

12
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

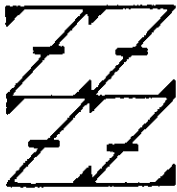
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL: UNA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA EN CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL

INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
ADRIANA SANCHEZ CONTRERAS

DE ESTUDIOS
SUPERIORES
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SECRETARIA

UNAM
FES
ZARAGOZA



LO HUMANO EJE
DE NUESTRA REFLEXIÓN

ASESOR DE REPORTE: LIC. VICENTE CRUZ SILVA

MEXICO, D. F.

276213
612943

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PASINACION

DISC MILNER.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por que ha guiado e iluminado mi camino.

A MIS PADRES:

Por que gracias a su sacrificio y esfuerzo he logrado uno de los objetivos de mi vida que también es de ustedes los amo.

A HUGO:

Por que tú en especial eres el motivo de inspiración de este trabajo te amo y se que algún día vas a comprender la preocupación de nuestros padres hacia ti, me da gusto saber que piensas en salir adelante y no dejaste que las drogas te destruyeran.

A MIS HERMANOS FEDE, EVELIN Y SARA

Por haber soportado mis momentos de enojo y desesperación, los amo por que han sabido escucharme y por que están conmigo incondicionalmente.

A VICENTE:

Gracias por haberme dado la oportunidad de participar conjuntamente, por que eres un gran maestro y un gran amigo gracias por todos tus consejos y asesorías.

A MONZE Y LOLITA:

Gracias por que estuvieron con mi familia en los momentos más difíciles y por que gracias a ustedes comprendí el valor de mi hogar.

**A TODAS LAS PROFESORES Y AMIGOS QUE COLABORARON PARA
LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO
GRACIAS POR SU APOYO**

INDICE

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCION

CAPITULO 1

LA PERSPECTIVA DE LA FARMACODEPENDENCIA DESDE LA OPTICA DE CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL

FACTORES SOCIALES	5
FACTORES FAMILIARES	7
FACTORES INDIVIDUALES	8
TIPOS DE USUARIOS	9
CONCEPTOS BASICOS	10

CAPITULO 2

PSICOTERAPIA BREVE ORIENTADA PSICOANALITICAMENTE (LA PROPUESTA DE CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL)

ANTECEDENTES	21
TECNICA DE PSICOTERAPIA BREVE	24
PSICOTERAPIA BREVE INDIVIDUAL	28
PSICOTERAPIA BREVE FAMILIAR	30
PSICOTERAPIA BREVE GRUPAL	39

CAPITULO 3

DESARROLLO DE LA TERAPIA FAMILIAR

LA DECADA DE LOS 50'S	41
LA DECADA DE LOS 60'S	43
EL NACIMIENTO DE LA TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL	48

CAPITULO 4

TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL

FUNDAMENTOS	52
HOLONES	58
CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA	66
FUENTES DE STRESS	70
POSICION DE CERCANIA, INTERMEDIA Y DE LEJANIA	78
TEORIA DEL CAMBIO EN LA TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL	83
TECNICAS DE LA TERAPIA ESTRUCTURAL PARA EL CAMBIO	86

CUESTIONAMIENTO DEL SINTOMA	86
CUESTIONAMIENTO DE LA ESTRUCTURA	89
CUESTIONAMIENTO DE LA REALIDAD FAMILIAR	93

CAPITULO 5

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION

DESCRIPCION DE LA DELEGACION	98
INSTITUCION Y UNIDAD DE TRABAJO	105
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA INSTITUCION	116
ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CENTRO LOCAL	117
UBICACIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL	120
ORGANIZACIÓN DEL CENTRO LOCAL	121
RECURSOS MATERIALES CON LOS QUE CUENTA	138

CAPITULO 6

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES DE LA FES ZARAGOZA	139
OBJETIVOS DE CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL	141
OBJETIVOS DEL PASANTE	142

CAPITULO 7

ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y POBLACION ATENDIDA	143
---	-----

CAPITULO 8

ANALISIS Y DISCUSION	146
-----------------------------	-----

CONCLUSIONES	160
---------------------	-----

SUGERENCIAS	168
--------------------	-----

ANEXOS

BIBIOGRAFIA

INTRODUCCION

El servicio social representa para el pasante de Psicología un reto en donde tendrá que poner en práctica los conocimientos adquiridos durante su formación profesional.

A él corresponderá emplear las opciones de aprendizaje que le brindo la carrera de Psicología de tal forma que al enfrentarse a comunidades en donde existan diversos problemas actúe de manera favorable ante estos.

Durante este período se plantean amplias opciones de crecimiento para el pasante de psicología ya que al exponerse directamente a comunidades que demandan atención e intervención, el psicólogo tendrá que implementar y complementar los conocimientos adquiridos durante la carrera.

Es así que ante la existencia de diversos problemas que aquejan a la sociedad, el pasante tendrá que observar las diversas instituciones en donde se requiere de su intervención y así poder actuar coordinadamente con los programas de la institución (FES Zaragoza).

El interés primordial al seleccionar la institución en donde habría de realizarse el Servicio Social, estuvo influenciado por una necesidad de conocer que es lo que ocurre con los problemas de Farmacodependencia y cuales son las posibles alternativas para su intervención.

Centros de Integración Juvenil como una institución dedicada a la prevención, tratamiento y rehabilitación nace alrededor de los años 60's ante la inquietud de un grupo de damas voluntarias las cuales al observar la magnitud del problema, deciden abrir el primer centro de atención llamado Dakota.

Posteriormente y debido al éxito de este primer centro de atención Centros de Integración Juvenil se consolida como institución dedicada a erradicar los

problemas de Farmacodependencia, contando hasta el momento con 42 centros locales.

La misión de esta institución está encaminada a atender los problemas de farmacodependencia, mediante programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Cada uno de ellos atiende a sectores específicos de la población, mediante los programas preventivos Centros de Integración Juvenil pretende informar, orientar y capacitar a padres, alumnos, maestros y población en general sobre el uso y abuso de drogas, así como los efectos que estos producen en el organismo para con ello contribuir en el interés por erradicar la demanda y la aceptación social de las drogas causantes de la dependencia.

Los proyectos están diseñados para atender ciertas necesidades de la población, las actividades informativas son:

- Información Pública Periódica
- Información a Concurrentes
- Información a Escuelas.

Las actividades destinadas a la orientación son:

- Orientación Preventiva Infantil
- Orientación Preventiva a Adolescentes
- Orientación Familiar Preventiva

Cada una de estas actividades está encaminada a informar a la población sobre la magnitud del problema de la Farmacodependencia, así mismo pretende, conscientizar a la población de usuarios sobre las repercusiones que las drogas ocasionan en el organismo.

Otra de las actividades fundamentales de la Institución es el trabajo terapéutico

en donde se realizan una serie de actividades de diagnóstico para determinar cual ha de ser la atención que se le ha de dar al paciente de acuerdo a la siguiente valoración.

- Si el Farmacodependiente se presenta sólo a solicitar tratamiento se canaliza a terapia individual.
- Si se presentan los familiares del paciente se canaliza a grupos de padres en donde se reúne a varios padres de familia que viven el problema de la farmacodependencia en sus hogares y se les pide que expongan su problemática ante el grupo.
- Si se presentan los familiares y el farmacodependiente entonces se canaliza a Terapia Familiar.

Como se puede observar el tipo de atención que se le brinda a la familia terapéuticamente es mínimo por lo que se considera importante trabajar desde otra visión en donde se considere a la familia como parte importante del tratamiento de la farmacodependencia.

Cabe mencionar que la terapia familiar e individual tienen su fundamento en el enfoque de Psicoterapia Breve orientada psicoanalíticamente. A partir de esta visión se condisidera al síntoma como producto de una regresión o bien la fijación en una de las etapas de desarrollo psicosexual y se le atribuye al sujeto la responsabilidad de su problema.

Ante esta situación surge la interrogante ¿En donde queda la funcionalidad de la familia y que papel juega esta en la intervención psicoanalítica? Encontrándose que esta funcionalidad es mínima y casi nula en el tratamiento.

Debido a estas observaciones surge la inquietud de saber que sucede con la familia y al realizar una revisión de las investigaciones que se han dedicado al estudio de la familia, se encontró que es en los años 50's cuando emergen una serie de aportaciones dedicadas al estudio de esta siendo el punto de partida las familias esquizofrénicas.

A partir de ahí surgen diversas formas de atender a la familia sin embargo el objetivo del presente trabajo se fundamenta en el estudio de las familias con problemas de farmacodependencias desde la visión de la terapia Familiar Estructural, ¿Por qué terapia Familiar Estructural?.

La terapia Familiar Estructural en su dimensión teórica considera a la familia como un ser vivo en constante interacción con su medio esta es capaz de adaptarse de tal forma que al tratar de modificar el contexto por consecuencia sobrevendrán cambios en la conducta de cada uno de los miembros y el síntoma ocupará un lugar secundario.

Salvador Minuchin es el representante principal de este enfoque en donde se considera que la familia atiende facetas fundamentales del sistema vivo: fronteras, jerarquías, intercambios de información con el mundo externo, etc.

Tales sistemas ayudan a la familia a estructurarse y reequilibrarse al existir conductas disfuncionales dentro del sistema.

En este aspecto el síntoma es ocasionado por un mal funcionamiento familiar y la labor del terapeuta estará encaminada a modificar la estructura y las pautas de interacción disfuncionales.

El planteamiento del enfoque estructural es proponer una serie de técnicas dedicadas a reorganizar las partes de un sistema vivo de tal manera que se produzca crecimiento en la familia con algún síntoma, que puede surgir ante

las exigencias del ciclo de vida, provenientes de la cultura circundante y de los calendarios internos de la propia familia. Si las alianzas y las jerarquías de una familia están en armonía con el diseño de vida que la propia familia tiene y con los requerimientos normativos de la cultura global, entonces las experiencias de contacto y de cuidado se pueden desplegar con beneficio para todos.

En este sentido al entender que el síntoma no es producto del individuo sino de una serie de experiencias que se fomentan en la familia, entonces, el terapeuta buscará alternativas de mejora para la familia.

Por ello el presente trabajo pretende plantear como alternativa el Enfoque Estructural quedando abierto al análisis y la crítica que se puedan generar.

La estructura del trabajo se diseñó en 3 partes en la primera parte se pretende explicar lo que la institución define como Farmacodependencia y los tipos de drogas más comunes delimitados en el capítulo 1. En el capítulo 2. Se explica el modelo de Intervención de Centros de Integración Juvenil "La psicoterapia Breve con orientación Psicoanalítica".

La segunda parte del trabajo pretende fundamentar teóricamente la propuesta del trabajo en esta se realiza una breve reseña de lo que representa el estudio de la familia considerando los antecedentes de los años 50's hasta las escuelas más importantes que surgieron en torno a este movimiento delimitándose en el capítulo 3.

Así mismo y como parte medular del trabajo en el capítulo 4 se explica de una manera general el tema de la terapia Familiar Estructural, mediante este se pretende brindar una visión general de lo que el enfoque representa como alternativa de atención terapéutica.

Finalmente en la tercera parte se menciona lo que es la institución Centros de Integración Juvenil, las características de la delegación en donde se encuentra ubicado, los objetivos, el análisis, la discusión, la conclusión del trabajo y las sugerencias.

Por otro lado resultó muy significativo el poder participar en una Institución que cada vez adquiere mayor importancia y reconocimiento dentro de la atención, tratamiento y rehabilitación de la Farmacodependencia, como lo es Centros de Integración Juvenil, espero que el presente trabajo contribuya al crecimiento de futuras generaciones de psicólogos y fomente en ellos el interés por el tema de la farmacodependencia.

CAPITULO 1

LA PERSPECTIVA DE LA FARMACODEPENDENCIA
DESDE LA OPTICA DE CENTROS DE INTEGRACION
JUVENIL

LA PERSPECTIVA DE LA FARMACODEPENDENCIA DESDE LA OPTICA DE CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL

El drama de la farmacodependencia ha constituido en los últimos años motivo de alarma a nivel mundial. En diversas partes del mundo se prohíbe el consumo de drogas por las consecuencias que estas ocasionan, los efectos que producen en el organismo y los daños que ocasiona en la sociedad.

Algunos autores (Llanes, 1982) menciona que "son los adolescentes quienes generalmente se encuentran expuestos a este tipo de problemas, ya que se encuentran en una de las etapas consideradas por los expertos como difíciles en la vida de todo ser humano, estos incurren en la farmacodependencia como una forma de evitar situaciones que llegan a ser frustrantes y que muchas veces no pueden enfrentar".

Aunque el uso de drogas se ha desarrollado en diferentes épocas, no es sino hasta los años 60's que comienza a ser considerado como un problema social como consecuencia de diversos movimientos políticos – sociales que en su época hacen posible el consumo excesivo de diversas drogas por parte de la juventud, siendo a partir de entonces, que se inicia su expansión, ocasionando una especie de epidemia que no respeta edad, condición social y sexo. Es por esta condición que el uso de drogas es considerado como un problema social.

Cabe señalar que el problema representa uno de los más angustiantes de la época contemporánea y conforma una manifestación negativa por lo que se hace necesario describir y conceptualizarla a partir de la de función que Centros de Integración Juvenil adopta.

Centros de Integración Juvenil ha adoptado el concepto de la OMS en donde definen a la farmacodependencia como el estado físico y a veces psíquico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. Tal estado es característico ya que trae como consecuencias modificaciones en el comportamiento y reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible de consumir droga en forma continua o periódica, ya sea para experimentar sus efectos psíquicos y físicos, o para evitar una sensación de malestar que surge al dejar de consumirla (CEMEF, 1976).

Aunque para poder entender como es vista la farmacodependencia, la institución maneja que este es un problema de salud pública, entendiendo a esta como la ciencia que se encarga de conocer los procedimientos de salud de las colectividades humanas. Su objetivo es elevar las condiciones de vida de la sociedad, evitando la aparición de enfermedades, por medio del esfuerzo organizado de la comunidad. Para ello estudia las causales que determinan al proceso salud - enfermedad en las poblaciones, para incidir en ella y con ello elevar los niveles de salud (C.I.J., 1982).

Como se mencionó anteriormente la farmacodependencia es considerada como un problema de salud pública, tanto por la magnitud de los daños sociales que provoca, como por sus orígenes. Este fenómeno al igual que cualquier problema de salud pública es considerado como una enfermedad la cual encuentra su estructuración en determinada organización histórico social, es decir el modo de enfermar o de morir va a depender de las condiciones del medio en donde las personas habitan, como viven, la forma en que conviven y desarrollan así como también estar sanos va a estar influenciado por como los individuos participan o se defienden en el universo físico, individual, familiar, mental y social.

Por lo que se considera a la Farmacodependencia como una enfermedad, ante esto surge la pregunta ¿qué es enfermedad?. Al tratar de definir la enfermedad surge la necesidad de ir ubicando el significado en un contexto más amplio, por lo que se consideran necesario realizar algunas observaciones sobre el proceso llamado salud-enfermedad el cual permite dar una aproximación teórica más amplia sobre lo que significa la farmacodependencia como enfermedad.

La medicina como toda disciplina científica ha tenido cambios importantes, estos cambios han sido básicamente en la explicación del concepto enfermedad.

En el primer momento, la medicina dio durante muchos años una explicación llamada biologista y unicausal ya que se consideraba que la enfermedad tenía un proceso lineal, es decir a una enfermedad, le correspondía una única causa; por ejemplo a la gripe le corresponde un virus de gripe, se ataca el virus y se acaba la enfermedad. Posteriormente a finales del siglo XIX , la medicina integra lo "social" en la explicación de la enfermedad , ya que se toman en cuenta variables sociales comprendidas como determinantes de la enfermedad y relaciona lo social con lo biológico para surgir un modelo multicausal.

El medio ambiente es considerado como muy importante para comprender el porqué 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: "... coexisten permitiéndose, en ocasiones hegemonía de uno sobre otro, articulándose a su vez en un conjunto de prácticas en el campo de la salud".

Dentro del primer enfoque se encuentran Hernán San Martín (1981) quien postula lo siguiente: "La ecología humana demuestra que la salud – enfermedad no constituye estados opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en

el que vive. Lo anterior dice Martín es en base a ciertos factores contenidos en el ambiente natural, en la herencia biológica, cultural y social en los grupos sociales" (San Martín, H. 1981).

Otra orientación enfatiza la importancia de las relaciones de producción económica de una sociedad y explica la enfermedad en términos de la creciente crisis política – económica. Ana Cristina Laurell (1980) y propone como primer objetivo , demostrar que la enfermedad tiene carácter histórico- social. En lo que respecta a la orientación psico – social y cultural el principal concepto es el de estrés social y apela 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 conllevan a la siguiente reflexión; La farmacodependencia es conceptualizada como una enfermedad mental. En el DSM III (1983) es referida como "trastornos mentales" producidos por el uso más o menos regular de sustancias tóxicas (DSM III, 1983)

Con lo expuesto anteriormente se puede mencionar que la Farmcodependencia es un problema de salud pública y en específico de salud mental, donde los factores sociales, familiares e individuales son interrelacionan para determinar la enfermedad. Es importante enfatizar que cuando se habla del fenómeno en su conjunto se va más allá del campo de la salud y la explicación más amplia se encuentra en la forma en la que se organice la sociedad, sin embargo, no basta ser participe de un grupo social u otro, es también necesario considerar las formas en que las relaciones familiares y las características individuales que motiven el abuso de fármacos. Esto último, precisamente explica por que la farmacodependencia aparece en cualquier

clase social y por que se manifiesta en un miembro de la familia y no en otro. Dado que las esferas del conocimiento más amplias dan explicación y determinan a las más estrechas, la salud pública busca la prevención de enfermedades, interviniendo en las causales últimas y susceptibles de transformación, que determinan el proceso Salud-Enfermedad. Al incidir en amplias circunstancias que mejoren los niveles de vida de la población generando al mismo tiempo acciones grupal psicoprofilácticas, por lo que además de propiciar el mejoramiento de los niveles de salud en general, también se incide en la promoción de la salud mental y con estas acciones simultáneas, se cumple el objetivo de la prevención de la farmacodependencia (C.I.J., 1982).

Sin embargo las causas determinantes de la farmacodependencia son múltiples, Centros de Integración Juvenil (1982) menciona tres factores que pueden contribuir a su consumo:

A) FACTORES MACROSOCIALES:

Estos abarcan todo el medio exterior (la sociedad)

B) FACTORES MICROSOCIALES:

Se refieren a una comunidad menor (la familia)

C) FACTORES INDIVIDUALES:

Se refieren a la personalidad propia del sujeto farmacodependiente

Dentro del primer factor o también llamado **FACTOR SOCIAL** se encuentran aquellas condiciones sociales que incrementan el fenómeno del mismo ya que a pesar de que el abuso de estos se da desde hace mucho tiempo, la crisis socioeconómica actual ha traído una verdadera atención hacia ellos, es así como en los últimos 10 años se ha considerado al uso de droga como un fenómeno social, convirtiéndola en una enfermedad de la sociedad (Llanes, 1982). En los países subdesarrollados como

México se dio un predominio masivo entre la juventud , considerándose como una moda pasajera importada de los países desarrollados.

El fenómeno en cuestión está ampliamente relacionado con el avance tecnológico principalmente de la farmacología, pues el desarrollo de esta industria permitió la introducción al mercado, de medicamentos capaces de estimular el Sistema Nervioso Central con lo cual los usuarios se automedicaban con ciertos fármacos no utilizándolos de manera terapéutica y viviendo en el contexto de una sociedad consumidora, induciéndose mediante diversas presiones sociales en donde se tenía la idea que al ingerir tales productos tóxicos al organismo obtendrían fortaleza y soportarían los problemas de la sociedad actual, como la desorganización social, la crisis económica mundial, que trae como consecuencia la crisis económica del país, la carencia de afecto dado el excesivo crecimiento demográfico tan acelerado, impidiendo al mismo tiempo el fortalecimiento de las relaciones genuinamente humanas.

Por otra parte se dice que la farmacodependencia es un fenómeno urbano y también rural existiendo en menor cantidad en el interior de la República, esto está asociado con ciertos patrones culturales como son mayor diseminación de los medios masivos de comunicación y la gran migración de campesinos a zonas industrializadas. En este sentido y teniendo la necesidad de huir de una realidad negativa, la droga es un medio de escape para soportar tensiones y frustraciones diarias (Lianes J.1982).

Si bien el fenómeno de la farmacodependencia no excluye al medio rural pero encuentra su mayor auge en las grandes urbes y uno de los factores peculiares de estas son: la mercantilización de la vida cotidiana, el hacinamiento, la contaminación, el desempleo, la delincuencia, la insuficiencia de servicios de salud y educativos correlacionados con la demanda, una acelerada

transculturización y un clima de violencia. Este marco de creciente inestabilidad ha repercutido y repercute en algunos individuos, que no logran sobrellevarlo y necesitan evadirse. (C.I.J., 1985)

Los **FACTORES FAMILIARES** han cambiado a lo largo de la historia a medida que se producen cambios sociales; dependiendo del sistema social en un lugar y momento histórico determinado, la familia adopta una estructura y funcionamiento coherentes a la organización social.

No menos importante el hecho del desarrollo psicosocial del individuo que se ve afectado directamente por la familia en la cual se desenvuelve. En la medida en que posea una **estructura** viable que le permita proveer un sentido de pertenencia a sus miembros, dar apoyo y seguridad, facilitándole la socialización y permitiéndole la individualización, favoreciendo así la gestación de la salud en sus integrantes; o bien en la medida en que no pueda adaptarse a cambios internos (evolución natural) o externos (cambios sociales) y no modifique su estructura (cambios de roles, reglas, interrelaciones, etc.) para lograr desempeñar estas tareas satisfactoriamente, se puede proceder a la gestación de la enfermedad. La familia posee reglas de funcionamiento que deben de modificarse a medida que ocurren los cambios intra o extrafamiliares. Si una familia no encuentra alternativas de funcionamiento a medida que sus miembros crecen en base a requerimientos de cambio social, se vera atrapada en reglas de funcionamiento que ya no son adecuadas para el momento actual que atraviesa.

En conclusión se puede decir que la familia es una institución que puede generar salud o provocar enfermedad y muchas veces la conducta del farmacodependiente es una manifestación de la psicopatología familiar (C.I.J., 1990).

Dentro de los **FACTORES INDIVIDUALES** se encuentran la baja tolerancia a la frustración ante los problemas que el sujeto no logra afrontar en su vida cotidiana, así mismo se pueden mencionar:

- Deseo de escapar de la realidad por "X" situación y/o problema
- A fin de disminuir la angustia
- Por inadecuación social
- Por imitación de amigos y compañeros
- Necesidad de aceptación de un grupo
- Problemas graves de introversión
- Falta de seguridad en sí mismo
- Falta de comunicación y confianza con la familia y amigos
- Dolores físicos que sufre la persona
- Inestabilidad emocional
- Mala imagen de sí mismo
- Actitud negativa hacia los grupos de autoridad y relaciones difíciles con los amigos
- Falta de metas y ambiciones.
- Rechazo de un gran número de valores sociales

Aunque estos son algunas de las características que pueden contribuir a que un individuo se inicie en la farmacodependencia, cabe resaltar que en ocasiones los adolescentes por curiosidad o por que son obligados por el grupo de amigos se convierten en usuarios de drogas (CIJ., 1990)

Centros de Integración Juvenil menciona que de acuerdo a la frecuencia con la que un individuo consume droga y al grado de dependencia que se haya establecido se definen diferentes tipos de usuarios entre los cuales cabe mencionar:

USUARIO EXPERIMENTAL:

A este tipo de persona no se le puede considerar propiamente farmacodependiente, pues su contacto con las drogas se ha motivado por la curiosidad. En este grupo se encuentran aquellas personas que por primera vez utilizan la droga por ser una experiencia novedosa esta conducta es vista comúnmente en la adolescencia, siendo esta una etapa de cambio, donde el adolescente busca conocer nuevas sensaciones o efectos indirectos que son provocados por el consumo de la misma (CIJ. ,1985).

USUARIO SOCIAL U OCASIONAL:

A este grupo pertenecen las personas que usan sustancias tóxicas específicamente en situaciones pasajeras. Utilizándolas únicamente en situaciones sociales o bien cuando las drogas se ingieren ocasionalmente para conciliar el sueño y aliviar estados depresivos. Sin embargo, a partir de estas situaciones pasajeras de consumo se puede establecer la dependencia (CIJ.,1985).

USUARIO FUNCIONAL:

Son aquellas personas que hacen uso de la droga para realizar sus actividades cotidianas, pero aun siguen funcionando productivamente. Sin embargo se ha establecido una dependencia tal que no pueden dejar de realizar sus actividades sin dejar de consumir la droga (CIJ. ,1985).

USUARIO DISFUNCIONAL:

Es aquel individuo que necesita hacer un consumo constante de la droga y ha dejado de funcionar social y productivamente ya que su vida gira en torno a las drogas y todas sus actividades son dedicadas a la obtención y consumo de las mismas, ya

que no pueden prescindir de ellas en ningún momento de su vida; obligados por la necesidad de evitar el sufrimiento o los trastornos orgánicos que aparecen de la privación; lo que significa el deterioro de su vida social, familiar y personal y sus posibilidades de recuperación son reducidas (CIJ.,1985).

Aunque todos estos factores o sólo uno de ellos puede contribuir al desarrollo de la farmacodependencia, las causas por las cuales un individuo se inicia en su uso varían ampliamente y si bien el número de fármacos de abuso es muy grande, tanto en su variedad como su uso van en aumento, de acuerdo a la frecuencia.

CONCEPTOS BÁSICOS

A fin de poder entender en un sentido más amplio el fenómeno de la farmacodependencia se hace necesario conceptualizarla de una manera sencilla y clara algunos conceptos básicos que se presentan a continuación:

FARMACODEPENDENCIA.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la farmacodependencia es considerada como el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga, tal estado es característico por que causa alteraciones en el comportamiento, estas manifestaciones van acompañadas por otras reacciones que comprenden siempre el impulso irreprimible de consumir la droga de manera continua causando dependencia.

El individuo psicológicamente dependiente esta preocupado por la obtención y la toma de la droga por lo que altera su conducta hasta el grado que es nocivo para su salud psicológica y su funcionamiento social. La dependencia psicológica es el sine qua non de la adicción y es el resultado de la capacidad de la droga para estimular el sistema de recompensa o inhibir el sistema de castigo de ambos (OMS.,1974).

DROGA O FÁRMACO.-

Es toda sustancia que introducida al organismo produce alteraciones físicas o mentales, estas varían de acuerdo al individuo y al grado de consumo de la misma.

Tales alteraciones pueden ser manifiestas cuando se ha abusado en el consumo de estas. Algunas drogas tienen uso médico pero en casos de farmacodependencia se habla de un abuso de las mismas (CIJ.,1985).

ABUSO DE DROGAS:

El abuso es el consumo de una droga sin relación ni coherencia con el uso médico, que se realiza en forma excesiva, continua o sin relación con la terapéutica médica habitual, es decir, es la *auto-administración* de sustancias químicas hasta el grado que deteriora significativamente la salud mental o física del consumidor o su capacidad para desenvolverse en su contexto social (CEMEF,1976).

DEPENDENCIA A LAS DROGAS.-

Es la situación en la que el sujeto necesita recurrir al producto químico con la regularidad de superar obstáculos que se le presentan en la vida cotidiana, existen dos tipos de dependencia una física y otra psicológica.

La dependencia psicológica o también llamada habituación es caracterizada por impulso incontrolable de consumir un fármaco para obtener un estado de bienestar psicológico en el cual se experimenta placer al proporcionar alivio a la tensión e incomodidad emocional. Se puede decir que una persona es psicológicamente dependiente si considera necesario tomar la droga para el mantenimiento de un nivel aceptable de bienestar (CIJ, 1985).

La dependencia física es aquel impulso incontrolable de consumir droga por lo que en el organismo se ha producido un estado de adaptación biológica en donde

se presentan los fenómenos de tolerancia y síndrome de abstinencia.

Estos se dan cuando el cuerpo ha sufrido tantos cambios por la acción de una droga que debe seguirla teniendo para seguir continuando (CIJ. , 1985).

TOLERANCIA.-

Es cuando el organismo se ha adaptado a los efectos de la droga generando la necesidad de aumentar la dosis y consumo para seguir obteniendo los mismos efectos ya que cuando la droga se administra repetidamente se obtiene un efecto cada vez menor con la misma dosis (CIJ. , 1985).

SÍNDROME DE ABSTINENCIA.-

Es el cuadro de signos y síntomas que aparecen cuando la administración de una droga ha sido suspendida de la intensidad de uso del fármaco o toxicidad del mismo. Se caracteriza por trastornos fisiológicos que se presentan al dejar de suministrar la droga, esto varía de acuerdo al tipo de droga que se consume (CIJ. , 1985).

TIPOS DE DROGAS

Existen diversas y numerosas clasificaciones de drogas psicotrópicas, en relación de los que se considere de base para incluir una droga en un grupo u otro. Así pueden existir clasificaciones en base al origen de la droga, a los usos médicos, a su legalidad, a su composición química, a sus efectos, a sus riesgos, a su valor terapéutico, a la dependencia y tolerancia que producen, etc.

Para facilitar la comprensión de la clasificación de drogas es necesario diferenciarlas de acuerdo a los efectos que estas producen en el sistema nervioso central ya sea de aceleración o retraso; es decir aquellas sustancias que logran excitar o acelerar la actividad del individuo, pueden clasificarse como **ESTIMULANTES** y aquellas que por el contrario retardan o deprimen la actividad del Sistema Nervioso Central, reciben el nombre de **DEPRESORES** (CIJ., 1985).

ESTIMULANTES:

Dentro del grupo de los estimulantes se encuentran:

LAS ANFETAMINAS: Estas son productos sintéticos similares a la adrenalina que es una sustancia que comunica las neuronas entre sí durante estados de vigilia y alerta. Estas pueden ser ingeridas en forma de pastilla, inyectadas o inhaladas y después de dos o tres horas de su ingestión se produce un aumento de la sensibilidad, disminución de la fatiga y el hambre; en algunas personas desencadena: un estado de ansiedad, dificultad para realizar tareas complejas, aumento de ritmo cardíaco y respiratorio, dilatación pupilar, resequedad en la boca, aumento de la presión sanguínea, y temblor en las manos. Pueden llegar a presentarse alucinaciones cutáneas e ideas irracionales.

Las anfetaminas pueden producir numerosos trastornos, especialmente si

su uso es continuo. Provocan desnutrición, problemas cutáneos, trastornos cardiovasculares y gastrointestinales, anorexia e hipertensión, alteraciones en el estado de ánimo, irritabilidad, insomnio y depresión, con frecuencia se observa lo que se ha denominado psicosis afetaminica, caracterizada por la presencia de alucinaciones auditivas y visuales, y delirios de persecución (Pick., 1993).

LA COCAÍNA:

La cocaína es un alcaloide que se extrae de las hojas de la coca. Según el procedimiento químico al que se somete, se obtiene: a base de pasta de coca (tratando las hojas con un solvente como la gasolina), base libre, (cocaína altamente purificada en forma de cristales), clorhidrato de cocaína (obteniendo al tratar pasta de coca con ácido clorhídrico) y bazuco.

La cocaína se inhala y sus efectos inmediatos son dilatación de pupilas, elevación de la presión sanguínea, aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, aumento de la temperatura corporal. El consumo regular por inhalación llega a ulcerar la membrana mucosa de la nariz. Provoca dependencia psicológica y fisiológica. En el usuario se crea la sensación de que no puede vivir sin ella. La tolerancia a la droga se desarrolla con rapidez.

El polvo en base libre, también conocido como crac, provoca una acción muy fuerte, los efectos se empiezan a sentir antes de 10 segundos, la aceleración del pulso, dilatación de las pupilas, elevación de la presión sanguínea, pérdida de apetito, insomnio, alucinaciones táctiles, paranoia, y ataques de apoplejía (parálisis súbita, y a veces completa de la función cerebral)

Las personas que consumen cocaína, generalmente se irritan con facilidad y sienten hormigueo en la piel. La adicción ocurre con facilidad y es muy difícil de combatir.

Es tan fuerte la necesidad de consumo que se desarrolla para los cocainómanos se convierte en su única meta en la vida conseguir los medios necesarios para consumir la cocaína. Se abandona todo, familia, amigos, trabajo. Se comportara de manera diferente: robara, mentira. Hará todo por conseguir la cocaína. A largo plazo sufre depresión, lesiones pulmonares y una pérdida importante de peso. Es muy probable que el uso de cocaína lleve a la psicosis. Esta sustancia influye en los procesos bioquímicos cerebrales que regulan los impulsos nerviosos básicos tales como el comer, o huir del dolor y el peligro, por lo cual su uso lleva a la pérdida de la capacidad de sentir y satisfacer las necesidades básicas de alimentación, sueño, cuidado físico, interés por la propia vida.

Puede producir convulsiones y en grandes dosis paro respiratorio y cardíaco y por consiguiente, la muerte.

BAZUCO:

El bazuco es un polvo blanco - grisáceo o café de sabor amargo. Constituye el residuo de la base de la coca. Contiene éter, acetona, ácido sulfúrico, gasolina y polvo de ladrillo. Se consume fumado o inhalado y su efecto es inmediato dura entre 3 y 5 minutos, en los primeros instantes produce excitación, cambio súbito del estado de animo, hiperactividad, falta de apetito, insomnio, y aumento de deseo sexual .A los pocos minutos aparece una angustia severa, adormecimiento en la boca, sudoración, taquicardia, temblor en manos y piernas, sensación de quemaduras, en los ojos, dolor de cabeza, deseos de orinar y defecar, indiferencia social, agresividad y apatía. Este cambio brusco induce la ingestión inmediata de otro cigarrillo, haciendo el consumo de esta sustancia continuo y crónico en un tiempo muy breve.

Produce índices de tolerancia dependencia muy altos, problemas hepáticos, asma, tos crónica, insuficiencia respiratoria, estreñimiento muscular, rigidez, ideas delirantes, alucinaciones, agresividad, pérdida de la memoria, intoxicación por el plomo, (proviene de la gasolina que contiene) y la muerte (Pick, 1993).

MARIHUANA:

La marihuana es la droga basada en los aceites de las hojas y semillas de la planta llamada cannabis sativa. Produce efectos diversos de entre los cuales se pueden encontrar efectos sedantes o estimulantes y en ocasiones alucinaciones. Su efecto se debe a la sustancia conocida como tetrahidrocanbinol (TAC). Es también conocida como marihuana, cocho, memba, barillo, cosa verde, etc. Se fuma en cigarrillo o pipa, y sus efectos al igual que los de las otras sustancias psicoactivas son complejos. La intensidad y la duración de los principales efectos dependen de la concentración de la dosis, de la persona y del contexto en el que se consume.

En el ámbito de la percepción subjetiva, la marihuana produce euforia, excitación, falta de congruencia en las ideas, errores para juzgar donde sé esta (espacio) y que hora y día es (tiempo), alucinaciones, impulsos irresistibles nivel físico produce incremento en el ritmo cardíaco, irritación, (enrojecimiento), de los ojos, resequedad, de boca y garganta, aumento de apetito. Entre otros efectos produce estados de risa incontrolable, alteraciones visuales, auditivas, y gustativas, estados temporales de confusión, lentitud, debilidad de la memoria inmediata y la comprensión, reducción de la capacidad para realizar tareas que requieren de concentración y coordinación, tales como manejar maquinas o conducir automóviles. Los riesgos inmediatos de las alteraciones visuales, auditivas y reflejas, son los accidentes de tránsito, que generalmente perjudican también a otras

personas. Los investigadores más recientes han descubierto que el consumo de marihuana puede dañar de manera permanente las vías respiratorias y que su humo contiene 50% más de sustancias cancerígenas que el humo del tabaco. También puede producir paranoia y psicosis. Crea dependencia psicológica, además de los efectos cancerígenos y psicológicos mencionados antes, aunque aun no existe mucha información acerca de los efectos a largo plazo aunque se sabe que el uso de la marihuana en adolescentes interfiere en el desarrollo sexual al disminuir el conteo de los espermatozoides en los hombres y altera el ciclo menstrual en las mujeres. El principal peligro del uso de la marihuana es que generalmente se esta con proveedores y/o usuarios de productos más peligrosos. Estas personas para ganar más dinero inducen a los adolescentes a consumir diferentes tipos de drogas (Pick, 1993).

EL LSD:

Este fármaco se deriva de un hongo llamado corezuelo o ergot, que se produce en ciertos pastos sobre todo el centeno. El uso de esta droga aunque no es frecuente, esta aumentando entre farmacodependientes de clase económica alta, quienes pueden pagar un alto precio y es más usado en las regiones del norte de la República (CIJ. ,1985).

Generalmente se consumen por vía oral y provocan alucinaciones, alteraciones de la conducta, dilatación de la pupila, aumento de la presión sanguínea y la temperatura, despersonalización, pérdida de los intereses, pesadez en la lengua, delirios. En dosis mayores pueden producir parálisis cardíaca y respiratoria, con peligro de muerte.

A largo plazo puede provocar danos cromosómicos, y anomalías en hijos de mujeres consumidoras (Pick, 1993).

MEZCALINA:

La mezcalina se obtiene de los botones o capullos de un cacto llamado peyote, este ha sido utilizado con fines mágicos - religiosos entre los indígenas principalmente entre los huicholes (CIJ. ,1985).

LA PSILOCIBINA:

También es una droga alucinógena que se obtiene por algunos hongos que crecen en México y América Central; al igual que el peyote ha sido utilizada en ritos indígenas. Esta droga es menos potente que el LSD, aunque en grandes dosis produce los efectos; en cambio es más potente que la mezcalina (CIJ. ,1985) .

DEPRESORES:

Dentro del grupo de los depresores se encuentran el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes, los derivados del opio; morfina, heroína, y codeína, y el grupo de los inhalables.

ALCOHOL:

El alcohol de una sustancia se obtiene de la fermentación o de la destilación, empleando como materia prima cereales o frutos. Los efectos que este produce en el organismo es disminución de las inhibiciones emocionales, alteración de la percepción, la coordinación psicomotora y visomotriz, la sensibilidad al dolor y al frío. Disminución del autocontrol, pérdida del razonamiento, juicio y análisis.

Puede causar lesiones hepáticas y cerebrales corriéndose el riesgo de contraer algún tipo de cáncer, úlcera gástrica y tener desgaste muscular.

Las mujeres embarazadas pueden tener hijos con retraso mental y bajo peso. El alcohol, elimina las inhibiciones naturales, por lo cual una persona se puede volver agresiva o puede empezar a actuar en forma insensata.

Disminuye la capacidad de memoria, análisis y juicio. Desaparece la capacidad para hablar coherentemente, manejar un coche, tomar decisiones, caminar normalmente, sin que la persona este consciente de estos cambios.

El mayor riesgo de consumir alcohol es adoptar una dependencia psicológica y en períodos prolongados producir una cirrosis hepática que conduce a la muerte o bien llegar a alteraciones mentales como el delirium tremens (Pick,1993).

INHALANTES:

Los inhalantes son sustancias volátiles de origen industrial, como pegamentos, disolventes, aerosoles, lacas, pinturas. Los principales efectos son mareos, excitación, nauseas, trastornos de la percepción, tos, ojos llorosos, visión borrosa, zumbido de los oídos, secreción nasal abundante.

A largo plazo producen anemia incurable, muerte del tejido hepático, y renal, bronquitis, hemorragias digestivas, y respiratorias, deterioro del sistema nervioso, perdida del control emocional y de la conciencia. En los hombres produce disminución en la movilidad de espermatozoides y en la mujer alteraciones en el ciclo menstrual y abortos. (Pick , 1993)

BARBITÚRICOS Y SEDANTES:

Los barbitúricos y sedantes son medicamentos derivados del ácido barbitúrico y las benzodiacepinas, respectivamente. Se ingieren en forma de pastillas o cápsulas o también se inyectan, los efectos que ocasiona son de anestésicos, y principalmente ocasionan sueño disminución de la ansiedad, niveles de atención muy bajos, incapacidad para coordinar las Ideas y articular el lenguaje, y perdida de equilibrio. Los adictos a estas sustancias presentan un deterioro emocional y social semejante al de los alcohólicos pero con altibajos del humor. Muchos adictos se

muestran exageradamente obstinados, agresivos y confusos.

NARCÓTICOS:

Los narcóticos son derivados naturales del opio. Los tipos más comunes son heroína, metadona, cocaína, morfina, meperidina, opio, percocet , talwin, lomotil.

Su consumo es por vía oral o inyectados y sus efectos producen inicialmente una sensación de euforia y disminución de la ansiedad que va seguida de cansancio, nauseas, y vomito. También se puede padecer contracción de la pupila y disminución de la frecuencia cardíaca, hipotensión arterial, estreñimiento, depresión respiratoria que puede ser fatal.

La tolerancia se establece rápidamente y es muy probable que se acompañe de dependencia. La heroína al igual que todos los derivados del opio, tienen un uso médico y son utilizados como analgésicos y anestésicos, especialmente en el tratamiento del cáncer; tiene efectos depresores e hipnóticos (de somnolencia). Los efectos inmediatos son trastornos del lenguaje, la memoria y la razón.

CAPITULO 2

PSICOTERAPIA BREVE ORIENTADA PSICOANALITICAMENTE

(LA PROPUESTA DE CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL)

PSICOTERAPIA BREVE ORIENTADA PSICOANALITICAMENTE

(LA PROPUESTA DE CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL)

ANTECEDENTES:

La psicoterapia breve nace ante la necesidad de dar atención y tratamiento a casos de emergencia, y es Juan A. Portuondo (1982) distinguido psicoanalista de vasta experiencia en hospitales y otras instituciones, quien compara adecuadamente la psicoterapia tradicional y ortodoxa e intenta alcanzar una mayor comprensión a temas tales como:

1. La situación problema
2. El foco
3. El punto de urgencia
4. La hipótesis psicodinámica inicial.

Portuondo, logra trasladar los conceptos psicoanalíticos tradicionales a una teoría y práctica de una verdadera psicoterapia breve de base estrictamente psicoanalítica.

Partiendo de un principio semejante pero adentrándose más en lo social, propone una planificación más adecuada de la psicoterapia que debería tener lugar entre terapeuta y paciente siguiendo la "ideología terapéutica". Dentro de una concepción similar Bellak y Siegel (1986), plantean la necesidad de una metodología terapéutica adecuada a la realidad de las clases menos privilegiadas

o mejor dicho socioeconómicamente postergadas que también necesitan ayuda psicoterapéutica.

El problema del foco como orientador de toda una teoría y de una estrategia en psicoterapia breve tiene su máximo exponente en David H. Malan (1963), que puede ser considerado el padre de la llamada "psicoterapia focal" y en donde Malan analiza cuidadosamente el pasaje de una psicoterapia analítica a una psicoterapia focal y contribuye fuertemente a encarar el problema de la evaluación de los resultados psicoterapéuticos, especialmente con la psicoterapia breve, que para él es sinónimo de "psicoterapia focal".

Liberman D. (1970) hace una aproximación semejante, aunque con contribuciones personales originales y una experiencia brasileña de gran importancia clínica y que puede hacerse extensiva a América Latina. Lo mismo ocurre con Héctor Fiorini precursor de la psicoterapia focal en Argentina y Brasil .Fiorini estudia un diagnóstico de la situación histórica y bio-témporo-espacial y propone abordajes terapéuticos adecuados a esos diagnósticos.

Menninger, K. y Holzman, P. (1974) hace una contribución didáctica al estudio de la psicoterapia de base psiconalítica, retrotrayéndose constantemente de la fuente freudiana. Este enfoque ayuda a no generar improvisaciones irresponsables y de contenido emocional, generadoras básicamente de resistencia.

Casi todos los autores mencionados encaran el problema de la investigación, que necesariamente va unido a la práctica de la psicoterapia breve.

Por lo que se puede decir que la psicoterapia breve es denominada breve por oposición a otro tipo de psicoterapia de larga duración, a veces demasiado larga (psicoanálisis) como técnica psicoterapéutica.

Por lo tanto se establece que la Psicoterapia Breve comienza a ser utilizada no sólo como instrumento técnico derivado de la técnica psicoanalítica sino como algo que los mismos pacientes imponen. De este modo, en los últimos años la psicoterapia se ha convertido en un híbrido que resulta a veces del déficit de aplicación de una terapia más profunda basado en motivos de carácter temporal o económico, o también como resultado de la necesidad que tiene el paciente de recibir ayuda psicológica (Knobel, 1968). También puede considerarse a la psicoterapia breve como consecuencia, de la necesidad de implementar una atención psicoterapéutica para las clases menos favorecidas; o de la tendencia a planificar una psicoterapia de acuerdo con la realidad y dentro de cierta ideología; o de toda una elaboración teórico - técnica que permite al terapeuta planificar su acción dentro de nuevas modalidades sobre el antiguo modelo psicoanalítico.

TECNICA DE PSICOTERAPIA BREVE

Para dar un mejor sustento teórico se hace necesario describir la técnica de psicoterapia breve con orientación psicoanalítica, la cual se apoya en los cuatro principios siguientes:

1. Es no transferencial
2. Es no regresiva
3. Es elaborada de predominio cognitivo (en aparente detrimento del predominio afectivo)
4. Modificación objetal que se opera al permitir experimentar el reemplazo de una información falsa por otra verdadera, creando así una vivencia real, en la que una persona pasa a ser un sujeto activo de su propia historia.

EL ENCUADRE

El encuadre se utiliza para cualquier método terapéutico, este consiste en un lugar adecuado y fijo, un horario también preestablecido, una privacidad de la relación y los elementos mínimos adecuados para conversar durante determinado tiempo.

Lo más importante es que el terapeuta sepa lo que quiere y lo que puede realmente hacer, y que esto sea discutido francamente con la persona que busca ayuda siempre y cuando exista una "disposición terapéutica" (Knobel, 1964). Esto quiere decir que el terapeuta no debe dejarse aprisionar por sus prejuicios teóricos ni tampoco por las técnicas.

ENTREVISTA INICIAL

La primera entrevista es fundamental para determinar el futuro de la relación terapéutica, que puede iniciarse o terminar en ese momento.

La entrevista inicial puede convertirse en toda la psicoterapia. El terapeuta debe considerar esta posibilidad, además debe tener un conocimiento profundo de la psicoterapia breve a fin de considerar la entrevista inicial como fundamento para hacer un diagnóstico holístico, psico-bio-social, fenomenológico y metapsicológico para determinar que tratamiento se aplicará.

Un aspecto fundamental a determinar es la "moralidad relacional" del paciente, o sea su forma básica de comportamiento y de relacionarse con el terapeuta, que se establece en el uso que hace de sus mecanismos de defensa (obsesivos, fobicos, histéricos, paranoides, esquizoides, etc.). Estos mecanismos no dependen necesariamente de su estructura psicológica básica y pueden concordar o no con la "modalidad relacional". Sin embargo, será esta última la que determinará como el terapeuta se relacionará con quien lo consulta.

El esquema de entrevista que se propone para esta modalidad en psicoterapia es el propuesto por Bleger (1980) quien propone como primera instancia:

No se puede ni se debe evitar la historia clínico - social ni la de desarrollo.

Evaluar los aspectos resistenciales y estimar la disponibilidad para una terapia, es decir la motivación real que el paciente tenga para buscar este tipo de ayuda.

Se debe considerar la existencia de un motivo manifiesto de consulta y lógicamente de un motivo latente de consulta. Es decir el terapeuta debe de

detectar este último para no quedarse tratando meramente un "malestar" un pseudo-foco, sino para seleccionar y discriminar los conflictos que requieran un esclarecimiento y una conscientización más urgente.

EL CONTRATO TERAPEUTICO

Una de las mayores dificultades de la psicoterapia en general y de la psicoterapia breve en particular, es establecer lo que se denomina "contrato" psicoterapéutico.

El cual debe de formalizar la relación contractual que establecerá los límites del encuadre psicoterapéutico y lo ubicará dentro de una realidad operativa por lo que se debe de:

1.Explicar la función de los objetivos terapéuticos. Sin duda se explicaran los conceptos ya expuestos y discutidos en la entrevista, pero esta vez en forma de convenio, de aceptación compartida.

2.Los objetivos terapéuticos serán explícitos como limitados, en oposición a las fantasías más o menos mágicas previas al tratamiento.

También se aclarará que se intentará ayudar al paciente a entender (también es una ayuda), a mejorar o a enfrentarse mejor consigo mismo y con el mundo que lo rodea.

3.No se le ocultará al paciente el estado ni los conflictos que le producen desajustes, angustias, inadaptaciones, autodestructivas, o autopunitivas.

4.También se aclarará que probablemente el desarrollo de esta propuesta terapéutica lleve eventualmente a buscar otra técnica psicoterapéutica.

5. Se establecerán los horarios, días de tratamiento, feriados (con recuperación o no de las sesiones perdidas).

6. Se señalará especialmente la norma del secreto profesional y se exigirá lo mismo del paciente, para no retardar la terapia con interferencias de terceros.

7. Se solicitará la confianza más absoluta y el relato de todo, sin restricciones (o sea la asociación libre) y sin seleccionar lo que al paciente pueda parecerle importante o no. El relato sin restricciones se refiere a hechos, sentimientos, fantasías, imaginaciones y sueños.

8. Se aclara que las sesiones serán cara a cara (una medida más para evitar regresiones).

9. Se establecerán los honorarios según las circunstancias en que se de él encuadre, las posibilidades del paciente dentro del mismo y la situación del terapeuta también dentro del encuadre.

10. Se establecerá el tiempo de duración de cada sesión y el número de sesiones que se realizarán.

En conclusión se puede decir que la psicoterapia breve con orientación psicoanalítica comparte la necesidad de atender los problemas psicopatológicos a partir de un plan terapéutico en el cual se estipule con claridad los objetivos a alcanzar y el tiempo de duración del tratamiento.

PSICOTERAPIA BREVE INDIVIDUAL.

La psicoterapia breve es aquella que se lleva a cabo con un solo paciente por lo que recibe el nombre de individual. Como se menciona la psicoterapia breve es el tratamiento más viable y de corta duración. Por lo que las premisas más importantes en las que se apoya la psicoterapia breve Individual son:

- Se orienta fundamentalmente hacia la comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la situación de la enfermedad, crisis o descomposición.
- Busca una comprensión psicodinámica de la vida cotidiana, ocupándose del "afuera" del tratamiento, lo que contrasta con las reglas técnicas del psicoanálisis estricto.
- Rescata la importancia de las potencialidades y capacidades que conserva el paciente a pesar del cuadro psicopatológico que sufra, y orientándose hacia el fortalecimiento de las áreas del yo libres de conflicto.
- Toma en cuenta la coexistencia en el sujeto de motivaciones de tipo infantil y adulto, y de pensamientos vinculados al proceso primario y de otros ligados con capacidad instrumental de adaptación, capaz de intervenir en la organización de la conducta, favoreciendo el ajuste a las condiciones de la realidad objetiva.
- El trabajar con las motivaciones de tipo adulto y los pensamientos realistas permite fortalecer la capacidad de adaptación y de elaborar planes y proyectos para el futuro.

Es importante subrayar que la máxima eficacia de una terapéutica breve depende de la elaboración por un equipo asistencial, de un programa unitario; integral de tratamiento que coordine diversas técnicas; terapia individual, y/o grupal; actividades de rehabilitación; acción terapéutica sobre el grupo familiar, ya sea a través de la orientación o la psicoterapia; y de ser posible, acciones coordinadas con otras instituciones para ayudar al paciente.

Además de no olvidar el manejo que debe darse a la terminación del tratamiento en Psicoterapia Breve, desde el principio, en el establecimiento del encuadre se determina (por lo menos aproximadamente) cuando terminará el tratamiento, esto y la menor frecuencia y número de sesiones hacen que la dependencia sea menor y que la elaboración de la separación sea más fácil que en el psicoanálisis. Regularmente, después de la terminación se utilizan sesiones de seguimiento que van simplificando la terminación total.

PSICOTERAPIA BREVE FAMILIAR.-

El marco conceptual sobre el que se basa la psicoterapia breve familiar es desde un punto de vista ecléctico, es decir en esa amalgama de principios expresados por diversos autores y que E. Liendo (1970) conjunta. Liendo estructura una serie de artículos que van de lo individual a lo familiar, e incluye el punto de vista de M. Klein, Pichón, S. Freud, E. Verón, y P. Heimann. Con base en este enfoque y apoyándose en lo que menciona Riviere P., (1978) el cual sostiene que cuando en una familia aparece una enfermedad mental (en este caso farmacodependencia) se debe a un estado de ansiedad muy intenso, provocado a su vez por la inseguridad de la estructura social a la cual pertenece por ende, la familia.

La familia sana, en la que los roles básicos padre - madre e hijo están bien definidos y son flexibles, al grado que cada miembro cumple su función cabalmente y se apoya en una red comunicacional multidimensional, manejará las ansiedades en forma de distribución equitativa, preservando con esto la salud mental de los miembros. Por el contrario, la familia enferma es fácil víctima del proceso de reactivación del estado pre-psicopatológico que sería lo que Riviere (1978) , denomina depresión básica, es decir, un estado depresivo del cual derivan, tanto las ansiedades persecutorias, cuanto las depresivas. Así que de la forma en que la familia resuelva una situación y asuma sus roles, depende de su éxito para manejar las ansiedades que los cambios de

la estructura social le producen. Para poder comprender estos cambios, cuyas repercusiones afectan el funcionamiento de los roles básicos, alteran la comunicación familiar y suelen generar una serie de malos entendidos, es prudente citar; la muerte de un familiar importante para el núcleo o el hecho de que el padre pierda el empleo. Así mismo vale la pena ver lo que sería un intento por resolver la ansiedad cuando los miembros de una familia incurren lo que se denomina proyección masiva de ansiedad, tomando como foco al miembro que por su historia resulta más permeable.

A este respecto Riviere (1978) señala que el paciente (farmacodependiente) sería como el portavoz o depositario de una parte enferma del grupo y consecuentemente sus soluciones por la absorción masiva de ansiedad, resultarían erróneas o enfermas (inadecuadas, fantaseadas, y omnipotentes). Paralizándose y deteriorándose con ello la adaptación activa a la realidad (o lo que Riviere, define como salud mental) base fundamental del aprendizaje y de la modificación de sí mismo y del ambiente. Por lo que se maneja al farmacodependiente como un individuo con una deficiente estructuración de su personalidad - por alteraciones de sus vínculos familiares que le ha impedido el desarrollo de capacidades yocicas efectivas para el manejo del dolor psicológico (ansiedad - depresiva), razón por la cual no es un sujeto sano. En este sentido Riviere (1978) piensa que una enfermedad mental es una forma de intento de elaborar el sufrimiento provocado por los miedos básicos (a la pérdida, al ataque y al cambio). Así la realidad que provoca la realidad hace que un adicto incurra o busque por medio de la droga, una regresión hacia etapas de la vida

mental en las que el funcionamiento psíquico se guiaba por el principio de placer. Es que en los efectos que producen las drogas, coinciden en mucho con esto, por ejemplo los estimulantes generan omnipotencia, los alucinógenos fantasía y alucinación, los depresores, un estado de sedación y reposo, semejante a lo que Bellak (1986) denomina la fase confusional o ambigua la primera fase, vincular al niño al nacer, y a la también etapa autista en la que el recién nacido necesita ser interpretado por la madre (etapa simbiótica). Inclusive algunos autores señalan que la droga simboliza la relación simbólica con la madre. En última instancia, la búsqueda de estas etapas tendría como meta, encontrar el punto de reposo total, libre de tensiones (el nirvana de Freud) y sería desde luego, una probable explicación al deseo de morir del adicto.

En caso de que el adicto y la familia se encuentren en una relación muy estrecha, tanto en el terreno sano cuanto en el enfermo. Por que desde que el niño nace entabla una íntima relación con los miembros de la familia, y de ellos depende el estado de salud mental que este individuo desarrolle. Aunque es obvio, que al nacer, el infante tiene un aparato mental rudimentario, está capacitado para sentir ansiedad. Ciertamente sus respuestas a los estímulos son indiscriminadas y tienden a la descarga; sus experiencias subjetivas, son caóticas e indiferenciadas, denomina confusional a lo que llama autista, en la que el recién nacido oscila entre momentos confusionales, de luces y de sombras, de placer y displacer, de beatitud y desesperación, llegando inclusive a la pérdida de la conciencia: pero aun así manifiesta su ansiedad.

Los mensajes que emite para expresar esa ansiedad carecen de intencionalidad y dependen definitivamente de la interpretación que de ellos hace la madre; pero es importante también ver la relación que da paso a la siguiente etapa de desarrollo, que es la fase simbiótica. Ahora bien en apariencia la función interpretativa de la madre podría juzgarse sencilla ya que recibe los mensajes del niño, los interpreta, los metaboliza y los transforma en atención y satisfacciones corporales susceptibles de ser pensadas o sonadas. Sin embargo, lo trascendental del hecho radica en que la repetición de estos actos va organizando el mundo interior del niño y generando en él una estructura bipolar, constituida por su propia imagen de ser necesitado y la de un objeto omnipotentemente bueno, capaz de contener su ansiedad y de pensar y actuar por él.

Es claro que en la fase simbiótica se inicia una relación comunicacional; empero para que la madre pueda comunicarse adecuadamente con el niño, es necesario que exista una buena estructuración del aparato mental de ésta, es decir, que su comunicación y metacomunicación entre su yo, super yo y sus objetos internos sea congruente y al mismo tiempo su comunicación y metacomunicación con su pareja **-o sea el padre-** y con la estructura social sea adecuada.

Así si la madre se siente satisfecha, comunicará sus satisfacciones corporales y metacomunicará identidad al niño, pues como señala Bion, transforma los elementos beta en elementos alfa, desarrollando con ello el

proceso secundario, la posición depresiva, la función alfa, el yo, el super yó y los objetos internos.

Por otro lado para lograr esto, la madre tiene que permitirse un cierto grado de regresión de su personalidad, para lo cual es necesario que el padre actúe como continente de esta regresión. Asumiendo las funciones que la madre deja pendientes. Pero aquí se hace especial énfasis en lo que es la "función materna" y "función paterna" más que el cuerpo concreto de los padres, sino que la imagen que internaliza el niño puede estar constituida por parte de la madre o del padre real y de otros personajes importantes para el individuo.

En el momento que el padre se hace cargo de las partes regresivas de la madre, se inicia la etapa de separación - individualización ya que viene a romper con la simbiosis materno - infantil, actuando como representante de la realidad externa al introducir lo que Lacan denomina código social (falo). Esta relación triangular permite el desarrollo del espacio interno y origina el pensamiento independiente.

Estos conceptos, son de suma importancia para tratar de comprender la farmcodependencia y la forma de trabajo con familias en centros de Integración Juvenil, tomando en cuenta la aportación de Bellak, que para la diferenciación del aparato mental y el mundo interno del ser humano, se requiere la relación de una pareja real que actúe como organizadora de este proceso, y la diferenciación y que cuando existen diferencias, tanto cualitativas como cuantitativas de esta función, aparecen cuadros psicopatológicos como es el caso de la Farmacodependencia.

Así mismo se menciona que cuando un individuo no ha podido resolver la etapa simbiótica e incurre en la farmacodependencia será un farmacodependiente psicótico. Es decir quedará atrapado en una posición autista, en el que la posibilidad de la intervención de la realidad (principio de la realidad) no llegará nunca; el individuo será un psicótico y la farmacodependencia podrá formar parte del cuadro. Y si el individuo ha quedado atrapado en un momento de la fase individuación - separación, entonces se hablaría de una estructura borderline de la personalidad, caso en el que se ha visto que la mayoría de los farmacodependientes presenta en la Institución.

Por último si el individuo hubiera alcanzado una organización mas elevada, se podría distinguir a un neurótico con problemas de farmacodependencia. Se puede decir entonces que tanto desde el punto de vista individual como familiar, existe un estado pre-psicopatológico que se remueve con la ansiedad producida por los cambios en la estructura social, derrumbándose los mecanismos que hasta entonces había mantenido la familia más o menos funcionando y que ante la incapacidad para manejar dicha ansiedad, la depositan en un miembro quien emprende la regresión hasta situaciones infantiles no resueltas.

Este estado pre-psicopatológico se relaciona con la estructuración mental de los miembros de la familia lo que implicaría una función alfa también deficiente alteraciones en el propio grupo familiar interno, pobreza en el

funcionamiento yóico y superyóico así como patrones de comunicación y metacomunicación incongruentes.

Al cambiarse los roles básicos o al fallar las funciones de quienes los desempeñan, la situación social acentúa las alteraciones en los demás puntos de la estructura y al mismo tiempo el paciente se convierte en depositario de la patología familiar y en portavoz de los gritos de auxilio de la familia, lo que para la psicoterapia es de suma importancia.

ABORDAJE DE LA PSICOTERAPIA BREVE FAMILIAR.

Propone Liendo (1978) que el trabajo terapéutico en la familia debe de llevarse a cabo con base a los siguientes diagnósticos de Bellak:

DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL

El cual se refiere al abordaje de la familia en relación a otros grupos y a la sociedad, e incluye un estudio de la situación socioeconómica de aquella, el lugar de residencia, vecindario, ideología, etc.

DIAGNOSTICO SOCIODINAMICO

Comprende el estudio de la estructura del grupo como tal, esto es se diagnostican los roles del padre, la madre, el hijo (s) y se detectan malos entendidos

DIAGNOSTICO PSICOSOCIAL

Se refiere a las relaciones del paciente con cada uno de los miembros del grupo familiar, pero en lo que se denomina grupo familiar interno o imagen que cada uno tiene del otro.

DIAGNOSTICO HISTÓRICO

Se trata de definir la situación social que produjo la ansiedad del grupo y no supo controlar, a fin de conocer el duelo central no elaborado (o estado pre - psicopatológico)

DIAGNOSTICO DE LA TAREA GUÍA MANIFIESTA

Se refiere a la demanda explícita que el grupo expresa. En este caso, es necesario respetar el objetivo y el programa que el grupo se ha trazado, a partir de ahí; o como dice Riviere (1978) "la indagación y el esclarecimiento que va de lo explícito a lo implícito"

DIAGNOSTICO DE LA TAREA GUÍA LATENTE

En esta relación directa con el duelo central no elaborado; es decir, con el trabajo que el grupo tiene que desarrollar para cumplir con una tarea guía manifiesta

DIAGNOSTICO DE LA TAREA COORDINADOR

Se trata de determinar el rol que la familia le adjudicará al terapeuta, e incluye el análisis de las fantasías que el terapeuta despierta en la familia (omnipotencia).

Cabe señalar que cuando se enfrenta, por primera vez a un grupo familiar, es común "o por lo menos frecuente" que haya cierta accesibilidad y que en consecuencia el terapeuta obtenga una ventaja estratégica de ello, especialmente por que el grupo se siente desesperado; pero a medida que se inician los esclarecimientos, las confrontaciones y las interpretaciones y el grupo comienza a conocer la verdad, aparecen las resistencias. Incluso el grupo familiar efectúa un depósito masivo de ansiedades en el terapeuta y se suceden los intentos por segregarse o apartarse del médico o psicólogo psicoterapeuta. Ese momento es decisivo. Es entonces cuando se juega una buena parte del éxito del proceso terapéutico. Si el terapeuta tolera

esta crisis hay un cierre parcial del estereotipo, pero con el terapeuta dentro de la familia, iniciándose el proceso de elaboración, posteriormente hay crisis semejantes pero de menor intensidad. El momento de pasar al paciente al análisis individual llega cuando se llega la reubicación de los roles, aunque sea en forma elemental y se abaten o disminuyen los mecanismos de segregación. Señala Liendo que lo más aconsejable entonces es que otro terapeuta se haga cargo del paciente individual.

PSICOTERAPIA BREVE GRUPAL.

En síntesis se puede mencionar que la Psicoterapia breve en cualquiera de sus ámbitos tanto a nivel individual, grupal o familiar es producto del avance del conocimiento humano en la atención de los problemas de salud mental; y tiene uno de sus apoyos más importantes en el Psicoanálisis, del cual retoma muchos elementos, tanto para explicar los problemas psicopatológicos como para abordarlos y atenderlos. Sin embargo la Psicoterapia breve toma elementos de otros enfoques y teorías para construir sus estrategias de acción. Siendo la Psicoterapia Breve un procedimiento flexible, individualizado, planificado, que se sujeta y se ajusta a cada caso particular. Dependiendo esta a su vez de la capacidad del terapeuta que la implanta ya que están obligados a reflexionar y conceptualizar su experiencia para enriquecer el conocimiento humano y así poder enfrentar de mejor manera las necesidades de Psicoterapia Breve teniendo como objetivos primordiales el:

a) Alivio o desaparición de síntomas.

b) Modificaciones correlativas en el manejo de defensas con el reemplazo de formas regresivas por otras más adaptativas.

c) Mayor ajuste de las relaciones con el medio.

d) Incremento de autoestima y el confort personal

e) Incremento en la autoconciencia, con mayor comprensión de sus dificultades fundamentales y el significado de las mismas

(lo que puede considerarse al menos un primer grado de aproximación al Insight que puede lograrse en un tratamiento analítico prolongado)

f) Ampliación de perspectivas personales, bosquejo inicial de algún tipo de proyecto individual. Para la obtención de estos objetivos se hace necesario que el terapeuta adopte un papel activo, exigiendo de él una amplia gama de intervenciones y que no se limite al material que aporte el paciente, además de explorar, interrogar, comentar y promover el cambio.

CAPITULO 3

DESARROLLO DE LA TERAPIA FAMILIAR

DESARROLLO DE LA TERAPIA FAMILIAR

El objetivo del presente capítulo es brindar al lector una visión de lo que representó el movimiento y desarrollo de la Terapia Familiar y de cómo a partir de esta se comienzan a generar diversas propuestas entre las cuales se encuentra la Terapia Familiar Estructural.

El movimiento familiar representa más que un nuevo enfoque terapéutico, una forma diferente de considerar el comportamiento, y se le puede describir como un tipo de investigación sobre los procesos de comunicación que enfoca las relaciones de la gente cara a cara en grupos vivos.

Después de varias décadas de estricta lealtad a los modelos de atención psicoanalista, empezó a surgir una nueva conceptualización: "Se tenían noticias de una diferencia". Como menciona Lynn Hoffman (1981). "La diferencia era el contexto: primero en contexto en términos lineales, tenía un efecto; después, que el contexto era el efecto". De la manera más natural, siguió entonces el interés clínico en la familia y empezó el primer gran ciclo de crecimiento. Puede decirse que este fue el periodo donde se sembraron las primeras ideas que vendrían a modificar todos los preceptos y fundamentos en que se sostenía la explicación de la salud mental, específicamente dentro del terreno de la Terapia Familiar.

Nuevas formas de pensar condujeron a una revolución epistemológica, que tocó a todas las ciencias y, por ende, desafió a muchos de los conceptos ya establecidos en este campo, desde la causalidad lineal hasta las teorías de la motivación individual.

Este movimiento de las ideas que predominaban en esos años se da de acuerdo con los cambios y avances que inicialmente se presentan en el campo de las ciencias, como la física, la biología y las matemáticas; y segundo, en el campo de las ciencias cognoscitivas, que brotaron de la tecnología de las computadoras.

Curosamente las figuras que ejercieron una mayor influencia sobre el campo de las familias en su infancia no fueron psicoterapeutas, sino de manera extraña científicos, como el biólogo Ludwig Von Bertalanffy, quién en 1947 propone su Teoría General de los Sistemas; los matemáticos Von Neuman y Morggenstern, que en ese mismo año (1974) proponen la Teoría de los Juegos; al año siguiente, el científico Norbert Wiener saca a la luz su libro *Cybernetics*, en el cual plantea a la cibernética como la "Teoría de los Sistemas de Control y de Comunicación" (Bertalanffy, V., 1974).

Con esta breve travesía por el desarrollo de las investigaciones y el tratamiento de la familia podemos percatarnos de cómo fueron germinando ideas originales e integradoras; de una nueva epistemología, a través de la cual se pretende ver al mundo como una **organización**, y al hombre como lo mira Von Bertalanffy (1984), el "Homo Symbolicus" un sistema de personalidad en permanente evolución, como un todo, en constante interacción con el ecosistema que le rodea y le permite crear su universo.

La Terapia Familiar comienza a desarrollarse en los Estados Unidos y posteriormente en Europa a finales de los años 40's y principios de los 50's, siendo las escuelas más importantes; La escuela de California (Palo Alto), Washington, Filadelfia, Atlanta, Nueva York y en Europa la escuela de Milan.

El desarrollo de este capítulo está dividido en dos partes en la primera se hace una reseña histórica del movimiento familiar durante la década de los años 50's y posteriormente se describirán los aspectos más relevantes de lo que fue la década de los 60's concluyendo con la historia de lo que fue el nacimiento de la Terapia Familiar Estructural.

LA DECADA DE LOS 50'S.

Una de las primeras y más importantes investigaciones fue la realizada por el llamado equipo de Bateson integrado por Gregory Bateson, Don Jackson, Jonh Weackland y Jay Haley en Palo Alto California entre los años 1952 y 1954 cuyo producto fue la hipótesis del doble vínculo y su papel en la etiología de la esquizofrenia (Guerin,1976).

El equipo de Bateson fue uno de los primeros en introducir la idea de que una familia debía de ser estudiada desde esta visión circular y recurrente.

Como resultado de sus investigaciones se publicó el primer trabajo dentro del ámbito de la terapia familiar titulado *"Hacia una teoría de la esquizofrenia"* donde se desarrolla la teoría del doble vínculo, mediante el cual se pretende explicar el origen de la esquizofrenia infantil como parte integrante de una relación contradictoria que existe entre madre e hijo.

Al mismo tiempo comenzaron a observar pacientes esquizofrénicos en su contexto familiar, encontrándose que cuando el paciente mejoraba, otro miembro de la familia empeoraba, lo que hacía suponer que la familia necesitaba la presencia de una persona con un síntoma. El grupo de Bateson no sólo encontró pruebas de esta suposición sino además fomentaba y aún exigía que el paciente mostrará un comportamiento irracional, notando la obstinación con la que se oponían al cambio aún cuando significara la mejoría de un ser querido por lo que Jackson acuñó el término de **"Homeostasis Familiar"** (Hoffman, 1987).

En el año de 1954 Don Jackson presenta en el hospital de la Veterans Administration de Palo Alto California una publicación titulada "El problema de la Homeostasia familiar" y definen en a la familia como: Un sistema homeostático, es decir un sistema que se encuentra siempre en equilibrio interno gracias a fenómenos de **feedback** negativo (Hoffman,1987).

Posteriormente Don Jackson impulsa a los miembros del equipo a fin de que publicaran la hipótesis del doble vínculo y en 1959 funda el Mental Research Institute (M.R.I), el objetivo de este era aplicar las investigaciones realizadas en psicoterapia a familias esquizofrénicas.

Inicialmente este contaba con sólo 3 personas (Una secretaria, Jules Riskin, y Virginia Satir) posteriormente se integran John Weackland y Jay Haley poco tiempo después se concede un subsidio económico importante y el Instituto logra colocarse como el más destacado centro de investigación familiar y formación terapéutica.

Sin embargo este acontecimiento dura muy poco ya que Don Jackson muere, en 1968; Jay Haley abandona el MRI y se une con Salvador Minuchin, y Virginia Satir se convierte en Directora del Instituto Esalen, este vacío dejado por estas tres personas fue progresivamente colmado por Paul Watzlawick, Jhon Weackland y Richard Fisch, quienes en poco tiempo logran colocar al MRI como uno de los más importantes de la costa oeste (Guerin, 1976).

Al mismo tiempo en la ciudad de Washington Murray Bowen quien trabajó en Topeka Washington con familias esquizofrénicas y en particular centró su atención en la simbiosis existente entre madre e hijo.

Bowen utiliza las casas de campo de la tierra de Meninger y hospitaliza a familias enteras en las que existían miembros esquizofrénicos a fin de poder observarlos e investigarlos directamente.

Aunque su interés se centró principalmente en la simbiosis madre e hijo, incluye posteriormente al padre, sin embargo este proyecto dura muy poco debido a que decide irse al N.I.M.H (National Institute Mental Health) a fin de poder observar e investigar directamente a las familias esquizofrénicas y a las familias en donde existían severos problemas emocionales.

Al observar D.D. Jackson estas investigaciones, decide unirse a Bowen y así el N.I.M.H. logra colocarse como uno de los principales centros de investigación familia (Guerin , 1976).

Uno de los aportes más importantes de Bowen al estudio de la familia es la "Teoría Trigeneracional", la cual plantea que para que exista un miembro esquizofrénico deben de existir cuando menos tres generaciones anteriores en las que se presente este síntoma (Hoffman, 1987).

Al explicar el origen de la enfermedad Bowen propone que esta tiene su evolución en la dificultad que anteriormente tuvieron los miembros de la familia para separarse de su vida nuclear. Es decir esto se manifiesta en una especie de compulsión repetitiva aplicada a las generaciones pero cada generación pasa una parte de dificultad a la siguiente (Hoffman, 1987).

Otra aportación importante de Bowen a la Teoría Familiar fue el pensamiento sobre la parte desempeñada por los triángulos, en la interacción familiar. El triángulo es un bloque esencial de construcción de la teoría de sistemas patológicos, la triangulación es un proceso que ocurre en todas las familias, todos los grupos sociales, al formarse con parejas e inclusión de una tercera persona la cual puede actuar como chivo expiatorio (Hoffman, 1987).

De la misma manera en que Bowen construye un modelo de intervención basada en pautas generacionales, por este tiempo en Nueva York, Nathan Ackerman se ocupó de los efectos que produce el sufrimiento económico en familias.

Ackerman es uno de los primeros investigadores familiares que se dedica a improvisar tratamientos familiares en mineras comunitarias del estado de Pensylvania.

Él observó directamente a familias en donde el padre quien era el único sostén económico y tenía por lo menos 2 ó 5 años sin trabajar de tales observaciones él

concluyo que debido a esto se comenzaban a generar en el núcleo familiar desordenes emocionales o bien alteraciones de la conducta que influían en uno o varios miembros de la misma.

A través de este estudio Ackerman, afirma que la patología familiar se debe a la falta de adaptación a nuevos roles establecidos por el desarrollo de la familia , y desarrolla una terapia denominada " integrativa " estableciendo que la finalidad de la terapia debe de ir mas allá de la remisión de los síntomas , el enseña a las personas a alcanzar una vida mejor a través de los valores y la cultura que cada familia posea.

A partir de estas investigaciones Ackerman se convierte en uno de los más importantes Terapeutas Familiares y a finales de los años 30's publica un artículo sobre la familia como unidad "biosocial - emocional" (Hoffman, 1987).

Durante los años 50's Ackerman se interesó en el análisis de la familia dentro del hogar y publicó un trabajo clínico centrado en la "terapia infantil individual y psicoanálisis en adultos" durante esta práctica privada el considero la importancia de lo intrapsíquico y lo interpersonal dentro de la familia.

El lenguaje que utilizó básicamente fue psicodinámico él planteó algunas hipótesis, en donde trata de vincular los síntomas con la estructura familiar disfuncional (Guerin,1976).

Otra de las figuras importantes del movimiento familiar es sin duda Carl Whitaker quien en el año 1945 trabajó con Jonh Warkenton en Tenesse, ambos centraron su atención en niños con problemas de conducta y delincuencia. Aunque posteriormente se interesan en problemas de esquizofrenia uniéndose con Thomas Malone, quien suministra y analiza a fondo estudios sobre familias esquizofrénicas.

Una de las aportaciones de Whitaker al trabajo en terapia fue el rol de la familia extensa en el proceso terapéutico, dentro de la terapia no sólo incluye a la madre, el

padre y los hijos, sino también a los tíos, los primos, los abuelos llegando a reunir en ocasiones hasta 35 o 40 personas en una sesión terapéutica. Al observar que es difícil involucrar a todos los miembros de la familia, decide retirarse de ese proyecto y comienza uno nuevo sobre prevención e intervención en crisis familiares.

Tal vez la más importante aportación de Whitaker al ámbito de la Terapia Familiar es aquella que estudia a las familias en las que existe uno o varios miembros con algún problema y argumenta que las disfunciones familiares no se originan en el matrimonio sino en el hecho de que dos chivos emisarios han sido enviados por sus familias para perpetuar las funciones de estas (Guerin, 1976).

Uno de los más importantes centros de atención del estudio familiar fue sin duda el que se encontraba en Filadelfia, en donde a partir de los años 50's Birdwistell comienza a estudiar grupos de adolescentes y contribuye al estudio comparativo de los rituales amorosos que realiza Margaret Mead en Inglaterra.

Ellos explican que el abordaje amoroso se realiza respetando un cierto número de etapas, cada etapa es una luz verde para el abordaje del siguiente objetivo, pero estas son sometidas a variaciones culturales (Winkin, 1987).

A partir de estas observaciones Birdwistell continua su trabajo sobre las relaciones amorosas, pone especial énfasis en la teoría de la cultura la cual dice: se integra el comportamiento individual a partir de los movimientos corporales, tono de voz, gestualidad, etc. las cuales están condicionadas por un conjunto de definiciones, demoras y obligaciones culturales (Winkin, 1987).

En este tiempo Birdwistell ya concibe en términos sistémicos algunos conceptos sobre comunicación aunque no utiliza el vocabulario de la cibernética de la Teoría General de Sistemas. Sin embargo integra los principios de su epistemología a través de la lingüística descriptiva e incluye el análisis del contexto no del contenido.

De la misma manera en que Bateson invierte la relación entre esquizofrenia y doble vínculo, así Birdwistell trabaja tres años en la Universidad de Búfalo con Tager y Smith, más tarde se reúne con Albert Scheflen en Filadelfia, durante casi 10 años permanecen instalados en el Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute (E.E.P.I) y trabajan sobre la estructura y el proceso en psicoterapia.

Posteriormente Ivan Nagy retoma al E.P.P.I y en 1958 instala una investigación sobre familia y esquizofrenia, influyendo en su equipo de trabajo a Jim Framo, Dave Rubinstein y Geraldine Lincoln (Guerin, 1976).

Al mismo tiempo Ross Speck, John Stone y Al Friedman comienzan a estudiar el tratamiento de familias en su hogar, por lo que el EPPI comienza a cobrar fuerza como Instituto de Tratamiento Familiar (Guerin, 1987)

DECADA DE LOS 60'

El movimiento familiar logró trascender no sólo en Estados Unidos, sino en otras partes del mundo. En 1968 las ideas del grupo de Bateson atraviesan el océano y se arraigan en tierra Italiana, Mara Selvini Palazzoli, analista de niños, quién había trabajado muchos años con niños anoréxicos, impresionada por el trabajo en terapia familiar que llegaba de Palo Alto, decide descartar los elementos del pensamiento psiquiátrico y adopta una orientación puramente sistémico (Hoffman. 1987).

En este año Palazzoli organiza el Instituto de Estudios Familiares de Milán , después de un proceso de selección , el equipo quedó integrado por 4 psiquiatras Luigi Boscolo, Guiliana Prata, Giafranco Cecchini y la propia Selvini este grupo trabajó por más de diez años creando un nuevo enfoque de sistemas familiares , en el que no sólo estudiaron familias de anoréxicos.

Los asociados de Milán aunque influidos por el grupo de Palo Alto, evolucionaron en otra dirección creando una forma distinta la cual fue considerada por méritos propios

Escuela Sistémica.

Esta nueva visión considera a la familia y al terapeuta como unidad de tratamiento. Desde un inicio este grupo trató de prevenir que su enfoque se basara en factores de personalidad o carisma, por esta razón cambiaban de terapeutas de una sesión a otra. (Hoffman., 1987)

Una de las principales aportaciones de la escuela de Milán fue lo que denominaron "Psicoterapia Larga y Breve" el tiempo de duración de esta estaba constituida por cerca de 10 sesiones con intervalos de un mes o más durante el cual el número de horas era relativamente pequeño pero el tiempo para la reorganización familiar era muy largo.

Dentro de las aportaciones de la escuela de Milán se encuentran los conceptos de paradoja y contraparadoja, estos conceptos los utilizaron como piedra angular en la metodología de su enfoque (Hoffman, 1987)

Los asociados de Milán consideraron la idea de la doble atadura terapéutica, llamada por ellos contraparadoja estableciendo para ello una amplia metodología de cambio.

Esta metodología intenta explicar como la familia en la transacción esquizofrénica sostiene su juego a través de una maraña de paradojas las cuales solo puede, ser anuladas por contraparadojas en el marco de la terapia.

Otra de las intervenciones más originales del grupo de Milán fue la hipótesis sistémica la cual definen como una suposición hecha como base para razonar, sin referencia a su verdad, tomándola como punto de partida para realizar una investigación.

Los asociados de Milán ven a la familia y al terapeuta como integrados en un contexto más general y toman todo el campo como unidad de tratamiento. Prestan estricta atención a lo que podría llamarse el "anillo exterior" el medio de profesionales e instituciones que pueden estar influyendo poderosamente sobre la familia en su trabajo sobre el paciente, mencionando que si la terapia produce una crisis, entonces

parecería que el paciente se deteriora. (Hoffman. 1987)

EL NACIMIENTO DE LA TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL

A partir de las propuestas de las escuelas de Palo Alto y Nueva York Salvador Minuchin junto con Dick Awerswald observa que todos ellos llevan como finalidad el estudio de la familia, y comienzan a formular una nueva forma de ver a la familia, poniendo en practica la concepción sistémica en donde veían y analizaban a estas como un conjunto y subsistemas (Hoffman, 1979)

Al trabajar con familias tratando de explicar su funcionamiento, Minuchin (1979) comenzó a observar como la conducta familiar estaba pautaada y los miembros de la familia respondían de modos predecibles y estructurados. De ahí que nace la propuesta de ver a la familia como un todo estructurado en donde la conducta de una persona esta relacionada con las relaciones de la familia global.

Posteriormente entre los años 1965 y 1970 Salvador Minuchin trabaja en la Clínica de orientación infantil en Filadelfia, estudiando nuevas formas de trabajo con familias socioeconómicamente pobres en las cuales existía por lo menos un niño con problemas de delincuencia o drogadicción.

Minuchin integra a Jay Haley a su equipo de trabajo y ambos retoman algunos conceptos sobre sistemas familiares propuestos por Bateson, Bowen, Erickson y Jackson, de esta manera logran integrar un modelo terapéutico denominado "Terapia Familiar Estructural" (Guerin,1987).

La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías impactan profundamente en las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas (Ochoa., 1995).

Minuchin, (1979) plantea que la organización de la familia se relaciona con la concepción que ella tiene de sí misma y también el hecho de que, a medida que pasa el tiempo la construcción de un mito familiar refuerza la estructura que guía el movimiento habitual y a la inversa. De tal forma que al escuchar historias y deducir los sistemas familiares de coaliciones y equilibrios, u observar la conducta e inferir las historias sobre las que se apoya.

Este enfoque pretende rediseñar la organización de la familia de tal modo que deben de quedar bien establecidos los límites entre cada uno de los miembros que lo conforman. En este sentido la función del terapeuta estructural estará encaminada a reestructurar el sistema de relación familiar estudiando y modificando sus interacciones alterando el contexto que mantiene y fomenta el síntoma (Hoffman.,1987).

La terapia familiar estructural en su dimensión teórica atiende facetas fundamentales de los sistemas de interacción vivos, fronteras, jerarquías, intercambios de información con el mundo exterior.

En resumen se puede comentar que el paradigma sistémico y la terapia estructural que de este se deriva sostienen que el todo trasciende a las partes, pero que, en virtud del principio de la causalidad circular todo se define también por la actividad de estas partes. Este fue el comienzo del viaje de aquí siguieron desarrollándose otras ideas, otros centros de Investigación y formación en Terapia Familiar y otros terapeutas familiares como en una espiral sinfín.

CAPITULO 4

TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL

TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL

La terapia familiar estructural surge en los años 50's gracias a los trabajos de Salvador Minuchin en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, él centra su atención en la estructura familiar (Ochoa de A., 1995).

El concepto fundamental de este enfoque es la visión de la familia como un sistema con estructura, el cual se encuentra en íntima relación con un sistema mayor que es la sociedad.

El hombre ha sobrevivido en todas las sociedades a través de su pertenencia a diferentes agrupamientos sociales. En la medida en que las sociedades se hacen más complejas y se requieren nuevas habilidades, se diferencian estructuras sociales, la civilización urbana y no urbana industrial moderna le plantea al hombre dos requerimientos conflictivos (Minuchin., 1990).

La capacidad para desarrollar habilidades altamente especializadas

La capacidad para una rápida adaptación a un escenario socioeconómico que se modifica constantemente.

La familia siempre ha sufrido cambios paralelos a los cambios de la sociedad. Se ha hecho cargo y ha abandonado las funciones de proteger y socializar a sus miembros como respuesta a las necesidades de la cultura. En este sentido las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos:

Uno interno (la protección psico- social de los miembros)

Uno externo (acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura).

La sociedad con su crecimiento industrial ha entrado por fuerza en la familia, haciéndose cargo de múltiples funciones que en algún momento fueron considerados deberes familiares. Las condiciones que permiten o requieren que ambos cónyuges trabajen fuera de la familia crean situaciones en las que el sistema extra familiar puede avivar y exacerbar los conflictos entre los esposos.

Junto a estos dos cambios, el hombre moderno sigue adhiriéndose a una serie de valores que pertenecen a una sociedad diferente, una sociedad en la que los límites entre la familia y lo extrafamiliar están delineados con claridad (Minuchin. , 1990).

En este aspecto se puede observar como la familia tiene que acomodarse y modificarse junto con la sociedad. Pero debido a las dificultades transiciones, la tarea psicosocial fundamental de la familia de apoyar a sus miembros se ha hecho más importante. Solo la familia la más pequeña unidad social puede cambiar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente para poder crecer y adaptarse a las exigencias de la sociedad.

En todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente y un sentido de separación estos dos elementos proporcionan a la familia la matriz de identidad.

En los procesos precoces de socialización, las familias moldean y programan la conducta del niño y el sentido de la identidad. El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación por parte del niño a los grupos familiares y con su asunción de pautas transaccionales en la estructura familiar que se mantienen a través de los diferentes acontecimientos de la vida.

El sentido de identidad de cada miembro se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica (Minuchin. , 1990).

El sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación de diferentes subsistemas familiares en diferentes contextos familiares al igual que a través de la participación en grupos extrafamiliares. El niño y la familia crecen en conjunto, y la acomodación de la familia a las necesidades del niño delimita áreas de autonomía que la experimenta como separación. Para este niño particular se crea un territorio psicológico y transaccional.

Aunque la familia es la matriz de desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe de acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. Esta función social es actualmente la fuente de ataques contra la familia en el caso de la farmacodependencia es común observar como dentro de los grupos de jóvenes el uso de drogas se vuelve una moda en la cual para poder pertenecer a este se tiene que someter a una prueba en donde la mayoría de los casos se tendrá que consumir algún tipo de droga.

En este aspecto la función de la familia deberá cambiar en la medida que se modifica la sociedad. En la actualidad la familia se encuentra en un período de transición al igual que la sociedad ya que ambas son atacadas por los medios de comunicación quienes imprimen en la familia una forma de vida ficticia.

La familia será capaz de transformarse en la medida que la sociedad cambie. Probablemente en forma complementaria, la sociedad desarrollará estructuras extra familiares para adaptarse a nuevas corrientes de pensamiento y a las realidades sociales y económicas.

Desde esta visión, Minuchin (1990) considera a la familia como un sistema abierto en proceso de transformación, es decir que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extrafamiliar, y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta.

Sus tareas no son fáciles, las dificultades que se describen en la formación de la familia, el nacimiento del primer hijo, ejemplifican las tensiones que enfrenta toda familia normal. Pero en cierta medida la concepción idealizada acerca de la familia normal es aquella que no produce estrés.

La familia normal no puede ser distinguida de la familia anormal por la ausencia de problemas; por lo que el terapeuta familiar deberá disponer de un esquema conceptual de funcionamiento familiar que lo ayude a analizar a una familia, un esquema basado en la concepción de la familia como un sistema que opera dentro de contextos específicos y

tiene tres componentes (Minuchin, 1990): La estructura de la familia es un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.

La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen reestructuración.

La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene la continuidad y fomenta el desarrollo psicosocial de cada miembro.

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuando y con quién relacionarse, estas pautas apuntalan el sistema (Minuchin, 1990).

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidos por dos sistemas de coacción.

El primero es genérico e implica reglas universales que gobiernan la organización familiar. Por ejemplo, debe de existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen dos niveles de autoridad diferente. También debe existir una complementariedad de las funciones en la que el marido y la esposa acepten la interdependencia y operen como un equipo.

El segundo sistema de coacción es idiosincrático, e implica las expectativas mutuas de los

diversos miembros de la familia. El origen de estas expectativas se encuentra sepultado por los años de negociaciones explícitas e implícitas entre los miembros de la familia relacionados a menudo con los pequeños acontecimientos diarios (Minuchin. , 1990).

De este modo, el sistema se mantiene a sí mismo. Ofrece resistencias al cambio más allá de cierto nivel y conserva las pautas preferidas durante todo el tiempo como puede hacerlo.

En el interior del sistema existen pautas alternativas. Pero toda desviación que va más allá del umbral de la tolerancia del sistema excita mecanismos que restablecen el nivel habitual.

Cuando existen situaciones de desequilibrio en el sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones. Aparecen entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad.

Tal es el caso de la Farmacodependencia en donde a medida que los padres se enteran que dentro de su hogar existe un miembro que consume drogas, comienzan a generarse diversos sentimientos, estos pueden ceder su lugar a culparse a sí mismos o bien culpar a los demás de ser causantes del problema un caso clásico de esto es cuando el padre culpa a la madre de su falta de atención para con los hijos.

La existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas, disponibilidad de las pautas transaccionales alternativas, y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo. La familia debe de responder a cambios internos y externos y, por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo tal que permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de

referencia a sus miembros. (Minuchin. , 1990)

El sistema familiar se diferencia y realiza sus funciones a través de los subsistemas, que lo integran, estos pueden formarse por generaciones, interés, función o sexo. La delimitación de cada subsistema se da por interacciones preferentes y repetidas.

Un individuo pertenece a diferentes subsistemas, a la vez Minuchin retoma el término propuesto por Koolster de " HOLON ", (para designar esta pertenencia que evoca una partícula o parte) la familia nuclear es un holón de la familia extensa, esta lo es de la comunidad y así cada todo tiene la parte y cada parte tiene el programa. La parte y el todo se contienen recíprocamente en un proceso continuado, actual corriente, de comunicación e interacción (Minuchin., 1984 p.27).

Los holones más importantes son el Individual, Conyugal, Parental y Fraternal.

HOLON INDIVIDUAL

El holón individual incluye el concepto de sí mismo en contexto, este incluye los determinantes personales e históricos del individuo. Pero va más allá hasta abarcar los aportes actuales del contexto social.

En este sentido el individuo influye sobre las personas que interactúan con él en papeles determinados por que sus respuestas traen a la luz y refuerzan las respuestas de ellos.

Tanto el individuo como el contexto son capaces de la flexibilidad y el cambio por lo tanto se puede considerar a la familia como una unidad y al individuo como holón de esta unidad

(Minuchin, 1984).

HOLON CONYUGAL

Este se constituye cuando la pareja (hombre y mujer) deciden unirse con el propósito de formar una familia.

Es aquí cuando la pareja comienza a compartir una serie de valores y expectativas tanto explícitas como inconscientes que van desde el significado que le dan a la independencia en las decisiones hasta detalles tan simples como a que hora se debe de tomar el desayuno.

Dentro de las tareas que la pareja debe de formular en esta nueva etapa de su vida se encuentran (Minuchin, 1984):

1. - Resignar una de las ideas y preferencias, perdiendo la individualidad pero ganando pertenencia en su pareja, es decir las pautas establecidas gobiernan el modo en que cada uno de los cónyuges se experimenta así mismo y experimenta al compañero dentro de su contexto matrimonial.
2. - La fijación de límites es necesaria ya que a través de estos se procura, establecer un ámbito de satisfacción a sus necesidades psicológicas, excluyendo a los parientes políticos, los hijos y terceras personas.
3. - La pareja deberá formar una plataforma de apoyo para los demás subsistemas y para el trato con el medio ambiente externo (vecinos, compañeros de trabajo, amigos, etc.)

proporcionándoles apoyo y refugio ante las presiones del medio.

4. - Este holón deberá construir su propio modelo de relaciones íntimas, e interacciones cotidianas.

Las principales cualidades requeridas para la implementación de las tareas son la complementariedad y la acomodación mutuas.

El proceso de acomodación mutua implica para la pareja la actualización de las pautas de interacción que permanecían latentes y ahora debe de apuntalar los rasgos de cada miembro (Minuchin, 1984).

HOLON PARENTAL

Dentro de este se incluye la crianza de los hijos y las funciones de socialización, así como el aprendizaje de reglas y funcionamiento de la familia.

Este holón puede estar compuesto por diversas personas y puede incluir a un tío, abuelo, etc.

Es posible que excluya a uno de los padres pero puede incluir a un hijo parental a quien se le delega la función de cuidar y disciplinar a los hermanos.

Este subsistema tiene que modificarse a medida que los niños crecen y sus necesidades cambian, en este sentido la tarea de los padres están encaminadas a asumir la responsabilidad de cuidar y proteger a los niños, así mismo incluirlos en el proceso de

socialización respetando sus derechos (Minuchin, 1984).

En este holón se deben tomar decisiones que en un momento dado alteran el funcionamiento del subsistema (el cambio de domicilio, elección de la escuela, fijación de reglas que pitejan a todos los miembros, etc.)

EL HOLON DE LOS HERMANOS

Dentro de este los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, juegan, se toman como chivo emisario y aprenden unos de otros.

Una de las tareas principales es la elaboración de pautas de interacción para negociar, cooperar, y compartir ya que son el primer grupo de iguales en donde los niños participan.

Las familias son holones insertos en un holón más amplio que es la sociedad y la función de esta es contribuir al adecuado funcionamiento de acuerdo a las posibilidades existentes de sus propios sistemas culturales y familiares.

Como todos los sistemas vivos, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la consolidación y evolución. Aunque la familia fluctúa dentro de ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar manteniendo su continuidad.

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de que manera. Por ejemplo el límite del holón parental se encuentra definido cuando la madre le dice a su hijo mayor: "No eres el padre de tu hermano. Si anda por la calle en bicicleta, dímelo y yo lo haré volver". En este ejemplo queda claro como se

establece el límite entre cada hólón.

La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en el subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas de a interferencia por parte de otros subsistemas.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites entre los subsistemas deben de ser claros y definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también permitir el contacto entre ellos y los otros. La composición de subsistemas organizados alrededor de las funciones familiares no es tan significativa como la claridad de los límites. (Minuchin, 1990).

La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Algunas familias se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia. Como producto de ello la distancia disminuye y los límites se esfuman. La diferenciación del sistema familiar se hace difusa. Un sistema de este tipo puede sobrecargarse y carecer de los recursos necesarios para adaptarse y cambiar bajo circunstancias de estrés. Otras familias se desarrollan con límites muy rígidos. La comunicación entre los subsistemas es difícil y las funciones protectoras de la familia se ven así perjudicadas. Estos dos extremos del funcionamiento de los límites son designados como aglutinamiento y desligamiento. Es posible considerar a todas las familias

como pertenecientes a algún punto situado entre un continuum cuyos polos son los dos extremos de límites difusos, por un lado y de límites sumamente rígidos por el otro.

Las operaciones en los extremos, señalan índices de patología, un ejemplo de ello es en las familias donde existe un miembro farmacodependiente y la relación madre - hijo se observa como sumamente aglutinado, no permitiendo al padre participar en la fijación de reglas por lo que este se convierte en miembro excesivamente desligado. Como consecuencia se observa el debilitamiento de la independencia de los hijos que esperan instrucciones de la madre para poder actuar y sienten apatía por parte del padre lo que conlleva a la aparición de síntomas en este caso la farmacodependencia.

Los miembros de subsistemas o familias aglutinados pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía. La carencia de una diferenciación en subsistemas desalienta la exploración y el dominio autónomo de los problemas.

En el caso de la farmacodependencia es muy común observar la sobreprotección de la madre y la negación de la existencia de un farmacodependiente en su hogar esta relación se ejemplifica claramente en el siguiente ejemplo (Stamper., 1993).

- MADRE: últimamente he morado en el infierno durante los últimos años. Cuando me cuenta de que mi hija menor (Kate) tenía un problema con las drogas, trate de minimizarlo frente al resto de la familia. Pero mi esposo es hipercrítico en lo que se refiere a la educación de los hijos, he tratado de ocultarlo, les comente a mis demás hijos y a mi

esposo que Kate se encuentra en un campamento de verano, no tienen ni idea de que se encuentra en un programa de rehabilitación, son tan anticuados y el saber que Kate es farmacodependiente podría matarlos.

En este ejemplo resulta evidente la sobreprotección de la madre hacia la hija farmacodependiente, su misma sobreprotección no permiten a los demás subsistemas poder intervenir y al mismo tiempo imposibilita a la hija la toma de decisiones.

Por otro lado los miembros o familias desligados pueden funcionar en forma autónoma pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia de la capacidad de interdependencia así como de requerir ayuda cuando lo necesitan.

Este es el caso típico de los farmacodependientes que tienen todas las comodidades materiales sin embargo los padres nunca se involucran con la vida personal de ellos lo que crea en un sentido de vacío y soledad. Por ello recurren a las drogas como un medio para "alejarse de sus problemas"

En ambas partes se observan extremos desligados de un continuum que tolera una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. Pero los stress que afectan a uno de los miembros de la familia no atraviesan sus límites inadecuadamente rígidos. Sólo un alto nivel de estrés individual puede repercutir con la suficiente intensidad como para activar los sistemas de apoyo de la familia (Minuchin. , 1990).

En ambos tipos de relación se provocan problemas familiares cuando se ponen en marcha

mecanismos adaptativos. La familia aglutinada responde a toda variación en relación con una excesiva rapidez e intensidad. La familia desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo.

En una familia aglutinada los padres pueden verse sumamente afectados por que un hijo consume drogas. Los padres de una familia desligada pueden permanecer inmutables ante los problemas de farmacodependencia de los hijos (Minuchin, 1990).

Una familia se encuentra sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas así como a la presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares. La respuesta a estos requerimientos tanto internos como externos exige una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad.

En este proceso de cambio y de continuidad las dificultades para acomodarse a las nuevas situaciones son inevitables. Es posible que al concentrarse en la dinámica familiar, los terapeutas familiares minimicen este proceso, del mismo modo en que el terapeuta dinámico puede minimizar el contexto del individuo. El peligro de esta actitud es el excesivo énfasis en la patología. Los procesos transicionales de adaptación a nuevas situaciones, en los que falta la diferenciación y la angustia que caracteriza a todos los nuevos procesos, pueden ser considerados erróneamente como patológicos. Sin embargo el enfoque de la familia como un sistema social abierto en transformación esclarece la naturaleza

transicional de determinados procesos familiares en el ciclo de vida. (Minuchin, 1990).

CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA

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

Dado que la familia no es una unidad estática ya que se encuentra en un proceso de cambio continuo, tiene que someterse a las demandas del entorno, y a las fluctuaciones de origen interno o externo, estas fluctuaciones por lo general son seguidas por una respuesta que devuelve al sistema a su estado de constancia (homeostasis) que es lo que mantiene en equilibrio el sistema.

Sin embargo si estas fluctuaciones se amplían la familia puede entrar en una crisis en que la transformación tenga como resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones (crecimiento).

Cabe mencionar que así como se presentan subsistemas en la familia, estos se modifican de acuerdo al tiempo y al contexto social.

La familia esta sometida a las demandas del cambio tanto interno como externo, de hecho todo cambio es la norma en donde se vislumbra una notable flexibilidad, fluctuación y probablemente más desequilibrio que equilibrio.

Un elemento importante de la Terapia Familiar Estructural es aquella que ofrece un modelo de comprensión de la familia como un sistema en evolución constante que muestra un

desarrollo equiparable al desarrollo del individuo (Barragán M, 1972) y que va cumpliendo ciclos evolutivos cada vez más complejos y diferenciados.

El desarrollo de la familia transcurre en etapas que siguen una progresiva complejidad creciente. Hay períodos de equilibrio y adaptación caracterizado por el dominio de tareas y aptitudes pertinentes y también periodos de desequilibrio originados en el individuo o en el contexto.

Como consecuencia de esto se tendrán que elaborar nuevas tareas y aptitudes conforme transcurre cada etapa. Minuchin considera cuatro etapas principales organizadas en torno al crecimiento de los hijos, y comprenden la formación de la pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar o adolescentes y la familia con hijos adultos. (Minuchin, 1979).

LA FORMACION DE LA PAREJA

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

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

En este proceso de mutua acomodación, la pareja debe aprender a manejar el aumento de tensión entre las necesidades que anteriormente eran satisfactorias y se tenían en el subsistema conyugal por separado.

En la formación de una pareja resultan muy significativas las dimensiones de la parte y el todo. Es decir en este proceso cada cónyuge se experimenta así mismo como un todo que se encuentra en interacción con otro todo, por lo que para formar la nueva unidad de pareja cada uno tiene que convertirse en parte de tal forma que cada individuo pierde su individualidad pero gana sentido de pertenencia (Minuchin, 1984).

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 revalorización de las reglas; la división del tiempo, las lealtades, el reparto de afecto, etc.

Con el nacimiento de un hijo se inicia un cambio radical en la organización de la familia, ahora las funciones de la pareja entran en un proceso de diferenciación necesario para enfrentar los requerimientos del niño de atención y alimento a la vez que les permita encarar las restricciones impuestas al tiempo de los cónyuges.

Cuando el hijo empieza a caminar y a hablar, los padres deben de 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 construir nuevas pautas de interacción, al mismo tiempo y automáticamente se forma el cuarto subsistemas y es denominado fraterno.

LA FAMILIA CON HIJOS EN EDAD ESCOLAR.

Esta etapa presenta complejidades mayores, ya que la familia se las tiene que ver con un sistema más amplio, y tal vez más organizado y de gran importancia como es la escuela

La familia debe elaborar reglas alrededor de como ayudar en las tareas escolares, determinar quien debe hacerlo, sobre que hora acostarse, el tiempo de estudio, y de esparcimiento, así como las actitudes frente al rendimiento escolar. Los nuevos límites entre padres e hijos deben permitir el contacto afectivo al mismo tiempo que dejen en libertad al hijo para reservarse ciertas experiencias.

LA FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES.

En esta etapa el grupo de pares cobra una cultura por si misma, ya que es conocido que los adolescentes en grupo constituyen 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 de individuación / separación se convierte en tema de negociación en todos los niveles.

Con la adolescencia, el grupo de pares adquiere mucho poder, el adolescente al ponerse en contacto con otros adolescentes se percata de que la familia de sus amigos obedece a

reglas diferentes, las cuales juzga más equitativas lo que lo lleva a cuestionamiento de la propia familia.

LA FAMILIA CON HIJOS ADULTOS.

En esta etapa se espera que los hijos logren crear sus propios compromisos con un estilo de vida, una carrera, y su propia familia.

Finalmente la familia originaria vuelve a ser de dos personas, sin embargo ya cuentan con una historia de modificación de pautas, nuevamente la pareja originaria deberá de replantear y reorganizar su esquema de vida, en ocasiones este periodo suele estar acompañado de la depresión de los padres ya que es visto como una etapa de pérdida (Minuchin, 1979).

Como se puede observar, la familia está sujeta a presiones internas, que provienen de los cambios evolutivos de sus propios miembros, y subsistemas, así como a presiones externas que provengan de la necesidad de adecuarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros. En respuesta a estas demandas dentro y fuera de la familia los miembros tienen que operar dentro de un proceso de constantes transformaciones, de su posición recíproca, "de suerte que puedan crecer al tiempo que el sistema familiar mantiene su continuidad" (Minuchin, 1974, pág.60)

LAS FUENTES DE STRESS.

El estrés sobre un sistema familiar puede originarse en cuatro fuentes. En primer lugar

puede originarse en el contacto de un miembro o de toda la familia con fuerzas extrafamiliares. Los momentos transicionales en la evolución de la familia también pueden ser una fuente de tensión, al igual que los problemas de idiosincrasia.

1. - CONTACTO STRESSANTE DE UN MIEMBRO CON FUERZAS EXTRAFAMILIARES.

Dentro de la familia se encuentra como función principal el brindar apoyo a sus miembros, cuando uno de éstos se encuentra afectado por el estrés, los otros miembros de la familia sienten la necesidad de acomodarse a sus nuevas circunstancias. Esta acomodación puede limitarse a un subsistema o por el contrario, difundirse en el seno de toda la familia.

Tal es el caso del desempleo en donde el padre al no tener una fuente de ingresos cae en situaciones de estrés puede llegar insultando a la madre y esta a su vez al no poder defenderse agrede a los hijos.

La misma fuente de estrés que afecta a un miembro individual puede actuar a través de los límites de los subsistemas. En este caso los padres estresados por problemas de falta de trabajo de uno de ellos pueden criticarse mutuamente, pero luego desviar su conflicto a través de los hijos. Esto sin lugar a dudas reduce el peligro del subsistema conyugal pero afecta al hijo. O sí no el marido puede criticar a la mujer, que busca entonces una coalición con el niño contra el padre. De este modo el límite alrededor del subsistema conyugal se hace difuso. Aparece así un subsistema transgeneracional excesivamente rígido de madre e hijo contra el padre, y el límite alrededor de esta coalición de madre e hijo excluye al padre. Es aquí cuando se desarrolla una pauta transaccional transgeneracional

disfuncional (Minuchin. , 1990).

En el caso de la farmacodependencia se puede observar como en la mayoría de los casos los hijos no tienen comunicación con los padres por que ellos se la pasan todo el tiempo peleando o bien los culpan de sus problemas.

2. -CONTACTO STRESSANTE DE UNA FAMILIA EN SU TOTALIDAD CON FUERZAS EXTRAFAMILIARES.

Un sistema familiar puede verse sobrecargado por los efectos de una depresión económica. O, sí no el estrés puede generarse por los efectos de un cambio de domicilio, o bien el traslado a otra ciudad. Los recursos para hacerle frente a esas situaciones se encuentran amenazados en forma particular por la pobreza y la discriminación. Por ejemplo una familia pobre que renta experimenta cambios constantes de domicilio esto altera la situación de la familia y si a esto se le agrega que en este lugar el problema con las drogas es común, esto afecta sin lugar a dudas la estabilidad de la familia.

En este caso la intervención del terapeuta debe orientarse a la evaluación de la familia. Si analiza la organización de la familia y determina que es básicamente viable pero que se encuentra sobrecargada por los contactos su entorno, entonces deberá enseñar a la familia la manera de manipular este entorno.

3. -STRESS EN LOS MOMENTOS TRANSICIONALES EN LA FAMILIA

Existen muchas fases en la evolución natural de una familia que requerirán la negociación

de nuevas reglas familiares. Deben aparecer nuevos subsistemas y deben trazarse nuevas líneas de diferenciación. En este proceso se plantean inevitablemente conflictos (Minuchin, , 1990).

Los problemas de transición se plantean en muchas situaciones. Pueden producirse por cambios originados en la evolución de los miembros de la familia, por cambios de composición de la familia. Uno de los desencadenantes más habituales es el comienzo de la adolescencia en los hijos.

Los años de la adolescencia son un período de cambios y torbellinos constantes. Durante esta etapa, los niños están luchando por formarse una identidad. Pelean con los valores con los que crecieron y los siempre cambiantes valores de la sociedad. Sus cuerpos se encuentran en un estado de metamorfosis y sus cambios hormonales los vuelven malhumorados e impredecibles.

Con todas las presiones y ansiedades a las que los jóvenes se enfrentan en el presente, el uso de fármacos ofrece una solución fácil. Utilizar las drogas les brinda una salida social, un mecanismo para manejar sentimientos dolorosos, una forma de fortalecer la confianza, un grupo automático de congéneres y más importante les regala identidad instantánea. Cuando los jóvenes adoptan una personalidad de "consumidor", abandonan el difícil proceso de descubrir quiénes van a ser (Stamper. , 1993).

A menudo estos problemas transitorios de la familia se ven bloqueados por que las negociaciones en la familia tienen que ser reestructuradas y los padres deberán

reacomodarse a la nueva situación en la que la comunicación de los hijos deberá de verse favorecida para poder brindar a estos una adaptación de los hijos a lo largo de un período prolongado.

4. -STRESS REFERENTE A PROBLEMAS DE IDIOSINCRACIA.

Los problemas de idiosincrasia se refieren a aquellas familias en las que existe u problema de retardo en el desarrollo, o alguna malformación en alguno de los hijos. También es posible que los problemas de idiosincrasia transitorios superen los mecanismos que permiten hacerles frente. Si un miembro de la familia se enferma seriamente, algunas de sus funciones y su poder deberán ser asumidos por otros miembros de la familia. Cuando el miembro enfermo se recupera se requiere de una readaptación para incluirlo en su antigua posición o para ayudarlo a asumir una nueva posición en el sistema.

El esquema conceptual de la familia normal presenta tres facetas. En primer lugar, una familia se transforma a o largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. Sin embargo, es posible que una familia que ha funcionado eficazmente responda a estrés del desarrollo apeándose en forma inadecuada a esquemas estructurales previos.

Por otro lado la familia posee una estructura que sólo puede observarse en movimiento. Se prefieren pautas, suficientes para responder a los requerimientos habituales. Pero la fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una

reestructuración. Los límites entre subsistemas deben ser firmes, pero sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian (Minuchin, , 1990).

Además se puede considerar que una familia se adapta al estrés de tal modo que mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al estrés con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales y como consecuencia de éstas síntomas como la farmacodependencia, lo que conduce a la familia a terapia.

Otra de las condiciones que conducen a la familia a terapia son los problemas crónicos de límites que se encuentran ligados a la negociación de estrés diversos en un sistema a través de otros subsistemas. En una familia que opera correctamente, este tipo de negociación es posible debido a que el sistema se encuentra gobernado por límites claros y flexibles. Sin embargo es posible que aparezcan tendencias disfuncionales si un subsistema recurre siempre al mismo miembro para disipar conflictos del subsistema. Esto se observa por lo general cuando los padres utilizan a alguno de los hijos para evitar o alejar conflictos entre ellos. En este aspecto el límite entre el subsistema parental y los hijos se hace difuso y el límite relacionado con la triada padres e hijos, que debería ser difuso, se hace inadecuadamente rígido. A este tipo de estructura se le denomina triada rígida (Minuchin, 1990).

La utilización rígida de un hijo en conflictos entre esposos asume diversas formas. En la triangulación, cada padre requiere que el hijo se una a él contra el otro padre. En todas las ocasiones en que el hijo se une a uno de ellos, se le define automáticamente como si

atacase al otro. En esta estructura sumamente disfuncional, el hijo se encuentra paralizado. Todo movimiento que realiza es definido por un padre como un ataque o un acto de rebeldía (Minuchin, 1990)

En el rodeo, otra forma de la triada rígida, la negociación del estrés de los esposos a través del hijo sirve para mantener el subsistema conyugal en una armonía ilusoria. Los esposos refuerzan toda conducta anómala debido a que de ese modo pueden desviar o sumergir sus propios problemas del subsistema conyugal en problemas de educación del hijo.

Un caso clásico de esta forma de triangulación es cuando los padres permiten a sus hijos que hagan lo que ellos quieran y no establecen las reglas, para no tener problemas entre ellos, ante esta conducta los hijos pueden responder de manera disfuncional debido a que sienten que no les interesan a los padres y pueden llegar a problemas graves como el de la farmacodependencia.

La triada rígida también puede asumir la forma de una coalición estable. Uno de los padres se asocia con el niño en una coalición transgeneracional rígida contra el otro padre. Los tres tipos de triada rígida pueden aparecer en familias con problemas de farmacodependencia. Esta tríada es el modelo transaccional típico, acompañado con otras características familiares significativas en familias que tienen hijos con síntomas como la farmacodependencia.

Por lo general, lo que conduce a una familia a terapia son los síntomas de uno de sus

miembros. Se trata del paciente identificado, al que la familia rubrica como "el que tiene problemas" o "el que es el problema". Pero cuando una familia aplica a uno de sus miembros la etiqueta de "paciente", es posible considerar a los síntomas del paciente identificado como un recurso para mantener el sistema.

El sistema puede constituir una expresión de una disfunción familiar. O sino, puede haber sido suscitado en el miembro individual de la familia debido a sus condiciones de vida particulares y luego, ser apoyado por el sistema familiar. En ambos casos, el consenso de la familia de que un miembro es el problema señala que en algún nivel el sistema es reforzado por el sistema.

Una familia disfuncional es un sistema que ha respondido a estos requerimientos internos o externos de cambio estereotipado su funcionamiento. A los requerimientos de cambio se les ha contrapuesto una reedificación de la estructura familiar. Las pautas transaccionales habituales se han preservado hasta un límite de rapidez, que bloquea toda la posibilidad de alternativas. La selección de una persona como problema constituye un simple método para mantener una estructura familiar rígida inadecuada.

La función del terapeuta de familia consiste en ayudar al paciente identificado y a la familia, facilitando la transformación del sistema familiar- Este proceso incluye tres pasos fundamentales. El terapeuta se asocia a la familia en una posición de liderazgo. Saca a la luz y evalúa la estructura familiar subyacente. Crea circunstancias que permitirán la transformación de esta estructura. En la terapia tal como se desarrolla estos pasos son

inseparables.

Cooparticipar con una familia es más una actitud que una técnica y constituye la cobertura bajo la cual se producen todas las interacciones terapéuticas, cooparticipar, es hacer saber a sus miembros que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos.

Sólo con esta protección puede sentirse segura la familia para ensayar alternativas intentando lo más habitual y así poder cambiar.

En este sentido el terapeuta deberá hacerse copartícipe de la familia desde diferentes posiciones de proximidad, tales como: **POSICION DE CERCANIA, INTERMEDIA Y DE LEJANIA.**

POSICION DE CERCANIA.-

Esta es una posición de proximidad en donde el terapeuta deberá establecer confianza con los demás miembros de la familia a través de la confirmación (la confirmación es una respuesta de simpatía o bien la enmarcación de un aspecto negativo de alguno de los miembros de la familia), buscando aspectos positivos, reconociéndolos y premiándolos. Así mismo declara sectores problemáticos y de tensión.

Las intervenciones confirmatorias se producen durante toda la terapia, en este sentido el terapeuta buscará destacar los modos de contemplar positivamente a los miembros de la familia, al mismo tiempo que promueve sus propósitos de obtener un cambio

estructural.

Desde esta posición el terapeuta es siempre una fuente de apoyo y de cuidados, así como líder y director del sistema terapéutico. (Minuchin, 1979)

POSICION INTERMEDIA:

Desde esta posición el terapeuta cooparticipa como un agente activo, neutral, esta posición también es denominada rastreo.

Una de sus principales funciones es asistir a la gente a que cuente lo que le pasa a fin de poder recoger información útil sobre la familia.

Rastrear no supone ir detrás, sino orientar con tacto en ensayo de conductas nuevas. Esto supone desplazar los niveles de rastreo del contenido al proceso y viceversa, ligando de manera concreta del proceso al contenido.

Las maniobras de rastreo se apoyan en técnicas de confirmación en donde las interacciones penosas son presentadas como el fruto de una actitud de consideración recíproca.

El rastreo exige conocer el lenguaje utilizado por los miembros de la familia (Minichin, 1979).

POSICION DISTANTE O DE LEJANIA:

Esta consiste en crear contextos terapéuticos, procurando que los miembros de la familia

se sientan competentes y asuman la esperanza de cambio.

En este sentido, el terapeuta asume el papel de director, promoviendo la escenificación de movimientos habituales o introduce novedades, forzando a los miembros de la familia a empeñarse unos con otros en interacciones desacostumbradas.

En su condición de especialista el terapeuta opera como verificador de la cosmovisión de la familia, aceptará y apoyará determinados valores y mitos familiares, al mismo tiempo evaluará o ignorará deliberadamente a otros.

Aprenderá el modo en que los miembros de la familia encuadran su experiencia. En esta posición el terapeuta deberá de prestar atención a las pautas de discriminación que expresan y apoyan la experiencia familiar tomando nota de las frases que son significativas para la familia.

Una vez que el terapeuta ha logrado entrar al interior del sistema familiar deberá establecer su diagnóstico para ello tendrá que acomodarse a la familia para formar un sistema terapéutico seguido por su evaluación de sus experiencias de interacción de la familia en el presente.

En el caso de la psicoterapia breve con orientación psicoanalítica se puede observar como el problema de la farmacodependencia se orienta básicamente hacia el individuo y hacia el pasado de este. La familia llega a terapia debido al sufrimiento o la anomalía de un paciente identificado como farmacodependiente. El objetivo de sus miembros es que el terapeuta cambie al paciente identificado. Pretenden que el terapeuta cambie la situación

sin modificar sus pautas transaccionales habituales. En efecto, la familia requiere un retorno a la situación tal como era antes de que apareciera el síntoma farmacodependencia y llegara a ser imposible de manejar.

En este caso la Terapia Estructural considera al paciente farmacodependiente como un miembro de la familia que expresa de un modo visible, un problema que afecta al sistema en su totalidad. Ello no significa que el farmacodependiente sea irrelevante a la terapia. Requerirá de una atención particular. Pero la familia en su totalidad debe ser el blanco de las intervenciones terapéuticas. Un objetivo del proceso diagnóstico consiste en ampliar la conceptualización del problema, el foco individual mediante el cual la familia ha conceptualizado y encarado el problema debe ser ampliado para incluir las transacciones de la familia, en su contexto habitual.

Al evaluar las transacciones de la familia, el terapeuta estructural se concentra en seis áreas fundamentales (Minuchin, 1990).

1° Considera la estructura de la familia, sus pautas transaccionales preferibles y las alternativas disponibles

2° Evalúa la flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, tal como lo revela la modificación de las alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas en respuesta a las circunstancias cambiantes.

3° El terapeuta examina la resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros. Todas las familias ocupan un lugar determinado en

una escala entre aglutinamiento o una sensibilidad extrema a las intervenciones de cada uno de sus miembros, que el umbral para la activación de los mecanismos de estabilidad es inadecuadamente bajo, y el desligamiento, o una sensibilidad tan reducida a las intervenciones de sus miembros, que el umbral para la activación de los mecanismos de estabilidad es inadecuadamente alto.

4° El terapeuta examina el contexto de la vida de la familia analizando las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología.

5° Examina el estadio de desarrollo y su rendimiento en las tareas apropiadas a este estadio.

6° Explora las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

El diagnóstico en la terapia familiar se logra a través del proceso interaccional de unión. La estructura de la familia, el grado de flexibilidad inherente a ella, la resonancia del sistema y la posición del paciente identificado son, todos entes invisibles que solo pueden percibirse a través de la acomodación del terapeuta a ellos y su exploración del sistema. El diagnóstico de la familia aparece en el mapa familiar. Sin embargo. Como este mapa se relaciona íntimamente con las características de la idiosincrasia tanto del terapeuta como la familia él diagnóstico incluye también el modo en que la familia responde al terapeuta.

En algunos casos este tipo de técnica de compensación puede ser útil, ya que el terapeuta puede incrementar la flexibilidad de la familia y su capacidad de superar sus conflictos

ayudándola a alcanzar el equilibrio. En otros casos, sin embargo, las técnicas de compensación no hacen más que cristalizar la rigidez de la familia.

Por ejemplo, una terapeuta, trabaja con una familia rígidamente patogénica, en la cual la única hija, una niña de catorce años, presenta problemas de farmacodependencia. El mapa que elabora el terapeuta acerca de la familia refleja una relación excesivamente estrecha entre la hija y la madre. El marido y la abuela materna se encuentran unidos en una coalición que aísla a la madre en el interior del subsistema adulto. La única posibilidad de la madre de alcanzar eficiencia y competencia reside en su relación con su hija. El objetivo del terapeuta consiste en crear distancia entre el desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a este sistema.

TEORIA DEL CAMBIO EN LA TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL

En la terapia familiar estructural las premisas del cambio se producen a través del proceso de asociación con la familia y la reestructuración de esta en forma cuidadosamente planificada para poder transformar así las pautas transaccionales disfuncionales. Si el terapeuta logra asociarse con una familia y siente las presiones del sistema familiar, no necesitará protegerse contra las respuestas espontáneas, ya que es probable que estas respuestas sean sintónicas con el sistema. Si no lo son, pueden ser válidas como indagaciones experimentales (Minuchin, 1990).

El abordaje estructural considera que cuando la familia funciona mal tendrá que realizar operaciones de reestructuración en ellas, él terapeuta socava la "homeostasis" existente

en el sistema, produce crisis y empuja al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento.

Las operaciones de reestructuración constituyen los aspectos en los que se basa el terapeuta para las intervenciones dramáticas que crean movimiento hacia las metas terapéuticas. En este aspecto el terapeuta deberá incorporarse en la medida de lo posible a la familia, manteniendo su ***posición de liderazgo, sacando a la luz el problema y evaluando la estructura familiar subyacente y creando circunstancias que permitan la transformación de esta estructura.***

Las familias con esquemas disfuncionales crónicos sólo pueden ser ayudadas si se modifican estos esquemas. El sufrimiento puede ser reducido sólo cuando la estructura de la familia se modifica. Sólo a partir de una posición de liderazgo el terapeuta puede mantener sus posibilidades de maniobras terapéuticas y podrá manipular el sistema familiar a fin de lograr el cambio buscado.

Estas operaciones de reestructuración son las intervenciones terapéuticas que la familia debe enfrentar en su intento por lograr un cambio. Se distinguen de las operaciones de unión por el desafío que plantean. Las operaciones de unión no constituyen un desafío; disminuyen la distancia entre el terapeuta y la familia, ayudando al terapeuta a mezclarse con la familia ya que juntos participan en los acontecimientos de la sesión terapéutica (Minuchin, 1990).

La terapia familiar estructural es un proceso en el cual se cuestiona el “así se hacen las

cosas". Ya que a menudo las pautas transaccionales habituales se han preservado

hasta un límite de rigidez, que bloquea toda posibilidad de alternativa para la familia. La selección de una persona como problema constituye un simple método para mantener una estructura familiar rígida inadecuada.

Es así como uno de los objetivos importantes de la terapia estructural consiste en ayudar al paciente identificado y a la familia, facilitando la transformación del sistema familiar este proceso cuestionamiento de los subsistemas familiares por que constituye el contexto en donde se elaboran la complejidad y la competencia. En este aspecto la labor del terapeuta estará encaminada a cuestionar la estructura y deberá comprender el desarrollo normal de la familia así como el poder de las reglas que los holones ejercen sobre el desarrollo de los miembros de la familia.

En definitiva para Minuchin y Fishman, la meta del cambio estructural es siempre "convertir a la familia a concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma y una visión de la realidad más flexible y pluralista que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo" (Umbager, 1983).

En estas definiciones teóricas del cambio van implícitos determinados procesos en virtud de los cuales se puede producir el cambio estructural. Este supone tres objetivos que se superponen 1.-Cuestionar las normas homeostáticas prevaletientes a fin de:

a) Introducir flujo y crisis en el sistema, una inestabilidad que habilitará a las personas para tener conductas y sentimientos diferentes en relación con ellos mismos y con los

demás.

- b) Desarrollar de esta manera nuevas rutinas de conducta o nuevas sentencias constitutivas de las nuevas estructuras.

La evolución de estos nuevos ordenamientos sobreviene cuando las nuevas secuencias de conducta se repiten en el tiempo y con fuerza emocional (Umbarger, 1983).

La terapia estructural propone diversas técnicas de llevar a reorganizar la familia mediante el cuestionamiento del síntoma, de la estructura y de la realidad.

TECNICAS DE LA TERAPIA ESTRUCTURAL PARA EL CAMBIO

El terapeuta que trabaja dentro del marco de la familia considera que los síntomas de un miembro individual son una expresión de un problema contextual. Por lo que puede combatir la tendencia de la familia a centralizarse en el portador del síntoma. En otros casos puede elegir el trabajar en forma directa con el que presenta los problemas, en este caso con el paciente farmacodependiente.

CUESTIONAMIENTO DEL SINTOMA:

Por lo general en familias en las que existe un miembro farmacodependiente y acuden a terapia señalan al paciente identificado como culpable de sus problemas, mencionan sus luchas prolongadas y fallidas por tratar de solucionar el problema.

Al respecto, menciona Minuchin (1979) "... El problema no reside en el paciente

individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Las soluciones que ésta ha intentado, no son más que repeticiones estereotipadas de interacciones ineficaces que sólo pueden reforzar los afectos sin producir cambios.”

A menudo, el trabajo con familias en las que existe un miembro farmacodependiente puede constituir el camino más rápido para diagnosticar y modificar las pautas transaccionales disfuncionales de una familia. Los síntomas del paciente identificado ocupan una posición especial en el sistema de transacciones de la familia.

En el tratamiento de familias farmacodependientes se ve la necesidad de cambiar el problema presentado y cómo este genera estrés dentro del sistema familiar, por lo tanto el terapeuta en este aspecto no cuestiona en forma inmediata la formulación del problema por parte de la familia, sino que sigue la estrategia de influir sobre el resto de la familia para que opere en términos de ayuda al paciente identificado en el área del síntoma, en este caso la farmacodependencia.

Por lo tanto el objetivo de esta técnica es modificar la concepción que la familia tiene del problema, mostrándole una visión diferente y con posibilidad de cambio de lo que sucede.

Para ello puede emplear técnicas como: **LA ESCENIFICACION, EL ENFOQUE, Y EL LOGRO DE INTENSIDAD.**

ESCENIFICACION:

La escenificación consiste en poner en acto las interacciones de la familia, tal que permita construir una secuencia interpersonal dentro de la sesión, esta se realiza en tres momentos que son; observando las interacciones espontáneas, provocando estas y dirigiendo su ejecución de tal manera que estas se realicen de un modo diferente de lo habitual.

Cuando los miembros de la familia escenifican una interacción, las reglas habituales que gobiernan su conducta, se imponen con una intensidad afectiva semejante a la manifestada en las interacciones comunes del hogar (Minuchin, 1979).

El procedimiento requiere que el terapeuta observe primeramente las interacciones espontáneas de la familia y decida que aspectos del patrón disfuncional intentará cambiar. (Ochoa, 1995)

En el momento mismo en que la escenificación se produce un descubrimiento de conflictos que en un principio no parecían importantes, pero tienen que ver con el problema presentado y que todos tienen que ver con este.

ENFOQUE:

A través de esta técnica, el terapeuta centra su atención sobre una línea de acción que lo guíe a su objetivo primordial, impidiendo así que lo inunde un cúmulo de datos que lo distraigan de su objetivo, ya que generalmente cuando se observa a una familia, el clínico es inundado por miles de mensajes que la familia emite.

En este sentido, la labor del terapeuta estará encaminada a deslindar fronteras, poniendo énfasis en los lados fuertes, señalando los problemas e investigando las funciones complementarias. Esto se logrará a través de la organización de un esquema terapéutico que le permita promover el cambio dentro del sistema. (Minuchin, 1979).

INTENSIDAD:

En ocasiones puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta pero no lo consideren información nueva, por que no tienen en cuenta las diferencias inherentes en él con respecto a su forma habitual de ver las cosas.

A través de esta técnica el terapeuta deberá asumir la responsabilidad de que los mensajes realmente lleguen a la familia, sobrepasando la sordera colectiva. Lo anterior se logrará mediante la repetición del mensaje, en este sentido el terapeuta repetirá muchas veces el mensaje a fin de que se incremente la intensidad que influirá tanto en la estructura como en el contenido.

Al mismo tiempo que el terapeuta recoge material para un mapa estructural, el terapeuta introduce pruebas experimentales. En cierto modo, su sola presencia es una prueba por que la familia se organiza en relación con él. Pero además, puede imponer la realización de tareas planificadas para indagar acerca de aspectos significativos de la estructura para ello emplea estrategias como lo es el cuestionamiento de la estructura.

CUESTIONAMIENTO DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR:

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

La meta de esta técnica es modificar el lugar o la posición donde los miembros de la familia se organizan.

Por lo general los sectores disfuncionales dentro de la familia, a menudo responden ya sea a una alianza excesiva o escasa entre subsistemas, en este sentido el terapeuta podrá desplazarse y trabajar en subsistemas diferentes, cuestionando la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y funciones.

Cuando existen problemas de farmacodependencia es común observar como los límites entre los subsistemas se vuelven rígidos y confusos de tal forma que no se les permite a los hijos intercambio de comunicación con el subsistema parental ello produce alianzas escasas entre los subsistemas y por ende la aparición del síntoma en este caso la farmacodependencia en uno o varios de sus miembros.

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, a un padre alcohólico o farmacodependiente en donde debido a su ausencia por las borracheras, el hijo parental asume las funciones del padre con los propios hermanos. En este aspecto Minuchin, propone estrategias como son: LA FIJACION DE FRONTERAS, EL DESEQUILIBRAMIENTO Y LA ENSEÑANZA DE LA

COMPLEMENTARIEDAD.

FIJACION DE FRONTERAS:

Con esta intervención se regula la permeabilidad de los límites entre subsistemas, de tal manera que los límites excesivamente rígidos se vuelven más permeables y los límites porosos se fortalecen.

Al cambiar los límites, se modifican las reglas que rigen las relaciones, posibilitando que el sistema familiar ayude al crecimiento psicosocial de sus miembros (Ochoa, 1995).

Mediante esta técnica se pretende modificar la participación de los miembros de diferentes subsistemas, es decir, implantar cambios por ejemplo, en la relación padre-hijo esto se logra mediante dos maniobras:

DESEQUILIBRAMIENTO:

En la técnica de desequilibramiento, el terapeuta se propone cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros del subsistema.

Mediante esta técnica se pretende modificar la jerarquía dentro de un mismo subsistema. El desequilibramiento puede producir cambios importantes cuando en los miembros existe la capacidad de experimentarse 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 esta sustentada por el mismo sistema.

Un problema frecuente de las técnicas de desequilibramiento se refiere a las exigencias que imponen al terapeuta, aunque es posible desequilibrar un sistema familiar utilizando constructos cognitivos que permitan guardar la distancia entre el terapeuta y los miembros de la familia en la mayoría de los casos estas técnicas requieren proximidad y participación así como de un compromiso con los subsistemas familiares a expensas de los demás.

Tal es el ejemplo de la familia Windsor, compuesta por un padre alcohólico y farmacodependiente, una esposa hiperintelectual, martirizada que no puede vivir ni con su marido, ni hacerlo sin él y una hija de ocho años inteligente pero en exceso responsable, de quien se espera que juzgue cual de sus padres tiene la razón (Minuchin, 1990).

Cuando la familia acudió a terapia tras un intento fallido de separación de los cónyuges, el terapeuta se alió con el marido. El apoyo dado por el terapeuta al hombre que había sido definido como anormal fue cuestionado por los miembros de la familia y aún para el propio terapeuta resultó difícil ponerlo en práctica, puesto que compartía con su cultura de que el adicto da pruebas de irresponsabilidad.

El beneficio que esta técnica proporciona a la familia es la de brindarles diversas modalidades de relación de sus miembros.

ENSEÑANZA DE LA COMPLEMENTARIEDAD

La complementariedad se define como la capacidad de ver el problema formando parte

de un todo más amplio y de mostrar puntos de vista alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma y la creencia de que el paciente identificado puede controlar el sistema mediante su conducta (Minuchin, 1984).

Una de las metas en terapia es la de ayudar a los miembros de la familia a que vivencien su pertenencia a una entidad que rebase el sí mismo individual. Esta operación apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia con la diferencia de que esta vez se cuestiona la idea íntegra de la jerarquía.

Esta técnica cuestiona la definición familiar del problema y su creencia en una causalidad lineal del síntoma aportando datos de que la conducta sintomática solo se puede producir en el contexto de otras conductas a las que la familia pertenece.

CUESTIONAMIENTO DE LA REALIDAD FAMILIAR

Mediante esta estrategia se pretende modificar la visión de la realidad por la cual se rigen los miembros de la familia para ello es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos.

Afectando la percepción de todos los miembros con respecto al síntoma, mediante técnicas como: LA MODIFICACION DE LOS CONSTRUCTOS COGNITIVOS, LAS INTERVENCIONES PARADOJICAS E INSISTENCIA EN LOS LADOS FUERTES DE LA FAMILIA.

MODIFICACION DE LOS CONTRUCTOS COGNITIVOS

Mediante esta técnica el terapeuta altera los constructos cognitivos familiares

presentando una visión del mundo diferente, se trata por tanto de una intervención cognitiva tendente a alterar la epistemología familiar que se respalda en una institución o en la condición del experto y mayor conocimiento del clínico.

La realidad de la familia es una construcción terapéutica y la libertad del terapeuta como constructor de la realidad esta limitada por su propia bibliografía, por la realidad finita de la estructura familiar y por la modalidad con la que la familia ha elaborado su estructura, por lo tanto el terapeuta se encuentra limitado en su actividad modificadora.

Existen diferentes técnicas para transmitir el mensaje de que la familia y sus miembros disponen de otras alternativas además de sus modalidades predilectas de intervención. El objetivo es convertir a la familia en una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma y a una visión de la realidad más flexible y pluralista, que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo.

INTERVENCIONES PARADOJICAS:

Se trata de técnicas basadas en una postura por parte de la familia, puesto que se espera que esta se oponga al componente del mensaje referido a su imposibilidad de cambiar, contenido implícitamente una alternativa que señala en la dirección del cambio.

Para elaborar una intervención paradójica el terapeuta pone en relación la conducta sintomática con su contexto relacional, enumera consecuencias negativas que tendría para el sistema, la eliminación del síntoma y finalmente, recomienda a la familia que siga recurriendo al mismo para evitarlas.

Por tanto, una prescripción paradójica se compone de tres técnicas. La redefinición, la prescripción del síntoma y la restricción.

La redefinición se propone modificar el modo en que la familia percibe el problema, redefiniendo el síntoma deja de ser un elemento ajeno al sistema para convertirse en parte esencial del. A fin de preservar la estabilidad familiar, la definición dirá que la conducta mantenedora del síntoma obedece a motivos benévolos. La ira se definirá como ternura, el sufrimiento como abnegación el distanciamiento como una manera de obtener intimidad, así sucesivamente. En este sentido la labor del terapeuta será no modificar el sistema directamente; más bien lo apoyará, respetando la lógica afectiva interna con que se desenvuelve.

Una vez redefinido en términos positivos, el síntoma deja de ser un elemento ajeno al sistema para convertirse en parte esencial del. El segundo lugar considera que cuando la secuencia sintomática se escenifica de manera consciente, obedeciendo a la percepción terapéutica, pierde el poder que tenía para producir el síntoma que implica la posibilidad de un control voluntario. Por último después de los dos pasos anteriores, el terapeuta pide a la familia que por el momento no cambie la intención de que lo haga. Si esta reacciona rebelándose contra la prescripción terapéutica, en lo que se conoce como respuesta de retirada, bien cuestionándola o bien negándose a cumplirla (Minuchin, 1984).

LOS LADOS FUERTES DE LA FAMILIA:

Es una forma de utilizar la connotación positiva y se basa en que la familia existe una parte potencial de cambio que no se ve, ya que lo que se ve es el síntoma.

El terapeuta debe de activar las áreas o facetas dormidas, enfatizando las potencialidades que encubre la familia para que sus miembros las apliquen en la complejidad del problema. El objetivo terapéutico es lograr lo mejor que cada familia pueda dar y lograr que los miembros se ajusten a una familia de ideas, lo cual crearía una mayor dependencia del terapeuta, impidiéndoles generar sus propios recursos y estableciendo un juego de poder y resistencias a la terapia. (Minuchin. , 1981).

En resumen se puede comentar que el esquema conceptual de una familia normal se transforma a lo largo del tiempo adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. Sin embargo es posible que una familia que ha funcionado eficazmente responda al stress de manera inadecuada produciendo pautas disfuncionales dentro del sistema y en este caso produzca síntomas como la farmacodependencia.

En este aspecto la fortaleza del sistema dependerá de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia exigen una reestructuración. Los límites de los subsistemas deben ser firmes pero lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian, manteniendo así la continuidad y permitiendo a la familia reestructurarse ya que si una familia responde al estrés con rigidez, se manifiestan

pautas disfuncionales lo que conlleva a una familia a terapia.

CAPITULO 5

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION

1.1.-DESCRIPCION DE LA DELEGACION:

Originariamente el nombre de Iztapalapa proviene de la lengua nahuatl y significa "En el agua de las lajas o lozas". Cuenta con una superficie de 117.5 kms. cuadrados, lo que representa el 7.7 % del Distrito Federal. El 94% del territorio corresponde al suelo urbano y representa el 14.4% de las zonas urbanas de la entidad.

EL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL "IZTAPALAPA SUR " está situado dentro de la delegación que lleva el mismo nombre sus límites son al norte la Delegación Iztacalco y el Municipio de Nezahualcoyotl del Estado de México. Al este, los Municipios de Los Reyes la paz e Ixtapaluca, al sur, la Delegación de Tlahuac y Xochimilco y al oeste, la Delegación Coyoacan, Benito Juárez y Tlalpan.(ver anexo 1)

1.2.-UBICACION GEOGRAFICA.-

Las coordenadas extremas son:

Al norte 19 23' 50~

Al sur 19 17' 06~

Al este 98 57' 45~

Al oeste 99 68' 13~

1.3.-CLIMA PREDOMINANTE

El clima predominante en la población es templado, sub-húmedo con alto grado de humedad con una temperatura media anual de 10~c a 14~c y una precipitación pluvial superior a 1500 mm anuales (ver anexo 2)

1.4.-DIVISIÓN GEOESTADISTICA

Su división geoestadística se integra por 11330 manzanas distribuidas en 311 áreas geoestadísticas básicas (AGEB'S). Las principales colonias o zonas dentro de la delegación son: La escuadrón 201, Tepalcates, Ejército de oriente, Iztapalapa, Culhuacan, Asunción Santa Marta Acatitla, Granjas estrella, Pueblo de Santa Cruz Meyehualco, Valle de San Lorenzo y San Lorenzo Tezonco, entre otras (ver anexo 3).

1.5.-PRINCIPALES ELEVACIONES: OROGRAFIA

VOLCAN DE GUADALUPE	2750 metros sobre el nivel del mar
VOLCAN DE TECUAUTZI	2640 msnm
CERRO TETON	2470 msnm
CERRO EL GUERRERO	2440 msnm
VOLCAN XALTEPEC	2500 msnm
VOLCAN YAHUALIXQUI	2500 msnm
PEÑON DEL MARQUEZ	2370 msnm

(ver anexo 4)

1.5.1.-PRINCIPALES CORRIENTES: HIDROGRAFIA

CANAL NACIONAL

- RIO CHURUBUSCO (entubado)
- CANAL DE CHALCO (parcialmente entubado)
- CANAL DE GARAY (entubado)

1.6.-DENSIDAD POBLACIONAL

La densidad poblacional de la Delegación Iztapalapa según el Censo de Población y vivienda de 1990 fue superior a la registrada en promedio para el D.F. con 137.8 habitantes por hectárea frente a 109.8 registrada para la entidad (INEGI 1990).

La estructuración poblacional por sexo según un 53.84% del sexo masculino y un 46.16% del sexo femenino, La población menor de 14 años representa el 33.91%, la económicamente activa representa el 50.56% y el 15.47 % representa la población mayor de 45 años (INEGI, 1990) (Ver anexo 5 y 5.1).

1.7.-HECHOS VITALES DE LA DELEGACION

La aparente explosión demográfica que ha tenido la delegación ha tenido también un decremento en el periodo comprendido en los años 1990 – 1991, en 1990 la tasa indicaba la existencia del 51.53 % de niños nacidos vivos, mientras tanto los registrados para 1991 fue del 48.43% lo que representó una disminución en la tasa de natalidad.

La mortalidad general ha tenido una tendencia ascendente importante

pues en un total de 54984 gentes para 1990 se incrementó a 55241 (ver anexo 6).

1.8.- SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA:

1.8.1.-VIVIENDA

La Delegación Iztapalapa cuenta con 108 unidades Habitacionales, 231 colonias y 38 asentamientos irregulares, haciendo un total en vivienda de 228,533 estimándose que 236,020 cuentan con todos los servicios y 50,728 no lo tienen.

La mayoría de las casas están construidas de tabique y en algunas colonias como las de San Lorenzo Tezonco, Xalpa y Potrero en su mayoría están construidas con laminas de cartón o asbesto dados los escasos recursos de la mayoría de sus habitantes, los cuartos son pequeños y realizados sin planeación arquitectónica, lo que muchas veces acarrea problemas para la regularización de sus viviendas.

En el año de 1990 la delegación estaba constituida por aproximadamente 295760 viviendas, de las cuales un 30% se encuentra en condiciones malas y precarias.

La densidad poblacional se presenta sumamente alta y durante los últimos años se ha incrementado de acuerdo al crecimiento poblacional, siendo la Delegación Iztapalapa una de las Delegaciones que cuenta con un gran número de población. (INEGI 1990)

Número de habitantes 1,482,895 ocupantes por vivienda 5.0.

1.8.2.-DRENAJE

En esta área el drenaje sufre en forma parcial por lo que forman zonas escasas donde no existe.

Aproximadamente 201,937 viviendas cuentan con el sistema de drenaje y 86,560 no lo tienen, esto se puede atribuir a que muchas colonias son de nueva

creación o bien las características del terreno no lo permiten (son zonas escabrosas).

1.8.3.-EDUCACION

Dentro de los servicios educativos que existen dentro de la Delegación Iztapalapa se encuentra que aproximadamente 1,314,707 reciben algún tipo de educación y cuentan con edades entre 5 y 25 años.

De estos 245,561 son hombres y 236,555 estos están repartidos en :

- 167 Jardines de niños oficiales
- 8 Jardines de niños particulares
- 213 Primarias oficiales
- 44 Primarias particulares
- 16 Secundarias oficiales
- 2 Secundarias técnicas particulares
- 6 Secundarias para trabajadores
- 8 Telesecundarias
- 12 Escuelas de educación superior
- 2 Escuelas de educación superior particulares

Esta población cuenta con un índice de analfabetismo del 5.1 % (INEGI 1990) (ver anexo 7)

2.0.- REESTRUCTURACIONES DE LA DELEGACION

En el año de 1988 se realizaron las siguientes reestructuraciones a la Delegación entre las más importantes se localizan:

- Construcciones y remodelaciones de mercados
- Agua potable 14,900 metros lineales de red

- Drenaje 63, kilómetros de red
- Pavimentación 15,500 metros
- Guarniciones 44600 metros
- Módulos de vigilancia 50
- Cuarteles de Policía Montada 4
- Alumbrado público 11000 luminaires
- Módulos de servicios suburbanos 3
- Instalación de viveros 10
- Lecherías Conasupo 15
- Centros de Abasto popular

2.1.-ACTIVIDADES DE LA POBLACION

La población en edad de trabajar (12 años y más) registrada en la Delegación Iztapalapa asciende a 1,077,330 personas. La proporción de ocupados en la Delegación es menor al que se registra para el Distrito Federal por lo que se refiere a personas dedicadas al hogar que el registrado para la Delegación Iztapalapa que es mayor al que corresponde a la entidad, de los cuales 485,558 constituyen personal ocupado.

SITIOS DE INTERES

Esta comunidad cuenta con siglos de historia y de tradiciones típicamente mexicanas, las cuales sigue conservando y que hacen de esta delegación una de las zonas de mayor interés turístico en determinadas fechas, tal es el caso de las

típicamente mexicanas, las cuales sigue conservando y que hacen de esta delegación una de las zonas de mayor interés turístico en determinadas fechas, tal es el caso de las celebraciones del fuego nuevo en el cerro de la estrella y que se remonta a la época prehispánica y a la representación en Semana Santa del Viacrucis, estos eventos atraen la atención del turismo a nivel internacional.

De los puntos de interés turístico se pueden mencionar la Zona Arqueológica del Cerro de la Estrella y el parque Nacional Santuario del Señor de la Cueva, La iglesia de San Lucas, Ex convento de Cuahuacan, Parroquia de San Marcos, Gruta de la Señora de Lourdes, templo de San Juan Bautista: Esta demarcación se encuentra asentada en parte de lo que era el Lago de Téxcoco y está delineada por la Sierra de Santa Catarina.

Durante la época prehispánica se le conocía con el nombre de Huixachtepec o Cerro de los Huizaches, y en él se encontraba el que era el fuego nuevo, por lo cual le tenía mucha devoción y reverencia el señor de México, Motctezuma, ya que de acuerdo con la leyenda de los soles, los hombres padecerían hambre al término de un Xiuhmolpilli o atado de manos, de tal manera que un día determinado se apagaban los fuegos, e incluyendo de los templos e iban por lumbre nueva al afamado cerro.

Así mismo se han encontrado, una serie de cuevas-adoradoras con diversas ofrendas. También en él se localiza "El museo del Cerro de la Estrella " en el cual se encuentran una serie de piezas arqueológicas como son: silbatos de cerámica en forma de animales, puntas de flechas y lanzas de obsidiana, etc (Secc.Amarilla,1994).

INSTITUCION Y UNIDAD DE TRABAJO

1.-ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA INSTITUCION

Centros de Integración Juvenil surge ante la necesidad de atender las demandas de la sociedad y en particular del individuo inmerso en el problema de la farmacodependencia. Siendo el objetivo principal participar con la comunidad en la prevención, tratamiento, y rehabilitación de este tipo de problemas.

La institución ha atravesado por diversos períodos, cuyas características particulares, tienen relación tanto con factores propios de la conceptualización de la Farmacodependencia, como las condiciones del momento histórico por el cual ha pasado el país y cada uno de los centros locales; esto ha determinado la forma y el empleo de diversas técnicas, que aunadas a la experiencia directa le han permitido definir su modelo de atención (C.I.J.,1985).

PRIMER PERÍODO

(1970/1972)

La trayectoria de Centros de Integración Juvenil se remonta a hace 25 años cuando el Gobierno del presidente Luis Echeverría Alvarez se encontraba en pleno florecimiento y los resentimientos del movimiento estudiantil de 1968 se hacían participes aún en la sociedad. Ante la existencia de diferentes conflictos de índole , social, económico y político propios de esta época, se proliferan igualmente problemas de alcoholismo y drogadicción es por ello que de la misma comunidad surge

la respuesta de un grupo organizado que actuó como portavoz, llamado Damas publicistas A.C. Este grupo realizó un gran esfuerzo para sensibilizar al gobierno Federal y a la sociedad sobre la necesidad de enfrentar este problema, estableciendo medidas conjuntas para evitar su evolución.

Como primer paso se creó el Centro de Trabajo Juvenil Dakota, integrado por un equipo Técnico de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y voluntarios que colaboraban en actividades paramédicas, administrativas, de promoción y de captación de recursos.

Es importante mencionar que en este período se desconocía la naturaleza del fenómeno, así como la magnitud real en el país, ya que se carecía de información específica que diera indicadores de como y cuantas personas estaban inmersas en esta problemática. Por lo que se hizo necesario iniciar investigaciones de campo en las zonas mayormente afectadas realizando por igual un análisis estadístico que mostrara la gravedad de este problema. De este modo el enfoque de trabajo se centró en la actividad asistencial, presentándose el servicio de consulta externa a farmacodependientes desde una concepción exclusivamente psiquiátrica. La participación comunitaria en este período estaba constituida por el grupo de Damas Publicistas A.C. y los voluntarios que colaboraban en el centro Juvenil Dakota.

SEGUNDO PERIODO

(1973-1976)

En este período se estableció el nombre actual de Centros de Integración Juvenil, en el cual se vislumbro un marcado crecimiento tanto conceptual como operativo del fenómeno de la farmacodependencia por lo que se hizo necesario incrementar el número e personal, se solicitó apoyo técnico y financiero al gobierno Federal, debido a la demanda del servicio que sobrepasaba capacidad de respuesta de los recursos existentes.

Por lo que el crecimiento de la institución fue acelerado y al final de este período se contaba con 29 centros en la República Mexicana (9 en el área metropolitana y 20 en el interior). En 1975 se creó por decreto presidencial el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), la finalidad de este estaba orientado a realizar actividades de investigación que apoyaran y guiaran la operación de Centros de Integración Juvenil.

Las investigaciones sociales realizadas por CEMEF en este período brindaron un panorama general sobre la incidencia y prevalencia del fenómeno, esto llegó a establecer las bases de un enfoque biopsicosocial que trasciende al ámbito estrictamente clínico. Se fortalece el equipo interdisciplinario y se inicia la sistematización del trabajo voluntario, con una marcada tendencia a insertarlo en actividad asistencial. Al hacerse patente la necesidad de acudir a las poblaciones afectadas o con alto riesgo, se inició el desarrollo de actividades preventivas realizadas fuera de las instituciones la finalidad de estas era informar

sobre el problema y las consecuencias propias de este.

Por su parte el área asistencial continua enfocándose al tratamiento individual de pacientes farmacodependientes y se incrementa en este período la atención a problemas de salud mental en general. En este sentido, la demanda del servicio se multiplica en forma desproporcional a los recursos existentes, no obstante el apoyo del Gobierno Federal y una activa respuesta de la comunidad que comienza a organizarse en las localidades donde se ubica cada Centro de Integración Juvenil, provocan un marcado crecimiento de la institución, y por tanto mayor cobertura en las localidades con gran incidencia (C.I.J.,1982).

Esta fase se caracteriza también por la celebración de convenios interinstitucionales a nivel nacional e internacional, a fin de promover la coordinación de acciones entre los diversos sectores afectados más directamente por el problema que nos ocupa, y el de facilitar información suficiente sobre el panorama general de la farmacodependencia en México, así como los primeros registros estadísticos, que servirían en el futuro, como indicadores para la evaluación del fenómeno.

TERCER PERIODO

(1977-1980)

Sobresalió en este período la creación de una infraestructura normativa indispensable, debido a la autonomía que el Gobierno Federal otorgó a Centros de Integración Juvenil. Técnicamente se caracteriza por el fuerte impulso que se le otorga a los proyectos preventivos.

El modelo de tratamiento utilizado en este período se basaba fundamentalmente en técnicas psicodinámicas a largo plazo, es decir se utilizaba como marco de referencia las técnicas Freudianas y Lacanianas para dar atención a las personas que acudían a la Institución, utilizando estas técnicas no sólo en nivel individual sino también en nivel grupal. En el campo de la rehabilitación se implementaron programas de educación abierta, así como algunos talleres de capacitación laboral, lo que ayudaba a las personas ex-farmacodependientes a integrarse nuevamente a la comunidad.

La gran variedad de campos de actividad hizo notoria la necesidad de recursos humanos especializados, por lo que se inició un proceso sistemático de capacitación en las áreas básicas: clínica que consistía en orientar a el personal sobre las técnicas utilizadas para el tratamiento y preventiva, encaminada a promover las actividades grupales con el fin de prevenir la Farmacodependencia ,reforzando esto a través de sistemas de supervisión.

Se realizaron investigaciones bio-médicas y se iniciaron las sociales basadas en criterios objetivos y metodología de tipo epidemiológico.

Es importante mencionar el hecho de que en este período se dificultaron el control de actividades realizadas y la sistematización pertinente de acciones realizadas. Por lo que la población, demandaba a la institución la atención de necesidades de servicios de salud en general y en específico, de salud mental repasando con esto los límites definidos de atención a la farmacodependencia.

Así mismo se manifiestan las diferentes formas de participación

comunitaria a través de aportaciones en efectivo, en especie (bienes, muebles, inmuebles, rentas y difusión de los servicios del Centro) y aportaciones en servicio, contándose con un cuerpo de voluntarios que colaboraba apoyando desde lo paramédico las acciones preventivas y rehabilitatorias.

CUARTO PERIODO

(1980-1985)

El cuarto período, en la que desde sus inicios, la red operativa de centros de Integración Juvenil estaba compuesta por 32 centros locales, puede caracterizarse por el enfoque de trabajo en el área médico técnica lo que da homogeneidad a sus normas y adecua cualitativamente el contenido de las mismas. Esta adecuación tiene que ver con la ubicación de la farmacodependencia como un problema de Salud Pública, el cual se basa en la epidemiología social, medicina social y sociología médica. Reforzándose así la decisión de hacer de la prevención la acción prioritaria eligiéndose como estrategia idónea la educación para la salud a través de la participación comunitaria, en escuelas y grupos vecinales lo cual permite trascender en la educación sobre las drogas, y una vez que se ha ubicado el fenómeno en un contexto social, se definen las acciones de acuerdo a las necesidades de la población.

También es característico de este período la intervención en tratamiento ya que se centran principalmente en Psicoterapias Breves de tipo individual y/o familiar, normándose el uso de las técnicas grupales con este mismo enfoque. Así mismo se consolida el concepto de rehabilitación entendido como una meta a ser

alcanzada en el proceso integral de diagnóstico - tratamiento- y rehabilitación.

En el ámbito de la formación y desarrollo de recursos humanos se reformulan acciones de enseñanza y se elabora un sistema de capacitación al servicio de las tareas substantivas a fin de preservar la integración de las mismas, motivando una permanente relación entre la teoría y la práctica cotidiana. Las investigaciones refuerzan el marco de Salud Pública, adecuándose el método epidemiológico para la mejor comprensión del fenómeno y agregan al ámbito social la vertiente clínica para su estudio. También se plantean investigaciones que promueven un más amplio conocimiento del área de trabajo de la institución y retroalimenta la prestación del servicio.

La participación de la comunidad es replanteada en función de las necesidades de desarrollo y consolidación institucional. Como resultado de este período queda definido un marco el cual se le concibe como elemento sustantivo del modelo de trabajo institucional, se explican y conceptualizan las áreas y los niveles de participación de la comunidad en todo proceso de atención de la farmacodependencia y se definen los niveles de integración de los voluntarios en los proyectos específicos de la Institución en función de su pertenencia.

Así mismo se norman las acciones de los Patronatos Locales y del voluntariado. Como resultado, se obtiene una respuesta significativa de la comunidad, la cual se manifiesta en un incremento considerable de aportaciones en servicio, en especie y en efectivo que se traduce fundamentalmente en acciones

tendientes a la difusión de los programas institucionales en cada localidad: al establecimiento de convenios que refuerzan el trabajo de Centros de Integración Juvenil: así como la sensibilización de la población para que se haga responsable del cuidado de su salud. Logrando con esto una ampliación importante en la cobertura de los servicios institucionales.

En relación a la comunicación, se crea un sistema de información sobre farmacodependencia con un acervo central en el Distrito Federal y tres módulos en el interior de la República, se elaboran publicaciones de divulgación como son folletos, anuncios, una revista periódica y diversas ediciones de tipo científico referentes al tema que nos ocupa.

Dentro de lo más relevante de este período, se encuentra el reordenamiento administrativo estructural, el énfasis concedido a la coordinación interinstitucional, así como la asimilación de la Institución como Asociación civil de participación estatal mayoritaria al Sector Salud, encontrándose actualmente ubicada dentro del Subsector Asistencia Social.

QUINTO PERIODO

(1986-1988)

Durante este quinto período, la cobertura de Centros de Integración Juvenil sustentaba en el crecimiento de una red que se amplió con la constitución de 12 centros locales más, que aunados a los 32 anteriores suman un total de 44 unidades operativas que permiten incrementar en calidad y cantidad la respuesta

institucional a las demandas comunitarias, que sobre farmacodependencia existen. Esta tendencia a crecer, ha sido posible, gracias al apoyo del gobierno federal y a la participación de los gobiernos estatales y Municipales a las Delegaciones Políticas, para el caso del Distrito Federal, y a la decidida colaboración de distintos organismos de la sociedad civil sensibles a la problemática de la farmacodependencia en nuestro país. Durante estos tres años, el modelo de abordaje institucional se consolidó, y se fortalecieron las diversas estrategias preventivas y de participación comunitaria consecuentes con la perspectiva de la Medicina Social y Educación para la Salud.

Por lo que respecta a Tratamiento, se consolidaron las estrategias de atención: terapia Breve individual, y terapia breve familiar. Se implementó el registro de datos para el programa de atención curativa (expediente clínico) que tiene como propósito: servir de instrumento para planificar la atención del paciente, proteger sus intereses legales y los de la institución, obteniendo información estadística, de investigación y docencia. En capacitación, se logró construir un sistema intrainstitucional, que aprovecha la experiencia del personal y fomenta su desarrollo como docentes dentro de Centros de Integración Juvenil, posibilitando la formación de un grupo de Instructores por áreas específicas de prevención, orientando básicamente a los jóvenes sobre temas que a ellos les interesan. Las investigaciones constituyen un valioso recurso que retroalimenta la normatividad y operación con información científica. Por lo que en este período destacan las investigaciones que evalúan el impacto de los proyectos preventivos y de tratamiento: en el campo de la investigación social;

se han realizado "Estudios Básicos de Comunidad Objetivo" en diferentes localidades que permiten a los equipos técnicos, conocer e introducirse a la comunidad en su área de Influencia.

En 1988 se presentó ante el Secretario de Salud, Dr. Guillermo Soberón Acevedo, el libro de disolventes Inhalables que compila 33 investigaciones sobre el tema. Con este primer volumen se abre una nueva línea de publicación llamada Serie de Investigaciones, donde se continuará la recopilación de estudios sobre Farmacodependencia.

En relación a la participación comunitaria, se ha ido consolidando e incrementando el desarrollo de una red comunitaria que coadyuva la atención del problema que nos ocupa, mediante una coordinación interinstitucional con organismos a fines o complementarios al que hacer institucional, así como la incorporación de personas y grupos voluntarios que hacen posible la multiplicación de acciones de mayor impacto en la cobertura de servicios brindados a la población.

Así mismo durante este período se normatizó e impulsó el desarrollo del proyecto Grupos Promotores Preventivos, los cuales se encargan de hacer participar a la gente con el fin de formar grupos en ámbitos socio geográficos específicos que son parte, para concertar en cada localidad el logro de efectos multiplicadores de acciones preventivas.

De igual forma, se impulsó el desarrollo de Foros Estatales y regionales sobre farmacodependencia, con el fin de ampliar la presencia institucional, y promover mayor participación a la comunidad.

Así mismo se inició la identificación de personas estratégicas que colaboraban, apoyando la apertura de campos de acción en las comunidades de alto riesgo. Por otra parte, se consolidó el sistema de captación y procesamiento de información sobre aportaciones de la comunidad en servicio, especie y efectivo, así como la coordinación interinstitucional, lo que ha permitido evaluar y dimensionar su peso específico la colaboración de la farmacodependencia. Durante este período, se inició la primera etapa de descentralización institucional, eligiendo 8 patronatos Locales con mayor autonomía, solidez, antigüedad y compromiso institucional. Los logros alcanzados durante este período en el que hacer institucional, permite enfrentar la problemática de la farmacodependencia con una estructura técnica y organizacional más sólida (CIJ.,1982).

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA INSTITUCION

Dentro de la estructura organizativa de Centros de Integración Juvenil el órgano de la máxima decisión es la asamblea de Asociados cuyos miembros representan a la comunidad la responsabilidad de hacer cumplir sus decisiones así como el manejo de la institución está depositado en el patronato nacional.

La comisión de vigilancia es aquella instancia que analiza y evalúa los resultados de los programas institucionales y el aprovechamiento de los recursos por su parte la comisión consultiva asesora al patronato.

El nivel ejecutivo es designado por el patronato nacional y está compuesto por:

La Dirección General que tiene bajo su cuidado la coordinación de la norma y de la operación diaria de la institución.

La Dirección Médica que norma, vigila y realiza la prestación de servicios Dirección de Patronatos, la cual norma la coordinación de actividades de los patronatos locales quienes colaboran con los equipos técnicos en los proyectos implantados en la comunidad.

Dirección de Administración, Coordinación de Planeación y Comunicación, estas funcionan como unidades de apoyo a la Dirección General.

El nivel operativo está integrado por los órganos desconectados territorialmente y descentralizados por función, responsabilidad y prestación de servicios en Patronatos y Centros Locales (CIJ, Política Institucional, 1983).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CENTRO LOCAL IZTAPALAPA SUR

El Centro Local Iztapalapa Sur tuvo sus orígenes en la Delegación Iztacalco ocupando un espacio que correspondía al área de servicios médicos de esta Delegación, contando con un equipo de trabajo integrado por la Directora: Trabajadora Social Blanca Juárez, 1 secretaria, 3 psicólogos, 2 psiquiatras, 3 Trabajadoras Sociales y 1 auxiliar de intendencia. La labor principal de este equipo de trabajo era la Investigación de la zona, correspondiente a la Delegación Iztacalco, ya que posteriormente se intervendría con los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

En el mes de junio de 1987 la delegación otorga un local provisional el cual fue rechazado por el equipo ya que no contaba con el espacio suficiente para desarrollar las labores de tratamiento y rehabilitación.

El segundo lugar que ocupó Centros de Integración Juvenil Iztacalco estaba ubicado en la calle de Centeno 824 Colonia Granjas México, en donde permanecieron de julio a diciembre del mismo año. En el año de 1988 se trasladan Deportivo Coyuya, contando con un espacio de trabajo muy reducido por lo que en ocasiones había que trabajar en las afueras de las instalaciones, sin embargo la misión principal de este equipo de trabajo era la prevención y el trabajo comunitario ya que las labores de tratamiento estaban reducidas. El cuarto local fue donado por el club de leones de la Delegación Iztacalco y estaba ubicado el Manzana 22 lote 10 Unidad Habitacional Los picos Iztacalco. En donde se instaló además del CIJ el comité de ADEFAR de la delegación. En una nota del Periódico el Nacional se

publicó la siguiente noticia. Gracias al apoyo del CREA a cargo de Rodolfo Zaragoza se trató de involucrar a los integrantes de más de 100 bandas detectadas en la zona, entre las opciones se les ofrecían carreras a nivel técnico y posteriormente a través de la bolsa de trabajo se les brindaría trabajo, aunque esto nunca se llevo a cabo.

En el mes de noviembre del mismo año se implementan a los eventos comunitarios, representaciones en teatro guiñol, ofrendas representativas de este mes así como actividades de integración en pro de la Farmacodependencia.

En el año de 1989 el C.I.J. Iztacalco realiza la presentación del libro disolventes e inhalables como resultado de estudios realizados en la delegación y en base a encuestas nacionales en donde se detectó que el 1% de jóvenes entre 14 y 24 años que en 1970 eran adictos a inhalables paso a ser de 14%, es decir más del cuadruple de la población estudiada. En el evento realizado en el auditorio de la Clínica José Zozlaya de la S.S.A. en Iztacalco, la T.S. Blanca Juárez directora del C.I.J. Iztacalco manifestó que son urgentes mayores aportaciones al tema de tratamiento y rehabilitación de la Farmacodependencia y en especial de los inhaladores.

Así mismo en el mes de junio de 1989 se anuncia la realización de un foro juvenil en Iztacalco el cual tenía por objetivo abrir un canal de expresión a los problemas que enfrenta la juventud, así como ver las alternativas que proponen los jóvenes para solucionarlos y llevarlos a cabo con las autoridades. Encontrándose que dentro de los temas a tratar estaban, que es lo que los jóvenes desean y

cuales son sus inquietudes.

En el mes de octubre del mismo año se realizan actividades comunitarias en donde se involucra a la gente a participar en grupos promotores preventivos.

En el año de 1990 la labor comunitaria y preventiva en escuelas comienza a incrementar, dándose básicamente platicas de educación para la salud.

Finalmente en el año de 1992 el C.I.J. se traslada a la Delegación Iztapalapa e instala dos centros locales uno localizado en el Centro de la delegación y otro en el sur.

UBICACIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL “IZTAPALAPA SUR”

El centro local Iztapalapa sur se encuentra ubicado en Avenida Ermita Iztapalapa 2649 local C en la colonia Jacarandas (ver anexo 9)

Esta es una de las zonas mayor mente consideradas de alto riesgo ya que se ha observado que el número de casos de farmacodependencia es mayor sobre todo en zonas marginadas y sobrepobladas, siendo la delegación Iztapalapa una de las regiones más pobladas del Distrito Federal y con mayores índices de pobreza y desempleo.

Por lo que es muy común encontrar en esta zona personas farmacodependientes y alcohólicas. Siendo los principales afectados adolescentes y niños. Las colonias más importantes que le corresponden a este C.I.J. son:

- San Lorenzo Tezonco
- Jacarandas
- La Hera
- San Miguel Teotongo
- Santa María Astahuacan
- Ampliación Santiago
- Santa Cruz Meyehualco
- Vicente Guerrero
- Unidad Habitacional Ermita Zaragoza
- Cittlalli

ORGANIZACION DEL CENTRO LOCAL “IZTAPALAPA SUR”

La organización del Centro Iztapalapa Sur se encuentra a cargo del Director Vicente Castro Avalos, quien se encarga de coordinar las diversas áreas como son: Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social así como áreas administrativas en las que se cuenta con Una secretaria y una Persona Encargada de Intendencia. Así como también personal de Servicio Social y practicas profesionales.

OBJETIVOS DE CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL

Al igual que otras instituciones, C.I.J. cuenta con objetivos para cada una de sus áreas de intervención en la comunidad, sin embargo, quizá el objetivo más importante y en el cual se resumen todos los demás es el siguiente:

- Participar con la comunidad en la prevención tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia. Esto a su vez conlleva a desarrollar objetivos específicos de cada una de las áreas descritas a continuación:

PREVENCION.-

- Capacitar a voluntarios de la comunidad y pasantes, de acuerdo a su nivel educativo y papel que desempeñan en esta como su apoyo a proyectos preventivos.
- Informar a padres, maestros, alumnos y a toda la población en general sobre el uso inadecuado de fármacos y dar a conoce también, los efectos del uso y el abuso

de estos para con ello contribuir el interés , la demanda y la aceptación social de las drogas causantes de dependencia ya sea física o psicológica.

- Difundir todos los criterios y métodos eficaces utilizados para prevenir la Farmacodependencia con la finalidad de modificar los intereses y/o actitudes de las personas más expuestas (adolescentes) al uso de drogas o fármacos causantes de las dependencia.

TRATAMIENTO.-

- Lograr que el sujeto abandone el uso de drogas mediante el análisis y conocimiento de las causas y factores que han incidido en él y lo han llevado a buscar en las drogas los elementos satisfactorios que no encuentran en su realidad.

REHABILITACION.-

- Proporcionar elementos que incrementan y apoyan aquellas áreas psico sociales, específicas del farmacodependiente y de sus familiares que se encuentran disminuidas, poco desarrolladas o que no se desarrollaron, reforzando los aspectos adaptativos y socializadores más adecuados para cada uno de ellos.

ACCIONES QUE SE LLEVAN A CABO EN CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

De acuerdo al objetivo general de la Institución mencionado anterior mente, C.I.J. desarrolla actividades encaminadas a tratar a la farmacodependencia, por lo que describirá brevemente en que consisten cada una de estos proyectos en lo que se refiere a PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN.

PREVENCIÓN

En relación a las actividades preventivas, se realizan principalmente con trabajo extramuro, es decir fuera de las instalaciones a través de tres estrategias básicas como son: Información, Orientación y Capacitación, descritas a continuación:

PROYECTOS DE INFORMACIÓN.

1.1.-INFORMACION PUBLICA PERIODICA (IPP)

Cuyo objetivo primordial es mantener informada a la población acerca del consumo de drogas con la finalidad de sensibilizarla sobre este problema, promoviendo al mismo tiempo la participación de ellos para la atención de este fenómeno. Principalmente se da esta información fuera de las instituciones de Centros de Integración Juvenil es decir extramuros)atendiéndose a un número amplio de la población, la información puede ser proporcionada a través de conferencias, pláticas, eventos espaciales (ferias de promoción a la salud, o espectáculos en pro de la farmacodependencia), etc.

1.2.-INFORMACION A CONCURRENTES (IC)

El cual consiste en dar información principalmente a personas que acuden a las instituciones, con la finalidad de ampliar los conocimientos adquiridos durante las pláticas de información pública periódica o en las escuelas, esta información se proporciona dentro de las instalaciones de C.I.J. por lo que se le considera una actividad (intramuros), además se cuenta con mayores recursos de apoyo como son películas, libros, y folletos.

1.3.- INFORMACION A ESCUELAS (IE)

Este es un proyecto diseñado para promover la salud integral, física y mental en y desde las escuelas, ofreciendo a diferentes sectores de la población escolar (alumnos, padres y maestros) toda la información pertinente acerca de las situaciones y procesos que inducen al consumo de drogas, difundiendo al mismo tiempo los servicios que C.I.J. brinda a la comunidad.

PROYECTOS DE ORIENTACION.

2.1.-ORIENTACIÓN PREVENTIVA INFANTIL (OPI)

Este proyecto se encarga de promover la participación de los niños y las acciones tienen como objetivo primordial, estimular, y favorecer en el niño la expresión de sus potencialidades fomentando la salud mental y física; propiciando básicamente a través del juego la creación de alternativas para prevenir la Farmacodependencia y en determinado momento formar instancias que coadyuven al desarrollo integral del niño.

2.3.-ORIENTACION PREVENTIVA A ADOLESCENTES (OPA)

El objetivo primordial de este proyecto está dirigido a orientar a los adolescentes, proporcionándoles elementos que les permitan en un momento dado enfrentar los cambios individuales (físicos y psicológicos) familiares y sociales que forman parte de su vida cotidiana; y la creación de alternativas que le permitan prevenir el fenómeno de la farmacodependencia.

2.4.-ORIENTACION FAMILIAR PREVENTIVA (OFP)

La función de esta actividad al igual que las dos anteriores, es proporcionar orientación, pero en esta ocasión es a la familia. A través de pláticas organizadas con el fin de promover en el seno familiar mejores condiciones de vida estas consisten en crear conciencia a los padres de familia sobre los problemas que conlleva una falta de desorientación en los hijos y como pueden ellos contribuir para prevenir la aparición de la farmacodependencia en sus hogares.

PROYECTOS DE CAPACITACION

El objetivo de la capacitación es hacer consciente a la población acerca de como ellos pueden utilizar los recursos con los que cuentan para así generar mejores condiciones de salud mental y física, previniendo al mismo tiempo las situaciones que las inducen al uso y abuso de drogas.

3.1.-GRUPOS ORGANIZADOS (GO)

Los cuales están diseñados para lograr la participación de personas estratégicas, es decir que ocupan un lugar importante dentro de su comunidad, como líderes de algún partido político, jefes de manzana, sacerdotes, etc. Tales personas

deben de promover las acciones encaminadas a prevenir la farmacodependencia, es decir a través de una capacitación previa por parte miembros de la institución se promueven actividades dentro de la comunidad, básicamente que propicien mejores condiciones de salud física y mental.(PROYECTO GO)

3.2.-CAPACITACION A LA COMUNIDAD (CC)

Su principal objetivo es orientar a grandes sectores de la población acerca de la farmacodependencia, pero sobre todo esta el lograr una autogestión de servicios, de tal forma que la misma comunidad aprenda a utilizar sus recursos de la mejor forma que genere instancias organizativas que le procuren mejores condiciones de salud mental y prevenir así situaciones y motivos que inducen al uso y abuso de drogas dentro de su ámbito socio-geográfico-específico.(PROYECTO CC)

TRATAMIENTO

Así mismo otra de las funciones de Centros de Integración Juvenil es el tratamiento llevado a cabo en forma integral teniendo en cuenta los factores que pueden haber influido y precipitado la aparición del problema.

Con todo esto se puede decir que el objetivo del tratamiento y rehabilitación que brinda la institución es lograr que el sujeto abandone el uso de drogas mediante al análisis y conocimiento de las causas y factores que han incidido en él y lo han llevado a buscar en las drogas los elementos satisfactorios que no encuentran en su realidad.

Las actividades que intervienen durante el tratamiento, que la institución lleva a cabo se realizan a través de los siguientes proyectos:

1.1.-DIAGNOSTICO

El abordaje diagnóstico del Farmacodependiente se enfrenta a la tarea de conocer al paciente, este saber del paciente precisa la utilización de técnicas diversas que desde diversos puntos de vista confluyen a la integración del conjunto de actitudes, sentimientos y pensamientos que se juegan al interior del psiquismo del individuo quien se coloca a menudo como una persona que sufre.

Así pues la labor diagnóstica es un proceso que incluye tanto al terapeuta como al paciente, en la medida en que la relación que ambos establecen esta regida por la asunción de roles definidos desde el proceso mismo

1.1.1.-ENTREVISTA INICIAL

La entrevista inicial es la primera instancia de abordaje ya que a partir de ella se establece el vínculo que sienta bases en el proceso diagnóstico en función del necesario conocimiento del paciente identificado o su familia.

La entrevista inicial fue diseñada con la finalidad de resolver las dificultades por anticipado o esclarecerlas en el transcurso para desde ahí decidir la posibilidad y conveniencia de tratamiento.

Los objetivos primordiales de la entrevista inicial son:

1. Especificar la demanda de tratamiento
2. Elaborar la primera impresión diagnóstica
3. Definir la primera estrategia de abordaje.

En síntesis se puede decir que la entrevista inicial considera la pertinencia tanto desde el punto de vista del paciente como desde el institucional de incluir al farmacodependiente y/o su familia en un proceso terapéutico.

1.1.2.-HISTORIA CLINICA

La historia clínica es el consecuente lógico de la Entrevista Inicial ya que en todos los casos en los cuales el paciente identificado sea considerado candidato viable para recibir atención terapéutica, salvo contadas excepciones (que en la entrevista inicial se indicara otra estrategia) pasara a la entrevista de Historia Clínica. Los principios y objetivos en ambas actividades son básicamente los mismos aunque en diferente nivel de profundidad.

La Historia Clínica es el núcleo del proceso diagnóstico y el eje de la estructura terapéutica, partiendo de las características particulares del caso (y entre ellas, las posibilidades de intervenir en él). Por consiguiente, el universo de información relativa al sujeto en consulta es recortado por el mismo en función de sus padecimientos y no de las infinitas variables que un especialista podría manejar. En esta línea, la Historia Clínica no consiste en el cúmulo de datos patológicos positivos o negativos, sino en sus hechos significativos todos ellos por su relación con la Farmacodependencia.

Así mismo la Historia Clínica es un registro que está constituido por:

- La historia del padecimiento actual, el cual hace referencia al orden cronológico en el que los síntomas han tenido lugar, de que manera han evolucionado y cual ha sido el abordaje terapéutico.
- La descripción breve del problema, el eje conductor de la farmacodependencia, la cual deberá describirse paralelamente al resto del síntoma tanto físicos como psíquicos que se asocian con la problemática.
- El conocimiento de la fecha aproximada de iniciación del síntoma es un dato útil ya que permite ubicar en el tiempo, la cronología del padecimiento, las circunstancias personales, familiares y sociales en las que el síntoma hizo su aparición.
- La evolución la cual se refiere al curso y a las modificaciones de los síntomas, esta puede ser hacia la progresión, el estancamiento, por la remisión o exacerbación de los mismos.

- La intervención terapéutica a la que se recurrió pudo haber sido en orden médico, psicológico o no convencional. El rubro de la historia personal se refiere a todos aquellos datos sobre la vida personal del paciente que pueden ser recopilados a fin de atender las causas y efectos de la Farmacodependencia.
- Antecedentes personales en donde los aspectos más importantes pueden resumirse en la unión de los padres, el nacimiento del paciente, primera y segunda infancia, el nacimiento de los hermanos, la adolescencia, las uniones, la menopausia, ID,LD, enfermedades, pérdidas, etc.

Por otro lado los antecedentes personales relacionados con la farmacodependencia se refieren a aquellos eventos, circunstancias y variables que se encuentran estrechamente ligados al consumo de drogas, como por ejemplo: cambios, pérdidas, enfermedades, etc.

- Rasgos caractereológicos que se refieren a las características generales que definen la personalidad del paciente, estos datos, deben ser tomados en cuenta los antecedentes personales, lo observado en la entrevista, etc.
- El examen mental es un recurso clínico que permite conocer el funcionamiento mental de una persona, presupone un conocimiento previo de la forma en que efectúa y de la significación clínica de los signos y síntomas observados.

La ubicación del paciente identificado, frente a la familia, habla del grado de coherencia o consistencia entre la demanda de tratamiento para la familia y el propio paciente, es decir, como queda ubicado este último frente a la solicitud de la familia.

El análisis de relación entre el paciente y terapeuta, habla de cuales son los elementos que se han puesto en juego a lo largo de la entrevista.

- En conclusión, los objetivos de la historia clínica son:
- Contar con los datos clínicos necesarios del paciente y la familia a fin de:
- Especificar las características del proceso patológico
- Definir la procedencia y características de la demanda terapéutica
- Obtener un perfil clínico del paciente y la familia.
- Precisar una impresión diagnóstica inicial y un diagnóstico diferencial.

Así pues se puede decir que la Historia Clínica es el instrumento más especializado que la Entrevista Inicial y orienta el origen de los síntomas relativos a la Farmacodependencia, focalizando el problema y jerarquizando aquellos aspectos relevantes a fin de consignar todos los eventos que hayan incidido en esta problemática y que se conjuntaron con la información obtenida de los registros diagnósticos restantes como son el examen físico neurológico e informe social.

1.1.4.-EXAMEN FISICO NEUROLOGICO

La exploración física y neurológica del paciente farmacodependiente es parte indispensable de un proceso de evaluación diagnóstica que permite contar con elementos para la detección de patología orgánica asociada con el consumo de drogas, a su vez la detección de esta permitirá la aplicación oportuna de las medidas terapéuticas pertinentes.

Los objetivos del Examen Físico y Neurológico son:

- Establecer un diagnóstico médico general.
- Establecer un diagnóstico neurológico

Las ventajas que ofrece este instrumento en relación con el que se incluía en la Historia Clínica anterior son:

- 1) Permite un registro más exacto de la información.
- 2) Se encuentra más sistematizado, es decir, se señalan los puntos específicos que constituyen la exploración física y neurológica en forma desglosada.
- 3) Permite una mayor organización de los datos obtenidos a fin de puntualizar el diagnóstico y planificar el tratamiento.

1.1.5.-INFORME SOCIAL

La información de algunos aspectos socioeconómicos dentro del Expediente Clínico para pacientes farmacodependientes se encuentra en la función de los objetivos de atención a los que responde dicho expediente. Es por ello que se ubica dentro de la etapa diagnóstica, ya que es un informe que indaga sobre aspectos del medio ambiente social en el que se desarrolla el paciente. El registro del Informe Social es el único dato donde se indagará de manera detallada sobre, la identificación del paciente, su constelación familiar, historia escolar, historia laboral, e información sobre su comunidad y su ubicación dentro de ella. Los objetivos fundamentales de el Informe Social son:

Identificar aspectos sociales significativos para el tratamiento del paciente y la familia en ausencia de este. Obtener información para elaborar las estrategias de

Orientación familiares y de Farmacodependientes y servicios terapéuticos conexos y de apoyo.

El informe social contempla y valora la importancia que proporciona el campo de trabajo social y su vinculación con el proceso diagnóstico, así como la información que apoya en el tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia.

1.1.6.-PRUEBAS PSICOLÓGICAS

La utilización de Pruebas Psicológicas permite la exploración de algunos tipos de conducta y los aspectos más relevantes de la patología del sujeto que se ocultan tras la capacidad de verbalización.

La selección de test y su administración está condicionada por el tipo de relación predominante entre el paciente y el terapeuta. La planificación de la batería debe responder al necesario conocimiento y comprensión del paciente por parte del terapeuta. Incluyendo aquellos aspectos que recaben el mayor número de conductas posibles, considerando los aspectos básicos de inteligencia, personalidad y organicidad.

Con todo lo anterior se puede decir que los objetivos primordiales del Registro de Pruebas Psicológicas son:

- Elegir dentro de las pruebas normalizadas las necesarias para la valoración psicológica.
- Establecer la comparación entre un mismo tipo de conductas con diferentes instrumentos y diferentes tipos de conducta entre sí.

Integrar los resultados obtenidos de la batería seleccionada, estableciendo el diagnóstico psicológico incluyendo los conflictos y defensas significativas.

La inclusión del Registro de Pruebas Psicológicas abre en el espacio diagnóstico psicológico tan necesario en el ámbito clínico para auxiliar en la exploración de los aspectos psicodinámicos del sujeto que han sido observados en la entrevista y en las técnicas destinadas a ello.

1.1.7.-DIAGNOSTICO FAMILIAR.

El diagnóstico familiar es un formato que registra la información sobre los miembros de una familia y las relaciones entre ellos: así mismo proporciona la percepción de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre como un problema clínico como lo es la Farmacodependencia que puede estar relacionado con el contexto familiar y ser sostenido por este a través del tiempo. Por lo que poder establecer un diagnóstico ayuda no solamente al terapeuta tratante, sino que dentro de la historia clínica proporciona un eficiente resumen, permitiendo a los terapeutas que desconocen el caso, adquirir en forma gráfica y rápida una gran información sobre una familia, así como una visión de los problemas potenciales; constituyendo también un punto de apoyo para formular hipótesis y estrategias terapéuticas.

La instrumentación del registro de Diagnóstico Familiar comprende:

Un instructivo de llenado para el diagnóstico familiar en el que se indica en forma clara y precisa lo que corresponde a cada punto.

La hoja correspondiente al diagnóstico familiar es en el que se deben de registrar los datos que permiten generar e ir estructurando información más amplia y precisa sobre la familia

siendo estos:

- La ficha de identificación y el famioliograma, que contienen los datos necesarios del paciente y las personas que integran el grupo familiar.
- El mapa estructural.- que representa un apoyo gráfico sintetizado, de la organización, los movimientos y cambios que se van presentando en el sistema familiar.
- El ciclo vital de la familia, tipo y tendencia al cambio.- los cuales proporcionan información básica y específica de la familia, permitiendo establecer un margen de referencia de sus características más comunes, su flexibilidad al cambio, sus recursos, apoyándose en estos y elaborar una planeación acorde a la situación.
- Las hipótesis iniciales. Esto es formular supuestos retomando la información de los puntos anteriores y las posibles relaciones de la familia alrededor del síntoma , lo que posibilita en forma objetiva el ir construyendo a la par las estrategias de intervención que darán inicio a las subsecuentes.

En síntesis se puede decir que el Diagnostico Familiar forma parte de la historia clínica y se realiza en función de los objetivos de tratamiento a pacientes farmacodependientes cuya elaboración se realiza dentro de una etapa

diagnostica, circunscrita a la consideración de la necesidad de un abordaje de la terapia Familiar.

1.1.8.-FARMACOTERAPIA

La farmacoterapia es una herramienta terapéutica importante que combinada con diferentes modalidades psicoterapéuticas sirve para tratar la farmacodependencia y la comorbidad que suele acompañarlas coadyuva en el manejo farmacológico decisivo.

Además puede servir como otra forma auxiliar de tratar la ansiedad o depresión paralizantes o en aquellos casos en los que sea necesario lograr la remisión de brotes psicóticos.

Por medio del tratamiento farmacológico combinado, se persigue la rehabilitación de los pacientes para que logran su re inserción en el ámbito familiar y social.

Esta alternativa de tratamiento puede ser aplicado por el mismo terapeuta familiar, si es psiquiatra, en caso de ser psicólogo podrá remitir a interconsulta.

Los objetivos en farmcoterapia son: utilizar adecuadamente los recursos teóricos y administrativos que implementan el tratamiento farmacológico de los pacientes farmacodependientes.

Así mismo facilitar a los médicos la prescripción de los psicofarmácos para coadyuvar el tratamiento de los pacientes farmacodependientes, combinado o no el tratamiento con otros proyectos.

REHABILITACION

El proceso de rehabilitación consiste en ayudar a los farmacodependientes y sus familiares a desarrollar sus capacidades psicosociales que le permitan desarrollar las situaciones de crisis que se presentan y a su vez aprovechar los recursos comunitarios (redes sociales) en el establecimiento de un sistema de vida diferente y satisfactorio fuera del consumo de drogas. Para llevar esto a cabo se desarrolla un programa y se da seguimiento al caso es decir. En la realización de las actividades programadas, el paciente y/o los familiares empiecen a participar activamente en las distintas actividades que componen el programa y con diferentes redes sociales que se hayan indicado, entendiendo como redes sociales a un grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos, y otras personas capaces de aportar una ayuda y dar un apoyo duradero a individuo o a una familia.

RECURSOS MATERIALES CON LOS QUE CUENTA EL CENTRO LOCAL

“IZTAPALAPA SUR”:

Los recursos materiales con los que se cuenta son los siguientes: La dirección que es un cubículo de aproximadamente 5*3 mts, 6 cubículos de aproximadamente 3*3 mts., dos baños, la biblioteca que es también utilizada como sala de juntas, y una sala destinada al área de terapias grupales. (ver anexo 11)

El mobiliario con el que cuenta 7 escritorios, 1 televisión, 1 videocasetera, 1 diván, una mesa grande, una mesa de pin-pon, un archivero, tres vitrinas, 1 locker donde se guardan los medicamentos, una máquina de Escribir, un closet y varias sillas y 2 sillones.

Además de una Combi para transportar a los Integrantes del Centro, por otra parte se recibe periódicamente papelería necesaria para funciones administrativas así como las del servicio.

CAPITULO 6

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

1.-LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA" SE PLANTEAN A DOS NIVELES:

A) NIVEL INSTITUCIONAL:

- Propiciar situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permita relacionar al Psicólogo como profesional de la conducta comprendido con la solución de problemas nacionales.
- Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas nacionales prioritarios
- Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar las técnicas de intervención psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficacia de la carrera de psicología para formar profesionales de utilidad para el desarrollo nacional.

B) NIVEL ESTUDIANTIL

- Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.
- Desarrollar las habilidades que permitan aplicar en la práctica los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrada durante la carrera.
- Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir de un análisis y aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado.

**OBJETIVOS DE CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL PARA EL PROGRAMA DEL
VOLUNTARIADO Y SERVICIO SOCIAL:**

(C.I.J. Guías técnicas de atención Preventiva, 1982)

OBJETIVO GENERAL:

Formar recursos humanos como multiplicadores de la acción preventiva en la comunidad y en los proyectos de la institución.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Capacitar y supervisar a los voluntarios y pasantes en materia de prevención de la farmacodependencia de tal modo que puedan participar activamente y con un buen nivel profesional en los proyectos de las áreas de prevención.
- Capacitar a voluntarios de la comunidad y pasantes de acuerdo a su nivel educativo y al papel que desempeñen en esta, como su apoyo a proyectos preventivos.

OBJETIVOS DEL PASANTE

- Poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera aplicándolos en el ámbito social, familiar e individual.
- Conocer a fondo el problema de la Farmacodependencia, origen, historia y desarrollo hasta nuestros días.
- Conocer las causas que orillan a la farmacodependencia
- Conscientizar a la sociedad de cómo la farmacodependencia representa en nuestros días un grave problema.
- Conocer el tipo de atención terapéutica que se le proporciona a los Farmacodependencia.
- Señalar la importancia de la familia como parte importante del tratamiento.
- Poder involucrar a las familias de Farmacodependientes en el tratamiento de estos.
- Poder aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera de Psicología en cuanto a tratamiento se refiere.
- Proponer alternativas en cuanto a tratamiento se refiere.

CAPITULO 7

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
Y
POBLACION ATENDIDA

ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y POBLACIÓN ATENDIDA

Las actividades desarrolladas durante el período comprendido de Febrero a Noviembre de 1994 fueron las siguientes:

ACTIVIDAD	TIEMPO EN HORAS	NUMERO DE CONCURRENTES	TEMAS QUE SE TRATARON
PERIODO DE CAPACITACION	60 HORAS 3 SEMANAS	12 PERSONAS	*CONOCER A LOS INTEGRANTES DEL GRUPO A TRAVES DE DINAMICAS ENTRE LAS CUALES SE ENCUENTRAN *CANASTA DE FRUTAS, LA TELARAÑA, EL ESPEJO ETC..
DINAMICAS GRUPALES PARA LOS PASANTES DE PSICOLOGIA	20 HORAS	SOLO PASANTES DE SERVICIO SOCIAL Y PRACTICAS PROFESIONALES	*LOS ORIGENES DE LA INSTITUCION CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL, *ORIGENES DE LA FARMACODEPENDENCIA, *TIPOS DE DROGAS *TIPOS DE USUARIOS *FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PROBLEMA DE LA FARMACODEPENDENCIA

Las actividades que se llevaron a cabo posterior a la capacitación fueron principalmente de prevención y entre las más comunes se encontraron los proyectos de Información Pública Periódica y Escuelas

ACTIVIDAD	TIEMPO EN HORAS *SESION	NUMERO DE CONCURRENTES	TEMAS QUE SE TRATARON
PROYECTO IPP (INFORMACION PUBLICA PERIODICA)	45 MINUTOS POR SESION	APROXIMADAMENTE 30 A 45 PERSONAS POR SESION DIFERENTES TIPOS DE POBLACION: COMUNIDADES DIVERSAS, GRUPOS DE PADRES, VECINOS, ETC	*DEFINICION DE FARMACODEPENDENCIA *DEFINICION DE TIPOS DE DROGAS *TIPOS DE USUARIOS *CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA *QUIEN ES CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL *QUE OFRECE
PROYECTO ESCUELAS	45 A 60 MINUTOS POR SESION	GRUPOS DE 30 A 45 ALUMNOS DE SECUNDARIAS, CONALEP Y BACHILLERATOS	*TIPOS DE DROGAS MAS USUALES *CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD *ADOLESCENCIA *TIPOS DE USUARIOS DE DROGAS *DEFINICION DE FARMACODEPENDENCIA *CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA *PROYECCION DE L VIDEO CON LAS MANOS EN LOS BOLSILLOS.

En el segundo trimestre de permanencia en C.I.J. se trabajo en un proyecto comunitario el cual consistió en realizar encuestas de tipo socioeconómicas a 50 habitantes de la

colonia Ampliación Santiago en donde el objetivo principal era conocer las condiciones bajo las cuales vivían los miembros de esa entidad.

ACTIVIDAD	TIEMPO EN HORAS *	NUMERO DE CONCURRENTES	TEMAS QUE SE TRATARON
INVESTIGACION COMUNITARIA	120 HORAS	50 PERSONAS	SE REALIZARON 5 ENCUESTAS SOCIOECONOMICAS EN EL PUEBLO DE SANTIAGO ACAHUALTEPEC EN IZTAPALAPA, EL OBJETIVO DE ESTAS ES DETERMINAR LA INCIDENCIA DE FARMACODEPENDENCIA EN LA REGION

Durante el tercer trimestre se inicio una nueva modalidad dentro la función de C.I.J. se desarrollaron cursos de verano para niños durante el periodo vacacional julio – agosto

ACTIVIDAD	TIEMPO EN HORAS *	NUMERO DE CONCURRENTES	TEMAS QUE SE TRATARON
ORIENTACION PREVENTIVA INFANTIL (OPI)	120 HORAS	20 NIÑOS EN HORARIO MATUTINO Y 20 NIÑOS EN HORARIO VESPERTINO	SE IMPARTIERON TALLERES DE *REGULARIZACION *ARTES PLASTICAS *DIBUJO *DECORACION Y ARTESANIAS *DEPORTES Y ENTRETENIMIENTO * SE DABAN PLATICAS DE ORIENTACION EN DONDE SE DABAN TEMAS COMO: *QUE ES UNA DROGA *QUE HACER CUANDO NOS OFRECEN DROGA *QUE DAÑOS NOS OCASIONAN LAS DROGAS EN EL ORGANISMO SE REALIZARON VISITAS A DIVERSAS INSTITUCIONES COMO EL PLANETARIO LUIS ENRIQUE ERRO, LA EMPRESA BIMBO, BOING Y PEPESI
ORIENTACION FAMILIAR A PADRES (OFF)	60 HORAS	20 PADRES DE FAMILIA TURNO MATUTINO Y 20 PADRES DE FAMILIA TURNO VESPERTINO	SE IMPARTIERON PLATICAS A LOS PADRES DE LOS NIÑOS QUE ASISTIAN A LOS CURSOS DE VERANO. LOS TEMAS QUE SE TRATARON : *LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA *EL DESARROLLO DEL NIÑO *LA ADOLESCENCIA Y SUS CAMBIOS *QUE ES UNA DROGA *TIPOS DE DROGAS *FACTORES QUE OCASIONAN LA FARMACODEPENDENCIA *TIPOS DE USUARIOS *QUE HACER CUANDO EXISTE UN NIÑO FARMACODEPENDIENTE DENTRO DEL HOGAR

Durante el cuarto y ultimo bimestre se llevaron a cabo platicas de información a adolescentes, mediante el proyecto escuelas.

ACTIVIDAD	TIEMPO EN HORAS *	NUMERO DE CONCURRENTES	TEMAS QUE SE TRATARON
PROYECTO ESCUELAS	45 MINUTOS POR SESION	APROXIMADAMENTE DE 30 A 40 PERSONAS POR SESION DIFERENTES TIPOS DE POBLACION	*DEFINICION DE FARMACODEPENDENCIA *TIPOS DE DROGAS *CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA *QUIEN ES CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL *QUE OFRECE LA INSTITUCION

CAPITULO 8

ANALISIS Y DISCUSION

ANALISIS Y DISCUSION

Sin duda alguna el Servicio Social representa para el pasante de psicología un compromiso, con el entorno social.

Mediante este se pretenden cubrir una serie de objetivos los cuales estarán dirigidos a apoyar a la sociedad en diferentes problemas y corresponderá al psicólogo plantear soluciones prácticas a tales problemas de manera que permitan un desarrollo personal y profesional.

Así entonces esta etapa representa indudablemente un periodo significativo en la formación de todo profesionista ya que al enfrentarse a los diversos problemas de la sociedad tiene que poner a prueba su creatividad y todos los conocimientos adquiridos durante la formación profesional a fin de poder brindar una solución a estos.

Este periodo además de exponer al pasante a nuevas situaciones (enfrentamiento directo con la comunidad, intercambio de experiencias, etc..) le permite la adquisición de nuevos conocimientos , que al complementarlos con los adquiridos en la facultad de Estudios Superiores "Zaragoza" permiten un desarrollo integral.

Al tratar de delimitar el análisis del trabajo realizado durante el periodo comprendido de (Febrero a Noviembre de 1994) en Centros de Integración Juvenil centro local "Iztapalapa Sur" , se puede comentar que las actividades del pasante estuvieron orientadas en su mayoría a labores preventivas en donde se ponía especial atención en zonas marginadas de esta región.

El hecho de enfrentarse a un público que demanda información verídica , real y

con un lenguaje coherente, demanda al psicólogo conocimientos sobre el tema ante esto cabe mencionar que estos fueron brindados en su momento por la Psicóloga Monserrat Lovaco.

Delimitando el análisis de lo realizado por el pasante, dentro de los proyectos pertenecientes a la institución donde se presentó el servicio social, resulta penoso indicar que dentro de las actividades de tratamiento y rehabilitación se tiene limitada la intervención del pasante, ya que en su mayoría corresponden al personal de base estas actividades.

Ante esto el periodo comprendido durante el servicio social estuvo delimitado sólo a aspectos preventivos y no abarcaron en una forma total la formación que el pasante requiere para una mayor expansión profesional.

A continuación se menciona el análisis de cada uno de los objetivos propuestos a fin de comentar los alcances obtenidos en cada uno de ellos.

ANALISIS

ANALISIS DE LOS OBJETIVOS DE LA FES. ZARAGOZA.

En general se puede comentar que tanto los conocimientos que proporcionó Centros de Integración juvenil, como los que proporcionó la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza", contribuirán al desarrollo profesional, sin embargo cabe mencionar que se requiere que dentro del plan de estudios de la F.E.S. "Zaragoza" se contemple el tema de la Farmacodependencia como materia de estudio, debido a que en la actualidad son cada vez mas los jóvenes que se ven involucrados en esta problemática y al egresar de la carrera no se tienen los conocimientos suficientes en base a este tema para poder intervenir adecuadamente.

ANALISIS DE LOS OBJETIVOS CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL

Cabe mencionar que estos objetivos dejan sin lugar a dudas más satisfecho al pasante de Psicología ya que la capacitación por parte de C.I.J. se proporcionó desde el primer día de ingreso al servicio social, los conocimientos adquiridos estuvieron enfocados en un 90% a niveles preventivos así mismo se pudo conocer la historia de las drogas, los programas que la institución imparte, y el desarrollo que la farmacodependencia ha tenido en los últimos años, etc..

Los programas que la institución imparte están adaptados para cada sector de la población (niños, adolescentes y adultos) por lo que la información brindada se adecua a diversos sectores de la comunidad.

ANALISIS DE LOS OBJETIVOS DEL PASANTE

La Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza" proporciona durante toda la carrera, elementos que le ayudan a enfrentarse a la sociedad, a través de ellos se facilita el manejo de grupos, el trabajo con niños, adolescentes y adultos. Sin embargo cabe mencionar que al egresar de la carrera es poca la información que se tiene respecto al tema de la farmacodependencia.

Siendo en la actualidad de vital importancia para los estudiantes de psicología tener este tipo de información ya que en la actualidad las drogas se están convirtiendo en un grave problema de salud pública, y se necesita gente capacitada para poder enfrentarlos adecuadamente.

Es por ello que considero que debería de dársele importancia a este tema y no verlo como parte de un objetivo del curso y que en ocasiones no se llega a cubrir debido al poco tiempo.

Centros de Integración Juvenil considera que la farmacodependencia es consecuencia de tres factores que de manera directa o indirecta contribuyen a su origen. Estos son factores individuales, familiares y sociales)

Aunque dentro de C.I.J se consideran estos 3 factores como importantes, muchas veces al psicólogo solo se le permite intervenir en el plano social, ya que el individuo y la familia son de uso exclusivo del personal de base, y no se le brinda la oportunidad de participar más que en pláticas preventivas.

Dentro de C.I.J. la familia es vista como parte integrante de un programa preventivo denominado proyecto Orientación Familiar a Padres y difícilmente es vista como parte del tratamiento, en primer lugar por que no se cuenta con el espacio necesario para poder atenderla, en segundo lugar por que la familia generalmente prefiere no involucrarse con la problemática del paciente y le deja la responsabilidad al terapeuta o algún miembro de la familia, y por último depende de las inclinaciones del terapeuta para poder actuar en el problema.

Por lo tanto la intervención del pasante se limita a acciones preventivas y no se le permite realmente intervenir en el plano del tratamiento.

Es por ello que el objetivo del presente trabajo pretende ofrecer al pasante de psicología alternativas que espero contribuyan a su crecimiento profesional.

Para ello en la discusión pretendo justificar el por que se sugiere que se involucre a la familia en este tipo de problemas, inicialmente menciono el contexto general de la farmacodependencia, posteriormente la forma de trabajo dentro de Centros de Integración Juvenil y finalmente la propuesta realizada.

DISCUSION

Las causas por las cuales un individuo se inicia en la farmacodependencia varían ampliamente, estas pueden estar determinadas por una gran variedad de circunstancias entre las cuales se encuentran clase social, sexo, ideologías, modos de vida, etc. Sin embargo Centros de Integración Juvenil, ha considerado que el origen y desarrollo de ésta es un fenómeno multicausal en donde intervienen factores sociales, familiares e individuales

Dentro de los factores sociales se encuentran cambios bruscos y acelerados de la población estos cambios están determinados por aspectos socio – económicos, políticos, culturales, científico- tecnológicos, la urbanización ,los enormes movimientos migratorios, hacinamiento, la pobreza extrema, etc. Ante esto el individuo se ve en la necesidad de buscar condiciones de vida que le permitan subsistir y satisfacer sus necesidades . Sin embargo al no poder satisfacerlas recurre a diferentes medios de satisfacción ficticia entre estos se encuentra el alcoholismo, el tabaquismo y muy recientemente el abuso de drogas.

De igual forma los factores originados por el sistema socio – económico en que se encuentra el individuo ocasiona situaciones como el desempleo, la pérdida del poder de compra y la creación de necesidades imaginarias que afectan en gran medida la

estructura familiar ,en la cual muchas veces se encuentra reflejada la problemática del medio social , cultural, económico y político de su contexto . Esta situación ocasiona en la mayoría de las veces cambios importantes como: la desintegración familiar, cambio de roles en donde en la mayoría de las veces ocasiona confusión familiar, sentimientos de abandono, ambivalencia afectiva, etc. .

Ante esto el individuo cada vez se va alejando más de su contexto familiar y se van creando en el sentimientos de menosprecio e inseguridad , claro que esto varia de sujeto a sujeto dependiendo de las características de personalidad.

Como se puede observar tanto lo social, como familiar e individual pueden ser factores se encuentran relacionados para que se faciliten ciertas conductas antisociales como la farmacodependencia.

Centros de Integración juvenil considera que la atención de este fenómeno requiere de un abordaje de salud pública que promueva la participación solidaria de los sectores sociales en su conjunto. A fin de poder brindar una atención integral que considere al individuo, a la familia y a la sociedad.

Es por ello que cuenta con equipos interdisciplinarios constituidos por médicos generales, psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos los cuales desde sus áreas específicas participan conjuntamente con los integrantes de las comunidades en las cuales existe una gran incidencia de farmacodependencia, a través de diversas acciones como son: prevención, tratamiento y rehabilitación.

PREVENCION

A través de los programas preventivos se pretende informar a la población la magnitud e importancia que tiene el conocer las posibles causas y efectos de la farmacodependencia.

La misión de estos programas es sensibilizar a diversos grupos entre los cuales se encuentran escuelas, grupos de vecinos y otras comunidades durante sesiones que duran entre 30 o 40 minutos y en donde el tema principal son las causas y efectos de la farmacodependencia.

Si bien los objetivos que persiguen estos programas son muy ambiciosos y prometen cambios importantes en la población a la que se le imparten, lamentablemente no tienen el mismo impacto en todas las personas ya que algunos grupos, principalmente en las escuelas estas pláticas son vistas solo como un requisito escolar, quedando esta solo como información primaria y sin ninguna relevancia.

Desafortunadamente el término prevención en este aspecto se está convirtiendo en una utopía ya que cada vez son más los casos de farmacodependencia y la población está más preocupada en subsistir que en hacer labores preventivas.

TRATAMIENTO

El tratamiento dentro de Centros de Integración Juvenil se encontraba guiado por la perspectiva de psicoterapia breve con orientación psicoanalítica, la cual sólo se empleaba de manera individual y escasamente se involucraba a la familia

Para Centros de Integración Juvenil el reconocimiento de incluir en terapia a la familia del farmacodependiente es reconocido sin embargo esta se utiliza solo con fines de

diagnostico para determinar las pautas de interacción y comunicación en la familia y no como una posible forma de trabajo terapéutico.

Desde el origen del ser humano se ha considerado la importancia de la familia como parte fundamental del desarrollo de la sociedad y del mismo individuo.

Dentro de la familia el ser humano adquirirá valores, patrones de comportamiento, un lenguaje, una cultura y modo de vida de cada integrante .

Salvador Minuchin (1980); menciona la importancia de la familia y la describe como una célula la cual se encuentra en constante movimiento e interacción con el medio interno y externo, como todos los organismos , la familia tiende a la conservación y a la evolución. Aunque solo puede fluctuar dentro de ciertos límites , posee una gran capacidad de adaptación y cambio, manteniendo su continuidad.

En el interior del sistema familiar se desarrollan pautas de comportamiento destinadas a asegurar que la conducta de los miembros individuales se regulen en armonía con el guión general , que comande la supervivencia de la familia en el mundo circundante.

Algunos otros autores como Bateson (1972) consideran que las características eminentes del individuo , están determinadas por su pertenencia a un grupo humano , en este caso el originario que es la familia, desde este punto de vista se puede considerar que el proceso de socialización individual y de desarrollo familiar es por naturaleza relacional

En este sentido la familia puede funcionar como generadora de conductas socialmente aceptadas así como de conductas no deseadas.

Al realizar una revisión teórica sobre la forma de trabajo terapéutico que considere a la familia como una totalidad se encontró que dentro del trabajo realizado por Salvador Minuchin (1980) se establece que la familia ofrece un conjunto de herramientas que pueden contribuir al entendimiento de la dinámica interna en donde existan problemas de relación.

Minuchin (1980); define a la familia como sistema sociocultural abierto en proceso de transformación el cual mantiene nexos con lo extra familiar es decir con la sociedad ,él considera que el pasado del sujeto y de la familia es importante pero no determinante en su vida y su conducta presentes así mismo la posición que el sujeto tenga en la forma de organización familiar influirá en el comportamiento del mismo.

Terapia Familiar Estructural es el nombre que Minuchin da a su teoría; como su nombre lo indica se centra en el estudio de la estructura familiar y define a esta como un conjunto de demandas en las que se involucran los miembros de la familia como parte de los procesos de interacción, estos están determinados por lo que Minuchin (1980) denomina variables estructurales las cuales se conforman por límites y jerarquías , por una parte los límites implican reglas de participación en donde cada miembro deberá saber lo que esta y no esta permitido dentro de la familia y por otro lado las jerarquías que encierran reglas de poder. En este aspecto el acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de distintas estructuras de comunicación que conllevan a los tipos de límites.

Desde este punto de vista se considera que la modificación de las reglas concernientes

a los límites y las jerarquías impacta profundamente las transacciones familiares produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción en el caso de las familias en donde existe un farmacodependiente se puede observar como en ocasiones los límites pueden ser muy rígidos por ejemplo los padres que no aceptan que sus hijos crezcan y se muestran cerrados con ellos, no permitiendo a estos acercarse para conversar de temas como la sexualidad, el alcoholismo, la farmacodependencia etc. esto provoca en los hijos necesidad de buscar esa información en otros medios que tal vez no sean los adecuados.

Tal es el caso de JO quien relata:

Cuando era niña, jamás creí que usaría drogas. Solía pensar que la gente que bebía y consumía drogas era mala, luego algunos de mis amigos comenzaron a intoxicarse y me sentí hecha a un lado, cuando le pregunté a mi madre que es lo que ella pensaba acerca de las drogas, no me respondió. Tenía ya doce años y sentía curiosidad por saber que se sentía así que decidí que probar una vez no me haría daño.

Después de un tiempo, dejé de realizar las demás actividades que solía hacer, como jugar beisbol, y otras cosas intoxicarme era lo único que me importaba, estaba consumiendo drogas casi todos los días.

En este caso se puede observar como los límites de comunicación entre los padres y la adolescente son cerrados ya que no se le permite obtener información sobre algunos temas, además si se considera que la reestructuración familiar propia de los periodos de transición de una etapa de ciclo a otra puede producir un alto nivel de estrés ya que

generalmente los padres no pueden aceptar que los hijos ya son adultos entonces dentro del sistema se pueden crear ciclos de conducta disfuncionales .

Aunque en la mayoría de las familias cambian sus pautas de comportamiento de formas adaptativas , algunas responden al estrés de modo disfuncional "aferrándose a las antiguas formas de comportamiento" por lo que se asocian a la aparición de síntomas que crean movimientos centripetos en el sistema familiar , impidiendo la evolución del sistema familiar.

En este aspecto la labor del terapeuta familiar estará encaminada a identificar los patrones de interacción funcionales y disfuncionales de la organización estructural de un sistema a fin de adecuar a la familia a las exigencias de los contextos evolutivos y los sociales que le corresponden.

Salvador Minuchin (1980) considera que las relaciones patológicas se suscitan cuando existe un patrón de desviación del conflicto, en este caso la si se tiene dentro de la familia peleas y riñas constantes entre los padres la farmacodependencia podría funcionar como patrón de desviación ya que ahora la atención se centrará en el miembro farmacodependiente y no en los problemas de los padres.

Un ejemplo de ello es el caso de Bob.

Los padres de Bob tenían problemas de relación desde mucho antes que este comenzara a hacer uso de las drogas . Sus padres se habían divorciado cuando el tenía 7 años y al parecer no lo manejo adecuadamente. Los padres mencionan que Bob fue el instrumento de su separación ambos lo utilizaban para lastimarse

posteriormente Bob comenzó a meterse en problemas de drogas después de que se consumo el divorcio . A partir de este suceso la relación de los padres se centro en la atención de Bob.

En este caso se observa como una relación patológica en este caso la farmcodependencia fue un instrumento de una relación conflictiva (relación entre los padres)

Así entonces el enfoque estructural planteara un objetivo terapéutico el cual estará encaminado a modificar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, induciendo novedad y diversidad en las estrategias de vida de la familia que sustituyan las pautas de rigidez y rutina crónica que caracterizan al sistema patológico.

Desde esta perspectiva si se considera a la farmacodependencia como un síntoma generado por las diferentes pautas de relación de la familia entonces se podría mencionar que al tomar esta como unidad de tratamiento , se podría lograr una avance en el tratamiento de esta problemática en este aspecto la labor del terapeuta estará encaminado a modificar la estructura y las pautas disfuncionales, que muchas veces encuentran enlazadas a las etapas del ciclo de vida por las que atravieza la familia .

El enfoque estructural propone estrategias de intervención tales como: cuestionamiento de la realidad, cuestionamiento del síntoma y cuestionamiento de la estructura familiar (citados en el capítulo 2) a través de estas se pretende que tanto la familia como el terapeuta establezcan un acuerdo sobre los objetivos que se deberán alcanzar con el

tratamiento.

La terapia familiar estructural ofrece al psicólogo clínico estrategias que le permitan desarrollar planes de acción en los cuales la familia participe como generadora del cambio, partiendo del supuesto de que al modificar la estructura de la familia como consecuencia se modificaran las posiciones de los miembros de la familia y por ende las experiencias de cada uno de ellos

Cada una de estas estrategias permitirá a la familia expresar y manejar situaciones en donde se genera estrés, así mismo proporcionará al terapeuta herramientas de intervención que pueden ser útiles en su desarrollo profesional, aunque existen otras perspectivas en cuanto al manejo familiar se refiere, se considera que este enfoque puede no solo servir con fines de diagnóstico dentro de C.I.J. y al ser utilizado como alternativa de tratamiento en el problema de la farmacodependencia podría proporcionar una visión mas amplia de la familia.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Como se ha mencionado a lo largo del trabajo el fenómeno de la farmacodependencia afecta sin duda alguna a diversos sectores de la población entre los cuales se encuentran niños, adolescentes y adultos impactando por igual a las diversas clases sociales, religiones e ideologías.

En la actualidad la farmacodependencia se ha convertido en un grave problema de salud pública, ha tenido serias consecuencias y repercusiones en la sociedad los factores a través de los cuales se inicia un individuo en el abuso de drogas pueden ser consecuencias sociales, familiares e individuales.

Dentro de los factores sociales se han realizado estudios de prevalencia del abuso de drogas los cuales mencionan que en los últimos 20 años se ha intensificado la delincuencia y violencia manifiesta en diversos sectores de la población observando que la mayoría de los delincuentes están bajo los influjos de alguna droga, o bien recurren actos bandálicos con tal de obtenerla.

El fenómeno de la farmacodependencia se presenta en zonas urbanas marginadas de gran densidad demográfica encontrando una mayor incidencia en jóvenes y adolescentes procedentes de estos estratos. En este caso el aspecto socio económico y demográfico juegan un rol de suma importancia para dichos problemas, dado que de ellos emana el tipo de droga que el sujeto consume.

Así mismo es importante enfatizar que la familia proporciona al individuo sentido de identidad, y pertenencia de igual manera lo provee de herramientas para poder

defenderse ante el medio ambiente.

Así mismo la conducta individual como es bien sabido, no sigue parámetros lineales ya que ante estímulos iguales un sujeto puede responder de diversas maneras tales que proporcionen a él o a su grupo, una respuesta diferente o inesperada, llegando muchas veces a caer en el abuso de drogas.

Como es de observarse la farmacodependencia no tiene un indicador específico de su origen y su atención requiere la intervención de diversos profesionistas de la salud.

Centros de Integración Juvenil como una institución dedicada al estudio y tratamiento de la farmacodependencia menciona la importancia de la participación comunitaria siendo su objetivo capacitar a diferentes sectores de la población a fin de que estos puedan promover los programas que la institución imparte.

En este aspecto la labor del Psicólogo esta encaminada a capacitarlos a través de los programas preventivos, proporcionando opciones de cambio mediante el tratamiento y rehabilitación.

Por medio de los programas preventivos, Centros de Integración Juvenil A.C. pretende sensibilizar a la población sobre la complejidad del problema (farmacodependencia).

Dentro de estos proyectos se considera que el psicólogo tiene un papel determinante y a él corresponderá promover las acciones que el Centro ofrece posibilitando poner en práctica los conocimientos adquiridos en su formación profesional a través del manejo de grupos y la capacitación de los mismos.

Otra de las actividades de Centros de Integración Juvenil esta enfocado al tratamiento mediante este se pretende poner atención especial a los problemas de

farmacodependencia para ello Centros de Integración Juvenil considera la perspectiva de psicoterapia breve con orientación psicoanalítica, este enfoque pretende modificar la conducta patológica del farmacodependiente de manera individual considerando a este como único promotor y generador del síntoma y por lo tanto es él quien debe de contribuir y fomentar el cambio.

Sin embargo se considera que el ser humano es por naturaleza social y el primer grupo social con el que se enfrenta al nacer es la familia esta proporcionará desde sus primeros días conservación y evolución lo que permitirá al ser humano adaptarse a las exigencias de su entorno.

Al tratar de realizar una revisión teórica de los enfoques que estudian a la familia como opción de tratamiento se encontró que pocos fueron los trabajos realizados con problemas de farmacodependencia por lo que se consideró que el Enfoque Estructural propuesto por Salvador Minuchin puede ofrecer al terapeuta una visión diferente en el manejo y atención terapéutico de la familia.

En primer lugar esta perspectiva a diferencia de la psicoterapia breve considera a la familia como promotora del cambio y menciona que esta constituye una fuente de desarrollo del individuo, es por ello que esta es vista como una célula en proceso de transformación la cual se encuentra en constante interacción con su medio ambiente, y es capaz de adaptarse de acuerdo a las etapas por las cuales atraviesa.

Se considera que una familia como todo organismo vivo tiende a la conservación y a la evolución. Esto parece indicar que la familia para desarrollarse tendrá que alternar con períodos de desequilibrio que alternan con períodos de homeostasis, manteniendo la

fluctuación dentro de una amplitud manejable del sistema.

El enfoque Estructural concibe cuatro etapas principales de desarrollo organizadas en torno al crecimiento de los hijos .

Tales etapas comprenden la formación de la pareja, la familia con hijos pequeños , los hijos en edad escolar, los hijos en edad adolescente y la familia con hijos adultos.

Toda familia esta sujeta a presiones internas, que provienen de los cambios evolutivos de sus propios miembros y subsistemas, y a presiones externas, que provienen de la necesidad de adecuarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre sus miembros. En respuesta a estas demandas de dentro y de fuera, los miembros de la familia tienen que operar constantes transformaciones de su posición reciproca, de suerte que puedan crecer al tiempo que el sistema familiar mantiene su continuidad (Minuchin. , 1974)

La operación de una familia es normal si se adapta a las inevitables presiones de la vida de manera que pueda preservar su continuidad y facilitar sus reestructuraciones . En cambio si reacciona produciendo rigidez, sobrevienen conductas disfuncionales o sintomáticas.

El síntoma cumple una importante misión en la familia donde existen problemas de relación, o bien, interacciones disfuncionales dentro del sistema familiar, es así como el síntoma proporciona en la mayoría de los casos un escape para los subsistemas que tienen problemas de relación, por ejemplo cuando existen problemas de comunicación entre los padres con un hijo Farmacodependiente estos centrarán su atención en el Farmacodependiente y no en los problemas entre ellos.

Es por ello que la Terapia Familiar Estructural a través de sus técnicas de intervención parte del supuesto que al modificar la estructura de la familia, se modifican por consecuencia las pautas de interacción.

A diferencia de otras teorías psicológicas que desde un inicio intentan modificar el síntoma, la terapia estructural lo primero que asume es el modificar las pautas de interacción de la familia ya que por lo general las familias cuando acuden a terapia consideran a uno de sus miembros como el problemático y señalan al terapeuta sus luchas prolongadas y fallidas por solucionar el problema.

Al respecto menciona Minuchin (1979) "...El problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Las soluciones que esta ha intentado, no son mas que repeticiones estereotipadas de interacciones ineficaces que solo pueden reforzar los efectos del síntoma sin producir cambio "(pag. 148)

Es por ello que uno de los objetivos de la terapia es conscientizar a la familia que el paciente identificado como problemático no es sino una consecuencia de las pautas de interacción disfuncionales de la familia.

Esto se logra a través de las diversas estrategias propuestas por la Terapia Familiar Estructural como son: *cuestionamiento del sintoma*, a través de este se pretende modificar la concepción que la familia tiene del problema, mostrando una visión diferente y con posibilidad de cambio de lo que sucede para ello utiliza técnicas como son:

1. - La escenificación.- Que consiste en poner las interacciones familiares

En el acto de tal manera que se permita construir una secuencia interpersonal dentro de la familia, permitiendo así al terapeuta observar permanentemente las interacciones espontáneas a fin de que este decida que aspectos de los patrones disfuncionales deberá cambiar.

2. -El enfoque: A través de este el terapeuta centra su atención sobre una línea de acción que lo guíe a través de su objetivo primordial que será el deslindar fronteras poniendo énfasis en los lados fuertes de la familia.

3. -El logro de la intensidad: En ocasiones puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta pero no lo consideren importante por que no tienen en cuenta las diferencias inherentes con él respecto a su forma de ver las cosas. Es por ello que a través de esta técnica se pretende asumir la responsabilidad de que los mensajes realmente lleguen a la familia sobrepasando la sordera colectiva.

Otra estrategia de intervención es el *cuestionamiento de la estructura* mediante esta se pretende modificar el lugar o la posición desde donde los miembros de la familia se organizan ya que por lo general los sectores disfuncionales dentro de la familia, a menudo responden ya sea a una alianza excesiva o escasa entre subsistemas por lo que la labor del terapeuta estará encaminada a demarcar los límites entre subsistemas, cuestionando la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y funciones a través de técnicas como son:

1. -La fijación de fronteras: Con esta intervención se regula la permeabilidad de los límites excesivamente rígidos de tal manera que se vuelvan más permeables y los límites porosos se fortalezcan.

Al tratar de cambiar los límites, cambian las reglas que rigen las relaciones, posibilitando que el sistema familiar ayude al crecimiento psicosocial de sus miembros.

2. -El desequilibramiento: Mediante esta técnica se pretende modificar la jerarquía dentro de un mismo subsistema produciendo cambios importantes cuando en estos existe la capacidad para experimentarse con roles y funciones a un nivel interpersonal.

3. -La enseñanza de la complementariedad: Está se define como la capacidad de ver el problema formando parte de un todo más amplio y mostrar puntos de vista alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma y la creencia de que el paciente identificado puede controlar el sistema mediante su conducta.

Y por último se menciona el *cuestionamiento de la realidad familiar* mediante este se pretende modificar la visión de la realidad familiar por la cual se rigen los miembros de la familia para ello es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos, afectando la percepción de todos los miembros con respecto al síntoma, mediante técnicas como son:

1. -La modificación de los constructos cognitivos: Mediante esta tecnica el terapeuta altera los constructos cognitivos familiares presentando una visión del mundo diferente. Por lo que se trata de una intervención cognitiva tendente a alterar la epistemología familiar que se respalda en una institución o en la condición de experto.

2. -Intervenciones paradójicas: Esta técnica se basa en una postura de oposición por parte de la familia puesto que se espera que se oponga al componente del mensaje refiriendo su imposibilidad de cambiar, conteniendo implícitamente una alternativa que señala en dirección del cambio.

3. -La insistencia en los lados fuertes de la familia: Esta técnica es una forma de utilizar la connotación positiva y se trata de concientizar a la familia de la parte potencial de cambio que no se ve y que es encubierto por el síntoma.

En este aspecto el terapeuta debe de activar las áreas o facetas dormidas enfatizando las potencialidades que encubre la familia para que sus miembros las apliquen en la complejidad del problema.

Estas estrategias proporcionan al terapeuta una visión diferente en cuanto a alternativas de tratamiento, siendo por ello que considero que este enfoque puede proporcionar variedad y diversidad en la intervención con el farmacodependiente.

Dentro de una institución como lo es Centros de Integración Juvenil el tratamiento de la farmacodependencia es vista como un proceso en donde la familia es incluida a los grupos de padres y no vista como forma de tratamiento.

En este aspecto si se considera a la farmacodependencia como un síntoma ocasionado por un mal funcionamiento familiar, la labor del terapeuta estará encaminada a concientizar a la familia de que el problema no es el paciente identificado como farmacodependiente sino el mal funcionamiento familiar por lo que la labor comienza cuando la familia asume el papel de que es la estructura y las pautas de interacción pasadas la que deben de ser modificadas sin necesidad de que al modificarlas se produzca rigidez en el sistema familiar.

Es por ello que el objetivo principal del trabajo esta encaminada a modificar estas estructuras disfuncionales proporcionando a la familia novedad y diversidad para enfrentarse a los problemas que el medio exige.

SUGERENCIAS

SUGERENCIAS

Dentro de la realización del presente trabajo se pudieron observar una serie de limitaciones por lo que espero que las siguientes sugerencias puedan ayudar a futuras generaciones a tener herramientas para poder enfrentar las demandas de la sociedad.

Las sugerencias están dadas a dos niveles el primer nivel es desde las limitaciones que se pueden observar del plan de estudios de la Carrera de Psicología

Se propone que dentro del plan de estudios se implemente en clase teórica el tema donde se estudien vicios y adicciones incluyéndose el tema farmacodependencia de una manera más amplia, ya que si se considera que esta constituye en la actualidad un grave problema de salud pública la cual ha afectado diversos sectores de la población entre los cuales se encuentran niños, adolescentes y adultos. Esto repercute sin lugar a dudas en el desarrollo del país, de la familia y del individuo mismo que ante tal situación buscan en las drogas una forma de evadir los problemas.

Ante tal situación es cada vez más alarmante las cifras de personas que consumen drogas y pocas las instituciones dedicadas a su atención y los psicólogos al egresar de la carrera no cuentan con las herramientas teóricas necesarias para poder atender o siquiera conocer las causas del problema farmacodependencia, entonces se hace necesario fomentar en el alumno el interés por este tema.

Por otro lado por parte de la Institución en donde se realizó el servicio social se propone, que se involucre al pasante de psicología en otro tipo de actividades y no se limite su participación a aspectos meramente preventivos ya que al egresar de la carrera el psicólogo cuenta con una amplia gama de conocimientos que pueden

contribuir al desarrollo y crecimiento de la institución en donde se presta el servicio.

El aspecto principal de este trabajo es proponer como alternativa de tratamiento de la farmacodependencia a la terapia familiar estructural.

A partir de esta visión se pretende observar como la estructura de la familia puede en ocasiones funcionar como generadora del síntoma en este caso puede ser la farmacodependencia.

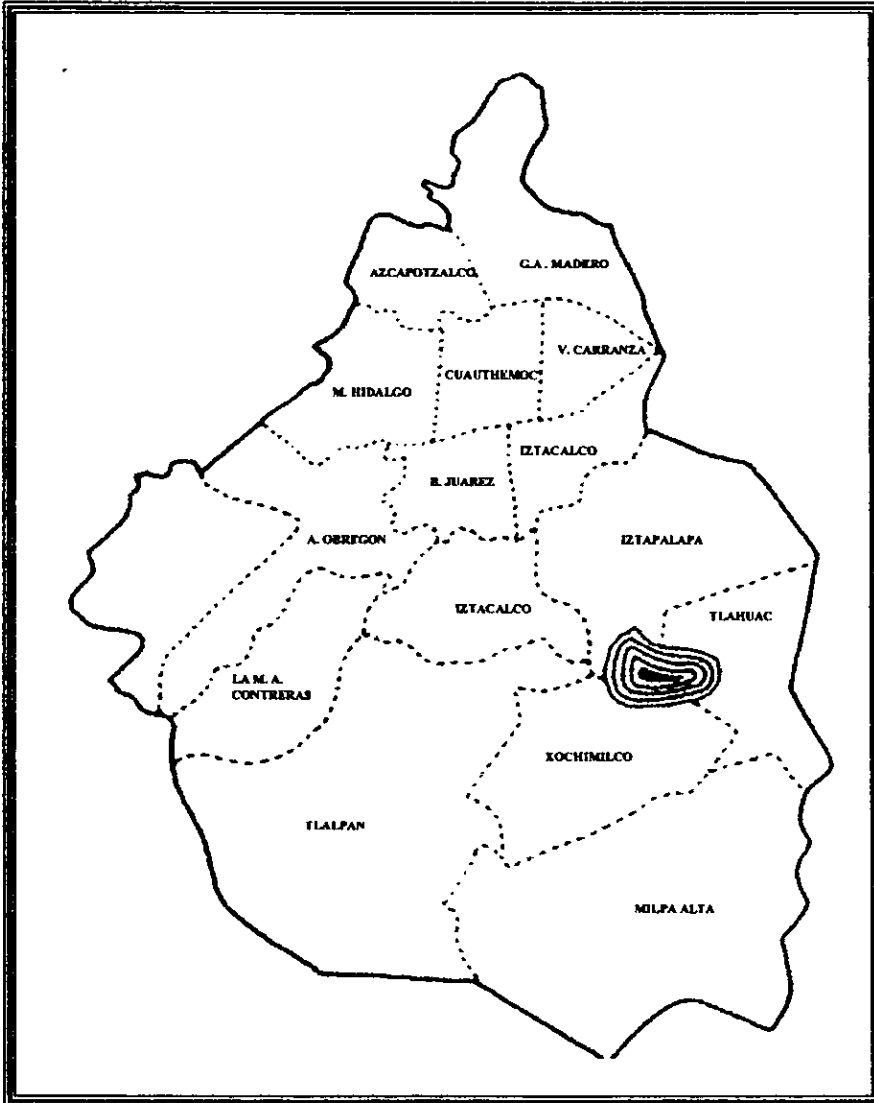
Esta teoría representa una visión diferente a otras perspectivas psicológicas como el psicoanálisis que considera que el síntoma es consecuencia de alguna etapa de desarrollo psicosexual no superada o bien de las teorías lineales en donde se considera que todo síntoma es resultado de la personalidad del paciente.

La terapia familiar estructural pone acento especial en las relaciones familiares y la estructura que la compone, observando el lugar que ocupa cada miembro, las funciones y la relación entre ellos, y como esta estructura puede dar una visión diferente de ver el síntoma produciendo en la familia novedad y diversidad para poder solucionar aquellas pautas en donde exista rigidez.

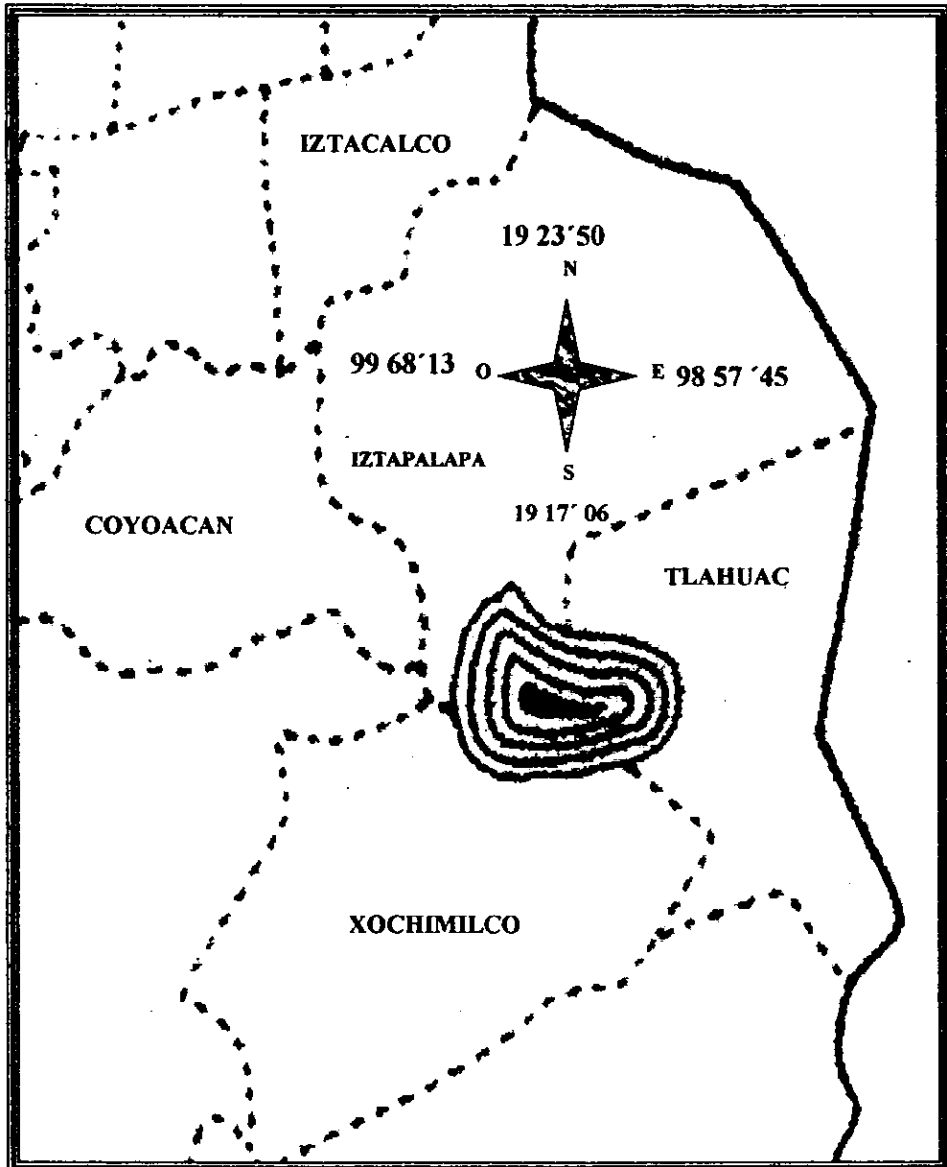
ANEXOS

ANEXO 1

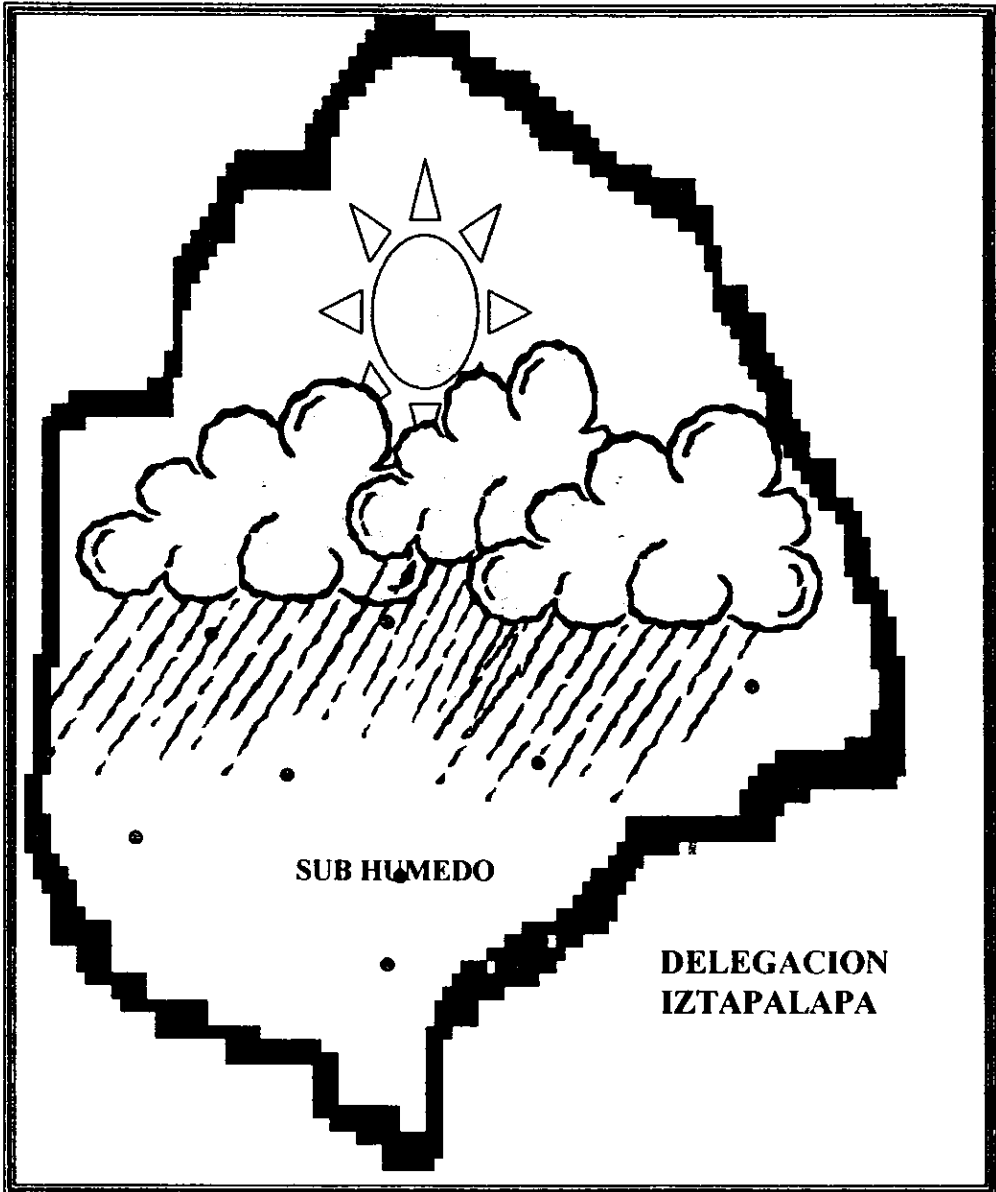
DELEGACION POLITICA



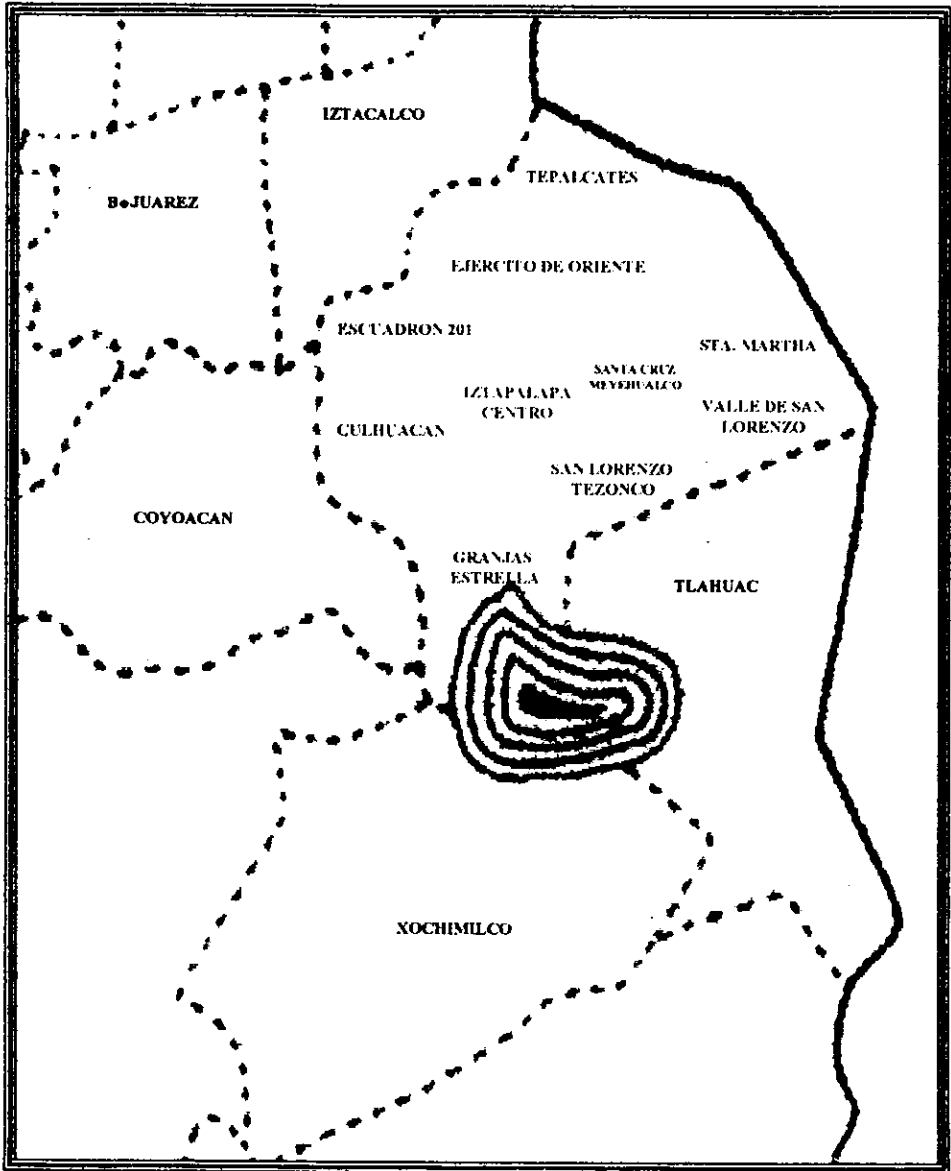
ANEXO 1.1
UBICACIÓN GEOGRAFICA
COORDENADAS EXTREMAS



ANEXO 2
CLIMA PREDOMINANTE



ANEXO 3
DIVISION GEOESTADISTICA



ANEXO 5
ASPECTOS SOCIODEMAOGRAFICOS

POBLACION TOTAL POR SEXO SEGÚN GRUPO DE EDAD

GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-1 AÑO	17428	16639	34067
1-4 AÑOS	70441	68235	138676
5-9 AÑOS	87442	85118	172560
10-14 AÑOS	85746	85364	171110
15-19 AÑOS	91707	93641	185348
20-24 AÑOS	79525	83627	163152
25-29 AÑOS	66853	71077	137935
30-34 AÑOS	55434	59940	115374
35-39 AÑOS	46122	49976	95883
40-44 AÑOS	35369	36794	72163
50-54 AÑOS	19975	21735	41710
55-59 AÑOS	14904	17197	32101
60-64 AÑOS	11212	13962	25174
66-69 AÑOS	8031	10172	18203
70-74 AÑOS	4899	6167	11066
75-79 AÑOS	3190	4555	7745
80-85 AÑOS	2945	1819	4764
85 Y MAS	1463	2869	4332

FUENTE:

Distrito Federal , Resultados XI Censo General de Población y Vivienda 1990 (INEGI)

ANEXO 5.1.

POBLACION DE 12 AÑOS Y MAS POR ESTADO CIVIL , SEGÚN GRUPO DE EDA

GRUPO DE EDAD	UNION LIBRE	SEPARADO	DIVORCIADO	VIUDO	NO. ESPECIFICO
12 - 14	187	26	6	62	348
15 - 19	6620	425	56	129	604
20 - 24	17735	1541	440	331	782
25 - 29	17731	2066	1084	531	1381
30 - 34	13333	2357	1512	949	428
35 - 39	10041	2257	1531	1490	537
40 - 44	6420	1885	1305	2095	388
50 - 54	3075	1390	753	2455	289
55 - 59	2037	1061	519	3977	273
60 - 64	1353	801	430	4760	272
65 Y MAS	1835	1888	795	16503	699

FUENTE:

XI Censo de Poblacion y Vivienda 1992, INEGI

ANEXO 6

**NACIMIENTOS, DEFUNCIONES, MUERTES, MATRIMONIOS , DIVORCIOS
REGISTRADO , DELEGACION IZTAPALAPA 1990-1991**

CONCEPTO	1990	1991
NACIMIENTOS	240618	227790
DEFUNCIONES	54984	55241
MUERTES FETALES	3573	3610
MATRIMONIOS	59592	59455
DIVORCIOS	5610	5854

FUENTE:

INEGI Direccion Regional Centro .Dirección Estadística

ANEXO 7

POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS POR CONCICION DE ALFABETISMO Y SEXO
SEGÚN GRUPO DE EDAD

GRUPO DE EDAD	ANALFABETAS		ANALFABETAS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
15- 19	90782	92499	12887	1056
20-24	78494	81934	949	1393
25-29	65881	68675	917	2025
30-34	54434	57559	954	2294
35-39	45035	46770	1045	2934
40-44	34208	33454	1115	3301
45-49	26121	24819	1462	3809
50-54	18388	18169	1111	3512
55-59	13838	13676	1051	3488
60-64	10223	10496	967	3435
65 Y MAS	16687	17800	2682	8835

FUENTE.

Distrito Federal , XI Censo General de Población y Vivienda INEGI 1990

ANEXO 8

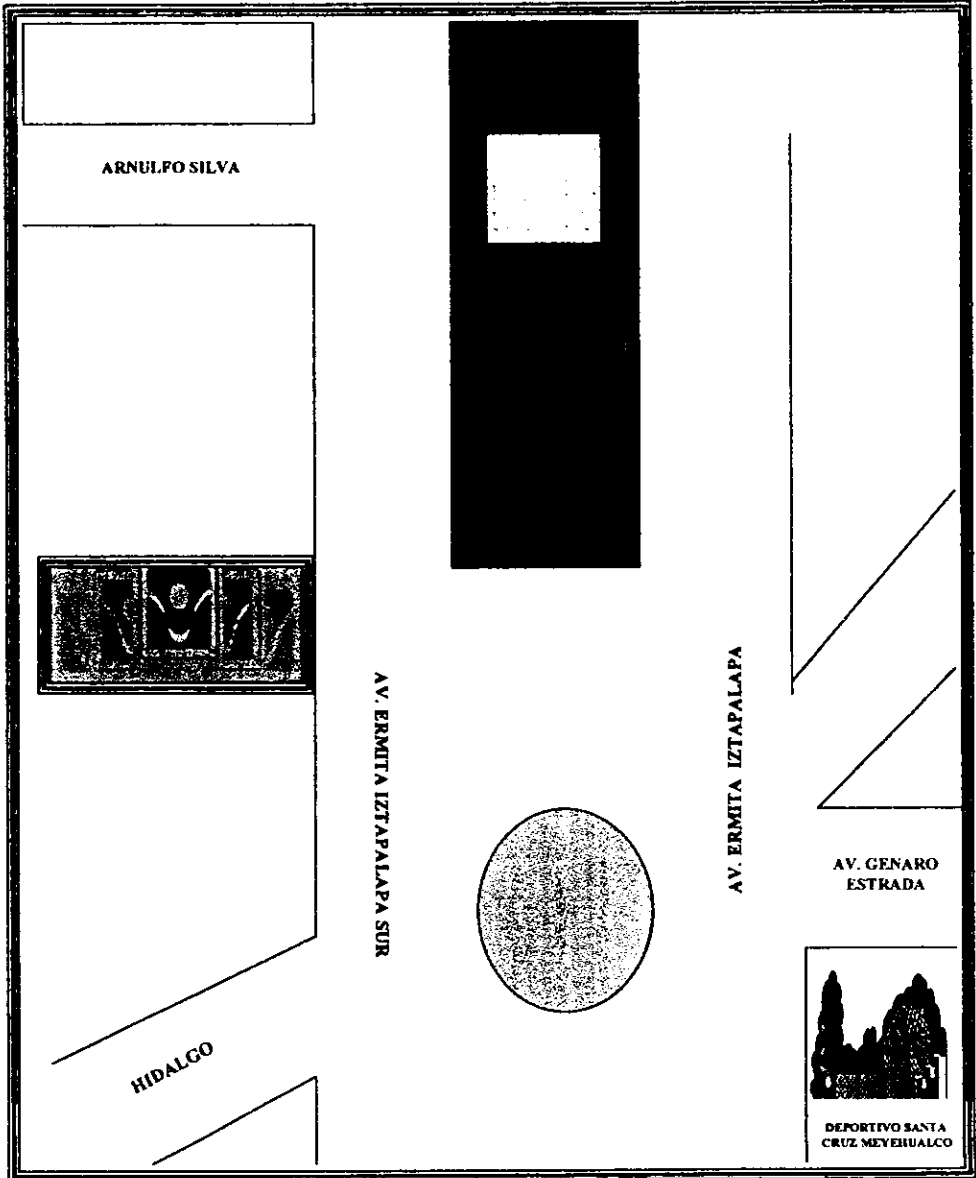
A CONTINUACION SE MUESTRA EL NUMERO DE UNIDADES ECONOMICAS Y EL PERSONAL OCUPADO SEGÚN SECTOR ECONOMICO :

SECTOR ECONOMICO	UNIDADES ECONOMICAS	PERSONAL OCUPADO	
		REMUNERADO	NO REMUNERADO
MINERIA	3	228	
MANUFACTURA	3149	64297	3344
CONSTRUCCION	24	1010	6
COMERCIO	20929	21179	27363
SERVICIOS DIVERSOS	7345	9212	10405

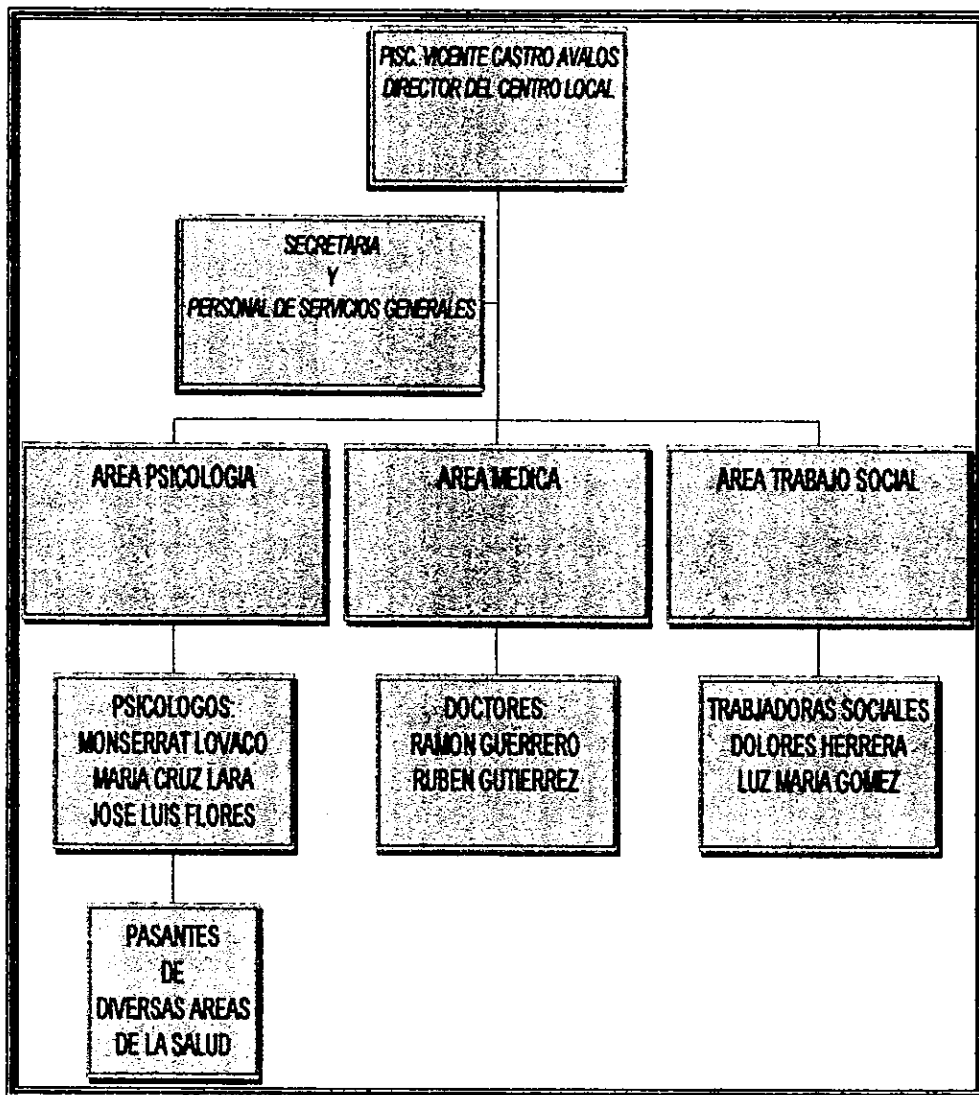
FUENTE:

XI Censos Económicos 1990 INEGI

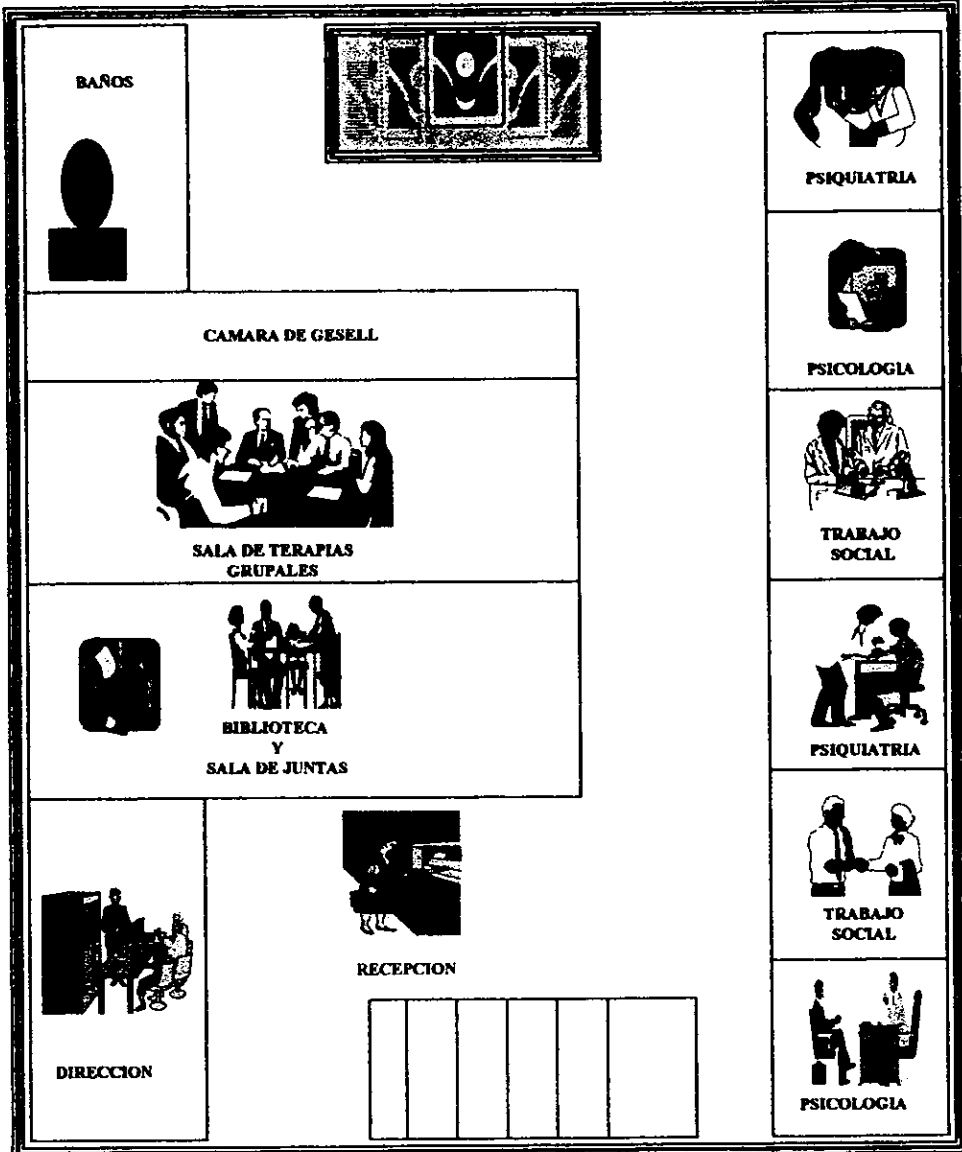
ANEXO 9
CROQUIS DE DISTRIBUCION EXTERNA
DE CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL "Iztapalapa Sur"



ANEXO 10
ORGANIGRAMA INTERNO DE CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL
IZTAPALAPA SUR



**ANEXO 11
CRQUIS DE DISTRIBUCION
CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL
IZTAPALAPA SUR**



ANEXO 12

A CONTINUACION SE DESCRIBEN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL POR TRIMESTRES

PRIMER TRIMESTRE

TEMA	PROYECTO	NUMERO DE ASISTENTES
FARMACODEPENDENCIA	ESCUELAS	235
FARMACODEPENDENCIA	INFORMACION PUBLICA	91

SEGUNDO TRIMESTRE

TEMA	PROYECTO	NUMERO DE ASISTENTES
TIPOS DE DROGAS	INFORMACION COMUNIDAD	5
FARMACODEPENDENCIA	ESCUELAS	110
INVESTIGACION COMUNITARIA	CAPACITACION COMUNITARIA	50

TERCER TRIMESTRE

TEMA	PROYECTO	NUMERO DE ASISTENTES
FARMACODEPENDENCIA	INFORMACION PUBLICA PERIODICA	306
DIVERSOS TEMAS	ORIENTACION PREVENTIVA INFANTIL	157
RELACIONES FAMILIARES	ORIENTACION PREVENTIVA FAMILIAR	19
DIVERSOS TEMAS	GRUPOS ORGANIZADOS	40

CUARTO TRIMESTRE

TEMA	PROYECTO	NUMERO DE ASISTENTES
FARMACODEPENDENCIA	INFORMACION PUBLICA	137
FARMACODEPENDENCIA	ESCUELAS	380
TIPOS DE DROGAS	INFORMACION A CONCURRENTES	15

RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE FEBRERO DE 1994 A NOVIEMBRE DE 1994

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Ackerman, N. W (1978) Diagnostico y Tratamiento de las Relaciones Familiares :Psicodinamismos de la Vida Familiar , Ed. Paidos. Buenos Aires.

Acosta V., Alvarado A., Flores Ma., (1985), Conceptos y Praxis de la Orientación a Familiares de Farmacodependientes en C.I.J. Serie Técnica, Volumen III Perfil Familia.

Bellak L. Y Siegel H.,(1986) Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia, Ed. Manual Moderno, México.

Bertalanffy V. (1987), Teoría General de Sistemas Ed :F.C.E., México.

Bleger J. (1980), Simbiosis y Ambigüedad, Buenos Aires: Paídos

Buendía L. Y Cruz, V. (1992) El conflicto marital como factor contribuyente del síntoma en un miembro de la familia . Tesis de Licenciatura , México :FES Zaragoza. UNAM.

Centros de Integración Juvenil, A.C.(1985) Manual de Capacitación para el Voluntariado y el personal de Servicio Social , México.

Centros de Integración Juvenil, A.C. (1985) La Farmacodependencia y los Centros de Integración Juvenil, Documentos Internos del Centro Local Norte. México.

Centros de Integración Juvenil, A.C. (1996) Contexto y Desarrollo del Modelo de Capacitación en Terapia Familiar, México D.F.

Centros de Integración Juvenil, A.C. (1992) Epidemiología del abuso de drogas en la República Mexicana (Panorama comparativo con los E.U.A.), Cuaderno Temático, Perfil Investigación. México.

Centros de Integración Juvenil, (1992) ¿Por qué Psicoterapia Familiar?, Centro local Pachuca.

CEMEF, (1976) La Familia ante el Problema de las Drogas. CEMESAN. México.

Duncan, S. Y Cols. (1988), Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas, Ed. Gedisa. Buenos Aires.

Fiorini, H.J. (1978) Teoría y Técnicas en psicoterapia, Ed. Nueva Vision, Buenos Aires.

Golann, S. (1987) On Description of Family Therapy , Family Process 26:331,
40

Guerin , P. (1976) Family Terapy :Theory and Practice : Gardener, New York

Hofmann, L. (1987) Fundamentos de Terapia Familiar. Ed. F.C.E. México.

Kenney, B. Y Ross, D. (1984) Construcción de Terapias Familiares Sistémicas,
Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

Kenney, B. (1984) La Estética del Cambio Ed. Paidos, Buenos Aires.

Knobel, M. (1986) Psicoterapia Breve , Ed. Paidos, Buenos Aires.

Kovacs, J. (1975) Una Investigación en el Tratamiento de Adolescentes con
Abuso de Drogas Schenkman, Cambridge Massachusets.

Laurell C. (1980) La Salud Enfermedad como Proceso Social ; Revista
Latinoamericana de Salud Ed. Nueva Imagen, México.

Liberman D.(1981) Psicoterapias Breves, Ed. Gedisa, México.

Liendo C. E. (1970) **Psicoterapia de Pareja y Grupo Familiar con Orientación Psicoanalítica :El Trabajo Terapéutico con Grupos de Familias**, Ed. Galema México.

Llanes, J.,(1982) **La Sociedad ante las Drogas**, Serie Sociedad y drogas. México.

Malan D. H. (1963), **Psicoterapia Breve**, Paidós: Buenos Aires.

Meninger, K. y Holzman P. S. (1974) Teoría de la técnica psicoanalítica; Ed. Psique; Buenos Aires.

Minuchin S. (1979) **Familia y Terapia Familiar**, Ed. Gedisa ,Barcelona

Minuchin S. Y Fishman, Ch. (1984), **Técnicas de Terapia Familiar**, Ed. Gedisa Barcelona

Ochoa de A. I. (1995) **Enfoques en Terapia Familiar Sistémica**, Ed. Herder Barcelona.

O.M.S. (1984) **Informe del Comité de Expertos en Drogas Toxicómanígenas**, Serie de Información Técnica 273, Ginebra.

Parloff, M. (1964) **The Family in Psychotherapy** A.M.A Archive Gral.

Pick, S. de Weis, Aguilar G., Rodriguez, G., Vargas T., y Reyes P. (1988) **Planeando tu Vida (Programa de Educación para Adolescentes)** Ed. Planeta México.

Portuondo J. (1982) **Psicoterapia**; Ed. Biblioteca nueva; Madrid.

Riviere P. (1978) **El Proceso Grupal** Ed. Nueva Visión, México.

San Martín, H. (1981) **Salud Enfermedad**. La Prensa Médica Mexicana, México.

Stamper, L. (1993) **Cuando las Drogas entran en su Hogar : Sanar a la Familia desecha por los Adolescentes que Abusan de las Drogas** Ed. Panorama México.

Umbarger , C. (1983) **Terapia Familiar Estructural** Ed. Amorrortu Buenos Aires

Winkin. Y Cols. (1987) **La Nueva Comunicación**, Ed. Paidós Buenos Aires