

Artículo original

Estilos de comunicación intrafamiliar en jóvenes adictos de una Clínica de Medicina Familiar de la ciudad de México

Types of Interfamilial Communication of Young Addicts attending a Family Medicine Clinic in Mexico City
Estilos de comunicação dos jovens toxicodependentes numa Clínica de Medicina de Família na Cidade do México

Patricia del Carmen Espinosa Ochoa,* Alicia Hamui Sutton**

Resumen

Objetivo: identificar los estilos de comunicación que prevalecen en las familias con hijos adictos y como se traducen en conductas que contribuyen o no a mantener las adicciones de acuerdo con el significado atribuido por las familias. **Material y métodos:** estudio cualitativo e interpretativo de tres familias con adolescentes adictos, los cuales acuden a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) “Gustavo A. Madero” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Se realizó un muestreo no aleatorio, por conveniencia de seis personas: tres madres y tres hijos, utilizando la técnica de entrevistas semiestructuradas y audiograbadas; la participación fue voluntaria, se protegió su identidad con el anonimato, se respetó su dignidad y se aseguró la confidencialidad de sus testimonios. **Resultados:** los adolescentes adictos de las tres familias crecieron en hogares con patrones de comunicación negativos y violentos, asociados a conductas disfuncionales (bajo rendimiento escolar, relaciones interpersonales agresivas así como sentimientos de desconfianza, inseguridad, y abandono), las cuales afectaron su desarrollo cognitivo, relacional y emocional. En este contexto el consumo de sustancias adictivas aparece como un mecanismo de evasión ante la disyuntiva de enfrentar y modificar sus pautas de interacción. De esta manera, también se explica el papel homeostático de la adicción con el propósito de desviar la atención sobre otra situación familiar. **Conclusiones:** con patrones de comunicación más reflexivos y propositivos, cambian los estilos para afrontar los conflictos, evitando que se hagan crónicos. La comunicación adecuada protege a las familias e influye en otros contextos minimizando las influencias sociales adversas.

Este artículo debe citarse: Espinosa-Ochoa PC, Hamui-Sutton A. Estilos de comunicación intrafamiliar en jóvenes adictos de una Clínica de Medicina Familiar de la ciudad de México. Aten Fam. 2012; 19(4):99-102.

Summary

Objective: to identify types of communication that prevailed in families with addicted children and how they are translated in behaviors that contribute or not in maintaining addiction according to the meaning given by the families. **Material and methods:** qualitative and interpretive study of three families with addicted adolescents, who attend the “Gustavo A. Madero” Family Medicine Unit (UMF) of the Institute for Security and Social Services for the Workers of the State (ISSSTE). A not random sampling was conducted by convenience of six persons: three mothers and their three children, using the technique of semi-structured and audio-taped interviews; a voluntary participation, their identity was protected with the anonymity; their dignity was respected and the confidentiality of their testimonies was ensured. **Results:** addicted adolescents of the three families grew up in homes with negative and violent communication patterns associated with dysfunctional behaviors (low school performance, aggressive interpersonal relationships as well as feelings of mistrust, insecurity and neglect), which affected their cognitive, relational and emotional development. In this context the consumption of addictive substances appears as a mechanism of evasion before the choice of facing and modifying their patterns of interaction. By

Palabras claves: adolescencia, adicciones, comunicación familiar

Key Words: adolescence, addictions, family communication

Palavras chave: adolescência, dependência, comunicação familiar

Recibido: 30/1/12

Aceptado: 21/5/12

*Médica residente del curso de alta especialización en terapia familiar, Unidad de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero”, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). **Jefa del Departamento de Investigación Educativa. Profesora del seminario de investigación del curso de alta especialización en terapia familiar, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Correspondencia:
Patricia Espinoza Ochoa
patymedesochao@hotmail.com

this way, it also explains the homeostatic role of addiction in order to divert attention to another family situation. **Conclusions:** with more thoughtful and propositional patterns of communication, styles to face conflicts can change, avoiding them to become chronic. A proper communication protects families and influences in other contexts minimizing adverse social influences.

Resumo

Objetivo: identificar os estilos de comunicação prevalentes em famílias com crianças dependentes e como elas se traduzem em comportamentos que contribuem ou não para manter dependência de acordo com o significado dado pelas famílias. **Material e métodos:** qualitativa e interpretativa de três famílias com adolescentes dependentes, que frequentam a Unidade de Medicina de Família (FAMU) “Gustavo A. Madero” do Instituto de Segurança e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE). Utilizou-se uma amostragem aleatório de seis pessoas, três mães e três crianças, utilizando a técnica de entrevistas estruturadas e audiogravadas. A participação era voluntária, a sua identidade foi protegida com o anonimato, garantindo e respeitando a sua dignidade. **Resultados:** os adolescentes dependentes das três famílias cresceram em lares com padres de comunicação negativos e violentos, associados a condutas disfuncionais (baixo rendimento escolar, relações interpessoais agressivas assim como sentimentos de desconfiança, insegurança e abandono) que afetaram seu desenvolvimento cognitivo, emocional e no relacionamento. Neste contexto o consumo de substâncias aditivas aparece como um mecanismo de evasão diante do dilema de enfrentar e modificar suas pautas de interação. Deste modo, explica-se o papel homeostático da adição para desviar a atenção da restante situação familiar. **Conclusões:** o uso de padrões de comunicação mais reflexivos e positivos, mudam os estilos pasra enfrentar os conflitos, evitando que se tornem crônicos. A comunicação adequadad protete às famílias e influencia em outros contextos minimizando as influências adversas.

Introducción

Se estudiaron los estilos de comunicación de tres familias, las cuales habitan en la delegación Iztapalapa de la ciudad de México, y que tenían al menos un miembro adolescente con problemas de adicciones. La edad en que empezaron a fumar o consumir drogas fue entre los 11 y 14 años (por influencia de familiares o amigos) lo cual coincide con la edad promedio de inicio que se reportó a nivel nacional (13.7 años).¹

El estilo de comunicación se aprende a través de la interacción repetida con amigos, maestros y especialmente con los padres. La familia genera y transmite patrones de comunicación social que le dan funcionalidad y congruencia.² La disfuncionalidad familiar se asocia a estilos de comunicación poco satisfactorios y es frecuente encontrar miembros adictos en estos núcleos.

Otras investigaciones³⁻¹⁰ sostienen que una de las razones por las que se desarrollan problemas personales, adictivos o de delincuencia se vincula con el hecho de que se mantienen relaciones interpersonales conflictivas, que hacen sentir al adolescente incómodo en su vida diaria. Todo lo anterior está presente en la narrativa de las familias estudiadas. Otros autores^{2,11,12} afirman que el grado de estabilidad de los padres influye directamente en los patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en los hijos. En estudios realizados por Malkus¹² se compararon las dinámicas entre familias con un miembro adolescente adicto y familias sin miembros adictos, encontraron que los adolescentes que percibían a sus padres como parejas “felices” y que se comunicaban adecuadamente, estaban en el grupo sin adicciones.

Objetivo

Identificar los estilos de comunicación que prevalecen en las familias con hijos adictos y como se traducen en conductas que contribuyan o no a mantener las adicciones de acuerdo con el significado atribuido por las familias.

Material y métodos

Se realizó un estudio de tipo cualitativo e interpretativo entre marzo y noviembre

de 2011. El estudio fue autorizado por el Comité Local de Investigación del ISSSTE, con el número de registro 439-2011. Se consideraron las siguientes variables: edad, género, escolaridad, ocupación, residencia y composición familiar. La muestra se integró con seis participantes pertenecientes a tres familias con adolescentes adictos. Se utilizaron el genograma y la guía de la entrevista como instrumentos para obtener la información, además de las audiogravaciones. Las entrevistas se realizaron en la casa de cada familia, a todos los participantes se les garantizó la protección de su identidad con el anonimato y la confidencialidad, con el cambio de los nombres en los genogramas. Todos aceptaron participar voluntariamente, y se observaron los aspectos éticos con el fin de respetar su dignidad. Se ofreció seguimiento en el servicio de terapia familiar.

Resultados

Aunque no se puede asegurar que exista un estilo único o típico de comunicación en las familias con adolescentes adictos, en este estudio se encontraron algunas similitudes.

Este enfoque permite comprender por qué el especialista en medicina familiar tiene que recurrir a las ciencias sociales.¹³

Los estilos de comunicación que describe Sánchez-Aragón¹⁴ son los siguientes (cuadro 1):

Cabe destacar que con base en esta tipología se analizó la dinámica familiar de los tres casos que se presentan.

1. *La comunicación de la familia A.* Gerardo (padre) empleado federal con estudios de secundaria; Amalia (madre) instructora de aeróbicos que concluyó la educación primaria; conviven con sus cuatro hijos, una nuer y tres nietas.*

Esta familia mostró patrones de tipo negativo y violento. Amalia (madre) relata como era la comunicación con Gerardo (padre):

“... (llorando) es que no me dejaba hablar, porque él me hacía sentir como que yo no tenía ni voz ni voto, que lo que él decía estaba bien y yo estaba mal.”

En este estudio se encontraron numerosos episodios de conflicto intrafamiliar,

como se observa en el testimonio de Gerardo (hijo):

“...mi padre se quedó en la época en la que pensaban que para entenderse con los hijos había que hablarles con palabras fuertes, insultos y groserías y francamente a mí me daban más sus palabras que los golpes.”

Él y sus hermanos crecieron en un ambiente hostil, autoritario, con violencia verbal y psicológica del padre, además de violencia física por parte de la madre, con límites rígidos, escasas demostraciones de afecto y bajos niveles de satisfacción en cuanto a necesidades de recreación, con opciones precarias para continuar su formación escolar. Cabe resaltar que Gerardo (padre) se quedó huérfano de padre a muy corta edad. Gerardo (padre) desconocía lo que Roberto (hijo adicto) pensaba debido al alejamiento que provocaban los insultos y por los escasos momentos de conversación significativa; situación que propició la conducta de autoagresión de Roberto, al consumir drogas:

“...cuando ya no aguanto a mi papá o que mis hermanos se pelean, me salgo a la calle, me desabogo, me tomo unas cervezas y ya, me siento diferente, puedo llegar a mi casa y ya no me importa lo que pasa.”

La madre adoptó un estilo de comunicación positivo y reflexivo desde el momento en que acudió a terapia grupal para madres violentas, como se puede apreciar en el testimonio de Gerardo (hijo de la familia A):

“...la verdad con la familia no platico, mi papá es de los que en lugar de ayudarte, te dice cosas que te dejan pensando cosas peores, con mi mamá sí he tenido algo de ayuda, pero no he encontrado la respuesta que necesito.”

El conflicto llevó a esta familia al distanciamiento, al abuso de drogas de Roberto, a los fracasos escolares y a la depresión de Gerardo (padre). Amalia ya no está dispuesta a someterse a su esposo. Actualmente, muestran apertura para enfrentar los conflictos familiares a través del diálogo, sin embargo, el padre aún presenta resistencias.

Cuadro 1. Los estilos de comunicación que se identificaron según la clasificación de Sánchez-Aragón⁷ fueron:

Tipo	Adjetivos más frecuentes
Positivo	Amable, directo, optimista, afectuoso, responsable de su propia vida, comprensivo, cooperativo
Negativo	Mensajes confusos, rebuscados, que minimizan la importancia del otro, en los cuales el comunicador es conflictivo
Violento	Reafirma el modelo de agresión física-verbal, competitivo, controlador, con mensajes implícitos o enmascarados
Reflexivo	Abierto, relajado, que elabora e investiga; respetuoso y analítico; se interesa por el otro; mira lo que ha pasado; usa con mayor medida la habilidad para hablar para sí mismo; inicia sus expresiones con frases como yo pienso, yo haré, yo tengo; se expresa a nivel cognitivo o interpretativo, pero con poca emoción al tomar partido
Reservado	No expresivo, al transmitir la información asume un papel pasivo, sobre todo ante los conflictos; es una persona correcta; muestra tranquilidad; tiene un estilo cerrado de comunicación y minimiza la importancia de la experiencia y la realidad del otro

2. *La comunicación de la familia B.* José (padre) labora en una empresa en la que se construye maquinaria para fabricar tubos, estudió la primaria completa y Yesenia (madre) propietaria de una tortillería, con secundaria incompleta, ellos conviven con cinco de los siete hijos que procrearon, un yerno y dos nietas.*

El estilo de comunicación de José es reservado y el de Yesenia reflexivo:

“... le digo a mi esposo, habla con tus hijos, acércate más a ellos. Si te llevas a nuestro hijo a trabajar contigo, podemos evitar que se junte con los vaguitos de la esquina, que nada más se están drogando.”

En esta familia llama la atención la participación parcial del papá en la educación de los hijos. Además se aprecia una aceptación implícita de la adicción desde el momento en que no se han decidido a acudir a tratamientos especializados. Al respecto Andrés refirió:

“...mi mamá me dice que si no quiero dejar de drogarme, me va a respetar, siempre y cuando yo pague mis vicios, porque si no voy a estudiar o a trabajar ella ya no me va a dar dinero.”

Yesenia cede con frecuencia a la solicitud de dinero de Andrés. La permisividad es uno de los factores que han coadyuvado para que esta familia tenga un miembro adicto y dos hermanos que beben alcohol a niveles de abuso. La violencia verbal genera agresividad en los hijos, autoagresiones físicas o conductas autodestructivas, como por

ejemplo: la ingesta excesiva de alcohol y otras drogas. Los límites y el estilo de crianza de esta familia han tenido fluctuaciones entre la rigidez y la tolerancia excesiva. En la familia existe hostilidad entre los hermanos, especialmente entre Abel y Andrés.

3. *La comunicación en la familia C.* Gabriel (padre) encargado de la lavandería en un hospital, estudió la secundaria completa y Belinda (madre) enfermera general con carrera técnica de enfermería. Conviven con Ernesto, el primer hijo de Belinda y los otros dos hijos que ella tuvo

con Gabriel, su actual marido.

El estilo de comunicación es negativo y violento, llegando a la violencia extrema, como se describe en el testimonio de Belinda. Una noche que Gabriel bebió alcohol en exceso y agredió a Ernesto, el cual estaba dormido en el sillón de la sala:

*“...lo agarró con todo y sillón y lo aventó contra la pared, fue horrible, entre todos controlaron a Gabriel y lo sacaron. No se podía hablar con él. Todos nos asustamos.”**

Al inicio de su relación Gabriel y Belinda establecieron un estilo de comunicación negativo y reservado sin llegar a la violencia, él dejó de ingerir bebidas alcohólicas durante cinco años e intentaba relacionarse con Ernesto (su hijastro) pero Belinda descalificaba la autoridad de Gabriel cuando éste quería corregirlo (comunicación negativa); Gabriel optó por distanciarse y reprimir sus sentimientos (comunicación reservada). El estilo de crianza permisivo de Belinda y la incompetencia, tanto del padre biológico como del padrastro, aunado a los límites difusos, contribuyeron probablemente a que la crisis de la adolescencia no transcurriera en términos saludables para Ernesto, quien fue expulsado de la escuela a los 14 años por consumir inhalantes y por presentar una marcada agresividad hacia sus compañeras. Belinda hace una reflexión acerca de su estilo de crianza permisivo:

“...desafortunadamente yo mal acostumbré a Ernesto, ya tenía ocho años y yo lo seguía bañando, yo le recogía sus cosas, le daba todo lo que me pedía y no permitía que mi hijo hiciera nada”

Para esta familia, el consumo de sustancias significaba la posibilidad de evadir los conflictos. Debido a que reapareció el alcoholismo de Gabriel y Belinda se tardó cinco años en reconocer la adicción de Ernesto, el cual inició el consumo de drogas ilegales a los 14 años de edad.

Discusión

Llanes¹⁵ enfatiza la importancia de explorar la comunicación familiar a través de los testimonios y contrastar los significados entre la narrativa de los hijos y la de sus padres con el propósito de comprender mejor la dinámica familiar y lograr una comunicación más confiable.

Para las familias un miembro adicto representa un fracaso en el cumplimiento de las expectativas sociales, generando sentimientos de vergüenza, culpa y temor, lo que conduce a ocultar la problemática en un intento por solucionarla dentro de la familia.

Se ha descrito¹⁶ que en las familias mexicanas se pueden demorar las familias hasta 10 años en pedir ayuda especializada para afrontar sus problemas relacionadas con las adicciones.

Los contrastes entre los valores sociales, las culturas juveniles y las creencias de las familias se traducen en experiencias dolorosas por el significado que tienen para cada uno de los miembros, y ante la imposibilidad de entablar un diálogo abierto al interior de la familia.

La persistencia de patrones de comunicación rígidos y violentos amenaza con disolver la cohesión familiar o los vínculos conyugales en las familias con miembros adictos.

Conclusiones

En este trabajo predominaron los estilos de comunicación negativo y violento, sobre

Cuadro 2. Estilos de comunicación encontrados en los miembros de las familias A, B y C

Familias	Estilo positivo	Estilo negativo	Estilo violento	Estilo reservado	Estilo reflexivo
A	No	Gerardo (hijo)	Gerardo (padre) y Roberto	Roberto	Amalia
B	No	No	Yesenia y Andrés	Andrés y José	Yesenia
C	No	Belinda	Gabriel y Ernesto	Gabriel y Ernesto	No

todo en padres e hijos. El estilo reflexivo en las madres de las familias A y B, y el estilo reservado estuvo presente en los padres de las familias B y C (Cuadro 2).

Se puede afirmar que es factible prevenir y tratar las adicciones. Los abordajes sistémicos incluyen la prevención primaria con la educación para la salud y las técnicas psicoeducativas de la terapia familiar. Los cuales han demostrado resultados favorables para tratar los problemas de comunicación y disfuncionalidad familiar.

Cuando la población se encuentra sensibilizada y tiene una motivación positiva hacia la información que se analiza sobre las adicciones, en conjunto con los equipos de intervención comunitaria, es más fácil reconocer que hay maneras de hacerles frente. De ahí la necesidad de contar con modelos de intervención orientados a la búsqueda de nuevas formas de relacionarse con las familias en su conjunto y que contribuyan a reducir los efectos negativos de las adicciones, y a mejorar la calidad de vida de la comunidad.

Se puede concluir que, para ayudar a resolver el problema de las adicciones, habría que trabajar en mejorar la resolución no violenta de conflictos y establecer pautas más efectivas de comunicación intrafamiliar.

Referencias

- Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/ena2008.html>.
- García BAR. La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México. Tesis Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM. 2002. p.61-66.

3. Moreno MC. Los adolescentes españoles y sus familias. Cultura y Educación. 2006;18(3-4):345-362.

4. Santander S, Zubarew T, Santelices L, Argollo P, Cerda J, Bórquez M. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. Rev Méd Chile. 2008; 136(3): 317-24.

5. Girón-García SS, Martínez-Delgado JM, González-Saiz F. Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. Trastornos Adictivos. 2002;4(3):161-170.

6. Iraurgi-Castillo I, Sanz-Vázquez M, Martínez-Pampliega A. Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. Adicciones. 2004;16(3):185-95.

7. Velásquez-Carranza DV, Pedrão LJ. Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un Instituto de salud mental. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 setembro-outubro; 13 (número especial):836-44.

8. Sánchez-Zamorano LM, Ángeles-Llerenas A, Anaya-Ocampo R, Lazcano-Ponce E. Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. Salud Publica Mex. 2007;49 (supl) 2:S182-S193.

9. Ruiz MR, Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe, oct. 2005. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700008&lng=es&nrm=iso

10. Herrera-Vázquez M, Wagner FA, Velasco-Mondragón E, Borges G, Lazcano-Ponce E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. Salud Publica Mex. 2004;46:132-140.

11. Pons-Diez J. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. Rev Esp Salud Publica. 1998;72(3):251-266.

12. Sanz M, Iraurgi I, Martínez-Pampliega A, Cosgaya L. Conflicto marital y consumo de drogas en los hijos. Adicciones. 2006;18(1):39-48.

13. Huerta-González JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México: Alfil; 2005.

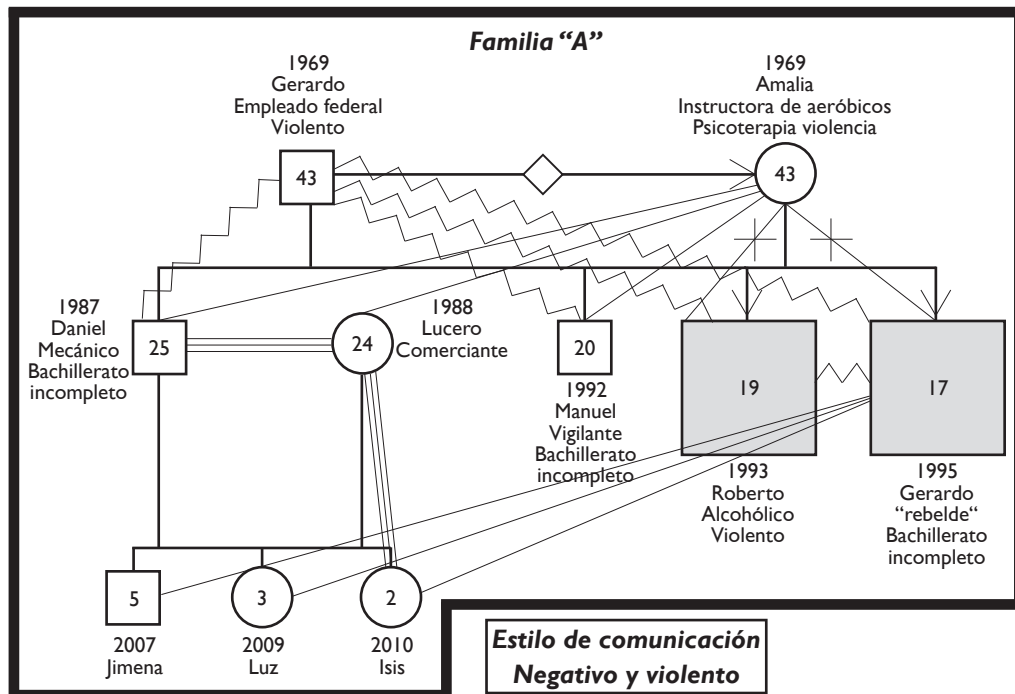
14. Sánchez-Aragón R, Díaz-Loving R. Patrones y estilos de comunicación de la pareja: Diseño de un inventario. Anales de Psicología. 2003;19(2):257-77.

15. Llanes J, Castro ME, Margain M. Manual de protección de la comunidad ante adicciones y violencia. Estrategias de intervención del modelo preventivo de riesgos psicosociales. México: Pax México; 2001.

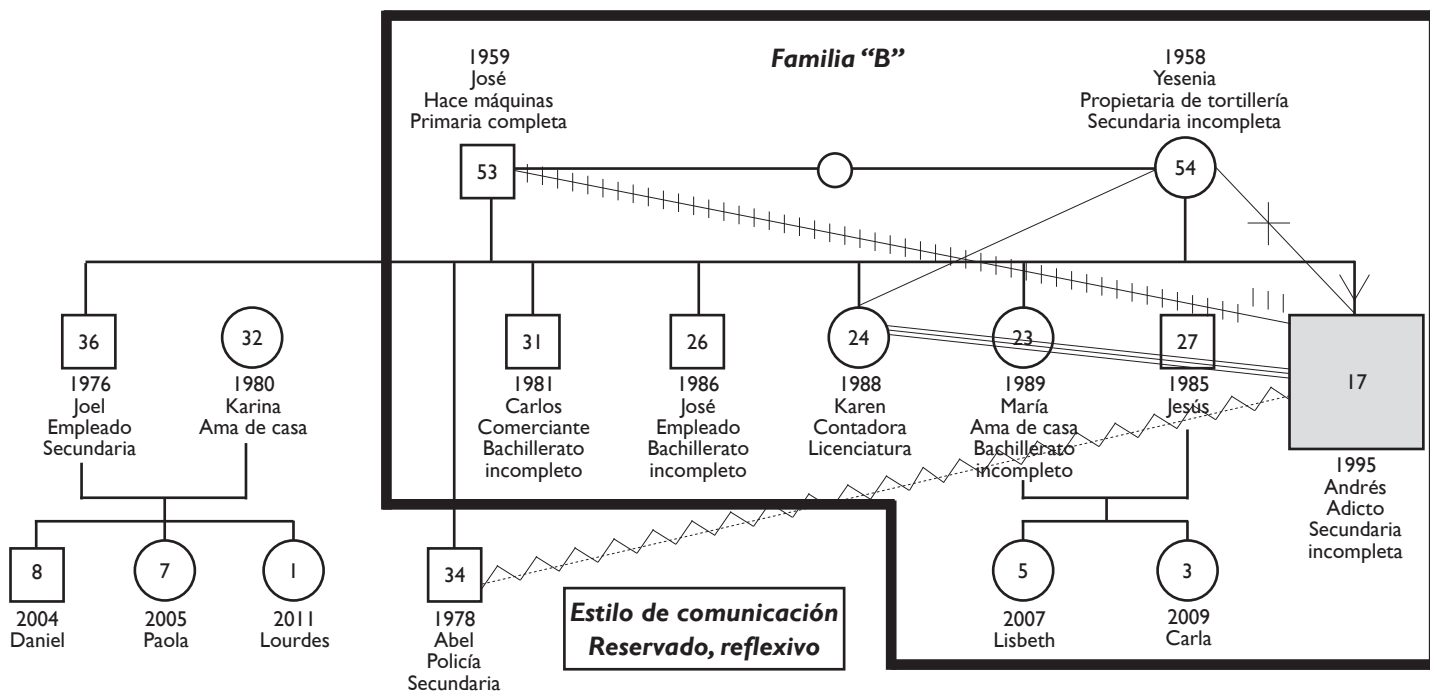
16. Natera G. La familia: ¿un recurso social para la salud y las adicciones? Cuadernos FISAC. 2003;1(17):41-58.

*Ver genogramas y cuadro de símbolos en: www.fmposgrado.unam.mx, o bien en: www.revistas.unam.mx

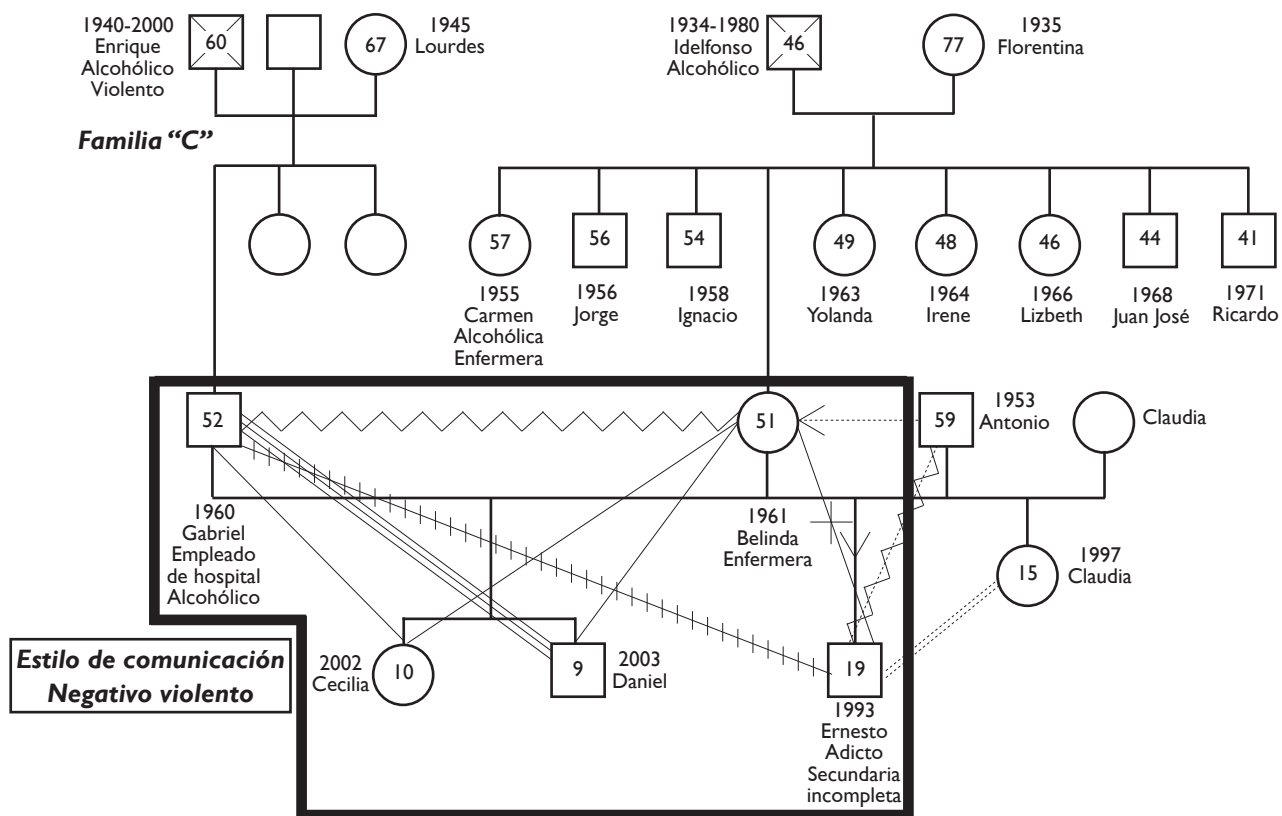
Genograma de la familia "A"



Genograma de la familia "B"



Genograma de la familia "C"



Símbolos de relaciones emocionales

