

144
201



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**TERAPIA FAMILIAR CON
ADICTOS A DROGAS.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ROSA VERDEJA REYES
SERGIO ALEJANDRO CISNEROS AGUAYO**

México, D. F.

1990



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 está 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.

I N D I C E

I.	INTRODUCCION	1
II.	MARCO TEORICO	6
III.	METODOLOGIA	19
IV.	CASOS CLINICOS	41
V.	RESULTADOS	62
VI.	CONCLUSIONES	65
VII.	BIBLIOGRAFIA	68

I. Introducción.

A partir de la práctica de Psicoterapia Individual con enfoque analítico con pacientes Farmacodependientes, en Centros de Integración Juvenil, nos encontramos con que los resultados en términos de abatir o reducir el consumo de drogas no eran satisfactorios. Esto nos llevó a una reflexión teórica y técnica en un Contexto Institucional, así mismo nos hizo pensar que se requería de un mejor marco referencial cuyos conceptos nos dieran instrumentos para mejorar los resultados terapéuticos, basados en el problema de abuso y adicción a drogas. Primeramente buscamos bibliografía que nos ampliara una explicación, y en segundo lugar que fuera más técnico, en esta búsqueda, la teoría general de sistemas y la Terapia Familiar Estructural cumplían con nuestras necesidades teórico-técnicas, por lo que el presente trabajo pretende mostrar y aportar la aplicación de un modelo terapéutico viable y eficaz en problemas de Farmacodependencia.

Para este trabajo de Tesis trabajamos con tres familias, con problema de abuso y adicción a drogas; en uno de sus miembros que asistieron dos de ellas al Centro de Integración Juvenil " Sur " y la otra al Centro de Integración Juvenil "Cuauhtémoc". Nos concretamos al problema de la Farmacodependencia con objetivos clínicos, y contratos breves de 12 sesiones con duración de 60 minutos cada una, y un intervalo de una semana entre las sesiones se trabajó con un mínimo, de asistentes de tres, aplicamos el modelo de Terapia Familiar Estructural como Psicoterapia Breve, buscando que en corto tiempo se llegará a cumplir el objetivo concreto, teniendo como foco la desaparición o disminución de uso y abuso de drogas.

Por otro lado consideramos que hacerlo en Centros de Integración Juvenil era adecuado, ya que es una Institución cuyo objetivo principal es la Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de la Farmacodependencia; que con más de 15 años -

de experiencia nos proporcionó una infraestructura adecuada a nuestros fines. Siguiendo con nuestras reflexiones, nos surgió el siguiente cuestionamiento ¿Es la adicción a las drogas un problema social? para responder tendríamos que categorizar el tipo de adicción o bien, sus alcances sociales, ya que la primera categoría nos remite a la Historia del uso de las Drogas y por lo tanto la respuesta sería negativa, por otro lado, el de los alcances sociales la respuesta sería afirmativa, y ésta última respuesta obedece a su vez a otra categoría social llamada Salud Pública, ya que actualmente se ha definido la Farmacodependencia como una enfermedad, enfermedad no contagiosa pero transmisible, es obvio que con esta definición las causas de la adicción a las drogas rebasan lo individual para convertirse en social y lo social incluye al grupo familiar, ahora bien, a la familia a su vez hay que categorizarla como una Institución Social, que tiene como función principal ser portadora y transmisora de los valores culturales -entendiendo cultura como la visión del mundo y todo lo que el hombre hace con esa percepción de la realidad-. Por lo tanto, cuando aparece un miembro con problema de farmacodependencia en una familia, este miembro está cuestionando la ideología cultural de esa familia.

Los estudios en relación a la importancia de la familia en el proceso de la adicción a drogas son relativamente pocos, pero se ha podido comprobar que la Farmacodependencia de los jóvenes está estrechamente relacionada con el nivel de funcionamiento del sistema familiar, por lo que existe unanimidad en que el tratamiento a farmacodependientes debe involucrar a la familia. El primer grupo que conoce el ser humano es la familia y es esta la que va formando los esquemas de relación y de comportamiento de cada individuo, lo que se debe aceptar y lo que no se debe aceptar.

En las lecturas previas referentes a éste tema, encontramos un acuerdo en los Autores, y es que los mejores resultados de Psicoterapia con pacientes adictos-

a drogas han sido aquellos en que la familia es incluida en el tratamiento. Por todo lo anterior, se puede considerar como nuestra hipótesis lo siguiente:

Los pacientes farmacodependientes remiten su adicción cuando el Grupo Familiar modifica su estructura y su funcionamiento relacional incluyendo sus modos comunicacionales.

En los Centros de Integración Juvenil, la Psicoterapia Familiar Breve se instituye bajo la premisa de la importancia de incluir a la familia en el abordaje terapéutico del Farmacodependiente; ya que ella constituye el núcleo social básico dentro del cual se desarrolla el individuo. Específicamente en el Centro de Integración Juvenil Sur, el enfoque de trabajo con familias tiene sus antecedentes desde 1980.

Después de un desarrollo en Psicoterapia Individual de Orientación Psicoanalítica con pacientes farmacodependientes sin resultados realmente satisfactorios, surgió la necesidad de buscar otras formas de abordaje terapéutico, sin embargo, durante un par de años no hubo nada nuevo hasta que en el año de 1980, tuvimos en el Centro Local Sur como Supervisor Clínico al Dr. Ignacio Maldonado -- quien traía un esquema teórico de familia, fué quien comenzó a transmitir la idea de ver a la familia desde una nueva perspectiva, concibiéndola como el Centro de los Dilemas Humanos. Sin embargo, su enfoque estaba más apoyado hacia lo social (Materialismo Histórico) y el Psicoanálisis. Posteriormente el Dr. Maldonado se fué a Estados Unidos, pero había dejado sembrada la semilla; de 1980 a agosto de 1984 sólo tuvimos acceso a los Grupos de Orientación a Familias de Farmacodependientes como una modalidad de trabajo con familias, el trabajo con éstos grupos tuvo como resultado que se observó mejoría en aquellos pacientes que sus familiares estaban involucrados, los datos de este trabajo cons

tan en un artículo (1982) publicado en las series técnicas editadas por Centros de Integración Juvenil y en el cual participó uno de nosotros (Sergio Cisneros). Para 1984, en agosto, hubo un reencuentro con el Dr. Maldonado en un curso de - Terapia Familiar, donde junto con él fueron instructores la Dra. Estela Troya, - la Dra. Margarita Díaz y el Dr. Javier Vicencio. En este curso el Dr. Maldonado presentó un enfoque más claro basado principalmente en la Terapia Familiar - Estructural propuesta por Salvador Minuchin, y en la Terapia Familiar estratégica propuesta por Jay Haley.

Es así que desde septiembre de 1984 a septiembre de 1985, hemos implementado en el Centro Local Sur éstos conocimientos en Terapia Familiar con familias mexicanas con problemas de adicción a drogas en uno de sus miembros.

Es importante enfatizar el trabajo realizado en los Grupos de Orientación a Familiares de Farmacodependientes, a este respecto Mohar y Kuri, (1979) mencionan "el objetivo de los Grupos de Orientación ha sido precisamente orientar a los - padres de pacientes Farmacodependientes en el manejo de los mismos, sin embargo, no únicamente se ven aspectos didácticos o informativos, sino que se llega a crear" Insight "en relación a su participación en el problema del paciente - identificado, en relación existente entre el padre y la madre, los papeles que desempeñan dentro del núcleo familiar y los roles estereotipados que pueden -- existir entre los diferentes miembros de la familia". Y en una de sus conclusiones las Autoras declaran "el incluir cuando menos uno de los miembros de la pareja parental en un proceso terapéutico, ayuda a modificar la dinámica familiar, con la consiguiente redistribución de roles y ansiedades, asumiendo cada uno sus responsabilidades". ¿Por qué el enfoque estructural y el estratégico - son utilizados en éste trabajo? bueno, principalmente se justifica por las siguientes razones: consideremos el tipo de familias que acuden a los Centros de Integración Juvenil, se caracterizan por bajos recursos económicos (muchas ve-

ces marginadas) y bajos recursos intelectuales, con problemas de Farmacodependencia y conducta delictiva y es con este tipo de familias con las que Salvador Minuchin y Jay Haley, han trabajado y enfatizan las dificultades tan grandes para elaborar interpretaciones sofisticadas por las que pasan los pacientes y la facilidad de integrar cambios en el sistema por medio de las técnicas y las estrategias de tipo analógico y metafórico; además, enfatizan que se trata de la remisión del síntoma (Farmacodependencia) por medio de cambios estructurales y no la comprensión del mismo.

Después de esta introducción pasamos a describir el marco teórico, la metodología, los casos clínicos, los resultados, un capítulo de discusión y conclusiones, y finalmente la bibliografía.

II. Marco Teórico.

Ya en la introducción comenzamos a conceptualizar la farmacodependencia como una enfermedad, sin embargo, surge una pregunta ¿que significa esto?. Al tratar de respondernos encontramos que es necesario ir ubicando el significado en un contexto más amplio, por lo que creemos necesario hacer algunas observaciones sobre el llamado proceso Salud-Enfermedad, lo cual nos permitirá una aproximación teórica más amplia sobre lo que significa la farmacodependencia como enfermedad y su tratamiento.

La medicina como toda disciplina científica ha tenido cambios importantes, estos cambios han sido básicamente en la explicación del concepto enfermedad. En un primer momento, la medicina dió durante muchos años una explicación llamada Biologisista y unicausal ya que consideraba que la enfermedad tenía un proceso lineal, es decir, a una enfermedad se le correspondía una y única causa; ejemplo, a una gripa corresponde un virus de gripa, se ataca el virus y se acaba la enfermedad. Posteriormente, a finales del siglo XIX se conceptualiza la enfermedad como " Predisposición Genética " esto es que la gente enfermaba por su constitución biológica; finalmente y ya en el siglo XX, la medicina integra " lo social " en la explicación de la enfermedad, ya se toman en cuenta las variables sociales comprendidas como determinantes de enfermedad y relaciona lo social con lo biológico para surgir como un modelo multicausal.

El medio ambiente es considerado como muy importante para comprender el porque la gente enferma; con relación a esto último, Hesio Albuquerque Cordeiro y Cols. (1976) reconocen dos orientaciones, una de tipo ecológico y otra de tipo social y cultural, las cuales dicen los autores coexisten permitiéndose, en ocasiones, hegemonía de uno sobre otro, articulándose a su vez con un conjunto de prácticas en el Campo de la Salud.

Dentro del primer enfoque se ubica Hernán San Martín (1981) que postula lo siguiente: La ecología humana demuestra que la Salud y la Enfermedad no constituyen estados opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que vive. Lo anterior -dice San Martín- es en base a ciertos factores contenidos en el ambiente natural, en la herencia biológica, cultural y social, en los grupos sociales.

Otra orientación enfatiza la importancia de las relaciones de producción económica de una sociedad y explica la enfermedad en términos de la creciente crisis político-económica. Ana Cristina Laurell (1980) propone como primer objetivo, demostrar que la enfermedad tiene un carácter histórico y social.

En lo que respecta a la Orientación Psico-Social y Cultural el principal concepto es el de Stress Social y apela a que la sociedad con sus contradicciones provoca más que una desadaptación una incongruencia de determinadas condiciones de vida, es decir, provoca hábitos o estilos de vida que tienen un papel importante como factores etiológicos de la enfermedad.

Ahora bien, estas observaciones nos remiten a una reflexión; la farmacodependencia es una enfermedad y por tanto compete a las ciencias de la salud y más aún al proceso Salud-Enfermedad, las ciencias médicas no abordan satisfactoriamente el objeto de nuestro trabajo por lo que completamos nuestra primera afirmación: La Farmacodependencia es conceptualizada como una enfermedad mental; en el DSM III (1983) es referida como a "Trastornos Mentales" producidos por el uso más o menos regular de sustancias tóxicas. Apoyándonos en lo anterior tenemos que dirigir nuestra mirada hacia las disciplinas de la salud mental por lo que valgan las siguientes observaciones.

La psiquiatría como una rama de la medicina no ha escapado a la evolución teórica y práctica que sufren todas las ciencias a lo largo de la historia. En este caso nos apoyaremos en las ideas expresadas por Michel Foucault.

Foucault plantea en su libro " Historia de la locura en la época clásica " -- (1981) algunas ideas acerca de la locura y el internamiento desde una perspectiva histórica que nos permite visualizar algunas determinantes sociales, ideo lógicas, políticas y culturales en la edad media, el renacimiento y la época clásica sobre la práctica de éstos conceptos.

Ubica en primer lugar a la lepra como antecedente de enfermedades que como lugar común una sociedad excluye a los que la padecen. Este lugar común, la -- exclusión, el internamiento, cobra desde la lepra un valor ideológico de -- " Salvación " del enfermo. Cuanto más se sufra, cuanto más penitencia implica para el hombre poder salvarse y salvar a la humanidad.

La lepra deja su lugar a las enfermedades venereas, a la miseria social y a la locura. El renacimiento ubica al loco en un límite espacial (al interior del exterior, entre las ciudades, donde como reflejo de la explicación de la locura es un límite humano, reconocido como aventura imaginaria, pero también como elemento que hay que recluirlo en naves, la mítica nave de los locos. También allí la peregrinación, la exclusión da posibilidad de que el hombre se salve, encuentre su destino. El clasicismo y el dominio de la razón, recluyendola -- con la miseria social, con todos los que infringen la ley, encajonada en estados absolutistas. La locura como extraña a la razón, como hermana de la pobreza, del desocupado, del sacrilego. Esta convivencia va dejando las marcas a -- la imagen del loco que continua hasta nuestra época, (desviado sexual, margin do, sacrilego, opositor, etc.).

El internamiento cobra sobre todo en esta época un perfil institucional jurí dico donde la práctica médica opera al margen, y si interviene en el futuro como práctica psiquiátrica se apoya en la concepción que el aparato jurídico da al loco. El castigo penal, la tortura, los métodos inquisitorios constituyen los métodos terapéuticos de la época. En resumen, el loco es el incapacitado para

cumplir sus derechos y deberes jurídicamente.

El estado toma en sus manos la reclusión, el castigo y deposita en la familia - el derecho de pedir la reclusión, la familia cobra el valor de custodio de las buenas conductas y la moral, el loco entra a ser valorizado en el ámbito moral y ético.

En el clasicismo se forjan los pilares institucionales que cuidan al loco, dejando a la psiquiatría como herencia, que como disciplina médica no escapa a - estos determinantes. Las anteriores reflexiones se justifican desde el contexto en que las posibles condicionantes que intervienen en la configuración de la imagen del farmacodependiente como desviado, marginado, delincuente, el que no cumple las reglas, el inadaptado, han creado socialmente la imagen del farmacodependiente y obstaculizan (o han obstaculizado) una mejor posibilidad de tratamiento institucional.

Nuestra intención es ir particularizando el proceso salud-enfermedad; con respecto al área de la Salud Mental y para continuar con las ideas de M. Foucault, la psiquiatría como disciplina del tratamiento de la locura (Salud-Enfermedad - Mental), tiene hasta la actualidad una función represora y de recluir al loco - (enfermo mental) una función impuesta por quienes ostentan el poder (principalmente el poder económico-político).

Esto nos lleva a visualizar la práctica psiquiátrica a lo largo de la historia como un actor que cambia de ropaje, pero que en el fondo es el mismo, es decir, cambia de forma pero no de contenido. En México, se entiende el proceso histórico de la psiquiatría como impuesta y retardada (en el tiempo), ya que se han adoptado modelos ya caducos (organicista, positivista), puesto que esta actividad en México es relativamente joven, lo que no le posibilita a evitar ser rebasada fácilmente por modelos más amplios (por ejemplo, el modelo de materialismo dialéctico o el modelo sistémico).

Ahora bien, es importante no perder de vista nuestra idea, contextualizar la farmacodependencia como un problema multicausal, por lo que (y para englobar nuestras reflexiones en el marco teórico) mencionaremos a Freud, quien plantea la cuestión de lo social desde un punto de vista diferente a Foucault, obviamente utiliza el método psicoanalítico para explicar como se desarrolla en el adulto una situación de desadaptación o incomodidad con la civilización. Freud (1981) habla desde una perspectiva muy interesante ya que para él, la génesis del yo y su desarrollo va íntimamente relacionado con la creación de vínculos con los otros (lo social). El ser humano desde que hace tiende a evitar el displacer, sin embargo, lo allí-afuera se mantiene amenazador en una relación dialéctica, en donde el primer paso es instaurar un principio de realidad, esto es, la lucha entre el placer y el displacer.

El sentir como el exterior presiona, amenaza, desiluciona, se siente la necesidad de vivirla soportándola con calmantes, que Freud clasifica en tres clases: distracciones, satisfacciones sustitutas y drogas, con los objetivos inmediatos de querer la ausencia de dolor y displacer y vivenciar intensos sentimientos de placer. Sin embargo, es necesaria una explicación más consistente, nos referimos a la formación de la Neurosis como una " técnica " de vivir en la sociedad alcanzando una satisfacción con el consumo de drogas.

Hemos reconocido que los individuos llamados neuróticos crean en sus síntomas, satisfacciones sustitutivas que los hacen padecer por si mismas o devienen fuentes de sufrimiento por encontrar dificultades enormes en el medio circundante, la sociedad y se ancla tanto en una actitud agresiva como en una actitud depresiva.

La existencia de una inclinación agresiva, es el factor que perturba los vínculos con los otros (el prójimo) y es función de la cultura realizar el gasto -

de energía, es así como la sociedad se encuentra bajo una permanente amenaza de disolución. Mencionar lo anterior obedece a la relación que hemos observado entre angustia y farmacodependencia y los conceptos de Freud son interesantes respecto al tema tratado en este trabajo. La angustia frente a la autoridad implican sentimientos de devaluación y desproteccionamiento, por lo que el individuo recurre a las drogas, por otro lado, la instauración de una instancia punitiva, castigadora y crítica, paraliza al sujeto y le convierte la vida en sufrimiento, que al rebasar un nivel de realidad entra en una actitud de búsqueda y al encontrar paliativos como las drogas, se instala en esa ficción que es "desaparecer" el dolor, cambiar la realidad por el placer, que al final de cuentas deriva en un sentimiento de culpa. (1).

Como conclusión de este renglón, resaltamos la importancia del análisis de los conceptos de Salud-Enfermedad Mental como un proceso social internalizado en el desarrollo individual.

La Neurosis y particularmente la farmacodependencia está en íntima relación dialéctica entre lo interno y lo externo (principio de realidad).

En síntesis a esta primera parte de nuestro capítulo de marco teórico, la farmacodependencia es desde este punto de vista un problema social; veamos, la explicación predominante es la teoría multicausal en términos de que tiene factores psicológicos, biológicos y sociales (teoría ecológica) sin embargo, como problema social implica una reevaluación necesaria de lo que significa lo social y partiendo de un lugar común diremos que el ser humano es fundamentalmente un ser social, pero no en términos simples de que lo es por estar con otros seres humanos, es decir, que lo social del hombre no es la sumatividad, sino que está determinando en tanto sus relaciones; esto es, por su situación ante el proceso productivo y reproductivo de lo social y las relaciones que en función de los aspectos antes mencionados establece con los demás individuos. En éstos

términos y siguiendo a Ticlici Piersanti (1980) " Lo social... implica que el -- individuo en sociedades concretas como la nuestra (capitalista, de clases), se - inserta en un proceso productivo predeterminado y particular y según su clase - (social) adquiere así mismo formas diferenciales de desgastarse, enfermarse y mo - rir. Por lo tanto no es posible ubicar a la farmacodependencia y sus causas (de - terminación) como fuera del contexto antes descrito o como la suma de factores - (psicológicos, biológicos y sociales)... Si la premisa es que el individuo es un producto de la sociedad a la que pertenece y de su clase, entonces la farmacode - pendencia y el proceso Salud-Enfermedad en general son reflejo de las caracterís - ticas particulares de esta sociedad y de su desequilibrio en conjunto ".

Lo anterior nos permite enfatizar el porque llegamos a considerar como posibili - dad de curación, es decir, una acción práctica dentro de la terapéutica de la - farmacodependencia el enfoque sistémico de terapia familiar.

A continuación haremos una breve reseña histórica de la terapia familiar para - remarcar nuestro trabajo de tesis en su concepción teórico-conceptual.

Es difícil no remitirse a Freud (perdonando el exceso de referencia), pero pen - samos que es justo mencionar que el gran genio de Freud postulaba de alguna mane - ra ciertas relaciones familiares como una explicación a la psicopatología, espe - cíficamente en su artículo conocido como " El Caso Juanito " (1981) ejemplifica - muy bien la relación padre-hijo y su importancia en la creación de un síntoma - fóbico, es importante también observar que el tratamiento se hace a través del - padre. Es indudable que la aportación de Freud es importante para el desarrollo de la Terapia Familiar, porque apoyando lo dicho anteriormente el postuló las - relaciones familiares internalizadas, sin embargo, no se puede considerar tera - pia familiar.

Otro autor que es importante mencionar es Harry S. Sullivan que aunque propiamen

te no realizó terapia familiar, formuló algunos conceptos por los cuales fue -- llamada la teoría interpersonal, ya que al realizar Terapia Individual con --- Orientación Psicoanalítica, postuló que lo importante para la cura era la relación de yo-yo, principalmente entre el paciente y el terapeuta (1973), es decir, que lo que importa es lo que sucede dentro de la sesión, es importante este autor porque es pionero en enfatizar la relación entre personas y deja para si mismo la explicación intrapsíquica.

La terapia familiar en si como técnica de tratamiento, aparece en los años cincuentas y es Nathan Ackerman (1980) en Nueva York quien tomando lo intrapsíquico plantea que hay situaciones en lo social y de ahí la familia es un espacio - microsocia, este autor ya hace terapia familiar conjunta, es decir, que reúne a todos los familiares en el consultorio, a partir de su experiencia es que se esboza el concepto de " Chivo Expiatorio " siendo el miembro de la familia que es sacrificado para expiar las culpas de los demás. (Nathan Ackerman, "Diagnóstico y Tratamiento de la relaciones familiares").

Por esas mismas fechas, tal vez un par de años después, Gregory Bateson en California se destaca como un pionero teórico de la terapia familiar, ya que a partir de sus investigaciones sobre la comunicación destaca conceptos pilares para la teoría. Bateson fué investigador básicamente en cuestiones biológicas, de allí paso al Campo de la Etnología para anclar en la Antropología Cultural cuya ocupación central era la comunicación y es en este campo que plantea un modelo para categorizar sus hallazgos, es por todo esto que en definitiva se le considera un epistemólogo preocupado en una explicación científica de los fenómenos y la creación de modelos de conocimientos. Bateson presenta un proyecto para - investigar la comunicación de los pacientes esquizofrenicos y le es asignado un presupuesto del hospital de la administración de veteranos de palo alto, Cali-

fornia, investiga principalmente la relación comunicacional entre los pacientes esquizofrenicos y sus padres. Su marco teórico consiste en la teoría de la información de Shannon Y Weaver, la Teoría de los Juegos de Morgersten y principalmente la Teoría de los Tipos Lógicos de Whitehead y Russell.

El resultado de estas investigaciones es un trabajo ya clásico dentro de la Bibliografía de Terapia Familiar, cuyo título es "Hacia una Teoría de la Esquizofrenia" (1976) donde se desarrolla el concepto de "doble vínculo"; así mismo fundamenta y aplica la Teoría General de Sistemas a Problemas de Salud Mental. Bateson forma un equipo interdisciplinario de donde destacan D.D. Jackson, Jay Haley y John Weakland quienes continúan el trabajo iniciado con Bateson y por su parte aplican la teoría del doble vínculo a la práctica clínica, propiamente la Psicoterapia Familiar en términos relacionales, estos son los que forma el llamado "Grupo de Palo Alto". Jackson (1977) postula su concepto de "Homeostasis Familiar" y formulan una Terapia Interpersonal cuyo principal vocero es Paul Watzlawick con su también ya clásico Libro de "Teoría de la Comunicación Humana" (1983).

Jay Haley continúa por su parte el trabajo en Terapia Familiar al desaparecer el Grupo de Palo Alto, por un lado por la muerte de Don D. Jackson el motor del grupo y por otro debido a sus propias inquietudes, plantea la Terapia Estratégica, (1980) basada en las pautas de comunicación entre los miembros de la familia en términos de mensajes digitales (verbales) y mensajes analógicos (no verbales), aporta los usos metafóricos como técnica terapéutica y principalmente las tareas de tipo paradójal, además adapta técnicas hipnóticas no convencionales de Milton H. Erickson (1980).

Otro pionero y pilar dentro de la historia de la Terapia Familiar es Murray Bowen, quien al trabajar con pacientes esquizofrenicos y sus familias postuló

(1979) que para que exista un esquizofrenico deben existir cuando menos tres generaciones, esto se conoce como la " Teoría Trigeneracional ", sin embargo, su principal aportación en el tema que nos ocupa es su concepto de la familia como una " Masa Yoica Indiferenciada ", es decir, que los miembros de la familia están de tal manera amalgamados que no hay un reconocimiento de lo propio, por lo que su técnica apunta a promover la diferenciación del Self (el si mismo).

A finales de los años sesentas, en Inglaterra se empieza a dar a conocer Ronald D. Laing, quien tal vez sea más conocido por el movimiento antipsiquiátrico de franca postura contracultural con ideología Marxista, sin embargo, para el tema que tratamos aquí consideramos que Laing aporta ideas importantes a la Terapia Familiar (1980), retoma la teoría del doble vínculo y desarrolla la teoría de la Percepción Interpersonal basado en la existencia de mecanismos de defensa - que son transpersonales en términos de la percepción de la visión que yo tengo de mi mismo (percepción), la percepción que el otro tiene de la visión de la - percepción de mi mismo (meta-percepción), la visión de la percepción que yo tengo de la percepción que el otro tiene de la percepción de mi mismo (meta-meta-percepción) y así hasta el infinito. Laing menciona además que en el esquema - del Psicoanálisis, así como hay un ego (yo) debe haber un alter (el otro); es - así como enfatiza El Aspecto Relacional. (Laing, "Percepción Interpersonal").

Carl Withaker es conocido dentro de la escuela existencia de Terapia Familiar - ya que su idea es que el ser humano sufre emocionalmente porque su percepción - del mundo esta muy restringida, su concepto teórico más importante es el de la "Expansión Experiencial ", en este sentido su línea es analítica y trabaja con amplias redes familiares (Napier, 1980).

Ya más cercano a nosotros, tanto en tiempo como en identidad étnica cabe mencionar al autor que más a influido en América Latina, nos referimos a Salvador --

Minuchin, nacido en Argentina y formado profesionalmente en los Estados Unidos de Norteamérica, después de haber recorrido varios lugares trabajando con Ackerman, con el Grupo de Palo Alto y con Jay Haley, se dedica a trabajar con familias marginadas, principalmente con emigrantes Latinoamericanos de bajos recursos económicos con problemas de delincuencia y farmacodependencia en alguno de sus miembros, se basa en la importancia de la estructura familiar por lo que a su enfoque se le conoce como Terapia Familiar Estructural (1984), enfatiza las técnicas de desafío o cuestionamiento, creemos que es obvio el porque basamos nuestro trabajo en este enfoque.

Finalmente mencionaremos lo que se conoce como Escuelas Italianas de Terapia Familiar, que básicamente son dos: La Escuela de Roma y la Escuela de Milán, la primera da mucha importancia al proceso de separación-individuación, retoman elementos clínicos de manera ecléctica sin perder la visión sistémica, conectan todo el contenido alrededor del síntoma, su principal representante es Mauricio Andolfi (1984); la segunda utiliza el cuestionamiento circular, es decir, que hace un miembro para que otro haga alguna otra cosa y que hacen los otros para que el primero haga tal o cual cosa. Trabajan por hipótesis terapéuticas, cuidan mucho de la neutralidad del terapeuta y su técnica está básicamente apoyada por la paradoja en tanto las dos puntas de cambio-no cambio. Su principal representante es Mara Selvini Palazzoli (1988).

Al mencionar a Bateson dijimos que es quien aplica la teoría general de sistemas, por lo que consideramos hacer referencia a esta teoría, cuyos primeros esbozos aparecen en los años veintes, elaborados por un científico europeo, Ludwig Von Bertalanffy quien preocupado por la investigación descubrió que en diferentes partes del mundo y al mismo tiempo se estudiaba el mismo fenómeno con diferente conceptualización, por lo que plantea y llama a esta situación

"Isomorfismos científicos" y busca una teoría que pueda unificar un modelo de conocimiento. A este modelo lo comienza a llamar "Organísmico" pensando en organizar la ciencia, sin embargo, este nombre no abarca toda su idea y se comienza a conocer como Teoría General de Sistemas (1980). ¿Por que sistemas?, de notativamente este concepto implica un conjunto de elementos íntimamente relacionados y tan relacionados que un cambio en un elemento impacta un cambio en todos los demás. El concepto de organísmico es reubicado como una propiedad de los sistemas, esto es, que existe un orden inherente al sistema que es su propio orden, otra propiedad es la de totalidad y esto se refiere al conocido Apotegma Gestáltico de que "el todo es más que la suma de sus partes", son sus partes y las relaciones que establecen entre ellas, aquí se liga la propiedad de función que se refiere al "lugar" que ocupa cada elemento en relación a las --- otras partes del sistema. La Jerarquía como otra característica de los sistemas se refiere a que los sistemas existen tanto a nivel macrocósmico como a nivel microcósmico; un sistema es, en relación a otros sistemas tanto subsistema como suprasistema, ejemplo, si observamos a un individuo, él en sí, es un sistema pero en relación con su familia es un subsistema y en relación con su aparato digestivo es un suprasistema aquí se incluye la propiedad de límite, esto -- es, cuando es un subsistema o un suprasistema. Es importante recalcar la propiedad dinámica de los sistemas, que consiste en que existe una tendencia al cambio y al no cambio lo que se conoce como Homeostasis que significa un equilibrio dinámico, este dinamismo implica precisamente el concepto epistemológico en la ciencia y es la información en contraparte al concepto unitario de energía manejado en la ciencia clásica durante muchos años, el concepto de información da la idea de retroalimentación e intercambio, esto es, que la informa--- ción es la unidad que proporciona el dinamismo antes mencionado; por lo que se describen dos tipos de sistemas: Sistemas cerrados y Sistemas abiertos, los pri

meros son aquellos que sus límites son tan rígidos que no permiten el intercambio de información con otros sistemas por lo que el cambio tiende hacia la degradación, en sistemas vivos equivale a la muerte, por lo contrario los sistemas abiertos sí intercambian información, se dice que en la naturaleza no existen sistemas cerrados y que todos los seres vivos son sistemas abiertos por lo que el ser humano es un sistema abierto y por lo tanto la familia también lo es.

Ahora bien, si se observa la reseña histórica de la Terapia Familiar descrita anteriormente se verá que a partir de Bateson todos los enfoques que le siguieron son sistémicos, lo que ha variado es la forma de aplicar la teoría de acuerdo al interés de cada autor, digamos que todos están de acuerdo en que la familia es un sistema abierto con su propio orden, relación y función, es vista como totalidad que presenta una jerarquía con sus límites y que es dinámica.

El interés de Haley es la comunicación y el interés de Minuchin es la estructura pensamos, sin embargo, que siendo sistémicos ambos enfoques están íntimamente relacionados.

- (1) Debido a que esta tesis tiene como línea conceptual el enfoque social y sistémico no abordamos ni profundizamos en el Psicoanálisis, sin embargo, consideramos necesario mencionar algunos puntos que incluyeran en el marco teórico de nuestro trabajo, aquello que Freud mencionó en relación al uso de drogas como una actitud neurótica a las presiones sociales.

III. Metodología.

1). Local.

Las sesiones de Psicoterapia Familiar se llevaron a cabo en el Centro de Integración Juvenil, Centro Local Sur, ubicado en la Delegación Coyoacán y en el Centro Local Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc ambos en el Distrito Federal.

Esta Institución atiende actualmente, problemas de farmacodependencia desde tres grandes áreas de atención:

- a) Atención Preventiva.- Esta área es de gran importancia para la Institución en su afán de prevenir la farmacodependencia en la comunidad. Se desarrollan programas, principalmente en zonas marginadas; se imparten conferencias y cursos en Instituciones de diversos sectores: Educativo, Salud, Público y Privado.
- b) Atención Curativa.- Teniendo los siguientes proyectos: Diagnóstico, Psicoterapia Breve Individual, Psicoterapia Breve Grupal, Psicoterapia Breve Familiar, Grupos de Orientación a Familiares de Farmacodependientes y Farmacoterapia.
- c) Servicios Terapéuticos Conexos y de Apoyo.- (Rehabilitación).- Con éstos servicios se pretende proporcionar otras actividades que ofrezcan al paciente en rehabilitación algunas alternativas de desarrollo personal, tales como talleres de carpintería, herrería, corte y confección, etc. Esto se hace por medio de acuerdos interinstitucionales, por ejemplo, con las Delegaciones Políticas, en el DIF, el CREA, etc.

2). Sujetos.

Para propósitos de esta tesis se trabajó con tres familias que solicitaron servicio en los Centros Locales antes mencionados. En la selección de dicha muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- a) Que el motivo de consulta hubiera sido un miembro de la familia con problemas

de adicción a drogas.

- b) Que cuando menos uno de los padres asistiera a la Terapia Familiar.
- c) El paciente identificado (con problemas de farmacodependencia) asistiera o no al Tratamiento.
- d) No se tomaron en cuenta los siguientes factores: Sexo, Estado Civil, Religión, Nivel Socioeconómico, ni escolaridad.

3). Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron fueron principalmente la Entrevista Clínica en dos de sus modalidades: abierta y semidirigida.

En la Terapia Familiar propuesta en este trabajo de tesis se realizó la Entrevista Abierta, ya que de este modo se pudo recoger el material importante que permitió entender la dinámica y la estructura familiar, y como estas afectaban a los diferentes miembros de la familia.

La entrevista semi-dirigida se utilizó únicamente para obtener información sobre los datos generales y aplicar el estudio socio-económico.

4). Procedimiento.

El procedimiento fue el siguiente:

El primer contacto con el Centro fue el pedido de Tratamiento, esto sucedió en tres modalidades:

- a) El paciente solo.
- b) El padre y/o la madre u otros familiares allegados sin el paciente.
- c) El paciente acompañado por el padre y/o la madre u otro miembro de la familia.

Como primer paso, se dió cita con uno de los terapeutas (los Autores de este trabajo de Tesis), donde se sensibilizó y creó la necesidad de asistir a sesiones -

de Terapia Familiar, se enfatizó que el problema de uso de drogas puede estar muy relacionado con la forma en que se organiza la familia en general, y especialmente los padres.

Las sesiones de Terapia Familiar funcionaron como Grupo Abierto, con un límite de integrantes de no menos de dos, uno de los cuales fue al menos uno de los padres.

En cada caso, se planteó al término de la primera sesión un contrato terapéutico de doce sesiones, cada una de ellas se realizó una vez a la semana con una duración de una hora y media, asimismo se planteó como objetivo que el paciente farmacodependiente dejara de utilizar drogas. Las sesiones fueron manejadas por un Psicólogo y una Psicóloga, el primero fungió como terapeuta y la segunda como coterapeuta observadora.

Al término de las doce sesiones se valoraron los objetivos de la terapia junto con los miembros de la familia.

5). Técnicas.*

Las técnicas que se utilizaron fueron básicamente las propuestas por Salvador Minuchin (1984) conocidas como Técnicas de Terapia Familiar Estructural.

Lo primero que Minuchin considera es la percepción de la familia en términos de sistema abierto, compuesto de subsistemas, a lo que él llama Holones, utilizando una palabra griega que significa parte-todo, es decir, la parte por el todo, por lo que en una familia se distinguen:

El Holon Individual.

El Holon Conyugal.

El Holon Parental.

El Holon Filial y

El Holon Fraternal.

*En este punto de técnicas incluimos explicaciones teóricas para enfatizar el aspecto metodológico de nuestro trabajo, al considerarlos como marco teórico se desfasaba la parte técnica, por lo que decidimos dejarlo en este apartado metodológico.

Cada uno de los cuales, sí se recordara, vistos en términos sistémicos muestran una jerarquía.

Ya en la terapia, lo que se propone es la Unión del terapeuta con la familia - para esto se utiliza el Joining (palabra inglesa sin traducción al español, pero que significa unión-desunión), esta técnica de Joining, básicamente, proporciona a la familia y al terapeuta un ambiente cómodo, de confianza y aceptación, para esto, tuvimos que recurrir a algunas categorías de la Teoría de la Comunicación, en donde se menciona que en un encuentro interpersonal se confirma o se desconfirma la relación, en la confirmación, a su vez, se pueden dar dos cosas o se confirma aceptando ("Estoy de acuerdo contigo") o se confirma rechazando ("estoy en desacuerdo contigo"), en la desconfirmación la relación es más bien de indiferencia, es decir, que se descalifica a la otra persona ("para mí no existes"). Además la relación se define en términos simétricos (de igualdad) o complementarios (de desigualdad). Es obvio que como terapeutas familiares optamos por una postura de confirmación de aceptación en una relación simétrica, ya que esto nos permitió crear el sistema terapéutico apoyándonos en la coparticipación la cual implica que el terapeuta se mueva con espontaneidad, - en este punto utilizamos tres movimientos: Coparticipación Cercana; aceptando y confirmando lo que la familia dice y hace, el terapeuta conota positivamente, es decir, reetiquetamos lo malo en bueno, coparticipación intermedia; esto es, que rastreamos a cada miembro de la familia, uno por uno con el fin de tener más datos de las relaciones y la estructura familiar, esto lo hicimos en una posición neutral de oyentes, y finalmente, la coparticipación distante, esto implicó la dirección de las interacciones, aceptación y promoción de algunos y rechazó a otros.

Lo anterior nos permitió darnos cuenta de tres cosas principales para hacer la planeación terapéutica, estas tres cosas fueron:

-La flexibilidad al cambio de la familia.

-La etapa del ciclo vital familiar. y

-El tipo de familia.

Regularmente, la tendencia al cambio de una familia se observa desde la primera interacción, puede el terapeuta estar atento si los miembros de la familia escuchan lo que el terapeuta les dice, tal vez la mejor manera de comprobarlo es que se les pida que hagan algo en la sesión, por ejemplo, pidiendole a algún miembro que habla mucho y por los demás que se calle mientras los otros se expresan, es importante considerar que las interacciones dentro del sistema terapéutico tengan un carácter redundante (repetitividad), estas pautas estereotipadas inducidas al cambio dan una idea general de la tendencia al cambio.

El segundo punto a considerar para la planeación es el momento que la familia pasa por un ciclo vital familiar; la mayoría de los Autores coinciden en considerar básicamente seis etapas del ciclo vital de la familia:

a) La pareja sola. Esta plantea la formación del subsistema conyugal, se elaboran las pautas de interacción que tienen que ver con la negociación de las reglas que cada uno trae de las familias de origen, los amigos, los compañeros de trabajo y de otros contextos importantes. La tarea consiste en crear y mantener límites o fronteras nitidos para permitir el crecimiento de una relación íntima de pareja.

Dentro del subsistema conyugal, la pareja debe armonizar los estilos y expectativas diferentes de ambos, replantear modos adecuados para procesar la información y tratarse con afecto.

b) La familia con hijos pequeños. El nacimiento del primer hijo plantea la formación de subsistemas nuevos: el parental y el filial. Ahora la familia se reorganiza para cumplir nuevas tareas y es indispensable hacer una nueva valoración de las reglas; la división del tiempo, las lealtades, el reparto

de afecto, etc. Cuando el hijo empieza a caminar y a hablar, los padres deben establecer controles que le dejen espacio y a la vez garanticen su seguridad y la ejecución de la autoridad paterna.

Cuando nace otro hijo es obligatorio constituir nuevas pautas de interac--ción, al mismo tiempo y automáticamente se forma el cuarto subsistema al -cual se le denomina fraterno.

c) La familia con hijos en edad escolar. Esta etapa presenta complejidades ma-yores, ya que la familia se las tiene que ver con un sistema más amplio, -tal vez más organizado y de gran importancia como es la escuela. La fami--lia debe elaborar reglas alrededor de como ayudar en las tareas escolares, -determinar quien debe hacerlo, sobre la hora de acostarse, el tiempo de es--tudio y el esparcimiento y además las actitudes frente al rendimiento esco--lar. Los nuevos límites entre padres e hijos deben permitir el contacto -afectivo al mismo tiempo que dejen en libertad al hijo para reservarse cier--tas experiencias.

d) La familia con hijos adolescentes. En esta etapa el grupo de pares cobra -mucho poder, ya que es conocido que los adolescentes en grupo constituyen -una cultura por si misma, con sus propios valores sobre el sexo, drogas, -alcohol, la moda, la justicia, la política, estilos de vida y perspectivas--de futuro. La familia empieza a interactuar con un sistema poderoso y a menudo competidor.

El aspecto (importantísimo, por cierto) de individuación/separación se con--vierte en tema de negociación en todos los niveles.

e) La familia con hijos adultos. Esta etapa, al parecer debiera ser la más cor--ta, ya que se espera que los hijos logren crear sus propios compromisos y -formen su propia familia.

f) La pareja nuevamente sola. Este período es aquel en que los padres dejan de serlo por completo y volverse hacia cada uno, se suele definir esta etapa - como de pérdida, sin embargo, si lo pensamos en términos ideales también - puede serlo de un notable cierre al desarrollo del subsistema conyugal, si es que se tiene la capacidad para aprovechar la experiencia acumulada.

Es indudable la importancia del conocimiento que el terapeuta debe tener de estas etapas, ya que vista la familia como un sistema vivo y por ende abierto es dinámico y cambiante per se, lo que enfrenta a toma de decisiones -- ante las crisis. A este respecto, debemos tener en cuenta que cuando una - familia demanda tratamiento se debe a que se ha detenido en alguna de las - etapas descritas y cada fase plantea un movimiento diferente de homeostasis (equilibrio).

El otro aspecto a tener en cuenta para la planificación terapéutica es el - tipo de familia que se presenta a terapia, a este respecto merece mencionar se el porque es importante, nosotros utilizamos una analogía con la psicopatología clásica, es indudable que al diagnosticar a una persona como histérica sabemos que tiene ciertas pautas de comportamiento, si vemos en otra - persona rasgos obsesivos, supondremos también características relacionales- y así con los demás cuadros nosológicos. En resumen, nos permite elaborar una hipótesis presuntiva; sin embargo, en terapia familiar los tipos de familias que se presentan son descritos por su estructura y organización más que por la Psicopatología, siendo así que podemos considerar:

- a) Familias con soporte. Son aquellas que requieren que un miembro de la familia apoye un subsistema diferente al que pertenece, por ejemplo, un - hijo que tenga funciones de padre, este es el llamado "hijo parental".
- b) Familias de tres generaciones. Son aquellas que se conforman con abuelos y/o nietos y que los primeros tienen además de la jerarquía superior, -

todo el poder.

- c) Familias acordeón. Son las que se caracterizan por el hecho de que el padre o la madre, solo por temporadas asume su rol parental (ya sea porque trabaja lejos del hogar por lapsos largos, o porque aún dentro de casa permanece al margen), es lo que se conoce como miembro periférico.
- d) Familias con huesped. Son aquellas que tienen una persona que está con ellos por un tiempo determinado, por ejemplo, un sobrino que viene de provincia a estudiar y en cuanto termina se va, o una sirvienta que implícitamente puede dejar de estar con ellos en cualquier momento.
- e) Familias con padrasto o madrastra. Son aquellas que por tener un miembro que no pertenece desde su inicio a la familia y porque generalmente resulta un cambio brusco, requieren una reestructuración más rápida.
- f) Familias con fantasma. Son aquellas que han sufrido la muerte o desertación de un miembro importante y se siguen comportando como si todavía estuviera con ellos, por ejemplo, aquellas familias que conservan el sillón del abuelo fallecido y nadie lo puede usar.
- g) Familias descontroladas. Cuando el síntoma principal es que un miembro presenta problemas en el área del control, es decir, "mala conducta".
- h) Familias psicósomáticas. Es cuando la familia presenta como síntoma a un miembro con problemas psicósomáticos como por ejemplo, anorexia, migrañas, úlceras, etc.

Existen más tipos de familias, además, sabemos que no se dan tal cual, sino que una sola familia puede presentarse con dos o más formas a la psicoterapia, lo más importante es rescatar la flexibilidad al cambio.

Ya con éstos tres elementos (la tendencia al cambio, la etapa de vida de la familia y el tipo de familia) pasamos a elaborar una planeación tera-

peútica inicial, para lo cual nos auxiliamos de un mapa estructural el --
cual nos sirvió para darnos cuenta gráficamente, de la organización fami-
liar y de la evolución que fue teniendo la terapia, para lo cual utiliza-
mos los siguientes símbolos:

S Sistema.

Ss Subsistema.

Eo Esposo.

Ea Esposa.

P Padre.

M Madre.

Hio Hijo.

Ha Hija.

Hno Hermano.

Hna Hermana.

HP Hijo/a Parental.

PI Paciente Identificado.

_____ Límites rígidos.

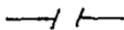
- - - - - Límites claros.

..... Límites difusos.

===== Alianza.

===== Sobreimplicación.

} Coalición.



Conflicto.



Desviación del conflicto (triangulación).



Miembro periférico.



Miembro que sale del sistema.

Cualquier técnica de terapia familiar apunta a provocar un cambio en la homeostasis (equilibrio) familiar, ya que la conceptualización sistémica de la familia disfuncional considera a esta, como un organismo, como un sistema complejo que funciona mal; por lo que hemos enfatizado como punto crucial de la técnica el desafío o cuestionamiento del sistema familiar. Tanto desafío como cuestionamiento implican una lucha dialéctica entre terapeuta y familia dentro del sistema terapéutico.

Son tres las principales estrategias de cuestionamiento y desafío que utilizamos en este trabajo:

- Cuestionamiento del Síntoma.
- Cuestionamiento de la Estructura Familiar.
- Cuestionamiento de la Realidad Familiar.

I.- Questionamiento del Síntoma.

En este sentido, hay que considerar que y como presenta la familia como aspecto sintomático, en el caso de este trabajo, el problema principal fue la farmacodependencia, cuestionar esta definición se hizo directa o indirectamente, explícito o implícito, ir derecho o paradójicamente. Nuestro objetivo fue modificar en un reencuadre la concepción-

que la familia tenía del problema. Las técnicas utilizadas fueron:

1.- Escenificación.

Es poner en acto las interacciones, es la técnica por medio de la cual al pedirles a los miembros de la familia que " actuen " en su presencia (del terapeuta) permite construir una secuencia interpersonal en la sesión. En el momento mismo de la escenificación se produce el descubrimiento de conflictos que en un principio no parecían importantes, pero que tienen que ver con el problema presentado y que todos tienen que ver con este. Esta técnica se da en tres movimientos:

- a) Primer movimiento. El terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y decide los campos disfuncionales que conviene iluminar.
- b) Segundo movimiento. El terapeuta organiza secuencias escénicas en que los miembros de la familia interpretan sus pautas disfuncionales por sugerencia y en presencia del terapeuta.
- c) Tercer movimiento. El terapeuta dirige; esto es, que pide interacciones diferentes a las habituales disfuncionales, esto proporciona información predictiva y motiva a la familia.

2.- Enfoque.

Esta técnica consiste en deslindar la información que la familia proporciona, ya que como es sabido, los pacientes muchas veces inundan al terapeuta con datos que para los primeros son importantes. El terapeuta debe jerarquizar esta información e ir dirigiendo la más importante hacia un foco de tratamiento. Es decir, primero seleccionar un enfoque y en segundo lugar un tema para trabajar sobre él.

3.- Intensidad.

Esta técnica facilita que los mensajes del terapeuta lleguen a la familia y tengan su afecto deseado, es decir, que el cambio sea eficaz. Lo anterior se logra mediante intervenciones destinadas a intensificar los mensajes terapéuticos, estas intervenciones pueden ser las siguientes:

a) Repetición del mensaje.

Esto consiste en repetir un mensaje muchas veces en el curso de la terapia con el fin de hacer crecer la intensidad.

La repetición puede ser sobre dos niveles:

---La estructura (un acuerdo entre los padres).

---El contenido (la hora de llegar a casa de los hijos).

El mensaje puede ser repetido en la misma forma cada vez o el mismo mensaje en diversas maneras con metáforas o analogías.

b) Repetición de interacciones isomórficas.

Esta técnica implica la anterior, sin embargo, va dirigida a otro nivel lógico, que incluye mensajes que en la superficie parecen diversos, pero que son idénticos en un nivel más profundo, por ejemplo:

- ¿ Porqué no fuiste a buscar trabajo ? (nivel superficial).

- Es claro que no fuiste a buscar trabajo, ya que a pesar de tus veinte años es difícil hacerlo para un niño de ocho años (nivel profundo).

c) Cambio de tiempo.

Regularmente las familias traen su propio manejo del tiempo de las interacciones, por ejemplo, un padre que acostumbra hablar cinco

minutos seguidos, los otros miembros respetan este tiempo y no intervienen, un hijo que sólo contesta monosílabos y los otros --- miembros intervienen en cuanto dice " sí " o " no ".

Esta técnica, por lo tanto, apunta a pedirle al padre que hable - menos y permita al hijo hablar más.

d) Cambio de distancia.

La cercanía o lejanía en que se colocan los miembros dentro del - sistema terapéutico, son datos que sirven para ir corroborando la jerarquía de los conflictos, en los casos de farmacolependencia - hemos observado y comprobado que la madre y el paciente identifi- cado mantienen una distancia cercana y el padre se coloca más le- jano, esto se refiere también a la distancia psicológica, más difícil de medir que la distancia física. El terapeuta puede modi- ficar estas distancias pidiendo que cambien de lugar, es decir, - que padre e hijo intercambien sillas.

La utilización del espacio del consultorio es un instrumento útil para la emisión de mensajes terapéuticos.

e) Resistencia a la presión familiar.

Un aspecto teórico importante de Terapia familiar es que la fami- lia presenta una resistencia al cambio y una forma de mostrarlo - es diciéndole al terapeuta lo que debe hacer, a las familias con un alto nivel de tendencia al no-cambio son descritas como fami- lias de " oídos sordos ", por lo que el terapeuta debe olvidar - las reglas de etiqueta y si es necesario gritar, otras veces ha- cer como que no escucha lo que le dicen o piden, con esto se lo- gra no mantener una homeostasis familiar disfuncional.

II.- Questionamiento de la estructura familiar.

Para esta estrategia es importante, tener en cuenta la característica sistémica de jerarquía, esto significa reglamentar las funciones y relaciones subsistémicas (subsistema conyugal, parental, filial y fraternal).

En la vida diaria y a lo largo del tiempo, las familias se van estructurando de tal manera que algunas funciones se delegan a otros miembros de diferente jerarquía, es muy claro esto cuando se describe por ejemplo, un hijo parental (aquel que ya sea hijo o hija cumple funciones de padres con los propios hermanos). Las técnicas de que se dispone para esta estrategia son tres:

1.- La fijación de fronteras o límites.

Esta técnica está destinada a modificar la participación de los miembros de diferentes subsistemas. Es decir, implantar cambios, por ejemplo, en la relación padre-hijo. Esto se puede lograr mediante dos maniobras:

a) La distancia Psicológica. Cuando habla uno de los miembros, el terapeuta observa quien lo interrumpe o completa la información, quien confirma o rechaza, quien ayuda, etc. También da datos acerca de las alianzas, sobreinvoluciones, coaliciones, la formación de diadas y triadas.

La tarea del terapeuta es una intervención que apuntó a crear fronteras nuevas.

b) Duración de la Interacción.

Esta técnica se refiere principalmente a modificar el subsistema terapéutico ampliándolo fuera del consultorio, es muy eficaz recurrir a tareas entre sesión y sesión, por ejemplo, a unos padres que

sólo van al cine si los acompaña un hijo, se les puede pedir que lo hagan ellos solos, sin el hijo, esto marca un límite entre el subsistema parental y el conyugal.

2.- Desequilibrio.

Aquí, la meta está destinada a modificar la jerarquía dentro de un mismo subsistema. El desequilibrio puede producir cambios importantes cuando en los miembros existe la capacidad de experimentar con roles y funciones a un nivel interpersonal. Hay que tener en cuenta, el riesgo de caer en una epistemología lineal, sin embargo, esto se supera apoyándose en que la conducta de los miembros está sustentada por el mismo sistema.

Cuatro son las maniobras a las que se puede recurrir. Hay que observar que es el terapeuta quien las realiza.

a) Alianza con Miembros de la Familia.

Ya desde la coparticipación, el terapeuta va creando alianzas, con firmando los lados fuertes de las personas se convierte en una importante fuente de estima. Se recurre a una alianza con algún miembro para modificar su posición jerárquica dentro del sistema familiar. Como se recordara, un principio sistémico dice que si un elemento cambia, el sistema total se modifica.

b) Alianza Alternante.

Esta puede verse como variante de la anterior, la diferencia es que el terapeuta alterna su alianza con dos miembros del sistema, por ejemplo: apoyar a los padres en sus decisiones sobre los hijos adolescentes y a la vez apoyar a el hijo cuando cuestiona que los padres no tienen que decidir por él.

c) Ignorar a miembros de la Familia.

Esta técnica apunta principalmente a desequilibrar el sistema, es una modalidad considerada como de mucha agresividad, ya que recurrir a una relación descalificada, el terapeuta ignora a un miembro de la familia tal como si fuera invisible, es decir, como si no existiera.

Una variante más compleja y difícil es que el terapeuta intente cambiar la posición de un miembro poderoso y central, tomando el rol de esta persona e interactuar solo con el resto de la familia ignorando al otro.

d) Coalición contra miembros de la Familia.

Este tipo de participación del terapeuta lo confronta a tener un enfrentamiento y de utilizar su posición jerárquica. A la vez implica la habilidad de entrar y salir del sistema familiar, ya que se corre el riesgo de que la familia pierda su perspectiva terapéutica, ya que el terapeuta se alía con un miembro para atacar a otro, es obvio que uno como el otro se tensionaran. El éxito de esta estrategia depende de que los miembros acepten que esta postura del terapeuta es un beneficio de todos.

3.- Complementariedad.

Esta estrategia cuestiona la idea de jerarquía lineal; esto se refiere a que para que una persona sea padre es necesario que exista un hijo y viceversa.

Valga una cita del libro chino de la Adivinación El I (Ching):

"Cuando el padre es padre y el hijo es hijo, cuando el hermano mayor desempeña su papel de hermano mayor y el menor su papel de hermano

menor; cuando el marido es realmente marido y la esposa es esposa, - impera el orden".

Si los miembros de la familia tienen capacidad de contextualizar su propia experiencia del sí mismo de manera que la relacionen con el sí mismo de otro, percibirán una estructura diferente, esto es, la libertad de las partes es interdependiente.

Hay tres aspectos a cuestionar:

a) Cuestionamiento del problema.

El terapeuta introduce incertidumbre, en cuanto a que el problema sea de un solo miembro de la familia, es decir, el paciente individualizado. En tal caso el terapeuta debe ampliar el foco del síntoma extendiéndolo a más de una persona.

b) Cuestionamiento del control lineal.

Esta técnica se basa en que cada persona es el contexto de las demás, nos referimos al concepto de reciprocidad, el terapeuta --- muestra una conducta disfuncional y responsabiliza a otra; por ejemplo, decir a un adolescente; " te comportas como un niño berrinchudo " e inmediatamente decir a los padres " y ustedes ¿que han hecho para tener un niño berrinchudo? ", así el miembro que es atacado como disfuncional no presenta desafío, ya que se ha responsabilizado a otros de esa conducta.

c) Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.

Esta técnica parece ser la que presenta mayores dificultades, ya que implica cuestionar el modo en que la familia observa y explica lo que sucede, por lo general lo hacen de la parte por el todo, rara vez esta técnica alcanza su objetivo, ya que la familia al aceptar una visión sistémica se coloca del lado perdedor y esto -

último, poca gente lo acepta.

El terapeuta tiene que poder ampliar el foco de atención de la familia, debe enseñarles a ver integralmente los sucesos y no meramente la secuencia de acción, las respuestas y las contrarrespuestas.

III.- Questionamiento de la realidad familiar.

Las familias se organizan según la realidad que ellos mismos han creado, y es así como la experimentan. Esta estrategia de desafío se basa, por lo tanto, en el principio de que las pautas de interacción de la familia se dan de acuerdo a la realidad tal como es vivida y contiene modalidades de experiencia.

Las técnicas utilizadas en esta estrategia son:

1.- Construcciones Cognitivas.

Más que todo esta técnica permite relajar la rigidez referencial y preferencial de la forma en que la familia percibe las cosas y con esto construye una " realidad terapéutica ", el terapeuta tiene que tener cuidado de no seleccionar la realidad que él percibe (en cuanto a su propia realidad familiar), es importante construirla con arreglo a una meta terapéutica, es decir, modificar la concepción del mundo y crear una realidad que no haga necesario el síntoma (en este caso la farmaco dependencia).

Las maneras de abordar esta técnica son tres:

a) Utilización de símbolos universales.

Básicamente el terapeuta hace sus intervenciones apoyándose en la conceptualización de la familia como Institución, es decir, "la familia tiene como función proteger a los miembros de esta" o "los padres deben dar comida, vestido y sustento a los hijos", etc.

También es adecuado recurrir al sentido común, a la tradición o a los dichos y refranes, esto tiene como meta desafiar la disfunción en distintos subsistemas y su fuerza reside en el hecho de que se refieren a cosas que todo el mundo conoce.

b) Verdades familiares.

En este caso nos referimos a las justificaciones que la familia -- utiliza para describir su realidad, esto se realiza utilizando las mismas metáforas que usa la familia, por ejemplo, un padre que es descrito y el mismo se define como aficionado al torero y utiliza metáforas como tener que darle " capotazos " a su esposa, el terapeuta utiliza esta parte cultural para decirle que es un buen momento para " tomar al toro por los cuernos ". Esta simbolización de su realidad se utiliza como una construcción nueva y cada vez que la familia las saque o el mismo terapeuta las introduzca, transformándolas en una nueva señalización de la dirección al cambio.

c) Consejo especializado.

El terapeuta -con esta técnica- ofrece una percepción diferente de la realidad basándose en su experiencia y conocimiento. En esta técnica, el terapeuta es donde más debe ubicarse con la jerarquía superior y mantener el liderazgo del sistema familiar. Son aquellas intervenciones del tipo de " según mi experiencia ...", "he revisado las estadísticas y en este caso han demostrado..." o "si ustedes vieran los casos que he tratado y ayudado...", etc.

2.- Paradojas.

Hemos llegado a considerar que el uso de la técnica paradójica requiere de cierta especialización por parte del terapeuta, ya que es todo un proceso y su aplicación debe estar basada en tres principios:

- La familia es un sistema autorregulado.
- El síntoma es un mecanismo de autorregulación
- El concepto de resistencia sistémica al cambio.

Con esto se puede enfrentar dicha resistencia y principalmente se evita una lucha por el poder entre la familia y el terapeuta. Es por esto que lo decisivo es saber que pasará con la familia cuando se elimine el síntoma, ya que las paradojas provocan una fuerte crisis a nivel tanto de estructura como de comunicación, la familia entra en confusión y presionada a conformarse de una nueva manera sin requerir del síntoma.

El objetivo último de la paradoja es la interacción oculta que se expresa por el síntoma, en este caso la farmacodependencia. Son tres las principales técnicas para aplicar una paradoja sistémica.

a) Redefinición.

Tiene como propósito cambiar el modo en que la familia ve el problema, esto significa, la utilización de la conotación positiva al cien por ciento; el enojo se definirá como preocupación, el sufrimiento como abnegación, el distanciamiento como una manera de permitir más intimidad, la drogadicción como una forma de unir a los padres para resolver problemas, etc.

b) Prescripción.

Esta técnica está basada en aquella frase de "más de lo mismo", es to es, pedirle a la familia que siga haciendo lo mismo, ya que es difícil que ellos cambien y si se siguen comportando disfuncionalmente seguirán tan unidos como lo han estado desde que apareció el problema de farmacodependencia.

Para esta maniobra es indispensable que el terapeuta tenga muy claro y entendido el ciclo repetitivo disfuncional que la familia ha crea-

do alrededor de la farmacodependencia.

c) Restricción.

Como punto final al proceso de la paradoja terapéutica, la restricción se utiliza cada vez que la familia manifiesta cambios positivos y lo reconocen así, el terapeuta debe cuestionarlos en el sentido de dudar de que realmente haya cambios, esto basado en el principio de resistencia al cambio proporciona que la familia haga mayores esfuerzos por hacer quedar mal al terapeuta y va reforzando esos cambios para el futuro.

Es importante aclarar que en este trabajo no utilizamos las técnicas paradójales ya que consideramos, en primer lugar, no tener la experiencia suficiente para aplicarlas y en segundo lugar, que dentro de las contraindicaciones está el no aplicarlas en farmacodependencia ni en problemas de actitudes suicidas.

3.- Lados fuertes.

Esta técnica estratégica es la que se va aplicando a lo largo de toda la terapia, esta basada en la conotación positiva y tiene como principio rector el que la familia tiene la capacidad para solucionar problemas por más difíciles que estos se presenten, así mismo, creemos que los mejores terapeutas de cada individuo es su propia familia.

El terapeuta familiar debe dejar de ser un trabajador de la enfermedad mental para convertirse en un trabajador de la Salud Mental. Estamos más acostumbrados a elaborar un diagnóstico organizado alrededor de estereotipos sacados de la Psicopatología, carencias, incapacidad, desadaptación, etc.

Estas técnicas que hemos utilizado nos permiten considerar que las familias tienen mucha capacidad para mirar de otra forma la vida, dife-

rente a cuando acuden a una terapia familiar por problemas de farmacodependencia en uno de sus miembros.

IV. Casos Clínicos.

1.- Familia Hernández Robledo.*

El primer contacto que hace la familia es por medio de la madre, quien se presenta sola a pedir el servicio ya que su hijo es usuario de marihuana, en ese primer momento menciona que su hijo no esta dispuesto a asistir al Centro, igualmente su esposo se niega a ir. Se le canaliza a un Grupo de Orientación a Familiares de Farmacodependientes en donde permanece durante seis meses, a partir de ese tiempo inicia una nueva etapa de Psicoterapia Individual de apoyo en donde permanece alrededor de un año, hasta que la terapeuta considera que es un buen momento para iniciar una Terapia Familiar, lo que ella acepta y convence a su marido y a su hijo para que asistan.

En la primera entrevista de Terapia Familiar asisten la madre, el padre y el hijo; que es definido como paciente identificado llamado José Francisco. Es la madre quien plantea que el problema con "Pepe" es que usa marihuana, llega muy tarde a casa y eventualmente no llega, el padre manifiesta estar de acuerdo con la madre, sin embargo, dice que le parece que ella exagera, José Francisco permanece en actitud displicente dando la impresión de indiferencia. Desde este primer encuentro queda claro que el problema es individualizado en José Francisco.

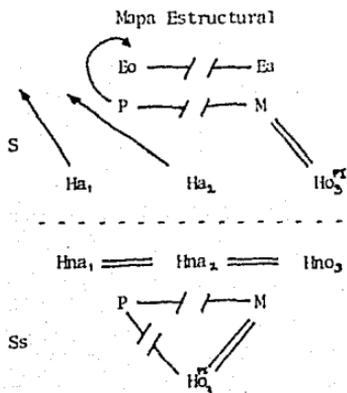
La madre contesta nuevamente a la pregunta acerca de la constitución de la familia Hernández Robledo: son ella llamada Ana, su esposo Horacio, la hija mayor Aurora, casada y vive en Monterrey por lo que la ven muy poco, la segunda hija llamada Ernestina, está casada y vive en el Norte de la Ciudad, visita a sus padres por lo menos una vez a la semana; y finalmente José Francisco de 22 años, soltero y vive con los padres.

Al término de esta primera sesión se les planteó que una Terapia Familiar implica a todos los participantes, y que no es una situación donde se buscan ----

*Los nombres fueron cambiados para mantener la confidencialidad del contrato terapéutico. (en las tres familias).

culpables y que de alguna manera algo estaban haciendo entre todos para resolver el problema pero que no se daban cuenta de lo que estaban realmente haciendo, por lo que se contrato una Terapia Familiar de doce sesiones, una vez por semana y se planteó como objetivo el que José Francisco dejara de utilizar marihuana y que para lograr ésto todos debíamos (el sistema terapéutico) hacer un mayor esfuerzo, los tres aceptaron con la consigna de que " iba a ser difícil " y por lo tanto se les pidió que siguieran actuando igual.

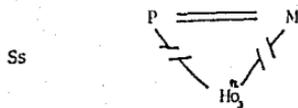
En ésta primera entrevista pudimos darnos cuenta de los siguientes aspectos : La familia Hernández Robledo presentó tendencia al cambio, ya que su posición fue de aceptación en relación simétrica dentro del sistema terapéutico, - presentó un excelente sentido del humor lo que nos permitió una coparticipación cercana. Los Hernández Robledo son una familia con hijos adultos, lo que los coloca en la penúltima etapa del ciclo vital familiar, asimismo es descrita del tipo de familia con soporte ya que José Francisco cumple funciones de "pareja" con la madre, esto, es hijo parental.



Hipótesis 1.- Siendo que el problema tiene una historia de varios años suponemos que en el momento de pedir ayuda terapéutica plantea la crisis de separación - individuación de José Francisco, lo cual a su vez coloca a los padres a asumir la etapa de la pareja nuevamente sola, por lo que la farmacodependencia es un mecanismo " disfuncionante " para mantener la Homeostasis Familiar.

A partir de esta hipótesis inicial se plantea como estrategia para las primeras cuatro sesiones desafiar el síntoma con mayor énfasis en la técnica de enfoque, es decir, buscar la circularidad sistémica y abatir la individuación de José Francisco como foco del problema, para esto utilizamos la metáfora de la película " Rashomon " en donde ante un hecho los participantes describen desde diferentes perspectivas ese mismo hecho, es decir, cada uno da una versión diferente.

Esto tuvo como resultado que para la sexta sesión la situación familiar había cambiado:



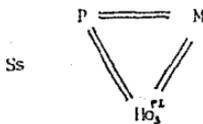
De conflicto padre y madre paso a ser una alianza, mostraron mayor acuerdo y la relación madre - hijo paso de alianza a conflicto, ahora José Francisco discutía más con la madre y el padre apoyando a la esposa.

A partir de aquí (sexta sesión) planteamos la hipótesis 2.- La alianza entre los padres provocó mucho coraje en José Francisco, ya que tal situación lo obligaba a ser más responsable de sí mismo, lo cual lo desplazaba de su anterior situación cómoda con respecto a la madre.

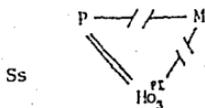
Planteamos por lo tanto otra técnica, cuestionar la estructura familiar; primeramente con desequilibramiento:

En las primeras sesiones José Francisco se sentó en medio de los padres dando - el frente a los terapeutas, era el foco de atención y se hablaba de José Francisco, de lo que hacía y como se había " portado ", se les pidió al hijo y al padre que intercambiaran lugares, quedando los padres juntos, dado lo cual se trabajaron cuatro sesiones para que éstos últimos hablaran de ellos mismos como padres- y se pidió al padre que hablara de su propia historia, esto dejó a José Francisco como observador, a todo intento de intervención se le pedía que esperara, que observara y escuchara.

Para la décima sesión el sistema se había modificado en poca medida, José - Francisco y su padre tenían mayor acercamiento y encontraron temas comunes de - plática como por ejemplo, la música, con la madre también habían mejorado las - relaciones, sin embargo, el uso de marihuana disminuyó muy poco, " casi nada " - decía la madre.

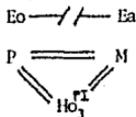


Para la onceava sesión se presentó un conflicto; la madre le quitó (saco - de la recámara de José Francisco) el tocadiscos familiar y lo puso en la sala, - lo cual impedía que el hijo escuchara la música que le gusta, esto enojó mucho - a José Francisco, lo que planteó una situación homeostática, ya que el padre -- vuelve a calificar a su esposa como exagerada:



De lo anterior surge una Hipótesis 3: En la décima sesión hijo y padre ocuparon casi toda la sesión charlando sobre música, uno de los terapeutas hizo notar que la madre estaba siendo relegada e intento incluirla en la plática, preguntándole que tipo de música le agradaba, sin embargo, no era escuchada, por lo que supusimos que su actitud de sacar el tocadiscos fue una manera de expresar su desacuerdo y buscó el conflicto con José Francisco como una maniobra de ser incluida de la única manera que tiene de retener la atención de su hijo (el conflicto).

Para la doceava y última sesión, se presentan colocandose en la misma posición de las primeras sesiones, es decir, José Francisco se sentó en medio de los padres y frente a los terapeutas, la madre se dirige a su hijo para que comience a hablar, pero era importante que ella hablara lo que pretendía, que dijera José Francisco; ya que tenía que retomar su ubicación dentro del sistema familiar, entonces expresó que no comprendía porque su hijo decía que se sentía presionado por los padres, si lo único que le pedían era que respetara las reglas de la casa. Esto nos dió pauta para pensar que la tendencia homeostática a volver como al principio, al hacerseles notar aceptaron todos que en realidad había cambios significativos (" grandes cambios " dijo el padre) y que si bien el uso de marihuana en José Francisco no había desaparecido, comprendían que debían seguir tomando la " medicina ". Las relaciones mejoraron, en cuanto a la relación padres como de ellos hacía el hijo:



Hasta aquí la conclusión de las doce sesiones del primer contrato terapéuti

co; cabe aclarar que se recontrato a otras doce sesiones con un planteamiento de intervalos mayores (cada quince días) entre las sesiones.

2.- Familia Fernández Cano.

La madre acude al Centro para solicitar atención para uno de sus hijos --- quien presenta adicción a las drogas, específicamente marihuana e inhalables, - es entrevistada por una Psicóloga del Centro y le dá otra cita en donde pide - que asistan el muchacho y el padre, asisten los tres y son sensibilizados a tomar una Psicoterapia Familiar, para lo cual es necesario que asistan todos los integrantes de la familia, ninguno pone objeciones.

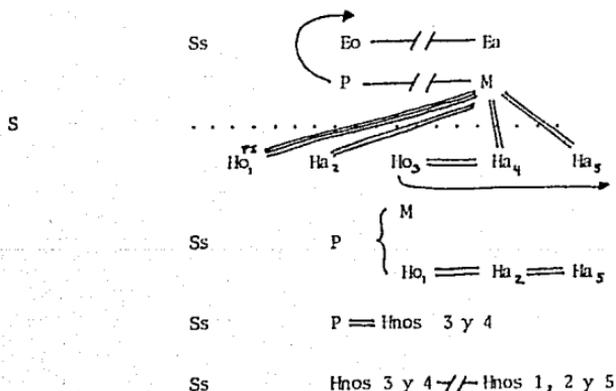
A la primera entrevista familiar asisten el padre llamado Enrique de 43 -- años, la madre Carmen de 40 años y sus cinco hijos: Enrique de 22 años paciente identificado, Raquel de 20, Armando de 18, Carmen de 17 y Silvia de 11. Es la madre quien centraliza desde el principio la información y dice llorando que ya no soporta la situación porque se ha dado cuenta que su hijo Enrique ha tenido cambios muy grandes, y que teme que la droga le haya afectado " el cerebro " a tal grado que se esté volviendo " loco " porque habla " muy raro " . Al preguntarle a los demás como ven el problema, se les nota parcos, concretandose a decir que " esta mal que Enrique se droge ", Enrique presenta una actitud de --- evasión, como si no estuviera ahí, cuando se le pregunta responde con fastidio que el está muy bien, " lo que pasa es que mi mamá está muy angustiada, es una histérica, la que necesita un Psicólogo es ella ". Las primeras impresiones de esta primera sesión nos permitieron pensar en lo siguiente:

En un primer intento de ponerlos en interacción, les fue difícil hacerlo - entre ellos, ya que constantemente se dirigían a los terapéutas, lo que nos lle vó a pensar en un familia que tendía a la rigidez, el paciente identificado estaba en una actitud de desafío en constante relación complementaria de descon--

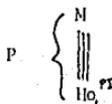
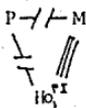
firmación, es decir, en casi nada estaba de acuerdo.

El ciclo vital familiar presenta tres etapas: La familia con hijos en edad escolar (primaria), la familia con hijos adolescentes y la familia con hijos adultos, sin embargo, está última resultaba relativa, ya que el único hijo en edad adulta presentaba el problema, es decir, que era el paciente identificado quien a nuestro juicio tenía una gran dificultad por trascender la adolescencia, los " síntomas " descritos eran utilización de drogas, con mayor frecuencia los inhalables (thiner y resistol 5000), rebeldía, fugas de casa, una gran apatía, abandono escolar, sin deseos de trabajar, pensamiento y lenguaje incoherente y desaliño. Lo anterior nos hizo pensar en una familia de tipo descontrolada (mala conducta) con características de familia acordeón, el padre debido a su trabajo de fotografo profesional es contratado por temporadas para filmar documentales en otros Estados o fuera del País, lo que ha propiciado que durante mucho tiempo la madre asumiera el doble papel parental y crear junto con sus hijos sus propias reglas, en las cuales el padre no era contado.

El Mapa estructural quedó de la siguiente manera:



Ss



Hipótesis 1. En el momento en que se hacen evidentes los " síntomas " la familia Fernández Cano pasa por un momento difícil, sucede que la empresa para la que el padre trabajaba se declara en quiebra financiera y queda sin trabajo, lo que lo obliga a permanecer más tiempo en casa aumentando las discusiones y los problemas tanto parentales como conyugales. Este hecho rompe la homeostasis familiar haciendo sentir al padre excluido del sistema y a la madre invadida en su sistema de reglas ya establecido. En un momento se planteó la separación entre los padres y Enrique empieza a fungir como punto de unión entre ellos.

La primera estrategia fue la de desafiar el síntoma por dos vías, el enfoque dirigiendo la información hacia la circularidad para romper la individualización de Enrique como portador de los problemas familiares, se enfatizó que las conductas " Anormales " de Enrique eran " Caprichos " de adolescente y un tanto voluntarias; la otra vía fue la intensidad mediante interacciones isomórficas, por ejemplo:

" Eres un adulto pero te comportas como un adolescente " o bien " haz demostrado ser buen estudiante, seguramente tu hermano Armando es mal estudiante ".

Esta estrategia fue sostenida durante las primeras cuatro sesiones. En el momento de hacer la valoración de éstas primeras sesiones observamos poco cambio a nivel estructural, sin embargo, en lo relacional se dieron cambios positivos para la terapia y el sistema familiar:

- Ya asistían a las sesiones con buen agrado y humor.
- Los hermanos en conflicto habían platicado más, de hecho Raquel y Carmen que no se hablaban desde hacía un año ya lo hacían.

-Enrique comenzó a llegar más aliñado.

Por otro lado, los padres seguían en conflicto, reprochando la madre que su esposo era muy apático y el por su parte refería que su esposa estaba más " nerviosa que nunca " (histórica decía Enrique). Esto nos hizo formular una Hipótesis 2:.

La madre iniciaba una escalada hacia el conflicto parental y conyugal buscando recuperar la homeostasis inicial, el padre periférico y la sobreimplicación con Enrique en una función de hijo parental (HP).

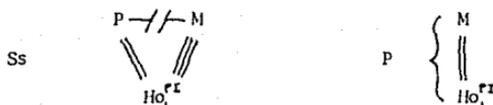
Por lo anterior pensamos cambiar de desafío al síntoma a desafiar la estructura.

El concepto rector de nuestra estrategia fue el de Jerarquía, es decir, reorganizar desde el sistema terapéutico las funciones y relaciones subsistémicas.

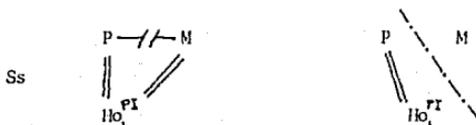
Por lo tanto de la quinta a la séptima sesión el plan terapéutico consistió en técnica de fijación de fronteras trabajando con subsistemas; primeramente se citó solo a los padres en la quinta sesión, la cual se utilizó para desequilibrar la jerarquía más alta de la esposa, se les hizo ver que el sistema familiar había creado reglas válidas para la madre y sus hijos pero no para el padre, en ésta sesión se motivó a la madre para que permitiera que su esposo se hiciera cargo de Enrique, se acercaran más y platicaran con más frecuencia y al padre se le insto a que dedicara más tiempo a su esposa, por ejemplo invitándolo al cine por lo menos una vez a la semana; para la sexta sesión se pidió la asistencia de los hijos solamente. Estos se mostraron relajados sin la presencia de los padres y dieron a conocer un excelente sentido del humor, se les pidió que discutieran entre ellos las funciones masculinas y femeninas, lo cual tuvo como objetivo delimitar relaciones simétricas de confirmación, las mujeres estuvieron de acuerdo en ayudar más a la madre siempre y cuando los hombres --

pintaran la casa y pusieran el piso de lozeta que los padres tenían pensado - mandar poner, lo cual fue aceptado, se siguió intensificando la conducta adolescente de Enrique y que sus síntomas eran voluntarios, este reto dentro del subsistema fraterno apunta a que intentara demostrar su jerarquía de hermano mayor para lo cual tenía que buscar comportamientos de adulto experto.

Para la séptima sesión se dió cita a los padres y a Enrique, con el objetivo de buscar la destriangulización del paciente identificado. Comenzamos con la idea del siguiente mapa estructural:



sin embargo, la situación que hicieron planteó que la relación había cambiado, así como la estructura familiar:



Enrique y su padre tenían mayor acercamiento, lo que implicó modificar la sobreimplicación de madre e hijo tornandose en alianza, sin embargo, se notaba un riesgo de conflicto entre Enrique y su madre, ya que ésta se quejaba de que Enrique estaba agresivo contra ella, lo cual la deprimía. Es importante hacer notar que Enrique acompañaba al padre al trabajo (¡ y le ayudaba !); se reinscribió a un equipo de Beisbol y preparaba sus exámenes extraordinarios para terminar la preparatoria.

Con esta situación se citó nuevamente a todos los miembros de la familia.
Hipótesis 3. La madre es quien resiente la nueva estructura, ya que el cambio

la coloca en situación de menor poder, es decir, deja de ser central, esto ---- obliga al sistema a formular reglas donde además de incluir al padre este participa en su elaboración.

Tomando en cuenta que el conflicto entre los padres no se había modificado, nuestra estrategia se concentró en este subsistema, para que el padre se hiciera cargo de la depresión de la madre, para este momento analizamos y pensamos - que la familia estaba preparada para un cuestionamiento de la realidad familiar, es decir, que la pareja se describía como un matrimonio fracasado; ella - definió a su esposo como pasivo y poco afectuoso, el definía a ella como exigente y sobreprotectora, por lo tanto elegimos trabajar las últimas cuatro sesiones con técnica de redefinición (conotación positiva) y lados fuertes.

Al finalizar las doce sesiones las conclusiones fueron:

El consumo de drogas desapareció, el paciente identificado aprobó sus exámenes extraordinarios de preparatoria, toda la familia compartía buen humor, el - padre dedicaba más tiempo a sus hijos, principalmente a los hombres, la relación pareja (subsistema conyugal) continuaba en conflicto debido a reproches del pasado, la madre se definía como depresiva por lo que se le sugirió que tomara Psicoterapia Individual, en cuanto a la terapia familiar se contrato la - fase de seguimiento, los veríamos a todos nuevamente en un mes.

Caso 3. Familia Luna Peña.

La familia Luna acude al Centro de Integración Juvenil por el problema que presenta el hijo mayor, Juan de 15 años, farmacodependiente, vagancia y problemas legales. Hasta este momento llevan 12 sesiones.

La familia en el momento de iniciar la terapia consistía en la madre,, --- María de 40 años, Juan de 15 y María de 14 años; el padre de 42 años vive sepa-

rado desde hace 6 años.

La madre se entera del Centro de Integración por una Trabajadora Social -- del Consejo Tutelar de Ciudad Netzahualcoyotl, y asiste ella sola a exponer su caso y solicitar ayuda, la entrevista una Trabajadora Social y le sugiere una entrevista familiar, es decir, que todos asistan al Centro, ella dice que su ex-esposo no va a asistir, se le propone que vengan los que puedan y quieran, ella acepta.

Fueron atendidos inicialmente en coterapia por un Psicólogo y una Trabajadora Social, con una propuesta de trabajo de una sesión semanal de una hora cada vez.

La Terapia Familiar con ésta familia se trabajó más que por sesiones por fases, considerando que cada fase consistió en cuatro sesiones cada una, por lo tanto se pueden describir tres fases.

1a. Fase. (1a. a 4a. Sesión).

En la primera sesión se presentan la madre, el hijo mayor Juan paciente -- identificado, la hija menor María y Roberto un amigo de Juan, que fue aceptado a vivir en la casa desde hacia tres meses.

La madre comenzó a hablar de la farmacodependencia de Juan, explica que se enteró desde hace cuatro meses que su hijo se droga y le preocupa que vaya a quedar " dañado del cerebro " por que a veces cuando está drogado habla " incoherencias " y manifiesta que Juan le ha dicho que alucina. Al preguntarle que otros problemas ha tenido con Juan, refiere que no quiere hacer nada ni trabajar, ni estudiar, y se la pasa en la calle; esto lo traduce como " vagancia " y que eso le ha traído problemas con la policía. De aquí pasa a describir que Juan está en libertad condicional, ya que fué enviado al Consejo Tutelar hace un mes, acusado de asalto (a los pasajeros de una combi "pesera") en compañía de dos amigos. Estuvo encerrado dos semanas hasta que la madre logró su liber-

tad condicional; tiene que presentarse cada miércoles a firmar y tener entrevistas con un Psicólogo del Consejo Tutelar, pero en los últimos días no ha querido ir y esto le preocupa mucho a la madre, y es así como decidió acudir y traerlo al Centro. Al preguntarle a María la hermana que piensa del problema, dice que al igual que su madre está preocupada pero que ella no puede hacer nada, considera que lo que esta haciendo su hermano Juan está mal, pero que es su vida y que puede hacer con ella lo que quiera, se le pregunta que ha hecho ella para ayudarle a su hermano y dice que nada (su postura y tono de voz denotan enojo) ella niega que este enojada y dá la impresión que Juan y María no se hablan, pero dicen que solamente lo necesario, no se comunican más.

Roberto es un muchacho de 17 años, amigo de Juan y novio de María; se presenta como farmacodependiente en vías de rehabilitación, tiene (en el momento de la primera entrevista) aproximadamente dos meses de no drogarse, mismo tiempo que tiene viviendo con los Luna Peña, se inscribió en la misma escuela que María para terminar la secundaría, menciona que le está costando mucho trabajo no drogarse, pero creó que lo logrará aunque a veces se le antoja mucho inhalar thinner; menciona que no está con su propia familia porque su padre lo corrió por " drogadicto " conoció primero a Juan en la " Banda ", le platicó a éste de sus problemas y su deseo de rehabilitarse y le ofreció hablar con su mamá para que fuera a vivir a la casa, la madre acepta siempre y cuando respete las reglas. Su actividad consiste en ir a la escuela con María, ayudar en los mandados y el quehacer de la casa. Al preguntarle que piensa y opina del problema que los tré al Centro, lo primero que hace es decir que no tiene mucho que opinar porque tiene poco tiempo de conocerlos, y que además el también es drogadicto, sin embargo, dá su opinión y dice que lo que Juan ha estado haciendo está mal, ya que hace sufrir a su madre, cuando se le pregunta que ha

hecho para ayudarlo dice que habla con él, y que trata de transmitirle su experiencia como drogadicto (tres años de evolución).

Juan es un joven de 15 años que aparenta más, tal vez unos 18; su aspecto sobresale ya que su arreglo personal es de un impecable estilo " PUNK ", corte de pelo a lo " mohicano ", arete en la oreja, camiseta negra con una foto de un grupo de rock punk (Sid Vicious y los Sex Pistols), chamarra negra y pantalones negros de tubo (muy ajustados) y botas militares, traé muñequeras en ambas manos, en una de ellas tejida con chaquira la palabra bruja, su postura en esta sesión es de displicencia, se nota de mal humor, sin embargo, al hablar lo hace calmado y de buena manera, menciona que él no creé que haya problema, que su mamá exagera y que es muy necia y eso lo " saca de onda ", la madre interviene y le dice a Juan -preguntando-¿ exagero lo del Consejo Tutelar ? Juan se sonrie y dice que no, que es cierto que no ha ido a firmar ni a las entrevistas con el Psicólogo porque le cayó mal, y a firmar le da flojera; " si me porto bien no tendré problemas " .

Al preguntarles sobre el padre, es la madre quien responde que tienen seis años de separados porque el es muy irresponsable, muy pasivo, sin ambiciones, y no soportó que ella lo presionará para que vivieran independientemente de su suegra, que aunque nunca tuvo problemas fuertes con ella, ya quería tener su casa, decidió buscar trabajo y lo consiguió de secretaria (tiene estudios técnicos de contabilidad) aún sin la aceptación de él, ésto lo volvió más desobediado inclusive el acercamiento con los hijos, entonces decidió separarse llevándose a sus hijos a vivir en un terreno propiedad familiar, en el momento de iniciar la terapia estaba pronto a recibir una casa del Infonavit. Menciona que ella ha pensado mucho en que la separación les afectó a sus hijos, y que por eso ella no pudo hacer nada, ya que está decidida a no volver con él.

Al preguntarles a los hijos su opinión ambos niegan que les haya afectado -

Nuestra primera Hipótesis fue que Juan estaba drogándose y provocando problemas con el personal del Tutelar para darle a la madre ocupaciones de Mamá.

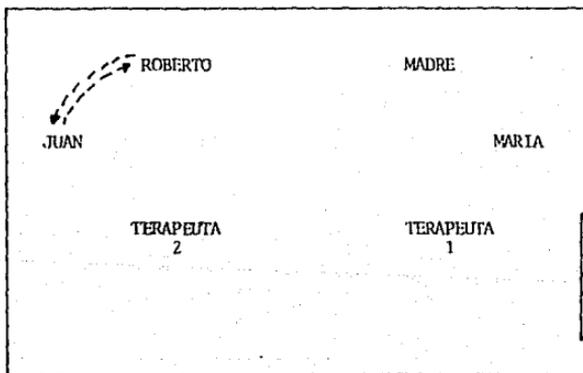
El Joining consistió en adecuar un lenguaje de chavos-banda para dirigirnos al paciente identificado (grueso, machin, camarada, etc.) y no desafiar a la madre, las sesiones siguientes demostraron un Joining adecuado.

Como estrategia se propuso desafiar el síntoma con más intensidad.

2a. Sesión.

Asisten nuevamente los cuatro, la madre menciona que han estado más tranquilos, pero que Juan no quiere ir a firmar al tutelar, dice que ella lo quiere acompañar pero Juan dice que si va ella el no va, y cuando la madre le dice que no ira, Juan promete ir el próximo miércoles pero no va mencionando que le da mucha flojera. En ésta sesión quedan de acuerdo de que la próxima semana irá él sólo, pero que necesita una constancia de que está asistiendo al Centro de Integración Juvenil, y así no tener que ir con el Psicólogo del Tutelar.

En un momento de la sesión se le pide a Roberto que cambie su lugar con Juan:



y le pedimos que describa a cada uno de los miembros de la familia, comienza a

describir a Juan y dice que es "buena onda", es noble, sincero, pero que a -- veces "se saca de onda", es tranquilo, pero cuando se enoja es tremendo, dice de la madre que es "a todo dar", es una buena mamá que se preocupa y esta al pendiente de sus hijos, ahora la ve preocupada y triste (la madre llora), - pero que a veces se pone muy necia (todos rien). De María dice que es una - muchacha muy responsable y que para su edad está ya madura, "ya sabe lo que - quiere" pero tiene un carácter de "los mil demonios".

Comenzamos entonces a demostrarles que cada uno hace algo para tener que - ver en los problemas de la familia, poco a poco lo van aceptando. Dice la ma- dre que es cierto, incluyendo al padre, ya que desde que empezó el problema de drogas él esta enterado, pero que no se ha interesado y que ella no puede ser - madre y padre a la vez, que está muy cansada de esa situación, "no puedo hacer mi vida" (llora), dice no poder irse tranquila a trabajar, ya que se la pasa pensando en Juan si se va a drogar, si se van a pelear los hijos o que se lo - lleve la policia. Esta secuencia corrobora nuestra primera hipótesis, y a par- tir de esta formulamos una segunda.

Segunda Hipótesis: La inclusión de Roberto se debe a un faltante en la --- estructura inicial de la familia, y se le asigna la función de guardián, le sir- ve a la madre para que se vaya más tranquila a trabajar.

3a. Sesión.

Viendo que se ha desetiquetado a Juan, y asumen que es un problema de to--- dos, pasamos a preguntar a Roberto acerca de él. Menciona que tiene muchos pro- blemas familiares principalmente con su padre, el cual lo ha corrido varias ve- ces; "de vicioso, huevón y pendejo, no me baja", dice Roberto. A partir de - la última vez que lo corrió y no volver jamás (aquí interviene la hija María, - y le pregunta ¿ jamás ?) "bueno, dice Roberto- hasta que me recupere, quiero demostrarle que no soy lo que dice" expresa que con la familia Luna Peña se -

siente muy bien, porque si lo tomn en cuenta.

Al finalizar ésta sesión pensamos que se corroboró nuestra segunda Hipóte--
sis, y comenzamos a elaborar una estrategía de desafío a la estructura.

4a. Sesión.

Para ésta sesión comenta la madre que pasaron una semana mala, ya que Juan se estuvo drogando más que las últimas semanas; y que ha estado más agresivo - con ellas. Al preguntarle a Juan que ha sucedido, menciona que está harto, que se va a ir de la casa, estaba a punto de irse el sábado, pero que Roberto habló con él y lo convenció de que se esperara un tiempo y se iban juntos.

Aquí se evidencia la función que Roberto tiene en la familia Luna Peña, y - se les explica lo que posteriormente pudo haber sido un error por parte de los terapeutas.

2a. Fase. (4a. a 8a. Sesión).

5a. Sesión.

Al iniciar esta etapa la T. TS. tiene que dejar de asistir a las sesiones - por atender otro proyecto. Se presentan sólo la madre, María y Roberto. Explican que Juan ya no quiere venir, que está enojado con todos y que ya no quiere saber nada, se ha estado drogando todos los días, también Roberto recayó y está muy apenado; María no le habla y terminaron el noviazgo, menciona que piensa - irse. Aquí es donde pensamos que el señalamiento de la sesión anterior fue vi lenta y entramos a un momento importante de la terapia.

3a. Hipótesis.

Juan ha estado en un jaloneo de separación-individualización, sin embargo, - al fallarle Roberto se siente obligado a permanecer dentro, lo que lo presiona.

Pensamos que es un momento muy delicado e insistimos que alguien se encar-- gue de traer a Juan, Roberto menciona que él ya no puede hacer nada, y pide te- rapia para él, consideramos que es adecuado y se le canaliza a terapia indivi-

dual en el mismo Centro.

Ni Juan esta preparado para irse de la casa, ni Roberto lo esta de dar el apoyo a las mujeres, por lo que Roberto pasa a Psicoterapia Breve Individual, y Juan es convocado a asistir.

6a., 7a., y 8a. Sesión.

Juan ya no regresa, Roberto se fué de la casa y sólo asisten la madre y María. A las cuales se les dá apoyo hablando de sus capacidades como mujeres y como seres humanos, en cierto momento sale a relucir la preocupación que la madre tiene por María, y consideran ambas que han tenido poca comunicación, por lo que se le sugiere que hablen más entre ellas, que salgan juntas y que traten de incluir a Juan sin pedirselo.

3a. Etapa. (8a. a la 12a. Sesión).

A la siguiente sesión la madre avisa telefónicamente que no asistirán, porque tiene que ir a firmar los papeles de la entrega de la casa.

A la siguiente, de nuevo llama la señora para informar que no vendrán, porque se van a cambiar sin embargo, esta muy preocupada porque Juan dice que no se va a vivir con ellas, que ya consiguió quien le de lugar en casa (unos amigos), pide la madre un consejo porque le da tristeza dejar a su hijo, se le sugiere que es el momento oportuno para que ella como ser humano de un paso adelante, que considere todo el esfuerzo que ha hecho para lograr su casa propia, tiene que cambiarse.

A la 8a. sesión vienen la madre y María más contentas, porque han estado tranquilas las cosas, Juan se fué con ellas y no se ha drogado, les ha ayudado mucho y está ilusionado con la casa, sin embargo se niega a venir, se les pide no insistirle y que se aseguren de que se entere que ellas siguen viniendo.

9a. Sesión.

La madre menciona que esta inquieta porque hubo días de la semana, en que

se ha percatado de que está muy sola, y que no se siente tan vieja como para no tener una pareja. Se le pide que hable de su propia familia, donde se detecta que es una familia donde las mujeres dominan, y los hombres son muy débiles y pasivos.

Sospechamos que la madre tiene relaciones con un hombre y se le pide que acuda sola a la siguiente sesión.

Menciona que desde que se separó de su esposo ha tenido tres relaciones de pareja, las dos primeras fracasaron porque dice " no respondieron como yo quisiera " y con el tercero lleva actualmente una relación, se llevan bien, él la apoya pero se siente insegura, se le indica que algo esta haciendo para que los hombres con que se relaciona se alejen o quieran alejarse. Se percata de que tal vez los presione demasiado, dice que ahora se da cuenta que les exige mucho y que tal vez sea lo que esta pasando con Juan.

Tratando de buscar ampliar el sistema para localizar un punto de apoyo para la madre, le pide que traiga a sus hermanos y hermanas.

11a. Sesión.

Sólo se presenta una hermana más grande que ella, les avisó a todos y sólo aceptaron Guadalupe (la que vino), y Román quien no llevo. Guadalupe es una mujer de 50 años, divorciada con tres hijos (uno de ellos con problemas de conducta y tal vez farmacodependencia) es alcohólica y lo asume, asiste a Alcohólicos Anónimos, dice estar dispuesta a darle el apoyo necesario a su hermana.

Pensamos que por allí no hay mucha fuerza en que se apoye la madre, por lo que insistimos en que para la 12a. sesión, se presente Juan. Se suspende la terapia 3 semanas por vacaciones del terapeuta.

12a. Sesión.

Se presentan nuevamente los tres, el cambio de Juan es muy evidente; se --

dejó crecer el pelo, sólo traé un arete, dejó sus pantalones de tubo y solo --
traé una muñequera, María se ha estado acercando a su papá y la madre invita a
Eusebio a la casa.

V. Resultados.

En base a lo descrito en el capítulo anterior de casos clínicos, exponemos a continuación los resultados encontrados: los cuales trataremos de expresar de una manera clara.

Es importante considerar que los cambios fueron fundamentalmente estructurales, lo cual implica la modificación de los niveles jerárquicos, es decir, que los subsistemas parentales de las familias tratadas cambiaron a partir del momento de inicio al final del tratamiento. A continuación presentamos los resultados de cada familia.

Familia Hernández Robledo.

El conflicto entre los padres se resolvió con acuerdos, en la manera de tratar a un hijo adulto y un acercamiento del hijo con el padre, graficamente lo podemos percibir de la siguiente forma:



En cuanto al consumo de drogas, los padres reportaron que seguía igual; mientras que el paciente identificado aducía que era menor el consumo.

Familia Fernández Cano.

En este caso consideramos que los resultados fueron buenos, ya que los objetivos planteados se lograron: pensamos -como ya se mencionó antes- que esto se debió a que los cambios estructurales fueron principalmente iniciados en el nivel de subsistema parental, el acercamiento del padre a la madre le dió el apoyo necesario para ir aceptando que ya no necesitaba de la sobreinvolucración con su hijo para descalificar al padre.



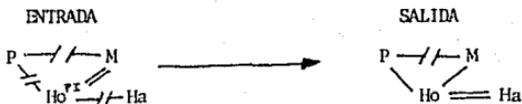
En esta familia cabe hacer notar que el conflicto continuaba en el nivel conyugal, lo que nos hacía sospechar que aparecería otro hijo sintomático, lo que corroboramos cuando un mes después la madre manifestó que todo continuaba bien con Enrique (PI) pero, que ahora Armando estaba muy "rebelde" y "desobediente", en ese momento les recomendamos que si bien habían podido ayudar a su hijo mayor, confiábamos en que podían hacerlo con Armando.

El consumo de drogas desapareció.

Familia Luna Peña.

Esta familia fué considerada en un momento de la investigación como la más difícil, ya que el paciente identificado presentaba sintomatología asociada a conductas delictivas, y además una actitud desafiante que hacía pensar en un pronóstico desfavorable en cuanto a la permanencia en la terapia; sin embargo, fué justamente un contradesafío la técnica adecuada para tenerlo el tiempo suficiente para incidir cambios directos en él.

Los resultados se consideran buenos, ya que hasta la terminación del contrato terapéutico los objetivos se cumplieron, al incidir en darle un apoyo a la madre, el paciente identificado se encontró con menos poder para controlar las emociones de su familia.



un mes después, las noticias fueron que Juan se acercó a su padre y estaba tra

bajando con él, la madre estaba enfocando todas sus energías y dinero en su nue
va casa y María la hija, atendía sus estudios, y se dedicaba a los cuidados de
la casa.

VI. Conclusiones.

La aplicación del modelo propuesto resultó adecuado, porque si bien el objetivo de abatir el uso de drogas se logró en una familia, en otra disminuyó considerablemente y en otra aparentemente quedó igual, sí se lograron cambios a nivel estructural que permitieron el logro del objetivo propuesto, esto nos remite a considerar un aspecto importante y es el tiempo que cada sistema requiere para reajustarse a una nueva estructura; ya que los cambios pueden no presentar se inmediatos al finalizar la terapia y si en un tiempo más o menos posterior a esta, que pueden ser corroborados en el seguimiento. Ahora bien, la mayoría de los autores que se consultaron consideran que el síntoma (en este caso la farmacodependencia) es la manifestación de una disfunción en un nivel diferente de la estructura del sistema más amplio, lo cual nos obliga a pensar en el significado que el abuso de drogas tiene para una familia, es decir, dentro del sistema existe una organización disfuncional que lo mantiene como síntoma.

Lo primero que nos llama la atención es que en las tres familias tratadas es la madre quien acude a solicitar ayuda, esto nos indico dos cosas, por un lado que quien sufre más y se angustia más es otro miembro del sistema y no quien presenta el síntoma (en el caso que nos ocupa son las madres); y por otro lado que ésta persona es la puerta de entrada para la formación del sistema terapéutico (igualmente en estos casos son las madres).

Otro aspecto importante de resaltar es la posición del padre, en las tres familias la figura paterna era devaluada por la madre y por lo tanto el hijo farmacodependiente presentaba alejamiento o conflicto en relación al padre, -- para lo cual, el padre no hacía nada para conformarse de otra manera dentro del sistema ya que esta posición le delega de responsabilidades o funciones afectivas con el paciente identificado.

En cuanto a los hijos designados como el problema mostraron -en las tres familias- que en su rol de adolescentes la lucha afectiva principal era la de asumir justamente la madurez suficiente como para no ser dependientes (en todos los sentidos).

En la relación con los hermanos destaca el punto nodal de la problemática analizada aquí y que se refiere a la diferenciación, que es que en el sistema fraterno se hacía evidente en el hecho de que el paciente adicto a drogas era el malo y otro hermano o hermana tenía el papel de "bueno", es decir, que solo en ese contexto se le presentaba al paciente identificando la oportunidad de marcar su diferenciación.

Desde un enfoque más general pudimos observar que:

- 1.- El uso y abuso de drogas por parte de un individuo dentro de un contexto familiar es una señal de disfunción estructural familiar.
- 2.- Definido el abuso de drogas como síntoma, es visto como un mecanismo homeostático (estabilizador) de la familia.
- 3.- El abuso de drogas tiene una connotación de incapacidad por parte del adicto a madurar, es decir, a trascender a las necesidades y compromisos que implica ser un adulto joven y por lo tanto delega en el sistema parental la responsabilidad y el control.
- 4.- El abuso de drogas se convierte, en un momento dado, en un pretexto para que los padres discutan (se pongan de acuerdo) sobre un problema que les permite negar otras disfunciones que generalmente son a nivel conyugal.
- 5.- En el transcurso de la terapia con frecuencia algún subsistema (observamos que es el paterno) al vivenciar cambios en las reglas, funciones y roles, recurren a explicitar problemas que tienden a desviar el

foco de la psicoterapia y paradójicamente proteger la persistencia, en este caso de la farmacodependencia.

- 6.- Finalmente, el hecho de que un miembro de una familia se haga adicto a las drogas puede ser analizado como una metáfora, es decir, ésta conducta reproduce simbólicamente la ideología y la cultura de esa familia en particular. Este último punto merece mayor atención y por lo tanto proponemos investigaciones sobre este hecho tomando como punto de partida el concepto de metáfora relacionado con el mito y el rito.

Por otro lado y de acuerdo a lo anterior, creemos que el trabajo terapéutico con el modelo estructural propuesto por Salvador Minuchin proporcionan un puente seguro en el abismo que por varios años ha representado el tratamiento psicoterapéutico con pacientes farmacodependientes en instituciones de servicio abierto a toda la población. Queda, sin embargo acceder de la técnica a la teorización y por ende a nuevas conceptualizaciones que permitan crear modelos terapéuticos con familias mexicanas ya que desde nuestro punto de vista, la cultura, la ideología, las tradiciones, el pensamiento mágico, marcan una diferencia traducible a la identidad.

Sirva pues, nuestro esfuerzo para dejar una puerta abierta a nuevas investigaciones.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Ackerman, Nathan W., Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares, Ediciones Horme-Paidos, Bs. As., Argentina, 1980.
- 2.- Albuquerque Cordeiro, Hesio y Col., Los Determinantes de la Producción y Distribución de la Enfermedad, en Revista Mexicana de Ciencias Sociales, No. 84, Ed. UNAM, México, D.F., Abril-Junio, 1976.
- 3.- Andolfi, Mauricio, Terapia Familiar, Ed. Paidos, Bs. As., Argentina, 1984.
- 4.- Barbera, E. y Cols., La Orientación a Familiares de Farmacodependientes: una Experiencia, Serie Técnica, Volumen 3, Perfil Familia, Centros de Integración Juvenil, México, D.F., 1982.
- 5.- Bateson, Gregory, "Hacia una Teoría de la Esquizofrenia", en, Pasos - Hacia una Ecología de la Mente, Ediciones Carlos Lohlé, Bs. As., Argentina, 1976.
- 6.- Bertalanffy, L. v., Teoría General de los Sistemas, Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1980.
- 7.- Bowen, Murray, "Un Concepto Familiar de la Esquizofrenia", en: Jackson, D. D., La Etiología de la Esquizofrenia, Amorrortu Editores, Bs. As., Argentina, 1980.
- 8.- Foucault, Michel, Historia de la Locura en la Época Clásica, Tomos I y II, Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1981.
- 9.- Freud, Sigmund, El Malestar en la Cultura, en Obras Completas, Tomo III, Ediciones Biblioteca Nueva, Madrid, España, Cuarta Edición, 1981.
- 10.- Freud, Sigmund, Psicología de las Masas, Alianza Editorial, Madrid, España, 1977.

- 11.- Freud, Sigmund, Análisis de la Fobia de un Niño de cinco años, (caso --- " Juanito "), en Obras Completas, Tomo II, Ediciones Biblioteca Nueva, - Madrid, España, 1981.
- 12.- Haley, Jay, Terapia para resolver Problemas, Amorrortu Editores, Bs. As., Argentina, 1980.
- 13.- Haley, Jay, Terapia no Convencional: Las Técnicas Psiquiátricas de Milton H. Erickson, Amorrortu Editores, Bs. As., Argentina, 1980.
- 14.- Jackson, D.D., (compilador), Comunicación Familia y Matrimonio, Ed. Nueva Visión, Bs. As., Argentina, 1977.
- 15.- Laurell, Ana Cristina, La Salud-Enfermedad como Proceso Social, Ed. Nueva Imagen, UAM-Xochimilco, México, D.F., 1980.
- 16.- Laing, R. D., y otros, Percepción Interpersonal, Amorrortu Editores, - Bs. As., Argentina, 1980.
- 17.- Minuchin, S., y Fishman, H. Ch., Técnicas de Terapia Familiar, Ed. Paidos, Barcelona, España, 1984.
- 18.- Mohar, S. y Kuri, N., Orientación a Padres de Familia una Experiencia en Prevención, Tesis para obtener el Título de Licenciatura en Psicología -- Clínica, UNAM, México, D.F., 1979.
- 19.- Napier, August con Carl Withaker, El Crisol de la Familia, Amorrortu Editores, Bs. As., Argentina, 1980.
- 20.- San Martín. Hernán, Salud y Enfermedad, La Prensa Médica Mexicana, 4ta.- Edición, México, D.F., 1981.
- 21.- Selvini, Palazzoli M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G., Paradoja y - Contraparadoja, Ed. Paidos, Barcelona, España, 1988.
- 22.- Sullivan, Harry S., La Teoría Interpersonal de la Psiquiatría, Editorial- Psique, Bs. As., Argentina, 1973.

- 23.- Tielici, Piersanti, La Farmacodependencia como Problema Social y Salud: -
Algunos Aspectos Conceptuales, Artículo mecanografiado, S/ID., S/Lugar, -
S/Año, Pertenece a los Autores de ésta Tesis.
- 24.- Watzlawick, P., Beavin, J. H. y Jackson, D.D., Teoría de la Comunicación-
Humana, Ed. Herder, Barcelona, España, 1983.
- 25.- DSM-III, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Ed. --
Masson, Barcelona España, 1983.