



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**VALORACION DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA
FAMILIAR ESTRUCTURAL EN FAMILIAS DE
PACIENTES FARMACODEPENDIENTES.**

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A

LIC. FELIPE SANCHEZ SANCHEZ

JURADO

DRA. ISABEL REYES LAGUNES

DR. RAYMUNDO MACIAS AVILES

DRA. SARA KLACHKY KAPLAN

DRA. BERTHA BLUM DE GORDILLO

DR. MARIO A. CICERO FRANCO



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.

RESUMEN

Se presenta una valoración de los cambios observados en una muestra de familias de adolescentes farmacodependientes que acudieron a un Centro de Integración Juvenil del norte de la ciudad de México a recibir atención terapéutica. Se comparó también la estructura familiar de éstas con familias sin problemas de farmacodependencia de la misma zona.

El instrumento utilizado para realizar la comparación fue la Escala de Interacción de la Estructura Familiar (Structural Family Interaction Scale) del cual no se conocía su traducción y aplicación en México, por lo tanto se realizaron estudios de validez y confiabilidad a través de las técnicas de retraducción, validación por método de jueces y coeficiente de correlación por escalas.

Se utilizó una modificación del diseño de investigación de grupo de control no equivalente. Se hizo la aplicación del instrumento al grupo pretest (13 familias farmacodependientes) y siete en el caso del posttest. Para el grupo testigo (42 familias no farmacodependientes) se realizó solo una aplicación.

El método de test-retest permitió evaluar la percepción que el sistema familiar y cada subsistema de las familias farmacodependientes tuvieron de ellas mismas. El tratamiento de las familias del grupo experimental llevó como línea teórico-técnica la terapia breve familiar estructural de Minuchin. Posterior al tratamiento se aplicó el posttest dando elementos de comparación entre éste y la aplicación única al grupo testigo. obteniéndose datos que permitieron evaluar diferencias y similitudes desde las pruebas estadísticas a que fueron sometidos (análisis de medias, desviaciones estandar, análisis de frecuencias y de correlaciones, prueba t y el mismo procedimiento estadístico para muestras pequeñas independientes de igual y diferente magnitud, así como el análisis de matriz de factores rotada por varimax).

Los resultados indicaron que los grupos testigo y experimental fueron diferentes (con un nivel de significancia de 0.01). El instrumento mostró tener poder discriminativo de diferentes poblaciones, además de tener congruencia interna entre sus subescalas.

Desde el punto de vista estadístico se observó que los cambios en las familias dadas de alta no fueron tan significativos como se esperaba. Sin embargo, desde la visión clínica se observaron cambios importantes en la estructura familiar, siendo lo más relevante la remisión del síntoma farmacodependiente.

RECONOCIMIENTOS

La realización de esta investigación no habría sido posible sin la valiosa colaboración de diferentes personas e instituciones como; Centros de Integración Juvenil a través del Departamento de Investigaciones Sociales, el equipo médico del Centro de Integración Juvenil "Azcapotzalco", La Central de Laboratorios y talleres No.2 en Azcapotzalco.

Un especial reconocimiento deseo hacer a la Ps. María Elena Cortázar R. por su incondicional colaboración en este trabajo. Así mismo al Sr. Guillermo Reyes S. por su ayuda y cuestionamiento constantes.

INDICE

I.-	INTRODUCCION	1
II.-	ANTECEDENTES	6
III.-	MARCO TEORICO	32
IV.-	METODOLOGIA	48
	4.1 OBJETIVOS GENERALES	48
	4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	48
	4.3 DISEÑO DE INVESTIGACION	50
	4.4 SUJETOS	51
	4.5 INSTRUMENTO	55
	4.6 PROCEDIMIENTO	62
	4.7 DEFINICION DE CONCEPTOS	68
	4.8 CASOS CLINICOS	74
V.-	PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	112
VI.-	CONCLUSIONES	132
VII.-	BIBLIOGRAFIA	137
VIII.-	ANEXOS	146

INTRODUCCION

Como todo país en desarrollo, o como aquellos que lo poseen, México presenta una serie de fenómenos sociales inherentes a su proceso de cambio; uno de ellos que ha creado una fuerte demanda social de atención, es la farmacodependencia. Esta, que anteriormente se circunscribía a un grupo social específico o a individuos cuya conducta previa al uso de drogas podía catalogarse como desviada (Cancrini, 1988) ahora, se ha manifestado en ciertos grupos sociales que por sus propias características se encuentran más expuestos, sobre todo aquellas poblaciones localizadas en zonas urbanas de gran densidad demográfica y rápido crecimiento industrial. Se ha señalado que los cambios económicos, políticos, sociales y culturales presentes en las grandes urbes de nuestro país, sobre todo en la segunda mitad de este siglo, han provocado un aumento en la incidencia y prevalencia del uso de drogas (Villagómez, Y. 1982). Concretamente esto ha sido puesto de manifiesto en los estudios de incidencia en la República Mexicana en los que destacan las ciudades de México, Guadalajara, Monterrey y Tijuana por la extensión epidemiológica de uso de sustancias tóxicas (Sánchez, H. y Ramón, T. 1983).

Esto ha promovido la reflexión y búsqueda de medios mas acordes a

su comprensión y solución. Es así como se ha visualizado la farmacodependencia como un fenómeno social que se ha convertido en un problema de salud pública y específicamente de salud mental (Ponce, M. y Medina, M.,1986) que requiere atención inmediata desde los tres niveles de prevención: Primaria (prevención propiamente dicha), Secundaria (atención curativa) y terciaria (rehabilitación).

Específicamente, la prevención secundaria o atención curativa de la farmacodependencia se ha puesto en práctica con diferentes técnicas sustentadas en diferentes marcos conceptuales. El encuadre teórico que ha aportado las bases más sólidas para la comprensión personal e intrapsíquica del sujeto portador de esta sintomatología es la teoría psicoanalítica (Fenichel, O. 1966).

Las adecuaciones necesarias que se deben realizar para cada padecimiento o entidad nosológica particular, han permitido establecer un modelo médico de atención de la farmacodependencia en Centros de Integración Juvenil (C.I.J.) a través de la psicoterapia breve con objetivos y tiempos establecidos en modalidades individual, familiar y grupal (C.I.J. 1985).

La Teoría General de Sistemas como marco conceptual brinda la

posibilidad de entender al sujeto-en contexto y con esto se abre otra opción terapéutica. Además, la dificultad de mantener al paciente farmacodependiente en tratamiento individual y la alta deserción de estos (Clarac, R. P. 1983) han motivado la búsqueda de métodos terapéuticos mas integrales para la atención de la sintomatología en cuestión.

Ampliamente reconocida es la importancia de la familia en la génesis, mantenimiento y tratamiento del uso de drogas (Stanton, M. D. 1979 A y B, Klagsbrum, M. 1977, Wagner, F. 1980, Amador, C. 1980). Por lo tanto la intervención terapéutica en el conjunto familiar tendría la virtud de neutralizar los aspectos negativos que provocan "saboteo" en el tratamiento del paciente pero, sobre todo para aprovechar los mecanismos que posee la familia para ayudar a la remisión del síntoma del (los) miembro (s) usuario (s) de drogas.

Es creciente la literatura y las investigaciones en torno a la implementación de la terapia familiar en la atención de usuarios de drogas, sin embargo, se observa que son pocas las que se han realizado con una metodología adecuada (Cancrini, 1988), utilizando grupos de control (Stanton, 1978), o que en sus diseños se contemple un método objetivo de cuantificación de resultados

(Hagglund y Pykkanen 1974, Apud. Stanton 1979).

El objetivo de la presente investigación tuvo tres finalidades:

- 1.- Realizar un estudio comparativo de la estructura familiar que se da en sistemas familiares en donde no existe identificación de algún miembro adolescente como farmacodependiente, y de sistemas familiares que acuden al CIJ Azcapotzalco con la demanda de atención de un miembro adolescente con problema de uso de drogas.

Esta comparación se realizó por medio del instrumento "Escala de Interacción de la Estructura Familiar" (Structural Family Interaction Scale, ver anexo 1) elaborado por Perosa, L. (1981), y que hasta antes de la realización de esta investigación no se tenía conocimiento de la traducción y su aplicación en México. Por lo tanto en la presente investigación se realizaron estudios de confiabilidad y validez a través de las técnicas de Retraducción, Validación por método de jueces y Coeficiente de correlación por escalas. Se realizaron la aplicación del pretest para el grupo experimental y la aplicación única al grupo testigo.

- 2.- Por el método de test-retest se evaluó (con el cuestionario

señalado) la percepción que el sistema familiar y cada uno de los subsistemas de las familias farmacodependientes tuvo de su familia. Esto permitió obtener datos diagnósticos (test) y de evaluación del tratamiento aplicado a las familias del grupo experimental, (retest).

La modalidad terapéutica utilizada fue la terapia breve familiar estructural de Salvador Minuchin (1984).

- 3.- Realizar un estudio comparativo de la estructura familiar de las familias a quienes se les aplicó el tratamiento (variable independiente).

La comparación se realizó entre el posttest y la aplicación única del grupo testigo, de esta forma se evaluaron las diferencias y similitudes.

ANTECEDENTES

Para entender la farmacodependencia es preciso intentar una aproximación a la evolución del concepto. A partir del término de farmacodependencia que la OMS en 1969 adoptó Centendiendo por tal el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periodica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. CENEf,1976)

Sin embargo para poder entender claramente esta definición se tiene que diferenciar lo que es el fenómeno de la farmacodependencia y lo que le sucede al individuo que la ingiere. Desde este punto de vista la definición anterior es cierta circunscribiendola en lo que le sucede al individuo pero el fenómeno de la farmacodependencia es mucho mas amplio con diferentes determinantes (individuales, familiares y sociales) en donde la determinación social adquiere un peso mayor en vista de que la salud y la forma de conservarla son asuntos que trascienden los límites del individuo, y que la determinación del grado de salud-enfermedad del individuo y la comunidad dependen de las condiciones materiales de vida (Coplamar, 1982).

Hecha esta diferenciación entre lo que es el fenómeno de la farmacodependencia y lo que le sucede al farmacodependiente cuando esta en contacto con alguna sustancia, para fines de esta investigación se considerarán cuatro grados de farmacodependencia: Grado I, lo conforman aquellos sujetos que con fines de experimentación recurren al uso de alguna sustancia para tener una experiencia emocional diferente. Grado II, son aquellos sujetos que utilizan alguna sustancia en alguna situación social y ocasional, generalmente se encuentra asociado a reuniones, o a situaciones específicas o pasajeras (reuniones con su grupo de amigos en el caso de los adolescentes, o en aquellas situaciones en las que para realizar alguna tarea se recurre a alguna sustancia como por ejemplo estimulantes). Grado III, lo integran aquellos sujetos que en un proceso de autodestrucción se encuentran en una dependencia psíquica y a veces física (dependiendo del tipo de sustancia), en donde para poder ser funcionales necesitan recurrir a algún fármaco. Grado IV, cuando el proceso de autodestrucción es elevado el sujeto rompe con la adecuación a su medio familiar, laboral y/o escolar, social e intrapsíquico volviéndose por tanto disfuncional. La clasificación anterior es la adoptada por Centros de Integración Juvenil (CIJ). Por su parte el manual del DSM III (1987) clasifica el abuso de drogas como aquel que se da en un uso continuo de por lo menos un

mes y la dependencia a una sustancia cuando se establece la tolerancia y la dependencia física.

Se demuestra que el fármaco se remonta a diversas épocas de la humanidad. Los Papiros egipcios acusan el uso de opio y alcohol y en su mayoría los pueblos recurrieron a algún tipo de sustancia, ya fuera para actividades religiosas, políticas o médicas.

En México existe una gran tradición mágica que proviene desde la época prehispánica donde se encuentran: el nahual, el jaguar y el brujo. Estos relacionados con hongos, peyote y a veces marihuana como una fuente de inspiración divina.

Cuando arriba el siglo XX con sus cambios socioeconómicos, políticos y culturales, aquello que era para un grupo exclusivo se transforma en uno de los problemas mas importantes (dada su gravedad) de la sociedad moderna. La farmacodependencia se presenta con mayor intensidad en las ciudades de una alta densidad demográfica.

La historia entonces, tiene su papel en la significación y evolución del término. Por lo que ahora la farmacodependencia es un fenómeno social históricamente determinado que se convierte en

un problema de salud, que requiere para su solución la consideración de las fuerzas y los instrumentos sociales, es decir, visto como un problema de salud pública que requiere un esfuerzo organizado de la sociedad y de una coordinación de los servicios médicos para una detección primaria y una atención oportuna (Esparza, L. et.al.1985).

Una de las formas para obtener información acerca del consumo de drogas tanto en la ciudad de México como en las principales ciudades de provincia en nuestro país, se logra a través de estudios epidemiológicos (al hablar de epidemiología San Martín, H. en 1981, considera no un sistema de pensamiento aplicado a un individuo enfermo sino el aplicado a la comunidad para establecer causas e indicar medidas de control). En México una de las instituciones que se ha avocado a este problema es CIJ, la cual en el año de 1983 realizó un estudio epidemiológico longitudinal teniendo como finalidad: 1) Distinguir una tendencia acerca del consumo de drogas y 2) determinar patrones de consumo vistos en pacientes que recurren a tratamiento a algún centro local de CIJ.

Este estudio se realizó en dos fases: a) Revisión de archivos clínicos de los pacientes farmacodependientes que ingresaron a tratamiento de 1976 a 1982 para obtener el perfil demográfico de

esta población (edad, sexo, estado civil, ocupación, droga de inicio y otras utilizadas), b) entrevista en la consulta inicial a los pacientes dejando sentados los datos obtenidos en una cédula mas amplia que permitiera indagar si el sujeto en cada caso había sido tratado por uso de drogas y en que fecha, el tiempo y frecuencia de uso de sustancias, además de saber la facilidad que tenían para su adquisición.

Los resultados obtenidos se expusieron en dos reportes, uno de ellos abarca la ciudad de México y el otro siete zonas de provincia estudiadas (agrupación que se hizo por región) que abarcan las principales ciudades del país en donde se encuentra ubicado algún centro local.

De los reportes correspondientes a las zonas estudiadas se obtienen los siguientes resultados: De la población total que acudió a los centros la mínima parte fueron mujeres (6%). La edad y el estado civil que predominaron fue de 15 a 24 años y solteros en su mayoría. El nivel escolar en general correspondió a estudios de primaria y secundaria incompleta. La edad que se encontró en relación al inicio de consumo fue de 9 a 19 años; de manera general se acude a tratamiento después de haber utilizado mas de un año las drogas. El 35% de los consumidores utilizaron una sola droga, los restantes de dos a seis. La sustancia con la que se

inician los pacientes es mariguana, 42% en la ciudad de México y 54% en provincia, los inhalables con el 41% y 25% respectivamente. La de mayor consumo resultó ser la mariguana (72% en el D.F. y 81% en provincia); en cuanto a los inhalables el 70% de los pacientes han consumido alguna vez estas sustancias. El uso de alcohol lo reportan el 33% de los pacientes. En cuanto al uso de depresores y estimulantes se encontró en la provincia un porcentaje mayor al de el D.F. En cuanto a la facilidad para adquirir las drogas el 84% contestó que sí la tenía. En relación a la ocupación el promedio mas reportado fue la de empleado, sin embargo el 51% no ejerce ninguna actividad remunerada.

Existen también investigaciones documentales acerca de la farmacodependencia en América Latina (Sánchez, R. Ortiz, R. 1984 A y B) las cuales tuvieron como objetivo comparar la información disponible acerca de la dimensión alcanzada por la farmacodependencia y su comportamiento entre países culturalmente compatibles. En Centroamerica y el Caribe se encontró, que en el primero la mariguana fue la de mayor consumo, le siguieron los psicofármacos y los inhalables. Sustancia como la heroína y la cocaína se reporta que prácticamente no existieron. Al ser países que centran su actividad económica en la agricultura, podría ser este un factor determinante en el uso primordial de mariguana

-infieren los autores- (ibid.). En cambio en el Caribe donde se vislumbró un desarrollo económico y social mayor, se usaron con mayor frecuencia los psicofármacos en relación a la marihuana, solamente en Puerto Rico se registraron datos de uso de inhalables, así mismo altos niveles de uso de heroína. En comparación con esto el uso de cocaína y heroína es mínima en la zona caribeña.

En América del sur las diferencias socioeconómicas marcan también modificaciones en cuanto a las drogas más usadas. En los países de mayor desarrollo industrial los psicofármacos fueron las principales sustancias utilizadas. Se señala a la marihuana como la sustancia más utilizada a excepción de Bolivia y Perú. En las áreas rurales de la zona sudamericana se encuentra con mayor frecuencia la masticación de la coca, esto lo relacionan los autores con determinantes socioeconómicas más que con una tradición cultural. No se reporta nada acerca de los inhalables.

El interés por realizar estudios epidemiológicos surge en la década de los setentas y las investigaciones documentales nos hablan de una expansión del uso de sustancias que en otro momento histórico estaba restringido a grupos específicos, ahora por ejemplo se puede observar que el uso de inhalables no es privativo de clases sociales menos favorecidas económicamente (aunque la

incidencia sigue siendo mayor) sino que su uso se observa en estudiantes de instrucción media superior e incluso superior aun cuando su uso sea con fines de experimentación. En la década de los ochentas la explicación que se da a la farmacodependencia está mas vinculada con las determinantes de tipo social (Villagómez, 1986) y sobre todo de la exposición diferencial al uso de drogas (Ponce, 1986); por lo que dadas las condiciones socioeconómicas bajas que impiden cada vez más el acceso a los satisfactores básicos, provocan que los niveles de salud sean cada vez menores (Coplamar, 1982).

Desde un enfoque de salud pública se observa que la salud y la forma de conservarla (por lo tanto la farmacodependencia y la manera de adquirirla) trascienden los límites del individuo y afectan los intereses colectivos, por lo que los instrumentos de solución deben trascender los límites individuales.

Coincidente con este enfoque de medicina social es el del modelo de terapia familiar estructural, por lo tanto dada la incidencia del problema de la farmacodependencia y la necesidad de atenderlo en etapas iniciales del padecimiento, es necesario buscar herramientas terapéuticas mas eficaces para la remisión y/o disminución de esta problemática. En vista de que la psicoterapia

familiar estructural es una aproximación que ha obtenido resultados satisfactorios en la atención de la farmacodependencia de otros países (Stanton, 1982. Cancrini, 1988) y que no existe una literatura suficientemente amplia que indique la aproximación terapéutica mas adecuada para poblaciones mexicanas, se consideró conveniente para esta investigación atender el problema de la farmacodependencia en adolescentes con el esquema de los conocimientos teóricos y técnicos de Salvador Minuchin (1984).

Los trabajos o investigaciones realizadas con las familias de farmacodependientes se pueden agrupar en dos:

- a) Los estudios realizados con fines exploratorios para conocer sus características y sus patrones de relación,

- b) Los que señalan los resultados de intervenciones terapéuticas, y que presentan su diseño de investigación (ya sea como resultado de estudio de un solo caso) o aquellos que realizan un trabajo con aplicación de otro diseño de investigación.

En relación a los primeros, en los que se trata de dar cuenta de las características del farmacodependiente, podemos citar que

Stanton (1979) realiza un estudio bastante extenso de la literatura hasta ese momento existente de las particularidades que se presentan en las familias norteamericanas dependiendo del tipo de droga que se consume. Menciona entre ellas, las drogas narcóticas, depresoras, estimulantes, alucinógenas, cannabis o en donde la farmacodependencia es múltiple. Podemos decir que los resultados a los que llega son muy consistentes a los encontrados por otros autores en México que han realizado análisis de la familia como un todo (V. gr. Cisneros 1988, Fernández 1984, CIJ 1988 A y B) y específicamente a la interacción madre-hijo farmacodependiente (Amador 1988). Por otro lado, Cleveland, (1981) señala lo mismo centrando su estudio en los roles que se estructuran en el subsistema fraterno. En la sociedad italiana Cancrini (1988) presenta resultados similares a los encontrados en otras culturas en torno a las familias de adolescentes farmacodependientes; a los que llama de tipo B. Así podemos tener un esquema prototipo de la familia del usuario de drogas:

- Existe un padre intensamente involucrado con el usuario, usualmente es el padre del sexo opuesto, y considerando la extensión ampliamente marcada de que el paciente es masculino, es la madre sobreinvolucrada, indulgente, sobreprotectora y permisiva, con fuerte necesidad de

tratarlos como mas pequeños de lo que realmente son. Es frecuente que las madres hagan uso indebido de medicamentos.

- El otro padre por lo regular del mismo sexo (hombre) es desinteresado, alejado, sin involucrarse, débil o ausente. Schwartzman (1978 citado en Stanton 1979) describe dos tipos de padre; uno al que denomina "el hombre paja" el cual es autoritario o violento, pero fácilmente controlado por la madre. Un segundo tipo es distante, claramente secundario para la madre en términos de poder dentro de la familia. Es muy frecuente encontrar en la literatura la referencia de que el padre recurre al alcohol. La relación es definida por el adicto como bastante negativa, con una disciplina dura, rígida, pero inconsistente.
- El hijo con problemas de drogas cumple una función para los padres, a menudo como un canal de comunicación.
- Es muy usual encontrar que los padres están permanentemente evitando conflicto entre la pareja, o bien sin resolverlo, ya que quedan problemas de relación encubiertos o minimizados en la medida en que el sistema familiar torna la mirada hacia el paciente identificado. Así el miembro sintomático mantiene el

equilibrio familiar al evitar una cercanía que ponga en peligro el subsistema conyugal. En ocasiones puede funcionar como un esposo sustituto de uno de ellos, lo que permite que el otro padre se mantenga a distancia.

- A menudo el miembro sintomático se convierte en la única "causa" alrededor de la cual puede unirse la pareja y por lo tanto es como una manera de mantenerlos juntos. Consecuentemente al término de la adolescencia, con la amenaza de perder al adolescente, hace que emerja el temor en los padres. La familia entonces se "aferra" a esta etapa del desarrollo, estableciendo patrones de relación circulares que se vuelven redundantes. Cleveland (1981) ha llamado la atención en cómo además del triángulo "perverso" existen roles que los hermanos del paciente identificado juegan y que son parte importante que ayudan a que se mantenga la estructura familiar tal cual, éstos roles son: El rol del hijo parental, el rol de hijo modelo, y el rol de hijo sintomático.

El uso de drogas es una solución paradójica al dilema de permanecer o salir, ya que por un lado permite un cierto nivel de competencia (el robo, la estafa, el salir librado de las

detenciones o la evasión de la policía) y por otro lado se encuentra en una situación de incompetencia y dependencia con los padres presentándose así una pseudo-individuación.

Existen varios estudios en la literatura en los que describen resultados del tratamiento:

Duncan Stanton en uno de sus artículos (1979 A) analiza 68 estudios o programas de tratamiento (reportados en 74 artículos) a farmacodependientes en el que se pueden observar las modalidades más utilizadas: De pareja, de grupo para padres de adictos, de familia como unidad tanto en pacientes internos como en consulta externa, terapia orientada al sistema fraterno, tratamiento simultáneo para el paciente identificado y para sus padres y terapia familiar múltiple. Del análisis que realiza se concluye que por un lado los tres teóricos que han influido más son Virginia Satir, Jay Haley y Salvador Minuchin. Y por otro lado que las escuelas de terapia familiar con las que se han obtenido mayores éxitos en la atención del uso de drogas son la terapia estructural y la terapia estructural-estratégica.

De los estudios analizados por Stanton, este hace notar que solo ocho hacen mención de la eficiencia del tratamiento, pero que no

lo sustentan con resultados, 20 presentaron estudio de casos exitosos, sin que se mencione claramente la técnica utilizada. También señala que solo 14 intentaron cuantificar sus logros, que una parte de éstos (ocho) cuantifican el número de casos exitosos o hacen una medición mas precisa y que sólo seis avanzaron al contemplar en sus estudios grupos de comparación o control. Con esto podemos observar como de la literatura norteamericana revisada por Stanton, los estudios que se apoyaron en los grupos de comparación fueron los que obtuvieron un resultado satisfactorio.

Un ejemplo de esto, fue el estudio que realizaron Stanton y Todd (1978) usando grupos de comparación; se realizó con heroinómanos en un programa de terapia familiar y tratamiento de metadona con población de bajos recursos y clase trabajadora. Se formaron dos grupos para comparar cuatro diferentes situaciones de tratamiento. Estas fueron: terapia familiar pagada (en el que a los familiares se les devolvía el monto del pago en la medida en que asistieran y en la medida en que el paciente se presentaba limpio a las sesiones). Terapia sin costo. Terapia de cine familiar pagado (que consistió en que todos juntos acudían a ver proyecciones de familias), y tratamiento no familiar (metadona y asesoría individual). Uno de los grupos se conformo para ingresar a los

tres tratamientos familiares y el otro al tratamiento no familiar. Los tres tratamientos familiares fueron breves, de diez sesiones. El abordaje fue de tipo estructural- estratégico. Los resultados fueron positivos, sobre todo para el tratamiento familiar, y el seguimiento a seis meses mostró que el porcentaje medio de días sin recurrir a drogas fue: terapia no familiar 44.1 %, de cine 63.7 %, de familia que no pagaron 63.3 % y de familias que pagaron 78.8 %. Lo cual demuestra un claro efecto de las diferentes terapias.

En un estudio realizado con una muestra de 103 heroínómanos en Roma, Cancrini (1988) y colaboradores presentan una clasificación de la farmacodependencia. La tipología que proponen delinea y delimita la fenomenología de cuatro categorías: a) Farmacodependencia traumática, b) Farmacodependencia por neurosis actual, c) Farmacodependencia Transicional y d) Farmacodependencia sociopática.

Esta tipología resulta de utilidad ya que no es posible hablar de familias de farmacodependientes en sentido general, ni las características que presentan son homogéneas. Así, lo que otros autores previamente señalan como los patrones de interacción más típicos de las familias farmacodependientes, corresponderían

grandemente a la categoría B (farmacodependencia por neurosis actual) en las que describen básicamente las interacciones actuales que mantienen el síntoma en el sistema.

Esta clasificación tiene implicaciones también en el tratamiento con el que se atiende cada uno de estos grupos.

En un estudio previo Cancrini (1984) presentó esta misma clasificación tentativa que ahora sustenta en este estudio. Estas categorías se derivaron de investigaciones realizadas usando varios indicadores:

a) Estudio de la organización y de los patrones de comunicación en las familias de los adictos, b) Observación y descripción de la conducta de los farmacodependientes, c) Evaluación de sus problemas personales desde una perspectiva psicodinámica y d) Evaluación de los efectos prácticos de diferentes estrategias terapéuticas a través del tiempo.

En la primera parte de la investigación los terapeutas que realizaron el tratamiento desconocían las características de la tipología, y tuvieron que llenar un formato describiendo las situaciones familiar, social y personal del sujeto. Con esto un

investigador externo compararía cada una de las formas individuales con un cuadro que consistía de 14 puntos relacionados con las características principales de las cuatro clases. De esta comparación resultó que de la muestra total la mayor parte de los datos proporcionados correspondieron a uno de los cuatro patrones de farmacodependencia propuestos para esta investigación. En la segunda fase se le informó al grupo de terapeutas las características de la tipología. De esto, el 93% de los casos coincidieron con la clasificación que cada uno realizó de manera independiente con los patrones obtenidos por el investigador externo.

Las características de cada tipo de farmacodependencia son las siguientes: Farmacodependencia traumática (tipo A). En este tipo de adicción lo básico es que ante un evento percibido como muy dañino y por lo tanto traumático, el sujeto recurre a las drogas como una alternativa a la angustia. Engloba también las respuestas a las pérdidas de los objetos infantiles interiorizados, de la seguridad o de pérdidas reales. En estos casos la drogadicción se desarrolló en forma súbita, con un rompimiento rápido de los patrones de vida normales, convirtiéndose la droga en el centro de atención del sujeto protegiéndolo de un estado de pánico. El sujeto busca el aturdimiento mas que el placer y el sentimiento de

culpa provocado por el trauma es ocultado por los frecuentes estados de abstinencia con lo cual se infringe un daño físico. El acercamiento de tratamiento básico es de tipo individual y encaminado a un trabajo de elaboración de duelo. Incluso señala Cancrini como riesgoso involucrar a la familia de origen, dado que el foco de atención en el conflicto actual puede obstaculizar la elaboración del duelo.

Farmacodependencia por neurosis actual (tipo B). Enmarca la existencia de un conflicto activo alrededor del sujeto que es más importante que el conflicto psico-genético infantil. Los síntomas principales son: sentimientos de inadecuación/incapacidad, depresiones, y disminución en sus actividades e intereses.

La estructura familiar en la cual se desarrolla esta categoría es a la que previamente nos hemos referido como el esquema prototipo de la familia del usuario de drogas. Aquí Cancrini hace una diferenciación entre el tipo de farmacodependencia que con mayor frecuencia se observa en las investigaciones:

a) Profunda relación madre-paciente identificado, b) rol periférico del otro padre, c) presencia del triángulo perverso, d) límites difusos entre los subsistemas que conforman la jerarquía,

e) la existencia de roles equilibrantes de la farmacodependencia "el malo" y su contraparte "bueno", f) sistema de comunicación basada en mensajes contradictorios, y g) desarrollo rápido de conflictos.

Desde el punto de vista terapéutico -señala Cancrini- los esfuerzos deben ser dirigidos desde el inicio hacia el control de la conducta sintomática, estableciendo un frente unido por parte de los padres y/o otros adultos dispuestos a ayudar. Los esfuerzos iniciales desde esta línea se encaminan al control del síntoma y no así a la atención de la estructura. Señala también que no tiene sentido trabajar individualmente con estos adictos.

Sin embargo este acercamiento que menciona Cancrini tiene un sentido mas bien estratégico en el que justamente desde lo que señala J. Haley (1979) lo mas importante para él es que la jerarquía quede lo mas claro posible. Dentro de la práctica se observa que cuando se trabaja en el reestablecimiento de la jerarquía el terapeuta se siente limitado, empantanado y con poca movilidad cuando los padres no pueden formar este frente unido y la terapia no avanza.

Farmacodependencia transicional (tipo C). Esta, denota el tipo de

adicción en el que interactúan componentes psicóticos y neuróticos de un modo complejo. Dentro del contexto familiar se observa el esfuerzo que se realiza para tratar de no definir las relaciones que se mantienen por el frecuente uso de mensajes paradójicos e incongruentes. Los miembros muestran una tendencia difusa a ignorar los mensajes de los demás y a usar la enfermedad como una solución al problema de liderazgo, tomando el farmacodependiente una actitud de autosacrificio. Ambos padres están profundamente envueltos (no solo uno y el otro periférico como en el tipo B) en la adicción o en la vida privada de sus hijos. La polaridad de los hijos es de éxito/fracaso y no de bueno/malo como en el tipo B. Cancrini menciona que Selvini-Palazzoli (1978) le llama el miembro prestigioso (que se encuentra en familias psicóticas) a aquel que está muy involucrado afectivamente en los problemas de la familia, que se siente más competente para resolverlos y tiene una larga historia de intimidad con uno de los padres. Aún cuando este miembro no este en casa, su función continúa. Esto mismo ha sido señalado por Cleveland (1981) y Rochkovski (1985) en el sentido que los hijos juegan un rol importante en la estructuración y mantenimiento sistémico de la estructura familiar.

Cancrini encontró que es difícil para los pacientes y sus familiares correlacionar la evolución de la adicción con eventos

específicos en la vida de los adictos. Es común que ésta empiece "cuando las cosas están bien" y se interrumpa cuando el deterioro físico (en el tipo de usuarios con los que él trabajó) o el sufrimiento agobiante llegue a reemplazar la necesidad de droga.

Farmacodependencia sociopática (tipo D). Este tipo se expresa con mayor claridad en aquellos adolescentes que actúan sus conflictos psíquicos. Comúnmente estos adictos son hijos de mujeres económica y culturalmente deprivadas, quienes abandonan a sus hijos en instituciones.

Las desadaptaciones de estos chicos se observan primero con problemas escolares y posteriormente en la adolescencia con un progresivo incremento de violencia con la cual reaccionan a las reglas de una sociedad percibida como cruel y hostil a través de su subcultura delincuente. Las familias con esta tipología normalmente pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas, están profunda y dramáticamente desorganizadas; los miembros se mueven como en órbitas aisladas.

En lo referente a la relación que guarda la tipología con la clase de tratamiento propuesto, Cancrini menciona que los terapeutas: 1) Emplearon la terapia familiar en las adicciones de los tipos B y

C, 2) ofrecieron tratamiento individual a las adicciones del tipo A, y 3) organizaron una red terapéutica o asignaron al individuo a una comunidad terapéutica en el caso de farmacodependencia tipo D.

Como se mencionó previamente, ésta diferenciación permite tener un abordaje terapéutico diferente dependiendo del diagnóstico que se realice por lo que coincido con el autor, en que para las familias de tipo B la terapia familiar estructural es la mas útil, y que los enfoques paradójico y estratégico son mas adecuados en situaciones de tipo C. Por lo tanto para fines de la presente investigación el tipo de familias con las que se trabajó pertenecen a la tipología B.

De los estudios realizados en CIJ con familias farmacodependientes (Cisneros, 1986) se utilizó la terapia familiar sistémica en tratamiento breve de 12 sesiones. En este estudio se reportan cinco familias atendidas con las técnicas de desafío de Minuchin y se muestran resultados de dos de ellas. En la primera los padres manifestaron que hubo cambios significativos sobre todo en las relaciones entre los padres y de ellos al farmacodependiente. En la segunda se presenta supresión del síntoma, cambios significativos en el desempeño escolar, mayor relación del padre con los hijos y buen humor en general en la casa, aun cuando la

conflictiva conyugal persistió. El terapeuta consideró conveniente seguir trabajando con la familia por un periodo mas largo, por lo que estableció un nuevo contrato terapéutico, ya que si bien hubo cambios la familia mostraba disposición para realizar modificaciones en el subsistema conyugal.

Los instrumentos que se utilizaron fueron entrevista clínica dirigida y semi-dirigida. No explica por que se presentan estos dos casos unicamente. Además de que no muestra ningún tipo de control para saber si el cambio se debió a la intervención terapéutica o a otros factores.

En el estudio de evaluación del proyecto Psicoterapia Familiar en CIJ (Wagner, 1986) se hace un análisis de los datos obtenidos en el trabajo efectuado con familias dadas de alta en el año 1985. Al parecer se realizó un estudio ex post facto en donde parte de los datos que se obtuvieron fueron extraídos de los expedientes y parte de una entrevista tanto con el paciente identificado como con un familiar con rol de autoridad, en donde además en esa entrevista se aplicó un cuestionario a cada uno. De ellos la muestra fue de 36 casos en donde las características demográficas mostraron que el 77 % de los pacientes se ubicaron entre 10 y 24 años de edad, el 73 % de ellos fueron solteros y habitaban en la

misma casa de los padres, existió una relación de 10 hombres por una mujer, el 80 % de los que acudieron acompañados en la primera entrevista iban con un familiar, el tamaño de la familia fue de 5.6 individuos promedio por sesión y el 89.9% del total de la población acudia regularmente a las sesiones. Los centros que intervinieron en esta investigación señalaron que en la Terapia Familiar Sistémica el índice de deserción fue mas bajo y se produjo mas tardíamente en comparación con la psicoterapia individual.

En este estudio el 52% de las familias fue atendido en un máximo de tres meses y el 48% en un máximo de cuatro meses, lo que pudo haberse debido a que la institución establece en las guías técnicas un trabajo de 12 sesiones (una vez por semana) durante tres meses.

El 63% de las familias acudieron a un máximo de 14 sesiones. Del total de la población el 52.6% abandonó el consumo de drogas y el 30.7% lo disminuyó.

Es conveniente señalar que aun cuando la terapia breve familiar se puede realizar sin estar presente el paciente identificado, su ausencia parece afectar los resultados alcanzados al menos en lo

que se refiere a la supresión del síntoma. Como lo señala Wagner los pacientes que asistieron regularmente con su familia a tratamiento tuvieron posibilidades de suprimir el síntoma, ya que los pacientes que terminaron la terapia como exfarmacodependientes mostraron un menor ausentismo que aquellos que terminaron en grados I, II y III (expuestos anteriormente) Sin embargo existen resultados opuestos a estos: Rochkovski, E.O. (1985) señala que la ausencia de algún miembro de la familia incluso el paciente identificado no constituye un obstáculo para el logro de los objetivos, siempre y cuando se incluya la función que tiene el ausente en la familia y trabajar terapéuticamente sobre esta función.

Al preguntárseles a los familiares que observaron mejoría en el paciente en qué consistió ésta, mas de la mitad (el 58%) señaló que el cambio se dió en el mejoramiento de las relaciones familiares. Se señaló también el mantenimiento en buen nivel de las relaciones interpersonales que el paciente sostiene. Esto al parecer se relaciona con la comprensión que tanto el paciente como la familia tuvieron del significado del uso de drogas para la familia.

No obstante estos resultados gratificantes para la efectividad de

la terapia familiar, el estudio no deja claro cual es la modalidad terapéutica con la que se trabajó, o por qué estas familias lograron terminar el tratamiento y otras no.

Una explicación alterna a los cambios en la disminución o supresión de la farmacodependencia pudo ser el simple paso del tiempo en los meses en los que duró el tratamiento, o bien al considerar el uso de drogas como una situación transitoria en algunos adolescentes, el cambio se pudo haber debido a la madurez del paciente identificado.

Por lo que se observa, es necesario realizar estudios con una metodología mas rigurosa, utilizando grupos de comparación o control, o bien que en sus diseños se contemple un método objetivo de cuantificación de resultados.

MARCO TEORICO

El marco teórico en el que se sustenta la presente investigación es la Terapia Familiar Sistémica Estructural. El surgimiento de ésta se da en un momento histórico en el que convergen diferentes factores; por un lado los antecedentes teóricos de diferentes autores, Sullivan (1975) con sus aportes en el sentido de que entre el terapeuta y el paciente se da una relación no solo inconsciente, sino sobre todo interpersonal, y que la finalidad de la terapia es no tanto la comprensión y solución de los conflictos primarios, sino en el aquí y ahora la comprensión y resolución de la relación interpersonal con el terapeuta. R. Laing (1978) con sus aportes de las defensas transpersonales contribuye también a ir sentando las bases para el surgimiento de la teoría estructural. Von Bertalanffy (1976) y su propuesta de una ciencia de sistemas y principios que fueran válidos para todos los sistemas en general (Teoría General de Sistemas), sin olvidar que en la década de los cincuentas la aparición de los neurolepticos muestra la posibilidad de pensar los trastornos psicóticos como modificables.

Por otro lado se observaron una serie de problemas clínicos para los cuales un abordaje intrapsíquico no era suficiente para su

comprensión ni para su solución. Entre estos se pueden mencionar; el comportamiento diferencial de los niños que en el consultorio podían conducirse bien, pero en casa se presentaban incluso retrocesos. Similar dificultad de comprensión para el psicoanálisis presentaba el hecho de que en una familia aparecieran diferentes miembros sintomáticos de una forma alternada o secuencial. Pero sobre todo lo que resultó más impactante y definitivo fueron los hallazgos de Batson, Jackson, Haley y Weakland (Cfr. cap. IV 1977) en torno a la interacción del paciente esquizofrénico con su familia, en ese momento se observó sobre todo que en la interacción del paciente con su madre se presentaban dos tipos de mensajes contradictorios entre sí; la madre emitía dos mensajes, uno de amor y otro de rechazo generalmente expresados en dos diferentes planos de comunicación; uno digital (verbal) y otro analógico (conductual, postural, en tono de voz, etc.) en el que el paciente se veía obligado (por encontrarse en un doble vínculo) a dar cumplimiento a ambos, de acercamiento y alejamiento simultaneo, lo cual es imposible. Como el paciente no podía salir de esta situación se veía obligado a dudar de sus propias percepciones y empezaba a tener conductas bizarras que se presentaban correlacionadas con la interacción de la madre, es decir, cuando el paciente se encontraba hospitalizado y alejado de sus parientes se observaba una recuperación en su

padecimiento, sin embargo cuando había interacción con ellos se presentaba una regresión en los avances terapéuticos, por lo que los autores concluyen "...que la esquizofrenia puede verse como adecuada al nicho ecológico particular del paciente" (Ibid. p.46), ante una serie de interacciones estereotipadas, lo mas "lógico" es que el paciente sea esquizofrénico.

En el contexto que se menciona surge la Terapia Familiar Estructural. La desarrollan Salvador Minuchin y un grupo de terapeutas como Braulio Montalvo (1984).

La Terapia Estructural tiene sus bases en la Teoría General de Sistemas, de la cual toma conceptos fundamentales. En la investigación de sistemas existen dos corrientes (CIJ 1988); una que se inclina mas hacia el paradigma cibernético, y otra que es la corriente organísmica que busca los principios y leyes que rigen a los organismos en tanto que son sistemas. En esta vertiente se ubica la Teoría General de Sistemas (T.G.S.). "Este es un nuevo paradigma de causalidad, el paradigma del todo organísmico" (Umbarger,1978 p.22). La T.G.S. estudia las totalidades, pero no desde una perspectiva de sumatividad de los elementos y de sus características inmanentes a estos, parte mas bien de una perspectiva de que es la posición que ocupan los

elementos y las interrelaciones entre ellos dentro del sistema, lo que da la conformación del mismo. La causalidad de los fenómenos desde esta teoría no es lineal como el paradigma Estímulo-Respuesta, sino que la causalidad es circular.

Este es el concepto más importante de la Teoría Estructural; estudia al individuo en su contexto social, se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino que está en un intercambio constante con su entorno al cual influye y del cual recibe influencia. La comprensión de la influencia del ambiente del individuo no es nuevo, pero lo que sí marca una diferencia radical es el hecho de basar las técnicas de salud mental en este concepto. "Una teoría del desarrollo del sí-mismo-en-contexto recomienda una terapia que procure modificar el contexto-entorno-del-sí-mismo. Y en efecto, una premisa fundamental de la terapia familiar de orientación estructural es que si uno modifica el contexto de intervención, sobrevendrán cambios en la conducta individual" (Umberger, 1978 pp. 224-225). Esto tiene una implicación en la teoría de la cura; si se modifican las pautas de interacción disfuncionales que mantienen un síntoma, éste ya no tendrá razón de ser.

Existen dos axiomas más de la Terapia Estructural, igualmente

importantes al mencionado por Umbarger.

1) La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste, sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema.

2) Cuando el terapeuta trabaja con la familia, su conducta se incluye en este contexto. Se forma entonces un sistema más amplio que involucra al terapeuta (sistema terapéutico) y que gobierna la conducta de sus miembros.

La familia es un sistema abierto; esto es que se mantiene en constante intercambio de información, materia y energía con el sistema social, el cual en relación a la familia puede denominarse Ecosistema.

Es un sistema en constante transformación, Minuchin (1974), y Barragán (1972) han hecho un símil de la familia con el desarrollo individual, que pasa por las etapas de nacimiento, evolución y muerte o transformación en otros sistemas.

Umbarger (1987) y Hoffman (1987) señalan que los seres vivos se

componen de "Estructuras Disipadoras" (entrecomillado de Umbarger, Idem. p.39). Esto es, que no permanecen en un estado constante como las estructuras de un cristal, sino que se mantienen siempre en un estado de cambio, lo cual lleva a las estructuras de los seres vivos, a nuevos ordenes de complejidad y organización mas complejos y diferenciados, con una capacidad mejor de adaptación. En este fluir constante, las estructuras antiguas se disipan y dan paso a nuevas formas de adaptación, las cuales a su tiempo serán reemplazadas por formas nuevas en razón de las demandas evolutivas del medio.

El sistema familiar está sujeto a dos fuentes de presión; una interna que corresponde al crecimiento y diferenciación de sus miembros, a lo que el sistema tiene que acoplarse, y la otra fuente es externa y está en relación a los requerimientos del Ecosistema (este término define al sistema mas amplio; sociedad, cultura, etc. en el cual se encuentra inmersa la familia y del cual es un subsistema) de cambios y reacomodos constantes.

Para Minuchin la estructura familiar "es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (1974, p.80). Estas interacciones son relativamente duraderas y ordenan u organizan las subunidades que

conforman la familia. Determina quienes integran una subunidad, cuando han de operar y cómo lo han de hacer, de una manera constante.

Umbarger (1988) hace una distinción entre proceso y estructura; "proceso designa una secuencia discreta y limitada en el tiempo de conductas que constituyen una transacción ... La expresión de un proceso en el tiempo le confiere estatuto de estructura"(pp.31-32) Es decir, si una interacción se presenta repetidamente formará una estructura. Si la interacción no se presenta repetidamente en el tiempo estaremos hablando de un proceso. La Terapia Estructural pone énfasis en la configuración actual del sistema, hace un corte transversal como especie de radiografía para ver la conformación en un momento determinado. Por lo tanto el interés de este modelo es observar el presente y las interacciones que se dan en este momento. De esta forma el ver la estructura se torna prioritario y al no escuchar la historia de la familia del cómo se llegó a configurar una determinada estructura, los eventos del pasado que sean importantes para el sistema se manifestarán en las interacciones del presente.

El objetivo de la Terapia Familiar Estructural es modificar el sistema, pero solo en aquellas partes en que se presenten

disfunciones y pueda continuar su desarrollo con mayor eficacia.

El sistema familiar tiene mecanismos de autopropagación, por lo que el cambio que el terapeuta inicia se mantendrá una vez que él no esté. Una vez que se ha producido un cambio, la familia lo preservará.

A través de su desarrollo evolutivo, la familia tiene que acomodarse a las situaciones por las que atraviesa y cubrir las demandas de cambio, tanto interno como externo. Ofrece resistencias al cambio más allá de cierto nivel y conserva las pautas de interrelación preferidas durante tanto tiempo como pueda hacerlo manteniendo su estado de mismidad (homeostasis o equilibrio sistémico) a través de mecanismos de retroalimentación negativa, llamados también morfostáticos o reductores de desviación.

Umbarger (1988) señala que la atención que se ha puesto a la capacidad de los sistemas para el crecimiento y el cambio, es reciente, estaba centrado en los procesos de regreso a la normalidad y a la homeostasis, y señala que por otro lado teóricos como Maruyama, Hoffman y Dell han destacado la igualmente esencial aptitud de los sistemas para crecer y diferenciarse; a ésta capacidad de cambio le llaman lazos amplificadores de desviación

(mecanismos morfogenéticos). Estos procesos de crecimiento están precedidos por situaciones de crisis (entendiendo por crisis los periodos en los que las formas habituales de respuesta ya no son adaptativas, por lo que se tienen que ensayar nuevas respuestas) que pueden ser considerados erróneamente como patológicos. Desde este acercamiento, un gran número de familias que atraviesan por periodos de crisis no serán vistas como patológicas, sino como sistemas que enfrentan las dificultades de acomodación a nuevas circunstancias. Por lo tanto, las familias disfuncionales o patológicas son aquellas que frente a tensiones incrementan la rigidez de sus pautas y límites transaccionales y evitan o resisten nuevas formas de acción.

Para la terapia estructural, la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo a los parámetros de cada cultura, pero se puede hablar de constantes universales que comparten todas y de una serie de requerimientos y leyes idiosincráticos que se estructuran por las necesidades y expectativas de los miembros de la familia.

Las funciones de la familia obedecen a dos objetivos; primero, proveer un lugar de pertenencia que le brinde seguridad e identidad a sus miembros, y el segundo, es lograr la acomodación de sus integrantes a la cultura.

El sistema familiar se diferencia y realiza sus funciones a través de subsistemas, pueden formarse por generaciones, interés, función o sexo. Estas "partes" del todo se relacionan en forma dinámica con las otras "partes", pero la delimitación de cada subsistema se da por interacciones preferentes y repetidas. Un individuo pertenece a diferentes subsistemas a la vez. Minuchin retoma el término propuesto por Koestler de "...holón, del griego holos (todo) con el sufijo ON (como en protón o neutrón), que evoca una partícula o parte...la familia nuclear es un holón de la familia extensa, ésta lo es de la comunidad, y así. Cada todo contiene a la parte, y cada parte contiene también el <programa> que el todo impone. La parte y el todo se contienen reciprocamente en un proceso continuado, actual, corriente, de comunicación e interacción." (Minuchin, 1984 p.27)

Los holones mas importantes son : Conyugal, Parental y Fraternal. El holón conyugal debe estar cerrado para proteger la intimidad de los esposos, requiere estar libre de interferencias tanto de los hijos como de otros parientes. Las principales cualidades requeridas para el buen desempeño de éste, son la complementariedad y la acomodación mutua. La pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apunte la acción del

otro en muchas áreas. El acierto con que la pareja trace los límites es uno de los aspectos mas importantes que determinan la viabilidad de la estructura familiar. Si existe una disfunción importante en este subsistema repercutirá en todo el sistema.

El holón parental deberá tener los límites claros entre él y el subsistema filial, debe permitir el acceso a ambos padres y al mismo tiempo que los niños queden excluidos del holón conyugal. Los padres deben funcionar como un bloque unido, pero tiene que acomodarse a medida que los hijos crecen y sus necesidades cambian. Los padres no pueden desempeñar sus funciones ejecutivas a menos que dispongan del poder necesario para hacerlo, lo cual requiere el uso de la autoridad.

El holón fraterno debe estar organizado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acorde a su sexo y edad, determinados por la cultura familiar. El desarrollo de habilidades de negociación entre los hermanos o los compañeros requiere que no exista interferencia de los padres.

La demarcación entre estos subsistemas esta dada por los límites, que se pueden experimentar como interacciones gobernadas por reglas que de manera regular se producen entre personas durante

periodos largos. Las propiedades de los límites pueden variar según la subunidad participante y la tarea adaptativa en que se está. La función de los límites es garantizar la diferenciación progresiva necesaria en el sistema y por lo tanto niveles más elevados de organización (Jerarquía). Estos recortes que funcionan al interior, también regulan el flujo de información requerida por la familia para poder cumplir sus funciones de desarrollo de sus miembros y de equilibrio armónico con su contexto ambiental.

Para un funcionamiento adecuado de la familia, los límites entre los subsistemas (en general con otros sistemas extrafamiliares) deben ser claros; cada subsistema debe estar libre de interferencias de otros subsistemas.

Esta noción de la claridad de los límites entre los subsistemas familiares es para Minuchin el parámetro más importante para evaluar el funcionamiento de la familia.

Otro parámetro de evaluación es la respuesta de la familia a la acomodación de las distintas etapas de desarrollo.

Minuchin propone un modelo normativo para una familia que está funcionando bien (Cfr. Cap. III 1979), esto es de mucha utilidad

porque ofrece un marco de referencia para ver las disfunciones que una familia presenta, de ahí modificar éstas. "La familia normal no puede ser distinguida de la familia anormal por la ausencia de problemas por lo tanto, el terapeuta debe disponer de un esquema conceptual de funcionamiento familiar que lo ayude a analizar a una familia" (Ibid. p.85). Esto no significa como pudiera pensarse, que el modelo de funcionamiento familiar tienda a un uniformismo o al mantenimiento del statu quo, sino que las características de los sistemas ya sean límites, jerarquías, diferenciación de roles, se encuentran presentes en cualquier sistema abierto, por lo que mas bien es bastante flexible.

Un elemento importante de la terapia familiar sistémica estructural es que ofrece un modelo de comprensión de la familia como un sistema en evolución constante, que tiene un desarrollo que puede ser equiparable al desarrollo del individuo (Barragán, M. 1972) y que va cumpliendo ciclos evolutivos en niveles cada vez mayores de complejidad y de diferenciación.

La etapa de la adolescencia de los hijos es uno de esos momentos evolutivos en que la familia tiene que desarrollar cambios al interior y organizarse de una manera diferente, "es probable que los problemas de control se ligen con la incapacidad de los

progenitores para pasar del estadio de padres solícitos de niños pequeños al de padres respetuosos de adolescentes" (Minuchin, 1984 p.71) y así el adolescente puede quedar atrapado y desarrollar un síntoma que bien puede ser la farmacodependencia.

Las técnicas de desafío de la terapia familiar estructural propuestas por Minuchin (1984) son las siguientes:

I. - Cuestionamiento del Síntoma.

El objetivo de esta técnica es modificar la concepción que la familia tiene del problema, mostrándole una visión diferente y con posibilidad de cambio de lo que sucede. Esto se realiza con: a) Escenificación; es poner en acto las interacciones de la familia que permitan construir una secuencia interpersonal dentro de la sesión. Se realiza en tres momentos; observando las interacciones espontáneas, provocando éstas y dirigiendo su ejecución de manera que se realicen de un modo diferente a lo habitual. b) Enfoque o Foco; técnica por la que el terapeuta pone su atención en una línea de acción que lo guíe a su objetivo impidiendo así que lo inunde un cúmulo de datos que lo distraigan de su objetivo. c) Intensidad; ésta técnica facilita que los mensajes del terapeuta realmente lleguen a la familia sobrepasando con ésto la "sordera"

selectiva; lo anterior se logra repitiendo mensajes, repitiendo lo mismo pero isomórficamente y cambiando el tiempo de trabajo con una parte del sistema.

II.- Cuestionamiento de la Estructura.

La meta de ésta técnica es modificar el lugar o la posición desde donde los miembros de la familia viven su realidad, así como la relación que establecen con los otros. Se logra estableciendo fronteras o bien abriéndolas, cambiando los vínculos de jerarquía y/o mostrando como interactúan los otros complementariamente.

III.- Cuestionamiento a la Realidad Familiar.

El objetivo es mostrar una visión diferente a la explicación que la familia tiene de su ordenamiento de los hechos y de la manera en cómo vivencian su realidad.

Por lo anterior podemos concluir que la psicoterapia familiar estructural es una aproximación terapéutica ampliamente reconocida por sus bondades en el logro de objetivos terapéuticos, específicamente en la modificación de patrones disfuncionales que mantienen la presencia de un síntoma en la estructura familiar.

Desde su conformación como técnica posee un esquema que facilita el claro establecimiento de objetivos y metas terapéuticas, así como la movilización de maniobras para la consecución de éstas; considerando al individuo-en-contexto y por lo tanto procura modificar el contexto-entorno-del-individuo.

Ofrece un marco de referencia normativo del funcionamiento de la familia a través de un ciclo evolutivo en el que la concepción de la normalidad abarca momentos de crisis y estancamiento que deben ser superados para que el sistema continúe su ciclo evolutivo cada vez más organizado y diferenciado.

Desde esta perspectiva, el uso de drogas en la adolescencia (en sus primeras etapas de evolución de la sintomatología), puede ser entendido como un recurso que el sistema pone en operación para frenar el proceso de cambio. La meta terapéutica será por tanto romper el cúmulo de rigidez y volver al sistema más flexible para que pueda buscar formas más satisfactorias de enfrentar y superar esos momentos críticos evolutivos.

METODOLOGIA

OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos de ésta investigación fueron:

- 1.- Realizar los pasos necesarios de adaptación y estandarización de la Escala de Interacción de la Estructura Familiar, para tener un instrumento válido y confiable con fines de investigación para una muestra de la población mexicana.
- 2.- Investigar la estructura familiar típica que nos servirá como base para contrastar aquella que encontramos en las que se presenta el caso de un adolescente con problemas de uso de drogas.
- 3.- Evaluar el grado de logro de los objetivos propuestos para el tratamiento de las familias con problemas de uso de drogas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Investigar las diferencias y/o similitudes en el tipo de estructura familiar de dos poblaciones, una con problemas de

farmacodependencia en uno de sus miembros en la etapa de la adolescencia y otra con adolescentes sin esta problemática.

- 2.- Instrumentar la aplicación de la escala de interacción de la estructura familiar con fines diagnósticos que orienten las acciones del terapeuta.
- 3.- Valorar a través del mismo instrumento una vez realizada la intervención terapéutica si los objetivos propuestos al inicio del tratamiento se cumplieron o no.
- 4.- Investigar las diferencias y/o similitudes en el tipo de estructura familiar de las poblaciones del grupo experimental con la población del grupo testigo una vez que se aplicó el tratamiento.

DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño utilizado para esta investigación es una modificación del diseño de grupo de control no equivalente (Campbell, D. Stanley, J. 1973)

$$\begin{array}{ccc} 0 & X & 0 \\ \hline 0 & & 0 \end{array}$$

Este comprende la aplicación del pretest y postest a dos grupos; uno experimental y otro control, pero que en la asignación de los sujetos no poseen equivalencias en el muestreo y conforman entidades con un carácter diferente, pero para efectos de la presente investigación se realizó de la siguiente manera:

$$\begin{array}{ccc} 0 & X & 0 \\ \hline 0 & & \end{array}$$

Solo se aplicó una medición al grupo control que se consideró grupo testigo con el cual se hizo la comparación con el grupo experimental. Esta modificación se realizó tomando en cuenta que la estructura familiar, teóricamente, no sufre modificaciones significativas en un corto plazo, por lo cual se obvió la aplicación del postest. Se consideró este diseño como el más adecuado evitando también el efecto del aprendizaje en las respuestas del grupo testigo.

POBLACION

Grupo Pretest

Los criterios de selección de la muestra del grupo experimental fueron los siguientes: Familias que fueron canalizadas al servicio de consulta externa de Psicoterapia Breve Familiar del centro local Azcapotzalco, que el motivo de consulta fuera farmacodependencia en uno de sus miembros adolescentes y que éste estuviera en un rango de edad de 12 a 20 años, que el tipo de drogas usadas fueran aquellas que son las mas frecuentes como cannabis o inhalables, que cuando menos uno de los padres asistiera a tratamiento; no era condición indispensable que el paciente asistiera de inicio.

Las familias fueron canalizadas desde la primera entrevista sin que recibieran ningún otro tipo de atención como grupos de orientación a padres (Grupo de Orientación a Familiares de Farmacodependientes, Cfr. Guías técnicas de CIJ, 1988).

La muestra lograda de abril a octubre de 1988 fue de trece familias del norte de la ciudad de México, la mayor parte del área de Azcapotzalco, de clase socioeconómica media y media baja. A través de estas trece familias se sumó un total de 65 individuos

(un promedio de cinco integrantes por familia), 30 del sexo masculino y 29 femenino. Con rango de edades (para los sujetos que contestaron el cuestionario) de 11 a 53 años. En tres familias había niños menores de 11 años, pero no se tomaron en cuenta los cuestionarios de ellos puesto que el instrumento no está elaborado para esas edades dado que muchos reactivos les eran difíciles de entender. A todas las familias se les aplicó el cuestionario en la segunda sesión, ya que en la primera asistencia al centro sólo acudió una parte de la familia, generalmente el paciente y la madre de éste con un 40%, la madre y el padre el 23%, o la madre y otro familiar 23%. Es decir que en el 92% de los casos la madre tomó una participación central en la demanda de atención. En ningún caso la demanda surgió del paciente.

Grupo Postest

El grupo postest lo constituyeron siete familias del norte de la ciudad de México, la mayor parte del área de Azcapotzalco, de clase socioeconómica media y media baja. Estas familias formaban parte del grupo pretest, las cuales fueron atendidas en psicoterapia breve familiar. Para la conformación, propiamente dicha, de este grupo, se consideraron aquellas familias que fueron dadas de alta y las que acudieron a más de cuatro sesiones, sumando en total siete familias a las cuales se les aplicó

nuevamente el instrumento utilizado para esta investigación. Las seis familias restantes abandonaron el proceso terapéutico sin llegar a la mitad de éste, por lo cual no se consideró conveniente la reaplicación del cuestionario.

Las siete familias estuvieron constituidas por 28 sujetos (con un promedio de 4 miembros por familia), 16 del sexo masculino y 12 del femenino. Tres padres contestaron el cuestionario, madres fueron seis y diecinueve hijos. El rango de edad de los sujetos que contestaron el cuestionario fue de 13 a 50 años, con un promedio de edad de 21 años.

Grupo Testigo

La población del grupo testigo estaba planeada para que la conformaran cincuenta familias, sin embargo de ocho de éstas no se pudieron reunir todos los cuestionarios, por lo cual fueron descartadas para la investigación. De esta manera la población quedó conformada por cuarenta y dos familias con hijos adolescentes sin problemas de farmacodependencia que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

La muestra se obtuvo de tres secundarias oficiales de un área determinada (posición socioeconómica media y media baja) de la

delegación Azcapotzalco.

El número de personas que integraban cada una de estas familias varió entre dos y seis, llegando a formar un total de 108 individuos; 70 de ellos del sexo masculino y 38 del femenino. Las edades de esta población abarcaron desde los 10 hasta los 54 años, teniendo un promedio de edad de 26 años. El número de padres que respondieron el cuestionario fue de 33, en cuanto a las madres estas fueron 42 y 93 fueron resueltos por los hijos.

De estas familias se seleccionaron trece para equipararlas con aquellas del grupo pretest, las características que se buscaron en estas familias fueron las siguientes: Que el hijo adolescente que asistía a la secundaria (al cual se le denominó "individuo identificado") tuviera la misma edad y sexo y que el lugar que ocupaba como hijo fuera el mismo que el del paciente identificado de las familias del grupo experimental. En las familias del grupo testigo se buscó también que fueran homólogas dentro de lo posible en una característica más a las del grupo experimental, a saber, la presencia de ambos padres o de uno de ellos, según fuera el caso.

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

L. Perosa, en 1980 desarrolló la escala "Structural Family Interaction Scale", (Patrones de Interacción de la Estructura Familiar) este cuestionario mide los principales constructos del modelo de funcionamiento familiar estructural postulado por Salvador Minuchin.

El primer paso realizado por la autora fue hacer una revisión de los principales postulados de la teoría señalada, una vez clarificados los conceptos se desarrollaron las preguntas (reactivos) en base a los contenidos principales de la teoría (validez de contenido).

Posteriormente la autora presentó un total de 200 reactivos a seis terapeutas familiares (confiabilidad por el método de jueces) junto con la descripción de los conceptos de la teoría estructural. Se les pidió que eligieran la categoría a la que el reactivo correspondía y su grado de adecuación a ésta. El número de categorías en las que se clasificaron los reactivos fueron 13: Aglutinamiento-Desligamiento, Sobreprotección-Rechazo, Resolución de conflicto-Evitación de conflicto-Conflicto manifiesto sin resolución, Flexibilidad-Rigidez, Manejo de autoridad de los padres-Triangulación, Coalición padre-hijo y Rodeo. De inicio las

categorías se agruparon por pares ya que se consideró que éstas formaban un continuo en donde cada una eran opuestos.

Se seleccionaron aquellos reactivos en los que cuatro de los seis jueces coincidieron en que pertenecían a la misma categoría. La confiabilidad por interjueces para cada reactivo fue de entre .817 y 1.0. La confiabilidad por interjueces general para los 95 reactivos fue de .950.

Todas las preguntas se formularon en un orden inverso para que al ser contestado se consideraran las respuestas negativas como aquellas que medían la categoría a la que pertenecía.

A la muestra del estudio piloto se le presentaron los 95 reactivos, a ésta se integraron 50 familias voluntarias clase media de la ciudad de Nueva York, a las que se les enviaron por correo los cuestionarios e instrucciones. Se analizó la consistencia interna a través del coeficiente Alpha de Cronbach. En general las intercorrelaciones entre las escalas siguieron las relaciones predichas por el modelo estructural, las subescalas asociadas por pares presentaron una correlación negativa entre ellas, excepto la escala de Rechazo que no se correlacionó negativamente con la Sobreprotección como lo marca la teoría.

Con los datos obtenidos en el estudio piloto se desarrolló la versión final del instrumento que consta de 85 reactivos; 65 ítems

componen las categorías primarias, en el que cada categoría tiene cinco reactivos. Estos 65 reactivos tuvieron una consistencia interna entre las subescalas del .61 al .84. Las preguntas hacen referencia a la familia como un todo.

Se desarrollaron además 20 reactivos nuevos con la finalidad de poder tener una visión mas fina de las interacciones en el sistema, particularmente de aquellas en las que podía distinguirse el rol paterno del materno, las relaciones entre estos y de estos hacia los hijos. Los 20 reactivos nuevos formaron las 10 subescalas (secundarias) cada una con dos reactivos: Sobreprotección materna, Sobreprotección paterna, Rechazo materno, Rechazo paterno, Evitación de conflicto entre los padres, Evitación de conflictos entre padres e hijos, Conflicto manifiesto entre los padres sin resolución, Conflicto manifiesto entre los padres e hijos sin resolución, Resolución de conflicto entre los padres y Resolución de conflicto entre los padres e hijos.

La escala de interacción de la Estructura Familiar fue aplicada posteriormente a una muestra de 50 familias; 25 de ellas con un problema de aprendizaje en uno de los hijos y 25 familias sin problemas. Los datos se analizaron desde: La frecuencia de distribución de respuestas para cada reactivo, la consistencia interna de las subescalas (coeficiente Alfa), análisis de

reactivos y una matriz de correlación del reactivo con la subescala.

La confiabilidad obtenida por el coeficiente Alfa para la consistencia interna de las escalas primarias reunió en su mayoría el criterio mínimo de .50 excepto para Rechazo (.25) y de otras tres que estuvieron cerca de .50 (Flexibilidad .44, Sobreprotección .49 y Manejo de autoridad de los padres .47).

En el caso de las subescalas secundarias solo dos de ellas reunieron el criterio de .50 y otras cuatro pasan la cifra de .40. Las otras cuatro tienen puntaje muy bajos. Sin embargo la autora considera que se obtuvieron puntajes sustantivos para las subescalas secundarias (cfr. Perosa 1981).

Los reactivos que comprenden las diferentes categorías son:

Categorías Primarias	Preguntas				
Aglutinamiento	1	21	37	54	68
Desligamiento	14	31	47	63	79
Sobreprotección	5	24	40	56	71
Rechazo	18	34	51	66	83
Flexibilidad	13	30	46	61	78

Rigidez	8	25	42	58	74
Evitación de conflicto	15	32	48	64	80
Resolución de conflicto	9	28	44	59	75
Conflicto manifiesto sin resolución	6	25	41	57	72
Manejo de autoridad de los padres	10	33	50	65	82
Triangulación	11	29	45	60	77
Coalición	19	36	52	67	84
Rodeo	3	23	38	53	70

Categorías Secundarias

Sobrepotección materna	12	62
Sobrepotección paterna	22	38
Rechazo materno	27	76
Rechazo paterno	4	43
Evitación de conflicto entre los padres	2	69
Evitación de conflicto entre padres e hijos	39	73
Conflicto manifiesto con o sin resolución de los padres	53	85
Conflicto manifiesto con o sin resolución entre padres		

e hijos	10	20
Resolución de conflicto entre		
los padres	49	81
Resolución de conflictos		
entre padres e hijos	7	17

Calificación: Para cada reactivo excepto para el número 50

Muy Verdadero	A=1
Mas Verdadero que Falso	B=2
Mas Falso que Verdadero	C=3
Muy Falso	D=4

Para la pregunta 50 A=4, B=3, C=2, D=1

En vista de que en CIJ las técnicas de intervención en terapia familiar son básicamente las propuestas por Minuchin (1984), y de que el marco teórico en el cual se apoya ésta investigación, el uso de este instrumento se consideró como el mas adecuado.

PROCEDIMIENTO

En la primera parte de la investigación se realizaron los pasos necesarios para poder obtener un instrumento lo suficientemente sensible para su aplicación en una población mexicana con fines de

investigación.

Tomando en consideración los criterios que deben seguirse (Cfr. Reyes, I. et.al. 1987) para la adecuación de un instrumento a una cultura diferente en varios aspectos, a saber, idioma, tradiciones y estructura familiar; se siguió dentro de lo posible la metodología empleada por la autora en el trabajo original para la validación y obtención de confiabilidad del instrumento.

Primeramente se realizó la traducción de reactivos al español, posterior a esto la realización de la retraducción (translation back) de los reactivos al idioma original por medio de un juez independiente conocedor de la materia. Este procedimiento permitió certificar la fidelidad de la idea original o en su caso tomar en cuenta la redacción para ajustarla satisfactoriamente al sentido original del reactivo.

Con las adecuaciones necesarias realizadas se redactó cada reactivo en tarjetas para la aplicación de estos a los "jueces", para así efectuar la validación del instrumento por el Método de Jueces.

Se prepararon las instrucciones (ver anexo 3) y se tradujeron las definiciones de los conceptos (se mantuvieron estas mismas definiciones de lo que significa cada categoría para no alterar el

sentido original). Una vez que se obtuvo el conjunto de tarjetas, definiciones de categorías e instrucciones, se realizó la aplicación del instrumento a doce jueces independientes (en la aplicación original la autora consideró solo a seis jueces) a quienes la institución Centros de Integración Juvenil ha denominado "Instructores de Terapia Familiar", concedores de la terapia familiar estructural y terapeutas de pacientes farmacodependientes (excepto uno de ellos quien es docente del Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia).

Con las respuestas de los jueces se procedió a realizar la tabulación y codificación de los resultados, obteniéndose de esta forma los niveles de similitud o discrepancia de las respuestas de los jueces a los reactivos. De esta forma se pudo observar qué reactivos tenían un grado mayor de consistencia en las respuestas, y qué reactivos debían ser modificados en su redacción o en su sentido para que fueran mas coincidentes con una determinada categoría. Sin embargo, siguiendo los criterios establecidos por expertos en estandarización de instrumentos a nuevas poblaciones, (Cfr. Reyes, I. et.al., 1987) se mantuvo la totalidad de los reactivos y sin modificación en su sentido original, para que fuera la población la que indicara con sus respuestas la pertenencia de cada reactivo a la categoría.

Aplicación al grupo pretest

La segunda fase de la investigación se inició con la aplicación del instrumento a las familias que reunían los requisitos para ser consideradas sujetos del grupo experimental. La aplicación facilitó observar interacciones espontáneas entre los miembros de la familia como por ejemplo autosuficiencia de cada uno para contestarlo, quién solicitaba ayuda y a quién lo hacía, y una vez dada la respuesta si solo se explicaba el sentido del reactivo o si se sugería alguna otra. Estas observaciones junto con una interpretación general de las respuestas de los miembros de la familia a los reactivos fueron útiles para la elaboración de las hipótesis para el tratamiento.

Posterior a la entrevista inicial en la que se indicaba la necesidad de trabajar con toda la familia, esta, acudía a la que sería la primera sesión con todo el sistema familiar. El cuestionario se aplicó dentro del encuadre de la sesión estando presentes los terapeutas para observar las interacciones entre ellos. Se aplicaron en forma colectiva dándole uno a cada persona (excepto los niños menores de 10 años). A los familiares que no acudieron a esta sesión se les envió un ejemplar para su resolución en el hogar con la consigna de que lo realizaran sin

ayuda. Una vez concluida la aplicación del instrumento en la sesión se inició el tratamiento.

Aplicación al grupo testigo.

La aplicación del cuestionario a las familias que integraron la muestra se realizó en los salones de trabajo grupal de las escuelas secundarias. Previamente se había hecho la invitación a través de los equipos de orientación de esos planteles. Acudieron por lo regular las madres de familia y algunos hijos. A los hijos que estudiaban en esa escuela se les llamó para que la mayor parte de los familiares resolvieran ahí el cuestionario, la aplicación por lo tanto en su mayoría fue grupal. En los casos en que los otros integrantes (el padre casi siempre) no pudieron acudir, se les envió un ejemplar y se les enviaron también instrucciones con algún familiar de que debían resolverlos solos y sin ayuda o sugerencia de respuesta. Se consideró como integrantes de la muestra únicamente a los miembros de la familia nuclear que vivieran juntos en casa, por lo que se descartaron otros parientes que vivieran ahí o los hijos que vivieran fuera de casa.

El encuestador fue siempre la misma persona, las aclaraciones a las dudas que se presentaron fueron respondidas apeandose al

sentido del reactivo.

Cronológicamente el grupo testigo se formó posterior al grupo pretest en razón de que era necesario conocer las características del grupo pretest para así poder aparear ambos grupos.

Aplicación al grupo postest.

De las siete familias que formaron este grupo, a las tres que fueron dadas de alta se les aplicó el cuestionario al final de la última sesión. A las otras cuatro que fueron consideradas para este grupo se les realizó una visita domiciliaria y se les aplicó el instrumento a los miembros que habían respondido al pretest. La aplicación no se realizó directamente, sino que se dejaron los cuestionarios y fueron recogidos posteriormente.

Método de trabajo y conducción del tratamiento.

La fase terapéutica del grupo experimental se realizó en la sala de trabajo grupal del CIJ Azcapotzalco. No se utilizó espejo de visión unidireccional ni equipo de filmación.

Un terapeuta condujo las sesiones (el mismo para todos los casos)

y otro permaneció como observador y supervisor del primero (esta función se hizo rotativa para otros terapeutas). Previo a cada sesión ambos terapeutas se reunían para planear el trabajo y en base a las hipótesis y objetivos programar las intervenciones más adecuadas. En algunas ocasiones ante determinadas situaciones los terapeutas interactuaban y se comunicaban entre sí en el tiempo de la sesión, fuera del escenario con el fin de procurar una intervención más adecuada. Posterior a la sesión nuevamente se reunían para discutir lo realizado.

El método de trabajo que se empleó para la atención de las familias fue el propuesto por Salvador Minuchin (1984) así como lo fueron también las técnicas de desafío propuestas por el modelo estructural. Las sesiones se realizaron en forma semanal durante una hora y cuarto. El tiempo de duración de cada sesión se manejó con flexibilidad priorizando el logro del objetivo propuesto para cada sesión.

Se establecieron como criterios de alta:

- La remisión del síntoma farmacodependiente.
- Establecimiento de límites más claros entre los subsistemas.
- El subsistema parental diferenciado del conyugal.
- En el subsistema fraterno diferenciados los requerimientos de

cada edad.

- Establecer un funcionamiento adecuado del sistema familiar como un todo a la vez que se lograra un nivel adecuado de individuación.

Como lo indica la terapia estructural, solo se modificaron las partes disfuncionales del sistema.

DEFINICION DE CONCEPTOS:

AGLUTINAMIENTO - DESLIGAMIENTO

a. AGLUTINAMIENTO:

- Existe un alto grado de responsabilidad e involucramiento entre los miembros de la familia.
- Los miembros de la familia interrumpen conversaciones y pueden terminar la idea de otro o "leer la mente del otro".
- Los límites están invadidos en nombre de "nosotros" y de "compartamos" de manera que no hay privacidad.
- Los hijos pueden tomar roles parentales inapropiadamente.
- Al hacer quehaceres o actividades juntos un hijo puede dirigir, manejar o guiar al (los) padre (s).
- Los miembros de la familia se comunican por mediación de un tercero bloqueando así la comunicación directa.
- Los padres tienden a tener una reacción intensa cuando algún

hijo no come o sale a la calle.

b. DESLIGAMIENTO:

- Existe una ausencia o falta de responsabilidad e involucramiento entre los miembros.
- Los miembros no tienen un sentido de pertenencia o lealtad hacia la familia.
- Los padres no se sienten preocupados cuando un hijo esta enfermo o triste.

RIGIDEZ - FLEXIBILIDAD

a. RIGIDEZ:

- No existe posibilidad de cambio ni espontaneidad.
- Las alianzas entre algunos miembros contra otro no cambian.
- Al tomar decisiones o elegir algo, algunos miembros pueden consistentemente depender o apoyarse en uno u otros miembros.
- Si algún miembro cambia su posición u opinión sobre algún tema

los otros cambiaran en la misma dirección.

b. FLEXIBILIDAD:

- Lo opuesto a lo anterior.

SOBREPROTECCION - RECHAZO

a. SOBREPOTECCION:

- Las respuestas de protección y educación están constantemente presentes y disponibles, por ejem.: "Cuidenme".
- Solicitudes de ayuda o que se relacionan con la salud tales como "no me siento bien o no puedo hacerlo solo" dominan las conversaciones.
- Los hijos no sienten crecer, ser independientes, responsables y competentes, ni los padres los ven de esta manera.

b. RECHAZO:

- Lo opuesto a lo anterior.

EVITACION DE CONFLICTO - RESOLUCION DE CONFLICTO

a. EVITACION DE CONFLICTO:

- Los miembros de la familia niegan que exista algún desacuerdo o pelea.
- Temas o areas de desacuerdo no están claros.
- Si un miembro expresa algún reclamo "siempre me estás regañando" la respuesta del otro será evitar una negociación o resolución tal como "estoy muy ocupado para hablar de eso ahora".
- Los miembros nunca se sienten libres de expresar coraje o desacuerdo sobre una amplia variedad de temas.

b. EXPRESION DE CONFLICTO SIN RESOLUCION:

- Los miembros pelean y expresan su coraje pero de tal forma que no conducen a una resolución satisfactoria.

c. RESOLUCION DE CONFLICTO:

- Los miembros reconocen qué conductas enojan a los demás y realizan negociaciones que llevan a una clara resolución.
- El conflicto y/o coraje son expresados directamente y son resueltos mediante un acuerdo satisfactorio.

ALIANZAS

a. MANEJO DE LOS PADRES:

- Los padres se apoyan uno al otro en el manejo de la familia al tomar decisiones o realizar tareas. Efectivamente conducen o guían a los hijos. Aún cuando entre ellos existan desacuerdos no involucran a los hijos forzándolos a tomar roles parentales. Los límites entre padres e hijos se mantienen.

b. TRIANGULACION:

- El subsistema parental se encuentra dividido; al existir alguna diferencia entre ellos presionan a algún hijo a ponerse del lado de un padre contra el otro. El hijo se siente entre la espada y la pared.

c. COALICION PADRE - HIJO:

- Existe una división entre los padres y el hijo entra en una alianza estable con un padre contra el otro.

d. RODEO:

- El padre y la madre están unidos y evitan sus conflictos protegiendo o culpando a un hijo, el cual es definido como el único problema familiar.

CASOS CLINICOS *

CASO CLINICO NO. 1

Primera entrevista:

Asisten inicialmente al centro Virginia (la madre) y Adrián, la demanda que mas o menos explicitamente se formula es la de dar tratamiento a Efraín, el mayor de los dos hermanos. Virginia refiere que Efraín ha hecho uso cuando menos desde hace tres años de inhalables y marihuana, añade que hace doce años ella se vio obligada a separarse del padre de Efraín y Adrián, un hombre alcohólico y "desobligado" por completo, distinto a su primer esposo, padre de Jaime, el primero de sus hijos y medio hermano de Adrián y Efraín.

Adrián a comenzado a "seguir los pasos de Efraín" y cuando menos desde hace dos o tres meses ha comenzado a utilizar inhalables.

* La identidad de las familias ha quedado anónima. Los nombres son ficticios.

Solo se mencionan dos de los trece casos trabajados, para ejemplificar las técnicas empleadas.

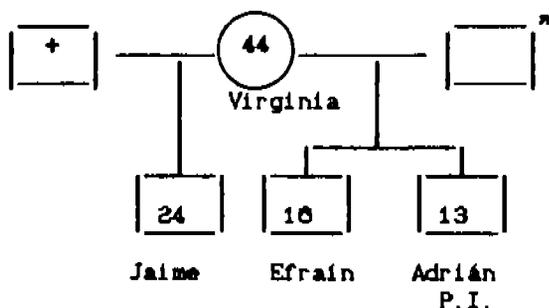
Así, Adrián y Efraín se oponen claramente a Jaime, quien por el contrario es "responsable y muy tranquilo, y siempre ha sido un buen ejemplo" (trabaja y es pasante de ingeniería). En lugar de seguir su ejemplo, Adrián y Efraín se han dejado influir -a los ojos de Virginia- por sus amigos de colonia (Adrián comenta que ella ve así las cosas porque Jaime ha sido siempre su "consentido").

Virginia señala que siempre se ha visto en la necesidad de trabajar para sostener a sus hijos y que en razón de ello no ha tenido tiempo de convivir con ellos y de atenderlos. Ha debido incluso recurrir a los golpes "para disciplinarlos" y pese a lo cual Efraín no ha abandonado su actitud de rebeldía violenta y oposición: "Desde siempre fue agresivo y canijo". Cuando ella se vio forzada a confiarlos a sus hermanos o a sus padres, nadie aceptó a Efraín, de modo que se crió por separado con una tía. Esta situación de separación persiste hasta la fecha debido a que un intento reciente de reunir a la familia fracasó precisamente porque Virginia no pudo "controlar" a Efraín y Adrián (quisiera meter a este último en un internado). Así, Jaime vive en la casa que Virginia ha construido, Efraín con su tía (trabaja como aprendiz de carpintería con su tío) y Adrián con Virginia en la casa donde ella trabaja como empleada doméstica.

Virginia se muestra ligeramente ansiosa durante la entrevista y Adrián, quien ocasionalmente la desmiente o manifiesta su desacuerdo, parece tranquilo y amigable, con una alegría teñida de ironía (Adrián en este momento no tiene ocupación).

Ya desde el inicio de la entrevista se abriga la expectativa de ofrecer a los asistentes la posibilidad de la terapia familiar, expectativa que se fue confirmando durante el transcurso de la sesión y que el terapeuta expresó en dos ocasiones, suficientes para lograr la aceptación de Virginia. Así se concertó una próxima cita con el terapeuta y coterapeuta, a la cual Virginia procuraría traer a Efraín (no podía asegurar su asistencia).

De la entrevista inicial se desprende la siguiente composición familiar:



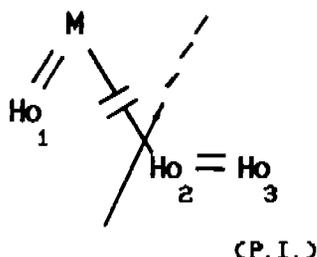
Segunda Sesión

A esta entrevista asiste efectivamente Efraín, además de Virginia y Adrián.

Se realiza la aplicación del cuestionario al inicio, con esto se da inicio al tratamiento formal. La aplicación permitió observar interacciones espontáneas que en el transcurso de la sesión se corroboraron.

El terapeuta se propuso proseguir la evaluación diagnóstica observando las interacciones espontáneas entre los miembros de la familia presentes. A este respecto, se destaca una clara escisión entre los subsistemas parental y fraterno con alianzas claramente definidas entre Efraín y Adrián, de un lado, y Virginia y Jaime del otro. Durante la sesión Adrián y Efraín cuestionan y descalifican prácticamente toda observación de Virginia, la acusan de defender incondicionalmente a Jaime y de atacarlos sin fundamento a ellos. Intercambian entre ellos señales no verbales, miradas, codazos y golpes o empujones que ponen de manifiesto el vínculo existente entre sí, Jaime con un nivel jerárquico superior al de sus hermanos.

La estructura familiar puede representarse a través del siguiente mapa estructural:



Tercera Sesión:

Acuden la madre, Efraín y Adrián. Jaime no acude por razones laborales. Previo al inicio de la sesión se delinearón las expectativas a propósito de los objetivos a cumplir en el transcurso de la misma: establecer "joining" y proponer una distinta interpretación de la realidad familiar (connotar positivamente dando una nueva realidad familiar), así como confirmar el valor del subsistema materno.

El desarrollo de la sesión permitió, en efecto, satisfacer estas expectativas iniciales. En términos del desafío de la realidad familiar se propuso ubicar el síntoma de farmacodependencia primero de Efraín y ahora con la ayuda de Adrián como un apoyo a Virginia (Efraín en la misma lógica afirmaría contra la concepción de Virginia que ella, en efecto, les ha dado a sus hijos lo que

estos siempre requirieron). El sentido así explicitado del síntoma se opone diametralmente a la responsabilización exclusiva de Efraín como usuario de drogas, a la idea de la desintegración familiar y de la insuficiencia del subsistema parental. Paralelamente se produjo el desafío a la estructura de la familia, en el sentido que un aparente conflicto simétrico de jerarquía entre Virginia y Efraín aparecía ahora como una muestra de complementariedad: Al hacer uso de drogas, Efraín y Adrián prácticamente colaborarían a mantener la realidad familiar "sacrificándose como parte mala" para que Jaime pudiera ser el miembro exitoso de la familia.

A partir de lo anterior fue posible atacar la realidad materna, i.e., la idea profundamente arraigada de "haber fallado", para ello la intervención del terapeuta pudo apoyarse en la alianza Efraín-Adrián, quienes de manera conjunta contradijeron la visión de la madre, confirmando y revalorizando el lugar y la función que como madre ha desempeñado. Paralelamente el terapeuta subrayó la aportación creativa de ambos hermanos que "sacrificándose" contribuyeron a construir y mantener una realidad familiar.

En el transcurso de este desarrollo la actitud de Efraín cambia sensiblemente: de agresiva y evasiva pasa a ser de aportación

positiva (Efraín muestra una extraordinaria capacidad de insight, asimilando de inmediato todo señalamiento del terapeuta).

Intervenciones sucesivas del terapeuta apuntan primero, a atribuir a Virginia la responsabilidad de los cambios mostrados por Efraín y Adrián en el sentido de brindarle apoyo, "ella ha enseñado a sus hijos a ser solidarios", y segundo, a comprometer a Efraín (ante la comunicación de que Efraín no quiere venir y cuando lo hace es a desgana) mediante la instauración de un "doble vínculo terapéutico": si falta a las sesiones siguientes lo hará en apoyo de la realidad que Virginia tiene de la familia, si asiste, igualmente colabora con la familia en su conjunto. Su papel en el sistema familiar por lo tanto queda, de cualquier manera, definido como positivo.

En seguida fue posible referirse a la previa etapa de reunión familiar para vivir todos juntos bajo el techo de la casa construida por Virginia como un primer intento y no como un fracaso (idea sostenida por la propia Virginia), lo cual dió pie para insistir en la necesidad de que reconozca ella su capacidad y esfuerzo al proporcionarle a sus hijos incluso mas de lo necesario. En respuesta, Virginia hizo explícita como base de su idea de insuficiencia, la comparación entre su propia familia y la

familia con quien trabaja como empleada doméstica (prácticamente ella afirma haber criado a los hijos de sus patrones, al tiempo que teme haber descuidado a sus propios hijos) esta comparación, a la que no puede sustraerse, genera también -así lo señala el terapeuta- la distinción entre "buenos" y "malos". Contra esta percepción de las cosas se señalan las virtudes de los hijos de Virginia (independencia, capacidad de valerse por sí mismos responsablemente) como algo que sólo ella pudo fomentar. Finalmente se reconoció la existencia de estrechos vínculos entre Adrián, Efraín y Jaime, que incluso se superponen a la separación física entre ellos; ello hizo posible que tanto Adrián como Efraín admitieran sin reservas su reconocimiento y orgullo por Jaime.

Un dato importante de esta sesión es el hecho de que a partir de la confrontación con la realidad familiar y del establecer el sentido positivo del síntoma, la actitud de rechazo y reserva que Adrián, en tanto P.I., se haya revertido hasta convertirse incluso en un aliado del terapeuta en beneficio de la reestructuración del sistema familiar.

Al término de la sesión se formularon las siguientes conclusiones:

- La familia debía ser vista como una familia en formación que no pudo lograr oportunamente su integración, de modo que ha debido

emprenderla en un momento en que los hijos se hallan en etapa de individuación.

- Una tarea inmediata de la intervención terapéutica sería la de facilitar el acercamiento familiar en condiciones diferentes a las que acompañaron al primer intento de reunión, eliminando factores que lo obstaculicen, entre ellos, que el lugar jerárquico de Jaime en el sistema y realidad familiares permanezca inalterado; que Virginia persista en su interpretación de la realidad; que Efraín privilegie su pseudo independencia (prefiero hacer dinero y no perder el tiempo) a la solidaridad familiar.
- Si Jaime acude a la próxima sesión, a parte de lograr el "joining" con él será necesario puntualizar su "lealtad" en el sentido de que se "sacrifique" acompañando a Virginia, mientras Efraín y Adrián puedan salir al mundo e independizarse sin necesidad de tener que utilizar drogas.

Cuarta Sesión:

Asiste Jaime por primera vez y, significativamente Efraín no acude. El clima de la sesión es, en contraste con las anteriores, melancólico y nostálgico (clima que puede atribuirse a la propia presencia de Jaime). La primera impresión que Jaime produce es la de estar muy solo -apreciación manifestada por el terapeuta-

en tanto su ropa, postura y actitud contrastan por su formalidad, con las de Efraín y Adrián.

En un inicio Virginia y Adrián le comunican "un resumen" -por indicación del terapeuta- incompleto de la sesión anterior; incompleto en la medida que no refleja la modificación de la realidad familiar aparentemente conseguida entonces, este aspecto es por tanto, retomado por el terapeuta.

Inmediatamente después -y quizá en términos de una demanda mas bien personalizada- Virginia refiere estar preocupada por las repercusiones que en la familia pueda tener el hecho de que ella mantenga una relación "con un señor". El tono en que formula esto y, en particular, el malestar que ante ello Jaime no alcanza a ocultar permiten suponer que se trata de un factor íntimamente relacionado con un estado de crisis familiar; no obstante, esta es una vertiente que rebasa la estrategia terapéutica implementada y que conviene -cuando menos en el corto plazo- dejar de lado.

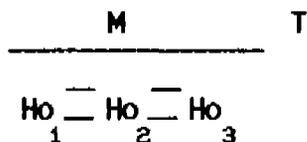
Por otro lado, Jaime da muestras palpables de asumir la redefinición de la realidad familiar propuesta, una vez mas por el terapeuta, a lo cual, sin embargo, se superpone la impresión de que se trata de una familia escindida, impresión que se produce a

través del clima depresivo de la sesión, del cual Jaime se constituye en emergente (a pesar de que en un principio su actitud es relativamente fría, su respuesta a la intervención del terapeuta aumenta la intensidad afectiva general). Al mismo tiempo Virginia persiste en su afán de depositar en Adrián y Efraín el origen de las dificultades de la familia; su tono acusador y culpabilizador (en las anteriores sesiones era más bien de reproche y fundamentalmente dolorido) provoca en Adrián una crisis de llanto. En esta sesión Adrián parece más desprotegido, además de estar más apegado a Virginia que en las sesiones previas.

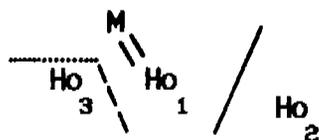
Un elemento nuevo emerge en boca de Jaime, en el sentido de ofrecer una versión complementaria de la situación prevaleciente en el subsistema fraterno; a la idea sostenida por Virginia y aceptada por Adrián y Efraín según la cual Jaime es el único miembro "exitoso" de la familia, se opone, a decir del propio Jaime, el hecho de que "Adrián y Efraín tienen un carácter fuerte, mientras que yo soy débil". Desafortunadamente este factor no fue recuperado por el terapeuta pues habría introducido un elemento más de complementariedad en la realidad familiar y habría reforzado la indicación de procurar un acercamiento entre los hermanos para consolidar el subsistema fraterno.

Cabe indicar que el propósito cumplido de destacar la participación de todos los miembros de la familia en el mantenimiento de una realidad común, así como la complementariedad en las relaciones del subsistema fraterno, enfrenta el riesgo de culpabilizar a Virginia, mediante dos reiterados señalamientos a propósito de su función en la familia, es decir, que se produzca un énfasis contraproducente en el hecho de que cada cual sea lo que es sólo en la medida en que así apoya la realidad familiar sostenida por Virginia.

Al término de la sesión se planteó la necesidad de establecer una alianza del terapeuta con el subsistema parental (en un nivel no verbal) con el fin de definir y conservar su jerarquía en el sistema y promover una mayor integración en el subsistema fraterno, no solo en la línea de explicitar su complementariedad sino también intentando su puesta en acto durante la próxima sesión. Este objetivo podría esquematizarse así:

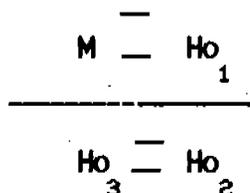


La estructura de la familia al término de esta sesión puede ser representada así:

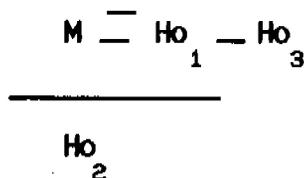


Los terapeutas consideraron que podían registrarse dos subsistemas en el seno de la familia según estuviesen presentes o no Jaime o Efraín ,ambas estructuras serian mutuamente excluyentes, lo cual dificultaba el trabajar con la unión del subsistema fraterno.

Por un lado, y en presencia de Efraín -ausencia de Jaime- :



Por otro lado, en presencia de Jaime -ausencia de Efraín- :



Quinta Sesión:

La familia no asiste a la cita concertada para esta fecha.

En discusión conjunta de los terapeutas se proponen tres hipótesis tentativas para explicar la inasistencia:

- La imposibilidad de integrar una familia (que en todo caso se vería encarnada en el síntoma por un proceso de desplazamiento de la angustia ante tal imposibilidad) habría generado un nivel de tensión difícil de elaborar.

- La depositación de la culpa en Virginia al definirse la problemática familiar en función de la realidad materna, habría obstaculizado el proceso al ser Virginia el principal vínculo de la familia con la demanda de tratamiento.

- Pudiera ser que Virginia no este interesada realmente en reunir a la familia, y que prefiriera conservar un espacio para si y su relación de pareja. (Se excluye toda posibilidad de integrar a la familia a la pareja de Virginia y que este pudiera ocupar el lugar del padre, dada la situación de individuación que atraviesan Adrián y Efraín).

Sexta Sesión:

Asisten Virginia, Efraín y Adrián.

Nuevamente acude Efraín y, en cambio no asiste Jaime. Adrián menciona al principio que "ahora si habrá de ser la batalla final": se observa la persistencia de la coalición de Adrián y Efraín contra Virginia (quien no tendría el apoyo de Jaime). Virginia, en seguida hace el relato de lo acontecido en la sesión anterior (esto por indicación del terapeuta) e insta a Adrián a ayudarla a hacerlo; a través del recuento de lo acontecido se le restituye presencia a Jaime, quien en cierta medida, permanece presente el resto de la sesión mediante el señalamiento de su lugar frente a una silla vacía. Con esto el terapeuta se avocó a desafiar la estructura familiar en donde parecen "dos familias" ya sea que este presente uno u otro de los hermanos mayores.

Las intervenciones del terapeuta apuntan a redefinir la realidad en términos de caracterizar la escisión familiar (buenos y malos, fuertes y débiles) como conveniente para todos: se trata de desenfaticar el peso puesto anteriormente sobre Virginia como una forma de que no fuera ella a percibir de que las cosas sucedían por su culpa. Una vez hechos estos señalamientos, se procede a

subrayar la necesidad de lograr una mayor integración a través del reforzamiento de los vínculos efectivamente existentes entre ellos, los cuales previamente fueron explicitados por el terapeuta. Para apoyar este reforzamiento solicita que se realice una puesta en acto de la interacción entre Adrián y Efraín, haciendo referencia a Jaime y a las cosas que como hermanos tienen en común, la puesta en acto solo es parcialmente realizada, sin embargo el movimiento hecho por el terapeuta al solicitarla surte algunos efectos destacables; en efecto, el terapeuta se ha acercado a Virginia ocupando una silla vacía que mediaba entre ambos (esta mayor integración del terapeuta con el sistema a través del reforzamiento del subsistema parental parece otorgarle a Virginia la capacidad de intervenir mas directivamente, indicando y dando instrucciones a Efraín y Adrián sobre lo que ellos se solicita). En respuesta a este movimiento, Adrián acerca a sí la silla vacía y la interpone entre él y Efraín; este último se ve momentaneamente desconcertado, aunque pronto se reestablece entre ambos la coalición contra Virginia. Adrián, por lo demás, se muestra cada vez mas involucrado en el desarrollo de la sesión, la cual concluye al ratificar el terapeuta la necesaria presencia de Jaime para el logro de los objetivos terapéuticos que se habían enmarcado en lograr una integración del subsistema fraterno, a lo que dada la importancia y focalización en esta sesión como un

punto de suma importancia y del cual no se podría pasar a otro hasta no trabajar con los hermanos.

Séptima Sesión:

Minutos antes de la hora convenida para dar inicio a la sesión, Jaime se comunica telefónicamente para informar que le sería imposible acudir al centro. A la hora en punto solo ha llegado Adrián, media hora después llega Virginia y, todavía diez minutos más tarde Efraín en visible estado de intoxicación. La sesión no se inicia sino con una hora de retraso, pues Efraín y Adrián salen del centro y solo vuelven veinte minutos después dando evidentes muestras de desinterés.

Entre tanto, Virginia dialoga con los terapeutas; manifiesta estar sumamente preocupada "porque este jovencito -refiriéndose a Efraín- no cambia y va de mal en peor"; pregunta y comenta también acerca de otros padres que, en su misma situación, acuden al centro local y acerca de los resultados alcanzados con ellos. Al volver sobre su preocupación por Efraín, refiere que al término de la sesión anterior este se apartó de ella e hizo uso ostensiblemente de cannabis en el trayecto de regreso Cello demostraría que ya en la sesión anterior se incidió en un área

crucial para el equilibrio familiar. Finalmente se refiere Virginia a las dolencias ("sufro del oído y de constantes mareos") que la tensión y la preocupación le han ocasionado (probable síntoma psicósomático).

Ya reunidos todos los asistentes les informamos de la llamada de Jaime, pues ninguno estaba enterado, a lo que comenta Efraín que nuevamente será necesario aplazar la sesión hasta la semana siguiente.

El terapeuta insiste señalando la necesidad del "sacrificio" de algún miembro de la familia y de la escisión de ésta para conservar la realidad familiar compartida. Se fija una nueva cita y se cierra la sesión.

Es patente que la crisis familiar se ha agudizado. Las ausencias, retardos y lo referido por Virginia dan cuenta de la acción de mecanismos homeostáticos para evitar la crisis. A raíz de ésta sesión y ante una posible deserción -finalmente confirmada- se intentaron dos rescates (telegráfico y domiciliario) infructuosos.

Como hipótesis tentativa del por qué de la deserción de la familia los terapeutas llegaron a la conclusión de que la crisis que se

había inducido en la familia había sido muy marcada y no bien manejada. Los terapeutas se sintieron "en un callejón sin salida" puesto que habían marcado como imposibilidad el tratar otro punto hasta que no se trabajara con todo el subsistema fraterno, no obstante no se percataron de que la familia ya había dado información de que este era un punto muy difícil y no podía atenderse en ese momento.

Cinco meses después de la última sesión, con fines de investigación se realizó otra visita domiciliaria para la aplicación del postest. Se encontró únicamente a la madre a quien se le observó triste y angustiada. Manifestó que el problema de uso de drogas continua en Efraín, pero por lo que respecta a Adrián este ya no ha vuelto a intoxicarse y después de convencerlo lo metió a la escuela, sin embargo en forma repetida la mandan llamar porque el chico no tiene buena conducta. Se le ofreció la posibilidad de que acudiera nuevamente al centro como un intento de ayuda, lo cual aceptó.

CASO CLINICO NO. 2

Primera Entrevista:

En esta primera entrevista asisten al centro la madre del paciente y este último. Han sido canalizados por el departamento de orientación de una escuela oficial de Azcapotzalco, en vista de que un profesor detectó al paciente con posesión de cemento plástico, no se reporta uso dentro de la escuela.

El paciente reporta que inicia padecimiento actual en 1987, ocho meses antes de asistir al centro local, el uso comienza por invitación de su primo que vive junto a su casa. La sustancia de inicio es cemento resistol 5000. Encuentra atractivo su uso, por lo que inicia patrón de consumo repetido de varias veces a la semana, sin que llegue a ser compulsivo. A nivel individual se le diagnostica como farmacodependiente grado III a inhalables.

Eduardo es un chico inteligente y sensible, se ve amigable y empático, se le observa sumiso y complaciente a lo referido por la madre; da la impresión de ser responsable, pero en este momento tiene una carga fuerte.

Su asistencia a la escuela no ha sido muy constante en los últimos meses prefiere ayudarlo a su amigo que tiene un taller mecánico. Su relación con él sobrepasa lo laboral y se ha convertido en una relación paterno-filial en la que Eduardo ha encontrado apoyo y orientación.

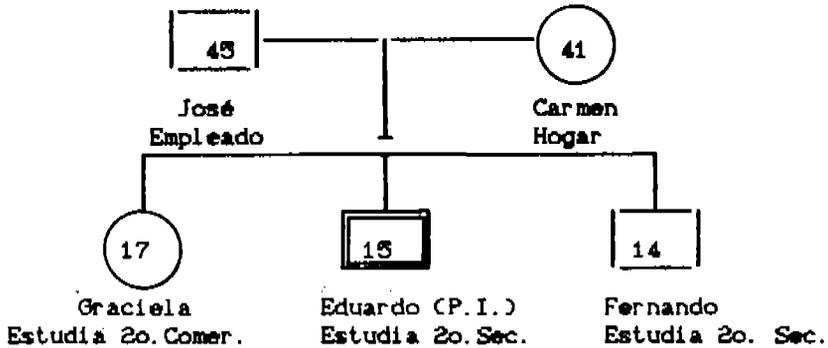
En relación a la dinámica familiar, la madre manifiesta que ella ha sido quien se ha encargado de la educación de sus hijos, ya que su esposo se desentiende de su educación y responsabilidad. En un tiempo el padre fue alcohólico, pero de un par de años a la fecha ha disminuído grandemente su uso.

En la casa contigua vive la hermana del padre, lugar en donde éste pasa una gran cantidad de tiempo. La relación de la madre con ellos no es buena, no los frecuenta y les tiene rencor por el hecho de que su esposo no esta en casa por permanecer mucho tiempo ahí, y porque uno de los sobrinos indujo a Eduardo al uso de inhalables.

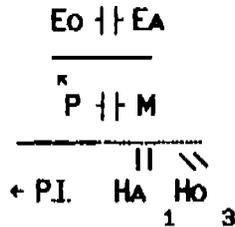
En la expresión y tono de voz de la madre se observa una profunda tristeza y resentimiento. Su discurso encierra coraje a dos cosas: 1) A la forma de comportarse del padre y 2) al tipo de comportamiento que esta teniendo Eduardo.

Se les propone como la forma mas adecuada de ayuda la terapia familiar, la aceptan y se les da cita.

De esta entrevista se obtiene: 1) El familiograma.



2) El mapa estructural:



3) Una hipótesis estructural:

El subsistema conyugal y paterno se encuentran en conflicto desde hace tiempo. Esto ha llevado a que se incremente cada vez mas la distancia afectiva del padre quien ha encontrado con la familia de su hermana un soporte a sus propias ansiedades.

La madre al sentirse sola y con la responsabilidad de los hijos se ha aliado con ellos y ha hecho un bloque que excluye todavía más al padre. En esta misma situación se encuentra el paciente, sólo que él está en un conflicto de lealtades con ambos padres, esto ha originado que los hermanos de un tiempo acá no tomen en cuenta a Eduardo y la relación entre Graciela y Fernando se haya intensificado.

Segunda Sesión:

En esta sesión se encuentran: la madre, Graciela, Eduardo y Fernando.

Se aplican los cuestionarios del pretest.

Se realiza "Joining" con la familia. Respetando las jerarquías, el terapeuta se dirige al miembro con mayor jerarquía; la madre. La señora actualmente se dedica a las labores del hogar, hasta hace poco tiempo trabajaba en una oficina en actividades de intendencia, aún cuando tiene estudios comerciales, pero menciona que nunca ha desempeñado esa actividad porque cuando terminó de estudiar enseguida se casó. Ha trabajado durante mucho tiempo,

pero lo deja cuando se da cuenta que Eduardo empieza a inhalar.

Graciela estudia una carrera comercial y está próxima a terminar; dice sentirse muy preocupada por el problema de Eduardo "al principio me dió coraje" sic. pero ahora considera que es importante que se atienda a toda la familia "porque tenemos problemas, sobre todo con mi papá" sic.

Fernando es el menor de los hermanos, cursa el segundo año de secundaria, además toma clases de danza folklórica. Se muestra distante del problema "vine porque dijo mi mamá que teníamos que venir todos" sic. Aunque habla de que le preocupa lo que le pasa a su hermano, su actitud y conducta es de molestia por haber acudido y de un deseo de no tener nada que ver con la asistencia al centro.

La madre se nota deprimida, esto es mas notorio cuando habla de que su esposo es una persona que no se preocupa por lo que les pasa a sus hijos. Es -a juicio de ella- un padre alejado que no comparte actividades con su familia, ni las actividades recreativas de fin de semana. Sin embargo se ve que la acción de los hijos y sobre todo de la madre es complementaria ya que no lo invitan a salir o a participar en una acción conjunta. La madre se

queja pero no hace nada para que el padre se involucre en las tareas que realizan.

Opinan (los hijos y la madre) que es muy difícil comunicarse con el señor, éste trata a los hijos varones con malas palabras. Al parecer con Graciela es con quien existe mejor relación, sin que sea buena "con quien me llevo mejor es con mi mamá, somos como amigas" sic.

En la señora se observa resentimiento hacia su marido y manifiesta que incluso tuvo que esconderle el hecho de que Graciela estaba estudiando ya que él había decidido que no lo hiciera.

En relación a la sintomatología farmacodependiente de Eduardo el padre esta de acuerdo en que su esposa lo traiga a CIJ pero no toma una participación activa, y la madre hace su parte para que él no este enterado del tratamiento ni de las fechas de consulta.

En el paciente se observa una situación ambivalente; por un lado está la alianza con los hermanos y la madre que ven al padre desobligado y alejado, y por el otro el deseo de identificación y cercanía con él. La relación de Eduardo con sus hermanos se ve bloqueada. Entre Graciela y Fernando al haberse intensificado

conocen lo que cada uno hace, van al cine o a fiestas en tanto que de Eduardo desconocen lo que hace.

Como se puede apreciar se confirma la hipótesis estructural planteada después de los datos obtenidos en la primera entrevista. Se trabajó con la familia el desafío de la realidad familiar dándole al síntoma una connotación positiva. La construcción cognitiva que se estructuró fue que todos estaban muy preocupados por la unidad familiar. Cada uno de ellos había hecho intentos para que hubiera convivencia familiar, en ese sentido Eduardo por ser un muchacho muy sensible estaba muy preocupado porque papá no participaba en casa, razón por la cual tuvo que "ingeniárselas" para buscar algo que pudiera hacerlo regresar a la familia, y lo que encontró en casa fue el resistol 5000 que su padre llevó.

Tercera Sesión:

Para esta sesión los terapeutas decidieron trabajar con el subsistema fraterno por dos razones: a) el paciente se encontraba fuera de su grupo natural de pertenencia, esto lo obligaba a buscar un continente externo ya fuera con el mecánico o con los inhalables, b) se observaba difícil el trabajo con el subsistema parental en vista de que la complementariedad que se daba de parte

de los padres para estar cada uno en su órbita personal. Por lo tanto se reforzarían los límites entre el subsistema fraterno y el parental. Con un acercamiento analógico con la madre el terapeuta podría mantenerla tranquila y permitir así la interacción entre los hermanos.

Asisten Carmen, Graciela y Eduardo. Fernando no asiste a decir de la señora porque tenía ensayo y no podía faltar.

La señora dice que por el momento las cosas han ido bien (esto es que Eduardo no se ha intoxicado) pero que Eduardo no quiere ir a la escuela, que de hecho ya a faltado y lleva malas calificaciones.

El terapeuta realiza dos movimientos espaciales para el logro de sus objetivos, se propone desafiar la estructura familiar reforzando los límites :1) Se le pide a la madre que cambie de lugar y se siente junto al terapeuta, 2) Con una coparticipación lejana el terapeuta les pide a los hermanos que interactuen. Señalando la poca diferencia de edad que tienen entre ellos se les pregunta sobre lo que hacen juntos, si van a fiestas, tienen amigos en común, etc. pero Graciela y Eduardo dicen que solo se ven muy poco dentro de la casa y casi no hablan entre ellos, de aquí se les insta a que lo comenten y Graciela le dice a él Centre

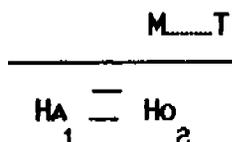
otras cosas) que ella sabe que han estado muy retirados, reconoce que poco ha hecho ella para acercarse a él, pero que tampoco Eduardo hace nada, cuando le invitan a salir con la familia él tiene pretextos como la vez en que sus hermanos lo invitaron al cine y él prefirió quedarse con su amigo el mecánico. Eduardo responde que no fue pretexto, en realidad tenía que quedarse con él porque se había lastimado una pierna y no podía dejarlo con todo el trabajo. Eduardo agrega que Graciela piensa que él se sale y no le interesa nada de lo que pasa en casa, pero que él siempre ha estado preocupado por ellos, especialmente por ella y que siempre está dispuesto a defenderla de todo lo que le pudiera suceder, "a mí no me importa pelearme con alguien si te dicen algo en la calle".

Esta cualidad de cuidado y preocupación por la familia de parte de Eduardo sobre todo por Graciela fue tan sorprendente para ella que le hizo llorar y manifestarle que nunca se imaginó que él pudiera estar al pendiente de ella y que fuera capaz de defenderla. Actitud similar tiene con su hermano.

La madre intentó intervenir en un par de ocasiones, sin embargo el terapeuta le indicó que era conveniente que ella pudiera observar como sus hijos eran capaces de poder charlar y ponerse de acuerdo

en cosas que a ellos les interesaban. La señora no lo hizo más.

El mapa estructural que representa el final de la sesión fue:



Al final de la sesión los terapeutas comentaron entre ellos que la fantasía que ambos habían tenido era que iba a ser más difícil que se estableciera el diálogo entre los hermanos, que Eduardo no lo permitiría y que permanecería renuente y silencioso. Sin embargo fue sorprendente escuchar un diálogo tan emotivo de parte de ambos. Se observó que Eduardo es un chico muy inteligente y responsable, que está al pendiente de su familia.

Cuarta Sesión:

En esta ocasión solo asisten la madre y Eduardo.

Algo que en enseguida salta a la vista es la tristeza en la señora, al hacerle esta observación ella comenta enojada "pregúntele a él...haber dile al doctor que ha pasado"sic. Posteriormente agrega que de nuevo Eduardo empezó a inhalar, que las cosas no cambian mucho y a decir de ella han pensado ya no

ayudar a Eduardo, "por eso es que ya no vinieron sus hermanos, nada mas está tomándonos el pelo a todos". Eduardo ha dejado de ir a la escuela y su actividad se centra en hacer algunas cosas en su casa y salirse la mayor parte del día con su amigo.

En la familia frecuentemente le preguntan lo que quiere hacer y él no contesta nada, esto molesta a la señora porque siente que le falta mucho apoyo de su esposo para resolver todo tipo de problemas que se presentan en casa. llega a desesperarse porque es demasiado para ella sola.

En esta sesión se observa como los movimientos realizados en la estructura al ubicar a Eduardo con sus hermanos, ha provocado una fuerte reacción morfofática. Eduardo nuevamente inhala, la madre se deprime y lo recrimina, los hermanos se disgustan con Eduardo y nuevamente él queda como paciente individualizado.

Ante la insistencia de la madre después de que Eduardo estuvo negando que había vuelto a inhalar, por fin lo acepta diciendo "lo hago para ver si me hacen caso...lo que quiero es que ustedes se lleven mejor".

El terapeuta retoma lo que Eduardo comenta y señala que cada uno de los miembros de la familia está haciendo algo diferente para

ayudar a mantener lo que consideran es la unión de la familia y que Eduardo ha optado por esta forma para ayudar a su madre con la carga tan pesada que tiene ya que él ha percibido que su mamá necesita olvidarse de todos sus problemas, y con su conducta a mamá solo le queda pensar en Eduardo olvidándose de todo lo demás, quizá él como el mas preocupado por la situación familiar a logrado "descargar" un poco más a la madre.

La señora no acepta que ésta sea una forma de ayudarla pues así le causa mas preocupaciones. A lo largo de la sesión Eduardo estuvo llorando mientras hablaba con su madre. Se les indica la necesidad de que acudan los hermanos la próxima sesión.

En ésta sesión se hace muy notoria la depresión de la madre, lo cual da pie para estructurar una construcción terapéutica que se operativizará en la próxima sesión.

Quinta Sesión:

A esta sesión acuden la madre, Eduardo y Graciela. Se realiza un periodo de socialización con un tema circunstancial, con la finalidad de observar las interacciones espontáneas y poner en práctica la intervención planeada.

Se pudo observar que el tono emocional de la madre era de una tristeza marcada igual que la sesión anterior.

Se trabaja un desafío a la realidad familiar, esto se hace con Eduardo a quien se le pregunta acerca del uso del cemento plástico y de sus conocimientos sobre los daños que éste puede provocar, así como la diferencia con otras sustancias como cannabis, alcohol o barbitúricos. Se observó que tenía conocimientos de la diferencia de los daños de cada uno. Con esto se realiza la intervención planeada; se le cuestiona si él mismo se había preguntado si con el uso de cemento se estaba suicidando. Este cuestionamiento causó un gran impacto en toda la familia, y el efecto deseado en Eduardo quien mencionó que no lo había pensado así. Se mantuvo como foco esta intervención dándole intensidad con base en los conocimientos que él mencionó de que el resistol era la sustancia más dañina, se hizo mención a su nivel escolar y a su inteligencia por lo que realmente la elección de ésta sustancia más dañina era propositiva. El paciente mencionó que realmente lo que quería ver era si con esto sus padres se unían más, y que haber si así su papá se daba cuenta y le ponía atención.

El terapeuta señaló que en efecto la primera intención de su conducta "suicida" era para acercar a papá a la familia, pero que también había otra razón igualmente poderosa que era la tristeza de la familia, sobre todo la de mamá, y como era un chico listo y tal vez el mas preocupado por la familia se había avocado a "reparar" a la familia, pero esta conducta era muy peligrosa ya que él mismo se estaba autodestruyendo. De aquí se retomó el trabajo con los asistentes de la familia para que dialogaran y buscaran una forma diferente que pudiera lograr el acercamiento del padre y el alivio de la tristeza sobre todo de la madre, sin que esta fórmula fuera tan dañina para Eduardo. Se redefinió el alejamiento del padre como la manera personal de expresar su tristeza. Ahora el objetivo se convertía en atacar la tristeza.

Puntualizaron que era necesario que papá estuviera enterado de lo que se había dicho en ésta sesión para que se acercara. De esto se encargaría Graciela.

La madre manifestó que para ella su esposo era algo aparte, que no quería nada con él y le parecía difícil que quisiera estar mas con la familia.

En este punto los terapeutas consideraron de mucha importancia que el padre acudiera al tratamiento. Como una forma de asegurarse que

realmente se enteraría se le envió la siguiente carta que sería entregada por Eduardo:

"He estado atendiendo a una parte de su familia que consultaron preocupados por Eduardo.

Quiero felicitarlo porque tanto Eduardo como sus - hermanos son muchachos muy inteligentes y sensi--- bles lo que demuestra la buena ayuda que ustedes - les han dado durante sus primeros años de vida.

Tanto yo como el equipo tenemos la impresión de -- que las conductas que preocupan en Eduardo tienen como finalidad procurar un acercamiento entre los miembros de la familia.

A Eduardo le preocupa la unidad familiar y la --- tristeza que existe en este momento en casa.

Por todo esto pensamos que la presencia de usted es especialmente importante y beneficiosa para - poder ayudarlos.

Esperamos tener el gusto de charlar con usted".

Atentamente.

El equipo de trabajo de CIJ Azcapotzalco.

La familia no se presentó en las siguientes dos semanas, a la tercera acuden la madre y Eduardo.

Sexta Sesión:

Eduardo menciona que si le dió la carta a su padre, la leyó y no hizo ningún comentario acerca de la petición hecha. Ellos no pudieron venir en esas dos semanas dice la madre, porque sus hijos tuvieron que estudiar para sus exámenes.

La madre muestra alegría porque Eduardo ya no ha usado inhalables. El P.I. refiere que ya la farmacodependencia ha desaparecido, pero ahora siente que al estar acostado algo pesado como un bulto se le encima en el cuerpo, lo oprime y siente que se ahoga. Empieza a referir sensaciones corporales en donde una fuerza extrahumana se le presenta, no muestra sorpresa o miedo. Se puede observar esto como un proceso identificatorio con la madre quien refuerza lo dicho por el paciente y manifiesta que a ella le pasaba algo similar cuando era chica. En esta sesión toma sentido la información que Eduardo dió en la primera entrevista al referir que al tener deseo de inhalar cemento plástico se presentaba alucinación olfativa del tóxico hasta hacer que esto lo llevara hasta la conducta. Refirió también que "su subconsciente" le hacía indicaciones de valor moral recriminaciones sobre algunos actos o acciones que ejecutó o debería realizar. En estado de intoxicación

se presentaban alucinaciones visuales en las que aparecía su propia figura reflejada en un espejo, ésta se movía y lo insultaba.

En ese momento se decidió trabajar con el holón individual con la misma técnica de desafío que se empleó en la sesión anterior; en la que se le indicó que estaba haciendo lo mismo, el sacrificio era él mismo, antes con el cemento intentaba matar su cuerpo, ahora con las alucinaciones y sensaciones corporales pretendía destruir su mente, ya que tales sensaciones eran producto de su pensamiento y estaban alejadas de la realidad. Se le desafió a pensar nuevamente que si con el sacrificio lograría el alivio de la tristeza en la familia. Posteriormente se integró a la madre para continuar trabajando con el subsistema madre-hijo en la búsqueda de otra alternativa no dañina. Se indicó la necesidad de asistencia de Fernando y Graciela para la siguiente sesión.

La familia no se presentó a la siguiente sesión.

Aproximadamente dos meses después la madre acudió al centro para agradecernos la ayuda e indica que no continuaron asistiendo porque no lo cree necesario ya que Eduardo tenía tiempo que no se intoxicaba y porque se habían dado cambios muy importantes en su

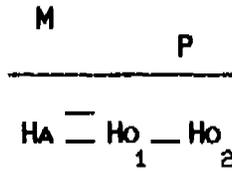
familia; esto motivado por una reunión familiar que ella propició, en la cual pidió a cada miembro que se definiera en relación a que si querían que papá se acercara mas a la casa o no, los hijos coincidieron en su deseo de que hubiera mas acercamiento de él. Ella misma dió la posibilidad de elección a su marido de permanecer fuera o integrarse mas a la familia (a lo cual ella manifestó que también le agradaría). El padre después de escuchar que sus hijos no lo rechazaban, sino que además le pedían que estuviera mas con ellos manifestó que las cosas serían diferentes.

El terapeuta felicitó a la madre por los movimientos que habían realizado y reforzó la capacidad que tiene la familia para propiciar estos cambios.

De esta manera el paciente ya no estaba triangulado, en una posición en la que los reclamos de la madre al padre eran hechos al paciente identificado. Había vuelto él al subsistema fraterno y las funciones ejecutivas se empezaban a mover entre los padres directamente. Además, los conflictos entre los padres empezaron a no evadirse.

Eduardo estaba trabajando adecuadamente con su amigo y las cosas marchaban bien.

El mapa estructural podría representarse así:



En donde se apreciaba aún mayor jerarquía en la madre que en el padre, pero en donde el rol de los hijos era más igualitario y los límites entre el subsistema paterno y filial se encontraban bien claros.

Con esto se concluyó la terapia.

PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados de la validación del instrumento por el método de jueces mostró lo siguiente: Los jueces indicaron con sus respuestas que por lo menos el 80% de ellos coincidieron en que los reactivos medían lo que la autora originalmente señaló para los cinco reactivos que integran las categorías (primarias) de: Aglutinamiento, Desligamiento y Triangulación. Así mismo para cuatro reactivos de Sobreprotección (5, 24, 40, y 71), Evitación de conflicto (15, 32, 64 y 80) y de Coalición (19, 36, 52 y 84). Con tres reactivos de manejo de Autoridad de los padres también coincidieron (16, 65, y 82), (ver anexo 1).

Con las categorías restantes ya no se presentó esta coincidencia, se puede observar que la mayoría de las respuestas de los jueces se distribuyeron entre la categoría que la respuesta debía medir, la categoría opuesta (v.gr. para la pregunta 46 que mide Flexibilidad el 50% de los jueces indicaron que medía ésta y el otro 50% Rigidez), o bien con las categorías secundarias (v.gr. la pregunta 4 se divide en 40% para Desligamiento y el 60% para Rechazo paterno).

Dos de los doce jueces mencionaron la conveniencia de que el

cuestionario solo estuviera formado por las categorías primarias, en vista de que así cada categoría podría tener un número mayor de reactivos y por lo tanto mayor solidez (uno de ellos clasificó todos los reactivos en las categorías primarias).

En lo que respecta a la realización del estudio experimental se obtuvieron los siguientes resultados:

La muestra total se ubicó en dos grupos: el testigo y el experimental.

El grupo testigo lo formaron cuarenta y dos familias sin problemas de farmacodependencia, con hijos adolescentes, los cuales asistieron a alguna de las tres secundarias trabajadas del área de Azcapotzalco. En total los individuos de este grupo fueron 168 predominando las mujeres. El tamaño de la familia fue de cuatro miembros generalmente padre, madre y dos hijos. Posteriormente para otra fase de la investigación se aparearon trece familias para compararlas con las del grupo pretest.

El grupo experimental consideró a las familias con problemas de farmacodependencia en uno de sus miembros adolescentes. El grupo pretest lo conformaron trece familias del área de Azcapotzalco con

un total de 66 individuos (36 hombres y 29 mujeres). El tamaño promedio fue de cinco miembros, el promedio de asistencia a tratamiento fue de cinco sesiones. Tres familias acudieron solo a dos, una familia a tres, tres a cuatro sesiones, dos a cinco, dos a siete, una a ocho y una a nueve. Tres familias fueron dadas de alta y las otras diez interrumpieron el tratamiento en diferentes momentos del proceso.

En seis de las familias solo acudió la madre y no el padre (en tres el padre no vivía en casa y en las otras tres aún cuando se les invitó no acudieron). En siete acudieron ambos padres y en una solo acudió el padre.

El promedio de edad de los pacientes identificados fue de 15 años y estuvieron en un rango de edad de 13 a 20 años. Asistieron a la mayor parte de las sesiones. En lo que respecta al lugar que ocupan en orden de nacimiento en la familia; cuatro fueron los hijos últimos, dos fueron los primeros, tres el segundo lugar (dos de tres y uno de cuatro), otro el tercero de seis y dos mas los penúltimos de cinco y cuatro, uno tercero de cinco.

Las drogas utilizadas por los pacientes fueron cannabis e inhalables, las más frecuentes de estas últimas fueron solvente

industrial, resistol 5000 y thinner. Cuatro de ellos usaron solo inhalables, cinco solo cannabis y cuatro ambas sustancias. El tiempo de evolución del padecimiento fue de tres meses para un caso (véase caso clínico no. 1, en el que el hermano del usuario tenía tres años de evolución de uso de cannabis), de cuatro meses para tres de ellos, ocho para otro, tres más reportaron un año, cuatro entre un año y año y medio y otro tres años de evolución.

El grupo postest estuvo formado por siete de las trece familias del grupo pretest que recibieron tratamiento de terapia familiar. Tres de las trece familias del grupo pretest fueron dadas de alta y se les aplicó el mismo cuestionario que se les aplicó al inicio del tratamiento. Las otras ocho familias no concluyeron el tratamiento, lo interrumpieron en algún momento del proceso terapéutico. De estas que no concluyeron, se les realizó una visita domiciliaria y se les aplicó el instrumento a cuatro familias que habían acudido como mínimo a cuatro sesiones. Esta aplicación se realizó con la finalidad de observar si con el postest se podía detectar diferencia entre la forma de relación de los miembros antes y después del tratamiento. La población sumó 28 sujetos de los cuales 16 fueron del sexo masculino y 12 del femenino.

Análisis de Resultados de Medias y Correlaciones del Grupo Testigo.

Al hacer el análisis de los resultados en la calificación de los cuestionarios dándole pesos de A=1, B=2, C=3 y D=4, (como lo propone la autora del instrumento) los puntajes de las medias a cada categoría de las diferentes poblaciones mostraron una realidad diferente al diagnóstico clínico realizado de las familias, es decir, parecía que las familias del grupo testigo tendían a ser más desligadas (que el grupo pretest), con una mayor tendencia al rechazo, a que existieran conflictos manifiestos sin que se les dieran solución, y a la rigidez. Y que tendían a ser menos aglutinadas, menos sobreprotectoras, y menos flexibles a lo esperado en relación a la media teórica. Con lo que respecta a la Triangulación, Rodeo y Coalición la relación que mantuvieran entre ellas sería elevada (por arriba de la media teórica) con una diferencia marcada con la categoría de manejo de autoridad de los padres. Siguiendo esta interpretación resultó que las familias que no presentaron alguna conflictiva tuvieron una tendencia a mostrar patología de triangulaciones, a ser rígidas y a no darles solución a sus conflictos acercándose más al polo de desligamiento.

El análisis anterior contrasta con la percepción clínica y con el

diagnóstico que se puede obtener de estas familias. Esto se puede explicar a partir de los valores que la autora da a cada respuesta, es decir, si a cada pregunta se le da una respuesta negativa estará midiendo la categoría esperada, sin embargo, al interpretar los resultados del grupo testigo se observa que la estructura familiar que se obtiene es diferente a la estructura típica mexicana. Esto originó la necesidad de buscar la justificación del por qué la autora concedía estos valores inversos, sin embargo no explica este procedimiento. Por ejemplo en la pregunta uno: "En casa constantemente hacemos a un lado nuestras actividades personales para ayudarnos mutuamente" mide aglutinamiento. Desde la forma de calificación original "Muy Falso" mide la categoría esperada y tiene un valor de cuatro. Sin embargo no es lógico pensar que si es falso que se dejan de hacer las actividades personales para ayudarse mutuamente mida aglutinamiento, más bien tendría que ser al revés, que para que midiera aglutinamiento debería ser muy verdadero que se hagan a un lado las actividades personales para ayudarse mutuamente.

Por lo tanto para la presente investigación fue necesario darle un peso inverso al propuesto originalmente para cada reactivo y ahora A que es muy verdadero tendrá un valor de cuatro, B de tres, C de dos y D de uno.

En la población de este grupo las diferencias entre los puntajes de los padres, las madres y los hijos son mínimas al tomar las medias como nivel de comparación. Las categorías que teóricamente forman los extremos de un continuo muestran la diferencia esperada; así, a Aglutinamiento con una media de 14.3 le sigue Desligamiento con 8.8, a Sobreprotección con una media de 13.5 le sigue Rechazo con una media de 9.8, a Flexibilidad con una media de 14.1 le sigue Rigidez con 9.2. Podemos observar que la población total puntuó más alto en relación a la media teórica en Aglutinamiento, Sobreprotección, y Flexibilidad y las que puntuaron abajo de la media fueron Desligamiento, Rechazo y Rigidez. Por lo tanto las familias del grupo testigo, tienden a ser más aglutinadas, con una mayor tendencia a la sobreprotección y a la flexibilidad y a darles solución a los conflictos. Tienden a ser menos desligadas, rechazantes y rígidas en relación a la media teórica, también hay una tendencia menor a evitar el conflicto o a que éste esté presente sin solucionarlo.

En lo que respecta a manejo de autoridad de los padres éste se encuentra por arriba de la media teórica (14.0). La tendencia a formar triangulaciones está por abajo de la media teórica; esto pudiera interpretarse que a un adecuado manejo de la jerarquía de los padres como un subsistema integrado favorece el hecho de que

los hijos no queden triangulados en los problemas de los primeros, y que los problemas que se presentan en la casa tiendan a ser resueltos (ver gráfica 1).

Analizando las correlaciones entre las categorías (consúltese Anexo 4), es pertinente señalar que en el procedimiento estadístico de Coeficiente de Correlación, los puntajes mas altos quedaron dentro del rango de correlación moderada (de .50 a .69, para un nivel de significancia de .01). Por lo tanto para el análisis de esta investigación las correlaciones moderadas adquieren un nivel de relevancia.

Una de las categorías que se correlaciona más, y más alto con otras es Conflicto Manifiesto sin solución, en donde la correlación más alta encontrada en todas las categorías se da entre ésta y Rigidez (.565), de igual forma la categoría con la que se correlaciona de una manera mas alta Rigidez es con Conflicto sin solución. La otra categoría con la que se correlaciona Conflicto sin solución es Desligamiento (.544). Entre estas tres existe una relación estrecha.

Otra de las categorías con la que se relaciona Conflicto Manifiesto sin resolución de una manera relevante es con Rodeo (.528). Es decir, que a la existencia de un conflicto que no

adquiere solución en una familia sana, es muy probable que se exprese éste a través de una alianza patológica de los padres para culpabilizar o proteger a un hijo. Lo anterior se confirma porque las correlaciones negativas mas altas para la categoría de Expresión de Conflicto sin solución, es la categoría de Resolución de Conflicto (-.838).

En estas familias del grupo testigo la categoría más baja es Coalición y está por abajo de la media teórica. En estas familias se da esta característica porque los padres al parecer se ponen de acuerdo entre ellos como un bloque común, es decir, a mayor alianza entre los padres menor posibilidad de involucrar a un hijo para atacar al otro padre.

En lo que se refiere a las diferentes patologías de triangulación; (Umberger, 1983) Coalición, Rodeo y la Triangulación propiamente dicha, se observa que existen correlaciones congruentes entre ellas, lo cual reafirma la teoría; Rodeo y Coalición (con una correlación de .308) se encuentran a su vez correlacionados de una manera positiva con triangulación (.196 con la primera y .435 con la segunda). Además, podemos observar que Coalición y Rigidez tienen una correlación relevante (.539) y Rodeo y Conflicto sin solución mantienen también este mismo nivel (.528), si ligamos éstas correlaciones con la que establece entre Manejo de Autoridad

de los padres y Resolución de conflicto (.440) tenemos que nuevamente se confirma la teoría, a saber, que la existencia de Rigidez conducirá a la formación de triangulaciones patológicas, y un manejo adecuado de la jerarquía paterna promoverá la solución de conflictos.

Al tratar de determinar en dónde este tipo de triangulaciones se presentarían con mayor probabilidad si en familias aglutinadas o en familias desligadas, se observa que la relación que guardan las triangulaciones con Aglutinamiento, éstas son muy bajas (-.057 para Rodeo, -.076 para Coalición y .052 para Triangulación). Comparando el Desligamiento con éstas categorías se presentan correlaciones de .262, .482 y .216 respectivamente; esto nos lleva a pensar que la patología de triangulaciones se presentará más frecuentemente en familias desligadas, lo cual se corrobora con la relación negativa que guarda con Manejo de autoridad de los padres (-.268). Este tipo de familias pueden presentar de una manera más alta Conflicto Manifiesto sin resolución (correlación entre Desligamiento y Conflicto sin resolución es una de las más elevadas con .544). Rigidez es también una de las categorías que se correlacionan positivamente con el Desligamiento (.473). Las familias que tienden a ser desligadas presentan una correlación interesante entre Rigidez y Conflicto Manifiesto sin resolución

(.565). Desde un punto de vista teórico se esperaba que Desligamiento y Resolución de conflicto presentaran una correlación negativa, lo cual se confirma (-.407).

Con base en los puntajes de Desligamiento, Rigidez y Conflicto sin solución podemos interpretar que en aquellas familias en donde las interacciones son escasas, habrá menor posibilidad de que los conflictos o dificultades que surjan puedan ser superados. Al existir menos intercambio de tipo verbal habrá menos probabilidad de que se logre un acuerdo o se conozcan las diferentes percepciones de los diferentes miembros de la familia, dificultándose con esto el ensayo de nuevas formas de relación y de cambio. Por lo tanto, estas familias tienden a mantener rígidamente las mismas formas estereotipadas de relación.

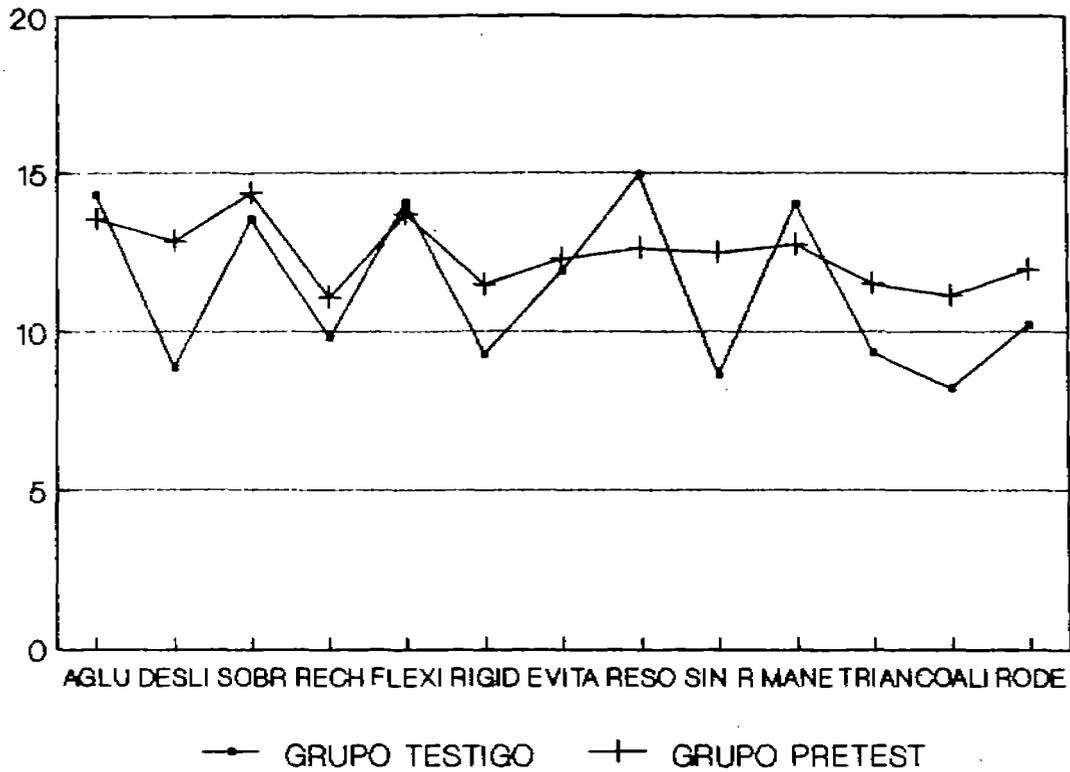
Por otra parte Aglutinamiento tiene la correlación más alta con Flexibilidad (.308), lo que da pie a pensar que, lo que en este sentido mide Aglutinamiento para esta población es más bien una relación adecuada entre los miembros. La categoría con la que se correlaciona negativamente es con Desligamiento (-.254), esto es explicable si se considera que estas dos categorías forman los extremos de un continuum, sin embargo era de esperarse una correlación más alta. El resultado podría ser explicado

considerando que en el mismo sistema familiar existen subsistemas más aglutinados y subsistemas más desligados. Otra de las categorías con las que se relaciona positivamente Aglutinamiento es con Evitación de Conflicto (.334) y Manejo de Autoridad de los padres (.337).

En lo referente a la Sobreprotección se observa que esta categoría no correlaciona negativamente con ninguna. La correlación más alta se establece con Triangulación (.271); esto nos lleva a pensar que preferentemente se observará la Sobreprotección cuando se presente el fenómeno de alianzas patológicas, por lo tanto, la Sobreprotección es un recurso poco utilizado por las familias sanas.

Observando los puntajes de Desligamiento y Aglutinamiento en relación a las categorías con que coherentemente se relaciona cada una de ellas y de los puntajes en relación a la media teórica podemos inferir que estas familias del grupo testigo (sin problemas de farmacodependencia) tienen un nivel adecuado de Aglutinamiento, de Flexibilidad y de Sobreprotección; tienden a ser menos desligadas, rígidas, rechazantes, con mayor capacidad de resolver problemas y con un manejo adecuado de la jerarquía de los padres.

GRAFICA 1
MEDIAS DE LOS GRUPOS TESTIGO Y PRETEST



Vale la pena señalar en este momento que así como tienen un nivel adecuado de Aglutinamiento y de las categorías que se relacionan con ésta, la categoría de Desligamiento y sus categorías correlacionadas se encuentran por abajo de la media teórica de una manera significativa (ver gráfica 1).

Análisis de Resultados de Medias y Correlaciones del Grupo Pretest.

Al realizar el análisis de la distribución de las medias en éste grupo, las categorías que teóricamente forman los extremos de un continuo no muestran la diferencia esperada; así, a Aglutinamiento con una media de 13.5 le sigue Desligamiento con 12.9, a Sobreprotección con una media de 14.4 le sigue Rechazo con una media de 11.1, a Flexibilidad con una media de 13.8 le sigue Rigidez con 11.5. Para este grupo las categorías que están por arriba de la media teórica son: Aglutinamiento, Desligamiento, Sobreprotección, Flexibilidad, Resolución de conflicto y Manejo de autoridad de los padres. Las que puntuaron por abajo son: Rechazo, Rigidez, Evitación de conflicto, Conflicto manifiesto sin resolución, Triangulación, Coalición y Rodeo.

Con base en los resultados anteriores, se observa que en estas familias hay una percepción de un grado mayor de Desligamiento y Rigidez al interior del sistema a diferencia de lo observado en el grupo testigo.

En lo que respecta a la forma de manejo de los conflictos o problemas que surgen en el hogar, se observa que existe una mayor cantidad de estos sin que tengan una resolución en este grupo. Si lo anterior es ligado con la media que presenta Manejo de autoridad (que es menor a la del grupo testigo) podemos entender por qué las alianzas patológicas están más presentes en este grupo que a diferencia del grupo testigo. Además, la tendencia más frecuente en las familias con un problema de farmacodependencia es que se presente el Rodeo; es decir, que en estas familias hay una percepción mayor de que un hijo es el responsable de los problemas que existen en casa.

Analizando las correlaciones de este grupo, la categoría que se correlaciona más con otras es Conflicto manifiesto sin solución (al igual que en el grupo testigo), ésta tiene las correlaciones más altas con Desligamiento (.598), Rodeo (.587), Rigidez (.573), Coalición (.545), Rechazo (.474) y de manera negativa con Resolución de conflicto (-.325). Por lo tanto la forma en como se

manejen los conflictos será un factor determinante para que existan patologías o no en una familia (esto mismo se observó en el grupo testigo). Esta conclusión se refuerza por el hecho de que Resolución de conflicto se correlaciona positivamente con Manejo de autoridad de los padres con .623 (ésta es la correlación más alta encontrada en este grupo) y con Aglutinamiento (.450).

En relación a los diferentes tipos de triangulaciones y su expresión en las familias aglutinadas y desligadas de este grupo, observamos que en las familias aglutinadas es más probable que se presente la Triangulación (correlación entre ambas de .470) con mayor frecuencia el Rodeo y con menos probabilidad aun, la coalición. Por otra parte en las familias desligadas las probabilidades son las mismas para Triangulación, Coalición y Rodeo (.262, .266 y .251 respectivamente).

Retomando el análisis de medias y desviaciones estandar de ambos grupos, podemos observar que las respuestas del grupo testigo son más unificadas y compactas, mientras que las respuestas del grupo pretest son más dispersas. Además, en este último, los polos opuestos de las categorías no muestran una clara diferencia entre ellas como se observa en el grupo testigo.

Otro análisis que se llevó a cabo fue la comparación de los grupos a través de la prueba t para probar la significación de la diferencia entre los grupos testigo y pretest.

Los resultados indican que en 11 de las 13 categorías analizadas los grupos testigo y pretest SON DIFERENTES. Excepto para las categorías de Flexibilidad Evitación de Conflicto que no muestran ninguna diferencia, para todas las demás se trata de dos poblaciones completamente diferentes, (incluso con un nivel de significancia de 0.01) como era de esperarse, mostrando de nuevo la capacidad discriminativa del instrumento.

Para otro momento del análisis de la prueba T se compararon los grupos testigo, pretest y postest, pero en vista de que la comparación no podía realizarse con los tres grupos completos ya que el testigo lo integraban 42 familias, el pretest 13 y el postest a su vez quedó conformado con familias que fueron dadas de alta (3) y aquellas que acudieron a un mínimo de cuatro sesiones, la comparación se realizó por el procedimiento estadístico para muestras pequeñas independientes de igual y diferente magnitud (Milton Smith, 1970). Se realizó la comparación de las muestras para aquellas familias que fueron apareadas tanto en edad del paciente farmacodependiente, sexo, y en la medida de lo posible

también en la composición familiar v.gr., que ocupara (n) el mismo lugar de nacimiento con respecto a los hermanos, que tuvieran uno o ambos padres y que los hermanos fueran hombres o mujeres según el caso. Para este apareamiento se seleccionaron de las 42 que integraban el grupo testigo aquellas que reunían los requisitos anteriores. Las muestras quedaron integradas por las familias que previamente habían sido clasificadas como familias 1, 2, y 12 cuyos números corresponden a las familias que fueron dadas de alta, y para las familias seleccionadas del grupo testigo. Las familias 3, 4, 8 y 9 fueron aquellas que interrumpieron el tratamiento después de la cuarta sesión y que se les aplicó el postest.

Otro de los procedimientos que corroboraron la congruencia interna del instrumento fue el análisis de la Matriz de Factores Rotada por Varimax, de ahí para el grupo testigo los organizadores fueron dos factores; primero, la categoría de Conflicto Manifiesto sin Solución fue el factor principal de cuatro categorías con las que se relacionó más alto, éstas fueron: Desligamiento, Rigidez, Coalición y de una manera negativa con Resolución de Conflicto. El segundo factor; Sobreprotección es el organizador de tres categorías principales con las que se relaciona, éstas son Manejo de Autoridad de los Padres, Rigidez y Aglutinamiento.

Por otra parte para el grupo pretest los factores organizadores fueron las categorías de Conflicto Manifiesto sin Solución y Resolución de Conflicto. El primero mantuvo una relación estrecha con Triangulación, Coalición, Rodeo y Rigidez. El segundo con Manejo de Autoridad de los Padres, Aglutinamiento y Flexibilidad. Se observa por lo tanto que existe coherencia entre la relación de estas categorías, lo cual corresponde a lo que indica la teoría.

En relación a los cambios observados en las familias dadas de alta y que fueron registrados por la visión clínica de los terapeutas, es posible que éstos no hayan podido ser medidos a través del instrumento por fallas propias de éste que requiera de una validación y estandarización mayor. Sin embargo como se puede observar en las gráficas (ver anexo 5) si se presentaron éstas.

La ventaja que representó la terapia familiar estructural a las familias de pacientes farmacodependientes es que en éstas que se acercan más al polo de Desligamiento las formas de comunicación más frecuentes son de tipo analógico más que verbal, por lo tanto la terapia familiar estructural al ser una técnica de acción que privilegia los cambios de posición dentro del sistema les lleva a ensayar nuevas formas de interacción. En este sentido este tipo de

acercamiento a facilitado cambios en la resolución de conflictos de estas familias, así como cambios en las posiciones dentro del sistema.

Por otra parte, desde un punto de vista conceptual se ha considerado como deserción el hecho de que los pacientes no concluyan el tratamiento. Sin embargo se propone que este hecho sea entendido como interrupción ya que en la práctica de la atención a las familias de farmacodependientes, es común observar que éstas se retiren cuando han obtenido un resultado satisfactorio o un grado de bienestar, por lo que ya no consideren conveniente continuar el tratamiento ni avisar al terapeuta su decisión.

Lo anterior se pudo observar concretamente con una de las familias del grupo experimental que acudió a cuatro sesiones. Con la finalidad de aplicar el postest se les solicitó acudieran nuevamente al CIJ. Se presentó únicamente la madre quien manifestó que Armando (el paciente identificado) le había dicho que ya no le veía caso que fueran al centro ya que él ya no se drogaba. La madre pensó que además de lo que Armando le decía, también ella había observado algunos cambios como el hecho de que éste regresó a la escuela, de que mostraba mayor disciplina en sus tareas

escolares y quehaceres del hogar, así como también la notable reducción de conductas agresivas hacia su hermana menor. Por otro lado la madre manifestó también que los hijos ya la obedecían y que iban bien en la escuela. En la entrevista se pudo apreciar que la madre tenía un mejor control de sus hijos y que éstos ya no estaban triangulados entre los padres. El conflicto conyugal se definió más claramente en el sentido de que si bien el padre continuó en una relación extramarital (temática que empezaba a hacerse evidente en la familia cuando interrumpieron el tratamiento) éste estaba limitado a los esposos quienes tenían que solucionarlo entre ellos. Por su parte la esposa había decidido no darle importancia a eso y por lo tanto su esposo podría actuar como él quisiera. En la discusión posterior a la sesión los terapeutas consideraron que se había llegado a un punto en el que la familia ya no había querido que se trabajara. Por lo tanto el pensar en seguir con el tratamiento de esta familia hubiera sido una necesidad perfeccionista de los terapeutas, para la familia el objetivo se había logrado y no habían tenido la necesidad de avisarlo. Además, algunos cambios se habían consolidado tiempo después de que estuvieron en tratamiento.

CONCLUSIONES

El primer objetivo de la presente investigación fue realizar los pasos necesarios de adaptación y estandarización de un instrumento válido y confiable para medir los conceptos teóricos de la terapia familiar estructural en una población mexicana. Se realizaron los primeros avances para la obtención de la consistencia interna (confiabilidad) y validez del instrumento aplicado a una muestra de la población mexicana. El instrumento es sensible para la medición de los conceptos de Minuchin. Las relaciones entre las escalas como lo predice el modelo conceptual son confirmadas por los resultados de los datos obtenidos. Sin embargo existen escalas que presentan un nivel de significancia bajo: El análisis de los datos indica que de las trece categorías aquellas que teóricamente mantienen una relación inversa (y por lo tanto esperada) entre los extremos del continuo teórico sí lo presentan, excepto para Sobreprotección y Rechazo que presentan una correlación muy débil. El mismo resultado se presentó en la investigación original realizado por Perosa (1980) lo cual ella considera como una "debilidad" del instrumento. Sin embargo los estudios clínicos (Briseño, J. y Muñoz, P. 1981) nos indican que existe un tipo de Sobreprotección a través del cual se expresa un sentimiento de rechazo. Por lo tanto, la explicación ante esta consistencia en

los resultados en estas dos categorías tanto en el estudio original como en el realizado aquí nos indican, que no necesariamente tienen que verse como pares antitéticos y mutuamente excluyentes, más bien son dos características que pueden estar presentes en una misma expresión conductual.

La aplicación del instrumento a niños menores de diez años indicó que encuentran difícil la comprensión del significado de los reactivos. Esto mismo lo expresaron algunos adultos, ya que ciertos reactivos fueron creados con un grado elevado de abstracción.

Otra confusión se generó por el hecho de la generalización que se hace al considerar a todos los hijos agrupados como un bloque único, sin posibilidad de diferenciación por edad o por características personales de cada hijo, esto pudo haber provocado cierta dificultad de respuesta en la que los padres podrían responder verdadero por su relación con unos hijos pero no con todos. Un intento de solución a lo anterior lo realizó la autora del cuestionario al crear las categorías secundarias y poder diferenciar las respuestas particulares para los padres y las madres. Sin embargo, considerar solo dos reactivos para medir una categoría presenta un margen grande de error. Esto se observó al

realizar la validación por jueces, en donde los expertos tuvieron confusión al asignar algunos reactivos de las categorías secundarias a las primarias o viceversa. Dificultad similar se presentó con algunos reactivos que en su sentido literal pertenecían a alguna categoría, pero que en sentido inverso pertenecían a la categoría que teóricamente es el polo opuesto del continuum, v. gr. para algunos jueces ciertos reactivos pertenecían a Aglutinamiento y para otros en forma negativa más claramente medían Desligamiento.

Después de analizar los resultados las pruebas estadísticas no demuestran los cambios de la estructura de una familia farmacodependiente antes y después del tratamiento. Sin embargo clínicamente sí se pudieron observar cambios importantes con la aplicación del tratamiento tanto en la estructura familiar como lo que es más importante en la remisión del síntoma farmacodependiente. Por lo tanto se pueden pensar en dos respuestas alternativas a este hecho, primero; que el instrumento utilizado no mide los cambios sino a grosso modo, es decir quizá falte una mejor redacción y afinamiento para cada reactivo del cuestionario para ser capaz de diferenciar los mínimos cambios que se presenten y así poder obtener resultados confiables estadísticamente. Como segunda respuesta alternativa sería que el

tiempo que transcurrió entre la primera y la segunda aplicación del instrumento no haya sido suficiente para que los cambios se manifestaran de manera muy evidente en todas las partes del sistema y lógicamente no hayan variado en mucho sus respuestas al contestar nuevamente el cuestionario.

Por otra parte en esta investigación solo se trabajó con las categorías primarias, por lo que para futuras investigaciones se sugiere trabajar con las diez secundarias para probar su eficiencia o como fue sugerido por algunos de los jueces para hacerlas parte de las primeras.

De igual forma es necesario que en futuros trabajos se considere una muestra experimental más amplia, de otras zonas geográficas, así como también el tiempo de evolución del padecimiento sea mayor a fin de poder evaluar si estas estructuras con niveles mayores de rigidez pueden ser evaluados con el cuestionario. Es pertinente señalar que los resultados de la prueba t indicaron una clara diferencia entre las familias sanas y aquellas que tienen una sintomatología farmacodependiente.

Se espera que en futuros trabajos de validez y de aplicación del instrumento a otras poblaciones se podrá tener una herramienta más

sensible y eficaz.

BIBLIOGRAFIA

ALEXANDER, B. DIBB, G "Opiate Addicts and their parents". Ed. Family Process. New York 1978 L

AMADOR, C.L. HIDALGO, H. M. ROCHA, S. A. "La Interacción Madre-Hijo Farmacodependiente Dentro del Sistema Familiar". U.N.A.M. Tesis de licenciatura México 1988. T

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. "DSM III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Ed. Masson. México 1987. L

BRISEÑO, J. Y MUÑOZ, P. "Influencia que ha tenido la Madre con Rasgos Sobreprotectores en niños de 8 a 11 años". Tesis UNAM México, D. F. 1981 T

CAMPBELL, D. STANLEY, J. "Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social". Amorrortu Ed., Buenos Aires Argentina 1982. L

CANCRINI, L. ET.AL. "Juvenile Drug Addiction. A Study on the Typology of Heroin Addicts and their Families". Artículo Inedito; Revisado en el curso "Entrenamiento Teórico y Clínico sobre Familias de Farmacodependientes". México, D.F. 1988. R

CEMEF-SEP. "Cómo identificar las Drogas y sus Usuarios". México, 1978. L

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL, A.C. "Guías Técnicas de Tratamiento". México D.F. 1983. L

----- "La Farmacodependencia y los Centros de Integración Juvenil". Documento Interno del Centro Local Norte. México, D.F. 1983. R

----- "La Terapia Familiar en Centros de Integración Juvenil". (Concentrado de Información) Documento Interno XV Curso Monográfico. México, D.F. 1986. M

----- "Características de las Familias con Pacientes Heroínómanos (Técnicos)" en Conclusiones del XV Curso Monográfico : Taller de Terapia Familiar. México D.F. 1986. M

----- "Conclusiones Generales del XV Curso Monográfico : Taller de Terapia Familiar". Documento Interno México, D.F. 1986. M

----- "Teoría de Sistemas". Documento proporcionado por la Universidad de las Américas para el XXI Curso Monográfico "Terapia Familiar". México D.F. 1981. Monog

CISNEROS, S. "Psicoterapia familiar con adictos a drogas". Trabajo inédito. XXI Curso Monográfico, CIJ 1987. dar

CLARAC, R.P. "Interrupción del Tratamiento por parte del Paciente Farmacodependiente Durante el Período 1981-1982" Centros de Integración Juvenil, A.C. 1983. L

CLEVELAND, M. "Families and Adolescent Drug Abuse: Structural Analysis of Children's Roles". Family Process 20: 295-304 September 1981. R

COPLANAR. "Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al año 2000". Siglo XXI Editores. Salud Vol. IV México, 1982. L

ESPARZA, L. ET. AL. "Detección temprana y atención oportuna de la farmacodependencia". CIJ Documento Interno 1985. flem

FERNANDEZ, C. REYES DEL O. P. "Características Generales de la Familia del Farmacodependiente". Compilación del VI Curso Monográfico de Terapia Familiar. Centros de Integración Juvenil A.C. México, D.F. 1984 pp 1-11. M

FENICHEL, O. "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis". Ed. Paidós. México, D.F. 1966 pp 421-429. L

FISHMAN, CH. STANTON, D. ROSMAN, B. "Tratamiento de Familias de Adolescentes Farmacodependientes"; en Stanton, Todd "The Family Therapy of Drog Abuse and Addiction". Ed. Guilford Pres. New York 1982. V

FRAMROSE, R. "From Structure to Strategy with The Families of Solvent Abusers". Journal of Family Therapy. Vol. 4 No. 1 Feb. 1982 pp 43-59. ←

HALEY, J. "Terapia para Resolver Problemas". Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina 1977. V

HOFFMAN, L. "Fundamentos de la Terapia Familiar". Ed. Fondo de Cultura Económica. México D.F. 1987. L

JACKSON, D.D. "Comunicación, Familia y Matrimonio". Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina 1977. L

KAUFMAN, E. "Family Structures of Narcotic Addicts". The International Journal of the Addictions, 10 (2), pp.273-282. 1981. R

KLAGSBRUN, M. DAVIS, D.I. "Substance Abuse and Family Interaction". Family Process 16: 149-173 1977. R

LAINO, R. ET.AL. "Percepción Interpersonal". Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina 1978. L

LEVINE, B. "Adolescent Substance Abuse: Toward an Integration of Family Systems and Individual Adaptation Theories". The American Journal of Family Therapy, Vol.13 No.2 pp.3-16. 1985. R

MALDONADO, I. TROYA, E. "Porqué Elegimos el Modelo Estructural"

Trabajo desarrollado para el Taller de Familias en AMPAG. pp
1-43. Harón

MILTON, S.G. "Estadística Simplificada para Psicólogos y
Educadores". Ed. Manual Moderno, México D.F. 1970. L

MINUCHIN, S. "Familias y Terapia Familiar". Ed. Gedisa Barcelona
España 1979 2a. Edición. L

----- "Construcción de una Realidad Terapéutica". en Kauffman, E.
"Traducción realizada por Centros de Integración Juvenil.
pp 1-27. L

----- FISHMAN, H. "Técnicas de Terapia Familiar". Ed. Paidós
México, D.F. 1984. L

ORTIZ, R. SANCHEZ, R. "Panorama Epidemiológico de la
Farmacodependencia en America del Sur". CIJ México D.F. 1984. L

----- "Visión Epidemiológica sobre la Farmacodependencia en
Centro América y El Caribe. (Investigación Documental)". CIJ
México D.F. 1984. m.c.c

PEROSA, L. M. "The Development of a Questionnaire to Measure Minuchin's Structural Family Concepts and The Application of His Psychosomatic Family". A dissertation submitted for the Degree of Doctor of Philosophy. State University of New York at Buffalo U.S.A. 1980. T

----- "Development of The Structural Family Interaction Scale". Family Therapy. Vol. 8 No. 2 1981. R

PONCE, B. M. MEDINA, M. "Evolución Histórica del Concepto de Farmacodependencia". Documento Interno de Centros de Integración Juvenil A.C. 1986. Hec.

RAMON, E. SANCHEZ, R. "Incidencia de Farmacodependencia en el Area Metropolitana de la Ciudad de México". CIJ México D.F. 1983. Hec.

REYES, I. ET.AL. "Consideraciones acerca de la Estandarización de Pruebas a Latinoamérica, con ilustraciones de la Adaptación del WISC a México". Aportaciones de la Psicología a la Investigación Transcultural. Memorias del X Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología. Ed. Trillas pp.410-417 México 1987. L

ROCHKOVSKI, E. O. "Alcances y Limitaciones de la Terapia a una Familia en la que un Miembro no Asiste a las Sesiones" U.N.A.M. Tesis de Maestría, México, D.F. 1985. T

SAN MARTIN, H. "Salud y Enfermedad". La Prensa Médica Mexicana. México, D.F. 1981. L

SANCHEZ, H. R. RAMON, T. E. "Incidencia de Farmacodependencia en Ciudades de Provincia de la República Mexicana. Centros de Integración Juvenil A.C. 1985. MOC.

STANTON, M. D. "The Addicts as Savior: Heroin, Death, and the Family". Family Process 16: 191-198. June 1977. R

----- ET.AL. "Heroin Addictions as family Phenomenon: A New Conceptual Model". American Journal of Droug and Alcohol Abuse. Vol.15. 1978. R

----- "Drugs and The Family: A Review of The Literature". in Marriage and Family Review. Vol. 2: 1 1979 pp 1-10. R

----- "Family Treatment Approches to Droug Abuse Problems: A Review". Family Process 18:251-280. 1979. R

SULLIVAN, H. "La Entrevista Psiquiátrica". Ed. Psique Buenos Aires
Argentina. 1971. L

TODD, T. C. "Structural Family Therapy with Drug Abusers" en
Kauffman, E. "Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse" Cap.
IV New York 1979. R

UMBARGER, C. "Terapia Familiar Estructural". Ed. Amorrortu Buenos
Aires, Argentina 1983. L

VEGA, L. MANZANEDO, G. "Bases Esenciales de la Salud Pública". La
Prensa Médica Mexicana, 1977. L

VILLAGOMEZ, Y. "Salud, Desarrollo Urbano y Toxicomanía". Documento
Interno de Centros de Integración Juvenil A.C. México, D.F.
1986. H.o.c.

ANEXO 1

**CUESTIONARIO
ORIGINAL**

STRUCTURAL FAMILY INTERACTION PATTERNS

NAME _____

Please circle: Mother
Father
Child

Fill in: Age _____ Sex _____
Birthday _____ Grade _____

DIRECTIONS: Below are 88 statements describing family interaction patterns. For each statement choose which of the following is most characteristic of that statement as it describes your family.

- A - Very true of our family
- B - More true than false
- C - More false than true
- D - Very false

Please circle your answers.

- | | Very
True | More
True
Than
False | More
False
Than
True | Very
False |
|---|--------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------|
| 1. At home we go out of our way to constantly do things for each other. | A | B | C | D |
| 2. Parents rarely become openly angry at each other. | A | B | C | D |
| 3. Two people avoid a conflict by giving attention to someone else in the family. | A | B | C | D |
| 4. Father does not react when children need help or support. | A | B | C | D |
| 5. In our family parents seldom let children do things for themselves. | A | B | C | D |
| 6. When one family member tries to bring up an issue the other member puts off discussing it by saying "let's talk about it later". | A | B | C | D |
| 7. Parents and children compromise | | | | |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| when differences occur between them. | A | B | C | D |
| 8. Family members seem to "pair off" in the same way around issues in discussions or fights. | A | B | C | D |
| 9. In our family disagreements between two members are resolved by those two people without bringing in the other members. | A | B | C | D |
| 10. Parents and children can't resolve differences; they just end up yelling at each other. | A | B | C | D |
| 11. It's hard for a child not to get involved in disagreement between parents in our family. | A | B | C | D |
| 12. Mother is very careful about protecting children. | A | B | C | D |
| 13. Family members are flexible in who they agree with our side within family discussions and arguments. | A | B | C | D |
| 14. In our family we don't have a sense of "togetherness". | A | B | C | D |
| 15. Family members are careful about bringing up touchy topics with each other in our home. | A | B | C | D |
| 16. Parents make it clear to the children there are limits to how far they can bend the rules. | A | B | C | D |
| 17. It's easy for parents and children to resolve their differences fairly. | A | B | C | D |
| 18. Parents don't pay any attention to their children in our family. | A | B | C | D |

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 19. In our family there is consistent support between one parent and a child against the other parent on issues. | A | B | C | D |
| 20. When parents and children try to bring up issues with each other someone avoids talking about it by saying, "let's discuss it later". | A | B | C | D |
| 21. We are a "close" family. | A | B | C | D |
| 22. Father always directs children in exactly how to do a task. | A | B | C | D |
| 23. One person is chiefly responsible for all our conflicts. | A | B | C | D |
| 24. Parents are very careful about protecting children. | A | B | C | D |
| 25. In our family people threaten to hit or leave when someone raises an issue. | A | B | C | D |
| 26. There are "favorites" in our family. | A | B | C | D |
| 27. Mother seldom pays any attention to the children in our family. | A | B | C | D |
| 28. Even though we have different viewpoints we can get along without arguments in our home. | A | B | C | D |
| 29. When parents disagree over something they try to get a child to take sides | A | B | C | D |
| 30. Rules are pretty flexible in our house. | A | B | C | D |
| 31. In our family people sometimes feel "cut off" from each other. | A | B | C | D |
| 32. Family members won't talk over disagreements with each other. | A | B | C | D |
| 33. Family members have an equal say in | | | | |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| making many family decisions in our house. | A | B | C | D |
| 34. In our family the children come second. | A | B | C | D |
| 35. Father is anxious about protecting children. | A | B | C | D |
| 36. In our family children feel they can get a rule changed by getting one parent to side with them against the other parent . | A | B | C | D |
| 37. When someone is hurting in our family the others feel like crying too. | A | B | C | D |
| 38. Sometimes when two people have a conflict in our home they blame some other family member. | A | B | C | D |
| 39. Parents and children seldom lose their tempers with each other. | A | B | C | D |
| 40. Parents are afraid to let children make mistakes in our family. | A | B | C | D |
| 41. In our family people settle their differences by hitting or shoving. | A | B | C | D |
| 42. During a family argument certain members can always count on the same person's support against another member. | A | B | C | D |
| 43. Father seldom looks after or gives attention to children in our home. | A | B | C | D |
| 44. In our family it's easy to talk over our differences and settle them fairly. | A | B | C | D |
| 45. When parents disagree about an issue they sometime make a child feel "caught in the middle". | A | B | C | D |
| 46. We can adjust well to new situations in our family. | A | B | C | D |

47. We spend very little time together in our family. A B C D
48. Even when one person says something angrily others will not argue back in our family. A B C D
49. Parents usually compromise with each other to settle their differences. A B C D
50. No one seems to be "in charge" in our family. A B C D
51. Often times family members don't believe you when you tell them you are sick. A B C D
52. In our home children get their way by getting the help of one parent against the other. A B C D
53. Parents can't talk over their differences without just shouting at each other. A B C D
54. When someone in our family gets hurt or upset we all react. A B C D
55. Two people avoid a fight by blaming someone else in the family. A B C D
56. In our family parents tell children exactly how to do their work. A B C D
57. In our family we can't sit and talk over our differences; we just end up yelling and screaming. A B C D
58. It's hard to break family routine without hurting or angering someone in our family. A B C D
59. In our family we compromise to settle our disagreements. A B C D

60. A child is sometimes trapped in the middle when parents are having an argument. A B C D
61. As children grow older they are given more freedom and responsibility without having to fight for them in our house. A B C D
62. Mother is afraid to chance letting children make mistakes. A B C D
63. There is very little concern for each other in our family. A B C D
64. In our family, we rarely become openly angry at each other. A B C D
65. In our family parents support each other in making and enforcing rules. A B C D
66. In our family parents believe a good parent lets children learn the hard way about life. A B C D
67. A child is able to get more attention or support from one parent rather than the other. A B C D
68. There is a strong sense of loyalty in our family. A B C D
69. Parents won't talk each other disagreements with each other. A B C D
70. There is a one child who gets blamed for most of the problems in our family. A B C D
71. A child frequently complains of being babied in our family.. A B C D
72. We seem to be fighting about the same thing again and again at home. A B C D
73. Parents and children try to avoid

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| bringing up touchy topics with each other. | A | B | C | D |
| 74. You can predict which two or three people are going to "Clash" over an issue in our family. | A | B | C | D |
| 75. We can have disagreements without hurting each others feelings in our family. | A | B | C | D |
| 76. Mother doesn't respond when children need help or support. | A | B | C | D |
| 77. A child sometimes feels it is necessary to choose a side when parents have a disagreement. | A | B | C | D |
| 78. If we feel like doing something on the spur of the moment our family just packs up and goes. | A | B | C | D |
| 79. People sometimes feel alone in our family. | A | B | C | D |
| 80. In our family we hardly ever lose our tempers. | A | B | C | D |
| 81. It's easy for parents to talk over their differences and settle things. | A | B | C | D |
| 82. In our family parents support each other in making decisions. | A | B | C | D |
| 83. Parents don't respond when children need help or support. | A | B | C | D |
| 84. In our family one parent and one child have a special relationship. | A | B | C | D |

89. When a parent tries to bring up an issue with the other parent that parent puts off discussing it by saying, "I'm too busy to talk now".

A B C D

ANEXO 2

TRADUCCION
DEL CUESTIONARIO

PATRONES DE INTERACCION FAMILIAR

NOMBRE _____

SEXO M () F ()

EDAD _____

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA _____

PADRE ()

MADRE ()

HIJOS () LUGAR QUE OCUPA ()

OTRO () CUAL _____

INSTRUCCIONES

LAS SIGUIENTES SON ORACIONES QUE DESCRIBEN LAS FORMAS EN QUE LA GENTE SE RELACIONA CON SU FAMILIA. PARA CADA ORACION ELIJA LA RESPUESTA QUE DESCRIBA CUAL ES SU CASO EN PARTICULAR Y MARQUE CON UNA (X) SU RESPUESTA.

EJEMPLO:

	MUY VERDA- DERO	MAS VERDA- DERO QUE FALSO	MAS FALSO QUE VERDA- DERO	MUY FALSO
	A	B	C	D
En casa hay acuerdo general en todo lo que se hace.				

	MUY VERDA- DERO	MAS VERDA- DERO QUE FALSO	MAS FALSO QUE VERDA- DERO	MUY FALSO
	A	B	C	D
1. En casa constantemente hacemos a un lado nuestras actividades personales para ayudarnos mutuamente.				
2. Nuestros padres rara vez muestran abiertamente que están enojados entre ellos.				

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 3. En la familia dos personas evitan un conflicto prestando atención a una tercera. | A | B | C | D |
| 4. El padre no reacciona cuando los niños necesitan ayuda o apoyo. | A | B | C | D |
| 5. En nuestra familia rara vez se deja que los hijos hagan las cosas por ellos mismos. | A | B | C | D |
| 6. Cuando un miembro de la familia quiere tratar algún tema, otro de ellos hace a un lado la discusión diciendo "hablamos de eso más tarde". | A | B | C | D |
| 7. Padres e hijos llegan a un acuerdo cuando existen diferencias entre ellos. | A | B | C | D |
| 8. En la familia parecen formarse bandos cuando hay discusiones o peleas. | A | B | C | D |
| 9. En nuestra familia los desacuerdos entre dos miembros los resuelven entre ellos sin que intervengan los demás. | A | B | C | D |
| 10. Padres e hijos no pueden resolver sus diferencias; siempre acaban pegándose de gritos. | A | B | C | D |
| 11. En nuestra familia es difícil que un hijo no se involucre en los desacuerdos entre sus padres. | A | B | C | D |
| 12. Mamá tiene mucho cuidado de proteger a sus hijos. | A | B | C | D |
| 13. Los miembros de la familia son flexibles en cuanto a tomar partido cuando hay discusiones en la familia. | A | B | C | D |
| 14. En nuestra familia no tenemos un | | | | |

sentimiento de unidad.	A	B	C	D
15. En nuestro hogar los miembros de la familia evitan tratar temas delicados entre ellos.	A	B	C	D
16. Los padres indican claramente a los niños que tanto se pueden desobedecer las reglas.	A	B	C	D
17. Entre padres e hijos es fácil resolver sus diferencias de una manera justa.	A	B	C	D
18. En nuestra familia los padres no prestan ninguna atención a los hijos.	A	B	C	D
19. En nuestra familia sistemáticamente uno de los padres se alía con uno de los hijos en contra del otro padre.	A	B	C	D
20. Cuando padres e hijos quieren tratar algún asunto entre ellos, alguien evita esta discusión diciendo "hablemos de ello más tarde".	A	B	C	D
21. Somos una familia "cerrada" sobre ella misma.	A	B	C	D
22. Papá siempre dice a los hijos exactamente como deben hacer una tarea o trabajo.	A	B	C	D
23. Hay una persona que es en gran parte responsable de todos nuestros conflictos.	A	B	C	D
24. Los padres son muy cuidadosos para proteger a sus hijos.	A	B	C	D

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 25. Cuando se tratan asuntos difíciles en nuestra familia hay amenazas de golpes o de abandonar el hogar. | A | B | C | D |
| 26. En nuestra familia hay "consentidos". | A | B | C | D |
| 27. En nuestra familia mamá rara vez pone atención a los hijos. | A | B | C | D |
| 28. En nuestro hogar a pesar de que existen diferentes puntos de vista, podemos entendernos sin discusiones. | A | B | C | D |
| 29. Cuando los padres tienen desacuerdos tratan de que uno de los hijos tome partido. | A | B | C | D |
| 30. En nuestro hogar las reglas son bastante flexibles. | A | B | C | D |
| 31. En nuestra familia nos sentimos algunas veces alejados unos de los otros. | A | B | C | D |
| 32. Los miembros de la familia no hablan entre sí de sus desacuerdos. | A | B | C | D |
| 33. La mayor parte de las veces en nuestra familia se toma en cuenta a todos al hacer muchas de nuestras decisiones. | A | B | C | D |
| 34. En nuestra familia los niños ocupan un segundo lugar. | A | B | C | D |
| 35. Papá se preocupa mucho por proteger a los hijos. | A | B | C | D |
| 36. En nuestra familia los hijos sienten que pueden hacer que las reglas cambien si logran que uno de los padres se alie con ellos contra el otro padre. | A | B | C | D |
| 37. Cuando alguien de nuestra familia | | | | |

sufre, los otros sienten ganas de llorar.	A	B	C	D
38. A veces en nuestro hogar cuando dos personas tienen un conflicto le echan la culpa a algún otro miembro de la familia.	A	B	C	D
39. Los padres y los hijos rara vez se enojan entre ellos.	A	B	C	D
40. En nuestra familia los padres tienen miedo de dejar que los hijos cometan errores.	A	B	C	D
41. En nuestra familia se arreglan las diferencias mediante golpes o empujones.	A	B	C	D
42. Cuando hay discusiones en la familia algunos miembros siempre pueden contar con el apoyo de la misma persona contra otro de los miembros.	A	B	C	D
43. En nuestro hogar el padre casi nunca cuida a los hijos o les presta atención.	A	B	C	D
44. En nuestra familia es fácil hablar de nuestras diferencias y llegar a un arreglo justo.	A	B	C	D
45. Cuando los padres tienen un desacuerdo sobre algún tema hacen que un hijo se sienta entre la espada y la pared.	A	B	C	D
46. En nuestra familia nos podemos adaptar a situaciones nuevas.	A	B	C	D
47. En nuestra familia pasamos muy poco tiempo juntos.	A	B	C	D

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 48. En nuestra familia aun cuando uno de nosotros diga algo con enojo, los otros no responden de la misma manera. | A | B | C | D |
| 49. Los padres generalmente llegan a un acuerdo entre ellos para solucionar sus diferencias. | A | B | C | D |
| 50. En nuestra familia nadie parece estar al frente de las cosas. | A | B | C | D |
| 51. Con frecuencia los miembros de la familia no te creen cuando les dices que estás enfermo. | A | B | C | D |
| 52. En nuestro hogar los hijos se salen con la suya logrando el apoyo de un padre contra el otro. | A | B | C | D |
| 53. Los padres no pueden arreglar sus diferencias sin gritarse. | A | B | C | D |
| 54. Cuando a alguien en nuestra familia lo lastiman o se siente molesto todos reaccionamos. | A | B | C | D |
| 55. Dos personas evitan una pelea echandole la culpa a alguien mas en la familia. | A | B | C | D |
| 56. En nuestra familia los padres dicen a sus hijos exactamente como hacer su trabajo. | A | B | C | D |
| 57. En nuestra familia no podemos sentarnos a solucionar diferencias, siempre acabamos gritandonos. | A | B | C | D |
| 58. En nuestra familia es difícil salir de la rutina sin que alguien se sienta lastimado o enojado. | A | B | C | D |

59. En nuestra familia llegamos a arreglos para solucionar nuestros desacuerdos. A B C D
60. A veces cuando los padres discuten uno de los hijos queda atrapado entre ellos. A B C D
61. En nuestra casa a medida que los hijos crecen se les da mas libertad y responsabilidad sin que tengan que luchar por ellas. A B C D
62. Mamá tiene miedo de arriesgarse a dejar que los hijos cometan errores. A B C D
63. En nuestra familia nos preocupamos muy poco los unos por los otros. A B C D
64. En nuestra familia casi nunca nos enojamos abiertamente entre nosotros. A B C D
65. En nuestra familia los padres se apoyan mutuamente al establecer y hacer cumplir las reglas. A B C D
66. En nuestra familia los padres creen que un buen padre deja que los hijos aprendan el lado difícil de la vida. A B C D
67. Un hijo puede lograr mas facilmente la atención y el apoyo de uno de los padres que del otro. A B C D
68. En nuestra familia hay un fuerte sentimiento de lealtad. A B C D
69. Los padres hablan entre ellos de sus desacuerdos. A B C D
70. En nuestra familia se le echa la culpa de la mayor parte de los problemas a uno de los hijos. A B C D

71. En nuestra familia uno de los hijos frecuentemente se queja de ser tratado como bebé. A B C D
72. Parece que en casa peleamos por lo mismo una y otra vez. A B C D
73. Los padres y los hijos evitan tratar temas delicados entre ellos. A B C D
74. Se puede predecir en nuestra familia que dos o tres personas van a tener un enfrentamiento sobre algún tema. A B C D
75. En nuestra familia podemos tener desacuerdos sin lastimar nuestros sentimientos. A B C D
76. Mamá no da ayuda o apoyo cuando los hijos lo necesitan. A B C D
77. A veces los hijos sienten que es necesario tomar partido cuando los padres tienen un desacuerdo. A B C D
78. Si de pronto sentimos el impulso de hacer algo juntos, todos "jalamos parejo". A B C D
79. En nuestra familia a veces nos sentimos solos. A B C D
80. En nuestra familia casi nunca "perdemos los estribos". A B C D
81. Es fácil para los padres arreglar sus diferencias entre ellos. A B C D
82. En nuestra familia se apoyan mutuamente al tomar decisiones. A B C D
83. Los padres no responden cuando los hijos necesitan ayuda o apoyo. A B C D

84. En nuestra familia hay una relación especial entre uno de los padres y uno de los hijos. A B C D
85. Cuando uno de los padres trata de abordar un tema con el otro padre, ese padre hace a un lado la discusión diciendo "estoy demasiado ocupado para hablar de eso ahorita". A B C D

ANEXO 3

**INSTRUCCIONES Y
DEFINICION DE CONCEPTOS**

INSTRUCCIONES Y DEFINICION DE CONCEPTOS

ENTREGADOS A LOS JUECES

INSTRUCCIONES:

"El siguiente paquete de tarjetas contiene afirmaciones que pretenden medir los patrones de interacción de la estructura familiar. Después de leer las definiciones de cada concepto, observe los enunciados de cada tarjeta y apile en diferentes montones aquellas que a su juicio sean afirmaciones que se refieran a cada una de las categorías señaladas.

Si existe alguna afirmación que a su juicio no se refiera a ninguna de las categorías anteriores, o se refiera a más de una, por favor colóquelas en una pila aparte y diga al encuestador por qué piensa usted de esa manera. Por último, si a su juicio considera que existe falta de claridad en la pregunta, por favor marque la tarjeta o indique como debería ser formulada".

DEFINICION DE CONCEPTOS:

AGLUTINAMIENTO - DESLIGAMIENTO

a. AGLUTINAMIENTO:

- Existe un alto grado de responsabilidad e involucramiento entre los miembros de la familia.
- Los miembros de la familia interrumpen conversaciones y pueden terminar la idea de otro o leer la mente del otro.
- Los límites están invadidos en nombre de "nosotros" y de "compartamos" de manera que no hay privacidad.
- Los hijos pueden tomar roles parentales inapropiadamente.
- Al hacer quehaceres o actividades juntos un hijo puede dirigir, manejar o guiar al (los) padres.
- Los miembros de la familia se comunican por mediación de un tercero bloqueando así la comunicación directa.
- Los padres tienden a tener una reacción intensa cuando algún hijo no come o sale a la calle.

b. DESLIGAMIENTO:

- Existe una ausencia o falta de responsabilidad e involucramiento entre los miembros.
- Los miembros no tienen un sentido de pertenencia o lealtad hacia la familia.
- Los padres no se sienten preocupados cuando un hijo esta enfermo o triste.

RIGIDEZ - FLEXIBILIDAD

a. RIGIDEZ:

- No existe posibilidad de cambio ni espontaneidad.
- Las alianzas entre algunos miembros contra otro no cambia.
- Al tomar decisiones o elegir algo, algunos miembros pueden consistentemente depender o apoyarse en uno u otros miembros.
- Si algún miembro cambia su posición u opinión sobre algún tema los otros cambiaran en la misma dirección.

b. FLEXIBILIDAD:

- Lo opuesto a lo anterior.

SOBREPROTECCION - RECHAZO

a. SOBREPROTECCION:

- Las respuestas de protección y educación están constantemente presentes y disponibles, por ejem.: "Cuidenme".
- Solicitudes de ayuda o que se relacionan con la salud tales como "no me siento bien o no puedo hacerlo solo" dominan las conversaciones.
- Los hijos no sienten crecer, ser independientes, responsables y competentes, ni los padres los ven de esta manera.

b. RECHAZO:

- Lo opuesto a lo anterior.

EVITACION DE CONFLICTO - RESOLUCION DE CONFLICTO

a. EVITACION DE CONFLICTO:

- Los miembros de la familia niegan que exista algún desacuerdo o pelea.
- Temas o áreas de desacuerdo no están claros.
- Si un miembro expresa algún reclamo "siempre me estás regañando" la respuesta del otro será evitar una negociación o resolución tal como "estoy muy ocupado para hablar de eso ahora".
- Los miembros nunca se sienten libres de expresar coraje o desacuerdo sobre una amplia variedad de temas.

b. EXPRESION DE CONFLICTO SIN RESOLUCION:

- Los miembros pelean y expresan su coraje pero de tal forma que no conducen a una resolución satisfactoria.

c. RESOLUCION DE CONFLICTO:

- Los miembros reconocen qué conductas enojan a los demás y realizan negociaciones que llevan a una clara resolución.

- El conflicto y/o coraje son expresados directamente y son resueltos mediante un acuerdo satisfactorio.

ALIANZAS

a. MANEJO DE LOS PADRES:

- Los padres se apoyan uno al otro en el manejo de la familiaal tomar decisiones o realizar tareas. Efectivamente conducen o guían a los hijos. Aún cuando entre ellos existan desacuerdos no involucran a los hijos forzandolos a tomar roles parentales. Los límites entre padres e hijos se mantienen.

b. TRIANGULACION:

- El subsistema parental se encuentra dividido; al existir alguna diferencia entre ellos presionan a algún hijo a ponerse del lado de un padre contra el otro. El hijo se siente entre la espada y la pared.

c. COALICION PADRE - HIJO:

- Existe una división entre los padres y el hijo entra en una

alianza estable con un padre contra el otro.

d. RODEO:

- El padre y la madre están unidos y evitan sus conflictos protegiendo o culpando a un hijo, el cual es definido como el único problema familiar.

ANEXO 4

**TABLAS DE CORRELACIONES
MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR**

TABLA DE MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR

ESCALAS	GRUPO TESTIGO		GRUPO PRETEST	
	MEDIAS	DESV	MEDIAS	DESV
AGLUTINAMIENTO	14,30	2,09	13,56	3,02
DESLIGAMIENTO	8,85	3,20	12,86	3,74
SOBREPROTECCION	13,55	2,69	14,38	3,07
RECHAZO	9,80	2,15	11,07	2,77
FLEXIBILIDAD	14,10	2,65	13,73	3,18
RIGIDEZ	9,27	3,42	11,47	2,87
EVITACION DE CONFLICTO	11,91	2,45	12,29	2,88
RESOLUCION DE CONFLICTO	14,96	3,11	12,63	3,56
CONFLICTO MANIFIESTO SIN SOLUCION	8,63	3,11	12,49	4,27
MANEJO DE AUTORIDAD DE LOS PADRES	14,05	2,81	12,76	3,21
TRIANGULACION	9,33	2,97	11,52	3,55
COALICION	8,20	3,14	11,13	3,72
RODEO	10,21	2,83	11,96	3,35

TABLA DE CORRELACIONES PARA LOS GRUPOS TESTIGO Y PRETEST

GRUPO TESTIGO

AGLUTINAMIENTO	AGLUT	1,000												
DESLIGAMIENTO	DESL	-0,254	1,000											
SOBREPROTECCION	SOBREP	0,171	0,024	1,000										
RECHAZO	RECH	-0,048	0,247	0,008	1,000									
FLEXIBILIDAD	FLEX	0,368	-0,274	0,225	0,003	1,000								
RIGIDEZ	RIGI	-0,007	0,473	0,244	0,298	-0,031	1,000							
EVITACION/CONFLICTO	E CONF	0,334	-0,001	0,229	-0,012	0,272	-0,094	1,000						
RESOLUCION/CONFLICTO	R CONF	0,281	-0,407	0,004	0,020	0,355	-0,374	0,325	1,000					
CONFLICTO MANIFIESTO S/SOLUCION	CONF S/S	-0,230	0,544	0,142	0,224	-0,292	0,565	-0,230	-0,538	1,000				
MANEJO DE AUTORIDAD-PADRES	AUTO	0,337	-0,265	0,239	0,122	0,321	-0,042	0,269	0,446	-0,287	1,000			
TRIANGULACION	TRIANG	0,052	0,216	0,271	0,168	-0,033	0,432	0,019	-0,104	0,318	0,003	1,000		
COALICION	COAL	-0,076	0,482	0,137	0,239	-0,134	0,539	-0,024	-0,243	0,515	0,018	0,435	1,000	
RODEO	RODEO	-0,057	0,262	0,240	-0,027	-0,034	0,410	-0,027	-0,391	0,528	-0,176	0,196	0,398	1,000
			AGLUT	DESL	SOBREP	RECH	FLEX	RIGI	E CONF	R CONF	CONF S/S	AUTO	TRIANG	COAL

TABLA DE CORRELACIONES PARA LOS GRUPOS TESTIGO Y PRETEST

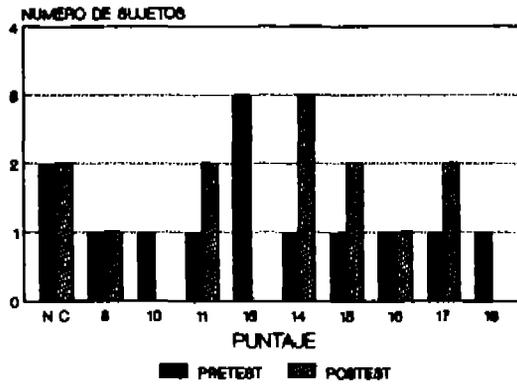
GRUPO PRETEST

AGLUTINAMIENTO	AGLUT	1,000												
DESLIGAMIENTO	DESL	0,004	1,000											
SOBREPOTECCION	SOBREP	0,283	0,191	1,000										
RECHAZO	RECH	0,223	0,390	0,212	1,000									
FLEXIBILIDAD	FLEX	0,366	-0,063	0,336	0,009	1,000								
RIGIDEZ	RIGI	0,007	0,528	0,207	0,424	-0,032	1,000							
EVITACION/CONFLICTO	E CONF	0,345	0,212	0,198	0,262	0,193	0,188	1,000						
RESOLUCION/CONFLICTO	R CONF	0,450	-0,272	0,244	-0,126	0,372	-0,098	0,268	1,000					
CONFLICTO MANIFIESTO S/SOLUCION	CONF S/S	0,022	0,598	0,342	0,474	-0,003	0,575	0,148	-0,325	1,000				
MANEJO DE AUTORIDAD-PADRES	AUTO	0,371	-0,163	0,382	0,094	0,506	-0,025	0,204	0,623	-0,073	1,000			
TRIANGULACION	TRIAN	0,470	0,262	0,349	0,385	0,122	0,325	0,338	0,125	0,423	0,100	1,000		
COALICION	COAL	0,010	0,266	0,305	0,430	0,097	0,513	0,270	-0,052	0,545	0,052	0,367	1,000	
RODEO	RODEO	0,212	0,251	0,459	0,356	0,171	0,471	0,320	0,018	0,567	0,012	0,415	0,527	1,000
		AGLUT	DESL	SOBREP	RECH	FLEX	RIGI	E CONF	R CONF	CONF S/S	AUTO	TRIAN	COAL	

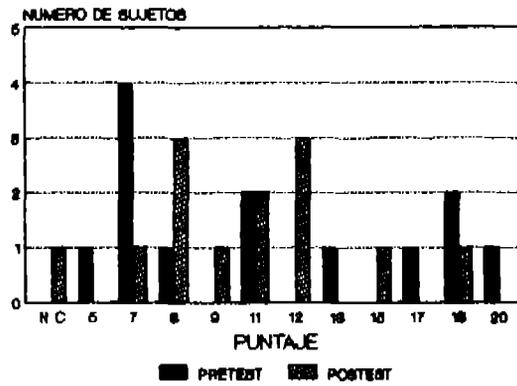
ANEXO 5

**GRAFICAS DE COMPARACION ENTRE LOS
GRUPOS PRETEST Y POSTEST
POR CATEGORIA**

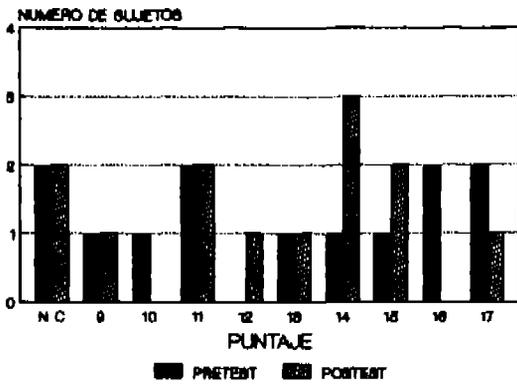
AGLUTINAMIENTO



DESLIGAMIENTO

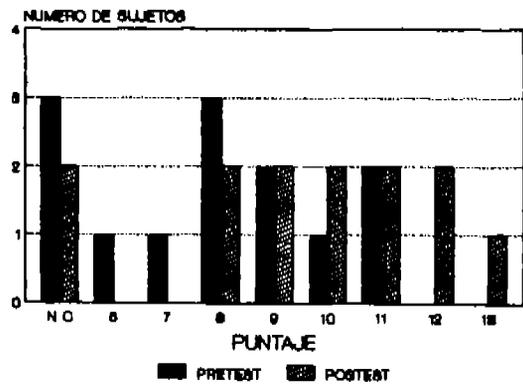


SOBREPROTECCION



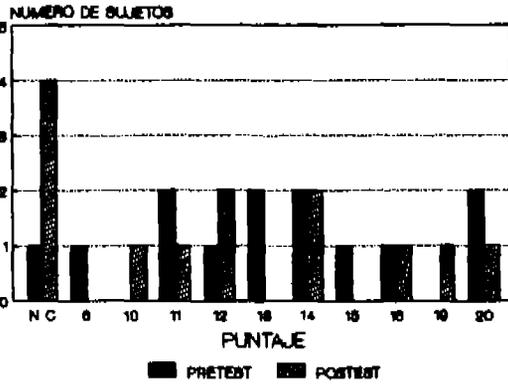
N.C. = NO CONTESTO

RECHAZO



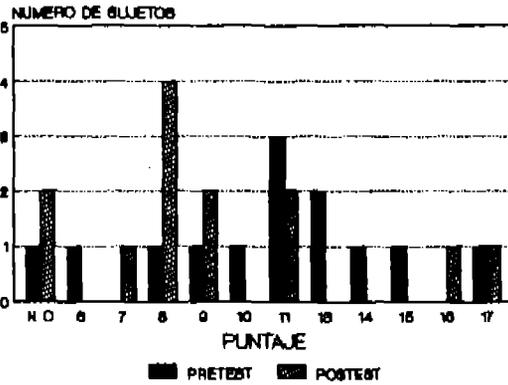
N.C. = NO CONTESTO

FLEXIBILIDAD



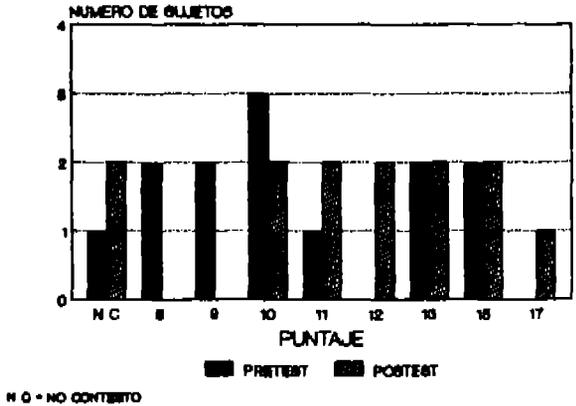
N.C. = NO CONTIENE

RIGIDEZ

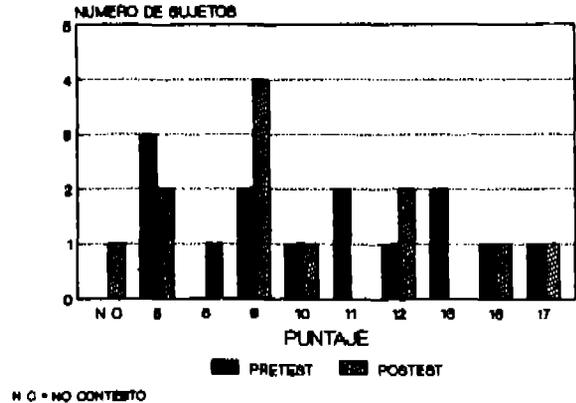


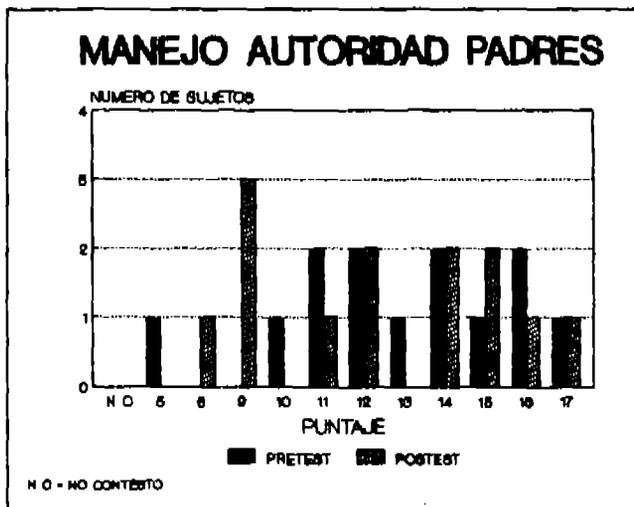
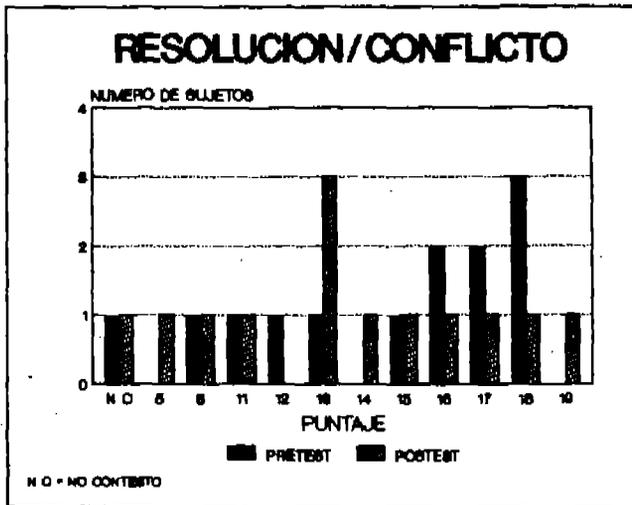
N.C. = NO CONTIENE

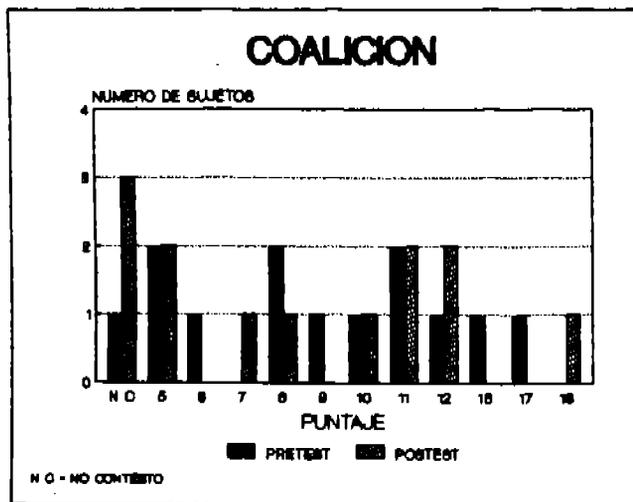
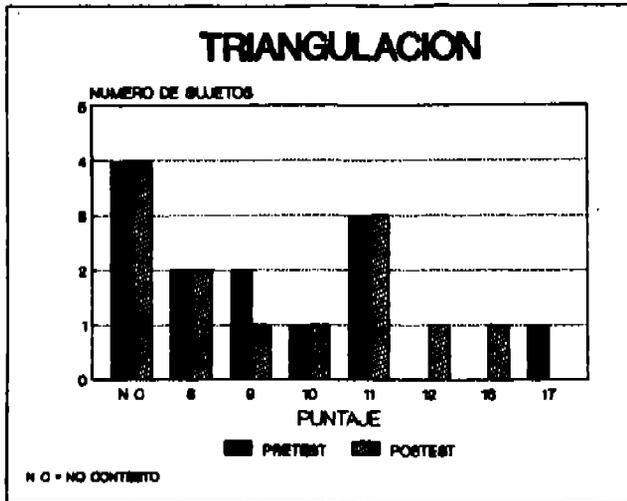
EVITACION/CONFLICTO



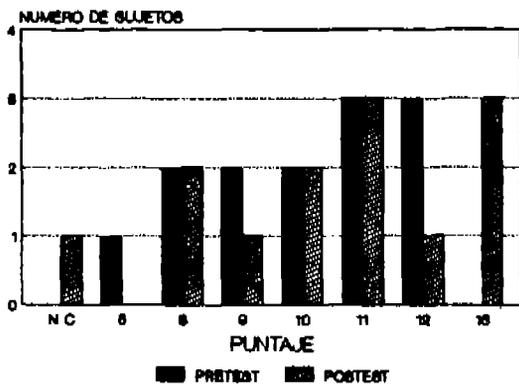
CONFLICTO MANIFIESTO S/S







RODEO



N.C. = NO CONTESTO