



**UNIVERSIDAD SALESIANA**

---

---

INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

LA RELACION ENTRE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES  
(CONSUMIDORES DE COCAINA) Y SU HISTORIA FAMILIAR

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A

**MONTERRAT GUADALUPE CAMACHO BESOY**

DIRECTOR DE LICENCIATURA Y ASESOR DE TESIS:  
LICENCIADO FRANCISCO OCHOA BAUTISTA

MEXICO, D.F.

2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**UNIVERSIDAD SALESIANA**

**LA RELACIÓN ENTRE PACIENTES  
FARMACODEPENDIENTES (CONSUMIDORES  
DE COCAÍNA) Y SU HISTORIA FAMILIAR.**

**MONTSERRAT GUADALUPE CAMACHO BESOY.**

**DIRECTOR DE CARRERA Y ASESOR DE TESIS: LIC. FRANCISCO OCHOA  
BAUTISTA.**

# INDICE

## **Introducción**

## **Capítulo I FARMACODEPENDENCIA**

1.1 Definición.....	1
1.2 Características de la Farmacodependencia.....	5
1.3 Clasificación de las drogas.....	6
1.4 Tipo de Adicciones.....	6
1.5 Consecuencias.....	8

## **Capitulo II COCAÍNA**

2.1 Antecedentes.....	11
2.2 Efectos.....	13
2.3 Complicaciones médicas.....	15

## **Capítulo III IMPORTANCIA DE LA FAMILIA**

3.1 Familia.....	17
3.2 Desarrollo Familiar.....	19
3.3 Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación.....	21
3.4 Tipos de Comunicación.....	27
3.5. Tipos de Familias.....	30

3.6 Roles en familia.....	32
3.7 Aportes del psicoanálisis.....	33
3.8 Familia y Farmacodependencia.....	35

## **Capítulo IV METODOLOGÍA**

5.1 Justificación.....	38
5.2 Planteamiento del problema.....	39
5.3 Hipótesis.....	39
5.4 Tipo de Investigación.....	40
5.5 Procedimiento e Instrumentos.....	41

## **Capítulo V PRESENTACIÓN DE CASOS**

6.1 Caso Silvia.....	43
6.2 Caso Maribel.....	49
6.3 Caso Sergio.....	54

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	59
---------------------------	----

CONCLUSIONES.....	67
-------------------	----

GLOSARIO.....	70
---------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72
---------------------------------	----

# INTRODUCCIÓN

Muchos de los aspectos relacionados con la farmacodependencia han ido ganando terreno en los referentes de la vida diaria de casi todas las personas, hoy es más común escuchar la palabra droga.

Esta tendencia no muestra intención de cambiar; por el contrario, quizá dentro de poco tiempo se escuche en lugares donde antes resultaba muy raro mencionarla. Por eso, la mejor forma de evitar que las drogas se conviertan en un problema personal o familiar es, en principio, estar bien informados sobre el tema.

Es por ello que en esta tesis hago mención de los factores más importantes relacionados, con el fenómeno de farmacodependencia, así como la relación que existe entre este fenómeno y la familia.

La pregunta central que articula el contenido de la presente tesis, se formuló de la siguiente manera:

## **¿CUÁL ES LA RELACION ENTRE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES (CONSUMIDORES DE COCAINA) Y SU HISTORIA FAMILIAR?**

Para obtener la respuesta a dicha interrogación que implica la obtención de datos pertinentes, la estrategia que se empleo fue la entrevista dirigida, para así lograr la expresión de dicha problemática.

Es relevante considerar la importancia que tiene abordar la problemática del consumo de cocaína, ya que el aumento en el consumo en nuestro país es alarmante; y constituye un problema actual de salud pública, la cuál debe ser estudiada en todas las vertientes que la determinan, para encontrar algunas propuestas de solución.

Es importante señalar, que también se abordara la problemática familiar por considerar que en el discurso de la familia, existen elementos que permitirán encontrar algunos índices importantes, para poder desentrañar el sentido de los síntomas de los

pacientes y en consecuencia como poder encontrar una visión más completa que pueda aclarar el cuadro clínico presentado por estos.

La hipótesis a demostrar es la siguiente:

***“Si en cierto grupo familiar en el que se incluye un miembro cuya problemática principal es el consumo de cocaína ; luego entonces dichos síntomas pueden ser explicados en función de la problemática familiar así como de la historia personal de la paciente.”***

Este trabajo se divide en cinco capítulos, para de tal forma realizar una mejor exposición del tema. El primer capítulo nos habla sobre lo que significa el concepto de **Farmacodependencia**, así como las características de la misma, en este mismo capítulo se habla sobre los aportes psicoanalíticos sobre fenómeno de la Farmacodependencia.

En el segundo capítulo se abordan **los Antecedentes de la Cocaína** ya que nuestro trabajo está enfocado al consumo de la misma.

El tercer capítulo trata de **la Importancia de la Familia**, aquí se habla sobre enfoques de la psicología, y aportes del psicoanálisis.

En el cuarto capítulo se describe el proceso metodológico de esta investigación.

En el capítulo cinco se describen los casos trabajados, así como el análisis terapéutico de los mismos.

# CAPITULO I

## FARMACODEPENDENCIA

### 1.1 DEFINICIÓN DE FARMACODEPENDENCIA

La farmacodependencia es considerada un problema de salud mental. No podemos aislar el concepto de salud mental del concepto de salud, aunque esto no implica igualdad en los mismos, expliquemos esto, para definir que es salud, podríamos considerar las definiciones que la O.N.U. ha propuesto y ver a la salud como el estado de bienestar físico y mental que nos permite vivir en armonía con nosotros mismos y con el medio que nos rodea, claro está, hablar de salud implica por necesidad hablar de enfermedad, la enfermedad podría definirse como el conjunto de fenómenos locales o generales que presenta un organismo como respuesta a un agente físico, químico o biológico, nocivo que lo impacta alterando su función.

En el hombre tenemos que considerar las alteraciones psíquicas que se presenten. Es importante tener en cuenta que salud y enfermedad son variables íntimamente relacionadas y determinadas por el contexto histórico y social en el cual se expresan, es a partir de este marco conceptual ( y situándonos en el mismo) como podemos definir la salud mental, como resultante del equilibrio del individuo con sus necesidades biológicas y sociales y el medio con sus variables requerimientos.

Esto nos lleva a algo crucial, si la capacidad de adaptación del individuo a las distintas variantes del medio social y su capacidad de satisfacción de las necesidades biológicas y sociales es insuficiente, tendremos que enfrentarnos a un problema de salud mental, podríamos decir también aunque algunas personas no les guste el término a una "enfermedad mental".

En el siglo XVIII se desarrolla la medicina clasificadora que trata de aislar las enfermedades como especies naturales, según el modelo de la clasificación de las especies vegetales de Linneo. Su método es describir los fenómenos tal como ellos aparecen a los órganos de los sentidos, muy particularmente de la vista.

“La enfermedad es considerada una entidad perfecta encerrada en sí misma, que se da plenamente en el medio natural de la vida familiar, especialmente entre los pobres y en ambientes rurales. El hospital, la ciudad, las características personales, los refinamientos sociales, son elementos de perturbación que afectan a la manifestación de su íntima naturaleza”. (Romero Gonzalez ,2002)



En la clasificación se relacionan las enfermedades sobre la base de analogías formales, no pregunta causas, observa, describe, designa y clasifica.

En el siglo XIX los locos pasan a ser problema de la medicina, aparece el hospital psiquiátrico y en el marco ideológico de la medicina clasificadora Pinel distingue: melancolía, manía con delirio, manía sin delirio, demencia e idiotismo.

La esperanza de la psiquiatría alimentada por el descubrimiento de Bayle en 1822 de las lesiones meningeas en la parálisis cerebral era la de seguir al resto de la medicina en el camino: síntoma – lesión – etiopatogenia, la cual aun en nuestros tiempos sigue siendo para muchos una esperanza irrealizable..

La ordenación taxonómica se reproduce a sí misma a través de la producción de agentes aptos para utilizarlos.

La psiquiatría Kraepeliniana sobrelleva dos fardos limitantes:

–Su falta de confiabilidad.

–Y el concepto de enfermedad mental como un conjunto evolutivo que alcanza su máxima claridad al final (fase terminal) el modelo es evidentemente el de las enfermedades infecciosas.

En las últimas décadas no se puede hablar de cambios "dramáticos", en la C.I.E. de la organización mundial de la salud, solo hay un capítulo donde no se clasifican enfermedades sino:

–Trastornos

–Troubles

–Disorders

Pero aquellos a quienes se clasifica no son "trastornados" sino pacientes o enfermos.

Hablar de enfermedad mental, es algo complicado, Sir Aubrey Lewis, en la introducción del manual estadístico de trastornos mentales, dice que "como las enfermedades son en todo caso conceptos abstractos, no es de extrañar que las entidades nosológicas con las que los psiquiatras trabajan estén mal delimitados y se entremezclan".

Las variaciones imputables al observador son tan patentes que resultan desconcertantes, la precisión es insuficiente para las necesidades científicas, esto es cierto y podría darnos pie a una interminable discusión teórica, de conceptos psiquiátricos y también de conceptos antipsiquiátricos, en la cual la filosofía jugara un papel primordial, pero con eso no lograremos nada de utilidad.

Creo necesario llegar a dos postulados básicos, el primero consiste en que por mucho tiempo, psiquiatras, psicólogos y otros especialistas han tratado de darle una base biológica a las enfermedades o trastornos mentales, hasta el propio Sigmund Freud llegó a decir que la psicología "es una ciencia natural ¿qué otra cosa podría ser?", en la actualidad gracias a la comprensión de las ciencias de lo simbólico y de la materialidad del signo, podemos pensar "en otra cosa" y ver al individuo, al sujeto, como un efecto de estructura anteriores a y fundantes de su existencia, en esto coinciden tanto el materialismo dialéctico e histórico, la lingüística y el psicoanálisis (tal vez una de las pocas cosas en que realmente coinciden), por lo que podemos reconocer plenamente la existencia de la "enfermedad mental" como producto de la ruptura de ese equilibrio necesario del que hablábamos y en el cual lo biológico forma parte pero no determina la existencia de esta entidad, que aunque abstracta como concepto, es real en sus orígenes, desarrollo y consecuencias, con la diferencia al compararla con otras enfermedades en que sus orígenes son múltiples y muy heterogéneos como regla general, el desarrollo está sometido a innumerables variables individuales y las consecuencias se relacionan en gran medida con factores históricos, económicos y sociales.

El otro postulado básico es la necesidad de un enfoque ecológico del concepto, en el cual vemos a la salud y a la enfermedad mental como partes de un proceso individual y social específico, lo que provoca que no podamos hacer fáciles generalizaciones y concluir que por ejemplo una situación determinada que se presente como un elemento agresivo o desequilibrante en cualquiera de las tres áreas del individuo (individual, familiar o social) vaya necesaria e inevitablemente a provocar una enfermedad mental, o que vaya a provocar "la misma" enfermedad mental en dos individuos diferentes, esto es más fácil de comprender cuando analizamos un problema de salud mental en específico, como es la farmacodependencia, que es un buen ejemplo de problema de salud mental y es además el tema que nos interesa hoy.

Primero definimos el concepto de farmacodependencia. Según la Organización Mundial de la Salud, es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. Tal estado se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible de consumir la droga en forma continua o periódica, ya sea para experimentar sus efectos psíquicos y físicos o para evitar una sensación de malestar que surge al dejar de consumirla, veamos ahora si esta definición es suficiente a nuestros intereses y el porqué planteamos que la farmacodependencia es un problema de salud pública y salud mental.

La salud pública es la ciencia que se encarga de conocer los procedimientos de salud de las colectividades humanas, su objetivo es elevar las condiciones de salud de la sociedad evitando la aparición de enfermedades, por medio del esfuerzo organizado de la comunidad. Para ello estudia las causales que determinan al proceso de salud-enfermedad en las poblaciones, para incidir en ellas y con esto elevar los niveles de salud, la preocupación prioritaria de esta ciencia es la prevención para lo cual se apoya en la educación para la salud que es una disciplina auxiliar de la salud pública.

La farmacodependencia se considera un problema de salud pública, tanto por la magnitud de los daños sociales que provoca como por sus orígenes.

Este problema al igual que cualquier otro de salud pública, encuentra su explicación en la estructura de una organización social, en el acceso diferencial a diversos satisfactores que afectan las situaciones familiares y las características psicológicas individuales. La farmacodependencia no tiene barreras de organización, clase social, edad o sexo, factores sociales, familiares e individuales, cada grupo social dependiendo de su clase, cultura, contexto, presenta motivaciones particulares. El individualismo y la competencia, son elementos inseparables de la vida cotidiana, donde las personas en la lucha por alcanzar un status mayor o conservar el que se tiene, están expuestas inevitablemente a frustraciones, angustias, ansiedades que son superadas o no, dependiendo de las armas que provee la familia y las características psíquicas individuales. Algunos individuos desde su historia, pueden enfrentar y manejar la realidad que les ha tocado vivir, mientras que otras por falta de estructuración interna, buscan evadirla, una de las salidas evasoras de la realidad es el consumo de drogas.

La farmacodependencia entonces, es un problema de salud pública y en específico de salud mental, donde los factores sociales, familiares e individuales, se interrelacionan para determinar la enfermedad, afectando a todos los sectores de la población.

Desde la etapa biológica, y predominantemente individual de la medicina, hasta el enfoque epidemiológico social con que la misma se aborda actualmente, no sólo el campo médico quedó transformado por definiciones más amplias, sino también la atención de ciertos casos clínicos aislados fue modificándose por los hallazgos que de esas enfermedades se hacían en cuanto a su distribución, frecuencia y características con que afectaban a determinada población, adquirían así por la magnitud del daño y por la trascendencia individual y social de las mismas categorías de "problemas", un ejemplo de "enfermedad-problema" es la farmacodependencia, que es el síntoma médico de un fenómeno multicasual en sus orígenes, complejo en su desarrollo y de difícil solución, cuyo abordaje terapéutico supone la convergencia de varias disciplinas, tanto del campo social y económico, como del epidemiológico sanitario, este conjunto de acciones médico-sanitarias tiene que dirigirse no sólo al individuo, sino también a su familia y a la comunidad.

La farmacodependencia no sólo requiere del objeto droga para existir, hace falta también el sujeto que la utilizará, es necesario para su prevención y tratamiento ubicar al sujeto en su contexto personal, familiar y en el de la sociedad en la que transcurre su existencia.

## 1.2 CARACTERISTICAS DE LA FARMACODEPENDENCIA.

Considerando la importancia de los fármacos es importante mencionar algunos aspectos relativos a la drogadicción como parte importante de este trabajo.

Las drogas existen y se han utilizado desde los tiempos más remotos, pero la motivación y la forma de su uso se han modificado, así como el número de quienes pasan del simple consumo ocasional a la verdadera adicción, esa "forma moderna de esclavitud", ( Octavio Paz, 1989).

Al hablar de dependencia de una droga se refiere al uso compulsivo de este pero hay que diferenciar la dependencia física y psíquica. En la primera se presenta el Síndrome de Abstinencia al dejar de consumir y en la segunda dicho síndrome no se presenta. La dependencia de la droga es el consumo excesivo, persistente y periódico de toda sustancia tóxica.

Se debe entender que el adicto seguirá siendo un adicto mientras viva, es decir, que el individuo se rehabilita para poder vivir sin consumir la droga y, de allí en adelante, éste será un adicto en remisión, no estará usando la droga, pero para mantenerse en ese estado de abstinencia o remisión no podrá bajar la guardia

El término drogas visto desde un punto de vista estrictamente científico es principio activo, materia prima. En ese sentido droga puede compararse formalmente dentro de la farmacología y dentro de la medicina con un fármaco, es decir que droga y fármaco pueden utilizarse como sinónimos. Los fármacos son un producto químico empleado en el tratamiento o prevención de enfermedades. Los fármacos pueden elaborarse a partir de plantas, minerales, animales, o mediante síntesis.

Existe una segunda concepción que es de carácter social, según ésta las drogas son sustancias prohibidas, nocivas para la salud de las cuales se abusan y que en alguna forma traen un perjuicio individual y social.

Luego nos queda el problema dónde actúan estas sustancias, ya que todas estas drogas tienen un elemento básico en el organismo que es el sistema nervioso central el cual es la estructura más delicada y el más importante que tiene el ser humano, y si estas sustancias actúan sobre esas estructuras dañándolas, perjudicándolas, indudablemente que van constituir un elemento grave y peligroso para la colectividad; para la salud individual y lógicamente para la salud pública.

### **1.3.- CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS.**

Las Drogas "Duras", son aquellas que provocan una dependencia física y psicosocial, es decir, que alteran el comportamiento Psíquico y social del adicto, como el opio y sus derivados el alcohol, las anfetaminas y los barbitúricos.

Las Drogas "Blandas", son las que crean únicamente una dependencia psicosocial, , como el hachís o la marihuana , la cocaína, el ácido lisérgico, más conocido como LSD, así como también el tabaco. Esta división de duras y blandas, es cuestionada, y se podría decir que las duras son malas y las blandas son buenas o menos malas, pero administradas en mismas dosis pueden tener los mismos efectos nocivos.

Las drogas se dividen en narcóticos, como el opio y sus derivados la morfina, la codeína y heroína; estimulantes, como el café , las anfetaminas, el crack y la cocaína, y alucinógenos, como el LSD, la mezcalina, el peyote, los hongos psilocibios y los derivados del cáñamo, como el hachís.

### **1.4.- TIPO DE ADICCIÓN**

PRIMARIA: Esta palabra significa "primera" o que aparece en primer lugar. Muchas personas piensan que la adicción a las drogas aparece después o es consecuencia de algún problema como lo es alguna enfermedad mental, un "trauma" sufrido durante la niñez o cosas similares. Si así fuera diríamos que es una enfermedad secundaria, esto es, que es una consecuencia directa de otro problema mental o emocional, o sea que primero apareció el problema mental y después, como resultado, vino la adicción a las drogas. Esta es una idea algo anacrónica y no completamente cierta.

La ciencia contemporánea ya corrigió este punto de vista. La realidad es que la adicción al alcohol o a las drogas puede padecerla cualquier persona, tenga o no tenga enfermedad mental alguna, y debe ser tratada primeramente, esto es: antes que cualquier otro problema emocional o mental y esto quiere decir sencillamente que la persona tiene que aceptar que está enfermo( a) y que debe abstenerse de seguir consumiendo drogas o alcohol, además de pedir ayuda a los expertos en la materia.

Algunos científicos afirman que es posible saber con mucho tiempo de anticipación si una persona va a ser adicta o no en alguna etapa de su vida. Estos eruditos aseguran que desde temprana edad un niño(a) se comporta de tal manera que se va preparando el terreno para que se desarrolle la adicción al alcohol o las drogas algunos años después. Ellos hablan de los niños que son muy nerviosos, hiperactivos e inestables. Esta idea no es nueva. Pero también tenemos que decir que esos niños pueden cambiar su manera de comportarse al ser presionados por el medio familiar o

social o, sencillamente, al llegar a la pubertad pueden sufrir cambios en su manera de ser que se deban más a las crisis propias de esta etapa de la vida y, por lo tanto, esta supuesta personalidad "preadictiva" (riesgo de convertirse en adictos) desaparece para siempre.

**PROGRESIVA:** Quiere decir simplemente que las cosas van a ir empeorándose cada vez más mientras la persona no se atiende. Muchos adictos, sus familiares, amigos piensan que con sostener una buena platicada con la persona problema, dándole algunos consejos o regaños, esta va a dejar de consumir droga o de abusar de las bebidas alcohólicas y las cosas van a cambiar. Desgraciadamente esto no es así en el caso de los verdaderos alcohólicos y adictos. Se requiere de ayuda especializada. Es muy probable que después de esas platicas interesantes e intensas en las que se invirtieron tiempo, energías e inteligencia, tanto la persona adicta como el voluntario o voluntaria que se prestó para ayudar, salgan convencidos ambos de que algo bueno va a suceder próximamente, pero al cabo de pocos días u horas las cosas van a regresar a como estaban antes o peor.

Algunas personas suponen que el hecho de dejar de consumir por algún tiempo su droga de preferencia, alejarse de ella por semanas o meses, se convertirá en el mejor argumento para demostrarse a sí mismo y a los demás que no tienen ningún problema y que pueden dejar de beber o drogarse cuando así lo deseen o se lo propongan. La realidad es que, en lo más profundo de su interior, estará contando las horas y minutos en los que este plazo se termina para volver a consumir la droga de manera ilimitada.

Durante el período de abstinencia en el que la persona no se involucró con el uso de alcohol o las drogas, su deseo por hacerlo no disminuyó, por lo contrario se vio acrecentado y toda la energía contenida de ese deseo se desbocará a la hora de beber o usar droga.

**MORTAL:** Esto parece fácil de entenderse: a medida que las personas adictas consuman más drogas o alcohol, tiene más riesgo de morir por una sobredosis. Pero este punto no es el único que hace mortal a esta enfermedad. Hay otros muy importantes.

También se puede morir en un accidente vial por ir manejando intoxicado; del mismo modo puede perderse la vida en algún pleito a golpes o por lesiones producidas por arma blanca o arma de fuego, situaciones que se presentan comúnmente cuando las personas se encuentran intoxicadas por el alcohol o las drogas, o incluso pueden morir al no ingerir alimentos o líquidos vitales ya que la mayoría de las drogas quitan el hambre y en ocasiones hasta la sed; del mismo modo se puede sucumbir sencillamente porque mientras se abusa del alcohol o de las drogas se pierde el sentido de la vida y se llega al suicidio y esto es algo que le sucede a gran cantidad de alcohólicos y adictos, finalmente se puede perecer por la sencilla razón de que a la mayoría de los adictos les resulta muy difícil parar de consumir el alcohol o drogas y esto va a provocar un deterioro progresivo de las funciones vitales del organismo hasta que este deje de funcionar

La drogadicción es considerada enfermedad, cuando el individuo, que consume las drogas, a involucrado ya su organismo y deja de ser una situación psíquica. Además la drogadicción es considerada enfermedad, cuando se necesita un tratamiento para salir de ella, y no puede ser controlada por el drogadicto. La enfermedad puede ser con drogas ilícitas y con fármacos, que en un principio se utilizaron para el tratamiento de otra enfermedad.

La adicción a las drogas, al igual que la adicción al alcohol, es una enfermedad, y esto porque se encontró que los alcohólicos y los adictos a drogas tienen muchas cosas en común, entre otras la de perder el control sobre sí mismos cuando inician ingiriendo su "droga" favorita (alcohol, marihuana, tranquilizantes, inhalantes, cocaína, etc.), además de que tanto los consumidores "fuertes" de bebidas alcohólicas como los de drogas ilegales o los de inhalantes pueden perder la razón y terminar sus días en un Hospital Psiquiátrico o también acabar con su vida por una sobredosis.

## **1.5.- CONSECUENCIAS.**

El consumo de drogas, legales e ilegales, constituye un problema de salud pública muy importante. Los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia.

Además, es necesario tener en cuenta las variables personales como el grado de conocimiento o experiencia del usuario, su motivación, etc. y las propiedades específicas de cada droga así como la influencia de los elementos adulterantes. Lo que hace que una adicción sea una adicción nociva es que se vuelve en contra de uno mismo y de los demás. Al principio se obtiene cierta gratificación aparente, igual que con un hábito.

Pero más temprano que tarde su conducta empieza a tener consecuencias negativas en su vida. Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo.

Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan a muchos aspectos diferentes de la vida de una persona. Estas consecuencias son muy diversas y pueden agruparse en dos grandes grupos:

Según El Tipo.

Salud: el consumo de drogas origina o interviene en la aparición de diversas enfermedades, daños, perjuicios y problemas orgánico y psicológicos. Por ejemplo: Hepatitis, Cirrosis, Trastornos cardiovasculares, Depresión, Psicosis, Paranoia, etc.

**Salud psíquica:** Los adictos suelen padecer una amplia gama de trastornos psicológicos, como estados de ánimo negativos e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa.

**Salud Física:** La adicción suele conllevar la aparición de multitud de síntomas físicos incluyendo trastornos del apetito, úlcera, insomnio, fatiga, más los trastornos físicos y enfermedades provocadas por cada sustancia en particular.

**Social:** Los adictos a drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación, etc.

Cuando se comienza a necesitar más a las drogas que a las otras personas pueden arruinarse o destruirse las relaciones íntimas y perderse las amistades. Se puede dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como "solución".

El abuso de las drogas puede también perjudicar a otros, por ejemplo ; el dinero con que son pagadas las drogas puede privar a la familia de satisfacciones vitales como comida o ropa. El discutir los problemas y situaciones de la adicción puede generar conflictos familiares. Las reacciones violentas a las drogas pueden llevar al usuario a cometer asaltos e incluso asesinatos. Si una mujer embarazada toma drogas sin control médico puede ocasionar malformaciones genéticas en el nuevo ser que está en gestión.

**Legal:** Abusar de las drogas es contra la ley. Los ofensores (tanto los que experimentan como los que se dedican al consumo de drogas) corren el riesgo de tener que pagar multas y/o ser encarcelados. Un arresto puede significar vergüenza, interrupción de los planes de vida, antecedentes penales. Ciertas drogas pueden desencadenar una violencia incontrolable y conducir al usuario a crímenes que son severamente punibles por la ley.

**Economía:** dado el ingente volumen de dinero que mueve el mercado de las drogas y el narcotráfico, tanto los consumidores como los países contraen importantes deudas; se crean bandas organizadas; se produce desestabilización económica nacional, etc. El uso continuo de drogas puede ser muy caro, ya que sus costos se elevan a cientos y, en ocasiones, a miles de dólares por año. Para sostener su hábito muchos usuarios recurren al crimen. Al destinar la mayor parte del dinero a comprar las drogas, apenas queda dinero para otras cosas. Los ahorros se agotan y suele aparecer el endeudamiento. A veces para poder sufragar los gastos de la adicción se ve obligado a recurrir a actividades ilegales.

**Relaciones:** La relación con la familia, amigos o pareja se altera, aparecen discusiones frecuentes, desinterés sexual, la comunicación se interrumpe, hay pérdida de confianza, alejamiento, etc.

**Trabajo:** Cuando una persona tiene una adicción suele restarle tiempo a su trabajo para buscar la droga o recuperarse de su uso, suele llegar tarde, hay menor productividad,



deterioro de la calidad del trabajo o pérdida del propio trabajo.

Conducta: Como conseguir y usar la droga se ha vuelto casi más importante que ninguna otra cosa, los adictos se vuelven egoístas y egocéntricos: no les importa nadie más que ellos mismos.

Según El Nivel.

Individual: son los daños experimentados por el propio consumidor de drogas.

Comunidad: el consumo de drogas genera multitud de consecuencias negativas para la familia del drogodependiente, sobre los amigos, los vecinos.

Sociedad: en la sociedad produce efectos sobre la estructura y organización de la misma (aumento de las demandas en los servicios de salud, incremento de la inseguridad ciudadana por delitos contra la propiedad presencia del crimen organizado a través de las redes de narcotraficantes).

# CAPITULO II

## COCAINA

### 2.1 ANTECEDENTES.

El prototipo de las drogas estimulantes es, junto con las anfetaminas, la cocaína, que se extrae de las hojas del arbusto Eritoxilon coca, que crece en muchas partes del mundo.

En su forma pura, la cocaína es un polvo blanco que generalmente se aspira por la nariz, y que también puede inyectarse diluido en agua, ocasionalmente con heroína. Habitualmente, una dosis contiene un cuarto de gramo de polvo de cocaína, aunque está rara vez alcanza una pureza entre 60 y 70 %. Es frecuente que en una jornada el usuario consuma un gramo en varias aspiraciones o en varias fumadas, pero el adicto que la usa con regularidad puede llegar a necesitar de uno a dos gramos, o más , todos los días.

Popularmente, la gente se refiere a la cocaína como: “polvo”, “nieve”, “cois”, “talco”.

“Crack” es el nombre que se da a los cristales de la cocaína (cocaína base o piedra, por su aspecto). El crack se prepara mediante un sencillo método que libera a la cocaína del ácido clorhídrico utilizando una base (sal alcalina).

El crack se consume fumando y produce los mismos efectos que la cocaína aspirada por la nariz, sólo que ocurren más rápidamente y tiene una duración más corta.

La cocaína ha sido llamada la droga de los ochentas y de los noventas por el gran aumento en su consumo durante esas décadas. Sin embargo, en realidad es una de las drogas más antiguas.

La sustancia química pura, el clorhidrato de cocaína, fue aislada por primera vez en Alemania en 1857, descubriéndose entonces sus propiedades como anestésico local aprovechable en oftalmología .Fue muchos años después cuando empezó a sospecharse su poder adictivo y el daño físico y psicológico que la cocaína y otros estimulantes pueden producir.

“A principios del siglo XX, la cocaína se convirtió en el ingrediente principal de la mayoría de los tónicos y elixires que se crearon para tratar numerosas enfermedades. Actualmente, la cocaína sólo puede ser administrada para usos médicos legítimos, es decir, como anestésico local para ciertos tipos de cirugía de los ojos, de los oídos y de la garganta.” (Medina Mora, 2001)

La cocaína es una droga porque Droga (o fármaco) es toda sustancia o compuesto de sustancias, diferentes a las que son necesarias para mantener la vida y la salud, que al introducirse en un organismo vivo provoca un cambio en su funcionamiento (definición de la Organización Mundial de la Salud). De manera resumida, podemos decir que las drogas son sustancias químicas, naturales o sintéticas (procesadas en un laboratorio), que cambian el funcionamiento del cuerpo.

Provoca cambios en la psique o mente, y modifica la manera de pensar, sentir y actuar. Es estimulante del sistema nervioso central, produce sentimientos de euforia (bienestar), aumento del estado de alerta y disminución del apetito y de la sensación de cansancio o fatiga. También puede provocar alucinaciones (ver, oír, sentir cosas que no están presentes).

La persona adicta, experimenta dos fenómenos:

- a) Tolerancia: que quiere decir que cada vez necesita dosis mayores para sentir los mismos efectos.
- b) Síndrome de abstinencia: que es el conjunto de molestias desagradables (a veces graves) que se presentan cuando no se tiene la droga para consumirla. La suspensión del uso de la droga puede llevar a la muerte, lo mismo que el consumo de una dosis demasiado alta (“sobredosis”).

Es una sustancia que puede provocar daños al organismo y al psiquismo (mente). Por eso esta incluida en las listas de sustancias prohibidas por la ley en todo el mundo con el fin de proteger al individuo y a la sociedad.

“Durante la década de 1990 el índice de experimentación de la cocaína entre adolescentes se incrementó en un 400% y en cerca de 300% en la población adulta de entre 18 y 65 años de edad.”(Medina Mora, 2001.)

En nuestro país, la cocaína ocupa el segundo lugar de consumo entre las drogas ilícitas, precedida por la marihuana.

“A partir de mediados de la década de 1980, el consumo de cocaína, antes propio de grupos minoritarios, se extendió entre adolescentes y sectores de la población con pocos recursos económicos, al tiempo que se modificó la forma de consumo, que ahora incluye la práctica de fumar crack y la aplicación intravenosa de cocaína, a veces combinada con heroína (“speedball”).(Medina Mora,2001)

Se han realizado muchos estudios para entender la forma en que la cocaína produce efectos placenteros y los cambios que llevan a la adicción. Los científicos han descubierto que cuando se estimulan ciertas regiones del cerebro se produce una sensación de placer. Uno de los sistemas que parece ser más afectado por la cocaína se encuentra en una región profunda del cerebro llamada área ventral del tegmento (AVT).

Las células nerviosas que se originan en el AVT se extienden a la región del cerebro conocida como Nucleus accumbens, una de las áreas clave del cerebro relacionada con el placer. En estudios con animales se ha observado que todo lo que produce placer como la comida, el agua, la actividad social y gran cantidad de drogas adictivas, aumenta la actividad del Nucleus accumbens.

Las drogas adictivas interfieren con el proceso normal de la comunicación entre las células cerebrales. Por ejemplo, los científicos han descubierto que la cocaína bloquea la eliminación de dopamina, una sustancia natural que produce el cerebro, que a su vez favorece la estimulación continua de las neuronas receptoras, lo cual produce la euforia reportada por los consumidores.

De acuerdo con estudios recientes, durante los períodos de abstinencia el solo recuerdo de la euforia produce su consumo, o cualquier referencia a la droga, puede causar el deseo incontrolable que lleva a la recaída, aún después de largos períodos de abstinencia. (National Institute on Drug Abuse, 2002).

## **2.2 EFECTOS.**

- Sensación de aumento de energía.
- Disminución de la capacidad para experimentar fatiga.
- Disminución del apetito.
- Sensación de agudeza mental.
- Aumento de las palpitaciones del corazón y de la presión arterial.
- Contracción de los vasos sanguíneos.
- Aumento de la temperatura.
- Dilatación de las pupilas.

Los efectos de la cocaína se presentan casi inmediatamente después de su consumo por cualquier vía. Al igual que las anfetaminas, la cocaína produce una excitación generalizada que se acompaña de una sensación de bienestar (“euforia”). Aparece también una especie de indiferencia hacia la fatiga con la sensación de que aumentan el vigor, la fuerza física y la capacidad mental. Estos efectos, que evidentemente son los que el consumidor espera, en ocasiones son reemplazados por gran ansiedad y pánico. La respuesta a la cocaína es prácticamente inmediata, aunque alcanza su mayor intensidad en aproximadamente 30 minutos. En virtud de que los efectos desaparecen progresiva y rápidamente, el mantenimiento del estado alcanzado exige la repetición frecuente de la dosis. Si esta situación se prolonga por horas se puede llegar a la agitación psicomotriz, el pánico y la ansiedad, el deliro paranoide (ideas de persecución) y hasta alucinaciones en casos extremos. Una dosis excesiva puede provocar la muerte por falla respiratoria o por paro cardíaco.

Después de una “sensación” ordinaria de consumo, los efectos disminuyen progresivamente, pero generalmente durante las horas siguientes aparecen depresión y fatiga, equivalentes a la “cruda” del consumidor de alcohol después de una ingestión definitiva.

Efectos a largo plazo:

- Adicción.
- Irritabilidad y cambios de temperamento.
- Intranquilidad.
- Paranoia.
- Alucinaciones auditivas.

Una vez que se ha desarrollado la adicción a la cocaína, es difícil evitar las recaídas, aún después de períodos de abstinencia.

La repetición del consumo de cocaína produce rápidamente (en unos cuantos días o semanas) tolerancia, que se manifiesta por la necesidad de consumir dosis cada vez mayores para poder obtener los efectos deseados. Sin embargo, algunos consumidores pueden desarrollar mayor sensibilidad a los efectos de la droga. Ello explica por qué ocurren algunas muertes después del uso de dosis de cocaína relativamente pequeñas.

La dependencia psicológica constituye la regla, aunque existen algunos consumidores que sólo usan cocaína ocasionalmente, y no sienten apetencia compulsiva por la droga. La dependencia psicológica se manifiesta por el deseo repetitivo de consumirla para sentir los efectos placenteros.

Después de un prolongado período de consumo, la supresión suele seguirse de un intenso deseo de reanudar su uso, con agitación y ansiedad intensa, que a su vez lleva a un estado de fatiga, depresión, disminución progresiva del deseo de la droga, somnolencia y sensación de apetito incontrolable. Los especialistas llaman “crash” a esta etapa. Si no se reanuda el consumo, después de unos días se presenta una fase que se cataloga como síndrome de abstinencia, durante la cual el sujeto pierde interés en el medio que lo rodea, es incapaz de disfrutar de las situaciones habitualmente placenteras y vuelve a sentir avidez por la droga. Este período se prolonga entre una y 10 semanas, hasta que el consumidor regresa gradualmente a un estado más o menos semejante al que tenía antes de iniciarse en el uso de cocaína.

Los especialistas reconocen que esta adicción es una de las más graves por su resistencia al tratamiento y por la intensidad del daño personal y social que causa. Sin embargo, cuando se logra prolongar el período de abstinencia, la disminución y aun la desaparición de la apetencia es muy posible, con o sin tratamiento, el mayor riesgo se encuentra en las semanas que comprenden el síndrome de abstinencia precedido por el crash y posteriormente en la fase de abstinencia que tiene un alto riesgo de reincidencia.

Cuando se desarrolla la adicción y el consumo se mantiene en dosis altas (de más de un gramo diario) por tiempo prolongado (meses, acaso más de un año), es común que

se presenten síntomas psicóticos de carácter paranoide. Esto quiere decir que el adicto sufre delirio de persecución y otras creencias falsas que resisten a la lógica y a la evidencia contraria. Su vida se trastorna gravemente en los ámbitos social, económico y laboral, a tal punto que se hace indispensable su internamiento para proporcionarle un tratamiento médico y psicológico que permita establecer un tiempo prolongado de abstinencia y, si es posible, el abandono definitivo de la droga.

El uso repetido de la cocaína aspirada por la nariz lesiona la mucosa que recubre el tabique nasal. Después de un período de catarro crónico puede llegar a perforarse el tabique y a presentarse una inflamación severa de las fosas nasales. Cuando se ha consumido en forma de crack, aparecen problemas respiratorios y laríngeos parecidos al asma a la laringitis crónica con afonía.

## **2.3 COMPLICACIONES MÉDICAS.**

- Irregularidades en el ritmo cardiaco.
- Ataques cardíacos.
- Fuerte dolor en el pecho.
- Paro respiratorio.
- Embolias.
- Convulsiones y dolores de cabeza.
- Dolor abdominal.
- Náusea intensa.

### **Cocaína más alcohol.**

Cuando una persona combina la ingestión de alcohol con el consumo de cocaína agrava el peligro que representa cada una de esas drogas y, sin saberlo, realiza un complejo experimento químico en su propio cuerpo. Los investigadores del National Institute on Drug Abuse de EUA han descubierto que el hígado humano combina la cocaína con el alcohol y fabrica una tercera sustancia, el etileno de cocaína, que intensifica los efectos euforizantes de la cocaína y, al mismo tiempo, aumenta el riesgo de muerte repentina.

No se conocen totalmente los efectos prenatales de la cocaína, pero numerosos estudios científicos demuestran que los bebés de madres que usan la cocaína durante el embarazo nacen antes de tiempo, con bajo peso, cabeza con circunferencia menor de lo normal y un tamaño más pequeño.

Con el uso de la tecnología avanzada, los científicos han descubierto que cuando el feto se expone a la droga se producen cambios pequeños, pero muy importantes para el

futuro, particularmente en lo relacionado con el éxito escolar, así como con la habilidad de mantener la concentración.

Estos datos sobre el consumo de cocaína durante el embarazo, deben ser motivo de profunda reflexión moral.

Cuando una persona fuma o inhala cocaína, ésta llega rápidamente a todas las áreas del cerebro. Sin embargo, se concentra en algunos sitios específicos: el área ventral del tegmento (AVT), el Nucleus accumbens y el núcleo caudado.

# CAPITULO III

## IMPORTANCIA DE LA FAMILIA

### 3.1 FAMILIA

La familia es un sistema, un conjunto de seres humanos ligados por cuatro tipos de relaciones constitutivas del parentesco: alianza o relación entre marido y mujer, filiación o relación entre padres e hijos, consaguinidad o relación que liga a los hermanos entre si y relación que liga al hijo con la familia materna o su representante ( Berenstein: Psicoanálisis de la estructura familiar: 1991: Pág. 16).

La familia, como unidad o sistema, es un campo privilegiado de observación e investigación de la interacción humana y por ende de la interacción social. La metáfora de la familia como "aula primordial" apunta a cómo en su seno se instaura el proceso de socialización del hombre. Allí se tejen los lazos afectivos primarios, los modos de expresar el afecto, la vivencia del tiempo y, del espacio, las distancias corporales, el lenguaje, la historia de la familia grande, extensa, que comprende a las distintas generaciones que nos precedieron; es decir, todas las dimensiones humanas más significativas se plasman y transmiten en la cotidianeidad de la vida en familia. Esta es por excelencia el campo de las relaciones afectivas más profundas y constituye, por lo tanto, uno de los pilares de la identidad de una persona.

La familia no se reduce a la suma de interacciones entre padres e hijos y las relaciones fraternas, sino que es una totalidad dinámica que asume la función de diferenciación y de lazo entre sexos y entre generaciones.

Considerada como un sistema, no ya como la sumatoria de personas que la componen, es un sistema abierto que tiene múltiples intercambios con otros sistemas y con el contexto amplio en que se inserta; es decir que recibe y acusa impactos sociales, políticos, económicos, culturales y religiosos.

Sus funciones específicas son:

La reproducción de nuevas generaciones, la socialización de base de los niños y la transmisión de valores, ideales, pensamientos y conceptos de la sociedad a la que pertenece.

Quién ejerce la autoridad, qué tareas corresponden a cada sexo, a los jóvenes, a los ancianos, cómo se ayuda al grupo familiar, quién provee las necesidades, qué códigos de comunicación están permitidos ya sea gestuales, orales o el silenciamiento de emociones y sentimientos, el sentido de la vida y la muerte, la importancia de las fiestas,



reuniones sociales o ceremonias, todos y cada uno de estas formas básicas de comunicación, se aprenden, se incorporan dentro de una familia.

En la familia se reproducen las estructuras sociales fundamentales. En su interior se definen distintas relaciones simétricas o complementarias, jerárquicas o igualitarias teñidas siempre por valores afectivos.

El modelo familiar es un modelo cultural en pequeño. A partir de ese modelo cada familia elabora su propia variante, en general, a través de mitos, tradiciones y valores. Se incorpora el qué –los contenidos de la cultura- y también el cómo, es decir, los modos de hacer, de proceder, de aprender.

El mito familiar es una especie de ideología de grupo compuesta por valores, representaciones y creencias que proveen los modelos de conducta. Sirve de defensa contra lo que podría amenazar al equilibrio familiar y también permite el cambio de la familia.

Toda familia, al igual que todo sistema, tiene un conjunto de reglas interactivas que muy a menudo son implícitas, pero suelen hacerse visibles cuando comienzan a tornarse disfuncionales. Cada regla insta un sistema de derechos y obligaciones. Estas reglas proveen un contexto relativamente estable, predecible, indican cuáles son las expectativas recíprocas, cómo anticipar condiciones o situaciones y cómo interpretar las comunicaciones y comportamientos de sus miembros.

Desde la perspectiva sistémica, se entiende a las interacciones familiares bajo el ángulo de estabilidad y cambio. El cambio está incluido en la naturaleza misma de la familia dados los momentos evolutivos, los ciclos vitales que la atraviesan (nacimientos, crecimientos, envejecimiento).

Para responder a las situaciones nuevas y desconocidas, la familia requiere de la capacidad de una adaptación activa, el reconocimiento de las necesidades propias, generar condiciones nuevas y modificar la realidad inmediata. Cuando no se cuenta con estos recursos aparecen las crisis familiares que se corresponden frecuentemente con la incapacidad del sistema de integrar el cambio, en general por tener reglas muy rígidas. Como toda crisis, además de peligros éstas encierran también oportunidades para el cambio.

En épocas como la actual, todos nosotros, ya sea individualmente o en el seno de nuestras familias, de una manera u otra vivimos rupturas profundas. Es decir, más períodos de cambio que de estabilidad. Rupturas con el mundo de nuestra infancia. Estamos inmersos en un shock de transformación física de nuestros espacios, de los tiempos, de los objetos que usamos. También sufrimos permanentemente las transformaciones de valores, de verdades científicas que considerábamos inmutables y la transformación acelerada de significados y costumbres.

Por lo tanto, dentro y fuera de la familia nos enfrentamos con la exigencia de reflexionar desde ella, sobre ella, acerca de ella, en relación con ella. Nada de lo que nos ocurre en la vida parece dejar de tener relación con la familia.

A pesar de reconocer las casi incontables variaciones culturales e históricas de la familia humana parece, no obstante, haber algunos universales familiares.

Estos se conocen como pautas normativas, amplias y necesarias de tener en cuenta, a la hora de trabajar con familias. Veamos algunas:

Los padres adultos se hacen cargo de la crianza de los hijos dentro del grupo familiar se cumplen ciertos requerimientos apropiados a ciertos niveles de desarrollo los miembros de la familia se adaptan a las reglas familiares que les otorga roles y funciones. En la familia el niño aprende a hablar, vestirse, obedecer o enfrentar a los mayores, proteger a los más pequeños, compartir alimentos, participar de sus colectivos respetando reglamentos, distinguir lo que está bien o está mal, es decir, a convertirse en un miembro más o menos "standard" de la sociedad a la que pertenece. Lo que se aprende en la familia tiene una indeleble fuerza persuasiva.

En toda familia se produce una tensión balanceada entre pertenencia y autonomía (o bien entre el yo y el nosotros). Todo período de transición requiere de cambios que encierran a su vez peligros y oportunidades. En estas circunstancias la familia se hace más compleja y usa sus recursos para enfrentar el cambio, o bien se estanca.

Resumiendo, los parámetros universales referidos a la familia son, sin lugar a dudas, el cuidado, el crecimiento y el desarrollo de los hijos y la transmisión de pautas culturales. En estas últimas décadas, no obstante, también parece haber tomado relevancia el soporte emocional entre los cónyuges, la pareja como tal, vínculo que no era considerado central anteriormente como fundamental de la unidad familiar.

También se observa en la actualidad, en particular en nuestras sociedades occidentales, un mayor interés en la calidad emocional de las relaciones, no sólo a nivel familiar, sino laboral y de tiempo libre. El énfasis parece estar puesto en la calidad de los vínculos, en los aspectos de intimidad y en la conformidad o no con los roles sociales. Ya no parece que alcanza con ser un padre buen proveedor de recursos, o como hijo sólo ser obediente y laborioso.

### **3.2. DESARROLLO FAMILIAR.**

Desde otras ciencias sociales, con quienes se hace cada vez más necesario tender y afianzar puentes, encontramos los valiosos aportes de la sociología de la familia, que utiliza un enfoque descriptivo del ciclo de vida de la familia, con su secuencia de etapas más o menos ordenada, caracterizada por tareas evolutivas y marcada por transiciones.

La idea de ciclo vital en una familia, se refiere a aquellos hechos que están ligados a la pericia de los miembros de la familia, como el nacimiento y crianza de los hijos, la partida de éstos del hogar, el retiro y la muerte. Estos hechos producen cambios a los que deberá adaptarse la organización formal o simbólica de una familia, e implica reorganizar roles y funciones. El curso vital de una familia evoluciona a través de una secuencia de etapas bastante previsibles, parecería que bastante universal, pese a todas las variaciones culturales y subculturales.

Estos cambios son calificados de "normativos" ya que gran parte de la raza humana comparte estas expectativas sociales (la entrada a la pubertad, el ingreso a grupos secundarios como la escuela primaria, el retiro del trabajo, etc).

Por lo tanto, es necesario un modelo más amplio que permita integrar etapas y transiciones a través de una serie de períodos alternados de construcción de estructuras—etapas—y cambio de estructuras—transiciones.

El concepto, más actual y más amplio, en el estudio y trabajo con familias es el de desarrollo familiar. Este abarca todos los procesos co-evolutivos vinculados al crecimiento de la familia, e incluye los procesos de continuidad y cambio, relacionados con el trabajo o el desarrollo ocupacional, el cambio de domicilio, mudanzas, la migración y la aculturación, las enfermedades crónicas o agudas o cualquier conjunto de hechos que alteren significativamente la trama de la vida familiar. También incluye los procesos psicológicos como el desarrollo de la intimidad de una pareja, las aflicciones por duelos sufridos, las lealtades invisibles o la transmisión de triángulos intergeneracionales dentro de una familia. En estos aspectos cada familia difiere de las demás pues posee su propia y única senda de desarrollo.

El concepto de desarrollo familiar —más amplio que el tradicional de ciclo vital- es útil para referirse a los cambios culturales, es decir, a la acción de cada cultura y momento histórico sobre cada miembro a determinada edad.

Limitarse entonces sólo al esquema de ciclo vital impide, a quienes trabajan con familias, situarlas dentro de los contextos socioculturales a los que pertenecen. Si bien aceptamos que existen similitudes universales entre las familias, también sabemos las múltiples diferencias entre ellas, aunque solemos limitarnos a un prototipo normativo del ciclo vital, que en general es importado y no responde a nuestro medio. Esta circunstancia puede conducir a graves errores en la interpretación de modelos familiares.

Las diferencias culturales o subculturales pueden hacer que, en algunas familias, la etapa de dependencia entre la madre y los hijos pequeños sea más prolongada, o que no exista una etapa de emancipación neta para los adultos jóvenes o una etapa marcada de "nido vacío" para los padres en edad madura o en los ancianos.

Debemos ser sensibles al hecho de que existen muchos ciclos vitales normativos. Introducir la idea de relatividad cultural, con respecto a cuestiones de organización y

desarrollo de la familia, es indispensable en particular en ésta época en que nuestro país cuenta con numerosos grupos étnicos y culturales.

Es común y se presta poca atención (o se toma muy a la ligera) la tendencia a crear estereotipos culturales o a omitir diferencias por aplicación de las normas de la cultura dominante.

### **3.3 COHESIÓN, ADAPTABILIDAD Y COMUNICACIÓN FAMILIAR.**

A pesar de lo mucho que se nombra a la familia, o de las veces que se la toma como eje de diversos discursos, insisto, es poco lo que sabemos acerca de los procesos familiares "normales" y el grado de satisfacción con la familia en cada una de las etapas. Es mayor nuestro conocimiento de los problemas individuales, que no obstante han comenzado o terminan dentro de la familia.

Hoy las familias se encuentran con interminables desafíos y frustraciones que amenazan sus estructuras presentes y someten sus recursos a exigencias excesivas. Para complicar sus problemas, la sociedad en general presta bastante poco reconocimiento a la importancia de la familia y no acude en su ayuda hasta tanto no se encuentre en un estrés intenso y sea incapaz de desempeñarse.

En general, la mayoría de los estudios se centran en aquellas familias que tienen dificultades para hacer frente a una gama de problemas emocionales, físicos (drogas, maltrato, abuso), por consiguiente, sabemos bastante más sobre las familias "problema" y presumimos que las familias "normales" carecen simplemente de estas características. Lo que no conocemos, o no damos a conocer, son justamente los aspectos positivos, los lados fuertes y los atributos de las familias que enfrentan eficazmente el estrés cotidiano.

En la época actual en que existe gran preocupación por la desaparición o disolución de la familia, nuevas herramientas conceptuales y no sólo técnicas, son necesarias para brindar apoyo y fortalecer a parejas y familias.

Dentro del conjunto de las investigaciones familiares más recientes, tres conceptos son centrales: la cohesión familiar, la adaptabilidad y la comunicación familiar, es decir son indispensables para atribuir a la familia una influencia mediadora positiva.

La cohesión familiar se refiere a la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Existen cuatro niveles de cohesión familiar: desvinculada (o sea una ligazón muy baja), separada, conectada y enmarañada. Cuando la cohesión es excesiva, se trata de un sistema enmarañado y existe un exceso de identificación con la familia, de

manera tal que la lealtad hacia ella y el consenso interno impiden la individuación de sus miembros. En el extremo opuesto, los sistemas desvinculados estimulan un alto grado de autonomía: los miembros de la familia "hacen cada uno lo suyo" y tienen un apego o compromiso limitado hacia ella. En el área central que se corresponde con los modelos separados y conectados los miembros pueden experimentar la independencia de la familia y la conexión con ella, de maneras equilibradas.

La adaptabilidad familiar es la capacidad de un sistema familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. La adaptabilidad puede ser muy baja, es decir rígida, estructurada, flexible o caótica. La adaptabilidad marca el potencial de desarrollo o crecimiento, es la capacidad de cambio cuando éste es necesario.

La tercer dimensión es la comunicación familiar. Se refiere básicamente a la comunicación positiva, facilitadora, por ejemplo la empatía, la escucha reflexiva, los comentarios de apoyo que permiten a los miembros compartir sus necesidades y preferencias cambiantes o bien en el otro extremo la comunicación negativa como son los dobles mensajes, las críticas.

A partir de estas tres dimensiones podemos mirar, entender y ayudar a una familia, aunque todavía son necesarios otras lentes y varias frecuencias simultáneas.

a) Atender a la forma en que los miembros de cada familia se nombran, se definen y adjudican entre sí variados grados de inteligencia, capacidad, pereza diligencia o creatividad en áreas particulares, muestra como se establecen en el seno del grupo familiar etiquetas o rótulos —igual a lo que sucederá más tarde en la escuela o en el trabajo, por ejemplo "brillante", "estúpido", "torpe", "lento", "exagerada", "una niña difícil", "sensible". Estas etiquetas traducen el modo en que los padres responden a sus hijos y a su vez los hijos tienen un tremendo poder para controlar la conducta parental.

Estas atribuciones pueden socavar o apuntalar los logros del niño o joven, creando una profecía autocumplida (Rosenthal y Jacobson, 1968, Watzlawick, 1984). Cada uno actúa y encarna aquellas características que le son atribuidas por otros, en particular estas etiquetas o rótulos familiares tienen mucho peso y por muchos años.

b) Analizar la estructura,(cómo se configura u organiza ese grupo familiar, cuáles son los subsistemas, las jerarquías, las alianzas entre miembros, las fronteras, el poder de cada miembro) y el estilo de comunicación familiar permite entender la concepción que la familia tiene sobre sí misma.

Un grupo familiar débilmente organizado o suborganizado, en el cual predomina una comunicación cortada, poco clara, genera y multiplica mensajes opuestos, o dobles, no orienta claramente hacia la tarea, no mantiene el foco de atención y tiende a producir fragmentación.

En este estilo de estructura y comunicación familiar- suborganizado- predomina un estilo de control o de autoridad errática que se relaciona más con el "humor" del adulto frente a cada situación que con un proceso de principios o de valores rectores significativos y constantes para ese grupo familiar.

Esta característica se observa de manera muy evidente frente a las situaciones de resolución de conflictos cuando en lugar de dirimirse en diálogos, confrontaciones, consensos, acuerdos mínimos u otras formas, se eligen o se opta por diversas formas de amenazas o contra amenazas. En estos casos la intensidad de la acción y el ruido (gritos) van en detrimento de una comunicación verbal fluida y más satisfactoria. Los miembros - adultos y jóvenes por igual- no esperan, ni han aprendido a ser escuchados, no se implementan soluciones a largo plazo ni respuestas cognitivamente mediadas. Suele imponerse la relación jerárquica por sí misma y se exige acatamiento si es necesario por la fuerza (real y física o simbólica.)

Es una modalidad de comunicación fragmentada, entrecortada, cargada de interrupciones o cambios de temas abruptos, que sume a los participantes, principalmente a los hijos, en un desconcierto total.

Distintos niveles de mensajes en la comunicación formal (lo que se dice) y la informal (lo que se hace o se da a entender) se anulan mutuamente.

En definitiva situaciones no claras respecto de roles y funciones en los distintos miembros, suelen producir una desorientación generalizada frente a las tareas al desconocerse el qué y el cómo se espera de cada uno.

La estructura, interacción y comunicación dentro de la familia superorganizada, lo opuesto a la anterior, muestra una excesiva preocupación y ansiedad de los adultos sobre los aspectos de rendimiento. Los adultos, aquí padres, están sobreinvolucrados o tienen características de sobreprotección respecto de los hijos, lo cual produce o exacerba la conducta de oposición. El hijo en general es visto como "débil o perezoso", se priorizan los resultados o el rendimiento en general, lo cual genera o sostiene un negativismo o conducta de oposición pasiva frente a tareas y logros generales. El hijo en estas circunstancias es visto (y probablemente se siente) como incompetente" y lo expresa con una conducta distante, apática y negligente.

Una tercera forma de estructuración y comunicación familiar es aquella en la que se da poca o nula motivación. El estilo comunicacional en este grupo familiar es de descalificación continua o desvalorización de las conductas y en particular de los logros de sus miembros. Hay un débil marco de contención familiar y se responsabiliza exclusivamente al niño de sus éxitos o fracasos sin tomar en cuenta la atmósfera familiar y social. Se dan concomitantemente atribuciones inapropiadamente negativas de la familia y bajas expectativas o desvalorización en el área de los logros.

Suele además ser explícita y abierta la descalificación del contexto escolar o laboral. Los padres pueden desvalorizar los logros académicos también explícita o implícitamente

por medio del ejemplo. Para establecer una escala de valores atribuidas al logro se apoyan en sus propios éxitos o fracasos intelectuales, culturales o sociales y en sus formas de relación con figuras escolares de su propia historia.

Obviamente una comunicación positiva, flexible, en un grupo familiar que confía en sus propios recursos, con una pareja conyugal fuerte y satisfecha con el matrimonio y la vida familiar potencian las fuerzas de orgullo y acuerdos familiares, que parecen servir de amortiguadores ante los sucesos estresantes de la vida. Cualquier perspectiva positiva debe naturalmente ser nutrida por un contexto alentador, las condiciones de vida tienen que presentar recompensas accesibles y predecibles.

c) Otro aspecto imprescindible en el trabajo con familias es considerar los propios valores (del profesional correspondiente) que siempre actúan como filtros, tanto desde lo profesional como desde el género al que pertenecemos.

d) Tomar en consideración la clase social a la que pertenece esa familia, los aspectos de etnicidad (tradicción y conflictos con la aculturación), el ciclo vital por el que atraviesa, las etapas evolutivas de cada uno de sus miembros y que es lo esperable que pase en ese determinado contexto social.

La familia, como institución primaria y básica, ha sufrido cambios importantes en las últimas décadas. El concepto tradicional de familia y los roles que dentro de ella juega cada uno de sus miembros, se ha modificado sustancialmente. Desde la familia extensa, en que convivían varias generaciones (patriarcado) reconocemos hoy a la familia nuclear (de padres e hijos) y otras formas de agrupamientos familiares muy diferentes de pautas históricas anteriores.

Estos modelos se dan en todas las clases y niveles sociales dando lugar a diversas configuraciones familiares: familias uniparentales, familias ensambladas, familias reorganizadas, hijos que no conviven con sus padres, convivencias de miembros que no poseen lazos consanguíneos, "parientes sin nombre", (el lenguaje cotidiano lo expresa con su habitual riqueza: "el hijo de la novia de mi papá, que obviamente no es mi hermano", o la relación entre " ex-consuegros" o ex-cuñadas)

Los roles asignados a cada sexo, inmutables por siglos, hoy también son "sacudidos" y deben adecuarse a necesidades y formas nuevas. Respecto del rol femenino asistimos al cambio del orden jerárquico anterior. La mujer accede a roles que no hubieran podido ocupar sus madres.

El rol masculino paterno naturalmente también ha variado, no siempre en sintonía con los cambios del rol femenino materno. El rol de autoridad antes exclusivo, incuestionable, rígido, la toma de decisiones, el manejo del dinero y otras dimensiones que se ven fuertemente cuestionadas.

Familias uniparentales, en su mayoría nucleadas alrededor de la figura materna, nos muestran hoy una mujer sola, soportando todo el peso de la crianza, la manutención y el cuidado y educación de los hijos.

Se esgrimen como explicaciones a estos nuevos fenómenos de la vida familiar, entre otras, la incorporación de la mujer al mercado laboral, su igualación en muchos planos con el hombre, los divorcios, la variabilidad en las relaciones de pareja, las familias ensambladas. Lo cierto es que entre otros aspectos, se han reducido de manera drástica los miembros fijos en la familia nuclear. La consecuencia es que hay cada vez menos mujeres y ancianos ( y hasta criados) que antes eran los miembros de la familia que más tiempo pasaban en casa junto a los niños, como efecto de ello hoy tenemos niños y jóvenes que pasan solos o en grupos de pares (a veces pandillas o patotas) muchas horas del día.

Los cambios en la configuración de la familia, los nuevos roles femenino- materno y masculino- paterno, las exigencias laborales, económicas, la incertidumbre existencial, la complejidad de la vida actual, ha transformado a la familia en una instancia social que no cubre su papel socializador de antaño y cada vez delega más y más funciones sobre otras instituciones.

Padres y/o tutores que han perdido su autoridad o no la ejercen, delegan sobre la escuela y otras instituciones cada vez más funciones primarias.

La escuela, por ejemplo, imperceptible y sutilmente las asume y los docentes pasan a ocupar roles paternos, terapéuticos y de trabajadores sociales. Se complejiza así su función específica de enseñanza haciéndose cargo en bloque de aspectos socio-emocionales y culturales de los alumnos que, por otra parte, no puede cubrir, lo que produce un círculo de frustración y descalificación continuo. Los docentes, también partícipes de esta cultura social, actúan estos mismos modelos de adultos abdicantes lo que da como resultado una forma radicalmente opuesta al tradicional y cuestionado autoritarismo: el permisivismo y el facilismo.

Hasta aquí los conceptos teóricos y pautas centrales respecto de la familia; en la educación de los hijos quisiera exponer algunos parámetros, modelos o estilos familiares que la clínica nos muestra como disfuncionales.

Predicar sobre "lo que debemos hacer" en este terreno parece peligroso y sin dudas audaz y muy soberbio. Por otro lado, anularía esta característica tan genuina de las familias de hacer las cosas "a su manera" y quitaría lo que precisamente es necesario salvaguardar el lugar y la decisión de los padres y, en todo caso, de todos los otros miembros de decidir qué y cómo hacerlo y en qué tiempos.

Quienes trabajamos con situaciones humanas complejas sabemos cuán poco nos sirven y qué poco claros, o excesivamente amplios, son los pretendidos criterios de normalidad y salud.



Quisiera una vez más a destacar algunos ejes que como padres o profesionales pueden orientarnos en la tarea de lograr un mayor bienestar de las familias, cada uno desde su pequeño o gran campo de intervención.

La necesidad de una seria reflexión como adultos, padres, docentes, profesionales, ya que no escapamos tampoco al signo de los tiempos. El fanatismo por lo juvenil está presente en los modelos contemporáneos de comportamiento adulto. La moda joven, la despreocupación juvenil, el cuerpo ágil, los cultos a los deportes, lejos del concepto adulto vigente para generaciones anteriores sobre la madurez adulta, esa aleación de experiencia, paciencia, moderación y sentido de la responsabilidad parecen estar desdibujados como modelos de aprendizaje para nuestros jóvenes.

Como contracara del eclipse de la autoridad paterna-adulta es la transformación de los propios niños y jóvenes formados dentro de este modelo social y fuertemente influidos por la cultura en que vivimos, lo que nos obliga a mirar más de cerca lo que rodea a la familia: el medio.

La información masiva (no sólo de la TV, videos, periódicos, revistas) a que estamos sometidos y la instantaneidad de todo lo que ocurre en cualquier lugar del planeta sin tiempo, antes de una nueva y distinta información, fragmenta nuestro conocimiento y nuestros vínculos más estrechos. Es muy difícil mediatizar esta loca y arbitraria fragmentación de contenidos. A niños y jóvenes se les develan realidades atroces, de tal crudeza que ni los adultos podemos a veces tolerar.

Si se estimula la colaboración entre los miembros, creando nuevas o renovadas competencias, apoyo mutuo y confianza, se fomenta la creación de un clima potenciador que permite vivenciar el producto de sus esfuerzos, recursos y habilidades. Las experiencias de éxito, por pequeñas que sean, aumentan el orgullo y eficacia de la familia, permitiéndole enfrentar con mayor eficacia aún las adaptaciones subsiguientes.

Estimular el respeto, la tolerancia, la serenidad, ofrecer ayuda, apoyo, reconocer y recompensar en forma explícita cualidades y logros, las conductas positivas prosociales, la colaboración. Alentar la empatía y la simpatía –en el sentido griego etimológico del término, - "ponerse en el lugar del otro" que es comunidad de sentimientos", es también parte de una vida familiar equilibrada y satisfactoria. La empatía desarrolla la creatividad, puesto que identificarse con los demás permite vivenciar una gama de experiencias superior a la de una vida individual.

Evidentemente la socialización se inicia en cada familia pero el mundo exterior penetra muy rápidamente en ella, por lo tanto, se trata no sólo del papel y modelo de padres sino además de otros adultos significativos, entre los que estamos todos incluidos, especialmente desde nuestros roles profesionales.

La construcción de sólidas redes de apoyo y sistemas sociales más amplios que fomenten vínculos comunitarios, dado que las familias en situación de crisis los han perdido. La comunicación en la familia permite a los integrantes expresar sus ideas y

sentimientos. “el acto comunicativo empieza con la vida misma y a su vez toma formas diversas y complejas: desde la comunicación animal hasta los sofisticados medios masivos de comunicación humana. “ ( Gonzales Alfonso Carlos. Principios básicos de comunicación. Ed. Trillas. México 1990. pag 11)

### **3.4 TIPOS DE COMUNICACIÓN**

**Intrapersonal** Es el hablar con uno mismo y sí es posible porque uno mismo se puede contestar, es el hablarte a ti mismo, viéndote como objeto de estudio. Se realiza en la mente, en el pensamiento y desarrolla la inteligencia, su función primordial es la comprensión de la realidad. Este tipo de comunicación es el principio de tener otra comunicación con una o mas personas. “la comunicación intrapersonal es la manipulación de señales que se producen dentro de un individuo “(Maldonado Willman, Hector . Manual de comunicación oral, ED. Alambra Mexicana. México 1993 Pág. 42) ·

**Interpersonal.** Se manifiesta entre dos o mas personas, por lo general cara a cara, con un solo tema, estas personas intercambian mensajes para tratar de cambiar la conducta de las otras personas. La intención de comunicarse es el deseo o intención para la lograr algún fin, nunca por el mero deseo de hacerlo. “ El estudio de la comunicación interpersonal se ocupa de las situaciones sociales relativamente informales en la cual las personas interactúan entre si mediante el intercambio de señales verbales y no verbales “ ( Maldonado Willman Hector. Manual de comunicación oral. Ed. Alambra Mexicana México 1993 pag. 42)

Los individuos que participan en este tipo de comunicación emplean en ocasiones los cinco sentidos, esta forma comunicacional permite un ser mas simétrico, una relación de reciprocidad. Y como dije anteriormente los estímulos y la expresión pueden ser no solamente verbales, sino táctiles, gestuales o una combinación de todas. En algunos casos, las necesidades del individuo que se encuentran comunicándose son diferentes a las que señala o debe señalar, esta situación conlleva a una incomunicación. Así un buen conocimiento de cada uno de los mensajes que utilizan cada uno de los integrantes de la familia, facilitaría la interpretación de mensajes. Veamos un ejemplo: El padre que da un abrazo al hijo puede significar apoyo en una circunstancia difícil, mientras que el hijo que recibe la muestra afectiva le da otra interpretación como esta : “ me tiene lastima “ . En este caso el mensaje fue mal interpretado. El conocimiento de cada una de las expresiones no verbales por parte de los integrantes, les pueden evitar malentendidos y una mejor interpretación a los mensajes así como una mayor unidad. Los integrantes de una familia deberían de utilizar o explotar mas esta forma de comunicación para dar a conocer sus inquietudes, esperanzas, malentendidos, frustraciones y fortalecer su interrelación. Por lo regular el descuido de este tipo de comunicación conlleva a una desintegración y problemas familiares ·

- Intragrupal : Se conforma por grupos que se establecen por hechos sociales, presentan un mínimo de unidad, ya sea por lazos psicológicos interés materia o espiritual, como el caso de la familia. Esta comunicación se origina de la circunstancia de relacionar se los individuos, estos al asociarse se interrelacionan con conductas y se organizan en jerarquías, roles, normas. Los grupos se dan con base a objetivos específicas.

La interpretación comunicativa hacen interdependientes a los miembros, la familia presenta este tipo de comunicación con otros grupos familiares. La estructura de toda organización se establece a partir de redes de roles, estas son relaciones de actividades de los diferentes miembros, la jerarquización se da para la información y las decisiones. El objeto de grupo o familia es la autoconservación para la producción o logro de bienes materiales, espirituales u otros La familia es la relación y el nexo de una persona y viceversa, el individuo está marcado por la familia en su comportamiento social y comunicacional, y ésta debe de identificar al miembro. La identificación está dada por el sentido de pertenencia que establece la familia al integrarte · Intergrupal: es la interrelación comunicativa entre los grupos y familias, con un lenguaje , meta o fin común, con una compatibilidad necesaria para relacionarse a través de canales que sirvan dentro como fuera del grupo o familia. Un ejemplo serían las instituciones como la AA, OCEÁNICA, los Optimistas, etc. Que se relacionan por un fin común: Superar a los individuos en diferentes aspectos. Es la comunicación que se establece para transmitir mensajes entre grupos, como en reuniones familiares o eventos con la parentela El tema de la comunicación es amplio a nivel familiar. Los antropólogos señalan otro tipo de comunicación familiar consciente e inconsciente en el decorado del hogar, en la forma de amueblar y en la arquitectura de la casa. “ Existen mensajes en cada vivienda de acuerdo al gusto de los habitantes. En una casa se puede transmitir la pobreza, el confort, la higiene , entre otros aspectos son mensajes que el visitante capta ” ( Lima Barrios Francisca. Familia popular , sus practicas y la conformación de una cultura. Ed. INAH . México 1990. pag 59 )

El proceso comunicativo sigue siendo el de emitir mensajes a los receptores, cada lugar tiene un código para los miembros familiares y esta también es una comunicación familiar. Así, tenemos que la comunicación “ es una enorme sombra que cubre y afecta todo lo que sucede entre los seres humanos. Una vez que el individuo llega al planeta, la comunicación es el factor determinante de las relaciones que establecerá con los demás , y lo que sucede con cada una de ellas en el mundo. La manera como sobrevivimos, la forma como desarrollamos la intimidad, nuestra productividad, nuestra coherencia, la manera como nos acoplamos con la divinidad, todo depende de nuestras habilidades para la comunicación “ ( Satir, Virginia. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar . Ed. Pax, México pag 64 )

Los individuos educados con una comunicación familiar fluida desarrollan elementos para relacionarse mejor y desempeñarse en la sociedad. El ser humano no puede dejar de comunicarse, y es en la familia donde se enseña a utilizarla para sus propios fines. Así la

comunicación familiar para la integración es necesaria y efectiva. Entre padres e hijos es muy común las quejas de que no se entienden, el síntoma radica en problemas de comunicación. Lo primero que se debe tomar encuentra es que cada integrante es un ser diferente, único e irrepetible.

Cada persona tiene un tipo psicológico, el cual posee características innatas que funcionan de manera inconsciente y se modulan por factores ambientales. Esto le sirve para relacionarse con el mundo, percibirlo y valorarlo. Es decir el desarrollo del integrante no es completo, lo obligan o someten a dinámicas negativas y en algunas ocasiones a crisis familiares. El doble discurso se presente cuando el interno queda reprimido por el externo, en consecuencia el primero lo traiciona con actos frustrados. Dentro del tipo psicológico existe un tipo de disposición que nos divide a los seres humanos en dos clases: introvertidos y extrovertidos que se combinan con otras características y esto nos sirve para relacionarnos con el medio ambiente: por ejemplo “ para percibir podemos utilizar la sensación o la intuición y para valorar utilizamos el pensamiento o el sentimiento “ ( Lopez Uriarte Adolfo. La comunicación familiar, en romper filas, año 4 No. 8, 1995)

Los introvertidos se relacionan con las cosas y personas que los rodean hacia su interior, buscan que la energía psíquica fluya de afuera hacia adentro, de los objetos al sujeto. No se muestran abiertos ni sociables. Lo que percibe lo interpreta según su propia manera de ser, que a su vez esta determinada por su socialización y su marco de referencia, esto da lugar a que no vea a los demás como son, necesitan que respeten su espacio interior, no tolera las interrupciones cuando esta dedicado a algo, necesita atender una sola cosa y espera que los demás actúen de la misma manera. Estas características hacen del introvertido enojos de los demás como un individuo arrogante, altanero, engreído o bien inseguro y retraído y con quien no dan muchas ganas de relacionarse. Lo que realmente le sucede al introvertido es que depende mucho de lo externo, a veces supone que algunas cosas suceden por él o tienen que ver con él. oportunidades a lo hijos de participar, y los hijos respetan a los padres.

La comunicación se debe de dar en todos los sentidos, primero en la pareja desde la oral o verbal e incluso la comunicación sexual. “La comunicación es probable que sea mas eficaz cuando el informado se siente muy identificado con el informante y comparte con los valores comunes: analogías de sexo , edad , clase social, etc.” (Kar Snehendu. Papel de la comunicación en la planificación de la familia: Estado actual de las investigaciones.Paris,UNESCO.1995, Pag.27).

El respeto, tolerancia y comprensión entre los miembros hacen de la comunicación una forma de integración familiar. En consecuencia la familia debe cumplir en crear y dar un ser humano a la sociedad para perpetuar el orden de una nación o comunidad. La comunicación es arma imprescindible y básica en la integración familiar y desarrollo de una sociedad La incomunicación es un factor que a menudo se presenta en las familias : “ la incomunicación obstaculiza la capacidad de conocerse de cada persona , su interrelación con su entorno y su quehacer cotidiano ( Wahlroos, Sven. La comunicación en la familia: una guía hacia la salud emocional. Ed. Diana. México 1979 )

La comunicación es fundamental para establecer lazos de compañerismo, amor y confianza más allá de los sanguíneos. La tolerancia es una herramienta fundamental, el respeto por las ideas, pensamientos y deseos de los demás es una forma de establecer armonía y progreso a la humanidad. La responsabilidad y compromiso comunicacional de dar mensajes claros es otra arma importante en las relaciones familiares. La visión sociológica señala que los malestares familiares son consecuencia de la sociedad y sus estructuras como: el desempleo, la economía, la educación, etc. La visión psicológica señala que los malestares familiares son consecuencia de la falta de cariño, incomunicación, afecto, atención, etc. tanto, podemos analizar y comprender esa cultura, que tanto abarca, hasta donde llega esa cultura cuales se forman y se adquieren primeramente desde la familia.

### **3.5 TIPOS DE FAMILIAS**

En la actualidad vemos que muchas familias están constituidas de diferente manera dependiendo los roles de cada miembro que la integra. La UNICEF reconoce tres tipos de familia:

1. La familia semiintegrada · El padre es autoritario · El conformismo y sumisión de la madre y de los hijos ante los valores impuestos por el padre · La separación entre el poder (el padre) y la moral ( la madre), la combinación de esto nos da: en los varones, enfrentarse a los logros económicos, la ambición y la confianza en si mismos son sus metas. En las mujeres se da el trabajar en la casa, la sumisión, la abnegación y por tanto la dependencia.
2. La familia material · La madre cumple con su rol y además con el de el papá en los ámbitos sociales y psicológicos. Todo gira entorno a ella debido al divorcio, viudez o ser madre soltera.
3. La familia igualitaria: · Las decisiones familiares las toman ambos padres · Se garantiza el desarrollo de la personalidad de los hijos · Los hijos opinan · Ni la madre es sumisa ni el padre dominante · La importancia que llega a tener la familia depende del desarrollo de los individuos que la conforman (Arizpe: vol 11 no. 7 Revista femenina: Familia, desarrollo y autoritarismo) Los cambios que sufre la concepción de la familia en la actualidad, de familias tradicionales, unidad, extensas a la constitución de parejas homosexuales, modifican las costumbres y las culturas. Y es que en la actualidad ya no encontramos familias con 10 ó 13 hijos, fácilmente y antes esto era muy común. Podemos decir que las actuales parejas ( homosexuales) tienen la posibilidad de ir transformando las visiones arcaicas y tradicionales a una visión más moderna.

En el caso de la familia tradicional mexicana el prototipo de ella se consolidó de una pareja y muchos hijos donde la madre ocupaba el rol de administradora del hogar y el padre el rol de la manutención económica. Este tipo de familia fue la predominante en los años 40', 50' y 60'. Para los años 70' y 80' la familia se compacta, hay menos hijos y el padre comienza a participar más en las labores del hogar y crianza de los hijos, las madres comienzan a trabajar. Tenemos que la familia nuclear es la conformada por el padre, la madre y los hijos, la familia extensa se establece a partir de la nuclear más la convivencia diaria con abuelos, tíos, primos, etc. Que viven en un mismo hogar. El proceso de distribución de satisfactores en la familia está dirigido por los padres.

En ellos está el que las expectativas que pone cada miembro en otro están destinadas a cumplirse razonablemente. En el mejor de los casos este proceso marcha bien y prevalece un ambiente de amor y respeto mutuo. Pero si la atmósfera familiar está llena de cambios, pueden surgir profundos sentimientos de frustración, resentimiento y hostilidad. Entre los deberes y obligaciones de los padres con los hijos se encuentran las siguientes - Satisfacer las necesidades físicas: esto es, alimentos, vestido, medicinas, techo, - Cubrir las necesidades afectivas: esto es, comprensión, cariño, amor. - Fortalecer la personalidad - Formar los roles sexuales - Prepararlos para el mejor desempeño de los papeles sociales - Estimular las actividades de aprendizaje y apoyo de la creatividad de la iniciativa individual. La familia es una institución biopsíquica y social es decir, que efectivamente por un lado tiende a satisfacer cierto tipo de necesidades físicas que la forman, representa también una estructura cultural. Un conjunto de relaciones a través de las que el individuo va cubriendo sus necesidades integrales.

El hombre siempre busca medios más adecuados para sus demandas y es dentro del grupo familiar en donde deben encontrar la solución más inmediata. En cada una de las familias mexicanas existen peculiaridades y características propias. En algunos hogares vive en uno o dos cuartos cuando mucho, por ejemplo. "La vivienda popular está llena de objetos, de cosas y de gente, siendo una de las peculiaridades más generalizadas al amontonamiento. Esto se debe en parte a la falta de espacio, a la necesidad de un uso exhaustivo del espacio y simultáneamente se configuran en las personas la necesidad de espacio "reellenos" y la seguridad ante los espacios abiertos" (Lima Barrios, Francisca. Familia popular, sus prácticas y la conformación de una cultura. Ed. INAH México. Pág. 60)

Las bases familiares se deben establecer a partir del respeto y del afecto, las cuales son necesidades importantísimas para la adaptación y motivación del individuo. La familia tiene necesidad y obligación de proteger, el resguardar, educar, comprender y dar todo tipo de satisfactores materiales y espirituales, así como el enseñar los establecimientos sociables. Estos principios justifican su institucionalización.

### 3.6 ROLES EN LA FAMILIA.

Los roles son actividades desempeñadas por los integrantes. Por ejemplo: en una familia nuclear tradicional la madre es el centro afectivo, ella otorga seguridad emocional y es la administradora del hogar. Los roles pertinentes y respetados por los demás, para la funcionalidad y sanidad del grupo familiar, se deben establecer de acuerdo a las necesidades y jerarquías para una buena funcionalidad. El padre, la madre e hijo tiene el derecho de opinar y buscar soluciones a problemas que afecten al grupo en conjunto. “ Ser madre implica ser maestra 24 hrs. al día, ser educadora, guía y consuelo, amiga y a veces capitán de ejércitos, todo a la vez. Los hijos varones ven en la madre una analogía en el hogar, donde las enfermedades se sufren con mayor paciencia, los problemas se solucionan y el mundo se olvida. Las hijas mejor aun, ven en su progenitora la analogía de ellas mismas” ( Mezquita, Maria Teresa. De madres y otros mitos, en revista Fem. No. 123 mayo 1993, año 17 pag 20 ).

Los roles familiares se establecen de acuerdo a cada sociedad. En México la madre es el principal símbolo de procreación, de seguridad y en ocasiones de sanidad; el fenómeno de la reproducción humana esta ligada al cuerpo de la mujer, no existe otra manera, otra forma para la reproducción humana. Los roles son variados, de acuerdo a las necesidades de los individuo. La mujer ha sido motivada a buscar un área donde pueda trascender y tener una valoración personal, un mundo donde realmente obtenga un reconocimiento en lo jurídico, en lo político, en lo cultural y sobre todo en el momento actual, en lo económico . “Las sociedades modernas indican que a cada etapa del desarrollo capitalista corresponde una definición distinta de los deberes y obligaciones de los miembros de una familia”.(Arizpe, Lourdes Familia ,desarrollo y autoritarismo. Rev. Fem.,Vol. 11, No. 7, Abr-Jun., México) .

En México prevalecen ciertos roles femeninos, en el caso de las familias tradicionales la madre-esposa tiene derechos y obligaciones, como la dependencia económica y fidelidad al marido. Sin embargo, no siempre funcionan estos estereotipos. Las dinámicas son variadas conforme la personalidad, temperamento y carácter de los integrantes. Los problemas son originados por sentimientos y malos entendidos que crecen a medida que el tiempo pasa. La solución es la comunicación dentro del grupo. Los roles son variados de acuerdo a las necesidades de los individuos y como ya vimos la , por lo general , la madre es la conciliadora entre el padre y los hijos. Los padres asumen el rol de satisfactores a las necesidades de los hijos , en donde los ámbitos psicológicos y afectivos son muy importantes. Es así que el padre implica no tanto la presencia física como tal sino la presencia psicológica, este aspecto fortalece o debilita la madures del hijo.

En el caso de las madres solteras son ellas las que deben asumir una serie de roles del hijo. El otro sujeto llamado padre no se puede considerar como miembro a menos que participe directamente en la dinámica familiar, y asuma un rol y papel dentro de la situación. Un ejemplo de los cambios y dinámicas familiares, es que: no es lo mismo la convivencia de la pareja después del primer hijo y ésta circunstancia no es la misma

después del segundo hijo. Los roles se ajustan o sufren modificaciones de acuerdo al estilo de vida actual de la familia . De acuerdo a esto podemos observar que en algunas familias ( en la mayoría ) el padre trabaja, la madre se queda atendiendo las labores del hogar, los hijos se van a la escuela, regresan, comen, hacen la tarea y se duermen; muchos no ven a si papá y por lo tanto no platican con él ya que trabaja todo el día.

La familia es un grupo social e institucionalizado, un sistema dinámico y por lo tanto cambiante, en él, los seres humanos se integran y constituyen para satisfacer necesidades primarias y secundarias. Los deberes y obligaciones constituyen la funcionalidad y sanidad para el orden social, las motivaciones y desarrollo individual convergen en el crecimiento psicológico de cada persona. Para la sociología, la familia es un grupo lastimado por factores sociales y ésta propicia problemas a la sociedad, pero a su vez esos factores surgen en la familia. En este sentido la familia debe resguardar y preservar el orden social, así como éste debe propiciar elementos para su equilibrio.

La falta de una buena comunicación trae como consecuencia y por lo regular, machismo, el sometimiento y sumisión de la mujer, violencia familiar, crisis que llevan a una desintegración familiar y otros factores negativos al desarrollo de la sociedad y del individuo. La incomunicación es un factor que a menudo se presenta en las familias “obstaculizando la capacidad de conocerse de cada persona, su interrelación con su entono y su quehacer cotidiano “( Millé de García Liñan , Carmen, La necesidad de comunicarse. Ed. Edamexm, México, 1993 pag 7) Existen problemas sociales como la delincuencia, la drogadicción, el alcoholismo, los asesinatos, el pandillerismo, embarazos prematuros, madres solteras, etc. son irresponsabilidad y malestares familiares.

Como se ha dicho la familia es un ente móvil, combine y dinámico. Los factores externos e internos repercuten constantemente, de ahí que siempre se cambia para las mejores relaciones familiares, cuando no ocurre tal situación, los problemas absorben a los integrantes y se presenta una crisis que puede terminar en una desintegración familiar. La crisis no es solo una manifestación negativa, cualquier grupo humano tiene dinámicas, que al paso del tiempo se deterioran y cambian, si se presenta un avance en las dinámicas, la crisis puede ser superada y tomar un sentido positivo. Los síntomas de crisis familiar son muy variados, depende de cada familia, el nivel de integración, el juego de roles, el nivel de comunicación, cultura y organización social.

### **3.7 APORTES DEL PSICOANÁLISIS**

El concepto de familia ha sido definido desde diversos puntos de vista de acuerdo al enfoque que proporcionan las diferentes áreas del conocimiento. Por lo tanto, no es posible construir una definición universal que involucre cada uno de los aspectos de la familia. Sin embargo, se hace posible una aproximación desde diversas disciplinas, áreas como la sociología y la antropología enfatizan en los aspectos sociales y culturales que muestran a la familia como una estructura social.



Isidoro Berenstein es uno de los autores de tendencia psicoanalítica que más aportes ha hecho a la terapia familiar. Él propone un modelo psicoanalítico estructural de las relaciones familiares, el cual une las proposiciones de la teoría psicoanalítica tal y como fueron desarrolladas por Freud, y de la antropología estructural según Lévi-Strauss. La primera es una teoría del significado inconsciente y la segunda es una teoría de la estructura inconsciente de los fenómenos culturales, lo cual a su vez reencuentra el psicoanálisis. Son diferentes al sistema del aparato psíquico, el de las relaciones familiares y el de las relaciones grupales.

Según Berenstein el modelo psicoanalítico estructural debe reunir varias condiciones básicas para su teoría e intervención con familias:

1. Las relaciones familiares tienen un carácter simbólico cuyo significado se haya en la estructura inconsciente. Relaciones familiares y estructura familiar inconsciente corresponde a dos niveles lógicos diferentes. Las primeras se refieren a conductas explícitas, como maneras de interactuar, modo de hablar, aplicación de nombres propios, etc.
2. La estructura inconsciente de las relaciones familiares es un conjunto ligado de relaciones entre términos a saber. Como por ejemplo, relaciones de alianzas entre marido y mujer, relación de la mujer con su familia de origen, relación del hijo con sus progenitores, y la relación del hijo con la figura materna o su representante. Estas relaciones son términos organizados en un modelo transformacional.
3. Las relaciones tienen una historia comprensible y vigente si se la toma en términos de la estructura familiar inconsciente, la cual organiza tanto las relaciones actuales como las relaciones recordadas y relatadas como históricas. La estructura familiar inconsciente contienen el significado, el orden, el sentido y es un objeto en sí mismo, distinto de los sujetos que lo conforman.
4. El concepto de doble vínculo es incluido dentro de este modelo. Hay varios elementos necesarios para esta construcción: dos o mas personas miembros de la misma familia; una experiencia repetida, por lo cual su presencia es habitual; un mandato primario negativo; un mandato secundario en conflicto con el primero a un nivel más abstracto; un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo. Todo este conjunto se convierte en una estructura, por lo cual la emergencia de uno solo de los elementos funciona como signo del conjunto.

### 3.8 FAMILIA Y FARMACODEPENDENCIA.

La familia es una institución que puede generar salud o provocar enfermedad , donde la conducta del farmacodependiente es en ocasiones una manifestación de la patología familiar .

Los estudios sobre drogas señalan tres grandes grupos de factores que intervienen en el consumo o en la prevención: factores personales, sociales y familiares.

La familia -centrándonos en el último grupo- es un agente clave en la prevención de conductas de riesgo ya que en ella, como ámbito natural de socialización primaria de la persona, se desarrollan los comportamientos, actitudes y valores básicos que el individuo perfeccionará a lo largo de su existencia. La experiencia muestra que las interacciones que se producen entre los miembros de una familia acaban repercutiendo en su funcionamiento general. La piedra lanzada al lago y las ondas que van recorriendo toda la superficie del agua es una socorrida metáfora de cómo actúan las interacciones en el sistema familiar. ¿Pero cómo puede influir la familia en conductas de consumo de drogas de sus miembros adolescentes? Sin perder de vista que la adolescencia, como etapa evolutiva específica, se convierte en un periodo que favorece la experimentación con sustancias.

La percepción de su invulnerabilidad, característica del adolescente, puede inducirle a probar sustancias peligrosas en un estado anímico de aparente control o de ausencia de problemas. Previamente, conviene recordar algunos conceptos sobre la utilización de las drogas. Modelos de consumo. El consumo de sustancias puede responder a los siguientes patrones:

Uso: Consumo que no produce consecuencias negativas en el individuo porque no las utiliza habitualmente o las cantidades ingeridas son mínimas. Hábito: Consumo repetido que, aunque no implica el incremento de la dosis, sí puede conducir a la dependencia.

Abuso: Uso excesivo o inapropiado de una sustancia. Los adolescentes españoles que consumen drogas se mueven entre el uso y el hábito, y no tienen por qué estar relacionados con el mundo de la marginalidad y la delincuencia, como ocurría en los años ochenta. En la actualidad, el consumidor adolescente de drogas apenas consume heroína, que es la sustancia más estrechamente relacionada con entornos de marginalidad social.

Tipo de sustancias. Según el Plan Nacional de Drogas, en lo que se refiere a las sustancias legales, en el año 2000 un 68'5 % de los adolescentes consumió alcohol y un 25'3 % tabaco. Entre las drogas ilegales están la cocaína y de las drogas de diseño. Frente a patrones tradicionales de consumo, que primaban una sustancia principal en alternancia con esporádicas pruebas con otras, los adolescentes actuales son policonsumidores: suelen ingerir diversas sustancias en función del contexto de ocio en el que se encuentren.

## **Factores de riesgo en las familias**

Los estudios sobre factores de riesgo asociados al consumo, señalan los siguientes factores relacionados con la familia:

**Sobreprotección:** Exceso de protección por la angustia que sienten los padres ante unos hijos cada vez más autónomos. Ésta produce en el adolescente poca autonomía, irresponsabilidad, escaso sentido crítico y dificultad para tomar decisiones ya que en todo momento va a necesitar la aprobación, deseada o no, de sus progenitores. Un adolescente que acaba asumiendo las consecuencias de esta sobreprotección puede presentar una seria dificultad para establecer relaciones grupales o hacerlo de forma dependiente, porque estará excesivamente vinculado a sus padres o asumirá que él, como individuo, debe ser objeto de aprobación en toda relación y tratará de cumplir expectativas aunque no tengan nada que ver con su escala de valores.

**Falta de comunicación:** Dificultad para escuchar o responder adecuadamente por parte de los padres. El adolescente suele quejarse de lo "poco comprendido" que es por sus progenitores, pero no es a esto a lo que nos referimos cuando hablamos de esa dificultad en escuchar o responder. El problema aparece cuando el adolescente, por su lado, y los adultos, por el suyo, perciben que se mueven en mundos totalmente incomprensibles para el otro. Entonces los padres tienden a establecer un paralelismo continuo entre sus experiencias y las que no acaban de entender en su hijo.

La situación genera introversión, inseguridad y ansiedad en el joven puesto que percibe que su mundo emocional es cuestionado constantemente. Que el adolescente asuma esto como natural supondrá dependencia en las relaciones sociales, problemas de integración y excesiva subordinación al grupo ya que necesitará ganar ese lugar que no encuentra en su familia.

**Dificultad para fijar límites:** La permisividad o rigidez de los adultos son igualmente dañinos para el adolescente y aún más nociva será la oscilación entre ambos sin un motivo definido. La permisividad acarrea dificultades para interiorizar normas debido a que la ausencia de ellas en el entorno familiar impedirá, al no comprender su necesidad social, la generalización a otros medios. La rigidez genera falta de flexibilidad en el cumplimiento de las normas o una tendencia a la trasgresión de las mismas, además de condenar al adulto a una actividad permanente para normativizar todo. La oscilación entre ambos extremos expone al adolescente a una situación de indefensión, en la que no sabe qué es lo que se espera de él. Esto se traduce en un liderazgo impositivo o en una inhibición relacional, dos extremos desequilibrados y despersonalizantes que impiden que el sujeto se manifieste como realmente es.

**Situación familiar conflictiva:** La relación conflictiva entre los padres produce cambios bruscos de comportamiento e incremento de la ansiedad en los hijos. Aunque el proceso evolutivo del adolescente le lleva a diferenciarse de su familia, ésta sigue siendo - aun por contraposición- la referencia central en su proceso de maduración.

Una relación familiar conflictiva conlleva en el adolescente la dependencia del grupo que así intenta conseguir su amparo o la dificultad para establecer relaciones grupales que eviten el compromiso relacional que tanto dolor le causa en su familia. Consumo excesivo de drogas por parte de los padres: No nos referimos exclusivamente a las drogas ilegales, el alcohol consumido por los padres puede ser una importante fuente de problemas en la familia. Asimismo hay que enfatizar que una actitud permisiva o el mismo consumo de sustancias tóxicas en los progenitores puede promover un aprendizaje por modelado y facilitar la incorporación del adolescente a grupos de consumidores.

Sobreexigencia: Exceso de expectativas sobre el adolescente. El afán de que los hijos obtengan éxito y logren las mejores oportunidades puede ocultar a los padres las verdaderas capacidades, necesidades y deseos de sus hijos. Y, en consecuencia, quizá estos pueden llegar a sentirse infravalorados. La sobreexigencia favorece la falta de motivación y añade dificultades para aceptar los fracasos. En las relaciones sociales, podría implicar rivalidad porque el joven sometido a sobreexigencia tenderá a pensar que se es bueno si se es mejor que otro. Todos estos factores citados se correlacionan con el consumo de droga pero no lo implican necesariamente. Aun en el caso de que se diesen todas estas situaciones, el muchacho expuesto a ellas no está abocado a consumir, ni tan siquiera a probar, sustancias tóxicas. Es decir, no puede negarse la influencia de los factores de riesgo en el entorno familiar, pero no son los únicos, estos confluyen con otros factores individuales y sociales en el inicio y mantenimiento de las conductas de consumo. ¿Cómo proteger dentro de la familia?

En todo caso siempre podemos reconocer el mayor número de los factores de riesgo en nuestro ámbito familiar y transformarlos en factores de protección: Protección orientada a la autonomía. Estar pendientes para evitar riesgos innecesarios pero pretendiendo que sean ellos los que vayan formando sus propios criterios. Se trata de que nuestro hijo tenga una autoestima alta y equilibrada que le permita desenvolverse sin lanzarse a riesgos innecesarios. Comunicación. Escuchar desde las necesidades de los adolescentes. Intentar no juzgarles, invitarles a la reflexión y respetar sus decisiones. Establecer unos límites claros y estables. Ayudarles a ser autónomos no implica permitir que hagan lo que quieran. Los límites producen, entre otras cosas, seguridad. Coherencia. No podemos pretender que los hijos no consuman sustancias tóxicas si nosotros no somos capaces de no excedernos o de mantener una posición sin ambigüedades al respecto.

Los adultos quizá seamos capaces de buscar el equilibrio pero no olvidemos que la adolescencia es una etapa de extremos. Exigencia. No se trata de pedirles lo imposible, pero tampoco de permitirles desaprovechar sus capacidades e ilusiones. La información sobre la peligrosidad de las drogas no es suficiente y en ocasiones resulta ineficaz. La labor de los padres ha de estar orientada a establecer vínculos familiares sanos, a ocuparse y no "preocuparse" del ocio de sus hijos e incrementar la autoestima de los adolescentes para que sean ellos, desde su propia seguridad, los que puedan decir: "no".

# CAPITULO IV

## METODOLOGIA

### 4.1 JUSTIFICACIÓN

El valor de este trabajo radica en poder aportar una respuesta al consumo de cocaína que es un problema actual en México y que por lo mismo se intenta proponer también algunas reflexiones en la familia mexicana contemporánea sobre la articulación entre el fenómeno droga y la patología familiar.

Es un estudio Observacional, dentro de la investigación científica se denomina “Investigación Ex post -Facto”, la cual es definida de la siguiente forma: “Investigación Ex post -Facto es investigación empírica sistemática en la que el científico no tiene control directo de variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables se hacen inferencias acerca de las relaciones entre variables sin intervención directa. (Kerlinger, 1975, Pág. 395).

De esta forma es una investigación que tiene un fundamento científico y metodológico que la justifica, ya que sus bases están dentro del marco de investigación científica. (Kerlinger, 1975 , página 408) señala que el valor de la investigación Ex post-Facto radica en que “A pesar de sus debilidades, debe hacerse mucha investigación Ex post-Facto en Psicología simplemente porque muchos problemas de investigación las ciencias sociales no se prestan a la investigación experimental...” lo cual se aplica a las circunstancias del presente estudio, puesto que se trabaja con personas, dentro de la situación de enfermedad, lo cual por si mismo, es delicado, los estudios Ex post-Facto que no presenten hipótesis a comprobar” (obra citada, Pág. 408), con lo cual hace referencia a que todo estudio de este tipo debe presentar hipótesis a comprobar para tener cierto valor científico. Es importante señalar que en toda investigación científica la observación es el paso primero y fundamental anterior a la elaboración de la hipótesis.

### MOTIVACIÓN

El interés en realizar este trabajo radica en la pregunta por la explicación de la sintomatología del consumo de cocaína y poder ver la posibilidad de explicar dicha sintomatología en función de su historia personal.

Por otra parte como ya he mencionado la drogadicción es un fenómeno que ha crecido mucho entre la juventud actual y mi interés radica en poder encontrar como se inserta la problemática del consumo de las drogas dentro de su problemática familiar en función de su historia personal .

## **4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Al investigar sobre farmacodependencia, consideré importante encontrar la relación que tiene está con su entorno familiar como es que se desenvuelve , y cuales son los factores desencadenantes del consumo, es por ello que me avoco en está tesis a encontrar cual es la participación de la familia dentro de está problemática para de tal modo conocer y estudiar la dinámica del consumo.

## **4.3 HIPÓTESIS**

### **HIPÓTESIS PRINCIPAL**

La hipótesis general de está tesis es la siguiente;  
“Si en cierto paciente afectado por consumo de cocaína se encuentra una problemática familiar caracterizada por falta de limites luego entonces ello incrementaría el consumo de dicho paciente”  
De está hipótesis general se derivan hipótesis secundarias mediante las cuales se enfoco esta investigación, ellas son;

### **HIPÓTESIS SECUNDARIAS**

- 1.-Si en cierto grupo familiar cuya estructura está compuesta por una madre sobreprotectora y un padre débil o ausente luego entonces ello podría ser un factor que favorezca la permanencia de la actitud de la drogadicción en el paciente identificado.
- 2.-Si en cierto grupo familiar en el que se incluye un miembro afectado por el consumo de cocaína se presenta una situación estresante a nivel social ello podría desequilibrar la estructura familiar.
- 3.-Si en cierto grupo familiar en el que se incluye un miembro afectado por el consumo de cocaína se presenta una historia familiar cuyos antecedentes en miembros anteriores a dicha familia existía consumo de drogas luego entonces ello podría ser un factor que contribuya al consumo de dicha droga.
- 4.-Si en cierto grupo familiar se presentan determinados comportamientos que impliquen actitudes negativas, incongruencias y dobles mensajes hacia el paciente identificado ello entonces podría afectar su consumo y patología.

5.-El miembro enfermo en el grupo familiar es el reservorio en donde se canalizan las tensiones y ansiedades de determinado grupo familiar.

6.-Si en cierto grupo familiar se presenta un problema de drogadicción ello podría implicar un factor de unión en dicho grupo familiar en la medida en que dicho problema los mantiene unidos y por consecuencia permite una solidez grupal ante dicho problema.

7.-Si en determinado grupo familiar se presenta un consumo de alcohol en la figura paterna luego entonces ello podría ser un factor que posibilite una identificación en el paciente identificado (en relación a su consumo de droga).

8.- Si en determinado grupo familiar se presenta una situación caracterizada por falta de claridad en las normas familiares así como falta de límites claros ello podría ser un factor que contribuya al síntoma de drogadicción en la paciente identificada.

9.-Si en cierto grupo familiar se presenta una estructura rígida y sin posibilidad de cambio ello podría ser un factor de disfunción familiar que posibilite la aparición del síntoma de drogadicción en la paciente identificada.

## **DISEÑO DE MUESTRA**

Se tomarán tres familias en las cuales debe existir un paciente diagnosticado como farmacodependiente. Esto nos preemitirá comparar los resultados en dichas familias y de tal forma poder valorarlas dentro de nuestros propios fines de investigación

### **4.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo buscará cualitativamente la farmacodependencia, tendrá las características de ser una investigación teórico-práctica en el campo de la clínica.

En la investigación Ex post-facto no es posible el control directo, el investigador no puede manipular variables ni la asignación aleatoria. Básicamente la investigación Ex post-facto adolece de una limitación inherente la falta de control sobre las variables independientes, la diferencia más importante entre la investigación Ex post-facto y la experimental es el control.

Podemos afirmar con certeza que una proporción apreciable de estudios psicológicos son de tipo Ex post-facto. El valor de la investigación a pesar de sus limitaciones, se utiliza en la psicología porque en esta disciplina abundan problemas que no pueden ser investigados experimentalmente.

#### 4.5 PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS

El estudio realizado es de índole puramente observacional y en ningún momento se manejara de acuerdo a los lineamientos del método experimental por lo cual dentro de la metodología no se manejara modificación de variables ni modificaciones a las mismas , ya que lo que se pretende es realizar un estudio que permita mediante la realización de entrevistas desentrañar la problemática y la manera en la que la historia anterior determina su conflictiva actual, pero es realizar a partir del aquí y del ahora un análisis del discurso de los pacientes para poder inferir su problemática y encontrar las explicaciones pertinentes.

Dichos pacientes debió reunir las siguientes condiciones;

- A) Encontrarse en tratamiento dentro de una institución oficial de la secretaria de salud (centros de integración juvenil) La cual avalaría el diagnostico.
- B) Dichos pacientes así como los miembros de la familia deberán encontrarse tanto en terapia individual como familiar dentro de la institución.

Pasos que se siguieron:

- 1) Se eligió al azar una serie de 5 sesiones individuales abarcando un periodo de 3 meses, cuyo contenido fue grabado y transcrito fielmente para posteriormente realizar un análisis de los códigos comunicacionales en dichas sesiones.

El periodo de 3 meses se considera un tiempo adecuado a la experiencia y juicio de los psicoterapeutas encargados, para poder apreciar y conocer las características en el discurso de dichos pacientes y familia, así como estimular los cambios que pudiera o no haber en el discurso del comportamiento de los miembros de la familia y paciente en virtud del trabajo terapéutico realizado.

- 2) Se procedió al análisis del discurso tomando en consideración también los conceptos teóricos que sirvieron de apoyo para el análisis del discurso tanto de los pacientes como de la familia, buscando encontrar aquellos aspectos que pudieran ayudar a encontrar la explicación de la sicopatología de la paciente y su familia en función de su historia familiar y personal.
- 3) Se observaron los resultados
- 4) Se afirmaron o refutaron las hipótesis secundarias.
- 5) Se afirmo o refuto la hipótesis principal
- 6) Se elaboraron las conclusiones
- 7) En base a los mismos se generaron las sugerencias
- 8) Se marcaron los alcances y limitaciones de estudio

Se trabajo con 3 pacientes así como con sus respectivos grupos familiares constituido por aquellos miembros de la familia presentes dentro de la situación denominada psicoterapia familiar.



La unidad situacional denominada psicoterapia familiar e individual fue desarrollada en uno de los cubículos de la institución destinada a este tipo de trabajo reuniendo los siguientes requisitos:

- a) Tamaño adecuado (suficiente para que cada uno de los miembros de la familia, los terapeutas, observadora se ubiquen con comodidad)
- b) Iluminación adecuada (permitiendo comunicación visual interpersonal)
- c) Aislamiento suficiente del medio exterior, para evitar todo ruido ajeno a la sesión familiar e individual, lo cual permite hablar y escuchar sin perturbaciones.
- d) Un número de asientos suficientes para cada uno de los miembros así como para los terapeutas y la observadora.

El instrumento principal, fue la situación de entrevista denominada psicoterapia familiar tanto como individual la cual fue grabada para posteriormente realizar un análisis del discurso presente de dicha paciente así como de su familia

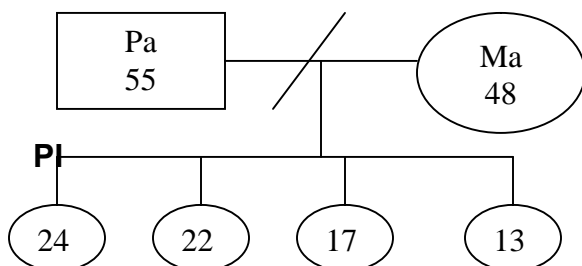
# CAPITULO V

## PRESENTACIÓN DE CASOS

Presento en esta sección el trabajo llevado a cabo con las familias, así como los aspectos más relevantes obtenidos durante la observación de lo ocurrido en las sesiones familiares. Se presentará (además como se menciono anteriormente) el informe de la historia clínica extrayendo de él los datos mas esenciales para este trabajo con el objeto de dar idea acerca del paciente, del tipo de problemática familiar que lo envuelve en el momento del trabajo con su familia, y del tiempo de evolución de la enfermedad con el objeto de enmarcar la situación social de cada paciente;

### CASO SILVIA

#### FAMILIOGRAMA:



Silvia es una mujer de 24 años de edad, soltera con escolaridad de 4° semestre de la carrera de administración, es la mayor de 4 hermanas, sus padres están divorciados, vive con su madre y hermanas , proviene de una familia de nivel socioeconómico medio-bajo.

#### DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Es un sujeto de nivel medio-bajo , tiene buena presentación , es de tez morena , ojos café , cabello oscuro, es de complexión delgada y mediana estatura , su tipo de ropa va acorde a su edad , el lenguaje que emplea es lógico y coherente , presenta dificultad en las habilidades de control de las emociones e impulsividad , al igual que las habilidades

interpersonales , los mecanismos de defensa predominantes son la represión y la racionalización.

## **DATOS GENERALES DE LA PACIENTE:**

### **DEMANDA MANIFIESTA**

Asiste en virtud de su consumo de cocaína, es llevada al Centro de Integración Juvenil por su madre.

### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Los padres de la paciente se divorcian cuando tenía aproximadamente 23 años, la madre tiene 48 años y es profesora de primaria, el padre tiene 55 años y es comerciante. (Ver familiograma).

Es la mayor de 4 hermanas, las cuales estudian sus edades son: 22 años, 17 años y 13 años la más pequeña, dentro de la familia existe gran influencia religiosa, padre alcohólico y madre dominante.

### **HISTORIA PERSONAL**

La paciente es llevada al Centro de Integración Juvenil Álvaro Obregón por su madre.

La paciente manifiesta haber tenido una niñez muy triste, ya que sus padres discutían mucho, recuerda no haber tenido muchos amigos ya que le daba mucha pena invitarlos a su casa, por que sus hermanos les jugaban muchas bromas, menciona que fue muy difícil enfrentar el divorcio de sus padres cuando tenía 17 años, ya que debía explicarles a sus hermanos la situación y considera que para ellos fue aún mas difícil ya que son mas pequeños y no comprendían muy bien la situación.

Recuerda que su padre siempre estaba fuera de casa trabajando, y no convivía mucho con el, ni siquiera recuerda haber recibido algún regaño de su parte, las decisiones siempre eran tomadas por la madre, ella era quien los regañaba, quien iba a las juntas de la escuela, quien se hacia cargo de cubrir las necesidades de la casa, en fin la que llevaba las riendas de la casa según manifiesta la paciente. Económicamente considera que estaban bien

La paciente comenzó a consumir drogas hace más de un año cuando tenía 23 años recuerda haber estado muy deprimida por el divorcio de sus padres, y asistió a una fiesta de la Universidad en la cual uno de sus compañeros le ofreció cocaína con la finalidad de

que se le bajara la borrachera, manifiesta haberse sentido mucho mejor anímicamente después de que la probo, parecía como si sus problemas hubieran que dado atrás , no le importaba nada en ese momento , mas que sentirse aliviada , libre , feliz.

Fue entonces que comenzó a consumir cocaína de forma cotidiana, menciona que su estado de animo mejoro a raíz del consumo, olvido su depresión por el divorcio de sus padres , en un principio consumía cocaína cuando asistía a reuniones, después lo hacia a escondidas en la azotea de su casa, por lo regular se reunía con sus amigos para poder hacerlo, ahora no le importa si alguien la ve, dice que ya no le da pena y que no está haciendo nada malo , y que a los demás no debe importarles, nunca se a drogado en la calle ya que algunos de sus amigos lo han hecho y han sido arrestados por la policía, cuando no puede conseguir la droga empieza a mentir , en algunas ocasiones ha robado en su casa, menciona haber tenido que prostituirse para conseguir cocaína .

Ha habido cambios significativos en su vida en relación con el consumo de cocaína, como es el caso de un bajo rendimiento académico, actualmente ha tenido que dejar la escuela y no está trabajando, algunos de sus compañeros de clase la han tratado de alentar para que siga con sus estudios pero la paciente manifiesta haber perdido el interés del estudio, siente muchas dudas sobre la carrera que escogió no esta segura de querer acabarla

La paciente siente mucho coraje por el hecho de que su familia se preocupe tanto por su situación, dice que es su vida y solo ella va a escoger como vivirla.

En su tiempo libre le gusta ir a jugar basketball, le gusta ir al cine, ir de compras, menciona que lo que más le gusta es hacer apuestas con sus amigos, de todo apuesta, manifiesta que a raíz del consumo de cocaína ha perdido mucho el apetito y que en ocasiones se llega a sentir desganada..

La paciente decide iniciar el tratamiento para dejar el consumo de cocaína por la presión familiar y por decisión personal según manifiesta la propia paciente quién es llevada al Centro de Integración Juvenil por su madre y hermanos.

## **HISTORIA INFANTIL**

Sus primeros recuerdos comienzan en la primera infancia cuando no quería ir a la escuela y lloraba cada que la llevaba su mamá, recuerda que no quería ir a la escuela por que su maestra de primero de primaria le pegaba y le decía que era una chillona , es por eso que le daba mucho miedo ir ala escuela, además de que no quería dejar a su mamá solita, ella quería quedarse con ella para cuidarla, su problema de la escuela mejoró cuando entro a la secundaria, ya que ahí todos la veían con otros ojos ya no era la niña chillona, ahí nadie la conocía.

La percepción que tiene la paciente de su padre es de una persona lejana, un padre ausente, mientras que de la madre muy protectora y consentidora.

## **HISTORIA SEXUAL**

En su casa la palabra sexualidad estaba relacionada con prohibición, jamás se hablaba de sexo, todos los conocimientos que obtuvo sobre el tema fue a través de sus amistades.

Era un tema prohibido en su casa ,no recuerda que su madre le halla explicado algo, ni siquiera mencionarlo, a la edad de 9 años sufre un abuso sexual por parte de su tío, primo hermano de la madre, recuerda con pena y mucho coraje este momento manifiesta que no estaban sus padres en la casa y que llego su tío , ella estaba viendo la televisión en su cuarto , cuando el tío se acostó al lado de ella y comenzó a tocarla, le quito la blusa y empezó a acariciarla, también le toco sus genitales, ella recuerda con horror la cara de su tío, manifiesta que mientras la tocaba el se masturbaba, ese evento lo recuerda con total desagrado , nunca lo comento por temor que no le creyeran.

La paciente comenzó a tener relaciones a la edad de 19 años con su primer novio, siempre ha vivido el sexo como algo desagradable, nunca lo disfrutó, por el contrario tiene una vida sexual insatisfecha en donde ella misma no encuentra satisfacción por las cosas que hace.

Ha tenido varias parejas pero con todas ha ocurrido lo mismo, con la cocaína se le despiertan fantasías sexuales, le da por meterse a Internet y ver pornografía, cosa que no haría si no fuera inducida por la cocaína; Cuando consume cocaína y tiene relaciones es como si dejara atrás todos sus fantasmas, es entonces como si todo fuera diferente, se siente bien, contenta, segura, satisfecha.

## **SESIONES FAMILIARES:**

S: Silvia, M: madre, P: padre, T: terapeuta, H: hermana

## **FRAGMENTOS SIGNIFICATIVOS:**

En **la primera sesión** Silvia es acompañada por sus padres y una de sus hermanas, el terapeuta les pide que hablen libremente de su situación, es la madre quien comienza la sesión diciendo: me da gusto que estemos todos reunidos , quiero que de está forma se pueda ayudar a mi hija, que juntos encontremos la solución al problema.

P. es culpa tuya, ya que no supiste cuidarla, cuando me fui de la casa te pedí que te hicieras cargo del hogar y no hiciste caso.

M: Siempre hace falta un padre en la casa, así que a mi no me digas nada, si hay un culpable entonces ese eres tu.

P: Ustedes saben que siempre pueden contar conmigo.

M: Por favor no mientas, cuantas veces te hable y nunca quisiste contestar,

S: En mi casa siempre ha sido lo mismo pleitos, más pleitos, nunca ha existido una unión familiar, y eso es desde que yo era niña según me acuerdo, mi padre siempre tomó alcohol y mi madre se la vive quejándose por todo.

P. Yo tenía que trabajar.

M: Yo estaba siempre sola.

En la **segunda sesión** el terapeuta les habla sobre la importancia de la familia en el tratamiento de Silvia ,a la sesión asisten Silvia y sus padres, la sesión comienza cuando la madre comenta que todos en casa están muy preocupados por la situación, el terapeuta les pide que hablen de cómo fue que empezó el consumo de la droga, es ahí cuando Silvia comenta que fue aproximadamente hace un año, cuando sus padres se divorcian , comenta que estaba muy triste , fue entonces cuando empezó a consumir, y que su estado de ánimo mejoro mucho,( fue ahí como olvide mi tristeza).

M: Hija pero tu sabes que independientemente de nuestra separación, tu y tus hermanas son lo más importante para nosotros.

S: Yo realmente quiero dejar de consumir, no se si hubiera una medicina o algo con lo que pueda dejar de hacerlo

En la **tercera sesión** acude la paciente y sus padres, en está sesión hay reclamos por parte de los padres.

P: Le dice a la madre, tú siempre dejaste que Silvia hiciera lo que quisiera, nunca le pusiste limites, ve ahora las consecuencias, la dejabas salir a todos lados, a altas horas de la noche, no te preocupabas por sus amistades y mira que yo te decía que no eran buenas compañías, la dejabas vestir como ella quería, no la cuidabas.

M: Por favor el que nunca estuvo al pendiente fuiste tú, o quien se fue de la casa.

S: No exageres pa tampoco llegaba tan noche, además mis amigos no tienen la culpa de nuestros problemas.

M:( Le reclama al padre) Tu nunca has podido imponer autoridad, de que te respetarán como padre, es más nunca supiste siquiera mandar.

P: Yo siempre he trabajado para que nada les falte, hoy en día es muy difícil encontrar un trabajo, es por ello que igual no he podido ejercer mi autoridad como padre.

En la **cuarta sesión** acude Silvia con sus padres, en esta sesión el padre le reclama a la madre de que sus tías consumieron drogas, y es muy probable que Silvia las viera.

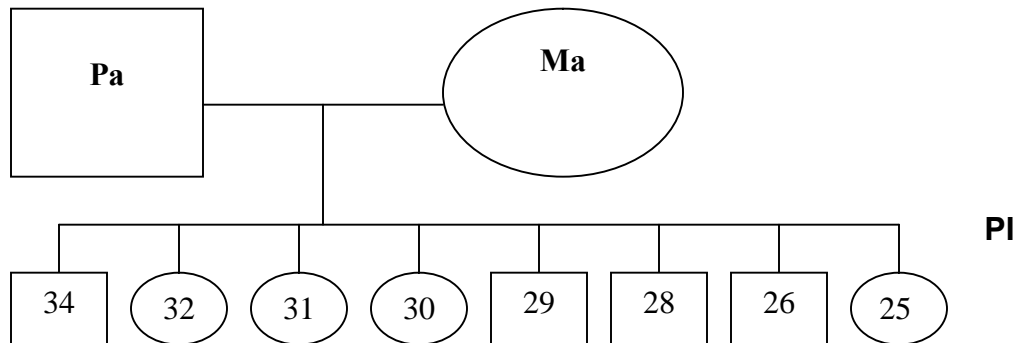
P: No se que tan importante pueda ser esto, pero por culpa de su madre, Silvia en una ocasión vio a sus tías maternas consumiendo drogas en una reunión, yo me enoje muchísimo hasta las corrí de la casa, según su madre, Silvia estaba muy pequeña y no se daba cuenta.

M: Si es cierto pero eso fue ya hace mucho tiempo, Silvia tenía unos 9 años y no creo que haya puesto mucha atención.

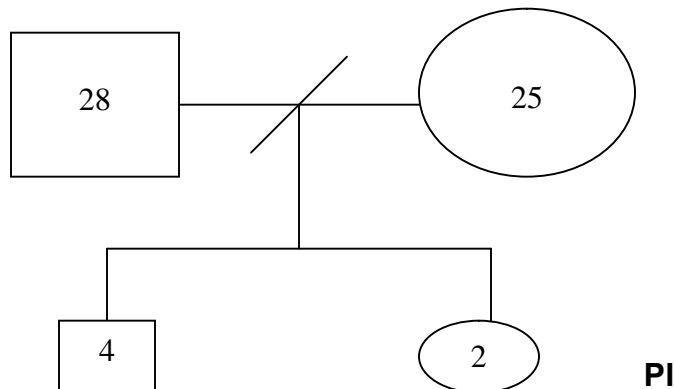
En la **quinta sesión** acude Silvia con sus padres, en esta sesión Silvia se queja de que en su familia la gente dice una cosa y hace otra, que sus padres siempre le dicen hay que confiar en la gente y ellos viven desconfiando de todos, que el dinero no lo es todo y siempre se están quejando de que no lo tienen, se queja de que en su familia ella es la oveja negra, de que ella todo lo hace mal, que tiene la culpa de todo lo que ocurre en ella, si algo no resulta es su culpa y todo lo malo lo hace ella, se queja de que no se le reconoce nada bueno, ni cuando tenía buenas calificaciones, siente que no le valoran nada, que por el contrario siempre le echan la culpa pero de todo lo malo.

# CASO MARIBEL

## FAMILIOGRAMA: LINEA FAMILIAR



## FAMILIA DEL PACIENTE.



Maribel es una mujer 25 años , divorciada con 2 hijos de 4 y 2 años de edad, cuyo nivel de escolaridad es el cuarto semestre de la carrera de publicidad, su nivel socioeconómico es medio – bajo, la paciente es la más pequeña de 8 hermanos.

## DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Es un sujeto de complejión delgada, alta, de tez blanca, cabello claro, ojos verdes, que viste de acuerdo con su edad.



## **DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

### **DEMANDA MANIFIESTA**

Asiste en virtud de su consumo de cocaína, síntomas de Neurosis obsesiva , y síntomas fóbicos, asiste por decisión propia.

### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

La paciente comenta que fueron 8 de familia y ella fue la última motivo por el cuál siente que sus padres no le dedicaron mucha atención , describe a su padre como una persona distante entregada al trabajo y realizando pocas labores en el hogar , comenta que cuando era niña rara tuvo la oportunidad de platicar con el y casi nunca sus padres hablaron de sexo en la casa, decía a la vez que la preferencia de su padre era por una hermana mayor y que sentía que ella hubiera querido ser la preferida en relación con su padre , en una ocasión tiene el recuerdo de haber sorprendido a su padre saliendo con otra mujer (obviamente no era su madre) y entonces comento que ello la desilusiono .

En relación con la Fig. Materna es importante señalar que la relación que ha tenido ha llevado tintes de rivalidad en la medida ñeque los conflictos han sido frecuentes y dieron por consecuencia una situación tirante que la paciente describe como una situación de tensión durante su infancia. Describe al padre como un padre rígido, distante y autoritario.

### **HISTORIA PERSONAL**

Asiste por decisión propia en virtud de su consumo de cocaína, la paciente manifiesta que empieza a consumir cocaína a raíz de su divorcio.

La paciente manifiesta que después de su divorcio en una fiesta le ofrecen cocaína en la empresa donde trabajaba el consumo de cocaína es muy frecuente , luego entonces empieza a llevar este consumo, cuando se separa del marido deja de trabajar en la empresa por pequeños problemas que ahí se suscitan, entonces tarda mucho tiempo en encontrar otro trabajo, como los problemas económicos la agobian un amigo le propone contratarla para trabajar como modelo (amigo pintor) a ella le da mucha pena, ya que debe posar desnuda, pero con el consumo de cocaína se libera y se da más valor, como ella manifiesta, es así como se dedica a este trabajo, es ahí cuando el consumo de cocaína se hace más frecuente, a diario consume dos grapas, manifestando tener problemas cardiacos y la idea de sentirse perseguida.

Tiene síntomas de pánico cuando sale a la calle, y la idea recurrente deque sus amigos y amigas saben ha posado para su amigo pintor puesto que aunque el le prometió

discreción, ella tiene la idea de que el puede contarle a sus amistades y enterarlos de lo que ella a hecho, además tiene síntomas fóbicos manifestados por la idea de que al salir a la calle puede llevar un atentado sexual contra ella o secuestrarla, los síntomas obsesivos consisten en ideas recurrentes.

Cuando asiste a la iglesia y al ver a la virgen siente o piensa que la virgen le reclama el hecho de ser una mujer impura, por haber posado desnuda y por haberse separado del marido, puesto que tradicionalmente siempre se dijo que una mujer debe soportar la cruz del matrimonio a pesar de lo que le haga el marido durante su vida matrimonial ; los conflictos en su matrimonio empezaron por un choque de caracteres y por infidelidad por parte del marido , una de las dificultades importantes radica en el hecho de que el la ha amenazado con quitarle a los niños y ello entonces ha provocado la idea en ella de que puede ser posible que el secuestre a los niños por lo cuál vive permanentemente angustiada.

## **HISTORIA INFANTIL Y SEXUAL**

La paciente comenta que su padre consumía alcohol, y en ocasiones en fiestas su actitud era diferente, no era tan rígido, a ella empezó a gustarle también el alcohol y por consecuencia llegaba a tomar de las botellas de vino que el padre dejaba en casa.

Un hermano 1 año mayor a ella es mencionado debido a que manifiesta haber tenido una relación cercana con el durante la adolescencia, los 2 hermanos hablaban sobre las situaciones del noviazgo que ambos llevaban adelante , pero dice que en una ocasión descubrió a su hermano espiándola cuando se preparaba para bañarse , no quiso comentar nada de ello , pero sabía que su hermano la espiaba y que inclusive revisaba su ropa íntima , en una ocasión que se quedaron solos en casa tomaron de las botellas de licor del padre y estando tomados solo recuerda que su hermano la desvistió y piensa que también llegó a tocarla , no hubo relación sexual , pero si llegó a tocarla y a besarla.

Cada vez que ella tenía novio, el hermano se ponía sumamente celoso y posteriormente el hermano le pedía que lo dejara verla cuando se cambiaba, y ella cedía puesto que quería mucho a su hermano, a veces el hermano le pedía que se pusiera minifalda y que lo dejara meterse debajo de la falda, ella lo tomaba como un juego , que les gustaba , se sentían bien compartiendo esa locura, un día su madre los cachó y ellos recibieron un fuerte regaño, y entonces no volvieron a jugar así.

## **SESIONES FAMILIARES**

P: PADRE, M: MADRE, H: HERMANOS, P.I: MARIBEL

## FRAGMENTOS SIGNIFICATIVOS

En la primera sesión asiste la paciente en compañía de sus padres, y dos de sus hermanos Jaime de 26 y Ernesto 28 años de edad respectivamente.

Dentro de **la primera sesión** familiar Maribel le reclama a su padre que no le dedicaba mucho tiempo, que no le ponía atención que siempre estaba preocupado por su trabajo y nunca se ocupaba de ellos.

P: Hija, lo que pasa es que alguien tenía que trabajar, o quien crees que pagaba la escuela, los gastos de la casa, las diversiones.

M: Si, la verdad es que nunca nos ha hecho falta nada, siempre han estado en buenas escuelas, y nunca les hemos negado nada.

P.I.: A pesar de todo eso, yo siento que nos ha hecho mucha falta que estuviera más en casa.

M: Eso si , quien si no tú tenía que poner limites en casa, pero nunca estabas ahí para hacerlo, y yo sola no podía, nuestros hijos siempre han hecho lo que han querido, pero era imposible que yo pudiera cuidarlos, eran demasiado latosos, una vez de adolescentes a Maribel y a Jaime los sorprendí haciendo cosas indebidas, que la verdad no quisiera mencionar, hasta me da pena nombrarlo, pero en la casa la verdad es que todo era un desorden cada quien hacia lo que quería.(cuando Maribel escucha esto se queda viendo a la madre en forma de reclamo y enrójese.)

**En la segunda sesión** acuden Maribel y sus padres

P.I.: Yo siempre estoy peleando con mi mamá, ya que ella nunca dice las cosas claramente, siempre nos está confundiendo, ella dice no se debe de fumar y se la pasa fumando, yo francamente no la entiendo.

M: Lo que yo no quiero es que ha ustedes les haga daño, si me haces daño a mi lo entiendo, pero no me gustaría que pasara lo mismo con ustedes.

P.I.: Lo que nunca me pareció fue que nunca nos dejarán tener amigos, nuestras amistades siempre fueron a escondidas yo creo que de no haber sido así jamás nos hubiéramos casado.

M: Pues ya ves que no estábamos tan equivocados, si no por que crees que te divorciaste, lo único que nosotros queríamos es que ustedes no tuvieran malas amistades, nosotros considerábamos que si entraba gente ajena a la casa podría haber conflictos, había que seleccionar bien a sus amigos, no queríamos que las cosa salieran de nuestro control e hicieran cambiar a nuestros hijos.

En la **tercera sesión** acuden Maribel, su madre y uno de su hermano Jaime de 26 años. La sesión comienza cuando la madre comenta que su esposo no pudo asistir, por que estaba enfermo.

P.I.: Yo siento que mi mamá siempre nos sobreprotegió, ella siempre iba por nosotros ala escuela, nunca nos dejaba ir solos, como niños chiquitos.

M: Si tu padre no estaba en casa, yo tenía que estar al pendiente de ustedes, imagínate que les pasara algo yo que hacía sola, a donde corría, o que hacia.

H: Si mamá pero tú exagerabas, todo querías saber.

M: Yo estaba al cuidado suyo, tenía que entregarle cuentas a tu padre.

P.I.: Mamá yo creo que el problema a sido que mi padre no te ayudaba, nunca estaba con nosotros, tu siempre fuiste la que nos regañaba, con la que platicábamos, y el siempre trabajando y nosotros en donde quedábamos.

En la **cuarta sesión** acuden Maribel, sus padres y su hermano Jaime de 26 años.

P.I.: Siento que yo siempre era vista como la culpable de todo lo que pasaba en casa, para mis padres todo lo malo lo hacía yo, no se si por haber sido la más pequeña, pero siempre me cargaban la mano.

H: La verdad es que si yo creo que nos pasábamos un poquito contigo, siempre te echábamos la culpa de todo, mi mamá siempre la regañaba a ella y muchas veces no había hecho nada, pero bueno alguien tenía que pagar el pato.

En la **quinta sesión** acuden Maribel y sus padres

M: Yo he pensado mucho las cosas, creo que siempre hemos dado lo mejor a nuestra hija, sin embargo, consideró que no supimos educarla, ni ponerle limites, tuvimos que haber puesto mayor atención en ella sobretodo, por que era la más pequeña.

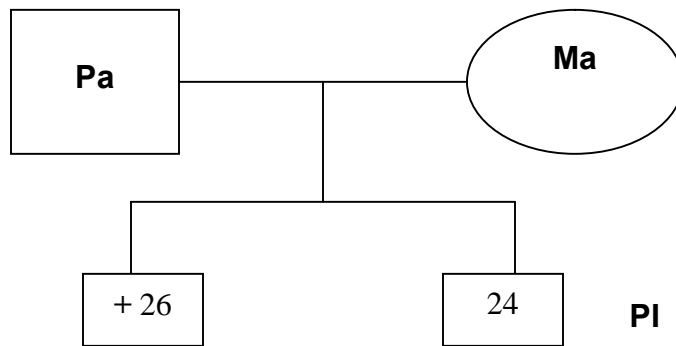
Me preocupa mucho que pasara con sus hijos, ella vive con nosotros, y mientras va a trabajar yo me hago cargo de mis nietos, no quiero que ellos pasen por lo mismo.

P.I. Yo se mamá y te prometo que ellos van a ver una madre recuperada, lo que menos quiero es que ellos sufran.

M: No se que tanto vaya a influir esto en mis nietos no me gustaría que ala larga les genere problemas, mi nieto de 4 años se ha vuelto muy desobediente, no hace lo que le pedimos, se ha vuelto muy llorón , solo quiere estar con su mamá,. Por que claro ella no lo regaña, cuando va a visitarlo su papá, el se pone muy grosero con nosotros.

# CASO SERGIO

## FAMILIOGRAMA:



Sergio es un hombre de 24 años de edad, soltero, con escolaridad de 3° semestre de la carrera de derecho, es el segundo de dos hijos, proviene de una familia de clase socioeconómico medio.

## DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE.

Es un sujeto de estatura media, de complexión delgada, de tez morena, cabello oscuro, ojos cafés, que viste de acuerdo a su edad.

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE

### DEMANDA MANIFIESTA

Asiste al Centro de Integración Juvenil por su consumo de cocaína derivado de una serie de ideas que le vienen con respecto a la muerte.

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Dentro de la vida familiar de Sergio es importante destacar que por el lado de la madre es por donde existe mayor influencia en relación a su situación familiar, al igual que por parte del abuelo materno quien también padeció de síntomas asmáticos, por otra parte dentro de la familia se habla del suicidio de 2 hermanos del abuelo quienes se quitaron la vida debido a problemas de salud.

Por el lado paterno la influencia que ha tenido Sergio ha sido principalmente relacionada con la abuela, quien estaba enferma continuamente (se decía de síntomas hipocondríacos), y finalmente murió de problemas suscitados por la diabetes.

Es importante señalar estos eventos puesto que los mismos tienen relación con el discurso familiar en Sergio debido a que al parecer las situaciones de enfermedad juegan un papel preponderante en la vida de la familia, y ello no deja de tener relación con la situación personal del paciente.

## **HISTORIA PERSONAL**

Sergio padece de asma y de dos años a la fecha empezó a aficionarse al consumo de cocaína en virtud del suicidio de su hermano, comenta que aproximadamente hace 2 años su hermano se sentía deprimido ya que fue objeto de una violación en una calle cercana a su casa y entonces este hermano al saber que se habían enterado sus amigos tomó la decisión de quitarse la vida, Sergio lo encontró colgado de una viga cuando regresaba de haber ido al cine con sus padres.

A partir de esa situación Sergio manifiesta un temor recurrente a la muerte y pensamientos continuos referentes a que su hermano lo espera en el más allá y que pronto él también podrá morir. Las ideas de muerte de Sergio se ven complementadas por sueños angustiantes en los cuales aparecen cementerios y también lapidas y muertos vivientes que según lo que asocia lo quieren llevar a otro mundo. En determinado momento la idea de la muerte lo ha obsesionado de tal forma que ha decidido escribir un testamento porque siente que su fin está cercano.

Sergio tiene una relación cercana con la figura materna a la que le cuenta todo y menciona que él siempre ha sido el hijo predilecto de la madre ya que sus ataques de asma que comenzaron desde los 4 años lo han llevado a que junto con su madre compartan el temor a la muerte y en consecuencia ambos tengan una unión muy cercana; La figura paterna es vista como lejana y no tiene mucha comunicación con su padre. Sergio es muy tímido con las mujeres y manifiesta que hasta ahora solo ha tenido amigas pero ninguna novia ya que teme mucho ser rechazado, siente no ser atractivo para las mujeres y que en consecuencia un rechazo le dolería mucho.

## **HISTORIA INFANTIL Y SEXUAL**

En relación con su historia infantil Sergio no recibió ayuda o consejos de parte del padre, solo recuerda que estaba más apegado a la madre y que su padre rara vez se ocupaba de él, por el momento no mencionó dentro del proceso diagnóstico algún aspecto más importante para tenerse en cuenta.

En relación con su sexualidad, Sergio no recibió ningún tipo de orientación sexual, por parte de sus padres, particularmente era un tema del cual se hablaba muy poco en

casa ; Sergio empezó su vida sexual a la edad de 18 años cuando fue llevado por unos amigos con unas prostitutas, comenta que no fue nada agradable la experiencia, comenta que nunca a tenido novia y que teme ser rechazado, es ahí cuando aparecen las ideas de que nuevamente el asma y el temor ala muerte pueden afectarlo, ha llegado a pensar que un rechazó por parte de las mujeres podrían llevarlo a quitarse la vida, y que en consecuencia a llegado a pensar que talvez eso tiene que ver tanto por su consumo de cocaína como con su temor ala muerte.

## **SESIONES FAMILIARES**

P: PADRE, M: MADRE, S: SERGIO (P.I.)

## **FRAGMENTOS SIGNIFICATIVOS**

En **la primera sesión** el terapeuta comienza la sesión pidiéndoles que hablen sobre aquello que está afectando a la familia.

M: Estoy muy preocupada por la salud de Sergio, temo que se me vaya a morir, desde niño a sido muy enfermizo y por consecuencia es necesario cuidarlo, apoyarlo, ya que es mi único hijo.

S: Está bien que se preocupen por mi, pero siento que mi madre me cuida demasiado, es muy dominante, quisiera que me dejará un poco más libre, se dirige al padre, pidiéndole su apoyo, pero el padre se queda callado .

S: Me han contado que en mi familia hubo gente que también consumía cocaína, y que pudieron dejarla.

M: Eso no es cierto y tu no debes consumirla, te lo he dicho mil veces ya que eso puede afectar más a tu corazón.

P: Es verdad Sergio haz caso a tu madre., lo que tu madre dice está bien (sin aportar soluciones, simplemente toda la sesión apoya ala madre)

En **la segunda sesión** asisten Sergio y sus padres.

S: Tengo mucho miedo de morir, ayer soñé que me iba a morir, que no podía respirar.

M: Deja de pensar esas cosas, me asustas, yo todos los días voy por el a la escuela, me da mucho miedo que le pase algo, que me digan que mi hijo está muerto.

S: A mi me da mucha pena que mis amigos vean que mi mamá va por mi a la escuela, yo ya estoy bastante grandecito para poderme venir solo.

M: Todo lo hago por cariño a ti, yo te quiero mucho hijo y no quiero que nada malo te pase, que tal si de regreso en la micro te da un ataque de asma y ahí te me mueras (comienza a llorar)

S: No ma no llores, perdóname ya no me voy a quejar, puedes seguir hiendo por mi, si eso te tranquiliza.

El terapeuta interviene señalando la posibilidad de cambiar las cosas ya que la familia debe de evolucionar con el tiempo.

En está sesión el padre no realiza ninguna intervención.

En **la tercera sesión** asisten Sergio y sus padres y comienza cuando la madre menciona que toda su vida a sido una preocupación continua por la salud de Sergio, menciona también que Sergio es su única razón de existir y que sin el no habría nada que tuviera sentido.

P: Yo también estoy muy preocupado por Sergio, temo que el consumo de cocaína pueda afectar el problema del asma, continuamente le pido que se realice análisis, para así poder detectar hasta donde le está afectando el corazón, me gustaría saber que tanto esto puede afectar la cuestión respiratoria.

El terapeuta señala que la enfermedad de Sergio al parecer mantiene unida a la familia y en consecuencia les permite estar juntos, está intervención queda como pregunta para la familia.

En **la cuarta sesión** asisten Sergio y sus padres, Sergio comenta que le gustaría mucho salir con una muchacha, pero que sin embargo siente miedo al rechazo y le gustaría mucho superar este problema.

M: Si una muchacha te rechaza es por que no vale la pena, además ya te llegara una buena muchacha que te quiera y que te cuide., si fuera por mi, yo te conseguiría alguna.

P: Permanece callado casi toda la sesión.

S: Afirma por su parte que ya no se ha drogado tanto, que solo lo ha hecho un par de veces

M: No está bien que te drogues, pero bueno cualquiera puede recaer, tenemos que entenderte todos caemos alguna vez, yo siento que esto es lo que está pasando contigo.

El terapeuta señala que al parecer faltan límites claros y que esto podría entenderse como si le estuviera diciendo “no te drogues, pero si lo haces de vez en cuando habrá que entenderlo”



En **la quinta sesión** asisten Sergio y sus padres, en esta sesión el terapeuta les hace ver sobre la importancia de fijar límites claros en la familia, así como de la importancia de la familia en el caso de farmacodependencia.

S: Yo creo que es importante que me den un poco de libertad, para poder realizar mis cosas, me siento como un niño chiquito, y eso en algunas ocasiones me molesta, a mis amigos no los cuidan tanto.

M: Si hijo pero tienes que entender, que estas enfermo y que nos preocupamos por ti, no queremos que nada te pase, te queremos mucho.

P: No se si sea importante comentar que mi abuelo fue alcohólico, y yo a la edad de Sergio en ocasiones bebía, no mucho, pero cuando íbamos a alguna reunión, por lo regular si tomaba con mis amigos.

M: Bueno mi abuela también tomaba, pero siempre tuvimos cuidado para que Sergio no se diera cuenta.

Posteriormente aparecen preocupaciones por parte de los padres relacionado con un juicio legal, en donde pueden perder la casa en donde viven y por consecuencia hay cierta preocupación a nivel familiar señalan que cuando esto comenzó se empezaron a presentar los problemas de drogas con Sergio, según señala la madre.

S: Hay que tener calma, todo va a solucionarse.

# ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Es importante destacar las características más importantes, de las familias que se analizaron, al igual de la relación que existe entre ellas, las cuales nos llevan a corroborar las hipótesis planteadas en este trabajo.

Primero debo señalar que en los tres grupos familiares se presenta una estructura compuesta por una madre sobreprotectora y un padre débil o ausente.

Además en estos grupos familiares, no hay claridad en las normas, así como falta de límites claros.

Otro punto importante es que en dichas familias el miembro enfermo es el reservorio en donde se canalizan las tensiones y ansiedades.

Podemos observar que en estos grupos familiares, se presentan antecedentes de consumo de drogas.

Presentó a continuación los resultados del análisis realizado al discurso de las familias mencionadas y la puesta a prueba de las hipótesis.

En el caso de Silvia podemos encontrar que el siguiente fragmento nos revela la puesta a prueba de la hipótesis 1 y su consecuente confirmación:

P. es culpa tuya, ya que no supiste cuidarla, cuando me fui de la casa te pedí que te hicieras cargo del hogar y no hiciste caso.

M: Siempre hace falta un padre en la casa, así que a mi no me digas nada, si hay un culpable entonces ese eres tu.

P: Ustedes saben que siempre pueden contar conmigo.

M: Por favor no mientas, cuantas veces te hable y nunca quisiste contestar,

S: En mi casa siempre a sido lo mismo pleitos, más pleitos, nunca a existido una unión familiar, y eso es desde que yo era niña según me acuerdo, mi padre siempre tomó alcohol y mi madre se la vive quejándose por todo.

P. Yo tenía que trabajar.

M: Yo estaba siempre sola.

En este segmento de la primera sesión podemos corroborar nuestra primera hipótesis

Si en cierto grupo familiar cuya estructura está compuesta por una madre sobreprotectora y un padre débil o ausente luego entonces ello podría ser un factor que favorezca la permanencia de la actitud de la drogadicción en el paciente identificado.

En el siguiente dialogo de la tercera sesión

P: Le dice ala madre, tú siempre dejaste que Silvia hiciera lo que quisiera, nunca le pusiste límites, ve ahora las consecuencias, la dejabas salir a todos lados, a altas horas de la noche, no te preocupabas por sus amistades y mira que yo te decía que no eran buenas compañías, la dejabas vestir como ella quería, no la cuidabas.

M: Por favor el que nunca estuvo al pendiente fuiste tú, o quien se fue de la casa.

M:( Le reclama al padre) Tu nunca has podido imponer autoridad, de que te respetarán como padre, es más nunca supiste siquiera mandar.

P: Yo siempre e trabajado para que nada les falte, hoy en día es muy difícil encontrar un trabajo, es por ello que igual no e podido ejercer mi autoridad como padre.

Aquí podemos comprobar nuestra hipótesis numero 8:

***“Si en determinado grupo familiar se presenta una situación caracterizada por falta de claridad en las normas familiares así como falta de límites claros ello podría ser un factor que contribuya al síntoma de drogadicción en la paciente identificada.”***

En la quinta sesión.

Silvia se queja deque en su familia la gente dice una cosa y hace otra, que sus padres siempre le dicen hay que confiar en la gente y ellos viven desconfiando de todos, que el dinero no lo es todo y siempre se están quejando de que no lo tienen, aquí podemos corroborar la hipótesis 4:

***“Si en cierto grupo familiar se presentan determinados comportamientos que impliquen actitudes negativas, incongruencias y dobles mensajes hacia el paciente identificado ello entonces podría afectar su consumo y patología.”***

Así como en la misma sesión Silvia menciona que ella es la culpable de todo, que todo lo que hace en su casa está mal, aquí estamos comprobando nuestra hipótesis 5:

***“El miembro enfermo en el grupo familiar es el reservorio en donde se canalizan las tensiones y ansiedades de determinado grupo familiar.”***

Podemos concluir entonces que las hipótesis secundarias # 1, 3, 4,5 y 8 se confirman es base al discurso presentado y por consecuencia son válidas dentro de esta investigación.

En el caso de Maribel se comprueban según los diálogos dados en las sesiones las siguientes hipótesis:

En la primera sesión Maribel le reclama a su padre que no le dedicaba mucho tiempo, que no le ponía atención que siempre estaba preocupado por su trabajo y nunca se ocupaba de ellos.

Aquí podemos observar así como en el primer caso, como es que se comprueba nuestra hipótesis 1:

***“Si en cierto grupo familiar cuya estructura está compuesta por una madre sobreprotectora y un padre débil o ausente luego entonces ello podría ser un factor que favorezca la permanencia de la actitud de la drogadicción en el paciente identificado.”***

En la segunda sesión Maribel manifiesta Yo siempre estoy peleando con mi mamá, ya que ella nunca dice las cosas claramente, siempre nos está confundiendo, ella dice no se debe de fumar y se la pasa fumando, yo francamente no la entiendo.

Y al igual que en nuestro caso anterior este fragmento nos confirma nuestra hipótesis 8:

***“Si en determinado grupo familiar se presenta una situación caracterizada por falta de claridad en las normas familiares así como falta de límites claros ello podría ser un factor que contribuya al síntoma de drogadicción en la paciente identificada.”***

En este tipo de familias como podemos observar parece evidente que no se quisiera que las cosas se modificaran, si no más bien que todo fuera como había sido, es decir que los padres siempre fueran padres y los hijos siempre hijos y por consecuencia que la estructura familiar no se modificara.

M: Pues ya ves que no estábamos tan equivocados, si no por que crees que te divorciaste, lo único que nosotros queríamos es que ustedes no tuvieran malas amistades, nosotros considerábamos que si entraba gente ajena ala casa podría haber conflictos, había que seleccionar bien a sus amigos, no queríamos que las cosa salieran de nuestro control e hicieran cambiar a nuestros hijos.

Lo que podemos observar en nuestra hipótesis 9:

***“Si en cierto grupo familiar se presenta una estructura rígida y sin posibilidad de cambio ello podría ser un factor de disfunción familiar que posibilite la aparición del síntoma de drogadicción en la paciente identificada.”***

En la tercera sesión podemos ver de nuevo nuestra hipótesis 1.

M: Si tu padre no estaba en casa, yo tenía que estar al pendiente de ustedes, imagínate que les pasara algo yo que hacía sola, a donde corría, o que hacia.

M: Yo estaba al cuidado suyo, tenía que entregarle cuentas a tu padre.

P.I.: Mamá yo creo que el problema a sido que mi padre no te ayudaba, nunca estaba con nosotros, tu siempre fuiste la que nos regañaba, con la que platicábamos, y el siempre trabajando y nosotros en donde quedábamos.

En la cuarta sesión.

P.I.: Siento que yo siempre era vista como la culpable de todo lo que pasaba en casa ,para mis padres todo lo malo lo hacía yo , no se si por haber sido la más pequeña, pero siempre me cargaban la mano.

Podemos observar nuestra hipótesis 5:

***“El miembro enfermo en el grupo familiar es el reservorio en donde se canalizan las tensiones y ansiedades de determinado grupo familiar.”***

En la quinta sesión, en el fragmento

M: No se que tanto vaya a influir esto en mis nietos no me gustaría que ala larga les genere problemas, mi nieto de 4 años se ha vuelto muy desobediente, no hace lo que le pedimos, se ha vuelto muy llorón , solo quiere estar con su mamá,. Por que claro ella no lo regaña, cuando va a visitarlo su papá , el se pone muy grosero con nosotros.

Podemos observar la hipótesis 8:

***“Si en determinado grupo familiar se presenta una situación caracterizada por falta de claridad en las normas familiares así como falta de límites claros ello podría ser un factor que contribuya al síntoma de drogadicción en la paciente identificada.”***

En el caso de Sergio podemos encontrar que en los siguientes fragmentos nos revelan la puesta a prueba de las hipótesis #1,2,3,4,5,6,7,y 8 al igual que su consecuente confirmación:

En la primera sesión:

S: Está bien que se preocupen por mi, pero siento que mi madre me cuida demasiado, es muy dominante, quisiera que me dejará un poco más libre, se dirige al padre, pidiéndole su apoyo, pero el padre se queda callado.

En este fragmento nos revela la puesta a prueba 1:

***“Si en cierto grupo familiar cuya estructura está compuesta por una madre sobreprotectora y un padre débil o ausente luego entonces ello podría ser un factor que favorezca la permanencia de la actitud de la drogadicción en el paciente identificado.”***

En la cual se manifiesta que en el grupo familiar existe una estructura compuesta por una madre dominante y un padre débil o ausente, lo cuál corrobora nuestra hipótesis.

Por otro lado en la misma sesión podemos encontrar en el siguiente fragmento

S: Me han contado que en mi familia hubo gente que también consumía cocaína, y que pudieron dejarla.

Lo cuál hace referencia a nuestra hipótesis 3:

***“Si en cierto grupo familiar en el que se incluye un miembro afectado por el consumo de cocaína se presenta una historia familiar cuyos antecedentes en miembros anteriores a dicha familia existía consumo de drogas luego entonces ello podría ser un factor que contribuya al consumo de dicha droga.”***

En la segunda sesión en el fragmento

S: A mi me da mucha pena que mis amigos vean que mi mamá va por mi a la escuela, yo ya estoy bastante grandecito para poderme venir solo.

M: Todo lo hago por cariño a ti, yo te quiero mucho hijo y no quiero que nada malo te pase, que tal si de regreso en la micro te da un ataque de asma y ahí te me mueras (comienza a llorar)

S: No ma no llores, perdóname ya no me voy a quejar, puedes seguir hiendo por mi , si eso te tranquiliza.

Aquí podemos encontrar una estructura rígida, sin posibilidad de cambio como se manifiesta en nuestra hipótesis 9:

***“Si en cierto grupo familiar se presenta una estructura rígida y sin posibilidad de cambio ello podría ser un factor de disfunción familiar que posibilite la aparición del síntoma de drogadicción en la paciente identificada.”***

En la tercera sesión la madre menciona que toda su vida a sido una preocupación continua por la salud de Sergio, menciona también que Sergio es su única razón de existir y que sin el no habría nada que tuviera sentido., aquí podemos observar nuestra hipótesis 5:

***“El miembro enfermo en el grupo familiar es el reservorio en donde se canalizan las tensiones y ansiedades de determinado grupo familiar.”***

En esta misma sesión podemos observar nuestra hipótesis 6:

***“Si en cierto grupo familiar se presenta un problema de drogadicción ello podría implicar un factor de unión en dicho grupo familiar en la medida en que dicho problema los mantiene unidos y por consecuencia permite una solidez grupal ante dicho problema.”***

Es decir el hecho de que Sergio presente este tipo de problemas es un factor de unión en la familia.

En la cuarta sesión podemos encontrar las siguientes hipótesis:

**1.- “Si en cierto grupo familiar cuya estructura está compuesta por una madre sobreprotectora y un padre débil o ausente luego entonces ello podría ser un factor que favorezca la permanencia de la actitud de la drogadicción en el paciente identificado.”**

**4.- “Si en cierto grupo familiar se presentan determinados comportamientos que impliquen actitudes negativas, incongruencias y dobles mensajes hacia el paciente identificado ello entonces podría afectar su consumo y patología.”**

**8.- “Si en determinado grupo familiar se presenta una situación caracterizada por falta de claridad en las normas familiares así como falta de límites claros ello podría ser un factor que contribuya al síntoma de drogadicción en la paciente identificada.”**

En los siguientes fragmentos:

M: Si una muchacha te rechaza es por que no vale la pena, además ya te llegara una buena muchacha que te quiera y que te cuide., si fuera por mi, yo te conseguiría alguna.

P: Permanece callado casi toda la sesión.

S: Afirma por su parte que ya no se ha drogado tanto, que solo lo ha hecho un par de veces

M: No está bien que te drogues, pero bueno cualquiera puede recaer, tenemos que entenderte todos caemos alguna vez, yo siento que esto es lo que está pasando contigo.

Por otra parte en la quinta sesión podemos corroborar nuestra siguiente hipótesis:

**1.- “Si en cierto grupo familiar cuya estructura está compuesta por una madre sobreprotectora y un padre débil o ausente luego entonces ello podría ser un factor que favorezca la permanencia de la actitud de la drogadicción en el paciente identificado.”**

**2.- “Si en cierto grupo familiar en el que se incluye un miembro afectado por el consumo de cocaína se presenta una situación estresante a nivel social ello podría desequilibrar la estructura familiar.”**

**7.- “Si en determinado grupo familiar se presenta un consumo de alcohol en la figura paterna luego entonces ello podría ser un factor que posibilite una identificación en el paciente identificado (en relación a su consumo de droga.”**



Estas hipótesis son corroboradas en esta sesión cuando el padre comenta que su abuelo era alcohólico, y que a él le gustaba también beber, la madre comenta que también su abuela tomaba, pero piensa que esto ya quedó atrás, luego entonces esto podría ser un factor que posibilite una identificación con el paciente (en relación a su consumo de cocaína) como se menciona en la hipótesis 7.

En esta misma sesión hay preocupaciones por parte de los padres en relación con un juicio legal, en donde pueden perder su casa, luego entonces esto podría presentar una situación estresante a nivel social lo cual podría desequilibrar la estructura familiar como es el caso de nuestra hipótesis 2.

Y por otra parte se manifiesta nuevamente una estructura familiar compuesta por una madre dominante y un padre ausente, como es el caso de nuestra primera hipótesis.

# CONCLUSIONES

A raíz de los análisis anteriores es posible concluir que nuestra hipótesis principal;

***“Si en cierto paciente afectado por consumo de cocaína se encuentra una problemática familiar caracterizada por falta de límites luego entonces ello incrementaría el consumo de dicho paciente”***

Es confirmada en la medida en que la observación de los hechos y su consecuente puesta a prueba nos permite su corroboración y consecuente afirmación como una situación causa / efecto que se presenta en la familia farmacodependiente: este es un estudio observacional como lo mencione en el marco teórico y pretende por consiguiente una aproximación de los hechos reales que tienen lugar dentro de la situación familiar encontrada en el paciente farmacodependiente, para poder postular relaciones causa / efecto y consecuentemente encontrar sus implicaciones; Como se ha mencionado en un estudio observacional no se tiene el control sobre las variables en la medida en que no son manipulables y por lo tanto se busca establecer las consecuentes relaciones causa / efecto que constituyen la realidad, considerando además que se está trabajando con seres humanos, no es posible pretender llevar a cabo una situación experimental que pretendiera un tipo de estudio distinto; las modificaciones que se presentan dentro de la situación denominada psicoterapia familiar son inherentes al proceso clínico dentro del tratamiento llevado a cabo, pero en mi estudio solo se reconocen las variables en juego dentro de la observación de campo, pero no tengo acceso a intervenciones de tipo clínico puesto que mi labor es únicamente como observadora.

De ahí en cuenta que considero que los objetivos de este estudio alcanzan el nivel observacional, posibles estudios posteriores podrán dentro del progreso de la psicología postular nuevos cambios en la aproximación al objeto de estudio y por consiguiente enriquecerán estas aportaciones, lo que pretendo es aportar una mayor claridad a la problemática familiar del farmacodependiente en la ciudad de México, considerando que merece atención por ser un problema prioritario de la salud pública y por consecuencia esta claridad puede ser el comienzo de futuras investigaciones para ondear más en el problema.

Las siguientes hipótesis fueron también confirmadas en función del análisis del discurso en la psicoterapia familiar de los pacientes:

- 1.- *“Si en cierto grupo familiar cuya estructura está compuesta por una madre sobreprotectora y un padre débil o ausente luego entonces ello podría ser un factor que favorezca la permanencia de la actitud de la drogadicción en el paciente identificado.”*
- 2.- *“Si en cierto grupo familiar en el que se incluye un miembro afectado por el consumo de cocaína se presenta una situación estresante a nivel social ello podría desequilibrar la estructura familiar.”*
- 3.- *“Si en cierto grupo familiar en el que se incluye un miembro afectado por el consumo de cocaína se presenta una historia familiar cuyos antecedentes en miembros anteriores a dicha familia existía consumo de drogas luego entonces ello podría ser un factor que contribuya al consumo de dicha droga.”*
- 4.- *“Si en cierto grupo familiar se presentan determinados comportamientos que impliquen actitudes negativas, incongruencias y dobles mensajes hacia el paciente identificado ello entonces podría afectar su consumo y patología.”*
- 5.- *“El miembro enfermo en el grupo familiar es el reservorio en donde se canalizan las tensiones y ansiedades de determinado grupo familiar.”*
- 6.- *“Si en cierto grupo familiar se presenta un problema de drogadicción ello podría implicar un factor de unión en dicho grupo familiar en la medida en que dicho problema los mantiene unidos y por consecuencia permite una solidez grupal ante dicho problema.”*
- 7.- *“Si en determinado grupo familiar se presenta un consumo de alcohol en la figura paterna luego entonces ello podría ser un factor que posibilite una identificación en el paciente identificado (en relación a su consumo de droga).”*
- 8.- *“Si en determinado grupo familiar se presenta una situación caracterizada por falta de claridad en las normas familiares así como falta de límites claros ello podría ser un factor que contribuya al síntoma de drogadicción en la paciente identificada.”*
- 9.- *“Si en cierto grupo familiar se presenta una estructura rígida y sin posibilidad de cambio ello podría ser un factor de disfunción familiar que posibilite la aparición del síntoma de drogadicción en la paciente identificada.”*

Esto nos lleva a pensar que dentro de la familia del paciente farmacodependiente concluyen una multiplicidad de factores , los cuales permiten encontrar la manera en la cual dicha situación presenta diversos aspectos clínicos y por consecuencia todos estos aspectos clínicos conforman la problemática presentada dentro de la farmacodependencia; siempre es importante un estudio detallado de estos aspectos clínicos que conforman dicha problemática , ya que permiten aunar dentro de la misma y por consecuencia nos lleva a un conocimiento más profundo , en virtud de esto, el objetivo de está tesis así como de toda investigación que es profundizar en el conocimiento del objeto de estudio mediante la aplicación del método científico es por consecuencia también puesta a prueba

y consideró también que esta tesis cumple con dicho objetivo en la profundización del conocimiento en el objeto de estudio.

Dentro de esto mismo nos damos cuenta que hemos confirmado también las hipótesis secundarias y por consecuencia encontramos diversos factores que concluyen dentro de la problemática del sujeto farmacodependiente ; ellos son la madre sobreprotectora y el padre débil o ausente, la situación estresante a nivel social que puede también afectar , los antecedentes familiares en donde ya existía el consumo de drogas, es también un factor importante de igual modo los dobles mensajes y las incongruencias de comportamiento dentro del grupo familiar en algo contribuyen a la situación de la drogadicción , no olvidando también que en ocasiones en el miembro enfermo se canalizan las ansiedades y tensiones del grupo familiar ;

Considerando también que a veces el problema de drogadicción provoca una unión en la familia y por consecuencia permite no ver otro tipo de problema dentro de la familia. y es importante también ver que en las familias mexicanas como se menciona en la hipótesis 7 el consumo de alcohol puede ser un factor que posibilite una identificación entre 2 miembros de la familia generalmente padre e hijo ya que eso se presenta con frecuencia en las familias mexicanas.

Los anteriores factores considero cumplen los objetivos propuestos que son investigar y profundizar en el conocimiento de la problemática de la drogadicción en México.

# GLOSARIO

Esta tesis de investigación definirá determinados conceptos que serna utilizados como herramientas en la medida en que pudran ayudarnos a comprender y analizar algunas particularidades referentes a la situación presentada por el grupo familiar así como por la paciente.

**FAMILIA:** El autor Berenstein Isidoro menciona que la familia es un sistema, es decir, un conjunto de seres humanos ligados por cuatro tipos de relaciones constitutivas del parentesco alianza o relación entre el marido y la mujer filiación o relación entre padres e hijos, consaguinidad o relación que liga a los hermanos entre sí y avuncular o relación que liga al hijo con la familia materna o su representante.

Las personas componentes del sistema familiar están ligadas y determinadas sin ser conscientes de ello por una estructura inconsciente, donde se halla como matriz de significado la compleja relación entre la familia conyugal y la familia materna o sea, la familia dadora de la mujer. (Berenstein Pág.16).

**ROL SEXUAL DE LA FIGURA MATERNA:** Ellas fueron criadas para dar amor, para ser buenas esposas, buenas madres y buenas amas de casa. Romper este estereotipo por abandonar el hogar, por denunciar al marido, por disolver la familia les crea una gran culpa a causa de su formación, que se multiplica por las atribuciones que les adjudican los demás: familia de origen de ella o su marido, vecinos, amigos, etc. (Jorge Corsi).

**SISTEMA FAMILIAR:** Son los lazos invisibles y cruzados que unen a todos los integrantes de la familia.

**DINAMICA FAMILIAR:** Es la mecánica a través de la cual funciona el organismo familiar.

**DISFUNCION FAMILIAR:** Se entiende por ello aquel tipo de estructura familiar compuesta por falta de comunicación entre sus miembros, falta de límites claros, y en donde la autoridad y las reglas son ambiguas, luego entonces ello produce una estructura familiar patológica y con mal funcionamiento.

**EQUILIBRIO FAMILIAR:** Se entenderá aquel tipo de funcionamiento dentro de la familia que contenga una adecuada redistribución de los roles y tareas en cada miembro de la misma dando como resultado una armonía que permita el sano crecimiento de los integrantes.

**ALIANZAS FAMILIARES:** Se entenderá por ello aquel tipo de complicidad o de apoyo entre dos o más miembros de la familia que busquen el mismo fin.

**REGLAS CLARAS:** Se entenderá por ello aquel tipo de mensaje dentro de la familia que marque adecuadamente los límites y obligaciones de cada miembro dentro del funcionamiento de la estructura familiar.

**ESTRUCTURA FAMILIAR:** Se entenderá por ello aquel sistema cuyos miembros o componentes forman un todo en conjunto y que contiene dentro de la determinada regla del funcionamiento al interior del mismo.

# REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arizpe: *Familia, Desarrollo y Autoritarismo*. Revista femenina, vol.11 no.7

Berstein Isidoro. *Familia y enfermedad mental*. Buenos Aires.Ed. Paidos,1980.

Berstein Isidoro .*Psicoanálisis de la estructura Familiar del destino a la significación*.Ed. Paidos .1989.

Bleger .*Entrevista y grupos*.Ed. Nueva visión.1977

Comité español del Unicef y Brahma Kumaris Spiritual University: "*Valores para vivir: una iniciativa educativa*". Barcelona 1998.

De la Paz Luciano .*El fundamento psicológico de la Familia*. Ed.Filosofia Y Letras.1964.

Eisenber,N: " Infancia y conducta de ayuda", Ed. Morata, Serie Brunner, 1999.

Falicov, Celia: " Transiciones de la familia". Ed. Amorrortu,1991.

Flugel John Carl .*Psicoanálisis de la familia*. Ed. Paidos.1977

Gonzales Alfonso Carlos. Principios Básicos de la Comunicación. Ed Trillas . México 1990.

Juri José. *Técnicas proyectivas grupales*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires1979

Kar Snehendu. Papel de la Comunicación en la Planificación de la Familia.París , UNESCO. 1995

Kerlinger N Fred. *Investigación del comportamiento, Técnicas y Metodología* .Nueva Editorial Interamericana.1975

Kohlberg, L y otros: "El desarrollo moral". Barcelona, Gedisa 1997.

Laplanche y Pontalis *Diccionario de psicoanálisis*, Barcelona.Ed. Labor.1975

Lima Barrios Francisca. Familia popular, sus prácticas y la conformación de una cultura. Ed. INAH. México 1990.

López Uriarte Adolfo. La Comunicación Familiar.1995

Madanes, Cloe: "Terapia familiar estratégica." Ed. Amorrortu. 1982

Madanes,C: "Sexo, amor y violencia". Paidós, 1993.

Maldonado Willman , Héctor. Manual de comunicación Oral, Ed. Alambra Mexicana, México 1993.

Marín Ibañez, R: "*Los valores un desafío permanente*". Colección Aula taller de Psicopedagogía, Ed. Cincel. Madrid 1993

Medina Mora, Ma. Elena .*El consumo de drogas en México*, Ed. México Desconocido, México,2001.

Mezquita, Maria Teresa. *De madres y otros Mitos*. Revista Femenina. Mayo 1993.

Millé de Garcia , Carmen. *La necesidad de Comunicarse*. Ed. Edamexm, México 1993.

Minuchin,Salvador- Nichols, Michael: "*La recuperación de la familia*". Ed. Paidós.1994

Minuchin,S: "El Arte de la Terapia Familiar." Ed. Paidós, 1998

Minuchin. S, *Técnicas de terapia familiar* .México,Ed. Paidos, 1999



Ocampo Vera Eduardo .*Droga .psicoanálisis y toxicomanía* .México,Ed. Paidos.,1988.

Orozco Beatriz .*Psicoterapia Familiar*. Tesis para maestría.1978

Pichon Riviére. *La psiquiatría, Una nueva problemática*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1976.

Pichon Riviére. *El proceso Grupal* .Ed. Nueva visión.1977

Romero Rosendo. *Reflexiones sobre el fenómeno de la Farmacodependencia* .Publicación electrónica .1999.

Rosenfeld David. *Clínica Psicoanalítica, Estudios sobre Drogadicción*, Ed. Galerna, Buenos Aires 1976

Satir Virginia. *Relaciones Humanas en el núcleo Familiar* . Ed. Pax.1989

Savater,F: "El valor de educar," Ed. Ariel, 1997

Secretaria de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. México 2003

Solis Rojas, *Drogas, las 100 preguntas más frecuentes*, Centros de Integración Juvenil, México 1995.

Velasco, Beatriz. *Droga y Drogadicción, Conceptos Básicos*. Ed. México Desconocido, México 2001.

Wahlroos, Seven. *La Comunicación en la Familia* .Ed. Diana. México 1979.

Withaker, C: " El crisol de la familia". Ed. Amorrortu, 1982.