

Terapia Familiar y Adicciones Un enfoque práctico con resultados prácticos. MTF Miguel Alberto Ramírez Villaseñor¹

Resumen

En el presente trabajo, se describe el fenómeno de la adicción cómo un problema familiar. No sólo por cómo la familia es afectada, sino por la manera en que ésta participa, no en la génesis de la misma sino en el mantenimiento de las conductas consideradas como parte de la enfermedad. Por lo mismo, se describen características que la familia presenta descritas en la literatura especializada de terapia familiar (Stanton y Todds, 1988) y que han sido corroboradas en la práctica clínica que contradicen muchas de las ideas populares sobre familias de adictos tales cómo: desintegración familiar, descuido familiar, deseos de llamar la atención, madres que trabajan y otros. Las características mencionadas en la literatura son: Dependencia química multigeneracional (generalmente alcohol). Propensión al juego y a mirar T.V. Conspicuamente no esquizofrénica. Fuertes relaciones externas como refugio generalmente después de un conflicto. Ilusión de independencia mayor gracias a la subcultura de la droga. Expresión del conflicto más primitivo. Alianzas entre miembros y subsistemas explícitas. Prácticas de crianza y necesidades “simbióticas”. Predominio de temas relacionados con la muerte y muertes prematuras, inesperadas y repentinas dentro de la familia. Y disparidad cultural padres-hijos.

Menciona un modelo de Terapia Familiar con bases estratégico - estructurales utilizado para abordar a la familia del adicto en dos Clínicas de Internamiento con un programa similar de cinco semanas y presenta los resultados del tratamiento en los usuarios del modelo en un período de dieciocho meses. Ambas clínicas a pesar de tener un programa similar, presentan diferencias en cuanto a instalaciones y el nivel socio económico de los usuarios. El terapeuta familiar fue el mismo en ambas intervenciones. La presentación se hace dividiendo el contenido en tres tópicos: La adicción como un fenómeno familiar, una breve descripción de los aportes que las escuelas de terapia familiar desde una óptica sistémica hacen al tratamiento de familias de adictos –adicto incluido-, algunos resultados de investigaciones en terapia familiar con adictos, y se describe el modelo de abordaje y los resultados basados en la recaída o no en el uso de las sustancias.

El presente trabajo describe el fenómeno de la adicción cómo un problema familiar. Menciona un modelo utilizado para abordar a la familia en una Clínica de Internamiento con un programa de cinco semanas y presenta los resultados del tratamiento en los usuarios del modelo en dos clínicas en un período de nueve meses. Para facilitar la descripción, se ha dividido el contenido en tres tópicos: La adicción como un fenómeno familiar, una breve descripción de la terapia familiar desde una óptica sistémica, algunos resultados de investigaciones en terapia familiar con adictos, y se describe el modelo de abordaje y los resultados en la recaída o no en el uso de las sustancias.

¹ Terapeuta Familiar Campo Renacimiento Adicciones. Correo electrónico: migalberto@yahoo.com

Introducción

La adicción como fenómeno familiar

Cuando hablamos de adicción, aún en el criterio de aceptarla como enfermedad, encontramos varias formas de abordarla. Dentro de éstas, la sustancia ha recibido un importante peso en la cuestión de si esta es o no, mas ó menos adictiva. Pareciese existir la idea de que si damos una sustancia catalogada como se menciona, el usuario no tendrá mas remedio que depender de ésta. El acento se coloca en el poder adictivo de la sustancia. Algunas fantasías de padres y maestros giran alrededor de este punto cuando comentan que vendedores de dulces y frutas le ponen droga a sus productos para inducir a los niños su consumo. Los ahora adictos relatan como al inicio de su adicción descubrieron las primeras veces que podían tener la fantasía de controlar la sustancia justamente porque parecían determinar la frecuencia de su consumo a voluntad, esto es, a pesar de ser “adictiva”, podían con ella y eso justamente fue lo que los enganchó.

Otros estudios se han enfocado a la personalidad de los adictos encontrando varios puntos de vista dependiendo, claro, del marco teórico desde el que se describa. Los enfoques individuales han tenido variados grados de éxito dependiendo de diversos factores, pero en general debemos señalar que la mayoría ubica la adicción en el cuerpo o en la personalidad del adicto. Los aspectos interpersonales de la adicción parecen dejarse de lado exceptuando el valor que se le concede al grupo de pares o bien lo señalado por los grupos de auto ayuda tales como Al-Anon y Familias Anónimas que si tocan a la familia en cierto modo (Stanton y Todd, 1988).

Y aunque se ha llegado en la literatura especializada y en las creencias populares a señalar el papel que la familia juega en este fenómeno, únicamente ha sido para mostrar a ésta como fuente de estrés para el adicto basado en –también- la personalidad de alguno o de ambos padres.

Como los estudios se hacen desde una epistemología lineal, que describe las cosas como si se pudiese pensar en causas y efectos, ubican al adicto como el resultado del tipo de familia de la cual emerge, pensando que el tipo de familia dependerá de la personalidad de cada uno de los padres. Además, esto parece hacerse desde una perspectiva moral, esto es, se juzga la conducta de los padres como buena o mala y se intenta establecer la correlación existente entre ésta conducta y el comportamiento de los hijos. Esto genera descripciones muy interesantes sobre todo en cuanto al papel que se le atribuye a las mujeres. Por ejemplo, se habla de madres que trabajan o que son madres solteras o divorciadas como las típicas madres de los adictos. Por supuesto que el contenido ideológico de estas afirmaciones no son objeto de reflexión por quienes las enuncian. Se está dando a entender que las mujeres deben dedicarse exclusivamente a los hijos y que no son capaces de hacerlo solas, con esto se ubica a la mujer como incapaz y dependiente de un hombre. Lo peor del asunto es que esta es una idea muy difundida y casi nunca cuestionada. Otra idea muy común es el status de la pareja. Y esto vuelve a colocar a la moral como un elemento importante para las ideas de quienes se asoman a este problema.

En un estudio de 250 familias con adolescentes delincuentes y usuarios de drogas en la ciudad de Guadalajara (Ramírez Villaseñor, 1989) se encontró que el 71.2 % de los padres vivían en pareja, sólo en un 1.2% estaban divorciados, y el 19.2% estaba separado, en dicho estudio, el 34.8% de las madres trabajaban.

En otro estudio (Ramírez Villaseñor, 1990) con una muestra de 100 familias con características similares, no se encontró a ninguna pareja divorciada. Once de las parejas de la muestra estaban separadas.

En un sondeo que se hizo con las familias de usuarios de la Clínica Campo Renacimiento Adicciones con una muestra de 32 familias, se encontró que el 59.37% de los padres de los pacientes estaban casados, el 18.75% estaban divorciados, el 6.25 % se encontraban separados. El 12.5% viudos y el 3.12% eran madres solteras. La diferencia entre las familias de los estudios anteriores y en los realizados para el presente trabajo está en el nivel socioeconómico, las familias que utilizan los servicios de Campo Renacimiento pertenecen a la clase media alta mientras que los otros son de estratos sociales mas bien bajos. Podría atribuirse al nivel económico el hecho de divorciarse en vez de únicamente separarse, pero cómo se puede observar, la mayoría de las parejas de padres continúan casados, con lo que echa por tierra la idea de la adicción como resultado de la desintegración familiar.

Aún así, puede señalarse que el intentar describir la influencia de la familia desde el comportamiento o la personalidad de los padres en relación con el consumo de sustancias no nos aporta mucho material que se pueda utilizar en un nivel práctico y se debe hacer énfasis suficiente en que estas son afirmaciones desde una perspectiva de valores que resalta la familia ideal de clase media, esto es papá, mamá y pocos hijos. Por otra parte, poco se ha hablado del papel que la familia juega en la persistencia del problema.

Es importante recordar que el consumo de sustancias inicia básicamente en la adolescencia, donde se ensayan nuevos comportamientos y nuevas fronteras a los mismos. También es importante señalar que la adolescencia, entendida como la adaptación emocional a los cambios físicos de la pubertad (Blos, P. 1981), no es únicamente un cambio del chico, sino de la familia completa sobre todo pensando en la modificación de horarios, practicas de crianza, alianzas y coaliciones etc. (Anthony 1983). Por tanto es complicado pensar en una familia donde nadie parece darse cuenta de que algo está ocurriendo con un miembro de esa edad. Respecto a este punto, se ha señalado el papel homeostático del síntoma, donde este último parece servir para desviar la atención sobre otra situación familiar que parece afectar mas a la familia en ese momento. Por lo mismo, la familia mentirá por el adicto, lo ocultará, pagará por él y otras cosas como si quisiera evitar a toda costa que el adicto sufra las consecuencias de sus actos (Stanton y Todd, 1988).

Otro argumento para señalar al consumo de drogas como un fenómeno familiar es que es la familia, generalmente la madre, es quién solicita el tratamiento aún a pesar de que el miembro adicto no acepte ni que tiene un problema ni la necesidad de una intervención (Coletti, M).

Estudios (Stanton y Todd, 1988) de terapeutas familiares refieren que las familias de los adictos en comparación con otras familias de miembros con patología presentan:

- a. Una dependencia química multigeneracional (generalmente alcohol). Propensión al juego y a mirar T.V. (Aquí se puede incluir juegos de vídeo e internet).
- b. Relevantemente no esquizofrénica.
- c. Fuertes relaciones externas como refugio generalmente después de un conflicto. Ilusión de independencia mayor gracias a la subcultura de la droga.
- d. Expresión del conflicto más primitivo.
- e. Alianzas entre miembros y subsistemas explícitas.
- f. Prácticas de crianza y necesidades “simbióticas”.
- g. Predominio de temas relacionados con la muerte y muertes prematuras, inesperadas y repentinas dentro de la familia.
- h. La adicción como “pseudo-individuación”.
- i. Disparidad cultural padres-hijos.

En la práctica hemos encontrado dos elementos que merecen especial atención: Uno de estos es que generalmente el adicto tiene lo que optamos por llamar “posición de privilegio”. Es decir, culturalmente algunas posiciones en la escala familiar pudieran entenderse de esta forma. El primer hijo, el primer varón, el último varón, el último hijo, el primer vivo. Etc. El otro elemento es la presencia como lo señala la literatura, de hermanos muertos violenta o prematuramente cercanos a la posición del adicto o bien de abortos espontáneos. Pareciera que si se combinan estos elementos con la adolescencia, las familias estarán poco dispuestas a dejar “salir” a un miembro que han cuidado durante todos estos años como una manera de superar el duelo de la pérdida del otro hermano.

En una muestra de 32 familias usuarias de Campo Renacimiento encontramos que el 34.3% de los adictos tenía una posición como las mencionadas. El 25% de las familias se había enfrentado a muertes y/o abortos y el 40.6% poseía ambas variables. En otro sondeo de 18 familias, el 94.44% de los adictos poseía una posición de privilegio siendo el último varón el 41.17%, el primer hijo el 29.41%, el primer varón el 17.64% y el último hijo el 11.76%. En la misma muestra encontramos que el 50% tiene hermanos muertos de forma violenta o prematura. El 44.44% son hermanos mayores, otro 44.44% son menores y el 11.11% han muerto antes y después. Todos los hermanos muertos eran del mismo género del paciente.

Los resultados enseñan que el 38.88% tiene abortos en la escala familiar. El 42.85% antes del nacimiento del paciente identificado. El 14.28% después y el 42.85%, antes y después. El 22.22% de las familias presenta ambas variables y solo el 5.55% no presenta ninguna de estas.

En un estudio previo (Ramírez Villaseñor, 1989^a), con una muestra de 106 familias con un miembro farmacodependiente recluido en un centro penitenciario se había encontrado que el 78.3% de los sujetos tenía una posición de privilegio. De igual forma que los sondeos anteriormente mencionados, se detectó la presencia de hermanos muertos cercanos al paciente, tanto antes como después. Los abortos no llamaron la atención del investigador en aquél entonces.

Esta organización familiar estaría presente en las familias con un consumidor de drogas independientemente de su condición social.

La Terapia Familiar

La Terapia Familiar aparece como una modalidad de intervención a finales de los años 50's con familias de esquizofrénicos y en cierta forma desafía a muchas de las conceptualizaciones tradicionales sobre el tratamiento de diversas problemáticas. No es el objetivo de este trabajo ahondar en los conceptos y procedimientos de dicho estilo de pensar y abordar el trabajo clínico por lo que nos conformaremos con describir algunos puntos que pueden resultar de utilidad para contextualizar el trabajo que se ha venido realizando con los adictos y sus familias con el modelo utilizado por el terapeuta que atendió a la muestra del presente estudio.

La terapia familiar aborda a la familia como un grupo de relaciones más que como un grupo de individuos. En este sentido describe más lo que ocurre entre las personas y no dentro de éstas. Hace énfasis en cuestiones observables como patrones de interacción familiar, secuencias repetidas, mensajes digitales y analógicos de la comunicación, cercanía o lejanía de los miembros entre otras cosas. Generalmente trabaja con objetivos que pueden o no ser explícitos y es de corta duración en comparación con otros modelos de abordaje.

No toda la terapia familiar se practica de igual forma, aunque parte de ideas similares, cada autor le ha impregnado un estilo personal. Se enumeran algunos puntos teóricos que han sido de utilidad para trabajar con las familias de los adictos:

1. Énfasis en la jerarquía. La familia no es un grupo de iguales. Hay quienes toman decisiones y se encargan de los otros. Generalmente los padres de los hijos (Minuchin, 1995, Haley, 1988).
2. Existen secuencias relacionales alrededor de cada pauta de comportamiento. La terapia consiste en identificar estas pautas por parte del terapeuta y modificar las relaciones cambiando componentes, tiempos de la interacción o distancias entre los miembros.
3. Se piensa en organizaciones tríadicas como unidad mínima relacional y se centra en el presente (Madanés, 1984).
4. Es importante tomar en cuenta el ciclo vital en que la familia se encuentra y buscar que los miembros respondan a las exigencias del contexto social en el cuál se desenvuelven (Haley, 1991).
5. El tratamiento tiene objetivos: Resolver el problema por el que se interviene antes que otros problemas ya sean observados por el terapeuta o reportados por la familia.
6. Las familias pueden oponerse al cambio de la misma forma en que pretenden ser diferentes. Los terapeutas pueden apoyar la parte de la estabilidad buscando incrementar la fuerza que impulsa al cambio (Selvini Palazzoli y otros, 1988). Sin compartir el marco teórico, pero con una actitud bastante similar operan los grupos de familia Al-Anon, cuando insisten en que la mejor manera de ayudar es no ayudar.

Stanton y Todds (1989) en su trabajo con adictos intervinieron con un modelo estratégico estructural donde sugieren:

1. Encarar primero la tríada compuesta por el adicto y ambos progenitores antes de ir más lejos. Intentar trabajar con la pareja puede causar mas tensión.
2. Incluir al mayor número posible de miembros.
3. Las metas son, básicamente:
 - a. Dejar el consumo de sustancias legales e ilegales. No centrarse en otros problemas cómo disfunciones conyugales, conflictos de poder entre cónyuges, etc.
 - b. Uso productivo del tiempo y
 - c. Una situación estable y autónoma.

Terapia familiar y resultados de tratamiento en adicciones

La terapia familiar ha hecho incursiones en el tratamiento de los adictos y por supuesto, sus familias. El seguimiento de casos sigue siendo una forma de saber si la manera en que estamos interviniendo arroja resultados positivos. De esta forma, Maurizio Coletti habla de una mejoría del 65.38% en contraste con un 26.92% sin cambios después del tratamiento en familias abordadas con un modelo estructural. Un 76.92% de mejoría contra un 19.23% con un modelo de contraparoja.

Guillermo Bernal (1993) reportó que la terapia familiar obtiene un 90% de mejoría en caso de abuso de drogas con un modelo de Terapia Contextual y que los resultados dependen de las posibilidades de la expresión emocional de el conflicto, del sobre -envolvimiento de algún familiar o de comentarios negativos sobre el miembro sintomático.

Ramírez Villaseñor (1989) reportó un 60% de mejoría en casos tratados de manera estratégico estructural en un ambiente penitenciario donde el éxito del tratamiento dependió del número de participantes de la familia, el número de sesiones (entre 3 y 11) y quién determinaba la terminación del tratamiento (institución o terapeuta).

En un seguimiento de casos de Campo Renacimiento efectuado a pacientes tratados entre Octubre de 1999 y Mayo del 2000 con un modelo distinto de atención familiar con dos sesiones familiares y tres sesiones multi familiares con exposición de temas tales como “Co-dependencia”, “Límites” y “El Alcoholismo como enfermedad familiar” se encontró que el 49.95% de los pacientes permanecían limpios contra un 49.99% que habían recaídos.

El Modelo

El modelo está diseñado para aplicarse paralelamente a un tratamiento de tipo residencial de cinco semanas con apoyo del Programa de 12 Pasos de AA. La familia acude a cinco sesiones temáticas y se apoya en tres sesiones multifamiliares. Al respecto de este tipo de sesiones, la literatura (Stanton y Todd, 1989) señala que:

1. Ayuda a reducir la defensividad masiva.
2. Rompe el hielo e introduce a los familiares en la experiencia de la terapia.
3. Funcionan como terapeutas adjuntos y disminuye la presión hacia la idea de que es el terapeuta quién debe efectuar los cambios.
4. Las familias socialmente aisladas sacan provecho de la fuerza, objetividad y cuenta con un grupo de pares más numeroso.

El modelo con que se está trabajando se basa en los siguientes preceptos:

1. Las drogas son un problema familiar.
2. La familia participa en el mantenimiento del problema a través de negar consecuencias, y de insistir en soluciones que han probado que no resuelven el problema.
3. La necesidad de incorporarse a un programa de recuperación (Al-Anon o Familias Anónimas)
4. El establecimiento de límites y consecuencias.

Los objetivos de las intervenciones familiares son:

- a. Preparar a la familia para el establecimiento de límites, esto es, cuáles son los cambios que el adicto debe de tener una vez que regrese a casa
- b. así como las consecuencias de no respetarlos incluyendo el consumir sustancias o efectuar conductas no aprobadas por la familia. En las sesiones multifamiliares, se hace énfasis en el fracaso de las soluciones intentadas muy al estilo del Programa de Doce Pasos de Al - Anon.

Las sesiones familiares se realizan con un cuestionario que la familia contesta en casa. Esto sirve como una forma de hablar del problema sin que la familia se sienta culpada pero también permite durante la reunión con ellos para charlar sobre el cuestionario entender como ellos se organizan para presentar el problema y para visualizar sus interacciones. Las temáticas manejadas con la familia son:

1. Antecedentes: Es el primer contacto con la familia, generalmente se usa para obtener datos sobre el paciente que este pueda ocultar (consumo, consecuencias, etc.), se les explica el Programa familiar y se le compromete a participar. El adicto y su consumo son el foco de la terapia.
2. Consecuencias. La familia enlista los daños recibidos en todos los niveles, económicos, sociales, emocionales. Se enfatiza la necesidad de hacer un cambio “por el bien de todos”.

3. Resentimientos. Una vez identificadas las consecuencias, se reconocen los sentimientos alrededor de estas. La familia en este momento está muy molesta con el adicto. Un objetivo paralelo es atacar la negación de las consecuencias que la familia ha venido teniendo. Aparece cierta incomodidad con su manera de vivir, quieren cambiar. A esta altura ellos ya conocen a otras familias (por las multifamiliares) en una posición similar, otras familias que lo han intentado igualmente sin conseguirlo y saben que no están solos.
4. Actitudes Negativas. La familia hace una revisión de los cambios internos que les gustaría tener además de los cambios en el adicto (ser menos sobreprotectores, menos negadores, menos cómplices, etc.).
5. Límites. Esta es la última sesión, la familia le dice al adicto todo lo que sabe de él y ya no quiere ocultar. Además le señalan las consecuencias de una recaída. Al adicto le impacta mucho esta sesión.

Resultados

Se trabajó con este mismo modelo en dos clínicas para tratamiento de adicciones con un funcionamiento similar. En la primera, se atendió a 39 pacientes y en la segunda 82. La población de la primera clínica tenía menos recursos económicos que la segunda. En ambos, se realizó un seguimiento de casos vía telefónica. El criterio de evaluación de la intervención familiar fue la recaída.

Los casos fueron atendidos durante nueve meses en cada clínica por el mismo profesional quien tiene formación como terapeuta familiar. El seguimiento se efectuó tres meses después de que el último paciente había egresado de tratamiento. Así que el tiempo de estancia fuera es desde tres meses a un año. Como el objetivo era evaluar el modelo de trabajo familiar, la muestra se dividió en dos grupos: En un grupo se colocaron las familias que se involucraron en el tratamiento y en el otro, las familias que no lo hicieron. Entendamos por involucrarse en el tratamiento o comprometerse con el mismo al hecho de contestar los cuestionarios, ver que otros miembros de la familia que no acuden contesten y los envíen, vayan a las sesiones, asistan a las sesiones multifamiliares, den información extra a las preguntas y acudan a grupos de auto ayuda mientras su familiar se encuentra internado. Los resultados de la primera Clínica se presentaron en un Simposium en la ciudad de Guadalajara en Octubre del 2000 organizado por Campo Renacimiento.

	Clínica "Esperanza de Vivir."	Clínica Campo Renacimiento
Terapia Familiar limpios	78.12 % n= 25	75.55 % n=34
Terapia Familiar recaídos.	21.87 % n= 7	24.44 % n= 11
Sin Terapia Familiar limpios.	28.57 % n= 2	45.94 % n= 17
Sin Terapia Familiar recaídos.	71.42 % n= 5	54.05 % n= 20

Conclusiones

Los resultados señalan que es mas probable que si la familia enfrenta el problema en forma conjunta, las recaídas son menores que el abstenerse del consumo de sustancias. Esto es importante pues en el contexto de internamiento el depositario de la enfermedad sigue siendo el adicto y, en ocasiones lo que la familia paga por el tratamiento les hace comportarse como si no tuvieran que hacer mas. Esto llama la atención pues las familias que no se involucran son de mayor número en Campo Renacimiento que en Esperanza de Vivir, una clínica cuyo costo es menor.

Es importante señalar que si las familias no acuden de manera comprometida al tratamiento, sus familiares internos trabajan con terapia individual y de grupo así como participan en un grupo de auto ayuda por lo que el personal que compone el staff es una variable importante en los resultados.

Por otra parte, la posición familiar que los adictos tienen en la escala familiar contradice a las creencias populares que lo ubican como el depositario del rechazo y descuido familiar, aunque creemos importante trabajar en ocasiones asuntos de duelo inconclusos por la pérdida de los hijos.

Referencias

- Anthony, J. (1983). Las reacciones de los progenitores frente a los adolescentes y su comportamiento. En Anthony, J. Y Benedek, T. (Eds.) Parentalidad. Buenos Aires: Amorrortu Eds.
- Bernal, G. (1993) Investigación en Terapia Familiar. Taller. Guadalajara: ITESO
- Blos, P. (1981) La transición adolescente. Buenos Aires: Amorrortu Eds.
- Coletti, M. La terapia familiar con las familias de los toxicodependientes. V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario.
- Haley, J. (1991) Problemas en la emancipación juvenil y terapia familiar. Buenos Aires: Amorrortu.
- Madanés, C. (1984) Terapia Familiar Estratégica. Buenos Aires: Amorrortu Eds.
- Minuchin, S. (1995) Familias y Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa.
- Ramírez Villaseñor, M.A. (1989) La Terapia familiar estructural como herramienta auxiliar de tratamiento en menores infractores. Tesis Profesional Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Ramírez Villaseñor, M.A. (1989) La estructura familiar del delincuente juvenil. Monografía inédita
- Ramírez Villaseñor, M.A. (1989a) La posición del P.I: en la escala familiar de familias infractoras. Monografía inédita
- Ramírez Villaseñor, M.A. (1990) La desmitificación del divorcio como factor genético de la delincuencia juvenil. Monografía inédita.
- Ramírez Villaseñor, M.A. (2000) El Impacto de la Terapia Familiar en el Tratamiento del adicto. Ponencia presentada en el 1er Simposium sobre Adicciones y Alternativas de Tratamiento. Campo Renacimiento. Guadalajara, Jalisco Octubre 27 de 2000.
- Selvini Palazzoli, M.; Ceccin, G.; Prata, G.; Boscolo, L. (1988) Paradoja y Contraparadoja. Barcelona: Paidós.
- Stanton, M.D. y Todd, T. (1988) Terapia Familiar del abuso y la adicción a las drogas Barcelona: Gedisa.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons](#)
[4.0.](#)

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumendelicencia](#) - [Textocompletodelalicencia](#)