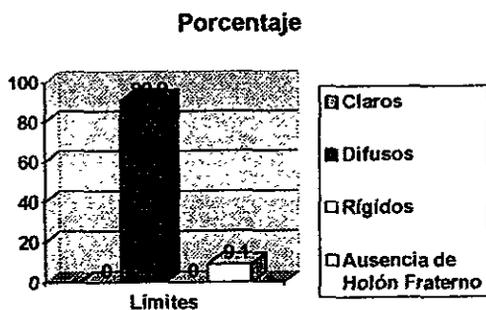
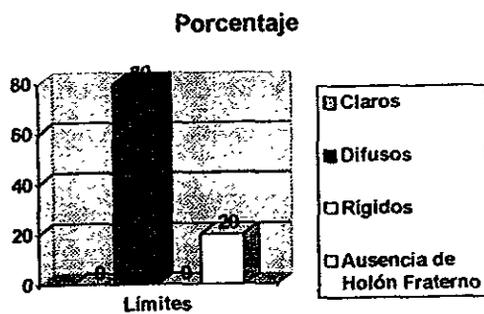


Tabla 9 y Figura 9. Límites en las familias reconstruidas con respecto a su Holón Fraternal

TABLA 9 Familias Reconstruidas		
Límites	Número de Casos	%
Claros	0	0
Difusos	8	80%
Rígidos	0	0
Se desconocen	0	0
Ausencia (hijo único)	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 9  
Familias reconstruidas



## LÍMITES HACIA EL EXTERIOR.

En este aspecto, de las familias integradas 18 de ellas (75%), presentaron límites difusos al exterior de su sistema, 6 casos más (25%), mostraron límites claros, mientras que en ninguna se registraron límites rígidos (ver tabla 10 y figura 10).

En cuanto a las familias con un solo progenitor, en 8 de ellas (72.7%), predominaron los límites difusos. En tres casos más (27.28%) se hallaron límites claros. Cabe mencionar que aquí también se encontró con una ausencia de límites rígidos (ver tabla 11 y figura 11).

Por lo que se refiere a las familias reconstruidas, en 8 de ellas (60%), poseen límites difusos; las cuatro familias restantes (40%), tuvieron límites claros. En ninguna se notó la presencia de límites rígidos (ver tabla 12 y figura 12).

Tabla 10 y Figura 10. Límites al exterior del sistema en las familias integradas.

TABLA 10 Familias Integradas		
Límites	Número de Casos	%
Claros	6	25%
Difusos	18	75%
Rígidos	0	0
TOTAL	24	100%

Figura 10  
Familias integradas

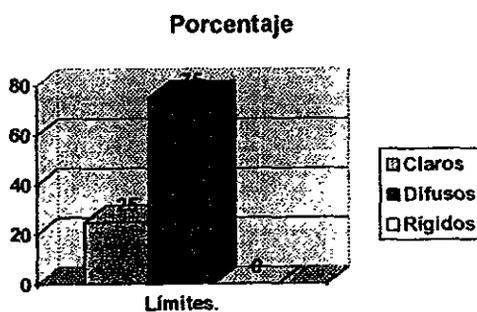


Tabla 11 y Figura 11. Límites al exterior del sistema en las familias con un solo progenitor

TABLA 11 Familias con un solo Progenitor		
Límites	Número de Casos	%
Claros	3	27.3%
Difusos	8	72.7%
Rígidos	0	0
TOTAL	11	100%

Figura 11  
Familias con un solo progenitor

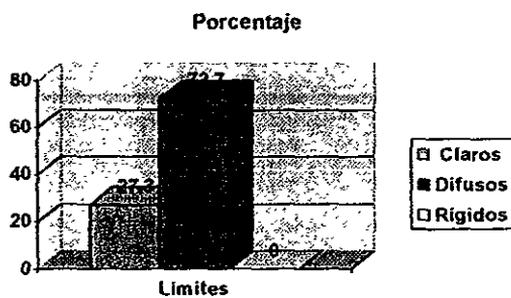
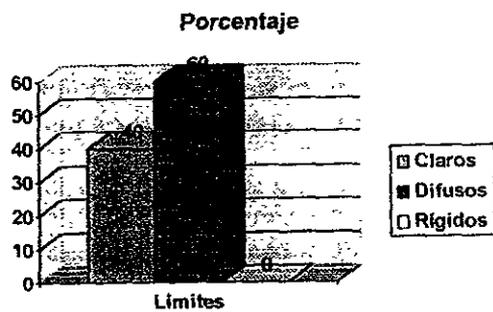


Tabla 12 y Figura 12. Límites al exterior del sistema en las familias reconstruidas.

TABLA 12 Familias Reconstruidas		
Límites	Número de Casos	%
Claros	4	40%
Difusos	6	60%
Rígidos	0	0
TOTAL	10	100%

Figura 12  
Familias reconstruidas



## JERARQUÍA.

En las familias integradas, la persona con mayor jerarquía fue la madre pues 13 casos (54.2%) así lo reflejaron; en 5 familias (20.8%) el padre apareció como la persona que cumple con dicho papel, en 5 casos más (20.8%) se distinguió la involucración de ambos padres en el cumplimiento del rol; mientras que en un caso (4.2%), se registró la presencia de un hijo como el que cumple con este papel (ver tabla 13 y figura 13).

En las familias donde sólo existe un progenitor, la jerarquía estuvo en manos de la madre en 6 casos (54.5%); en tres familias (27.3%), se consideró a un hijo como el que posee la mayor jerarquía; en otra de las familias se consideró que es el abuelo (9.1%) y en un último caso (9.1%), se reporta que el tío fue el miembro con mayor poder (ver tabla 14 y figura 14).

Las familias reconstruidas también coincidieron en reconocer a la madre como miembro que posee el mayor poder dentro de su familia; se encontró que 8 de estas familias (80%), la madre desempeñaba este papel, mientras que en un caso (10%), se reflejó la presencia de un hijo el cual posee este rol y en una última familia se registro al abuelo (10%) (ver tabla 15 y figura 15).

Tabla 13 y Figura 13. Jerarquía en las familias integradas

TABLA 13 Familias Integradas		
Jerarquía	Número de Casos	%
Padre	5	20.8%
Madre	13	54.2%
Ambos padres	5	20.8%
Un hijo	1	4.2%
Abuelo	0	0
Tío	0	0
TOTAL	24	100%

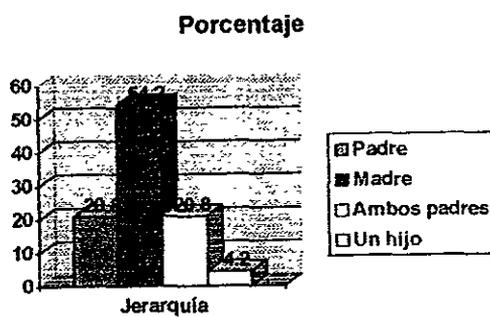
Figura 13  
Familias Integradas

Tabla 14 y Figura 14. Jerarquía en las familias con un solo progenitor.

TABLA 14 Familias con un solo Progenitor		
Jerarquía	Número de Casos	%
Padre	0	0
Madre	6	54.5%
Ambos padres	0	0
Un hijo	3	27.3%
Abuelo	1	9.1%
Tío	1	9.1%
TOTAL	11	100%

Figura 14  
Familias Desintegradas

### Porcentaje

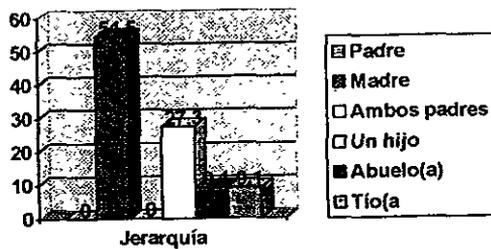
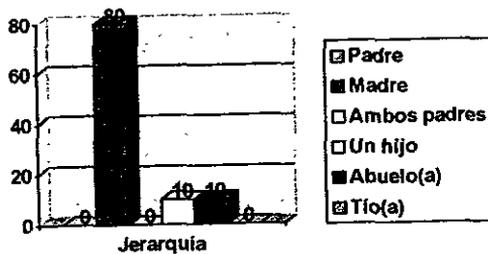


Tabla 15 y Figura 15. Jerarquía en las familias reconstruidas.

TABLA 15 Familias Reconstruidas		
Jerarquía	Número de Casos	%
Padre	0	0
Madre	8	80%
Ambos padres	0	0
Un hijo	1	10%
Abuelo	1	10%
Tío	0	0
TOTAL	10	100%

Figura 15  
Familias Reconstruidas

Porcentaje



## HIJOS PARENTALES.

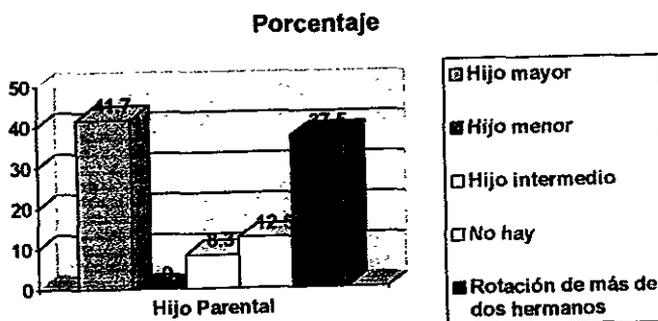
En este aspecto, las familias integradas manejaron un gran número de casos en donde el hijo mayor fue quien apareció como el miembro que tiene mayor poder dentro de su sistema jugando un papel parental, ya que fueron 10 casos que así lo reflejaron correspondiendo a ello un 41.7% del total de estas familias; en 9 familias (37.5%), se consideró que este rol lo comparten 2 o más hermanos, siendo en este caso el hijo mayor y regularmente el hijo(s) intermedio(s) quienes participan. En tres familias (12.5%), hubo ausencia de hijos parentales; mientras que en las dos familias restantes (8.3%), el hijo intermedio fue quien apareció como el único hijo parental. Por último, se observó que en ningún caso el hijo menor es quien aparece como hijo parental (ver tabla 16 y figura 16).

En aquellas familias donde existe un progenitor, el hijo mayor apareció en 5 de ellas cumpliendo el rol de hijo parental (45.5% de los casos). Otras 3 familias (27.3%) coincidieron en mantener a 2 o más hermanos cumpliendo con este papel; 2 familias más (18.2%) se caracterizaron por no tener hijos parentales y una última familia (9.1%), se registró al hijo intermedio como el hijo parental (ver tabla 17 y figura 17).

En las familias reconstruidas, los resultados arrojaron un gran número de casos en los que se observó una rotación de 2 o más hermanos quienes aparecieron como hijos parentales siendo en este caso 5 familias que así lo reflejaron (50%); 2 familias más reportaron al hijo mayor (20%); otras dos familias (20%), no registraron a algún hijo parental. Por último, un solo caso (10%) consideró al hijo intermedio como el hijo parental (ver tabla 18 y figura 18).

Tabla 16 y Figura 16. Hijos Parentales en las familias integradas

TABLA 16 Familias Integradas		
Hijo Parental	Número de Casos	%
Hijo mayor	10	41.7%
Hijo menor	0	0
Hijo intermedio	2	8.3%
No hay	3	12.5%
Rotación de más De dos hermanos	9	37.5%
TOTAL	24	100%

Figura 16  
Familias Integradas

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

Tabla 17 y Figura 17. Hijos Parentales en las familias con un solo progenitor

TABLA 17 Familias con un solo Progenitor		
Hijo Parental	Número de Casos	%
Hijo mayor	5	45.4%
Hijo menor	0	0%
Hijo intermedio	1	9.1%
No hay	2	18.2%
Rotación de más de dos hermanos	3	27.3%
TOTAL	11	100%

Figura 17  
Familias con un solo Progenitor

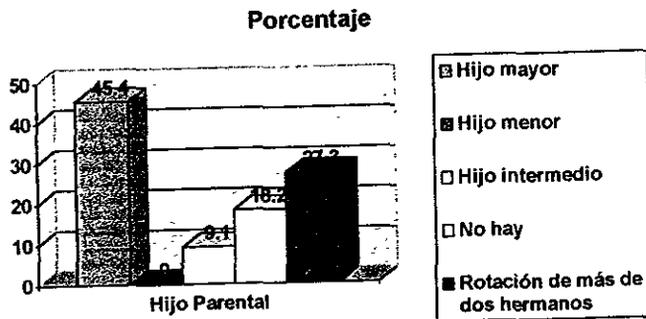
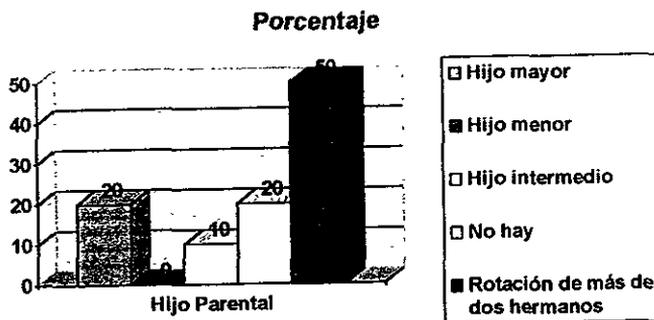


Tabla 18 y Figura 18. Hijos Parentales en las familias reconstruidas

TABLA 18 Familias Reconstruidas		
Hijo Parental	Número de Casos	%
Hijo mayor	2	20%
Hijo menor	0	0%
Hijo intermedio	1	10%
No hay	2	20%
Rotación de más de dos hermanos	5	50%
TOTAL	10	100%

Figura 18  
Familias Reconstruidas



## CENTRALIDAD POSITIVA.

En lo que se refiere a esta característica, en las familias integradas, el hijo intermedio en 10 de los casos fue el central positivo (41.7%); en 6 familias más (25%), se consideró que este papel lo asume el hijo mayor; otros 5 casos (20.8%), reportaron al hijo menor y el resto de los casos hicieron referencia de que la madre fue quien asumió dicha centralidad dentro de su sistema (12.5%) (ver tabla 19 y figura 19).

En las familias con un solo progenitor el hijo intermedio se distinguió en 4 de ellas como el miembro central positivo (36.3%); en 3 casos (27.3%), se distinguió a la madre; 2 familias (18.2%) coincidieron en que el hijo mayor jugó este rol; una familia (9.1%) consideró al hijo menor como el central; una última familia (9.1%) reportó que esta característica fue propia de un miembro que no pertenecía a su sistema (ver tabla 20 y figura 20).

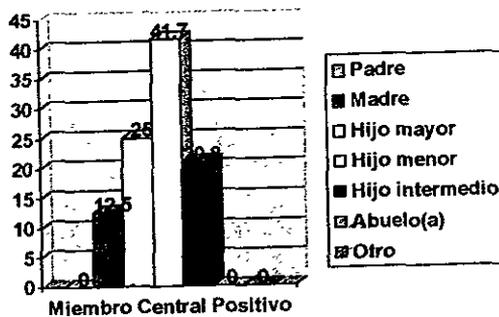
Por lo que se refiere a las familias reconstruidas, se pudo distinguir que no existieron muchas diferencias en cuanto a la centralidad positiva. Así bien, en tres familias (30%), el hijo intermedio fue el central positivo, 3 familias más (30%), reportaron al hijo menor; 2 familias (20%) señalaron a la madre y el resto (20%), reportaron que fue el hijo mayor (ver tabla 21 y figura 21).

Tabla 19 y Figura 19. Centralidad positiva en las familias integradas.

TABLA 19 Familias Integradas		
Centralidad Positiva	Número de Casos	%
Padre	0	0
Madre	3	12.5%
Hijo mayor	6	25.0%
Hijo intermedio	10	41.7%
Hijo menor	5	20.8%
Abuelo(a)	0	0
Otro	0	0
TOTAL	24	100%

Figura 19  
Familias Integradas

Porcentaje



**Tabla 20 y Figura 20.** Centralidad positiva en las familias con un solo progenitor.

TABLA 20 Familias con un solo Progenitor		
Centralidad Positiva	Número de Casos	%
Padre	0	0
Madre	3	27.3%
Hijo mayor	2	18.2%
Hijo intermedio	4	36.3%
Hijo menor	1	9.1%
Abuelo(a)	0	0
Otro	1	9.1%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

**Figura 20**  
Familias con un solo progenitor

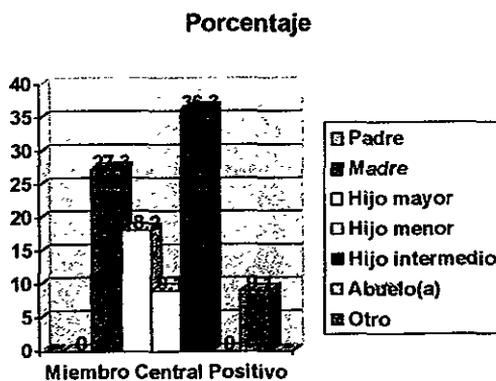
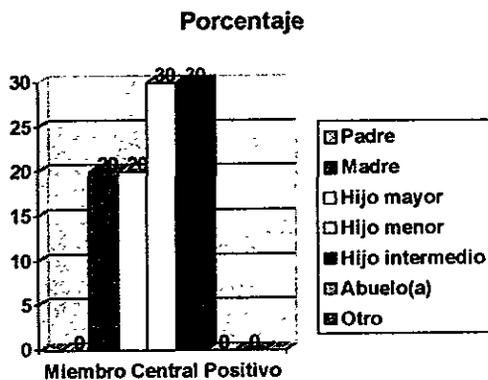


Tabla 21 y Figura 21. Centralidad positiva en las familias reconstruidas.

TABLA 21 Familias Reconstruidas		
Centralidad Positiva	Número de Casos	%
Padre	0	0
Madre	2	20%
Hijo mayor	2	20%
Hijo intermedio	3	30%
Hijo menor	3	30%
Abuelo(a)	0	0
Otro	0	0
TOTAL	10	100%

Figura 21  
Familias Reconstruidas

## CENTRALIDAD NEGATIVA.

Los resultados arrojados en este aspecto para las familias integradas consideran los siguientes datos: en 9 casos (37.5%), se encontró que el hijo intermedio fue el miembro que obtuvo esta característica, mientras que en otros 5 casos (20.8%), se demostró que el hijo mayor fue el central negativo; 5 familias (20.8%), coincidieron en que el hijo menor era el central negativo; 4 familias (16.7%) distinguieron a dos hermanos y por último, en una familia (4.2%) el padre fue el central negativo (ver tabla 22 y figura 22).

En aquellas familias donde sólo había un progenitor, los datos indicaron que en 6 de los casos (54.5%) fue el hijo intermedio el miembro central negativo; en dos familias fue el hijo mayor (18.2%); 2 casos más (18.2%) señalaron que esta característica correspondió a 2 o más hermanos, mientras que en un último caso (9.1%), se desconoció totalmente a miembros con esta característica (ver tabla 23 y figura 23).

Por su parte, las familias reconstruidas, también reportaron a hijos intermedios como centrales negativos, pues 5 casos así lo demostraron (50%); en tres familias (30%), el hijo mayor asumió este papel; en un caso, se reportó la existencia del hijo menor cumpliendo con esta característica (10%); por último, en un caso (10%), dicha característica fue propia de más de dos hermanos (ver tabla 24 y figura 24).

Tabla 22 y Figura 22. Centralidad negativa en las familias integradas.

TABLA 22 Familias Integradas		
Centralidad Negativa	Número de Casos	%
Padre	1	4.2%
Madre	0	0
Hijo mayor	5	20.8%
Hijo intermedio	9	37.5%
Hijo menor	5	20.8%
Más de dos hermanos	4	16.7%
Se desconoce	0	0
TOTAL	24	100%

Figura 22  
Familias Integradas

Porcentaje

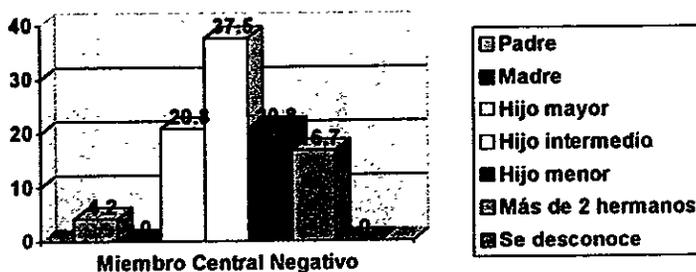


Tabla 23 y Figura 23. Centralidad negativa en familias con un solo progenitor

TABLA 23 Familias con un solo Progenitor		
Centralidad Negativa	Número de Casos	%
Padre	0	0
Madre	0	0
Hijo mayor	2	18.2%
Hijo intermedio	6	54.5%
Hijo menor	0	0
Más de dos hermanos	2	18.2%
Se desconoce	1	9.1%
TOTAL	11	100%

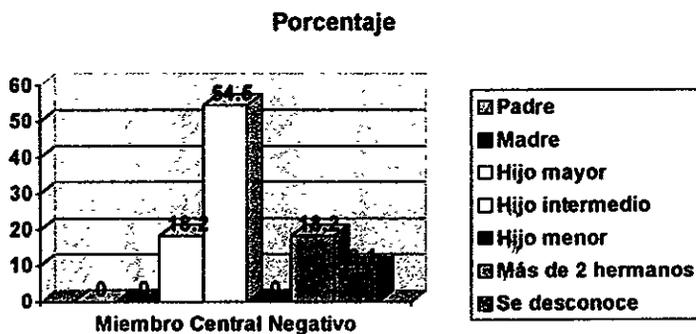
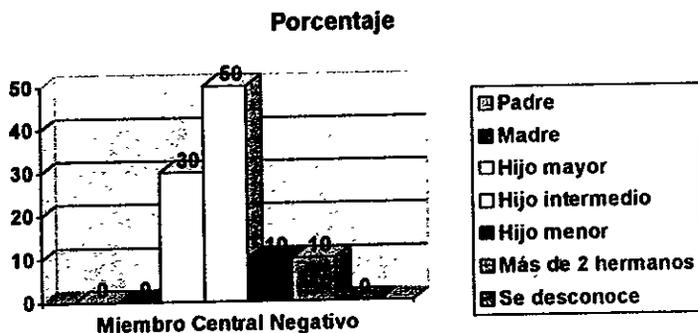
Figura 23  
Familias con un solo progenitor

Tabla 24 y Figura 24. Centralidad negativa en las familias reconstruidas.

TABLA 24 Familias Reconstruidas		
Centralidad Negativa	Número de Casos	%
Padre	0	0
Madre	0	0
Hijo mayor	3	30%
Hijo intermedio	5	50%
Hijo menor	1	10%
Más de dos hermanos	1	10%
Se desconoce	0	0
TOTAL	10	100%

Figura 24  
Familias Reconstruidas



## PERIFERIA.

En este aspecto, las familias integradas, observaron los siguientes datos en 17 casos (70.8%), el padre fue el miembro cuyas características lo definieron como periférico; en 5 familias (20.8%), la madre fue quien acaparó este rol; en un caso (4.2%) se consideró así al hijo mayor y en un último caso, reportó que fue, el hijo intermedio (4.2%) (ver tabla 25 y figura 25).

Para aquellas familias donde sólo existe un progenitor dentro del sistema, se encontró al padre como el miembro periférico dentro del sistema; en 6 casos (54.5%); la madre por su parte, apareció en 2 familias como el miembro periférico, coincidiendo así con el hijo intermedio que también obtuvo el mismo porcentaje de casos (18.2%); un caso más, consideró que este papel correspondía al hijo mayor (9.1%) (ver tabla 26 y figura 26).

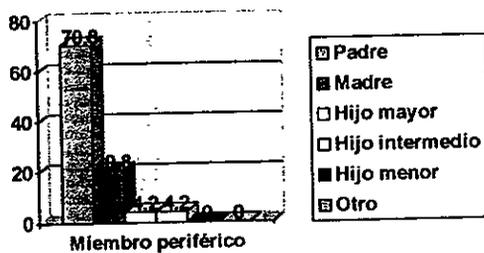
En lo que concierne a las familias reconstruidas, los datos reflejan que en 8 de los casos (80%), el padre fue el miembro cuya periferia se destaca en gran medida; el resto de las familias (20%), señaló que este papel lo juega otro miembro que se ha adherido al sistema (por ejemplo, el padrastro) (ver tabla 27 y figura 27).

Tabla 25 y Figura 25. Miembro periférico en las familias integradas.

TABLA 25 Familias Integradas		
Miembro Periférico	Número de Casos	%
Padre	17	70.8%
Madre	5	20.8%
Hijo mayor	1	4.2%
Hijo intermedio	1	4.2%
Hijo menor	0	0
Otro	0	0
TOTAL	24	100%

Figura 25  
Familias Integradas

Porcentaje



**Tabla 26 y Figura 26. Miembro periférico en las familias con un solo progenitor.**

<b>TABLA 26</b>		
<b>Familias con un solo Progenitor</b>		
<b>Miembro Periférico</b>	<b>Número de Casos</b>	<b>%</b>
Padre	6	54.5%
Madre	2	18.2%
Hijo mayor	1	9.1%
Hijo intermedio	2	18.2%
Hijo menor	0	0
Otro	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

**Figura 26**  
**Familias con un solo progenitor**

**Porcentaje**

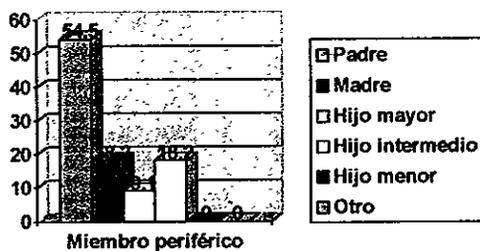
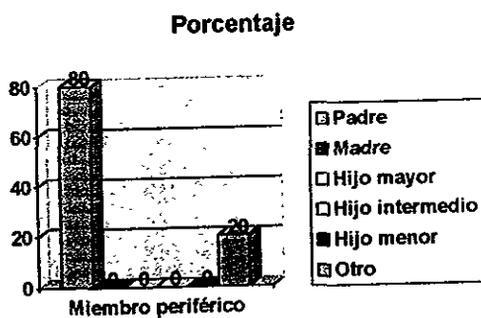


Tabla 27 y Figura 27. Miembro periférico en familias reconstruidas

TABLA 27 Familias Reconstruidas		
Miembro Periférico	Número de Casos	%
Padre	8	80%
Madre	0	0
Hijo mayor	0	0
Hijo intermedio	0	0
Hijo menor	0	0
Otro (Padrastró)	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 27  
Familias Reconstruidas



## ALIANZAS

En lo que concierne a este aspecto, entre las familias integradas se encontró un gran número de casos que contemplaron una fuerte alianza entre los hermanos, siendo 17 familias quienes así lo mostraron (50%); otros 11 casos coincidieron en que esta relación es mantenida entre la madre y un hijo (32.4%); 5 casos, propusieron al padre y a un hijo (14.7%); por último, una familia destacó que esta alianza es mantenida por el padre y la madre (2.9%) (ver la tabla 28 y figura 28).

En las familias en las que se observa un solo progenitor, el mayor número de alianzas se dió entre la madre y un hijo (43.75%); 6 familias consideraron la existencia de una fuerte alianza entre hermanos (37.5%); en una familia más, se observó que el padre y la madre se mantienen unidos formando una alianza (6.25%), otra familia más señaló al padre y a un hijo (6.25%); por último, un caso más, registró al nieto y al abuelo (a) conformando una alianza (6.25%) (ver tabla 29 y figura 29).

Por su parte, las familias reconstruidas registraron el mayor número de alianzas entre los hermanos, siendo en este caso 6 familias quienes así lo plantearon (37.5%); 5 familias mantuvieron una alianza significativa entre la madre y un hijo (31.25%); mientras que en 2 casos más, esta relación se estableció entre la madre y la abuela (12.5%); 1 caso más, reportó una alianza entre el padre y la madre (6.25%); el padre y un hijo, también contemplaron una fuerte alianza en una de las familias (6.25%). Así también, en una última familia (6.25%) se señaló una alianza entre uno de los miembros del sistema con otro allegado a él (familia extensa) (ver tabla 30 y figura 30).

Tabla 28 y Figura 28. Alianzas en familias integradas

TABLA 28 Familias Integradas		
Alianzas	Número de Casos	%
Padre-Madre	1	2.9%
Padre-Hijo(a)	5	14.7%
Madre-Hijo(a)	11	32.4%
Hermano-Hermano	17	50%
Nieto(a)-Abuelo(a)	0	--
Madre-Abuelo(a)	0	--
Otro	0	--
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

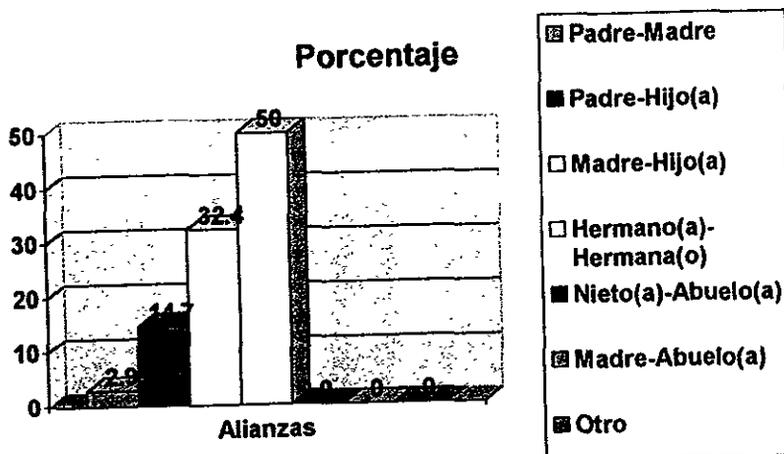
Figura 28  
Familias Integradas

Tabla 29 y Figura 29. Alianzas en las familias con un solo progenitor.

TABLA 29 Familias con un solo Progenitor		
Alianzas	Número de Casos	%
Padre-Madre	1	6.25%
Padre-Hijo(a)	1	6.25%
Madre-Hijo(a)	7	43.75%
Hermano-Hermano	6	37.5%
Nieto(a)-Abuelo(a)	1	6.25%
Madre-Abuelo(a)	0	--
Otro	0	--
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

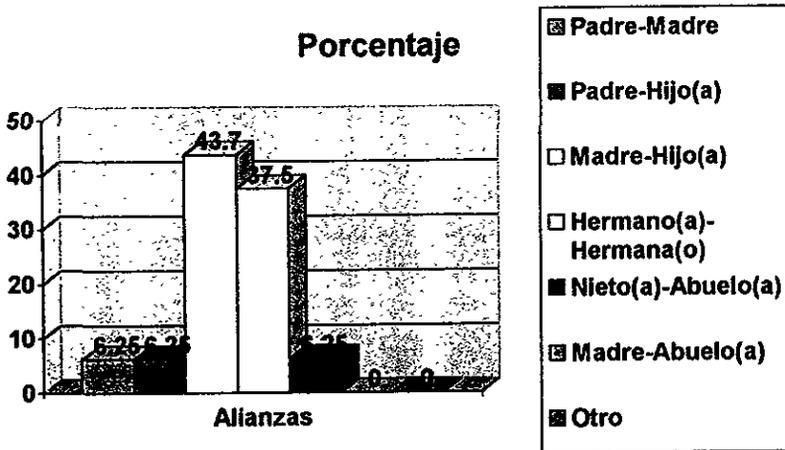
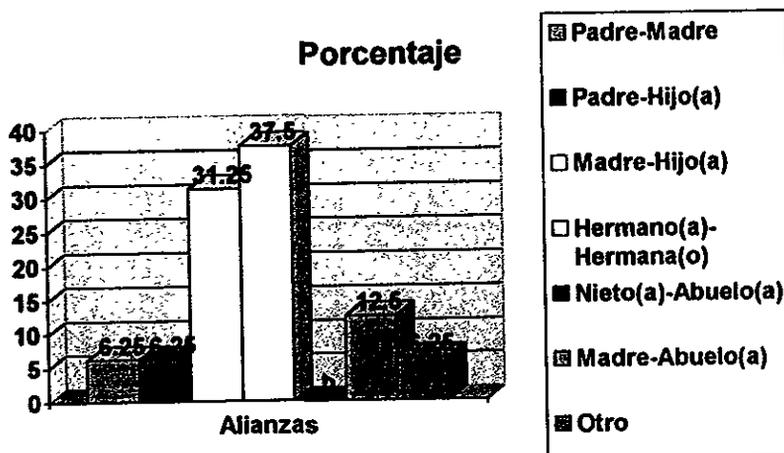
Figura 29  
Familias con un solo progenitor

Tabla 30 y Figura 30. Alianzas en familias reconstruidas

TABLA 30 Familias Reconstruidas		
Alianzas	Número de Casos	%
Padre-Madre	1	6.25%
Padre-Hijo(a)	1	6.25%
Madre-Hijo(a)	5	31.25%
Hermano-Hermano	6	37.5%
Nieto(a)-Abuelo(a)	0	--
Madre-Abuelo(a)	2	12.5%
Otro	1	6.25%
TOTAL	16	100%

Figura 30  
Familias Reconstruidas

## COALICIONES.

Dentro de esta variable se encontró que en 7 familias integradas la madre en compañía de un hijo se coludieron para dañar al padre (21.9%); así bien, también en 7 familias dos o más hermanos se coludían para dañar a otro hermano (21.9%); en cuatro familias el padre y un hijo resultaron estar coludidos para dañar a la madre (12.5%); 4 familias más, consideraron una fuerte coalición entre un hijo (a) en compañía de alguno de los padres para actuar en contra de un hermano (a) (12.5%); otras 3 familias más, coincidieron en la unión de ambos padres en contra de un hijo (a) (9.4%); 2 casos más, consideraron la unión de 2 o más hermanos quienes perjudicaban al padre (6.3%), en otro de los casos, se observó la existencia de una fuerte coalición entre la abuela y la madre en contra del padre (3.12%), mientras que otra de las familias señaló al abuelo y padre en contra de la madre (3.12%); otra de las coaliciones que también se observaron fue la que mantuvieron el abuelo (a) y el padre en contra de un hijo (3.12%); asimismo, una familia no dio información significativa, la cual pudiera completar algún tipo de coalición en un sistema (3.12%). Por último, cabe mencionar que en una de las familias (3.12%), se consideró el aspecto, "otro" para designar una coalición entre un miembro del exterior y uno del interior del sistema contra un miembro perteneciente a ese mismo sistema (ver tabla 31 y figura 31).

Ahora bien, en lo que se refiere al tipo de familias en donde sólo se hallaba un progenitor, la coalición más frecuente correspondió a 2 o más hermanos en contra de otro pues 4 casos así lo demostraron (28.6%); en 2 de las familias el padre y un hijo se mantienen unidos para dañar a la madre (14.3%); en otros dos casos uno de los dos padres y un hijo se coludieron con el propósito de dañar o atacar a otro hijo (14.3%). En 2 de las familias se considera que este aspecto no se pudo identificar (14.3%). Asimismo, otras dos familias (14.3%); mostraron dentro de su sistema la presencia de una coalición, pero cabe mencionar que ésta la mantuvo un miembro del sistema en compañía de otro ajeno al mismo y se coludieron con la finalidad de dañar a un miembro perteneciente al sistema en cuestión, tal fue el caso de la unión de un hijo con un primo para dañar a un hermano del primero (14.3%). La madre en tanto, se encontró coludiéndose con un hijo en contra del padre (7.1%). Por último, se observó también que es posible una coalición entre la abuela y el padre en contra de la madre (7.11%) (ver tabla 32 y figura 32).

Las familias reconstruidas en tanto, mantuvieron fuertes coaliciones con miembros ajenos a este sistema, ya sean primos, tíos, etc, quienes se coludieron con miembros del sistema de interés, con el fin de dañar a hermanastros o hermanos (35.7%); en 2 familias se identificó a la madre en compañía de un hijo actuando en contra del padre (14.3%); en un caso, el padre y un hijo se mantuvieron aliados para dañar a la madre (7.15%); tres familias más, coincidieron en involucrar a dos o más hermanos en contra de un tercero (21.4%); en otra familia se notó la coalición de la abuela y la madre contra el padre (7.15%); en un caso más, apareció uno de los hijos coludiéndose con alguno de los padres en contra de un hermano. Por último, cabe mencionar que en una de las familias no se distinguió coalición (7.15%); (ver tabla 33 y figura 33).

Tabla 31 y Figura 31. Coaliciones en las familias integradas.

TABLA 31		
Familias Integradas		
Tipo de Coalición	Número de Casos	%
Madre Vs Padre	7	21.9%
Hijo Padre Vs Madre	4	12.5%
Hijo Padre Vs Hijo(s)	3	9.4%
Madre Hermanos(as) Vs Hermanos(as)	7	21.9%
Padre Hermanos Vs	2	6.3%
Suegro(a) Vs Yerno (Padre)	1	3.12%
Hija (madre) Suegro(a) Vs Nuera (madre)	1	3.12%
Hijo (Padre) Hijo y Madre (o Padre) Vs Hermano	4	12.5%
Abuelo(a) Vs Nieto	1	3.12%
Padre Se desconoce	1	3.12%
Otro	1	3.12%
TOTAL	32	100%

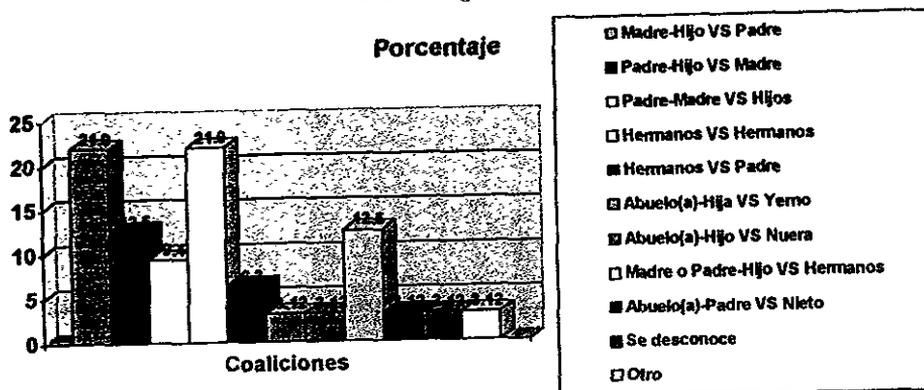
Figura 31  
Familias Integradas

Tabla 32 y Figura 32. Coaliciones en las familias con un solo progenitor.

TABLA 32		
Familias con un solo Progenitor		
Tipo de Coalición	Número de Casos	%
Madre		
Vs Padre	1	7.1%
Hijo		
Padre		
Vs Madre	2	14.3%
Hijo		
Padre		
Vs Hijo(s)	0	-
Madre		
Hermanos(as)		
Vs	4	28.6%
Hermanos(as)		
Hermanos		
Vs	0	-
Padre		
Suegro(a)		
Vs Yerno (Padre)	0	-
Hija (madre)		
Suegro(a)		
Vs Nuera (madre)	1	7.1%
Hijo (Padre)		
Hijo y Madre (o Padre)	2	14.3%
Vs Hermano		
Abuelo(a)		
Vs Nieto	0	-
Padre		
Se desconoce	2	14.3%
Otro	2	14.3%
TOTAL	14	100%

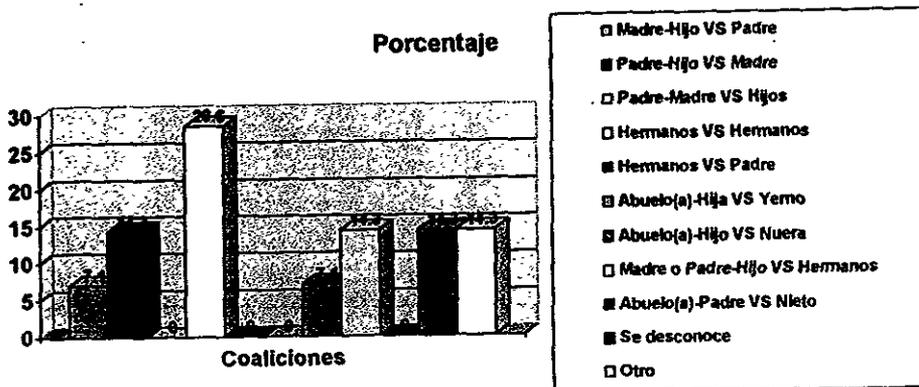
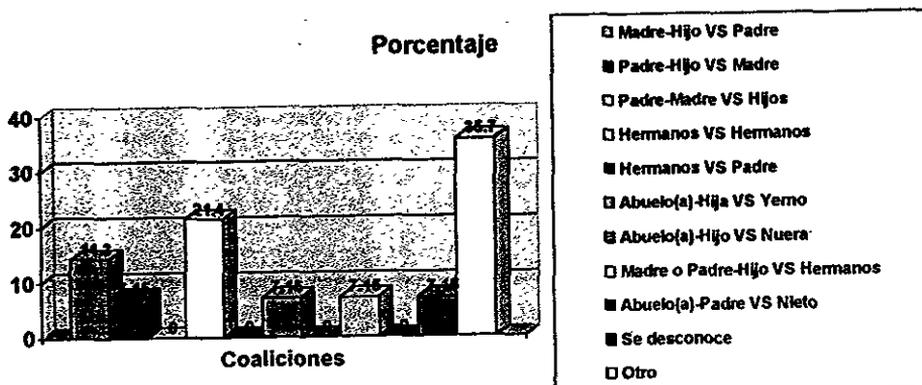
Figura 32  
Familias con un solo Progenitor

Tabla 33 y Figura 33. Coaliciones en las familias reconstruidas.

TABLA 33			
Familias Reconstruidas			
Tipo de Coalición		Número de Casos	%
Madre	Vs Padre	2	14.3%
Hijo			
Padre	Vs Madre	1	7.15%
Hijo			
Padre	Vs Hijo(s)	0	--
Madre			
Hermanos(as)	Vs	3	21.4%
Hermanos(as)			
Hermanos	Vs	0	--
Padre			
Suegro(a)	Vs Yerno (Padre)	1	7.15%
Hija (madre)			
Suegro(a)	Vs Nuera (madre)	0	--
Hijo (Padre)			
Hijo y Madre (o Padre)	Vs Hermano	1	7.15%
Abuelo(a)			
Padre	Vs Nieto	0	--
Se desconoce		1	7.15%
Otro		5	35.7%
TOTAL		14	100%

Figura 33  
Familias Reconstruidas

## CONFLICTOS

Con respecto a las familias integradas los datos arrojados en este aspecto señalan que en la mayoría de las familias los conflictos más suscitados se dieron entre la pareja, 23 de los casos así lo manifiestan (56.1%); en lo que se refiere a los conflictos observados entre hermanos, sólo 12 casos reportaron como significativos (29.3%); en otros 5 casos (12.2%) se mencionó a la madre y a uno de los hijos, manteniendo una relación conflictiva; finalmente, se dio un caso en el que el padre y un hijo establecieron sus relaciones conflictivas (2.4%) (ver tabla 34 y figura 34).

Por lo que se refiere a las familias con un solo progenitor, los conflictos más suscitados se dieron entre hermanos ya que 6 casos así lo demostraron (42.88%); 5 familias consideraron que la relación más conflictiva era mantenida entre madre e hijo (a) (35.7%); en otra familia se observó al padre y a la madre con fuertes conflictos (7.14%) y un caso más consideró a la suegra y al padre (7.14%) (ver tabla 35 y figura 35).

Los conflictos hallados en las familias reconstruidas señalan que el mayor porcentaje de ellos se dieron entre hermanos siendo en este caso 6 familias que así lo demuestran (35.2%); en 5 de las familias, se observó que la madre en compañía de un hijo, fueron quienes mantenían una relación conflictiva (29.4%); en dos familias se distinguió un fuerte conflicto entre el suegro y la madre (11.8%); de igual manera, se encontró que este mismo porcentaje de casos lo registró el aspecto "otro" dentro del cual se incluyeron conflictos con miembros del exterior obteniéndose así el 11.8%; un caso más, consideró al padre y a uno de los hijos manteniendo una fuerte relación conflictiva (5.9%); finalmente, se encontró que en una de las familias el padre y la madre fueron quienes mantenían este tipo de relación (5.9%) (ver tabla 36 y figura 36).

Tabla 34 y Figura 34. Conflictos en las familias integradas.

TABLA 34 Familias Integradas		
Tipo de Conflicto	Número de Casos	%
Padre-Madre	23	56.1%
Padre-Hijo(a)	1	2.4%
Madre-Hijo(a)	5	12.2%
Hermano-Hermano	12	29.3%
Suegro(a)-Padre	0	--
Suegro(a)-Madre	0	--
Otro	0	--
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Figura 34  
Familias Integradas

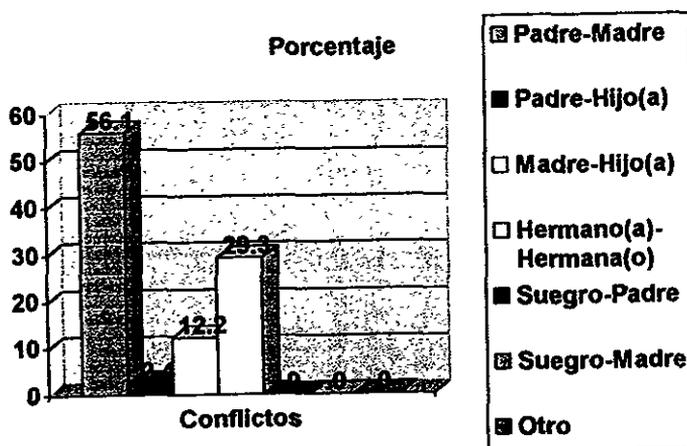


Tabla 35 y Figura 35. Conflictos en las familias con un solo progenitor.

TABLA 35 Familias con un solo Progenitor		
Tipo de Conflicto	Número de Casos	%
Padre-Madre	1	7.14%
Padre-Hijo(a)	1	7.14%
Madre-Hijo(a)	5	35.7%
Hermano-Hermano	6	42.88%
Suegro(a)-Padre	1	7.14%
Suegro(a)-Madre	0	--
Otro	0	--
TOTAL	14	100%

Figura 35  
Familias con un solo progenitor

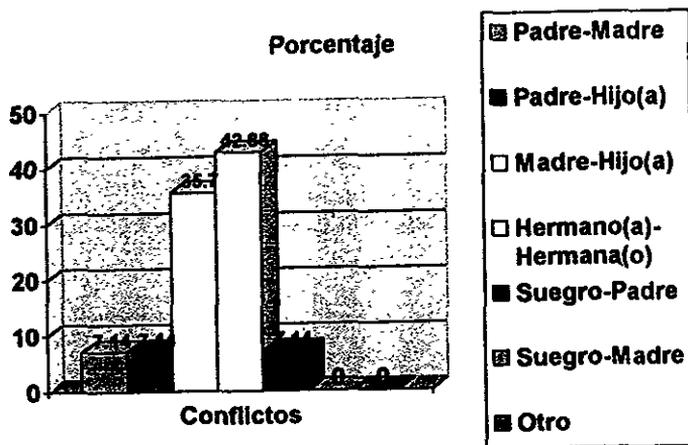
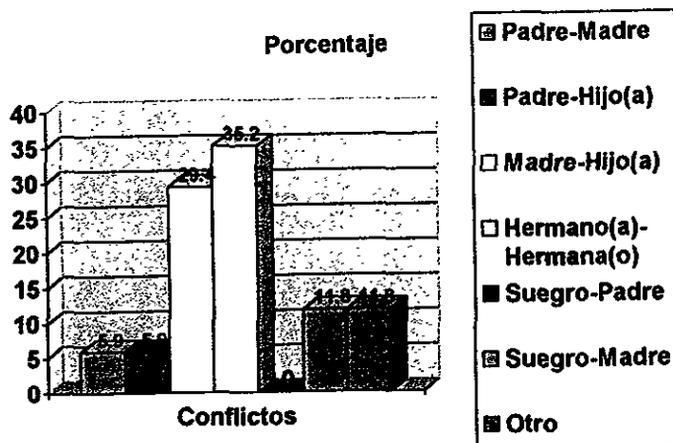


Tabla 36 y Figura 36. Conflictos en las familias reconstruidas

TABLA 36 Familias Reconstruidas		
Tipo de Conflicto	Número de Casos	%
Padre-Madre	1	5.9%
Padre-Hijo(a)	1	5.9%
Madre-Hijo(a)	5	29.4%
Hermano-Hermano	6	35.2%
Suegro(a)-Padre	0	--
Suegro(a)-Madre	2	11.8%
Otro	2	11.8%
TOTAL	17	100%

Figura 36  
Familias Reconstruidas

## SEXO

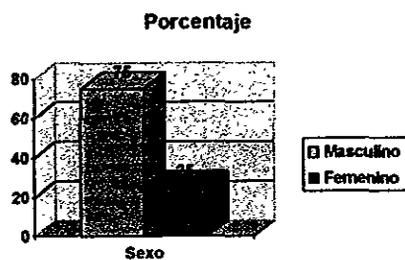
En lo que respecta al sexo del miembro drogadicto, los datos indicaron que en 18 familias integradas (75%), fue hombre el adolescente en cuestión; las familias restantes (25%), reportaron que el miembro con problemas de drogadicción fue del sexo femenino (ver tabla 37 y figura 37).

En las familias con un solo progenitor, 9 de ellas (80.8%), reportaron que el adicto fue del sexo masculino, mientras que en dos casos restantes (18.2%), los sujetos pertenecieron al sexo femenino (ver tabla 38 y figura 38).

Por su parte, 7 de las familias reconstruidas (70%), indicaron que los sujetos adictos pertenecieron al sexo masculino y el resto (30%), al sexo femenino (ver tabla 39 y figura 39).

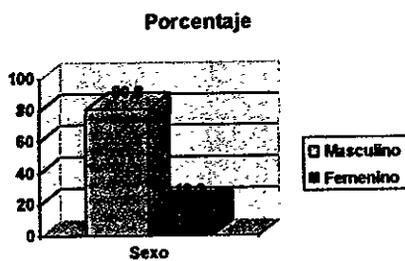
Tabla 37 y Figura 37. Sexo del adolescente farmacodependiente en las familias integradas

<b>TABLA 37</b> <b>Familias Integradas</b>		
<b>Sexo</b>	<b>Número de Casos</b>	<b>%</b>
Masculino	18	75%
Femenino	6	25%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Figura 37  
Familias Integradas

**Tabla 38 y Figura 38. Sexo del Adolescente farmacodependiente en las familias con un solo progenitor**

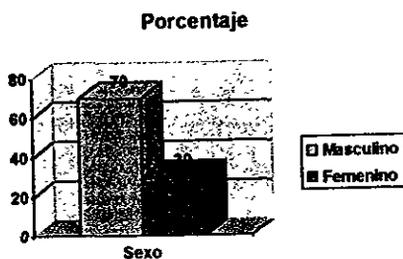
<b>TABLA 38</b> <b>Familias Integradas</b>		
<b>Sexo</b>	<b>Número de Casos</b>	<b>%</b>
Masculino	9	80.8%
Femenino	2	18.2%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

**Figura 38**  
**Familias con un solo Progenitor**

**Tabla 39 y Figura 39.** Sexo del adolescente farmacodependiente en las familias reconstruidas.

<b>TABLA 39</b> <b>Familias Reconstruidas</b>		
<b>Sexo</b>	<b>Número de Casos</b>	<b>%</b>
Masculino	7	70%
Femenino	3	30%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Figura 39**  
**Familias Reconstruidas**



## EDAD

Para las familias integradas la edad de los sujetos adictos varió de una manera significativa, pues en 7 de ellas (29%) el miembro adicto contaba con 17 años de edad; en 6 casos (25%), la edad fue de 16 años; en 3 familias (12.5%), la edad fue de 13 años; otros 3 casos más (12.5%), reportaron a sujetos de 18 años de edad; en 2 familias el sujeto adicto fue de 14 años (8.3%), mientras que una familia registró a un miembro de 12 años (4.2%); otra a un miembro de 15 años (4.2%) y una última (4.2%), consideró a un miembro de 19 años de edad (ver tabla 40 y figura 40).

En lo que concierne a las familias con un solo progenitor, se encontró que en cuatro de ellas, la edad del sujeto adicto fue de 18 años (36.3%); en 3 casos la edad fue de 16 años (27.3%); en dos casos más, fue de 15 años (18.2%); otro caso registró a un sujeto de 14 años (9.1%); y un último caso, correspondió a un miembro de 17 años de edad (9.1%) (ver tabla 41 y figura 41).

En cuanto a las familias reconstruidas, en 4 de ellas el sujeto adicto contaba con 18 años de edad (40%); en tres de ellas se observó que los sujetos adictos contaban con 13 años de edad (30%); en otra familia el adicto contaba con 14 años de edad (10%); una más, reportó al adicto a 15 años (10%); y una última familia señaló al adicto con 16 años de edad (10%); (ver tabla 42 y figura 42).

Tabla 40 y Figura 40. Edad del adolescente farmacodependiente en las familias integradas.

TABLA 40 Familias Integradas		
Edad	Número de Casos	%
12 años	1	4.2%
13 años	3	12.5%
14 años	2	8.3%
15 años	1	4.2%
16 años	6	25.0%
17 años	7	29.1%
18 años	3	12.5%
19 años	1	4.2%
TOTAL	24	100%

Figura 40  
Familias Integradas  
Edad Promedio  
16.41

Porcentaje

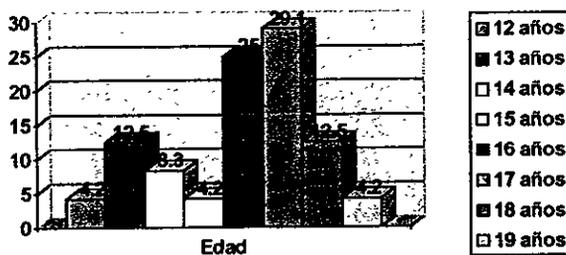


Tabla 41 y Figura 41. Edad del adolescente farmacodependiente en las familias con un solo progenitor.

TABLA 41 Familias con un solo Progenitor		
Edad	Número de Casos	%
12 años	--	0
13 años	--	0
14 años	1	9.1%
15 años	2	18.2%
16 años	3	27.3%
17 años	1	9.1%
18 años	4	36.3%
19 años	--	--
TOTAL	11	100%

Figura 41  
Familias con un solo Progenitor  
Edad Promedio  
16.45

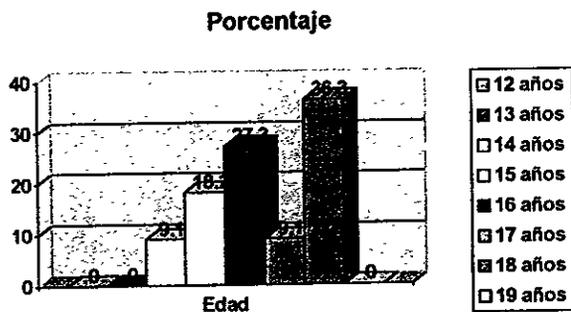
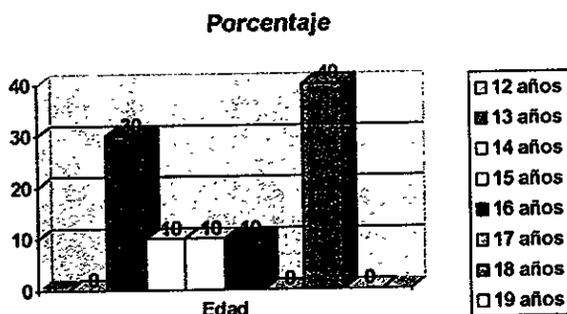


Tabla 42 y Figura 42. Edad del adolescente farmacodependiente en las familias reconstruidas.

TABLA 42 Familias Reconstruidas		
Edad	Número de Casos	%
12 años	--	--
13 años	3	30%
14 años	1	10%
15 años	1	10%
16 años	1	10%
17 años	--	--
18 años	4	40%
19 años	--	--
TOTAL	10	100%

Figura 42  
Familias Reconstruidas  
Edad Promedio  
15.6



## OCUPACIÓN.

En lo que se refiere a este rubro se encontró que gran parte de las familias integradas, reportaron al adolescente drogadicto como inactivo, es decir, sin ocupación alguna, siendo en este caso 11 de ellas quienes así lo confirmaron (45.8%); otras 9 familias coincidieron en que el sujeto adicto se encontraba estudiando (37.5%); ya sea secundaria o bien preparatoria; las 4 familias restantes (16.7%) afirmaron que al adicto se desempeñaba como empleado realizando algún trabajo como por ejemplo, de carpintería, albañilería, panadería, entre otros (ver tabla 43 y figura 43).

Por lo que respecta a las familias con un solo progenitor, se encontró que en 4 de ellas (36.4%) los sujetos adictos eran estudiantes (ya sea de preparatoria o bien de secundaria) 3 casos más (27.2%) coincidieron en señalar que éste se encontraba desempeñándose como empleado (ayudante en comercios, carpintería, etc.); las 4 familias restantes (36.4%) señalaron al adicto como desempleado, es decir, sin oficio alguno (ver tabla 44 y la figura 44).

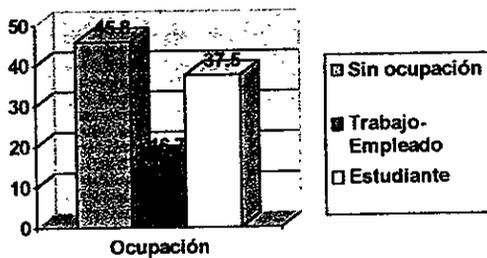
En cuanto a las familias reconstruidas, se observó que en 4 de ellas (40%) el miembro adicto era estudiante; 3 más (30%) indicaron que éste se mantenía inactivo, es decir, sin empleo alguno, mientras que en las tres familias restantes (30%), manifestaron que el sujeto adicto se encontraba desempeñándose en algún trabajo u oficio (comercio principalmente) (ver tabla 45 y figura 45).

Tabla 43 y Figura 43. Ocupación que desempeña el adolescente farmacodependiente en las familias integradas.

TABLA 43 Familias Integradas		
Ocupación	Número de Casos	%
Sin ocupación	11	45.8%
Trabajo empleado	4	16.7%
Estudiante	9	37.5%
TOTAL	24	100%

Figura 43  
Familias Integradas

Porcentaje



**Tabla 44 y Figura 44.** Ocupación que desempeña el adolescente farmacodependiente en las familias con un solo progenitor.

<b>TABLA 44</b>		
<b>Familias con un solo Progenitor</b>		
<b>Ocupación</b>	<b>Número de Casos</b>	<b>%</b>
Sin ocupación	4	36.4%
Trabajo empleado	3	27.2%
Estudiante	4	36.4%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

**Figura 44**  
**Familias con un solo Progenitor**

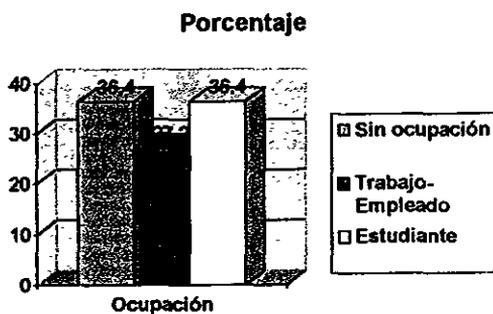
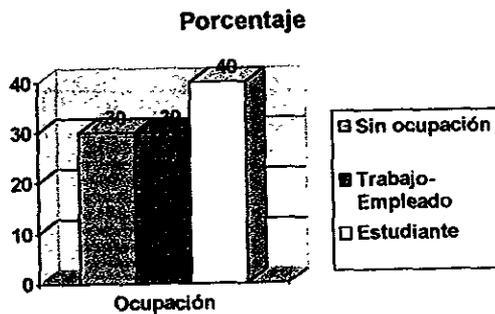


Tabla 45 y Figura 45. Ocupación que desempeña el adolescente farmacodependiente en las familias reconstruidas

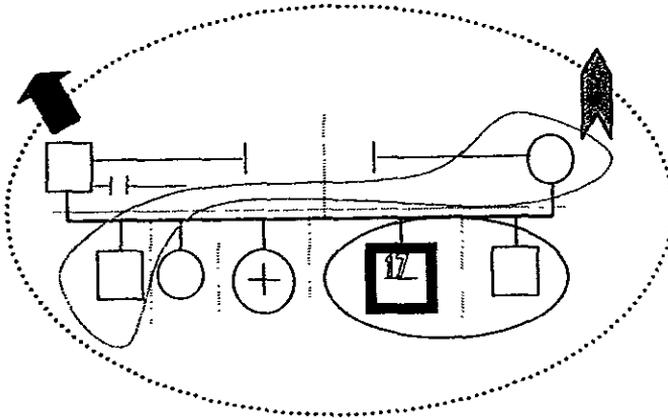
TABLA 45 Familias Reconstruidas		
Ocupación	Número de Casos	%
Sin ocupación	3	30%
Trabajo empleado	3	30%
Estudiante	4	40%
TOTAL	10	100%

Figura 45  
Familias Reconstruidas



FAMILIOGRAMA REPRESENTATIVO CORRESPONDIENTE A:

FAMILIAS INTEGRADAS



Límites difusos en el holón conyugal



Límites difusos en el holón parental



Límites difusos en el holón fraterno



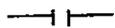
Límites difusos al exterior



Jerarquía



Conflicto



Paciente identificado



Sexo:

Masculino



Femenino



Hijos parentales



Centralidad +



Centralidad -



Periferia



Coaliciones

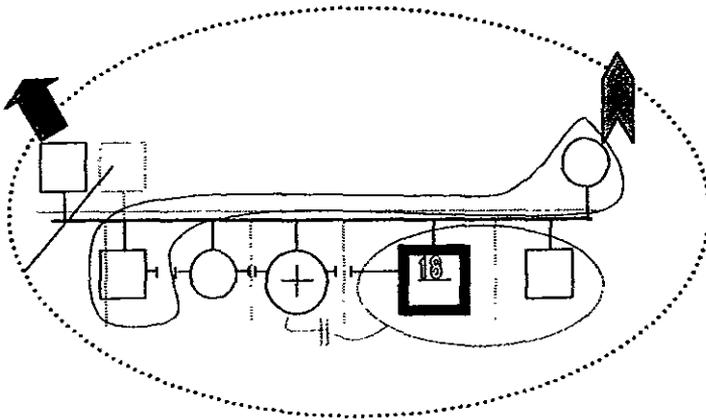


Alianzas

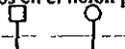


FAMILIOGRAMA REPRESENTATIVO CORRESPONDIENTE A.

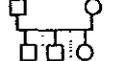
FAMILIAS CON UN SOLO PROGENITOR



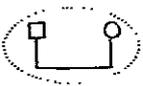
Límites difusos en el holón parental



Límites difusos en el holón fraterno



Límites difusos al exterior



Jerarquia



Separación



Conflicto



Paciente identificado



Sexo:

Masculino



Femenino



Hijos parentales



Centralidad +



Centralidad -



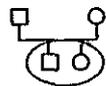
Periferia



Coaliciones

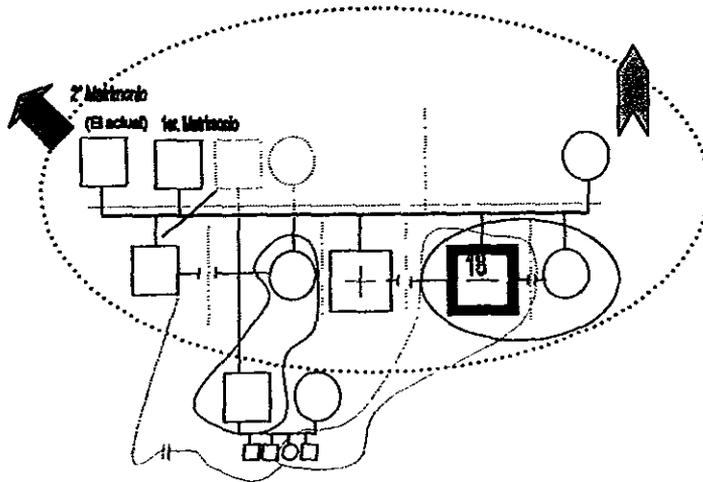


Alianzas



FAMILIOGRAMA REPRESENTATIVO CORRESPONDIENTE A:

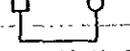
FAMILIAS RECONSTRUIDAS



Límites difusos en el holón conyugal



Límites difusos en el holón parental



Límites difusos en el holón fraterno



Límites difusos al exterior



Jerarquía



Separación



Conflicto



Paciente identificado



Sexo:

Masculino □

Femenino ○

Hijos parentales



Centralidad +



Centralidad -



Periferia



Coaliciones



Alianzas



## DISCUSIÓN

Considerando los resultados obtenidos a partir del análisis estructural de nuestra muestra, se pudo observar que aun cuando ésta fue clasificada en tres grandes rubros (familias integradas, familias con un solo progenitor y familias reconstruidas) de acuerdo a las características que mostraban entre sí, se encontró que los tres tipos de familias mostraron ciertas similitudes en lo referente a su tipo de interacción entre sus miembros.

Así bien, de los aspectos estructurales que en estas familias se analizaron, destacan en primera instancia, los límites al interior del sistema y de los cuales se desprenden los límites en el holón conyugal.

Cabe mencionar que este holón o subsistema se caracterizó por presentar en su mayoría límites difusos tanto en familias integradas como en las reconstruidas, mientras que en las que contaban con un solo progenitor, no puede hablarse de este subsistema debido a la ausencia de una figura parental (el padre en este caso).

Asimismo, consideramos que estos resultados obedecen principalmente a la falta de una comunicación clara y precisa que mantiene la pareja y que impide en cierta forma establecer acuerdos y reglas que permitan conocer lo que se espera de sí y de su relación. Al respecto conviene mencionar que en este estudio se observó que cuando la pareja lograba mantener una conversación con respecto a su relación, ésta se basaba principalmente en discusiones y peleas agresivas, llegando en ocasiones a presentarse agresiones físicas, además en varias ocasiones los hijos se enteraban de los problemas conyugales de los padres y muchas veces pasaban a ser intermediarios de estos conflictos.

Es posible considerar que este tipo de actitudes pueden llegar a conducir a que ambos cónyuges pierdan la confianza entre sí, de tal manera que lleguen a generarse situaciones como es la falta de respeto hacia el compañero y que sin duda, representa un factor importante en una relación familiar.

Resulta también importante que el hecho de no mantener cierta flexibilidad sobre las ideas y opiniones entre ambos cónyuges, puede alterar de alguna manera parte de su individualidad, de tal forma que es preciso negociar este tipo de cuestiones en una relación.

Ahora bien, por lo que respecta a los límites hallados en el holón parental, se encontró que en los tres tipos de familias predominaron los límites difusos, característica que se relaciona en gran medida con los límites hallados en el holón conyugal, ya que de alguna manera la comunicación entre los progenitores parece afectar la relación hacia los hijos, sobre todo, cuando no poseen la habilidad para mantener acuerdos y reglas claras que permitan establecer límites sobre lo que se puede o no hacer dentro y fuera del sistema. Es posible determinar que estas diferencias entre los progenitores puedan llegar a implicar un fuerte descontrol por parte de los hijos, pues el hecho de lidiar ante dos autoridades con diferentes perspectivas trae como consecuencia que dicho subsistema empiece a tornarse frágil, logrando con ello la pérdida de autoridad por parte de los padres y el respeto hacia sus demandas.

Otro de los aspectos que también debe considerarse es el hecho de que la familia pueda estar manteniendo reglas inadecuadas hacia los hijos, de tal manera que es preciso modificarlas, tomando en cuenta la edad de éstos, o bien, considerando que estas reglas se lleven a cabo hacia todos los miembros de una manera equitativa y constante, ya que de no ser así, este subsistema seguirá enfrentando problemas ya sea por ausencia o confusión de reglas y que de alguna manera afectan el crecimiento del sistema.

En lo que se refiere al holón fraterno, los tres tipos de familias coincidieron en señalar que sus límites fueron en su mayoría difusos. En este caso se puede considerar que una comunicación inadecuada entre la pareja aparte de impedir la elaboración de acuerdos y reglas que beneficien su relación fomentan entre los hijos este tipo de interacción, teniendo como consecuencia, el que los hijos de igual manera no hayan aprendido a establecer sus propias reglas y límites, y que si bien es cierto, dificultarán en gran medida la interacción entre sus miembros.

Así bien, se observó que en la mayoría de estas familias se carece de reglas y si las hay, éstas son transgredidas continuamente, provocando conflictos entre hermanos y algunas veces llegando incluso a formar coaliciones con miembros de otros sistemas (amigos o parientes cercanos), lo cual agudiza aún más la posibilidad de una relación disfuncional.

Otro de los aspectos que también es importante señalar es el hecho de que en muchas ocasiones se distinguió una transgresión continua por parte del subsistema fraterno hacia el subsistema parental, pues el hecho de que algún hijo (s) fungiera ya sea como padre o madre frente a sus hermanos, desataba fuertes disgustos y enfrentamientos, pues se rehusaban a ser castigados o controlados por sus propios hermanos; cabe agregar que esta situación se observó principalmente cuando los dos progenitores se encontraban ausentes.

Con relación a los límites hacia el exterior, los tres tipos de familias coincidieron en señalar que éstos fueron en su mayoría difusos, debido quizás en gran parte a las dificultades que se generan de la relación entre los progenitores y que si bien es cierto, van desencadenando una ola de conflictos entre un subsistema y otro, dando lugar así a una desorganización creciente del sistema en donde los miembros ven amenazada su integridad tanto física como psicológica.

Es así que este sistema se ve en la necesidad de pedir apoyo a otros sistemas, ya sea para que intervengan en sus asuntos familiares; o bien aceptan el apoyo que éstos les ofrecen ya sea de tipo económico o moral, sin embargo, cabe agregar al respecto, que en varias ocasiones el hecho de ofrecer este tipo de ayuda implicaba situaciones tales como intromisiones de parientes en los asuntos familiares, así como en sus planes y toma de decisiones, modo de corregir a los hijos, etc. Este tipo de situaciones por lo tanto, daban lugar a constantes peleas entre los integrantes de la familia y miembros del exterior.

Sin embargo, cabe mencionar que el apoyo e intervención de otros sistemas en estos casos, puede resultar contraproducente, ya que la familia de ninguna manera, pierde parte de su intimidad y privacidad, lo cual tiende a su vez, a generar conflictos entre los miembros del sistema.

Por lo que se refiere a la jerarquía, en las familias integradas y reconstruidas, se pudo observar que la madre fue la jerarca, aún cuando existe una figura paterna en el sistema. Culturalmente puede esperarse que el padre sea el miembro jerarca; sin embargo, en la muestra estudiada, éste tendió a ser periférico, dejando en la esposa las responsabilidades de organización del hogar, crianza y educación de los hijos y en ocasiones hasta en lo que se refiere al ingreso económico familiar.

Con base en lo anterior, se puede considerar que este tipo de situaciones obligan de alguna manera a que la madre en este caso, comparta su rol con algún miembro del interior del sistema, un hijo por ejemplo; o bien, con miembros del exterior (parientes cercanos principalmente), trayendo esto como consecuencia un mayor descontrol por parte de los hijos.

Ahora bien, en relación a los hijos parentales el presente estudio mostró que la mayoría de las familias contemplaron esta característica. Las razones que en este caso se consideran son varias y se relacionan en gran parte con el ausentismo del padre, ya sea por abandono, muerte o divorcio o bien por la periferia que mantiene dentro de su familia, lo cual implica de alguna manera el hecho de que la madre se vea en la necesidad de pedir apoyo a sus hijos, o bien, éstos lleguen a involucrarse por sí mismos, ya sea adquiriendo responsabilidades que comúnmente le competen al progenitor ausente, tales como la manutención de la familia, apoyo en cuestiones de educación, corrección y crianza de los hijos, toma de decisiones, etc.

Resulta importante señalar que los hijos parentales en este estudio fueron en su mayoría los hijos mayores y varias de las familias coincidieron en señalar la presencia de más de un hijo parental, principalmente las familias reconstruidas. Así bien, la presencia de hijos parentales en este estudio fue tanta y tan permitida que ocasionó serios conflictos en el subsistema fraterno, sobre todo porque los hijos no deseaban ser corregidos o controlados por sus propios hermanos, también se observó que entre los hijos parentales la lucha por mantener el poder frente a los hermanos, generó fuertes enfrentamientos.

En lo referente al aspecto de centralidad positiva, nuestras familias mostraron cierta similitud en señalar a uno de los hijos intermedios como el miembro central positivo, que no fue obviamente el adolescente drogadicto sino otro.

Se puede advertir que dicho papel otorgado a este miembro, generalmente surge de los padres quienes comúnmente evalúan y miden dicha característica a partir de su comportamiento el cual generalmente consideran como "bueno", también suelen medirlo con base en el aprovechamiento escolar, apoyo económico que brinda a la familia, etc. Este tipo de actitudes que los padres consideran como positivas en los hijos, pueden dar lugar al hecho de querer encasillar a los demás miembros dentro de un modelo determinado de conducta y que por supuesto será rechazado por la individualidad que caracteriza a cada integrante.

La centralidad negativa en tanto, fue otro de los aspectos que también se analizaron en este estudio, y que en este caso acaparó uno de los hijos intermedios quien a su vez, fungía como el paciente identificado, es decir, el adolescente drogadicto.

En este caso, es de suponerse que dicha característica sobre centralidad negativa, obedece en gran parte a la etapa en la que se encuentra el adicto y que trae como consecuencia, una serie de cambios que vienen a manifestarse en su personalidad, de tal manera que a la gente que se relaciona con el adolescente en ocasiones le es difícil comprender su comportamiento, ya que comúnmente los jóvenes suelen rebelarse ante reglas y límites establecidos por el mundo de los adultos.

Al respecto, cabe mencionar que el hecho de que la conducta del adolescente sea cuestionada y corregida continuamente, provoca en él sentimientos de rebeldía y rechazo, sobre todo, si son los hijos mayores quienes intervienen en su educación, pues consideran que los adolescentes no tienen derecho de decidir sobre su comportamiento.

Otro de los aspectos que es importante señalar, es el hecho de que el comportamiento del adicto llega a ser tan negativo, que la familia continuamente exige al adicto un comportamiento similar al del miembro central positivo o hijo modelo, lo cual para el adicto representa una amenaza a su propia identidad, creando con ello sentimientos de frustración.

En lo que se refiere al miembro cuya periferia se hizo presente en este estudio, los tres tipos de familias coincidieron en señalar al padre cuya ausencia se distinguió de una manera significativa; dicha situación por tanto, consideramos es de esperarse, ya que por una parte el hecho de no mantener acuerdos y reglas claras entre los progenitores impide y limita en cierta forma el hecho de que el padre actúe y se relacione frente a los hijos. Asimismo, no se descarta que en estos casos el trabajo u ocupación del padre pueda llegar a repercutir en el tiempo que éste llegue a brindarle a la familia, sin embargo, se puede considerar que esta actitud posiblemente sea un pretexto a través del cual los padres tienden a desligarse de toda responsabilidad para con la familia, pues en nuestro estudio se observó que en ocasiones el tiempo libre era dedicado a los amigos e incluso en algunas familias se observaron casos de infidelidad.

Aún en las familias reconstruidas, el padrastro llegaba a deslindarse de sus responsabilidades parentales, dejando a la esposa toda la carga en cuanto a educación de los hijos e hijastros.

Por lo tanto la periferia del padre en la muestra estudiada, hace referencia a su falta de involucramiento en cuanto a la educación de los hijos, al apoyo que pueda darles para la solución de problemas y para la convivencia con ellos en su tiempo libre. Las dificultades del padre con la madre, en gran parte se debían a este tipo de irresponsabilidades del señor.

Con relación a las alianzas registradas en nuestro estudio se pudo advertir una gran diferencia entre los tipos de familias, ya que por un lado, las familias integradas y las reconstruidas coincidieron en señalar una fuerte alianza entre los hermanos, mientras que en las familias con un solo progenitor, se observó a la madre y a uno de los hijos formando dicha alianza.

En estos casos, podemos advertir que aunque las alianzas fueron conformadas de manera diferente, la ausencia del padre quizás pueda estar influyendo en la conformación de éstas, ya que por un lado, las familias que carecen de una figura parental con la cual, en este caso la madre, pueda compartir responsabilidades, de alguna manera posibilita que ella se vea en la necesidad de adquirir ese apoyo a través de los hijos, quienes vienen a desempeñar en cierta forma las responsabilidades del progenitor ausente.

En los casos en los que se observa la presencia del padre o padrastro en las familias, las alianzas entre madre e hijo (a) fueron un tanto menos evidentes en comparación con las observadas entre hermanos; sin embargo consideramos que dichas alianzas en este caso manifiestan un interés no sólo por brindarse apoyo mutuo entre hermanos, ya sea de tipo económico o emocional, pues esta preocupación también se pudo observar para con la madre a quien los hijos ayudaban emocional o económicamente a través de dichas alianzas, sobre todo cuando el padre parecía mantenerse un tanto periférico o ausente.

Este tipo de familias sin embargo, demostraron que en su caso el mayor número de alianzas eran compartidas entre hermanos, aunque cabe agregar que éstas muchas veces terminaron en coaliciones, sobre todo cuando suscitaban diferencias entre hermanos.

Las coaliciones más frecuentes que se suscitaron en los tres tipos de familias, variaron en cierta forma entre una y otra familia, sin embargo, podemos argumentar que en parte, se debe a la conformación familiar, ya que por un lado, aquellas familias que poseen ambos progenitores, consideran que la coalición más fuerte fue mantenida por ellos mismos, teniendo en este caso a uno de los hijos como intermediario de sus conflictos.

En el caso de las familias que cuentan con un solo progenitor, éstas coincidieron en señalar que las coaliciones más frecuentes fueron mantenidas entre hermanos, lo cual es de esperarse debido a las continuas transgresiones que este subsistema enfrenta ya sea por la ausencia de reglas y/o límites claros.

En el caso de las familias reconstruidas las coaliciones más frecuentes se suscitaron entre hermanastros y miembros del exterior del sistema (primos, tíos, vecinos, etc.). Así bien, podemos argumentar que en este tipo de familias, la presencia de una figura parental nueva, como en el caso del padrastro, no sólo trae como consecuencias, conflictos entre los hijastros y el "nuevo padre", sino además entre los hijos y hermanastros quienes suelen llegar a incorporarse al sistema y de alguna manera despierta sentimientos de rechazo y rencor, ya que en muchas de estas familias les es difícil aceptar a un nuevo padre y por consiguiente a sus hijos.

Cabe mencionar que los problemas suelen agudizarse aún más cuando las edades de los hijos varían de una manera significativa o bien, cuando existe una falta de acuerdos entre la pareja con respecto al modo de educar a los hijos, pues en ocasiones las preferencias por determinado hijo, impiden de alguna manera el hecho de que algún progenitor pueda pasar por alto la manera de corregir determinada conducta en este miembro, lo cual puede resultar injusto para los demás.

En lo que respecta a los conflictos hallados, el presente estudio, mostró ciertas diferencias entre una y otra familia, ya que por un lado, las familias integradas, mostraron que a pesar de la periferia del padre, él y la madre en este caso mantienen una relación mucho más conflictiva que el resto de los miembros, la cual se traduce en peleas continuas, agresiones físicas y verbales. Cabe mencionar que este tipo de situaciones son muy frecuentes sobre todo en presencia de los hijos y cuando el padre suele llegar del trabajo o de reunirse con sus amigos. La madre en este caso trataba de aprovechar la presencia del padre para demandarle una mayor participación y apoyo, a lo que el padre responde de una manera agresiva, surgiendo en este caso discusiones interminables y que la mayoría de las ocasiones impedían la manera de lograr algún acuerdo.

De acuerdo con lo anterior, es posible argumentar que este tipo de situación obedece en gran parte no sólo a la falta de acuerdos entre la pareja sino además a la carencia de herramientas suficientes que les permitan enfrentar y resolver el conflicto y ello posiblemente en sus familias de origen no lo aprendieron, razón por la cual les es difícil mantener una relación funcional.

Por lo que se refiere a las familias con un solo progenitor y a las familias reconstruidas, se observó que el mayor número de conflictos fue mantenido entre hermanos, lo cual consideramos radica en el hecho de que los padres no hayan podido establecer modelos adecuados, así como reglas y límites que permitan a los hijos mantener una relación hasta cierto punto estable, dando lugar a una posible transgresión de límites entre los miembros. En el caso de las familias reconstruidas específicamente, se evidenciaron, como ya se ha señalado anteriormente ciertas actitudes de rechazo muy marcadas, sobre todo cuando conviven entre sí hijos de diferentes matrimonios. En este caso se observan diferencias muy marcadas en el trato y educación que se les brinda a los hijos, actitudes que en cierta forma generan conflictos y enfrentamientos constantes entre éstos, incluyendo a los hermanastros y a los mismos padres.

Ahora bien, en lo que se refiere a la población de adictos, los resultados obtenidos demostraron que en los tres tipos de familias, los usuarios de drogas fueron en su mayoría del sexo masculino, lo cual puede deberse, entre otras cosas, a que en la mayoría de las familias, específicamente en la población mexicana, existe una mayor tendencia a otorgarle al sexo masculino una mayor libertad y permisibilidad en cuanto a salidas y conductas se refiere. Se puede considerar que esta población tiene por lo tanto, una mayor probabilidad de frecuentar círculos sociales en los cuales no sólo aprenden a hacerse de amigos sino además tendrán acceso al uso de drogas tanto legales (alcohol, cigarro, etc.) como ilegales (marihuana, cocaína, thiner, entre otros). De esta situación puede desprenderse el hecho de que algún adolescente quien atraviesa por momentos difíciles (muerte de algún miembro, divorcio de los padres, etc.) sea fácilmente enganchado en el ambiente de la adicción.

En el caso de las mujeres, esta situación quizás no sea tan frecuente debido a que la educación que los padres les proporcionan es un poco más restringida, es decir, tienden a vigilarlas más que a los varones, de tal manera que su estancia dentro del hogar es mayor, mientras que su círculo de amigos es mucho más reducido razón por la cual la probabilidad de ingerir drogas puede ser menor.

En lo referente a la edad de los adolescentes adictos, ésta fluctuó entre los 16 y 17 años en el caso de las familias integradas y en las de un solo progenitor; mientras que en las familias reconstruidas el mayor número de adictos contaba con 18 años de edad. En este caso los tres tipos de familias alcanzaron una edad promedio de 16 años, situación que viene a corroborar de alguna manera los hallazgos en encuestas realizadas por Centros de Integración Juvenil en las cuales se estima que el mayor número de adolescentes drogadictos se encuentran entre los 15 y 19 años de edad.

Asimismo, esta encuesta distingue que el mayor número de pacientes atendidos en el lapso de 1990-1995, resultó ser esta población, alcanzando en este caso un promedio de 36.5% del total de los pacientes atendidos.

De acuerdo con lo anterior, se puede deducir que en esta etapa es frecuente el uso de drogas debido en gran parte a los cambios que se generan dentro de ella y que muchas veces a los jóvenes les es difícil enfrentar principalmente cuando atraviesan situaciones difíciles (divorcio de los padres por ejemplo) dentro de su hogar y que les impide mantener una relación estable con los demás miembros que les rodean.

Los datos arrojados con respecto a la ocupación de los adictos mostraron diferencias significativas en los tres tipos de familias, ya que por una parte, las familias integradas consideraron que el adicto en su mayoría se mantenía sin ocupación alguna, característica que puede estar en función de las necesidades y exigencias percibidas por la familia, ya que en este caso, el hecho de que ambos padres se encuentren presentes, sobre todo el padre, quien es el que generalmente solventa la manutención del hogar, proporciona a la familia una mayor ventaja económica, a diferencia de las familias con un solo progenitor en donde los hijos generalmente se desempeñan en algún trabajo u oficio para apoyar a la familia. Es así, que la probabilidad y exigencia de los padres para con los hijos en las familias integradas es mínima de tal manera que la participación y desempeño de éstos también lo será.

Las familias de un solo progenitor en tanto, manifestaron un porcentaje más o menos similar entre una y otra actividad desempeñada por el adicto, tal es el caso de aquellos que se mantuvieron sin ocupación alguna y el de los que se encontraban estudiando. En este caso puede deducirse con base en las cifras alcanzadas, que estas familias comparten características similares con las familias anteriormente descritas, sin embargo conviene mencionar que en estas familias se observó un aspecto muy interesante y que fue el hecho de encontrar a un mayor número de adictos desempeñando algún trabajo u oficio, lo cual fue poco común en las familias integradas; argumentamos en este caso que quizás el hecho de contar con un solo progenitor, principalmente la madre, da lugar a que los hijos como en este caso el adolescente, se preocupen por la economía familiar y la manera de solventar los gastos que de ella emanan.

Las familias reconstruidas también mostraron semejanzas entre una y otra actividad del adolescente, sin embargo, aquí sobresalió el hecho de que el adicto en su mayoría se mantuvo como estudiante, lo cual representa un aspecto importante en el sentido de que aquí se observa la figura de un padre o un padrastro.

En este caso es posible suponer que las demandas de los cónyuges hacia los hijos quizás exijan una mayor participación en el ámbito escolar aun cuando estos últimos no muestren un interés por hacerlo, ya que de lo contrario pudiera darse el caso de que se les suprimieran algunos privilegios.

## CONCLUSIONES

Con base en los hallazgos obtenidos a partir de esta investigación, se considera importante advertir las grandes similitudes que presentaron las familias de nuestro estudio en relación a su estructura familiar aun a pesar de que se conformaron tres diferentes tipos de familia.

Esta investigación supone la existencia de una serie de patrones característicos similares entre una y otra familia y que de alguna manera están impidiendo el crecimiento del sistema, de tal forma que el síntoma, en este caso la adicción, hace su aparición actuando como regulador de las transacciones familiares y el cual sugiere la necesidad de un cambio en dicho sistema, pues su estructura se torna disfuncional.

Con relación a este último aspecto conviene mencionar a Minuchin (1992), quien argumenta que todo sistema requiere de continuos cambios y procesos de acomodación a medida que van cambiando las circunstancias que le rodean, de tal manera, que algunas veces conservará y otras rechazará ciertas pautas de interacción, enfrentándose con ello a situaciones de tensión entre sus miembros. Este tipo de actitudes por lo tanto, deberán ser resueltas por la familia permitiendo con ello, la evolución del sistema, el cual deberá permanecer flexible al cambio y procurando una mayor funcionalidad en lo que a reglas y límites se refiere, ya sea tanto al interior como al exterior del mismo.

Así bien, cuando en una familia los límites que en ella se manejen empiecen a tomarse frágiles o ya no sean funcionales para los miembros, se optará por realizar los cambios necesarios y que benefician la estabilidad familiar. Si esta situación no llegara a ocurrir, se podría dar el caso de presencia dentro del sistema a hijos parentales, miembros periféricos, coaliciones, triangulaciones y centralidad negativa, aspectos que darán lugar a una disfuncionalidad en el sistema, así como también, permitirán la posibilidad de enfrentar situaciones como en este caso lo es la drogadicción.

Al respecto, se puede considerar que en éste al igual que en otros casos, el apoyo profesional, permitirá de alguna manera ayudar a reestructurar el sistema de interés y eliminar los conflictos que de él se suscitan.

Consideramos que en este caso la Terapia Familiar Sistémica, constituye una modalidad terapéutica a través de la cual se puede incidir sobre dicha problemática, sobre todo porque en el caso del adicto se sugiere que este comportamiento emana de las interacciones y conflictos que se presentan dentro de la familia, de tal manera que no se trata únicamente al individuo en aislado, sino que se cuestiona su ambiente familiar.

Por lo anterior, se sugiere que el hecho de dar un mayor énfasis a este tipo de terapia, posibilita el hecho de que el adicto logre una pronta recuperación, pues la participación de la familia dentro de la terapia, ayudará al adicto a abandonar su adicción y a modificar sus relaciones familiares. Sin embargo, resulta posible considerar que en ocasiones es difícil comprometer a la familia en la recuperación del adicto, de tal manera que en este caso el terapeuta debe mantener una relación más estrecha con la familia; así como también deberá contar con las herramientas necesarias que le permitan abordar este tipo de problemáticas para evitar así, posibles recaídas o bien, una deserción por parte del adicto y su familia.

En este caso se sugiere que el terapeuta cuente con una formación profesional adecuada, en la que se contemplen los aspectos teórico- prácticos necesarios para llevar a cabo una terapia; también es importante su sensibilidad y capacidad de análisis y crítica en el manejo de la información proporcionada.

Por otra parte, cabe señalar que dentro del tratamiento, como es en este caso el de la drogadicción, la intervención del terapeuta no debe estar limitada únicamente a su participación, sino a la involucración de otros profesionales, tales como: médicos, trabajadores sociales, profesores, entre otros, y quienes mantengan una relación estrecha de trabajo, tratando en lo posible de aminorar esta problemática.

En el caso de los médicos por ejemplo, se puede advertir que su participación permite cuantificar el grado de dependencia del adicto hacia determinada sustancia, así como los efectos que le ocasiona la intoxicación a niveles físico, orgánico y neurológico. Este tipo, de información por lo tanto, permitirá de alguna manera determinar el tipo de tratamiento más idóneo y que minimice en lo posible los problemas orgánicos por no ingerir droga.

En el caso de los trabajadores sociales, su participación como supervisores en el ámbito familiar y contexto social, permite obtener una mayor información con respecto al modo de vivir de la familia, su economía, relaciones familiares, constelación familiar, etc.

La participación de los maestros también es importante en el sentido de que podrán aportar elementos importantes sobre el quehacer del adicto cuando éste se encuentre en determinada institución; en este caso pueden proporcionar información sobre el comportamiento y desempeño académico, los cambios favorables o desfavorables que muestre en su persona tales como: alto rendimiento, interés por la clase, o bien, bajo rendimiento, falta de interés, agresividad o deserción.

Con base en lo anterior podemos considerar que la información que logró obtenerse permitirá al terapeuta tener una visión más profunda sobre la naturaleza de la problemática así como también permitirá visualizar la manera de cómo actuar para contrarrestar el síntoma o síntomas que puedan presentarse dentro del ámbito familiar.

Así bien, de acuerdo con esta perspectiva, consideramos que aunque la terapia familiar aparece como una forma de tratamiento que ofrece resultados efectivos, es imposible considerarla como una terapia total sino más bien, como una herramienta que puede ayudar a modificar los patrones de interacción familiar que ya no son funcionales dentro de determinado sistema y dentro del cual se está manifestando un síntoma.

De acuerdo con esta panorama conviene mencionar que la presente investigación arrojó datos interesantes que sirven de apoyo a futuras investigaciones en las cuales se trabaje con adolescentes, ya sea que presenten o no algún tipo de síntoma como la drogadicción; pues cabe mencionar que la adolescencia representa una etapa en la cual se ve inmersa una serie de cambios en los jóvenes, tanto físicos como psicológicos y sociales, lo cual requiere de una orientación y apoyo, así como de compañía y comprensión, requerimientos que de alguna manera no pueden ser cubiertos por las familias disfuncionales, debido a que sus miembros, principalmente los progenitores, no se muestran competentes; o bien, no cuentan con las herramientas suficientes que permitan enfrentar sus propios problemas, de tal manera que les será difícil proceder sobre la conducta del adolescente adicto.

Por consiguiente, deseamos poner de manifiesto que en la problemática de la drogadicción están inmersos múltiples factores como lo son la sociedad, los amigos, los medios de comunicación (cine, prensa, radio, TV), etc., sin embargo la familia en todo caso, representa el vínculo más importante a través del cual el individuo aprende a convivir y a relacionarse con sus semejantes, de tal manera que el apoyo que llegue a recibir de ésta será básico a lo largo de su vida. Es así que desde esta perspectiva multicausal, debe darse prioridad a la familia, principalmente cuando se lleve a cabo un tratamiento.

Ahora bien, por lo que respecta al trabajo del terapeuta en este caso, consideramos que en la actualidad representa uno de los más importantes en el campo de la salud, por lo cual resulta indiscutible que su labor no se vea estancada o bien, no se encuentre cegada por alguna teoría en particular de la cual pueda aferrarse sin obtener resultados favorables, impidiéndole quizás el hecho de desarrollar su potencial al máximo, es por ello que en este caso, sugerimos una mayor flexibilidad por parte de los terapeutas hacia aquellas modalidades terapéuticas en las cuales se considere al individuo no como un ente aislado, sino como un ser social que se mueve a través de otros.

Por último, conviene mencionar algunas limitaciones que llegaron a presentarse en el trayecto de esta investigación, por la cual será necesario considerarlas como una forma de prever problemas en futuras investigaciones, tal fue el caso de no contar con el apoyo suficiente de determinados centros de atención y en los cuales se nos fue negada la posibilidad de entrevistar a la población requeridas, argumentando que resultaba contraproducente para la terapia que ellos pudieran manejar, razón por la cual se tuvieron que buscar varios sitios en los cuales se nos diera acceso a las instalaciones con el objetivo de realizar nuestras entrevistas, lo cual resultó un poco difícil por las políticas que en ellas se manejaban.

Otra situación difícil por la cual atravesamos, fue el hecho de no poder contar en las entrevistas con la mayoría de los integrantes, pues consideramos que a pesar de que fueron muy pocas las entrevistas en las que se logró reunir a casi todos los miembros de la familia, se obtuvo una información rica en el sentido de que se recababan diferentes puntos de vista en torno a una pregunta en particular que el entrevistador formulaba y de la cual generalmente surgían discusiones, lo cual nos daba la pauta para comprender aún más el tipo de relación y comunicación que en este caso mantenía la familia. Cabe mencionar que de estas entrevistas, en ninguna de ellas se logró reunir al paciente adicto y a sus familiares, razón por la cual el entrevistador no pudo distinguir en ese momento el tipo de interacción que éstos mantienen con su familia, limitándose en este caso, únicamente a los comentarios realizados entre los miembros. Al respecto, conviene mencionar que de acuerdo a los comentarios del personal que laboraba en las Instituciones, resulta casi imposible el hecho de mantener una plática entre adicto y familia, sobre todo cuando éste es de nuevo ingreso, ya que le es difícil aceptar delante de su familia este tipo de problemática, razón por la cual al ingresar los adictos a estas Instituciones se les confiere un espacio propio dentro del cual, puedan hablar sin temor sobre su adicción.

Así bien, la mayoría de las entrevistas que en este caso se lograron, las conformaron únicamente los adolescentes adictos y sin la presencia de otros miembros, sólo el entrevistador y él; un porcentaje mínimo de las entrevistas se realizó con los familiares del adicto (madre, hermanas, hermanos, y en algunos casos uno de los abuelos), pero sin contar con su presencia. Este tipo de situaciones, en este caso, nos hizo suponer que la mayoría de la gente busca una cura casi "mágica" por parte del personal que aquí labora, ya que regularmente las visitas de la familia a estas Instituciones son para tratar asuntos relacionados con el avance del adicto y muy pocas de ellas se comprometen en este caso a formar parte de una terapia, de tal manera que la posibilidad de trabajo con familias es mínima.

Finalmente, sugerimos que en futuras investigaciones se considere una muestra de estudio más grande y en la cual los tipos de familia que puedan analizarse, mantengan un número más a menos equitativo entre sí de familias, para así poder hacer comparaciones y generalizar los resultados alcanzados.

## BIBLIOGRAFÍA.

- ANDOLFI, M. y ZWERLING, I. (1992) **Dimensiones de la Terapia Familiar**, México: Paidós.
- ANDOLFI, M. (1991) **Terapia Familiar**. Buenos Aires: Paidós.
- BOWEN, M. (1991) **De la familia al individuo**. Barcelona: Paidós.
- CAMPANINI, A. y LUPPI, F. (1991) **Servicio Social y Modelo Sistémico**. Barcelona: Paidós.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (1995) **Panorama epidemiológico del consumo de drogas en México y Estados Unidos de América**. México, Cuademo Temático, Perfil de Investigación.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (1994) **"Encuentros sobre adicciones juveniles en sus contextos familiares" Prevención y Rehabilitación, Memorias**. México, D.F. del 9 al 11 de Sep.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (1995) **Orientación Preventiva para Adolescentes (vivir sin drogas es vivir)**. México, Manual Temático, Perfil de Investigación.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (1985) **Aproximaciones teóricas a la familia del farmacodependiente, (Perfil familiar)**. Serie técnica, vol. 2.
- DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (1994) **El Perfil del Adolescente Mexicano**. Modelo psicológico del estudio del adolescente, México.
- EGUILUZ, L. (1988) **Desarrollo Histórico de la Terapia Familiar**. Tesis para obtener el grado de Maestro en Terapia Familiar. Universidad de la Américas.
- ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES Y DROGAS ILEGALES (1993) **Sector Salud, México**
- ESTRADA, L. (1991) **El Ciclo vital de la familia**. México: Posada

- FLORES, L. y GUARNEROS, S. (1994). **Problemas de drogadicción en adolescentes y sus relaciones con las habilidades sociales.** Tesis para obtener el grado de Licenciatura. ENEP Iztacala, UNAM.
- FRAMO, J. (1990) **Exploraciones en Terapia Familiar y Matrimonial.** México, Biblioteca de Psicología.
- GALEANA, G. y DIAZ, L. (1996) **Terapia familiar sistémica.** Tesis para obtener el grado de licenciatura, ENEP Iztacala, UNAM
- GARCÍA, M. (1995) **Propuesta de un instrumento de evaluación para la conducta farmacodependiente.** Tesis para obtener el grado de Licenciatura, ENEP Iztacala, UNAM.
- GARDUÑO, A. (1991) **Desarrollo Histórico de la Terapia Familiar Sistémica en México.** Tesina para obtener el grado de Licenciatura, ENEP Iztacala, UNAM.
- GÓMEZ DE LEÓN, J. (1983) **El Enfoque de Sistemas en Terapia Familiar.** Tesis para obtener el grado de Licenciatura, Fac. de Psicología, UNAM.
- GUTIÉRREZ, L. (1993) **Desarrollo de la terapia familiar sistémica y apoyo psicológico a la familia ante la muerte de uno de sus miembros.** Tesis para obtener el grado de Licenciatura, ENEP Iztacala, UNAM.
- HALEY, J. (1989) **Terapia no convencional.** Buenos Aires: Amorrortu.
- HILARIO, C., PEÑA, A. y RAMIREZ, C. (1993) **La Terapia Familiar, una alternativa de tratamiento con menores infractores.** Tesis para obtener el grado de Licenciatura, ENEP, Iztacala, UNAM.
- HOFFMAN, L. (1992) **Fundamentos de la Terapia Familiar.** México: Fondo de Cultura Económica.
- JAFFE, J. y PETERSEN, R. (1980) **Vicios y Drogas Problemas y Soluciones.** México: Harla.

- JOANNING, H., QUINN, W. H., THOMAS, F. y MULLEN, R. (1992) Treating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education, *Journal of Marital and Family Therapy*, 188(4), 345-356.
- KALUA, E. (1988) *Adolescencia y Drogadicción*. Argentina: Nueva Visión.
- LIDDLE, H. y DAKOF, G. (1995) Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive. Special Issue: The effectiveness of marital and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 511-543.
- LÓPEZ, A. y SANCHEZ, M. (1995) *Terapia Familiar Estructural una alternativa de prevención y tratamiento para el adolescente farmacodependiente*. Tesis para obtener el grado de Licenciatura. ENEP Iztacala, UNAM.
- MADEN, J. D. (1986) *Alcoholismo y farmacodependencia*. México: Manual Moderno.
- MARGOLIS, R. (1995) Adolescent chemical dependence: Assessment, treatment, and management, Special Issue: Adolescent treatment: New frontiers and new dimension. *Psychotherapy*, 32(1), 172-179.
- MASSUN, E. (1991) *Prevención del uso indebido de drogas*. México: Trillas.
- MINUCHIN, S. (1992) *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.
- MINUCHIN, S. y FISHMAN, Ch. (1992). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- MONTALVO, J. y SORIA R. (1997) Estructura Familiar y Problemas Psicológicos. *Psicología y Ciencia Social*. 1,2.
- QUINN, W. H., KUEHL, P., THOMAS, F. y JOANNING, H. (1989), Family treatment of adolescent drug abuse: Transitions and maintenance of drug-use behavior. *American Journal of Family Therapy*, 17(3), 229-243.
- SAENZ, G. (1984) *La Terapia Familiar como alternativa terapéutica*. Tesis para obtener el grado de Licenciatura, ENEP Iztacala, UNAM.

- SANCHEZ, H. y JIMENEZ, R. (1995) **La Farmacodependencia, la Adolescencia y la Familia**. Tesis para obtener el grado de licenciatura. ENEP Iztacala, UNAM.
- STANTON, D., TOOD T. y COLS. (1990). **Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas**. Argentina: Gedisa.

# A N E X O S

**GUIA DE ENTREVISTA PARA IDENTIFICAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR**  
(Montalvo y Soria, 1991)

**DATOS DEMOGRAFICOS:**

Solicitante del Servicio:					
Edad:	Ocupación:		Escolaridad:		
Edo. Civil:				Religión:	
<b>CON QUIENES VIVE:</b>					
Parentesco	Nombre	Edad	Ocupación	Escolaridad	Edo. Civil

**ENTREVISTADOS:**

**QUEJAS:**

**I.- JERARQUIA**

1) ¿Quién toma la mayoría de las decisiones en casa?
2) ¿Quién pone las reglas sobre lo que se debe y no hacer en casa?
3) ¿Quién las hace respetar?
4) ¿Quién decide lo que se premia y/o se castiga?
5) ¿Quién premia y/o castiga?
6) No estando los padres ¿quién toma las decisiones, premia, castiga, etc.?
<b>CONCLUSION:</b>

**II.- CENTRALIDAD**

1) ¿Hay algún miembro de la familia de quien se tienen más quejas?
2) ¿Quién?
3) ¿Por qué?
4) ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable más positivamente?
5) ¿Quién?
6) ¿Por qué?
7) ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable negativamente?
8) ¿Quién?
9) ¿Por qué?
10) ¿Hay algún miembro de la familia que destaque más en algún aspecto en relación a los otros?
11) ¿Quién y en qué?
12) ¿Hay algún miembro de la familia alrededor del cual giren la mayoría de las relaciones familiares?
13) ¿Quién y por qué?
<b>CONCLUSION:</b>

**III.- PERIFERIA**

1) ¿Hay algún miembro de la familia que casi nunca está en casa?
2) ¿Quién y por qué?
3) ¿Existe alguien que casi no participa en las relaciones familiares?
4) ¿Quién y por qué?
5) ¿Existe alguien que no se involucra en la resolución de los problemas familiares?
6) ¿Quién y por qué?
7) ¿Existe alguien que nunca o casi nunca da opiniones respecto a los asuntos de la familia?
8) ¿Quién y por qué?
<b>CONCLUSION</b>

**IV.- LIMITES Y GEOGRAFIA**

<b>-Subsistema Conyugal-</b>
1) ¿Mamá está siempre interesada en conocer y participar en casi todas las actividades que realiza papá y viceversa?
2) ¿Cómo demuestran lo anterior?
3) ¿Papá y mamá tienen amistades en común?
4) ¿Papá y mamá tienen amistades personales por separado?
5) ¿Existe algún problema en relación a lo anterior? ¿Cuál?

-Subsistema parental-hijos.	
1)	¿Papá y mamá discuten en presencia de los hijos?
2)	¿Alguno de los padres comenta con algún (os) hijo (s) sus problemas conyugales?
3)	¿Los hijos saben lo que deben y no hacer la mayoría de las veces?
4)	¿Los hijos saben, la mayoría de las veces, por cuáles comportamientos pueden ser premiados o castigados?
5)	¿Las reglas en relación a lo que se debe hacer y no son explicadas verbalmente a los hijos?
6)	¿Cada hijo sabe o no cuáles son sus actividades o funciones en la familia?
7)	¿Ambos padres saben o no cuáles son las actividades o funciones que deben desempeñar cada uno de sus hijos?
8)	¿Se acostumbra que los hijos tengan que contar a uno o a ambos padres todo lo relacionado con sus vidas?
9)	¿Hay diferencias o no en relación a los premios, castigos y reglas según la edad de los hijos?
10)	¿Se acostumbra que algún hijo premie, castigue, llame la atención, etc., a sus hermanos?

-Al exterior.	
1)	¿Existe alguna persona fuera de los padres que tenga que ver con la implantación de reglas, premios, castigos, etc.?
2)	¿Existe alguna persona a quien algún miembro de la familia consulte para la toma de decisiones? ¿a quién? ¿sobre qué?
3)	¿Existe alguna persona a la que algún miembro de la familia siempre le esté contando lo que ocurre en la misma? ¿Quién? ¿Qué le cuenta?
4)	¿Existe alguna persona fuera de la familia nuclear que intervenga en los problemas conyugales? ¿Quién?
5)	¿Qué tipo de relación tienen los miembros de la familia con: parientes, amigos, vecinos, etc.?
-Geografía:	
1)	¿Cada miembro de la familia tiene su espacio personal? ¿cuál? ¿es respetado? ¿quién no respeta el espacio de quién y como (ejemplos)?
2)	¿Hay espacios compartidos? ¿cuáles y de quién?
3)	¿Se respetan las propiedades individuales?
4)	¿Quién no las respeta y cómo (ejemplos)?
CONCLUSION: LIMITES S. CONY.	
"	" S. PARENT.-HIJOS
"	" S. FRATERNAL
"	" AL EXTERIOR

#### V- ALIANZAS

1)	¿Quiénes suelen unirse para obtener permisos, favores, dinero, que se haga algo, etc.?
Ejemplos.	
CONCLUSIONES	

#### VI- COALICIONES

1)	¿Quiénes suelen unirse para castigar, dañar, atacar, perjudicar, descalificar, etc., a otro? ¿a quién o a quiénes? Ejemplos.
CONCLUSIONES	

#### VII- CONFLICTOS

1)	¿Existen problemas, discusiones, enojos, frecuentes entre papá y mamá? Ejemplos.
2)	¿Existen problemas, discusiones, enojos, frecuentes entre papá y/o mamá y algún hijo? ¿quién? Ejemplos.
3)	¿Existen problemas, discusiones, enojos, frecuentes entre hermanos? ¿quiénes? Ejemplos.
4)	¿Existen problemas, discusiones, enojos, frecuentes entre algún miembro de la familia y otras personas? ¿quiénes? Ejemplos.
CONCLUSIONES	