



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO SOCIAL  
CON PADRES DE FAMILIA E HIJO  
FARMACODEPENDIENTE

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A :  
BERTHA MARIANA SANCHEZ ROMERO

MEXICO, D. F.

AGOSTO 1976



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## P R O L O G O

Expreso mi más alto reconocimiento por la valiosa colaboración a quienes me han ayudado en la elaboración de este trabajo.

Al Dr. Guido Belsasso, Director del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, por las facilidades otorgadas para utilizar el material de investigación del Centro de Integración Juvenil Caracol; asimismo a los compañeros de trabajo de la institución ya mencionada.

Reconocimiento especial para el Dr. Jacobo Saleme Jalili-asesor de esta tesis.

Lo mismo digo a mis maestros y compañeros del Grupo Vanguardia, Generación 1967-1971.

I N D I C E

INTRODUCCION . . . . . 6

CAPITULO I. LA INSTITUCION

1.1. El Centro Mexicano de Estudios en -  
Farmacodependencia ..... 9  
1.2. Los Centros de Integración Juvenil-  
A.C. .... 16  
1.3. Interrelación ..... 22  
1.4. El Centro de Integración Juvenil --  
Caracol, A.C. .... 24

CAPITULO II. LA FAMILIA

2.1. Desarrollo Histórico de la Fami - -  
lia ..... 47  
- Familia Consanguinea, Familia Pu-  
nalua, Familia Sindiasmica.  
2.2. Familia Conyugal Moderna ..... 49  
- Familia Rural, Familia Urbana.  
- Familia Urbana Burguesa, Familia-  
Urbana Proletaria, Familia Urbana  
Estrato Medio.  
2.3. Integración Familiar ..... 54  
2.4. Familia del Farmacodependiente .... 60  
- Familia Simbiótica, Familia Cia-  
mática.

CAPITULO III. FARMACODEPENDENCIA

3.1. Historia de la Farmacodependencia.. 66  
3.2. Farmacodependencia en México ..... 67  
3.3. Definiciones y Clasificación de las  
Drogas ..... 69  
3.4. Glosario de Términos Complementario 73  
3.5. Lenguaje Popular y Drogas ..... 78  
3.6. Posibles Causas de la Farmacodepen-  
dencia..... 81



CAPITULO IV.

TRABAJO SOCIAL CON FARMACODEPENDIENTES

4.1. Antecedentes de Trabajo Social Psiquiátrico .....	87
4.2. Trabajo Social Psiquiátrico en México.....	88
4.3. Definición de Trabajo Social Psiquiátrico .....	89
4.4. Manual del Departamento de Trabajo Social CEMEF-CIJ .....	90
4.5. Plan de Trabajo Social "Caracol", - Turno Matutino .....	100
4.6. Trabajo Social de Grupos .....	103
4.7. Psicoterapia del Grupo .....	106
4.8. Sesión ilustrativa del Grupo de Padres de Familia.....	109

CAPITULO V.

LA INVESTIGACION .....	125
------------------------	-----

CONCLUSIONES .....	172
--------------------	-----

SUGERENCIAS .....	174
-------------------	-----

BIBLIOGRAFIA .....	176
--------------------	-----

## I N T R O D U C C I O N

Como sujeto integrante de una familia urbana proletaria mexicana y consciente del papel de madre que debe desempeñarse dentro de la familia, me pareció de sumo interés y como medida preventiva, enterarme en las experiencias de otros, acerca de los errores más comunes que se presentan en las familias donde aparece un farmacodependiente.

Esta oportunidad de aprendizaje se presentó en el Centro de Integración Juvenil Caracol, al colaborar como Trabajadora Social dentro del grupo interdisciplinario que atiende a la población que habita la Delegación Venustiano Carranza de la ciudad de México, Distrito Federal.

Por otra parte y ya dentro del trabajo con Padres de Familia, una de mis mayores inquietudes ha sido siempre el conocer las causas por las cuales este tipo de labor psicoterapéutica, en donde mi papel ha sido de observador silencioso presentaba fallas que nos hacían sentir una gran frustración en nuestra labor.

Durante un año de labores semanales consideramos la necesidad de realizar algunas modificaciones a nuestro trabajo utilizando las opiniones de quienes habían participado en estos grupos. Hacia estas personas me encaminé para saber su opinión respecto a-

los motivos que pudieran causar tal deserción. Simultaneamente -- comprobé parte de la información que obraba en nuestros expedientes para realizar una valoración más completa de cada caso.

Para tal efecto el marco teórico utilizado se dividió en cuatro capítulos, el primero analiza todo lo referente a las instituciones encaminadas a la posible solución del problema de la Farmacodependencia y que son el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia y los Centros de Integración Juvenil, A.C.

En el capítulo segundo hablo de la familia desde sus orígenes, hasta hoy día, particularmente de la familia mexicana y para finalizar describo cómo es la familia del farmacodependiente.

En cuanto al capítulo tercero, éste sirve para dar a conocer lo relacionado con la Farmacodependencia y las posibles causas de acuerdo con los estudios realizados hasta la fecha.

El capítulo cuarto enmarca al Trabajo Social, especialmente con grupos, nos habla también de la Psicoterapia del Grupo y -- del papel que juega el Trabajador Social, nos ilustra cómo se lleva una Sesión del Grupo de Padres de Familia.

Respecto al capítulo cinco, aquí encontramos los resultados de la investigación motivo de este trabajo, con los cuadros y gráficas correspondientes.

Las conclusiones y sugerencias que cierran esta tesis, es pero que en algún momento puedan ser de utilidad a quienes esten - interesados sobre este problema.

**CAPITULO I.-**

**LA INSTITUCION.-**

1.1. El Centro Mexicano de Estudios en  
Farmacodependencia.

1.2. Los Centros de Integración Juvenil,  
A.C.

1.3. Interrelación.

1.4. El Centro de Integración Juvenil -  
Caracol, A.C.

Las Naciones Unidas en su documento denominado Resoluciones aprobadas por la Asamblea General, durante su Vigésimo Sexto - Período de Sesiones, del 21 de Septiembre al 22 de Diciembre de -- 1971. Publicó una declaración enlistada como Suplemento No.29 - - (A/8429) y que dice entre otras cosas:

"... Subrayando que el uso indebido de drogas toxicomanígenas constituye una amenaza especialmente grave para la juventud del mundo, entre la que esa enfermedad ha ido creciendo a un ritmo alarmante y amenaza ahora el bienestar de los jóvenes de muchos países..."

También acepta que se: "... observa que sólo mediante la aplicación coherente por los Estados de sus medidas nacionales pertinentes unida a la cooperación internacional pueden reducirse los peligros del uso indebido de estupefacientes y contrarrestarse eficazmente ESTA ENFERMEDAD SOCIAL..."

Y concluye a: "... 4.- Insta a los gobiernos a que tomen medidas para informar, en particular a los jóvenes, sobre los peligros del uso indebido de drogas y para promover la creación de - - amplios servicios comunales para el tratamiento y la rehabilitación de toxicómanos, especialmente para los jóvenes..."

De allí es que nace la institución denominada Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia que a continuación estudiaremos.

### 1.1. EL CENTRO MEXICANO DE ESTUDIOS EN FARMACODEPENDENCIA.-

En base al documento que inicia este trabajo, CEMEF, es la respuesta a la posible solución del problema de la Farmacodependencia en México.

El Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia se crea con fecha Agosto de 1972 y es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene por objeto:

- Investigar, en áreas sociales y biomédicas, el problema de la farmacodependencia.
- Proporcionar información científica especializada.
- Organizar cursos y seminarios de capacitación para personas interesadas en la materia.
- Coordinar programas al respecto con instituciones públicas y privadas.
- Prestar asesoramiento técnico.
- Celebrar convenios de cooperación a nivel nacional e internacional.

En cuanto a la forma de Administración de CEMEF ésta está constituida de la siguiente manera:

- Un Consejo de Administración que está presidido por el Secretario de Salubridad y Asistencia.
- Cinco Vocales que son:

- El Secretario de Gobernación.
- El Secretario de Educación Pública.
- El Procurador General de la República.
- El Procurador del Distrito y Territorios Federales.
- El Director General del propio centro.

En cuanto a los quehaceres de las áreas podremos decir que:

El Area de Investigaciones Sociales.- Estudia los indicadores socioeconómicos concurrentes, mediante la investigación multidisciplinaria en todo el país.

Para este efecto actualmente se encuentran integrados - - equipos formados por sociólogos, antropólogos, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, médicos y químicos que se hayan trabajando en diversos proyectos.

Para estos estudios de estricto rigor científico se utilizan instrumentos de medición social válidos y metodologías adecuadas que permitirán conocer la magnitud de la farmacodependencia en el territorio nacional.

De los resultados que se obtengan se podrán elaborar mejores programas de prevención, tratamiento y rehabilitación adecuados a nuestro medio.

También de aquí se sacan las mejores técnicas de trabajo en la comunidad para lograr la adaptación social, económica y cultural del farmacodependiente.

El Area de Investigaciones Biomédicas.- "... La investigación dentro de las ciencias biomédicas permite conocer los efectos que las distintas drogas causan en el individuo.

Son objeto de esta investigación, aquellas sustancias tó

xicas cuyo consumo altera la salud y el comportamiento de las personas, como son los inhalantes, la marihuana, los barbitúricos, -- las anfetaminas y los alucinógenos, inclusive el alcohol.

La investigación química analiza cualitativa y cuantitativamente las sustancias que producen farmacodependencia, mediante la detección de los metabolitos de estas sustancias en fluidos biológicos como sangre y orina.

La investigación farmacológica examina los mecanismos de acción de los efectos fisiológicos y clínicos de los fármacos, tanto en el hombre como en los animales.

La investigación fisiológica estudia las alteraciones en las funciones corporales y en la conducta de los seres intoxicados con drogas..."

En cuanto al segundo objetivo de la institución podemos decir que:

"... El CEMEF, consciente de la necesidad de la información científica especializada sobre el problema, realiza las siguientes tareas:

- Proporciona a los investigadores la más reciente y completa literatura publicada sobre el tema, a través de su bibliohemeroteca, que cuenta con un eficiente sistema de recuperación de información para obtener cualquier artículo o volumen sobre farmacodependencia que se haya publicado.
- Edita mensualmente un boletín informativo donde se dan a conocer las actividades del Centro.
- Publica y difunde los resultados de las investigaciones



sociales y biomédicas efectuadas en México.

- Investiga los efectos de la información y difusión sobre el abuso de drogas.
- Efectúa campañas informativas que coadyuvan a la prevención, control y abatimiento de la farmacodependencia.
- Facilita a los medios de comunicación colectiva, la disposición de criterios adecuados sobre la manera de informar al público acerca del problema..."

El país no solamente necesita investigaciones y comunicaciones específicas, sino también requiere de la formación de técnicos, educadores y profesionales que puedan hacer frente al fenómeno con posibilidades de éxito.

CEMEF proporciona capacitación a todos los niveles y áreas del problema a través de cursos, conferencias, seminarios y mesas-redondas; algunos de ellos se dan fuera del país.

Hablando del cuarto objetivo o sea la Asesoría Técnica, - corresponde a esta organización la coordinación de actividades con otras instituciones y grupos del sector público y privado que participen en la lucha contra la farmacodependencia para mejorar métodos y procedimientos de acción sobre el problema.

ADMINISTRACION DE CEMEF

## CONSEJO DE ADMINISTRACION

## P R E S I D E N T E

Secretario de Salubridad

y Asistencia

Vocal	Vocal	Vocal	Vocal	Vocal
Secretario de Gobernación	Secretario de Educación	Procurador General de la Repúbl ca	Procurador del Distrito y Te- rritorios Fede- rales	Director Ge- neral del - Propio Cen- tro

## 1.2. LOS CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL, A.C.-

Se puede decir que casi simultáneamente se formó una institución por escritura número 43,981 de fecha 2 de Octubre de 1973, Volúmen 581, registrada ante el notario público No.69, Sr. Lic. -- Carlos Prieto Aceves y firmada en la ciudad de México, Distrito Federal, estipulaba:

"... MARIA EUGENIA MORENO, doña CONCEPCION SOLANA MORALES, doña GUILLERMINA GUTIERREZ DE ZAMUDIO, doña MARGARITA MICHELENA, - doña OLVIDO TAPIA DE SALAZAR MALLEEN, DOÑA MARTHA ZIRES DE LA BARCE NA, doña GEORGINA RODRIGUEZ DE AUSTIN, doña CATALINA RODRIGUEZ DE- TONELLA, doña MARIA CUSI DE ESCANDON, doña MARTHA ROLDAN RUIZ y -- los señores don LUIS URQUIZA DEL VALLE, don ROGERIO CASAS ALATRIS- TE, Doctor GUIDO BELSASSO, Doctor ANTONIO TORRES RUIZ, Licenciado- RAUL PINEDA RAMIREZ, Doctor JORGE MARGOLIS, y Doctor ARTURO CHEVAI LI, solicitaron permiso ante la Secretaría de Relaciones Exterio-- res para constituir en unión de otras personas una asociación ci-- vil, cuyo fin común no tendrá carácter preponderadamente económico, de acuerdo con el Código Civil del Distrito y Territorios Federa-- les, bajo la denominación: Centros de Integración Juvenil, A.C., - duración de: Indefinida y domicilio en México, D.F., cuyo objeto - será:

1.- La investigación de diversos aspectos de la farmaco-- dependencia, principalmente de aquellos de utilidad inmediata a su

prevención.

2.- La enseñanza y divulgación de los conocimientos pertinentes a la prevención y al tratamiento de la farmacodependencia y temas relacionados.

3.- La prevención primaria del problema mediante su carácter de centros cívico sociales para jóvenes y sus servicios a la comunidad.

4.- La detención precoz de los farmacodependientes y la identificación de grupos con alto riesgo, buscando su atención adecuada.

5.- El diagnóstico integral de los farmacodependientes para su tratamiento ambulatorio y su orientación y/o su eventual canalización a diversos centros terapéuticos y rehabilitatorios.

6.- La organización de diversos eventos y actividades para promover la mejoría y el aumento de centros con los fines anotados.

7.- La colaboración con las organizaciones, grupos o instituciones públicas y privadas, nacionales y extranjeras, que enfrentan el problema de la farmacodependencia.

8.- El establecimiento de Centros de Integración Juvenil y secciones, Comifes y dependencias en el territorio nacional y

9.- La adquisición de los bienes muebles e inmuebles accesorios para el desarrollo de sus actividades y de sus fines, así como la participación en otras asociaciones e instituciones que tengan fines similares, y los demás actos que sean convenientes o necesarios para el cumplimiento de sus objetivos.

También en el documento citado se estipuló la manera de organizarse para llevar a feliz término el funcionamiento de la --

institución. En la cláusula tercera de la escritura se dijo que:

"... Los señores comparecientes constituidos en Asamblea General de Asociados designan al primer patronato de la Asociación que durará en funciones hasta la Asamblea General de Asociados que tendrá lugar en el mes de Febrero de mil novecientos setenta y cinco y que queda integrado por las siguientes personas:

P R E S I D E N T E

Don Luis Urquiza del Valle  
Funcionario Bancario

VICE-PRESIDENTE

Doña Ma. Eugenia Moreno  
Periodista y

Don Rogerio Casas Alatríste  
Contador Público

TESORERA	SECRETARIO	PRO-SECRETARIA	DIRECTOR TECNICO
Srita. Martha Roldán Ortíz. Ejecutiva de Finanzas	Doña Concepción Solana - Morales. - - Periodista	Doña Martha Zires de la Barcena. Coordinadora de Modas.	Dr. Guido Belsasso. Médico - - Psiquiatra

V O C A L E S

Doña Guillerminá Gutiérrez de Zamudio. Escritora.

Doña Margarita Michelena. Escritora y Periodista.

Doña Olvido Tapia de Salazar Mallen. Maestra Normalista.

Doña Georgina Rodríguez de Austin. Publirelacionista.

Doctor Antonio Torres Ruiz. Médico Cirujano.

Doctor Arturo Chevalli. Médico Psiquiatra.

Doctor Jorge Margolis. Psicólogo.

Licenciado Raúl Pineda Ramírez. Lic. en Admón. de Empresas.

También el documento a que se hace alusión indica en su artículo quinto: El domicilio social de "Centros de Integración Juvenil", Asociación Civil, estará en la ciudad de México, pero podrá establecer dentro del territorio nacional asociaciones, comités y dependencias.

En relación con este dato hasta el día 15 de Noviembre de 1975, se encuentran funcionando en total 17 Centros de Integración Juvenil, ocho en la zona metropolitana de la ciudad de México y 9- en los Estados de la República.

<u>Nombre del Centro</u>	<u>Domicilio</u>
C.I.J. Dakota	Dakota #114, Col. Nápoles, México 18, D.F.
C.I.J. Lomas	Montes Urales #105, Col. Lomas de Chapultepec, México 10, D.F.
C.I.J. Caracol	Bellas Artes #312-B Altos, Col. Federal, México 9, D.F.
C.I.J. Sur	Berlín #30, Col. Coyoacán, México 21, D.F.
C.I.J. Netzahualcoyotl	Ciclomore #139 Esquina Calambucos, Cd. Netzahualcoyotl, Edo. de México.
C.I.J. Norte	Montevideo #36, Col. Lindavista, México 14, D.F.
C.I.J. Naucalpan	Dramaturgos #49-A, Circunvalación Pte. Circuito Dramaturgos, Cd. Satélite, Edo. de México.
C.I.J. Cuauhtémoc	Mercado Abelardo Rodríguez, República de Venezuela entre calle El Carmen y Rodríguez Puebla, México 1, D.F.

En los estados hayamos:

C.I.J. La Paz,	Revolución #705, La Paz, B.C.
C.I.J. Mérida	Calle 47 #468-A, Mérida, Yuc.
C.I.J. León	5 de Febrero #211, León, Gto.
C.I.J. Cuernavaca	Priv. Arteaga #1, Cuernavaca, Mor.

También el documento a que se hace alusión indica en su artículo quinto: El domicilio social de "Centros de Integración Juvenil", Asociación Civil, estará en la ciudad de México, pero podrá establecer dentro del territorio nacional asociaciones, comités y dependencias.

En relación con este dato hasta el día 15 de Noviembre de 1975, se encuentran funcionando en total 17 Centros de Integración Juvenil, ocho en la zona metropolitana de la ciudad de México y 9 en los Estados de la República.

<u>Nombre del Centro</u>	<u>Domicilio</u>
C.I.J. Dakota	Dakota #114, Col. Nápoles, México 18, D.F.
C.I.J. Lomas	Montes Urales #105, Col. Lomas de Chapultepec, México 10, D.F.
C.I.J. Caracol	Bellas Artes #312-B Altos, Col. Federal, México 9, D.F.
C.I.J. Sur	Berlín #30, Col. Coyoacán, México 21, D.F.
C.I.J. Netzahualcoyotl	Ciclomore #139 Esquina Calambucos, Cd. Netzahualcoyotl, Edo. de México.
C.I.J. Norte	Montevideo #36, Col. Lindavista, México 14, D.F.
C.I.J. Naucalpan	Dramaturgos #49-A, Circunvalación Pte. Circuito Dramaturgos, Cd. Satélite, Edo. de México.
C.I.J. Cuauhtémoc	Mercado Abelardo Rodríguez, República de Venezuela entre calle El Carmen y Rodríguez Puebla, México 1, D.F.

En los estados hayamos:

C.I.J. La Paz,	Revolución #705, La Paz, B.C.
C.I.J. Mérida	Calle 47 #468-A, Mérida, Yuc.
C.I.J. León	5 de Febrero #211, León, Gto.
C.I.J. Cuernavaca	Priv. Arteaga #1, Cuernavaca, Mor.

C.I.J. San Luis Potosí    Reforma #950, San Luis Potosí, S.L.P.  
 C.I.J. Monterrey        M. El Llano #621 Ote., Monterrey, N.L.  
 C.I.J. Villahermosa     Zaragoza #954, Villahermosa, Tab.  
 Ensenada y Mexicali, B.C. Centro Psiquiátrico Comunitario, Ave. -  
    Francisco I. Madero y Colón y Calle "C",  
    Mexicali, B.C.

Organización de los Centros de Integración Juvenil, A.C.-

El equipo humano con que cuenta cada Centro de Integración Juvenil es el siguiente:

- Un Psiquiatra
- Un Psicólogo
- Un Trabajador Social
- Un Administrador
- Una Secretaria
- Un Conserje

Generalmente el Psiquiatra viene ejerciendo una doble función ya que también le corresponde el papel de Director del Centro. Hasta la fecha con excepción del C.I.J. Caracol y el C.I.J. Mérida en que los Directores son Psicólogos, el resto de las instituciones cuentan con un Psiquiatra como Director y en La Paz un profesor.

Ahora bien, de acuerdo con el volumen de pacientes que maneja cada centro y dependiendo de las necesidades, el número de profesionales técnicos aumentará, también sucederá en cuanto a las



horas en que se preste el servicio de atención a los pacientes.

### 1.3. INTERRELACION.-

Ya hemos visto cómo en nuestro país se desarrollan dos -- instituciones que en diferentes fechas se encaminan hacia la posi-- ble solución del problema de la farmacodependencia.

Durante el curso impartido en el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia y a donde la que escribe tuvo oportunidad de asistir como parte del personal de el Centro Caracol, referente a la Administración de los Centros, durante el mes de Noviembre de 1974, entre las personas sustentantes se encontraba la Sra. Doña Concepción Solana Morales, periodista muy distinguida y que a la fecha se encarga del Departamento de Información de CEMEF.

Pues bien, esta dama relató a los ahí reunidos cómo es -- que los Centros de Integración Juvenil, A.C. y el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia se encontraban en tan estrecha -- colaboración.

Relató lo siguiente: "... Hasta hace poco nosotros como -- Damas Publicistas habíamos organizado lo que se denominó antiguamente los Centros de Trabajo Juvenil, iniciamos labores en el año de 1969, en las calles de Taxqueña en donde se fundó el primer Centro, tuvimos varias dificultades desde el personal que empleamos -- hasta las quejas del vecindario debido al tipo de pacientes que -- tratamos. Por lo que respecta al costo de mantenimiento del Cen--

tro también tuvimos problemas, resistimos hasta que finalmente a principios de 1974 nos fué imposible continuar con el mantenimiento, ya que habíamos crecido hasta llegar a ser bien a bien tres Centros, eramos Dakota, Las Lomas y Caracol. Como no encontramos una salida aceptable, a nuestra Presidenta se le ocurrió pedir la ayuda oficial y entonces fué invitado a visitarnos el C. Presidente de la República Lic. Luis Echeverría Alvarez, con el fin de que viera nuestra labor y además que nos proporcionara algún tipo de ayuda.

Resultado de esta visita la que de principio había sido programada para una media hora, fué que estuvo toda una mañana y además estaba acompañado del C. Secretario de Salubridad y Asistencia, del C. Secretario de Educación Pública y del C. Secretario de la Presidencia. Entonces nos prometió que nuestro trabajo no quedaría trunco y que vería la manera de que el gobierno nos proporcionará algún tipo de ayuda.

Es así como nosotros hemos venido a colaborar con CEMEF y también CEMEF colabora con nosotros..."

Por otra parte y para complementar este enlace de las instituciones transcribiré textualmente lo que en el Manual del Departamento Administrativo de CEMEF dice respecto a los Centros de Integración Juvenil.

"... Los objetivos de la administración en los Centros de Integración Juvenil consistirán básicamente en la coordinación de las tareas que en ellos se realizan, con quiénes se efectúan y con los bienes materiales logrados o disponibles para llevar al mejor término los objetivos de su creación, así como buscando en este el

timo aspecto, convertirse bajo la asesoría técnica de CEMEF en todos sus ordenes, en una parte integral del proceso de rehabilitación del farmacodependiente que acude en demanda de ayuda a estas instituciones..."

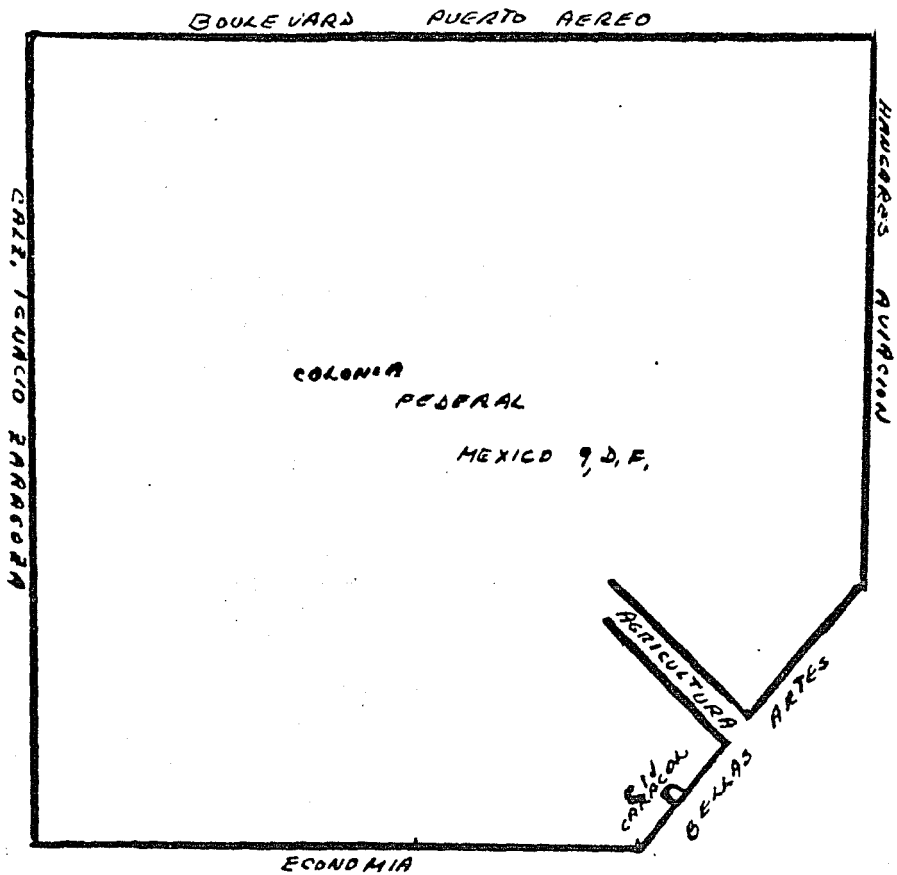
#### 1.4. EL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL ACARACOL, A.C.-

Este C.I.J. inició labores de manera informal durante el mes de Junio de 1973, y propiamente sin local adecuado y oficial, según relata su Primer Administrador Sr. Carlos Hornelas, el equipo de trabajo estaba integrado por: el Psiquiatra Dr. Antonio Paz Encalada, el Director Psicólogo Dr. Jorge Margolis, la Sra. Alicia Ramos, Educadora que hacía las veces de Trabajadora Social, el Psicólogo Guillermo Delahanty, además en calidad de Voluntario estaba el también Psicólogo Guillermo Vallarta.

Informa el Administrador que como de hecho se habían iniciado las labores, ellos decidieron llegar a la comunidad directamente, de allí que se dedicaran a caminar por las calles de las colonias Arenal, Caracol, Ampliación Caracol, López Mateos y Federal especialmente, tratando de detectar los grupos de jóvenes farmacodependientes. Simultáneamente buscaban local y centros de reunión de personas.

El Caracol como ahora es conocido, tomó el nombre por la colonia, aunque a decir verdad se haya ubicado en la colonia Federal, frente al Aeropuerto Internacional Benito Juárez, en vista -

LOCALIZACION DEL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL "CARACOL"



DOMICILIO SOCIAL: CALLE BELLAS ARTES No.312-B ALTOS,  
COL. FEDERAL, MEXICO 9, D.F.

de que los inmuebles que estaban disponibles dentro de las colonias antes citadas, no reunían los requisitos necesarios para el fin que se perseguía.

Finalmente para el 18 de Febrero de 1974 se contrató el local en donde actualmente se haya instalado el Centro.

Como ya se ha mencionado con anterioridad y en relación con CEMEF, fue durante la segunda quincena del mes de Septiembre de 1974 que el Caracol tuvo personal contratado por parte de CEMEF; hasta antes de esta fecha trabajaba unicamente turno matutino o sea de las 9.00 a las 13.00 horas de lunes a viernes, de ahí en adelante el servicio se amplió durante las tardes de las 16.00 a las 20.00 horas laborando la semana de cinco días.

El equipo del turno vespertino estuvo integrado por un Psiquiatra, una Trabajadora Social, el mismo Administrador, Secretaria y Conserje-Encargado del inmueble.

A la fecha el equipo de trabajo ha crecido pues nos encontramos colaborando durante el turno de la mañana:

Psiquiatra, Psicólogo, Trabajadora Social, una Psicóloga voluntaria y naturalmente el Director junto con el grupo del área administrativa.

Por la tarde existe el mismo número de personas siendo la Psicóloga una Pasante de la Carrera que además realiza su servicio social.

En este año hemos tenido la visita de tres grupos de estudiantes de Trabajo Social y dos de estudiantes de Psicología que nos han auxiliado en algunas de nuestras tareas y con programas específicos.

ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL "CARACOL"

## D I R E C C I O N

PSIQUIATRIA

Dos

Personas

TRABAJO SOCIAL

Dos

Personas

PSICOLOGIA

Dos

Personas

## A D M I N I S T R A C I O N

Un Administrador

Una Secretaria

Un Conserje

Ahora bien si tenemos en cuenta que la labor que se desarrolla en el C.I.J. Caracol, es una labor interdisciplinaria como ya se ha podido observar del Organograma de la página anterior, en contramos que los objetivos del Propio Centro son:

- Participar en la integración del diagnóstico psiquiátrico de cada paciente.
- Participación en la elaboración de la Historia del Desarrollo del paciente.
- Participación en el tratamiento de todos los pacientes en colaboración con todos y cada uno de los departamentos.
- Elaboración y ejecución del programa de rehabilitación de los pacientes para reintegrarlos a su medio ambiente de trabajo y/o escuela.
- Elaboración y ejecución de programas de investigación.
- Elaboración de programas de prevención para la comunidad.
- Constancia escrita de todo movimiento de pacientes en el Centro.

Se entiende que cada una de las especialidades aplicará los conocimientos de su área y habrá algunas actividades en donde la tarea que realizarán será con la participación de dos de los profesionales tal es el caso por ejemplo de: los grupos de discusión, ya sea con Farmacodependientes o los grupos Terapéuticos de Padres de Familia que tienen hijo Farmacodependiente, en donde por lo general se reúnen el Psiquiatra o el Psicólogo acompañados de una Trabajadora Social.



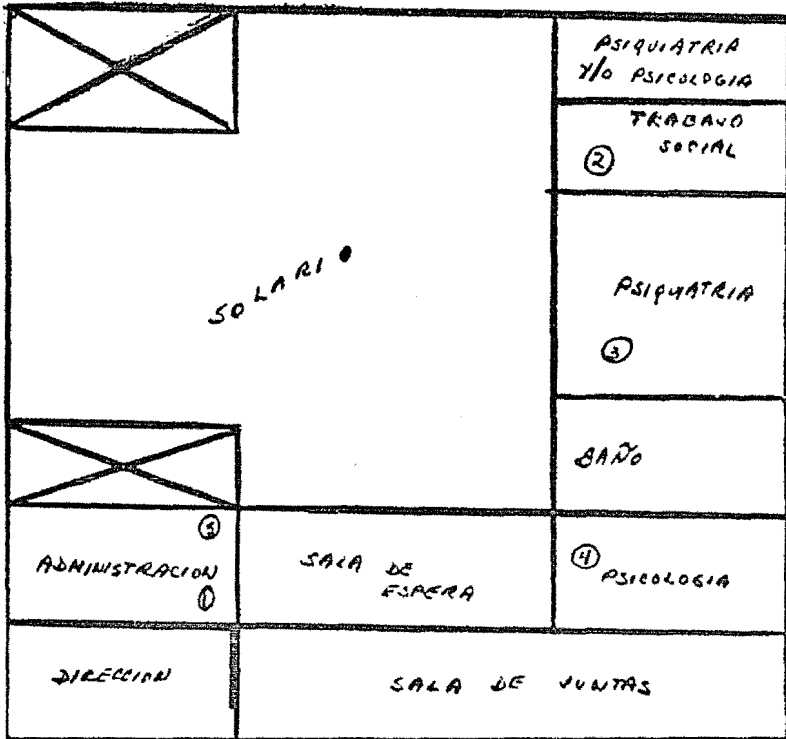


El resto de los días de la semana, especialmente los Psicólogos salen a desarrollar labores de campo en los centros escolares y de salud, con los grupos detectados como deseosos de recibir orientación mediante la labor de Promoción que Trabajo Social desarrolló durante los tres últimos meses del año de 1974 y principios de 1975.

Nuestro programa incluía visita a las escuelas primarias, secundarias y secundarias técnicas, así como la Preparatoria y escuelas técnicas vecindadas en la Delegación Venustiano Carranza. La base de esta actividad fué el reporte aportado por el Departamento de Trabajo Social de la propia Delegación y que fué entregado a la Trabajadora Social del turno vespertino a fines de 1974. En este documento se hayaban anotados: el número de clave de la escuela, el nombre, el teléfono, la ubicación incluyendo colonia y el nombre del director del centro escolar.

Cabe hacer notar que al inicio de labores de el Caracol, el tiempo disponible era bastante, puesto que la consulta en el centro era pequeña y por tal motivo se esperaba desarrollar una labor muy amplia en este sentido, por razones naturales del aumento de pacientes que asisten al centro, a la fecha únicamente se trabajan dos escuelas secundarias con sesiones semanales de una hora durante los miércoles y jueves. Estas escuelas están situadas en la colonia Valle Gómez, junto a la Morelos y en la cuarta sección de la Arrenal, en estos dos centros escolares los directores de los mismos solicitaron de inmediato se empezara a trabajar tanto con los alumnos como con los maestros ya que son lugares en donde la incidencia es muy alta según el propio reporte del profesorado.

DISTRIBUCION FISICA DEL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL "CARACOL"



SECUENCIA PARA LA ATENCION DE CASOS DE 1a. VEZ.

- 1) Recepción - Administración
- 2) Trabajo Social
- 3) Psiquiatría
- 4) Psicología
- 5) Recepción - Administración

Para finalizar este capítulo se procederá a relatar cuál es el camino que sigue cualquier paciente que acuda a solicitar - tratamiento al C.I.J. el Caracol.

Al llegar el aspirante a paciente al domicilio del CIJ,- éste es recibido en (1) la Administración por la secretaria quien lo turna de inmediato a (2) la Trabajadora Social para tener la - primera entrevista en donde por lo general se le informa sobre los requisitos a llenar para ingresar a tratamiento, al mismo tiempo de invitar a los padres o tutores de los pacientes menores de - - edad, de la posibilidad de ingresar en los grupos de orientación - a padres de familia.

Simultáneamente se llena el primer documento que llegará a formar parte del expediente clínico privado (ANEXO B) y que se titula Hoja de Preconsulta (ANEXO A); es obligación específica de la Trabajadora Social elaborarlo. Sucederá en algunas contadas - ocasiones que por las labores programadas, esta profesional no se haya en el Caracol, tal es el caso de las visitas domiciliarias, - traslados, asistencia a cursos, etc. en este único caso se procederá a elaborar por parte del resto de los compañeros del grupo - interdisciplinario. Únicamente y como una posibilidad extrema es te documento podrá ser llenado por el Administrador y en su defecto por la Secretaria.

Si el aspirante a paciente resulta ser alguna persona -- que no podamos tratar (porque no llene los requisitos de ser Farma codependiente y en vista, de que gracias al trabajo de Promoción - el Centro es conocido sobre todo en los centros escolares, resulta que recibimos frecuentemente casos de menores cuyos problemas-

de salud se deben a cualquier otro tipo de especialidad y no la --  
Psiquiátrica, ésto aunado a que el Caracol, es el único CIJ que no  
cobra ni siquiera cuotas de recuperación, hace que tengamos algu--  
nos casos como los señalados.

Le corresponde a Trabajo Social únicamente la canalización  
y orientación de casos para desalojar de tareas al resto de los --  
profesionales.

Ahora bien y como es bastante común en los casos de pa- --  
cientes farmacodependientes, los parientes acuden primero a cercio  
rarse al CIJ si no existe la posibilidad de entablar algún nexu --  
con la policía, éstos, se presentan solos y solicitando la colabo-  
ración del centro para el tratamiento de sus parientes.

En tal situación se procede a llenar la Hoja de Preconsul  
ta (ANEXO A) recabando la información allí requerida y anotando --  
dentro del separado de OBSERVACIONES, la presencia de quién asiste  
a solicitar la información para el que será paciente en potencia.-  
Como ya se ha dicho anteriormente este trámite lo realiza la Traba  
jadora Social.

Una segunda variable sería cuando se presentan al Centro  
tanto la familia como el aspirante a paciente, si tal es la situa-  
ción se realizan las actividades ya descritas (1,2) y después se -  
turnarán al paciente y sus familiares al (3) Psiquiatra o en su de  
fecto al (4) Psicólogo, sólo en el caso de que el volumen de pa- --  
cientes sea numeroso y el Psiquiatra no los pudiera atender de in-  
mediato por estar cubierto su horario de trabajo con pacientes de-  
visitas subsecuentes.

Si pasan con el Psiquiatra (3), éste iniciará la elabora-

ción de la Historia Clínica (ANEXO C), realizándole al paciente su reconocimiento físico, ordenará si así lo considera necesario los exámenes de laboratorio y otros como el electroencefalograma, etc. para poder elaborar el diagnóstico y así iniciar el tratamiento. - Habrá ocasiones afortunadamente pocas, en la experiencia adquirida, en que el paciente asista en completo estado de intoxicación, entonces lo indicado ha sido aplicarle algún medicamento que lo controle para retornarlo a su hogar y solicitará a la secretaria una cita a futuro para iniciar su reconocimiento base de la Historia Clínica (ANEXO C).

Al pasar por primera ocasión el paciente con el Psicólogo, éste tiene como misión tratar de tranquilizar al que por lo general es un menor de edad o joven, informarle sobre el tipo de tratamiento que se le dará en el Centro, en qué consistirá éste (entrevistas, reuniones de grupo, etc.) así como el hecho de que no se tiene ningún nexo con la policía, sobre todo interrogarlo acerca de si ha venido por su propia voluntad o en contra de ella, aunque asistan solos o acompañados de los familiares, para ganarse su confianza y así iniciar de manera firme el tratamiento. El mismo profesional procederá también a aplicar las pruebas psicológicas que considere indispensables para integrar el diagnóstico y entre las que están: Bender, WAIS, Machover, Dibujo de la Familia, Phillipson, Rorschach.

Tras haber iniciado la elaboración del Expediente Clínico Privado (ANEXO B), y por lo general después de dos o tres consultas corresponde a Trabajo Social volver a entrevistarse con el paciente o de preferencia con los familiares del menor, para elabo-

rar el Estudio Socioeconómico (ANEXO D).

Por lo general el tipo de pacientes con que cuenta el Cara col además de la Farmacodependencia se presentan en muchas ocasiones con algún tipo de lesión a consecuencia de algún pleito, por tal motivo el Psiquiatra procede también a entregarles los medicamentos que juzgue necesarios para aliviar tal malestar, lo mismo suele ocurrir con quien viene quejándose de falta de apetito y otros malestares.

Con todo lo aquí expuesto Psiquiatra y Psicólogo finalmente organizan su tratamiento y eligen los pacientes de acuerdo con las posibilidades del Centro y de los mismos pacientes.

Las labores de Trabajo Social específicamente se analizarán profundamente en el capítulo denominado Trabajo Social con Farmacodependientes.

HOJA DE PRECONSULTA.  
CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL

34

Caso No. \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
T. S. \_\_\_\_\_  
Cuota \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES. -

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre apellido paterno apellido materno

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Domicilio en su lugar de origen: \_\_\_\_\_

Domicilio permanente: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Estudia \_\_\_\_\_ Dónde \_\_\_\_\_  
actualmente.

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estudia \_\_\_\_\_ Dónde \_\_\_\_\_  
actualmente.

Otro conocido del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre

Tel. \_\_\_\_\_

Dirección

No. de miembros que integran la familia \_\_\_\_\_ No. de hermanos \_\_\_\_\_

Madre: Si No Vive con ella : Si No Padre: Si No Vive con él: Si No

Otros miembros: \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_

Tipo de droga usada con más frecuencia: (Llénese esta sección, únicamente si el paciente no será valorado por el Psiquiatra)

Mariguana	Inhalantes	Barbitúricos	Anfetaminas
Soporíferos	Hongos alucinógenos	LSD	Cocaína
Derivados del opio (naturales o sintéticos)	alcohol	Medicamentos sin prescripción en sobredosis	Otras: Nada

Su familia sabe de su farmacodependencia? \_\_\_\_\_

Se puede visitar su domicilio? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

ANEXO "A"

HOJA DE PRECONSULTA

Fecha de preconsulta \_\_\_\_\_

Síntomas principales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Padecimiento actual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exámen Mental \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Impresión Diagnóstica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recomendaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



# CENTROS DE INTEGRACION

## JUVENIL, A. C.

( NOMBRE DEL PACIENTE )

EXPEDIENTE CLINICO

PRIVADO

( No. EXPEDIENTE )

ANEXO "B"

## Centros de Integración Juvenil A. C.

## UNIDAD PARA EL ESTUDIO DE LA FARMACODEPENDENCIA

DIRECCION.....

HOJA FRONTAL

NO. REGISTRO .....

NOMBRE

EDAD

SEXO

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

FECHA ACTUAL

DIAGNOSTICOS:

	SOLICITADO	EFECTUADO
HISTORIA CLINICA	_____	_____
LABORATORIO CLINICO	_____	_____
RADIODIAGNOSTICO	_____	_____
EEG	_____	_____
PSICODIAGNOSTICO	_____	_____
ESTUDIO SOCIAL DE CAMPO	_____	_____

## GUIA INDICATIVA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE

1. Hoja Frontal
2. Informe Estadístico
3. Notas de Evolución y Tratamiento
4. Historia Clínica
5. Informes de Gabinete: Psicología, EEG, Rx, Trabajo Social de Campo, etc.
6. Estudio Económico - Social
7. Hojas de Autorizaciones
8. Solicitud de Admisión como Socio
9. Otros Documentos (constancias, permisos, etc.)

**CENTRO DE TRABAJO JUVENIL****HISTORIA CLINICA**

Reg. No. ....

Nombre ..... Sexo .....

Lugar y fecha de nacimiento .....

Edad ..... Religión ..... Estado Civil S.  C.  V.  D.  UL. 

Ocupación ..... Residencia .....

Dirección actual ..... Tel. ....

Fecha de estudio ..... Escolaridad .....

Referido por: ..... Domicilio .....

**INTERROGATORIO****MOTIVO DE CONSULTA****PADECIMIENTO ACTUAL:**

ANEXO "C"

**DATOS SOBRE DROGAS:****1.- Forma de Iniciación:**

- a) Por curiosidad
- b) Por solidaridad
- c) para pensar mejor
- d) Para "conocerse a si mismo"
- e) Para disminuir el estado tensional
- f) Para contrarrestar el efecto de otras drogas
- g) Otros motivos

**2.- Razones por las que continuó con las drogas:****3.- Tipo de farmaco o droga usado, mencionando el tiempo que se tiene de usar y la cantidad.**

a) Narcóticos estupefacientes

b) Psicotrópicos:

1.- Psicolépticos

2.- Psicoanalépticos

3.- Psicodislépticos

c) Inhalables

d) Otros

**APARATOS Y SISTEMAS:****DIGESTIVO****RESPIRATORIO****CIRCULATORIO****URINARIO****GENITAL****MUSCULO-ESQUELETICO****HEMATICO Y LINFATICO****ENDOCRINO****MUCOSAS PIEL Y ANEXOS****SINTOMAS GENERALES****A N T E C E D E N T E S****PERSONALES PATOLOGICOS :****PERSONALES NO PATOLOGICOS:****HEREDITARIOS Y FAMILIARES:****ANEXO "C"**

**CENTRO DE TRABAJO JUVENIL**  
**ESTUDIO SOCIOECONOMICO**

Exp. No. \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**1.- DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:**

- A) Nombre \_\_\_\_\_  

APPELLIDO PATERNO
APPELLIDO MATERNO
NOMBRE
- B) Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_
- C) Lugar y Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
- D) Domicilio en el lugar de origen \_\_\_\_\_
- E) Domicilio en el D. F. \_\_\_\_\_
- F) Teléfono \_\_\_\_\_ Tiempo de residencia en el D. F. \_\_\_\_\_
- G) Escolaridad \_\_\_\_\_
- Analfabeta  Sabe leer y escribir Si  No
- Primaria 1  2  3  4  5  6
- Secundaria 1  2  3
- Preparatoria, Vocacional o Normal 1  2  3
- Profesional 1  2  3  4  5  6
- H) Ocupación \_\_\_\_\_ Dom. del trabajo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
- I) Escuela en que estudia \_\_\_\_\_
- J) Ubicación de la Escuela \_\_\_\_\_
- K) Referido por \_\_\_\_\_

**2.- DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE LEGAL:**

- A) Nombre \_\_\_\_\_  

APPELLIDO PATERNO
APPELLIDO MATERNO
NOMBRE

- B) Parentesco o relación con el Paciente \_\_\_\_\_
- C) Dom. del responsable \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_
- D) Ocupación del responsable \_\_\_\_\_ Tel. del  
trabajo \_\_\_\_\_ Dom. del trabajo \_\_\_\_\_

### 3.- DATOS FAMILIARES (siempre que vivan en la misma casa)

- A) Nombre del padre \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE
- B) Nacionalidad \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
- C) Ocupación \_\_\_\_\_ Lugar y domicilio del  
trabajo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_
- D) Nombre de la madre \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE
- E) Nacionalidad \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
- F) Ocupación \_\_\_\_\_ Lugar y Dom. del Trabajo \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

#### G) Situación jurídica de los Padres:

- |                        |                          |                      |                          |
|------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Casados por la Iglesia | <input type="checkbox"/> | Casados por lo Civil | <input type="checkbox"/> |
| Unión libre            | <input type="checkbox"/> | Divorciados          | <input type="checkbox"/> |
| Separados              | <input type="checkbox"/> | Viudo(a)             | <input type="checkbox"/> |

#### 4.- INTEGRACION FAMILIAR:

Número de miembros de la familia \_\_\_\_\_

ANEXO "D"

Nombre y parentesco con el paciente	Edad	Escolaridad	Edo. Civil	Ingresos, aportaciones mensuales al hogar
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				
6.-				
7.-				
8.-				
9.-				
10.-				
<b>Total</b>				<b>5</b>

## 5.- SITUACION ECONOMICA FAMILIAR:

## A) Distribución de los ingresos y egresos mensuales:

INGRESOS	EGRESOS
Sueldo o Salario _____	Alimentación _____
Pensiones _____	Renta y luz _____
Becas _____	Teléfono _____
Ingresos por rentas _____	Gas y/o combustible _____
Aportaciones familiares _____	Ropa _____
Prestaciones de otras _____	Transportes _____
Instituciones _____	Colegiaturas _____
Otros _____	Contribuciones _____
	Deudas _____
	Servidumbre _____
	Diversiones _____
<b>Total de Ingresos</b> _____	<b>Total de Egresos</b> _____

SALDO \_\_\_\_\_ ANEXO "D"



B) Comprobantes de egresos:

Recibo de gas, luz, colegiaturas, etc.

43

6.- CONDICIONES DEL HOGAR:

A) Ubicación:

Col. Urbana  Semiurbana  Rural

B) Tipo de habitación:

Casa propia  Casa alquilada  Multifamiliar

Departamento  Vivienda  Jacal

Cuarto  Hotel  Temporal gratuito

C) Distribución de la casa:

Sala  Comedor  Sala-comedor

Recámara (1) (2) (más) Baño  Cocina

D) Cocina con:

Estufa de gas  Estufa de petróleo

Brasero de leña  Brasero de carbón

E) Sanitarios:

Individual  Colectivo  Fosa séptica

Letrina  Fecalismo al aire libre

F) Aparatos Eléctricos:

7.- PROBLEMAS QUE PRESENTA LA FAMILIA:

---

---

---

---

---

---

8.- PROBLEMA ECONOMICO:

---

---

---

---

---

---

---

---

9.- PROBLEMA ESCOLAR:

---

---

10.- PROBLEMA DE SALUD:

11.- PROBLEMA FAMILIAR:

12.- PROBLEMA EXTRAFAMILIAR:

13.- DIAGNOSTICO SOCIAL:

14.- OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

---

15.- EVOLUCION DEL CASO:

---

---

---

---

---

---

---

---

16 - SE FIJA CUOTA:

- a)
- b)
- c)
- d)

La Trabajadora Social

ANEXO "D"

## CAPITULO II.-

LA FAMILIA.-

## 2.1. Desarrollo Histórico de la Familia.

- Familia Consanguinea, Familia Puna lua, Familia Sindiasmica.
- Poliandria, Poligenia.

## 2.2. Familia Conyugal Moderna.

- Familia Rural, Familia Urbana.
- Familia Urbana Burguesa, Familia - Urbana Proletaria, Familia Urbana-Estrato Medio.

## 2.3. Integración Familiar.

## 2.4. Familia del Farmacodependiente.

- Familia Simbiótica, Familia Cismá tica.

## 2.1. DESARROLLO HISTORICO DE LA FAMILIA.-

De acuerdo con el Diccionario de la Psicología, Larousse (España 1970, página 129) Familia se define como: "... una institución social, fundada en la sexualidad y en las tendencias maternas y paternas, y cuya forma varía según las culturas (monogámica, poligámica, poliándrica, etc.)

Para llegar a esta definición analizaremos a grandes rasgos la evolución de esta institución para conocer el por qué de tal afirmación.

### Familia Consanguinea.-

Esta es la primera etapa por la que atraviesa la institución, podemos decir que con la aparición del hombre sobre la fase de la tierra, cuando éste forma hordas o sean los primeros grupos de humanos, en donde la única forma de identificación es el lazo sanguíneo.

De lo anterior nacerán las generaciones y de éstas vendrá el parentesco, éste a su vez podrá ser lineal o sea entre los padres e hijos y también colateral, entre los hermanos.

Como último el parentesco podrá ser por afinidad, que se verá más adelante cuando aparezca el matrimonio y es el resultado entre esposo, esposa, cuñados, etc.

### Familia Punalua.-

Esta segunda etapa de la familia se caracteriza porque -

se empiezan a excluir del grupo humano algunos de sus elementos, - esta exclusión se refiere al campo sexual. Los primeros en ser -- eliminados serán los padres y los hijos, en segundo término, irán los hermanos uterinos.

De lo anterior tendremos que esta familia será la constituida por un grupo de hermanos carnales unidos a un número de mujeres pertenecientes a otra familia diferente aún cuando todavía exista la unión sexual entre todos.

#### Familia Sindiasmica.-

En este estadio de la barbarie se formaron ya parejas con yugales por tiempo más o menos largo, ésto sin dejar de cohabitar con otras personas. Tanto el hombre como la mujer tienen una pareja favorita.

De este último grupo nacerán dos nuevos tipos de unión familiar a saber:

#### Poliandria.-

Aquella formada por una mujer quien tiene varios maridos. Esta es la base que llevará al matriarcado.

#### Poligenia.-

La que se da cuando un hombre tiene varias mujeres, de aquí surge el patriarcado.

De lo antes anotado se deduce que el Patriarcado ha sido el antecedente de lo que hoy día conocemos como la Familia Moderna dentro del grupo occidental del que formamos parte.

Ahora bien en la etapa histórica conocida como Etapa Moderna aparece una nueva forma de Familia resultante del proceso de Industrialización y que se denomina:

## 2.2. FAMILIA CONYUGAL MODERNA.--

Como justificación del empleo de esta definición existe el hecho de que el material que se utilizará para la investigación, cumple con los elementos enunciados en la definición aportada por Jorge Sánchez Azcona en su libro Familia y Sociedad, Cuadernos de Joaquín Mortiz, pp.22-23, 1974, y que a la letra señala:

"... Familia conyugal restringida es la formada por padres e hijos exclusivamente, los que integran un grupo social, que mantiene una serie de funciones como la legitimación de las relaciones sexuales entre los padres, el vínculo generacional que permite el proceso de crecimiento y educación de los hijos y la coparticipación de los cónyuges en un hogar; asimismo, la competencia económica permanente, la aspiración de obtener en forma creciente mejores niveles de vida, la gran movilidad social, el acentuado individualismo..." "... de ahí que sea el centro primario de satisfacción de necesidades emocionales..."

Con estos elementos analizaremos más concretamente y en forma breve a la Familia Mexicana para adentrarnos en su constitución y dinámica.

Para ubicarnos debemos tener en consideración que nuestro país arrojó en el censo de 1970, 48,225,238 habitantes; así tenemos que el 77.77% de las poblaciones de los Estados Unidos Mexicanos se sitúan en zonas rurales y el 22.23% en zonas urbanas y que para 1976 el aumento de la tasa anual de población se calcula que es del 3%.

Por población rural se entiende aquella que está integrada por menos de 2,500 habitantes en una zona determinada.

Con relación a la urbana será la que posea más de 2,500 habitantes. De ahí la necesidad de estudiar las particularidades de cada una de ellas.

#### Familia Rural.-

En México este tipo de familia campesina posee una fuerte cohesión interna, gran número de miembros de 9 a 10 en promedio, - todavía se rige bajo el gobierno patriarcal aunque a decir verdad desde el movimiento armado de 1910 ha resentido cambios en su organización. El menor varón colabora desde su niñez en las labores del campo desarrollando sentido de responsabilidad y adustez, es poco alegre, por tal motivo no asiste a la escuela, a falta de preparación, aspira a emigrar a las grandes ciudades empezando por la capital de su estado, del país y posteriormente los Estados Unidos de Norteamérica en calidad de braceros.

Respecto a la educación femenina, la mujer también colabora en las labores del campo, el comercio de los productos agrícolas y en la artesanía. En calidad generalmente de sirvientas, - las mujeres también abandonan la familia, algunas de ellas llegan a la prostitución.

Unido a este factor de la emigración se encuentra la desorganización familiar.

Como características de la familia rural también encontramos que la esposa campesina por lo general es maltratada, si llegara a caer en el adulterio, en ocasiones puede ser castigada con la muerte.



Dentro de la Familia Rural existe también la que corresponde al viejo y nuevo latifundista y como dice Gómez Jara y L. -- Marquez Bohor, "... difieren entre sí, pues mientras los grandes -- poseedores de tierra viven en las ciudades, los demás, y sobre todo los viejos latifundistas, permanecen en el campo conservando -- gran cantidad de costumbres que durante el porfiriato adquirieron: fanatismo, afrancesamiento, organización patriarcal, etc..."

#### Familia Urbana.-

Al igual que la anterior también podemos distinguir dos -- grandes grupos, la familia de la clase alta y la de clase baja.

Hablaremos de la clase alta, también denominada burguesa, este tipo de familia está constituida por las viejas familias porfirianas, que hasta la fecha son propietarias de grandes extensiones de tierra y fincas urbanas, edificios, casas de departamentos y negocios múltiples; también por las viejas familias porfirianas emparentadas a las revolucionarias que han hecho fortuna durante los -- últimos 40 años y que necesitan el apoyo de la aristocracia y ésta de su dinero. Aquí están representadas también las familias de -- los altos empleados oficiales presentes o pasados que a través de sus cargos políticos han hecho fortuna, tales como los banqueros, -- constructores, empresarios, nuevos latifundistas, intermediarios, -- etc. Para finalizar diremos que aquí también se pueden circundar el grupo de actores populares enriquecidos de cine, T.V. radio y espectáculos, los altos empleados de empresas extranjeras.

Como dato complementario este grupo que forma el 6% de la población mexicana controla el 70% de la riqueza nacional, reporta

el citado Gómez Jara.

#### Familia Urbana Proletaria.-

En este grupo se encuentran los obreros, artesanos, comerciantes en pequeño, etc. Geográficamente estas familias se encuentran situadas en las zonas más alejadas del centro de las ciudades, donde existe menos urbanización. La familia se basa en la unión libre, también es numerosa en proporción a la de clase alta; mientras la unión perdura el varón colabora económicamente al sostenimiento de la familia, al separarse, esta ayuda cosa, las partes generalmente realizan nuevas uniones.

Los hijos de la mujer por lo general quedan bajo su custodia llamando padre al varón en turno, por lo general el compañero es afecto a las bebidas alcohólicas y aún sin estar bajo los efectos de las mismas agrede a los menores aún sin existir motivo alguno. Se puede decir que por lo común este tipo de uniones se realiza únicamente por atracción sexual, al perder ésta interés, se cae en la monotonía y cada partícipe inicia una nueva unión.

Ya hemos dicho que esta familia carece de estabilidad, al perdurar la unión la autoridad radica en el varón, se reconoce la filiación materna, asimismo es la mujer quien sostiene a los hijos, ésta recibe un trato brutal del marido, sin respetarla ni durante el embarazo, de ahí la fuerte incidencia de abortos, nacimiento de niños enfermos, con taras hereditarias o por la pésima alimentación, condiciones antihigiénicas o el trabajo agotador.

Es en este tipo de familia en donde aparecen la falta de felicidad y contento mayores; entendemos como Oscar Lewis por afec

to lo que se denominaría amor y que únicamente se observa en esta-clase social durante la época de cortejo y al iniciar la vida en común la pareja. Esto no resulta sorprendente ya que el hambre y la incomodidad dejan poca energía para demostraciones delicadas y cálidas.

Para concluir este separado diremos que un grupo intermedio y que se ubica en las zonas urbanas sería el que corresponde al estrato social denominado Medio y que se ha confundido con el concepto de Clase Social Media pero que en realidad debe enunciarse como Status o Estrato Medio.

Entendemos por Status o Estrato Social a un grupo de una población dividida sobre la base de una jerarquía. En este sentido el término se limita a segmentos de población que se diferencian unos de otros sobre la base de prestigio, poder, salud, o cualquier otra clase de rango, según la definición de A. Madsen - - Dictionary of Sociology, George A. Theodorson and Achilles G., - - Theodorson New York, 1969, p. 413.

Bien volviendo a la familia diremos que este tipo de familia nace a resultas de la reforma agraria con la emigración a las ciudades de los latifundistas expropiados o de los peones agrícolas que recibieron tierras, del crecimiento explosivo del Estado o sea la burocracia, por consecuencia del aumento de la industria y los servicios, como resultado de la ampliación de oportunidades y acceso a la educación popular y media.

Hasta este momento nos hemos dedicado al trabajo de analizar el proceso histórico y también a clasificar a la institución denominada familia, hemos llegado al análisis de ella en nuestro

país, ahora pasaremos a estudiarla en su interior.

2.3. INTEGRACION FAMILIAR.-

Comprendemos por integrar, dar integridad a una cosa, componer un todo con sus partes integrantes. De donde se deduce que Integración es la acción y efecto de integrar según el Diccionario Manual Espasa-Calpe, México, 1947, p. 720.

A estas alturas conocemos el concepto de Familia, de ahí que podamos decir que Integración Familiar es la resultante de unir o integrar todos los posibles elementos que forman una familia.

Y cuáles son esos elementos? pasemos a revisarlos.

Como punto de partida repetiremos que es la familia la unidad básica de subsistencia y de relación con la sociedad en donde se imparten las enseñanzas primarias de las normas y valores culturales, la conducta esperada y aprobada. Esta se basa en la división de funciones, señalando obligaciones y deberes de cada miembro que la integre. Es la encargada de transmitir la cultura.

Ackerman dice que la institución familia atraviesa hoy día por una transformación notable que se debe a los numerosos y rápidos cambios sociales entre los que se encuentran:

1. El logro de las normas y expectativas que rigen a la clase media norteamericana.
2. Más segura desde el punto de vista económico.
3. Disfruta más de las cosas materiales de la vida, aunque

4. No alcanza por lo anterior la felicidad.
5. La familia trata de alejarse de las funciones tradicionales que antaño tenía como son la transmisión del culto religioso, el cuidado de los enfermos, la educación, el trabajo, que a la fecha se dejan en manos de las instituciones especializadas para tal fin.

Estos cambios han traído como consecuencia en el otro extremo una mayor movilidad de la familia, tendencia al derrumbe familiar, aumento de divorcios, cambio en la moral sexual, resurgimiento periódico de la delincuencia y la aparición de la farmacodependencia entre otros muchos problemas.

La psicóloga Annette Mújica Figueroa indica en su tesis titulada "Estudio Caracterológico en un grupo de familias mexicanas", basándose en un informe revisado por ella que particularmente en la América Latina y debido a la urbanización, la familia se ha reducido al tipo de familia conyugal, dice también que existe una mayor autoridad en la decisión de casarse tanto en los hombres como en las mujeres, la mujer ha logrado su independencia económica, agrega que la misma urbanización ha influido en la reducción de la tasa de natalidad, ha perdido la antigua unidad y cohesión, ha conseguido desligarse de duras labores domésticas y liberarse del excesivo predominio del varón.

A estas alturas podemos decir que existen diversas causas que han contribuido a la transformación del sistema familiar y son:

1. Incapacidad del sistema patriarcal-autoritario para cumplir sus funciones.

2. Las revoluciones en contra de las estructuras autoritarias, reemplazándolas por estructuras democráticas.

3. La comunicación masiva que ha irrumpido en la influencia socializadora de la familia patriarcal.

4. La liberación de la mujer quien toma parte activa en la política, en la economía, en la cultura. Como ejemplo de éstas tenemos la reciente instalación de numerosas guarderías puestas al servicio por el IMSS para la población femenina asegurada.

5. La revolución de los niños y los adolescentes, exigiendo ser escuchados y tomados en cuenta. Recordemos los movimientos estudiantiles que se han suscitado en todo el mundo y en diferentes fechas.

Entonces diremos que si la familia ha roto con varios de los marcos tradicionales, tendremos que ésta se ha convertido en una institución dinámica que posee la capacidad de adaptación a un ritmo rápido de cambio social. De lo anterior tendremos que lo esencial en la familia será la adaptabilidad que se logre entre los integrantes de la misma ya sea marido y mujer, o entre padres e hijos.

Para el logro de esta adaptabilidad deberán tenerse en cuenta:

- a) Flexibilidad en la reacción emocional de una persona,
- b) Tendencia a obrar de un modo apropiado cuando se encuentran en una situación nueva,
- c) La posesión de conocimientos y destrezas que favorezcan los ajustes.

Continuando con lo expresado por Mújica y en relación con

los vínculos familiares éstos se establecen a través de una combinación de factores:

1. Biológicos
2. Psicológicos
3. Económicos
4. Sociales

1. Como factor biológico sabemos que la familia es la encargada de perpetuar la especie humana.

2. Desde el punto de vista psicológico es dentro de la familia que sus integrantes satisfacen sus necesidades afectivas.

3. Por lo que se refiere a la economía, sus miembros se hayan unidos recíprocamente para la provisión de sus necesidades materiales, encontrándose que los padres sostienen por lo general a sus hijos, más tarde serán los hijos quienes sostendrán a los padres viejos.

4. Socialmente es la familia quien dicta una serie de normas que todos los que la integran deberán cumplir.

Con la llegada de un nuevo miembro de la familia, fuera de la pareja, se establece el binomio madre-hijo; se espera que el amor de la madre sea incondicional para el hijo, su primera función es darle seguridad y apoyo puesto que sus deberes son consolar, educar y conciliar. Esta relación empieza propiamente desde el inicio del embarazo y se irá haciendo menos cercana conforme el menor crezca.

El amor de madre se observará de múltiples maneras y como señala el Dr. Alfonso Bernal del Riesgo en su libro Errores en la crianza de los niños, México, 1973, página 25, al referirse al ama

mantamiento: "... darle el pecho a disgusto (al nene). Aunque usted no lo crea, él se da cuenta, lo siente, no lo entiende pero sufre..." De sutilezas como la descrita se irá formando el amor del hijo hacia la madre. Más tarde vendrá la enseñanza a caminar, a hablar, a explorar el mundo que lo rodea, y por consecuencia la relación materna, que podrá ser de confianza básica y que más adelante se proyectará hacia el mundo en general.

A pesar de haber salvado una serie de tradiciones, es la madre quien sigue dedicando gran parte de su tiempo a los hijos para su formación, ésto equivale a desgaste de energía, salud, distracciones e intereses como sería el caso de las mujeres profesionistas; resultado de lo anterior son los sentimientos hostiles hacia los hijos, a veces expresados consciente o inconscientemente.

De igual manera aunque en menor grado de intensidad sucedrán en el padre, al verse privado del interés y atención absoluta o más o menos completa de parte de la esposa, quien llegando el primogénito se verá en franca competencia por ocupar el primer lugar ante la esposa.

Para el hijo al iniciar la etapa escolar o sea alrededor de los 5 o 6 años será el momento en que la presencia obligatoria del padre serán requerida, ya que a él corresponderá impartir autoridad y ser guía del menor.

Hablando del padre diremos que la demostración de su amor deberá presentarse como una persona tolerante, paciente en la crianza del hijo, deberá saber utilizar su autoridad de manera racional, para no hacer al hijo sentirse amenazado, cada vez deberá darle un sentido mayor de competencia y al momento oportuno --



permitirle ser su propia autoridad.

Aproximadamente hasta los 7 u 8 años el menor tiene una posición receptiva, a partir de esta y hasta los 10 años ésta va a variar, entonces surgirá el sentimiento de producir, éste se une al hecho de estar en la escuela y le permite producir mediante alguna actividad escolar, de ahí los trabajos manuales que pueda entregar a sus padres ya sea por algún evento especial o simplemente por el deseo de agradar, aquí aprenderá a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas.

Ahora hablaremos un poco de los roles sociales, son aquellos aspectos de la personalidad que están incorporados en la acción social, de ahí que en la etapa adulta tengamos una serie de roles, como el de padre, esposo, hijo, profesional, ciudadano, etc.

En nuestra sociedad mexicana se espera que el rol de padre sea el de: un hombre autoritario, que por lo general permanezca fuera del hogar la mayor parte del tiempo, esto trae como consecuencia que las relaciones entre padre y madre, padre e hijos sean escasas, su conducta deberá ser autoritaria como ya dijimos, demandante.

A la madre se le ha calificado de tierna, sensible, tolerante, (consentidora), dulce, sufrida, etc.

Los roles a cubrir por los hijos son los siguientes: obedientes para con sus progenitores, amorosos, respetuosos, sumisos, para lograr hacer hijos educados.

De la socialización, entendida ésta como la transmisión de la tradición cultural de generación en generación, sirviendo así la familia como conducto en el mantenimiento vivo de la cultura.

ra, diremos que la guía de la familia hará de los integrantes de la misma sujetos sanos o enfermos dentro de su sociedad.

Volviendo a Ackerman quien señala que es necesario construir una concepción dinámica e integrada de los problemas de salud mental en la vida familiar, relacionando la familia hacia afuera con la sociedad y hacia adentro con el miembro individual.

De esto se deduce que tendremos una visión general si analizamos las actitudes y aspiraciones de los padres acerca del niño, para conocer el trastorno del menor. Por lo general cuando existe hostilidad hacia el niño es que entre los padres existe conflicto y es el menor quien sirve de "chivo emisario", pues es utilizado para descargar las tensiones de los progenitores.

Otro de los elementos fundamentales que hacen a una familia sana es la comunicación, ésta debe ser clara y directa para un mayor enriquecimiento de la institución. Deberá hablarse abiertamente, expresando sentimientos ya sean de agrado o malestar, sin pensar que por el hecho de dar una opinión se perderá el afecto, amor, cariño de alguno de los miembros que integran la familia.

#### 2.4. LA FAMILIA DEL FARMACODEPENDIENTE.-

Después de realizados diversos estudios sobre el problema se ha concluido que la familia del farmacodependiente puede ser clasificada en dos grandes grupos a saber:

a) Familia Simbiótica

b) Familia Cismática

a) Familia Simbiótica.- Si hubiera necesidad de representarla ésta

podría compararse con un sistema de vasos comunicantes rellenos de una substancia pegajosa, donde todos los integrantes se meten en la vida de todos sin discriminación de límites entre varones y mujeres, adultos y niños, jóvenes y viejos, mundo externo y mundo interno, fantasías y realidad, etc.

Sus características son:

- Una sensación colectiva de desvalimiento y fragilidad, la familia ha perdido la capacidad de protegerse a sí mismos en forma autónoma y desembocan en un complejo entrecruzamiento de roles que tiene, como característica principal, una intensa dependencia recíproca.

- La presencia alternada o simultánea de fenómenos autistas ocasionalmente todos los miembros de la familia y/o uno solo de los elementos; resultado de estos es la pérdida de la capacidad para intercambiar mensajes pertinentes y la pérdida de la confianza entre personas y cosas.

- Cada cual participa en función del rol complementario del otro y viceversa.

En base a lo anterior los Doctores Eduardo Kalima y Santiago Korin señalan en su estudio sobre la Familia del Drogadicto- que: "... hemos observado un modelo típico de relación madre-hijo- en el cual el hijo es el depositario del núcleo melancólico de la madre actuándola, en forma intolerable para la madre, mediante su- propia sedación drogadictiva, con la cual, a su vez, intenta ali- viar a la madre. Así, la madre pasa a funcionar de Superyo y el hijo como un Yo que no debe deprimirse, para salvar a la diada - - simbiótica..." Y continúan "... En todos los casos la intoleran-

cia de estas madres frente al tratamiento del hijo cuando, superado el primer período de intoxicación, debemos enfrentar, en el paciente, la depresión melancólica que a veces tiene el carácter de una psicosis clínica. La madre obstaculiza el tratamiento; induciendo al hijo o a otros miembros de la familia o del equipo terapéutico para obstaculizar el proceso, con la esperanza de recuperar la homeostasis patológica perdida, y cuando no lo logran, pueden entrar en una intensa depresión melancólica..."

También en todos los casos estudiados se encontró que: la madre sufre un crónico déficit de su autoestima que, de manera automática da preminencia a la figura del padre quien pasa por ser el "genio" de la familia, el "salvador", etc. Esto sin tener en cuenta que a lo largo de la historia de la familia ha habido una serie de abandonos sufridos por la madre, y a su turno por el hijo, ésto trae como consecuencia la configuración de una situación en la que el hijo nace para gratificar a la madre pauperizada y se convierte en principal fuente de autovaloración para ella, ya que el marido no la respalda, aunque reclama para él constante estima. El hijo aquí pasa a ser la "droga" que sostiene a la madre y busca, a su vez, alivio en los fármacos para mitigar su propia melancolía de fondo.

- En estas familias también se observa un deterioro de la capacidad de usar un nivel simbólico verbal para comunicarse, mientras que, correlativamente, llegan a una exquisita sofisticación en su repertorio de comunicación preverbal.

b) Familia Cismática.— En ella todos los miembros están separa-

dos, y cada uno sólo puede conectarse con el otro de a uno por vez, como ejemplo: son aquellas en donde no es posible compartir una charla más de dos personas sin que éstas peleen, esto lo utilizan para evitar el acercamiento.

Las características observadas fueron:

- Ausencia de un padre vigente que proponga (y sustenta) valores precisos y consistentes.

- Reglas del juego peculiares en familias que parecen carecer de ellas.

- Perturbaciones serias en el uso de los símbolos.

Con relación a la ausencia del padre se ha comprobado que esta ausencia se presenta tanto en los niveles altos como bajos, - la ausencia puede ser física o psicológica, además en los países Latinoamericanos hay que añadir el hecho de que un buen número de adolescentes resultan ser los llamados hijos naturales -y que afortunadamente en México ya no reciben éste desventajoso calificativo. Bien volviendo a la figura paterna en algunos de los países de la América la figura del padre se correlaciona con la persona de los caudillos y líderes del lugar quienes se sabe que son adictos al alcohol, coca y tabaco y es ésta la conducta que sirve de modelo de identificación a los menores y adolescentes de la zona.

En las familias Cismáticas los contactos son fugaces, y paroxísticos, sobre sus integrantes se cierne la amenaza de precipitarse en un abismo.

Concluyendo los investigadores mencionados reportan que: no existe drogadicto sin una familia con una drogadicción manifiesta o latente, síndrome predictivo, en uno o varios de sus - -

miembros -Padres- y sin que éstos funcionen con un tipo característico de "dobles mensajes" que podríamos sintetizar en esta formulación. "Haz lo que yo digo y no lo que yo hago". (Ejemplo: el padre que fuma, bebe, toma sedantes, etc. y le recomienda a su hijo no fumar marihuana).

También se vió que en estos tipos de familias la manipulación es un fenómeno comunicacional verbal, aunque predominantemente preverbal, constantemente presente en la interacción familiar.

## CAPITULO III.-

F A R M A C O D E P E N D E N C I A .-

- 3.1. Historia de la Farmacodependencia.
- 3.2. Farmacodependencia en México.
- 3.3. Definiciones y Clasificación de las Drogas.
- 3.4. Glosario de Términos Complementario.
- 3.5. Lenguaje Popular y Drogas.
- 3.6. Posibles causas de la Farmacodependencia.

### 3.1. HISTORIA DE LA FARMACODEPENDENCIA.--

La Historia nos dice que el opio se usaba desde hace 6,000 A. de C., este informe proviene de las tribus Sumarianas que lo -- bautizaron con el nombre de Planta de la Alegría o Flor de la Felicidad.

También se tiene la referencia que proporcionaron los papiros Egipcios de Eber que se usaba 1,500 años A. de C., su uso -- era recomendado para controlar el llanto excesivo de los niños.

Hipócrates el padre de la medicina lo utilizaba como remedio en numerosas enfermedades. Dioscorides, botánico del siglo I, lo recetaba para la inflamación, contra el insomnio, el dolor y la indigestión y tuvo la visión de que mucho opio hace a los hombres-- letárgicos y los destruye.

Por lo que se refiere a los chinos lo utilizaban como medicamento en el siglo VII de nuestra era.

En América la cocaína, obtenida de las hojas de una pequeña planta que crece en las faldas de los Andes y que fué considerada como un arbusto sagrado por los Incas, es otra de las referencias conocidas. Los indígenas de estas montañas Sudamericanas descubrieron los poderes estimulantes de la cocaína masticando sus hojas y observando que les mitigaba el hambre y el frío que es característica del ambiente montañoso en que viven.

Respecto a la marihuana o cannabis que es su nombre genérico, el primer registro que se tiene de su uso data del año 3,000



A.C. al ser mencionada por el emperador chino Shen Nung que la recomendó para curar la debilidad femenina, el reumatismo y las excesivas ensoñaciones. Esta planta formó parte de la religión Hindú y en sus escritos la llaman "Provocadora de risa".

Alrededor del siglo X los árabes y mahometanos la utilizaron para calmar el dolor de cabeza y también en combinación de afrodisiacos. Desde el mediterráneo, la marihuana se difundió lentamente al norte hacia Europa.

### 3.2. FARMACODEPENDENCIA EN MEXICO.-

En el libro Toxicomanía y Narcotráfico, Aspectos Legales, la Lic. Olga Cárdenas de Ojeda, indica que: "... Antes del descubrimiento de América, no había drogas alucinatorias en España y el opio no fué introducido en la medicina europea sino más tarde...", cita de (Guerra, 1971, p.225), de ahí que los cronistas tuvieran un particular interés por relatar las experiencias observadas especialmente con el Peyote, Ololihqui y Marihuana.

Hablaremos un poco del Peyote, que se localiza principalmente en el norte del país en los estados de Sonora, Tamaulipas, Zacatecas y Querétaro, de éste se obtiene la mezcalina, corresponde a Fray Bernardino de Sahagún su primera descripción indica que lo usaban los grupos chichimecas, relata: "... lo usaban colectivamente para saber cómo saldrán de las batallas, para pelear y no tener miedo. Individualmente, para no tener ni sed, ni hambre, para preservarse de todo peligro, para descubrir a los autores de un hurto o robo, para tener conocimiento de los futuros, para la cura

ción de las heridas y para diferentes achaques de hinchazones o -- espasmos, porque se tiene por medicinal usada con moderación y templanza..."

En la denominada Relación de Texcoco de 1582 y escrita - por Juan Bautista de Pomar, dice que existe la Ololiuhqui que viene del náhuatl "ololoa" que quiere decir dar vueltas y es una semilla que tiene una planta trepadora también denominada Manto de la Virgen, indica que molida y hecha en masa, se pone en las partes - hinchadas que proceden de dolores interiores, ésta quita el dolor - y la hinchazón y asimismo tostada y molida y deshecha en agua y bebida quita el molimiento del cuerpo, porque hace sudar.

Otra planta más la Teonanacatl agrega Sahagún: "... son hongos malos que emborrachan igual que el vino. Los comían los - naturales sentados, después bailaban y cantaban de día y noche. - Los que la comen sienten basca del corazón y ven visiones espantables y a las veces de risa, a los que muchos de ellos provocan lujuria y aunque sean pocos..."

Francisco Hernández hablando de la misma planta agrega - que no causan la muerte, pero producen cierta demencia temporal que se manifiesta en risa inmoderada ya que se ven visiones como guerras, y figuras de demonios.

En el siglo XVIII y principios del siglo XIX la Marihuana fué traída por los negros, las naos que venían de Filipinas fue ron las principales introductoras de ésta.

Por lo que toca al alcohol, Castañeda (1565) señala que el octli e pulque era usado con gran frecuencia en el área que rodea al Valle de México. Más sin embargo Sahagún nos informa que:-

"... y nadie bebía vino, más solamente los que eran ya viejos bebían el vino muy secretamente y bebían poco, no se emborrachaban; y si parecía un mancebo borracho públicamente o si le topaban con el vino, o le veían caído en la calle o iban cantando, o estaba acompañado con los otros borrachos, este tal, si era macegual castigábanle dándole de palos hasta matarle, o le daban garrote delante de todos los mancebos juntados, porque tomasen ejemplo y miedo de no emborracharse; y si era noble el que se emborrachaba dábanle garrote secretamente". Mención del libro de la Lic. Cárdenas de Ojeda, 1956, t. I, p.302.

Durante la época independiente en México la drogadicción o toxicomanía no llegó jamás a adquirir caracteres graves, es a través de una tesis profesional que en el siglo XIX Jenaro Pérez, pasante de medicina se vuelve a hacer referencia de la marihuana y su conexión con cierto tipo de delitos. También dentro de la letra de la canción popular La Cucaracha, aparece esta planta con propiedades psicotrópicas.

### 3.3. DEFINICIONES Y CLASIFICACION DE LAS DROGAS.-

Existen varias clasificaciones acerca de las drogas según el criterio que se desee emplear, para efectos de este estudio tomaremos la que presenta el Consejo Nacional de Problemas en Farmacodependencia y en la que se han conjugado aspectos jurídicos, farmacológicos y de psiquiatría social y que es la que consideramos más útil para nuestro propósito. Asimismo los conceptos que no aparecen en el cuadro se aportarán para una mayor comprensión del asunto.

CLASIFICACION DE LAS DROGAS POR EL CONSEJO NACIONAL DE PROBLEMAS EN FARMACODEPENDENCIA

- 1. Estupefacientes**
- A) Derivados del Opio - Natural y Sintéticos
    - Morfina
    - Codeína
    - Heraina
    - Pentazocina
    - Etc.
  - B) Derivados de la Coca - - Cocaína
    - a) Hipnóticos
      - Barbitúricos
      - Metacualonas
    - b) Ansiolíticos
      - Metrobamatos
      - Benzodiacipinas
    - c) Neurolépticos
      - Fenotiacinas
      - Butirofenosas
      - Reserpínicos
      - Tiosantenos
  - A) Psicolépticos
- 2. Psicotrópicos**
- a) Psicoestimulantes
    - Anfetaminas
    - Cafeína, Etc.
  - B) Psiconalépticos
    - b) Antidepresivos
      - Imao
      - Tricíclicos
  - C) Psicodislépticos
    - LSD 25
    - Psilocina
    - Psilocibina
    - Mezcalina
    - Tetrahidrocannabinol
- 3. Volátiles Inhalables**
- A) Cementos Plásticos
  - B) Solventes Comerciales
  - C) Gasolina y Otros Combustibles

Iniciemos el análisis.

Los estupefacientes comprenden básicamente los derivados naturales del opio (morfina, codeína), los derivados sintéticos de los opiáceos (dihidromorfina o dilaudid, diacetil-morfina o heroína) y los medicamentos sintéticos de tipo opiáceos (meperidina o Demerol, Pentazocina o Soaigón).

También están considerados como tales a los derivados de la coca, que constituyen un problema importante sobre todo en algunos países sudamericanos como Perú y Bolivia.

Las Drogas Psicotrópicas, término introducido por Gerard, fueron originalmente divididas en dos grandes grupos farmacológicos, el de los depresores del sistema nervioso central y el de los estimulantes del mismo. Posteriormente se han utilizado diferentes criterios que han originado varias clasificaciones, de las cuales seguramente la más conocida es la de Delay, quien dividió a estos fármacos en tres grupos: Psicolépticos, Psicoanalépticos y Psico-- dialépticos.

Los psicolépticos, que incluyen todas las sustancias que determinan relajación y depresión de la actividad mental y que incluyen los hipnóticos, los sedativos ansiolíticos y los neurolépticos.

Los hipnóticos (barbitúricos, metacualona) son utilizados generalmente para producir una sedación general y facilitar el sueño.

Los sedativos ansiolíticos (meprobamato, benzodiazepinas, etc.), que reducen la tensión y la ansiedad.

Los neurolépticos o antipsicóticos, que se usan amplia--

mente en Psiquiatría por su actividad terapéutica en las psicosis-severas, como la esquizofrenia. Algunos son derivados de la rawolfia, como la reserpina; otros de la fenotiacina, como la cloropromacina, y algunos más, pertenecen al grupo de las butirofenonas, - como el haloperidol.

Los psicoanalépticos, que estimulan la actividad mental- (psico-estimulantes y antidepresivos).

Los psicoestimulantes (anfetaminicos, cafeina) general-mente disminuyen el apetito, aumentan la actividad y en dosis mayo-res impiden el sueño.

Los antidepresivos (imipramina, norpramina, fenelcina) se usan para mejorar la afectividad en pacientes deprimidos severos.

Los psicodislépticos, sustancias químicas capaces de -- producir fenómenos mentales anormales, como alteraciones de la senso-percepción (alucinaciones, ilusiones), del estado de ánimo y la conciencia, a dosis en que comparativamente determinan sólo ligera actividad fisiológica. El LSD, la cannabis (marihuana), la mezcalina (peyote) y la psilocibina (hongos alucinantes) son algunos -- ejemplos del grupo.

Inhalantes volátiles, las sustancias químicas que se -- desprenden de estos productos y que son inhaladas por los jóvenes, son principalmente solventes orgánicos los más frecuentes de los - cuales son los tetracloruros de carbono y otros hidrocarburos halo-genados, cetonas y ésteres.

Estas sustancias provocan generalmente un estado de - - ebriedad y cierta euforia, que se acompaña frecuentemente de somnolencia, temblores y después cefalea, vómito y aun convulsiones y -

muerte.

Ahora bien, el problema de los inhaladores es que tienen fácil acceso a las substancias, pues al ser productos comerciales y además baratos, no existe dificultad para adquirirlos. Los médicos y los padres de familia pueden darse cuenta del olor que despiden los jóvenes, así como por los restos de pegamento (cemento) que hay en sus pañuelos, pedazos de estopa o bolsas de plástico.

#### 3.4. GLOSARIO DE TERMINOS COMPLEMENTARIO.

Se entiende por Farmacodependencia: el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar - producido por la privación (OMS Serie de Informes Técnicos No.407).

Drogas o Farmacos: 1) Cualquier sustancia natural o elaborada que al penetrar en el organismo produce cambios fisicoquímicos y/o psicológicos en éste (Fernandez-Guardiola). 2) Cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones (OMS Serie de Informes Técnicos No.341).

Droga: (Desde el punto de vista legal en México): Todas las sustancias que nuestra legislación comprende bajo los términos "estupefaciente y psicotrópica" (Toxicomanía y Narcotráfico. Lic.-

Olga Cárdenas de Gjedra).

Usos: Administración de fármacos o drogas bajo prescripción médica y en la forma prescrita (en caso de ser necesario).

Tolerancia: Adaptación del organismo a los efectos de la droga, ésto implica la necesidad de aumentar las dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud (Op.cit.)

Abuso: El consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual (OMS Serie de Informes Técnicos No.341).

Toxicomania-Adicción: Tradicionalmente: El comportamiento que, por el recurso a medios artificiales, los tóxicos o las drogas, persigue, bien la supresión del sufrimiento, o bien la búsqueda del placer (Claude Olivenstein, Las Drogas, Studium, 1971, Pág. 11-12).

Drogadicción: Uso compulsivo de sustancias químicas que son dañinas al individuo, a la comunidad o ambos (Wiker 1953, p.-12) (Opiate Addiction, Psychological and Neurophysiological Aspects in relation to Clinical Problems. Charles C. Thomas, Springfield).

Adicto: Esclavo de sus propios hábitos o deseos. (Shakespeare Enrique IV, IV, III).

Adicción a Drogas: Es un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga (natural o sintética). Estas características incluyen: 1) Un sobreponderoso deseo o necesidad (compulsiva) para continuar tomando la droga y obtener ésta por cualquier medio. 2) Una tendencia a incrementar la dosis. 3) Una dependencia psíquica (psicológica) y generalmente una dependencia física por los efectos de la droga. 4) Con -



efectos nocivos en el individuo y en la sociedad. (The Expert Committee on Addiction Producing Drugs of the World Organization 1957,- Hallucinogenic Drugs C. Brown).

Habitación a Drogas: Es una condición resultante del consumo repetido de una droga, estas características incluyen: 1) Un deseo (pero no una compulsión) a continuar tomando la droga por la sensación de sentirse bien la cual engendra.

2) Tendencia pequeña o nula de aumentar la dosis. 3) Algún grado de dependencia psíquica por los efectos de la droga, pero ausencia de dependencia física y por tanto del síndrome de abstinencia. 4) Efectos detrimentes si lo hay son principalmente en el individuo.

Hábito: Dependencia: similar a la denotada con adicción, si bien, con síntomas menos graves (OMS citado por Olga Cárdenas - de Ojeda).

Dependencia Psíquica: (Equivalente al término habitación). Uso compulsivo de la droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un serio peligro para el individuo (Op. cit.).

Dependencia Física: En un sentido estrictamente farmacológico, dependencia física y adicción, son sinónimos y consisten en un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga (síndrome de abstinencia (Op.cit.)).

Síndrome de Abstinencia (o Carencia): Es el compuesto de signos y síntomas que aparecen cuando la administración de la droga ha sido suspendida, dependiendo de la intensidad del fármaco --

usado y gravedad del mismo. Clases de Síndrome de Abstinencia: Por Supresión y Precipitada. a) Síndrome de Abstinencia por supresión es el que resulta por la terminación del uso de una droga. b) Síndrome de Abstinencia precipitada: Es el producido por la prescripción de una sustancia antagonista a la droga que el sujeto usa.

Veneno o Tóxico: Es toda sustancia natural o sintética - (química) que al ser introducida al organismo por cualquier vía -- (oral, intramuscular, etc.), causa daños que pueden ser parciales- o totales.

Intoxicación: Es un estado mórbido resultante de la presencia de toxinas en el organismo (Dorland).

Tratamiento: Sistemas y métodos que se emplean para curar las enfermedades o problemas, en este caso se refiere a la farmacodependencia (1292 Diccionario de la Lengua Española, Décimovena Edición, Madrid, 1970, p.1292).

Drogas Simpaticomiméticas: Efectos producidos que semejan aquellos impulsos transmitidos por las fibras postganglionares del sistema nervioso simpático (Dorlons Pocket Dictionary W.B. Raunders Co.).

Drogas Simpaticolíticas: (Bloquear troquelador) de la -- transmisión de impulsos de las fibras postanglionares a los órganos efectores o tejidos, inhibiendo la contracción del músculo liso y la secreción glandular, antisimpaticomimético (Dorland).

Drogas Parasimpaticomiméticas: Que producen efectos similares a los producidos por la estimulación de la inervación de los nervios parasimpáticos.

Drogas Parasimpatolíticas: Que producen efectos que son-

similares a los producidos por la interrupción de la inervación de un nervio parasimpático, teniendo un efecto destructivo sobre las fibras del nervio parasimpático o bloqueando la transmisión de los impulsos de éste.

Drogas Psicoanalépticas o Psicotónicas: Estimulantes: -- Sustancias Químicas: caracterizadas porque aceleran las reacciones del sistema nervioso central (anfetamina). Depresores: Disminuyen las reacciones del SNC (barbitúricos o alcohol). Narcóticos: Se aplican a las llamadas drogas fuertes que producen un estado de euforia, tranquilidad, modorra, inconciencia o sueño (morfina, codeína, heroína). Alucinógenos: Aquellas sustancias que crean sobre el cerebro del sujeto; alucinaciones, visiones, vómitos, y otras imágenes que no existen en la realidad (LSD, Mezcalina, Marihuana).

Antipsicóticos, Neurolépticos o tranquilizantes mayores o principales (Reserpina, Fenotiazina, Haloperido) cuyas características son: 1) Crear estado de indiferencia o desinterés psicoafectivo. 2) No poseen, empleada en dosis usuales, una verdadera acción narcótica. 3) Son eficaces en los estados de excitación, de agitación psicótica y de ansiedad. Reducen la impulsividad y la agresividad. 4) Enmiendan los procesos psicotrópicos de las psicosis -- aguda, crónicas y experimentales. 5) Producen manifestaciones de origen vegetativo y extrapiramidal. 6) Su acción dominante sería extracortical. 7) No producen dependencia.

Ansiolíticos o Timolépticos: Producen mejoría en los estados depresivos patológicos sin ser estimulantes sobre el individuo normal, y eso los diferencia de los neurolépticos, de los sedantes y los tranquilizantes. Poseen más selectivamente, y de una

manera más directa un efecto regulador sobre el humor (Benzodiazepinas, meprobamatos, clordiazepóxido, metacualona).

Hasta aquí las definiciones científicas en relación con las drogas.

En vista de que el problema de la farmacodependencia se localiza principalmente entre el grupo de jóvenes adolescentes, justo es ubicarse dentro de lo que se ha denominado "la subcultura de las drogas" y para ello es necesario, conocer más a fondo el lenguaje de los jóvenes y particularmente el de los farmacodependientes ya que aquella persona que se logre entender mediante el uso de este lenguaje obtendrá una sensación de confianza que permitirá establecer una comunicación más adecuada y como ya hemos visto a través de este trabajo, un primer contacto del farmacodependiente es el que tiene con Trabajo Social de ahí su importancia.

### 3.5. LENGUAJE POPULAR Y DROGAS.-

En el curso impartido por CENEF a principios de 1975 Gerardo Pacheco Santos, investigador, informó que consultaron la investigación realizada por el Dr. Héctor Cabildo, Asesor en Salud Mental en la Dirección de Educación Higiénica en donde se buscaba el conocimiento del glosario juvenil en relación con la farmacodependencia, de este estudio se anotarán las denominaciones más frecuentes de las sustancias tóxicas, así como los nombres con que son designados sus respectivos usuarios, mencionando al final, algunas otras expresiones relacionadas con este fenómeno.

1) Marihuana, mota, café, la verde, yerba, juanita, mostaza, mora, diosa verde, yerbabuena, mariquita, yesca, grass y golden, Mary Jane.

1a) Usuario: grifo, marihuana, moto, pasado, motorolo, macizo, pacheco, en onda, drogado, mafufo, atizado, tocado, alucinado, en viaje, al punto, tizo, cruzado, tronado, colgado, yerbero.

2) Cemento y sustancias inhalantes: flexo, cemento, pasta, FZ 10, thinner, aguarrás, elevón, pomo, chucho, cruz azul, chemo, mento, miel, flan, nestlé, toque, resistol, cementerio, aspiradora.

2a) Usuario: cemento, cementero, tineroso, pasado, grifo, flexo, moto, viajar, onda, alucinado, drogado, acelerado, macizo, tocado, zapatero.

3) Anfetaminas: chochos, pastas, chocolates, pastillas, quesos, pingos, dulces, diablos, speed, acelerador.

3a) Usuario: pastillero, pastillo, pasto, pastero, pastor, pastochas, pastelero, chocholucos, chicho, chochero.

4) L.S.D.: ácido, chochos, aceite, majes, "orange", dulces, cápsulas, sunshine, aceitunas, bomba.

4a) Usuario: onda, ácido, viajando, en onda, viaje, viajero, drogadicto, onda, aceite, aceituno.

5) Hongos alucinantes: alucinantes, pájaritos, derrumbe, champiñones, san isidro, sombreros, sombrillas.

5a) Usuarios: en viaje, alucinado, viajero, chavo hongo, pasado, en amor, en paz, chavo champiñón.

6) Peyote y mezcalina: peyote, peyotazo, mezcal, mezcalina.

6a) Usuarios: Peyotero, en viaje, viajero, mercalineró.

7) Cocaína: coca, nieve, pericazo, cocacola, polvo, peri  
co, tecata, cocazo, doña blanca.

7a) Usuarios: coco, arponero, alivianado, tecato, cocaco  
lo, pasado, pericazo.

8) Hipnóticos: Mandrax, ciclopales, seconales, chochos,-  
pastas, pasidrín, diablos, equaludes.

8a) Usuarios: pastillo, pasto, chocho, anda down, queso.

9) Morfina y heroína: tecata, nieve, polvo, arpón, heroi  
ca, pericazo.

9a) Usuarios: arponero, arponeado, tecatos, bardilleros.

Otras expresiones:

a) Para designar al traficante menor y mayor se registra  
ron los siguientes nombres: petrolewo, mercador, efectivo, conecte,  
cacique, gancho, trafique, maestro, amo, rey, gran gurú, burrero,-  
ñero, corredor magnate, yerbero, patrón, machín, carlota.

b) Expresiones relacionadas con un grado importante de -  
intoxicación: pasarse, viaje sin vuelta, hasta la madre, hasta la-  
mother, hasta las chancas, hasta el gorro, hasta las manitas, está  
full, pacheco, se le pegaron los platinos.

c) Expresiones para compartir la droga: "darle un pase o  
un toque", significa convidar, "rolar la bacha" significa pasarse-  
el carrujo de marihuana, "disgutarise con la verde" se refiere tam-  
bién a convidar marihuana.

d) Otras expresiones: quemar la paja: fumar marihuana, -  
refinar: tomar algo dulce mientras se fuma y después de hacerlo. -  
"Consíguete algo p'el refine", "darle las tres" o "pásame las tres":

pedir la última parte del cigarrillo. Azotarse: estar fuera de lugar. "Ah, no te azotes, chavo". "Cruzarse o cruceta: usar dos o más drogas simultáneamente.

Cincho, simón, sidral: afirmación "simón, maestro". Ex pulgar: quitar las semillas a la mariguana. Forjar: preparar el cigarrillo de mariguana (todo un rito). Javieres, tira, patines: policía "Nunca te ha apañado la tira?"

Madrina: el que se vende o avisa a la policía. Forever: el que no puede liberarse de las drogas. Erizo: el que no ha probado o no trae drogas "anda erizo". Pirarse: irse, fugarse "Yo se - piro porque tengo una onda". Pasar el pomo: convidar el thinner o el cemento.

Macizo, grueso: persona muy involucrada con las drogas, - personas en ocasiones violentas o delincuentes "aquellos chavos de abajo sí son gruesos". Tropa: pandilla o grupo de amigos. Café - con pastas: mariguana en pastillas.

### 3.6. POSIBLES CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA.-

De los estudios realizados por CEMEF hasta la fecha, se ha concluido que las causas para que surja la farmacodependencia, pueden ser muy variadas y existen algunas que pueden originar el problema he aquí su descripción:

1. Placer
2. Curiosidad
3. Experimentación

4. Causas psicológicas
5. Presión de grupo
6. Síntoma de desajuste de los padres
7. Teoría de la televisión

1. Placer.- Si se comprende el intenso placer que da la droga, se puede afirmar que "la única razón para el uso de drogas es obtener placer". Se ha dicho que ésta puede no ser la causa del uso inicial, pero que podrá serlo del uso continuo.

Se asume que la euforia es una de las causas principales de la adicción simple.

2. Curiosidad.- Muchos jóvenes prueban la droga únicamente por curiosidad. Entonces Por qué una vez satisfecha ésta, siguen consumiendo la sustancia? Aquí surge un principio psicológico básico de aprendizaje por reforzamiento, por el cual se afirma que si cualquier respuesta a un estímulo determinado se refuerza, ésta aparecerá con facilidad, cuando el estímulo original se repita. Por tanto, ya que el uso de drogas significa una sensación placentera, si algún sentimiento negativo, como el aburrimiento, se ha aliviado anteriormente, este método se utilizará cada vez que se presente. Así se forma el hábito, por la repetición constante de una acción que satisface.

Otro principio psicológico involucrado en este proceso es el llamado generalización de estímulos. Este implica que si un individuo ha aprendido a enfrentarse a una situación específica por medio de la droga, tratará de resolver otras situaciones similares en la misma forma. Tal generalización llevará, del uso ini-



cial de tipo ocasional por curiosidad, a uno habitual, como respuesta predominante ante cualquier situación.

3. Experimentación.- Esta puede aparecer como similar a la curiosidad, pero no necesariamente.

El ser humano es un experimentador notable, y por tanto, un fumador de marihuana puede preguntarse qué pasaría si prueba un opiáceo. Esto no significa que exista necesariamente una progresión de una droga a otra, pero debido a la naturaleza humana es muy probable la experimentación con varios tipos de sustancias.

4. Causas psicológicas.- Puede existir una base psicológica para el abuso de drogas, aunque muchas veces puede no ser evidente cuando el individuo se presenta para tratamiento. Se ha determinado que, en muchas ocasiones, el individuo empieza a utilizar cierta droga como respuesta a un problema psicológico específico; así, algunas veces, se puede identificar el problema interno mediante la sustancia utilizada.

Si una persona padece de hiperactividad la droga que escogerá será una que la calme, por el contrario, si una persona es introvertida o está deprimida, optará por un excitante. En estos casos la sustancia tiene un valor de ajuste, y probablemente debería haber sido usada bajo control médico.

Cuando la personalidad del individuo propicia un conflicto con la sociedad, éste tratará de solucionarlo por medio de las drogas.

Otra de las posibles causas del problema es el deseo de los niños de atraer la atención de sus padres. Usando drogas logran dos objetivos, estar "en onda" y llamar la atención.

5. Presión de grupo.- Muchos piensan que la presión de grupo es un factor externo de la adicción. No obstante los niños no son generalmente forzados a usar la droga. El joven la busca para sentir una mayor aceptación de parte del grupo. Esta necesidad de aprobación es tan fuerte, que el chico hará cualquier cosa que considere parte de las normas del grupo.

6. Síntoma de desajuste de los padres.- La literatura social y psicológica tienen muchas referencias de casos de madres dominantes y padres ausentes (física o psicológicamente), y las respuestas de los hijos a esta situación, una de las cuales puede ser el uso de drogas. El niño busca un modelo para identificarse, generalmente lo encuentra en el líder de su grupo, que puede ser un consumidor de éstas. Para la identificación solamente requiere de una conducta semejante.

7. Teoría de la televisión.- El valor de esta teoría como una causa de la adicción es discutible, pero nos deja ver algo de la conducta emotiva del farmacodependiente.

La generación actual está expuesta durante tanto tiempo a la televisión que los jóvenes aprenden a depender de sus ojos y oídos para ser estimulados, ya que han sido condicionados a estar pasivamente frente al televisor viendo y oyendo, mientras se les crea un mundo de fantasía.

La misma situación existe cuando el joven usa las drogas. El no hace nada, deja pasivamente que la sustancia ingerida lo estimule. Esta crea un mundo de fantasía donde él se encuentra pasivo, mientras infinidad de cosas pasan a su alrededor.

Las causas anteriormente enlistadas pueden o no ser las-

únicas, pero todos estos factores individualmente o combinados entre sí, tal vez sean las causas ocultas que los médicos buscan.

CAPITULO IV.- TRABAJO SOCIAL CON FARMACODEPENDIENTES.

- 4.1. Antecedentes de Trabajo Social Psiquiátrico.
- 4.2. Trabajo Social Psiquiátrico en México.
- 4.3. Definición de Trabajo Social Psiquiátrico.
- 4.4. Manual del Departamento de Trabajo Social  
CEMEF - CIJ.
- 4.5. Plan de Trabajo Caracol, Turno Matutino.
- 4.6. Trabajo Social de Grupos.
- 4.7. Psicoterapia del Grupo.
- 4.8. Sesión ilustrativa del Grupo de Padres de -  
Familia.

#### 4.1. ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO.-

Esta especialidad del Trabajo Social tiene sus antecedentes históricos en el vecino país de los Estados Unidos del Norte, - la primera referencia que se tiene según la reporta la T.S. Rosa - Ma. Becerra de Ledesma en su libro "Elementos Básicos para Trabajo - Social Psiquiátrico" se refiere al año de 1905 y dice que la especialidad: "... se inicia la incorporación a los equipos terapéuticos de profesionales de servicio social, en distintas clínicas norteamericanas, entre ellas el "Massachussets General Hospital" de -- Boston, el "Bellewe Hospital" de Nueva York, el "John Hopkins - - Hospital" de Baltimore y el "Manhattan State Hospital" también de Nueva York..."

Se agrega también que fué gracias al psiquiatra Elmer E. Southerd y a la T.S. Mary C. Jarret quienes durante 1913 trabajaron atendiendo pacientes y sus experiencias fueron publicadas en 1922 en una obra considerada como el reporte de principios y bases específicas para quienes desearan continuar la especialización, en un libro cuyo título es The Kingdom of Evils. También en esta publicación se fijaban los requisitos de educación, instrucción y -- adiestramiento que deberían llenar quienes fueran a ejercer la especialización. A ellos corresponde el mérito de haber sido los -- primeros en ofrecer el adiestramiento tanto a profesionales en ejercicio como a estudiantes de Trabajo Social desde el año de 1914. El reconocimiento como especialidad profesional se obtuvo hasta --

1918, a la fecha y desde 1920 como resultado de la reunión de trabajadores sociales psiquiátricos en el ya mencionado Boston Psychopathic Hospital se acordó fundar el Psychiatric Social Worker Club que dió origen a la American Association of Psychiatric Social Workers.

#### 4.2. TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO EN MEXICO.-

Respecto a nuestro país, se sabe que desde el año de -- 1946 siendo Sub director del Manicomio General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Dr. Francisco Núñez Chávez quien también fuera Director de la Escuela de Trabajo Social dependiente de la UNAM y en estrecha colaboración con el Dr. Raúl González Enriquez quien tenía a su cargo el Pabellón de Observación, se dió un curso al equipo de Trabajo Social con miras a prepararlo para una mejor colaboración interdisciplinaria.

Una segunda referencia la tenemos durante el año de 1961 y por conducto de la Escuela de Salud Pública, también dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. El curso fué impartido a trabajadores sociales graduados por medio de la coordinación entre el Hospital de Neurología y la Dirección General de Salud -- Mental y Rehabilitación.

Una tercera información proviene del Hospital Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno" ubicado en Sta. Catarina, Tlahuac, D.F. y que menciona entre las actividades a desarrollar por el Departa-

mento de Trabajo Social durante los días viernes: "... Clases de - Trabajo Social Psiquiátrico, previo Programa autorizado por la Dirección del Hospital con otras materias como: Psicología Social, - Psicopatología, Sexología, Dinámica de la Personalidad, Técnica y Método de la Investigación y Entrevista..."

Asimismo dentro del Programa de materias a cubrir en la carrera de Trabajo Social, nivel Licenciatura en la Escuela Nacional de Trabajo Social dependiente de la UNAM existen la de Psicología, Psicopatología, Psicología Social, Higiene Mental, Psicología Evolutiva con miras a preparar profesionales deseosos de ejercer - la especialidad.

Uno de los fines que persigue asimismo tanto CEMEF como los C.I.J. es su constante interés por mantener preparado a su personal en lo referente a conocimientos sobre el problema que se ataca, de ahí que no tenga la menor objeción por capacitar a sus colaboradores en el campo de la Psiquiatría respetando su preparación profesional.

#### 4.3. DEFINICION DE TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO.-

En 1972 Natalio Kisnerman presentó la siguiente definición respecto al Trabajo Social: "... un quehacer profesional que estudiando las situaciones problemas, traduce necesidades concretas en acciones concretas..."

A la fecha la Escuela de Trabajo Social de la UNAM establece que: "... El Trabajo Social es una profesión del área de las ciencias sociales, que a través de procedimientos científicos promueve la organización y participación consciente de los miembros de la colectividad en las transformaciones sociales a fin de contribuir al desarrollo integral de la población..."

En base a la definición anterior, es que Trabajo Social tiene un lugar importante para colaborar en la lucha contra la farmacodependencia que las Naciones Unidas calificaron de Enfermedad Social, como consta en el enunciado que abre este trabajo.

De acuerdo a lo anterior se presenta el Manual General que para el Area de Trabajo Social elaboró la Supervisión de CEMEF y encaminada a guiar las labores en el grupo interdisciplinario en los Centros de Integración Juvenil.

#### 4.4. MANUAL DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL- CEMEF - CIJ.-

JUSTIFICACION.- Se justifica la existencia de una oficina de Trabajo Social en los Centros de Integración Juvenil A.C. en base al análisis de la dinámica de la farmacodependencia estableciendo la relación causa-efecto de los fenómenos que se suceden alrededor del farmacodependiente.

OBJETIVOS.- 1. Objetivo General. Prevenir, abatir y controlar la farmacodependencia en la zona que corresponde a la ubicación del Centro de Integración Juvenil. 2. Objetivo Específico. Intervenir para intentar la modificación o la supresión de --



los factores que entorpecen el desarrollo de los seres humanos, pre viniendo además las situaciones que llevarían al problema de la -- farmacodependencia. 3. Objetivo Complementario. Aportar informa- ción que ayude al equipo técnico a conocer el medio familiar y so- cial en que se desenvuelven sus pacientes y las limitaciones que - puedan tener para seguir su tratamiento y rehabilitación.

POLITICAS.- 1. Tener continuidad en los casos. 2. No - abandonar el Centro de Integración Juvenil si no hay otra persona- del equipo técnico que pueda proporcionar atención al paciente. -- 3. Respetar y aceptar al solicitante como una persona con problema y no como problema a la persona. 4. No utilizar su situación socio económica en beneficio propio. 5. Los planes se harán después de- juicioso estudio. 6. Los pasos no deben ser improvisados, sino es- tar encaminados a poner en juego la capacidad del paciente para to- mar decisiones y actuar de manera responsable. 7. Las citas que - se hagan deben ser cumplidas puntual y escrupulosamente. 8. Las - entrevistas deben ser absolutamente privadas. 9. Nunca hacer pro- mesas al paciente. 10. Bajo ninguna circunstancia deberá proporci- narse ayuda económica al paciente. 11. Hacer conciencia en el far- macodependiente de la magnitud de su problema.

PERSONAL.- Tiene que estar formado el equipo de Trabajo Social por profesionales de esta disciplina, en la cual será varia- ble el grado de preparación que va desde el Trabajo Social Técnico, Licenciatura en Trabajo Social con cursos de Especialización hasta grados de Maestría.

Jefatura de Trabajo Social en los Centros de Integración Juvenil.-

La Jefatura de Trabajo Social es un proceso dinámico, -

técnico-administrativo, de dirección, educación y planeación que permite valorar el intercambio de conocimientos teórico-prácticos entre jefe y subordinados, con objeto de estimular el interés por acrecentar conocimientos y liberar las capacidades individuales para un mejor aprovechamiento.

Análisis del Puesto.— Como requisito mínimo para la realización de este puesto será la carrera técnica de Trabajo Social, dando preferencia a la Licenciatura en Trabajo Social. Cuando exista personal con igual preparación se tomará en consideración capacidad, aprovechamiento de experiencias y conocimientos, destreza, juicios, madurez y cumplimiento de horario y obligaciones. Para el desarrollo del cargo, tendrá la obligación de conocer los procesos administrativos, así como normas y procedimientos por los cuales se rigen los Centros de Integración Juvenil, así como un conocimiento general con respecto al tratamiento y rehabilitación del farmacodependiente.

Funciones Específicas del Trabajador Social, Jefe de - -  
Oficina.—

1. Ser responsable frente a las autoridades de los CIJ - respecto a la dirección técnica, supervisión y evaluación del trabajo individual y del grupo del personal a su cargo.

Dirección Técnica.— Siendo la función de la jefe del -- servicio, le da la característica a este cargo la de ser una plaza de ascenso en las actividades enérgicas a la prevención, tratamiento y rehabilitación, o sea, que pasa de un proceso de "ayuda" al farmacodependiente a uno de "enseñanza", lo que implica que no sólo debe conocer la labor, sino que, también, debe tener la capa-

cidad de transmitir sus conocimientos y experiencias a otros, siendo éste un proceso administrativo-docente y le permite que sus supervisados trabajen adecuadamente con los que solicitan "ayuda", - siendo esta una relación dinámica y creadora.

Los objetivos de la supervisión son:

a) Dar a conocer las normas y prácticas de los Centros de Integración Juvenil, para que se cumplan en forma cabal, reconociendo siempre los principios profesionales. b) Estimular y proveer la participación del personal en la formulación de normas, en la interpretación de las necesidades del Centro de Integración Juvenil y en afrontar los problemas de ésta en forma real. c) Ayudar al personal a dominar la rutina administrativa haciendo conciencia de que es el medio para lograr un fin y no el fin. d) Mantener una comunicación dinámica y de confianza para obtener eficiencia en la supervisión de ambas partes: supervisor y supervisado. e) Mantener el interés en hacer la mejor labor posible y velar por el desarrollo progresivo del personal. f) Proveer una relación de coordinación entre personal ejecutivo y personal de campo, entre los niveles locales y estatales, con los privados y oficiales.

Aspecto Administrativo que debe cubrir el Jefe de Trabajo Social.-

a) Como planificador, elaborar planes sencillos y flexibles que provean un análisis y evaluación fácil de clasificar en distintas operaciones con el fin de poder establecer normas posteriores.

b) Como organizador, desplazando deberes y señalando los que corresponden a cada cual, asumiendo la responsabilidad de ver-

que se cumplan las distintas obligaciones.

c) Como coordinador, debe integrar el esfuerzo de todos, manteniendo una corriente continua de ideas y sugerencias de uno y otro lado.

d) Como director, ha de ver que el bien general no se su bordine al particular, estudiando las cualidades y la labor de los supervisados para hacer recomendaciones justas sobre distinciones- que sirvan de incentivo de modo que se haga el mejor aprovechamiento del personal que se tiene y que se mantenga la moral de ese personal.

e) Como controlador, debe ver que las operaciones se realicen a tono con las normas especificadas y los objetivos trazados.

Para cumplir estas funciones es necesario el uso de controles como: Programa de Trabajo, registros, informes estadísticos (diarios y mensuales de las actividades de los empleados y del movimiento de casos, grupos y actividades en comunidad) evaluaciones anuales, semestrales y trimestrales, tarjetas de supervisión y libreta de supervisión.

2. Cumplir con acuerdos tenidos con las autoridades.

3. Hacer sugerencias a las autoridades, sobre comisiones, movimientos y nuevas actividades que tiendan a mejorar el servicio.

COLABORADORES.-- Como colaboradores en su campo de trabajo serán las personas de su misma profesión, así como los integrantes del equipo técnico de los Centros de Integración Juvenil.

a) Los Trabajadores Sociales tienen como rol contribuir-

al proceso de concientización y capacitación conjunta para una acción organizada, realizando una práctica solidaria para percibir - la complejidad de los conflictos que no se dan en una sola dimensión.

b) Análisis del Puesto.- Como requisito mínimo para la realización de este puesto será la carrera técnica de Trabajo Social dando preferencia a la Licenciatura en Trabajo Social. Se seleccionará al personal cuya preparación, iniciativa, experiencia y madurez sean más acordes a las necesidades del establecimiento.

Para el desarrollo de sus actividades es requisito necesario para los Trabajadores Sociales de nuevo ingreso, el sujetarse a adiestramiento y seguir los cursos de capacitación que organice - CEMEF.

La reclutación de personal se hará mediante la cita previa de los elementos de Trabajo Social que hayan hecho solicitud de ingreso, dándoles preferencia para su entrevista posteriormente; si no satisface ninguno de estos elementos las necesidades del cargo se solicitarán los elementos a las agrupaciones de Trabajo Social, así como a centros universitarios.

Se recomienda que las personas que sean aceptadas tengan o se preparen para asistir a tratamiento psicoterapéutico o que -- por medio de sus estudios psicológicos de selección de personal estén conscientes de sus fallas, problemas y proyecciones que puedan existir en las dinámicas de grupo.

c) Funciones del Trabajador Social Colaborador.-

1. Ser responsable del trabajo que se le designe, sujetándose a las normas establecidas usando la forma y método de trabajo

apropiados.

2. Elaborar los informes de: visitas domiciliarias, entrevistas, dinámica de grupo, notas de evolución, informes mensuales e informes diarios de actividades.

3. Hacer sugerencias para la modificación o creación de nuevas actividades que tiendan a mejorar el servicio.

4. Supervisar los informes mensuales dándoles orientaciones para su mejor elaboración, cuando se haga necesario.

5. Controlar que los informes mensuales de los Trabajadores Sociales sean entregados en los primeros cinco días del mes -- subsecuente al informado.

6. Vigilar y controlar el calendario de visitas zonificadas.

7. Controlar y supervisar los informes de: visitas domiciliarias, entrevistas, terapia y notas de evolución.

8. Dividir equitativamente el trabajo del día.

9. Dar a conocer al personal de nuevo ingreso de Trabajo Social el manejo de la papelería diseñada especialmente para su -- trabajo.

10. Colaborar con el resto del personal técnico.

11. Organizar mesas redondas y reuniones de carácter -- técnico, así como elaborar trabajos de investigación.

NATURALEZA DE LAS FUNCIONES. -- El rol del Trabajador Social en los Centros de Integración Juvenil, esencialmente asistencial, terapéutico siendo sus funciones de concientización y capacitación para enfrentar la realidad que están viviendo y la necesidad de su aporte para procurar cambios estructurales.

a) Volumen de Trabajo.- Variará con la dimensión del problema de la farmacodependencia en cada zona donde se ubique el Centro de Integración Juvenil y la población que solicite atención -- por parte de la Institución.

b) Recursos.- Se contará con recursos a disposición del Trabajador Social, los existentes en la comunidad tanto a nivel privado como oficial conociendo ampliamente los antecedentes de agrupaciones, organizaciones, que puedan movilizarse y establecer relaciones positivas y conexiones sociales con los elementos que tengan funciones ejecutivas y de relaciones públicas, así como los recursos propios de los solicitantes.

1. Humanos.- Se contará con los recursos propios del -- Centro: Médico Psiquiatra, Psicólogo, Equipo Voluntario que participe en el centro y de los jóvenes farmacodependientes que asistan a tratamiento.

2. Materiales.- Corresponden a la unidad física del Centro de Integración Juvenil y específicamente para Trabajo Social -- la oficina designada con el mobiliario existente para la adecuada realización de sus funciones y actividades.

En cuanto a la papelería tendrá siempre una existencia -- de: - Estudio Social, Hojas de evolución, Hojas de Informe Diario, Hoja de Informe Mensual, Hoja de Recepción, Grabadora, Cassetts.

Lugar de Trabajo.- Se considera como lugar oficial de -- trabajo el Centro de Integración Juvenil donde se comisione para -- el desempeño de sus actividades teniendo en cuenta los casos excepcionales que por necesidades de servicio se comisione a otro Centro de Integración Juvenil teniendo que extender sus actividades a

la comunidad correspondiente.

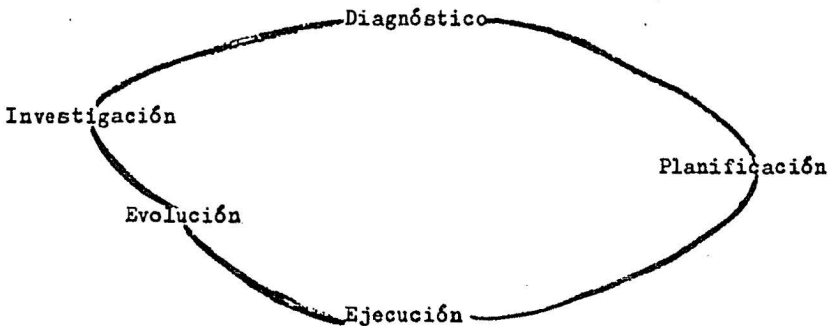
Métodos de Trabajo.- Se tendrá el "Método Unico" que se basa en principios científicos descrito a continuación y que contiene cinco pasos:

FINALIDADES.-

1. Conocimiento del individuo en su problema de Farmacodependencia.
2. Planteamiento de Objetivos.
3. Intervención en la situación social problemática.
4. Evolución sistemática.

PROCESO METODOLOGICO.-

1. Investigación.
2. Diagnóstico.
3. Planificación.
4. Ejecución o intervención.
5. Evaluación



Investigación.- Siendo objeto de estudio del Trabajador Social, el individuo, el grupo y la comunidad, conocerlos significa saber su situación social problemática frente a la farmacodependencia y para conocerlos: necesitamos en primer lugar investigar, para actuar eficazmente.

Diagnóstico.- Surge de relacionar y explicar los datos de la investigación, precisando la naturaleza y magnitud de los problemas: abarcando lo social, económico y cultural como un todo. -



Esto lleva a señalar que el problema de la farmacodependencia se presenta encadenado a factores que afectan a la sociedad.

Planificación.- Determinado el diagnóstico estructural del problema, corresponde al equipo multidisciplinario del Centro de Integración Juvenil intervenir ejecutando acciones que promuevan al individuo, grupo y comunidad a la participación efectiva y consciente en el problema de la farmacodependencia.

Ejecución.- Es la etapa en la cual se logra coherencia de las etapas anteriores del proceso metodológico pues todas implican acción y es aquí donde se suman los recursos intervinientes en la transformación de los objetivos fijados.

Evaluación.- Es el proceso metodológico por medio del cual se relacionan hipótesis y resultados con actitud científica en el sentido de búsqueda de la verdad, de flexibilidad del investigador de las causas que ocasionan fallas y de la permanente reflexión de simplificar las técnicas cumpliéndose permanentemente, a fin de aportar al equipo multidisciplinario el reconocimiento del valor de cada una de las etapas.

Tras haber asistido por espacio de diez días a CEMEF, el equipo de Trabajo Social concluyó su entrenamiento realizando visitas a los Centros de Integración Juvenil que ya existían para conocer más ampliamente los logros obtenidos hasta esas fechas y elaborar el correspondiente Plan de Trabajo para el C.I.J. Caracol y -- que a continuación se transcribe.

4.5. PLAN DE TRABAJO PARA EL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL "CARACOL", DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL TURNO MATUTINO, 1er. SEMESTRE DE 1975.-

Justificación.-

La labor de Trabajo Social en el Centro de Integración Juvenil "Caracol" se justifica de acuerdo con las bases que han sido establecidas mediante los diversos estudios realizados por el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, en la zona noroeste de la Ciudad de México y en estrecha correlación con el grupo interdisciplinario, para combatir, prevenir y controlar el problema de la farmacodependencia.

Objetivos.-

1.- Contribuir en la atención, tratamiento y rehabilitación del paciente farmacodependiente y su familia con el resto de profesionistas que integran el equipo de trabajo del Centro.

2.- Colaborar en el desarrollo de Programas tendientes a orientar a la comunidad sobre el problema de la farmacodependencia en combinación con el resto de los profesionales de esta institución.

3.- Orientar a todas aquellas personas que soliciten servicios y que no correspondan a las actividades específicas del Centro "Caracol" mediante la canalización.

Límites.-

1.- De Espacio.- De acuerdo con las instrucciones recibidas de parte del Director y de la Supervisora en Trabajo Social de CEMEF, se tomarán como límites los que corresponden a la Delega

ción Venustiano Carranza del Distrito Federal en cuanto a recursos. ESTO NO PRIVA AL CENTRO EN LO REFERENTE A UBICACION DOMICILIARIA DE LOS PACIENTES QUE SOLICITEN NUESTRO SERVICIO.

2.- De Tiempo.- Este Plan de Trabajo comprenderá el 1er. Semestre de 1975. Su ejecución estará sujeta a las necesidades propias del trabajo que se ejecuta, es decir será dinámico y flexible.

3.- Universo de Trabajo.-

a) Los pacientes registrados en el Centro de Integración Juvenil "Caracol".

b) Los padres de familia y/o parientes de los pacientes registrados.

c) Todas aquellas instituciones en donde se nos permita el acceso para conseguir los fines que perseguimos tales como (Escuelas, Fábricas y otras).

d) Las instituciones con las que se requiera poseer alguna relación para tratar de combatir el problema que nos ocupa tales como Hospitales, Clínicas y otros Centros.

#### Actividades.-

##### Area Intramural.-

1.- Con los Pacientes.- Recepción para orientación sobre servicios del Centro y/o canalización. Entrevista para elaboración de fichas de identificación. Entrevista para elaborar estudios socio-económicos. Realizar informes de visitas domiciliarias. Anotación de resultados obtenidos de entrevistas subsecuentes por diversos aspectos en los expedientes de cada paciente.

2.- Con los Familiares.- Entrevista para promover la --

formación de grupos de orientación a padres de familia. Intervención en calidad de observador en las "Dinámicas de Grupo" tanto de padres como de pacientes, colaborando directamente con el Psicólogo y/o Psiquiatra tratante. Elaborar los reportes de las sesiones antes mencionadas para su análisis y control.

3.- Con el grupo interdisciplinario.- Participar en la exposición de trabajos relacionados con el problema de la farmacodependencia durante las sesiones clínicas semanales.

#### Area Extramural.-

1.- Con la familia.- Realizar visitas domiciliarias para: Reportar ambiente familiar del farmacodependiente e integrar expedientes. Informar sobre deserción de pacientes. Informar sobre deserción de familiares a los grupos de orientación de padres de familia. Informar sobre diagnósticos a los familiares en el caso de pacientes que se presenten por sí mismos.

2.- Con grupos.- Visitas domiciliarias a instituciones - varias para: coordinar actividades encaminadas a orientar sobre el problema de la farmacodependencia, escuelas, fábricas, cen-tros previa etapa de promoción. Realizar traslados de pacientes farmacodependientes que así lo requieran para continuar el tratamiento.

#### Calendario de Actividades Intra Murales.-

1. Sesiones Grupales de Pacientes Farmacodependientes, jueves de 11.30 a 12.30, dirigido por el Psiquiatra.
2. Sesiones Grupales de Padres de Familia, martes de 11.00 a - 12.00 manejado por el Psicólogo.
3. Sesiones Clínicas-Prácticas, Bibliográficas, martes y vier--

nes de 9.00 a 10.00 y de 11.00 a 12.00 respectivamente.

#### Evaluación.-

El presente Programa queda sujeto a la evaluación que - tanto el Director del Centro como los representantes de CEMEF juzguen conveniente.

México, D. F., Enero, 1975.

#### 4.6. TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS.-

Dentro de la metodología tradicional del Trabajo Social uno de los tres métodos es el que corresponde al Trabajo Social - de Grupos. Hemos visto a lo largo de este capítulo dentro del Manual del Departamento de Trabajo Social CEMEF-CIJ que será el llamado Método Unico el aplicable en nuestra labor, más sin embargo cabe hacer notar que a la fecha, y de acuerdo con los anteceden-- tes de nuestra institución más las posibilidades de trabajo en -- nuestra institución continuamos utilizando los métodos tradicionales aún cuando se vislumbra la posibilidad de hacer ensayos que - nos lleven a la aplicación del Método Unico.

Pues bien de manera tradicional hablaremos del Trabajo Social de Grupos.

Este método tiene sus antecedentes históricos en dos -- etapas la llamada pre-científica cuyos representantes son desde el sacerdote salesiano Don Bosco 1815-1888 hasta la aparición de la American Red Cross en 1917. A partir de 1916 con Joshue Lieber-- man ferviente organizador de sindicatos de los Estados Unidos de Norteamérica, en unión de Samuel Richard Slavson quien organizó -

los primeros clubs para la clase trabajadora y Wilber Newstetter - definen lo que es el Trabajo Social de Grupos.

Igualmente y en base a los estudios experimentales que - llevan a cabo especialmente en los campamentos de verano y en expe- rimentos de convivencia en ciertos vecindarios llevando como obje- tivo la posible solución de problemas de adaptación de los indivi- duos a través de un grupo.

### Clasificación de los grupos.-

Los grupos se han clasificado de varias maneras, por la- edad, por el sexo, también llamados grupos primarios, por la es--- tructura, nosotros de acuerdo con el trabajo que realizamos segui- remos la división que hace Slavson y que dice que los grupos por - asociación o secundarios se dividen en:

- Obligatorios .
- Motivados
- Voluntarios

Hablemos de los grupos Obligatorios y teniendo como base los motivos o situaciones por los que la gente se reúne. En estos grupos encontramos a quienes forman parte de una familia, a las -- personas que laboran enun centro de trabajo, quienes acuden a una- escuela.

Se dice que un grupo es motivado cuando quienes lo for-- men han llegado a él impulsados por el reconocimiento social, casi siempre en busca de prestigio social de ahí el surgimiento de aso- ciaciones culturales, políticas, profesionales.

Grupos voluntarios, por el simple y sencillo deseo de -- convivir con otros es que se forman, también pueden nacer porque -

les agrada a las personas desarrollar algunas actividades específicas.

En este separado se puede realizar otra subdivisión y entonces tendremos que los grupos voluntarios se hayan también -- los culturalmente homogéneos, los de intereses homogéneos o especiales, los de actividades múltiples y los terapéuticos.

De manera gráfica:

Obligatorios - Los ajenos a su voluntad.

Motivados - En busca de reconocimiento social.

CLASIFICACION DE LOS  
GRUPOS POR SU ASOCIACION.-

(SLAVSON)

Voluntarios

- culturalmente homogéneos
- intereses homogéneos o intereses especiales
- actividades múltiples
- terapéuticos

#### Fines Profesionales del Trabajo Social de Grupos.-

- 1.- Impulsar y enriquecer el crecimiento personal de cada individuo miembro del grupo.
- 2.- Que el grupo dentro de su comunidad tenga un valor social, para servirse como grupo y proyectarse hacia la comunidad.

#### Definición de Trabajo Social de Grupos según Wilber Newstetter.-

Dice que es un proceso socioeducativo que tiene por objeto el desarrollo y adaptación de un individuo a través de su asociación voluntaria con un grupo y el uso de ésta asociación para otros fines socialmente deseables.

Ahora bien puesto que el tema central de este trabajo es el grupo de padres de familia y éste se considera dentro de los de

nominados terapéuticos, consideramos indispensable hablar acerca de la teoría referente a la Psicoterapia del Grupo para explicarnos algunas de las situaciones encontradas durante nuestra tarea.

#### 4.7. PSICOTERAPIA DEL GRUPO.-

Dado que el material que sirve de base a la investigación motivo de esta tesis es el Grupo de Padres de Familia y éste se maneja a base de Psicoterapia del Grupo hablaremos brevemente de ésta.

A efectos de tener un marco teórico sobre este tipo de tratamiento hemos utilizado el libro denominado Psicoterapia del Grupo de: León Grinberg, Marie Langer y Emilio Rodríguez, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1974.

Nos dicen los autores que fué Pratt quien inició alrededor de 1905 la Psicoterapia del Grupo en un hospital donde se atendían enfermos tuberculosos.

Se entiende por grupo terapéutico el constituido por una serie de personas que se reúnen de común acuerdo y comparten normas tendientes a la consecución de un determinado fin, la curación. Dentro de éste cada integrante desempeña una función, consciente o inconsciente que se halla en estrecha interdependencia con los demás. El terapeuta es el líder formal pese a los diferentes roles que se le asignan. Su función específica es interpretativa ya que no juzga, dicta normas o da consejos.

Aún cuando se dice que los grupos terapéuticos son gru-



pos homogéneos éstos en la realidad no son tales ya que cada uno de los integrantes tienen una historia personal diferente.

Para que un grupo terapéutico se considere como ideal - deberá estar constituido por 5 a 8 personas. Las sesiones deberán realizarse semanalmente y tomarán de una hora a una hora y media máximo. Por lo que se refiere al término del tratamiento, éste lleva aproximadamente un período de 2 años mínimo.

En comparación con la psicoterapia individual, la de -- grupo presenta una figura nueva que es la del observador, que es silencioso, en este caso particular un Trabajador Social, aún cuando por lo general este papel lo desempeñan ya sea otro terapeuta, un estudiante de Psicología o bien otro terapeuta en entrenamiento.

Como funciones específicas del observador encontramos:

1) Registrar como resultado de la observación directa, -- la comunicación verbal y no verbal intercambiadas en el grupo, -- las interrelaciones de los distintos miembros y los cambios que se producen de una sesión a otra.

2) Conferenciar con el terapeuta después de cada sesión.

3) Analizar junto con el terapeuta los datos obtenidos -- en las sesiones.

Es costumbre que tanto observador y terapeuta se reúnan antes o después de cada sesión, antes de comenzar la siguiente para comentar y discutir el material de la última sesión, las intervenciones del terapeuta y la medida en que coinciden o difieren -- con lo apreciado y registrado por ellos. A menudo los datos obtenidos por el observador y que son complementarios constituyen ele

mentos de gran valor para el terapeuta, lo mismo puede decirse de-  
cirse de las sugerencias para alguna situación particular.

De acuerdo con los propósitos que persiga el grupo encon  
tramos que pueden ser:

1. Para instruir
2. Para guiar
3. Para comprender al grupo con el fin de mo-  
dificarlo.

En general podemos decir que la Escuela de Buenos Aires-  
a la que pertenecen los autores se define por medio de los siguien  
tes puntos:

1. Interpretamos al grupo como un todo al señalar el cli  
ma emocional con sus oscilaciones y las fantasías subyacentes.

2. Interpretamos en función de roles, por considerar que  
éstos están en función de una situación o de un sentimiento común-  
al grupo.

3. Interpretamos la actitud y las fantasías del grupo ha  
cia una persona ya sea esta un participante del grupo o no - y ha  
cia el terapeuta.

4. Interpretamos en términos de subgrupos como partes --  
complementarias de un todo, como índice de desintegración de ese -  
todo y como dramatización de las fantasías inconscientes.

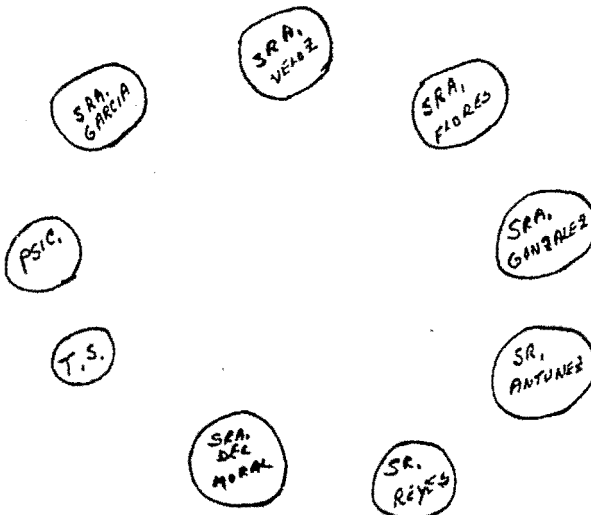
5. Interpretamos en función del "aquí y ahora", cuyo ---  
campo esta configurado por la interacción y sobreposición de las -  
creencias y actitudes de cada uno de los integrantes hacia el gru-  
po como una totalidad, hacia los otros miembros y hacia el terapeu  
ta.

Concluimos este capítulo presentando una de las Sesiones del Grupo de Padres de Familia y los ejemplares de formatos para reportar actividades varias y que han sido descritas a través de este trabajo particularmente en el capítulo I.

Respecto a los informes sobre visitas domiciliarias y -- por rescate de pacientes y/o familiares no se considera necesario aportar información por escrito.

4.8. SESION ILUSTRATIVA DEL GRUPO DE PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL "CARACOL", A.C.

ASISTENTES:	Psicólogo.	Sra. González.
	Sra. García.	Sr. Antunez.
	Sra. Veloz.	Sr. Reyes.
	Sra. Flores	Sra. del Moral.
		Trabajadora Social.



Psicólogo.- Solicita la presentación de cada uno de los integrantes. Se solicita asimismo, hablar sobre el problema general de la farmacodependencia, expresar las ideas que en general se tienen. Se dice que se piense en cómo son los problemas de farmacodependencia, y cómo repercute dentro del núcleo familiar. De esto se obtendrán las soluciones en base a estas charlas y que nos pueden servir de orientación adecuada. Iniciemos con cuáles consideran ustedes que son los problemas, por qué aparecen estas situaciones lo que hay en general y lo que sucede en lo particular.

Se presenta cada uno de los integrantes del grupo.

Sra. García.- Yo no sé qué hacer, él se está tratando, pues pienso que ya tuvo el tratamiento, yo tenía la esperanza de que cambiara, de que estuviera en la casa, y ahora no llega más que a comer, a veces lo regaña, lo aconsejo, no sé si haga bien o haga mal, no sé qué hacer.

Entra el Sr. Antunez toma su sitio y se presenta.

Psicólogo.- Nuevamente explica generalidades.

Sra. González.- Yo tengo el mismo problema, este muchacho no obedece, nomás está en la calle drogándose todos los días. La hora en que se presenta es entre las doce y la una de la mañana y está enojado, golpeando la puerta, porque uno no le habla también.

Sra. Flores.- Yo en mi chico no había notado nada, ya tiene los 18 años, los cumplió el 30 de Julio, él trabaja, salió muy chico de la escuela, entró a la Secundaria. Consiguíó trabajo en un taller de optica y ya está como maestro. Realmente no ha-

sido un muchacho que llegue noche, no es fiestero, inclusive en la casa de ustedes no fuma, ni un cigarro. Este... entonces hará como unos 15 días que de esas cosas que a mí me dió por revisar su ropa y encontré la marihuana en su bolsita. No le dije nada hasta después de 2 ó 3 días que le dije, mira hijo confíate a mí, soy tu madre, mírame como un amigo, si tu quieres si piensas que de algo puede servir una palabra, mira yo me voy a informar de alguna parte o centro donde te puedas curar. Y él dijo, sí mamá, como no, para ésto yo le hice ver todo lo malo que puede sobrevenirle y me dijo que se ha tomado. Por eso yo vengo a consultarles a ustedes. Por eso a veces me ha dicho que no lo comprendemos y no le hemos hecho caso, no lo hemos oído. Y pienso que es así, ya sea por los -- otros hijos, él es el tercero, muchas veces ha llegado de su trabajo... Yo reconozco que ese error que sí yo lo tuve de -- prestarles atención al momento que la piden. En mi caso, de mí esposo es penoso decirlo bueno, es muy trabajador y responsable, pero toma, y ya le han dicho que tiene diabetes pero él dice que no ha de dejarlo porque se ha de morir así. Ha tomado delante de ellos, y no he podido verlo nunca en ese estado, yo siempre le he dicho que no lo haga frente a sus hijos, porque ellos ya están grandes. El dice que si ha de morir -- que muera por lo menos contento pero que no va a hacer dieta, y creo que eso es lo que ha orillado a mi hijo para desquitarse y drogarse.

Sra. Veloz.- Doctor yo vengo por mi hijo, porque está chiquito tiene 8 años. Estuvo en primer año, pasó muy bien al segundo, -

estuvo muy bien pero ya para finalizar el año, se me vino aba  
jo, ya no quiere entrar a la escuela, ayer que vine aquí se --  
 le salió de la escuela a la maestra y se iba a tirar de la --  
 barda de la escuela, está muy nervioso, lo he notado muy ner-  
 vioso no se por qué será?

Psicólogo.- Bueno vamos a terminar... señala al resto de las perso-  
 nas.

Sr. Antunez.- Yo de mi hijo, así como dice la señora (señala a la-  
 Sra. García), es un chico casi es un niño, está en la edad de  
 la adolescencia. Yo sí lo noto muy extraño y se ha dedicado-  
 a las drogas y por más que ya le dije, no entiende, yo lo --  
 quiero llevar a otras cosas y como sus aspiraciones son otras  
 pues ya no me obedece.

Psicólogo.- Ahora quisiera que tratáramos de ver enconjunto, ubi--  
 cándonos en qué temas del mismo problema, así como dice la se  
ñora las causas, los problemas que causan esa conducta en el-  
 chico.

Sra. Veloz.- En mi caso estamos viviendo con mi suegra, mi suegro  
 abandonó a la suegra, ya tiene otra señora y pues cada vez --  
 que va discute con mi suegra, regaña a las cuñadas. Yo con-  
 mis hijos y con nosotros no se mete, pero me imagino que eso-  
 le ha de pasar a mi niño, porque a pesar de que yo agarro y --  
 me encierro con ellos, pues sí se dancuenta de estos pleitos,  
 y si no se imaginan. Por otro lado no creo que haya algo más  
 porque mi marido es muy buena gente, no es desobligado y no --  
 les falta nunca, puede ser...

Psicólogo.- Qué más podemos agregar sobre esto.

Sra. Flores.- En el caso de mi muchacho ha tenido dificultad con su padre, ya que es una persona que en su juicio es una fina- persona, pero tomado es otra persona empieza a discutir y - esas son las causas de mis disgustos con él; en realidad se - les va gravando a ellos el criterio, por ejemplo yo le digo a mi hijo que traiga a sus amigos a la casa, para que sepamos - qué clase de amigos tiene, inclusive en una ocasión bueno de- ésto tiene poco me faltó a la casa y supe que había tomado, - no llegó en ese estado, si llegó con aliento pero no así. Yo reconozco que lo reprendí, le pegué, a los días lo abordé y - le dí consejos, le hice ver las cosas porque le digo que si - uno tiene un amigo, es decir si siente aprecio por una perso- na no lo invita a que siga por ese camino, le he dicho que es coja a sus amistades con más cuidado doctor. Vivimos en la - Romero Rubio, las colonias por allí son pequeñas, intercambio en la Damián Carmona sí de a tiro hay muchos de esos muchachos, - que ahí sí golpean. Hay muchos muchachos de pelo largo, bar- bones, por eso cra que el papá le llamaba la atención, yo le- decía que no en ese estado, porque creo que no es conveniente (en estado de ebriedad). Le digo no le llames así la aten- - ción pero no me ha hecho caso. Le dice tú vas a parar en eso y en aquello, es decir en mariguano. Por eso yo no sé si eso sea la cuestión, como están en la etapa de la adolescencia, y ahora yo digo, qué vamos a hacer? Yo le digo piensa hasta - cuando ya estes casado, qué no te pones a pensar qué clase de hijos vas a procrear, tú con tu vicio tal vez los tengas mali- tos. Yo francamente vengo por la voluntad de él.

Psicólogo.- Vamos a puntualizar algunas cosas. Tenemos que ver -- que es lo que sucede, qué es lo que pasa, qué sucede, para -- ver qué es lo que se hace, el hecho de la comunicación, la dificultad de comunicarse. Ya nos ha planteado la señora, qué-pasa y ese es su problema en cuanto a qué es lo que puede ser su problema. En cuanto a la farmacodependencia, qué piensan-ustedes? Cómo comunicarse con ellos, qué dificultad creen ustedes que exista?

Sra. González.- En mi caso él no se presta, creo.

Psicólogo.- Por qué?

Sra. González.- Porque no deja su droga, yo tengo mis nervios ya - bastante alterados, me aviolenta y todo cuando yo veo en mi - caso, que está en sus cinco sentidos, le hablo, pero cuando - no ya no se puede, responde mal, o no responde, y ya está lo-malo y es como si nada.

Sra. García.- A mi se me pone muy agresivo, le digo que no está -- bien y me dice puras groserías, que no se puede así, el otro-día se salió y regresó muy tarde, no nos dejó dormir, entra y sale a la calle. Dijo que lo hacía porque no podía dormir y-yo le dije que se lo avisara al médico, pero parece que no se lo dijo, pues no se presta.

Sr. Antunez.- En la casa yo lo veo a él muy extraño, como si fuera otra persona y le digo que no sea así que me tenga confianza, le digo mira yo soy tu padre, no te sientas extraño, porqué - eres así, le digo mira quieres ir al cine? y me contesta no a la mera hora, después que me dijo que sí, mejor me voy a que-dar. Yo hago porque él se distraiga, porque se le olvide, no



me imagino que es lo que quiere hacer, cómo que quiere andar fuera y como no lo dejo.

Psicólogo.- Uste menciona algo de que a lo mejor se siente como extraño, porque es farmacodependiente, dice usted que con los demás?

Sra. Veloz.- A lo mejor es que le falta comunicación, falta comunicación entre ustedes.

Sr. Antunez.- Yo le digo que en realidad eres igual a todos, yo no sé de donde su resentimiento, tal vez sea muy distante, le digo que debe tener confianza en todo, pero no.

Sra. Veloz.- Es que a veces uno no les inspira. Ya al ponerse a ver el problema muchas veces uno no les da esa confianza, o muchas veces se las dá demasiada.

Sra. González.- En mi caso siempre que salgo y ésto es muy continuo me lo llevo conmigo, de paseo, sus hermanos siempre dicen que es el consentido, yo siempre procuro llevármelo. Ellos me dicen llévate a tu hijo, no lo queremos aquí. Hace unos días-- salí a Coahuila y se quedó aquí y cuando regresé me dijeron -- sus hermanos que lo habían mandado a la delegación porque se puso muy grosero.

Psicólogo.- En ese era el sentido en que quería que ustedes colaboraran, en el sentido de que cómo es visto el chico cuando es farmacodependiente, cómo es visto por nosotros mismos.

Sra. González.- Su hermana con él, no se quieren los dos, siempre están peleando y la otra es medio grosera, pero yo hago por-- que él y ella no se peleen y ella le dice que es ésto y lo otro.

Psicólogo.- No se ha puesto a pensar por qué es así?

Sra. González.- Yo me interpongo entre ellos, le digo tú estás pre parada, entonces porque yo insisto y no la calo y dice y le - dice que es un cementero, que por qué no estudia, yo le digo - que se calle que no le diga nada, me meto entre los dos el -- otro entiende y se calla la boca, y la otra sigue, tú eres és to y otro, yo me pongo de nervios.

Psicólogo.- Esto me da una idea general de qué en especial cada uno de ustedes encuentra que sus hijos tienen algo de particular.

Sra. González.- Cómo ve usted? Estará bien o estará mal tratarlos - así?

Psicólogo.- Como ven ustedes debemos entrar en un análisis sobre - ésto primero en el qué, para llegar después al cómo del pro- blema. Qué es lo que implica la comunicación, y la falta de - comunicación qué puede ser el problema? Para después ver el - cómo se va a llegar al chico. El por qué de esa incomunica- ción el cómo en general todos los chicos lo ven. En este ca- so su hijo, su hermana, le dice cementero y una serie de adje- tivos que ustedes han de saber cómo se le trata o cómo se sien ten ellos como personas que son farmacodependientes.

Sra. Velo.- De la casa nadie ha sabido nada, ni a mi esposo, no - he querido comentarles porque si él ya se lo decía antes, y - ahora lo sabe el día en que esté indispueto y que se dé cuen ta de esta desorientación del muchacho nada más imagínese. Yo no digo que no haya tenido dificultades con los hermanos, pe- ro son leves por un peine una loción cosas sencillas que lue- go yo intervengo y todo se termina.

Psicólogo.- Todos estamos ante un mismo problema porque tienen un hijo problema que es farmacodependiente.

Sra. González.- Me gustaría que mi hijo viniera.

Psicólogo.- Vamos a ver primero generalidades y después una forma general para manejar cada caso individual. Entonces ya daremos una solución y podremos decir que hay una causa individual y hay un principio de causa para poder encontrar con ella misma la solución a todas las cosas y de todos los problemas. - Insisto en que veamos las causas generales basadas en la experiencia de cada uno de ustedes para sacar las conclusiones generales. Vamos a ver el por qué de ese problema de la comunicación, o sea que puede surgir como una causa el hecho de cómo ven al chico y cómo se siente el chico que es visto como farmacodependiente y a mí me dá la impresión de que lo ven como agresivo, despectivo y como un delincuente.

LLEGAN A LA REUNION EL SR. REYES Y LA SRA. MORAL.- SE PRESENTAN Y TOMAN SUS RESPECTIVOS LUGARES.

Sr. Reyes.- Por lo que me he dado cuenta con mi hijo, desgraciadamente todos los jóvenes se sienten alejados, aislados de los suyos, y la gente pasa y los ve con miedo porque algunos son agresivos. Ellos se sienten marginados y ellos mismos se van marginando, lógicamente todos los ven medio raro por su modo de hablar, empiezan a adquirir su sonsonete en realidad ese problema uno no lo puede solucionar dando la confianza al hijo, si eso es una enfermedad. Pero el problema sigue porque uno le dice que le cuente sus cosas y no acceden.

Sra. Flores y González.- Es que la gente les empieza a decir a los

hermanos, mira allá va la hermana del cementero, ésto y lo -- otro y claro eso ya les va a poder.

Sra. García.- Creo que así ha de ser. En mi caso no lo señalan, -- ni se le habla así, más que son varios hermanos, pues el ha -- dado por tomar cuando está así, en una ocasión un muchacho -- grande le golpeó a la hermana mayor, por allá todos le temen-- ahora lo procuran, él tiene un cuarto solo, se mete al cuarto y está al pendiente de él por las noches, ya sea que está pa-- teando, golpeando claro es porque ya está inhalando.

Psicólogo.- Cómo ven el problema?

Sra. Flores.- No habrá una forma de que se esté pendiente de ellos, sin hacerles sentir que están vigilados?

Psicólogo.- Eso es lo que vamos a ver, ya veremos en qué forma se puede manejar. Pero primero los problemas, no pueden ser uno sólo han de ser varios eso supongo yo.

Sra. González.- Es conveniente de que les quite uno la droga o de-- jarselas?

Psicólogo.- Ahora no vamos a ver situaciones particulares sino que vamos a hacer un análisis general.

Sra. González.- Es bueno entonces dejarlos hacer lo que quieran?

Psicólogo.- Por ahora no hay solución, lo vamos a discutir para ver la forma más conveniente de manejar el problema, pero primero vamos a ver qué pasa. Ya vimos varias cosas. Todo lo que utedes piensan que es parte del mismo problema. No se si he-- mos dejado precisado una de estas cosas establecidas, es de-- cir qué existe ahora. Existe una forma de dificultar la comunicación que es general, es decir hay un prejuicio para con --

ellos para comunicarse con los demás. La manera es que los -  
tratan como delincuentes qué piensan de que en general se les  
trata cómo delincuentes?

Sra. González.- El me dice que ya se va a drogar, que ya se va a -  
suicidar, por qué me dirá eso?

Psicólogo.- No se si ha quedado claro ésto?

Sr. Reyes.- En mi opinión es difícil el problema de la comunicación  
y de hacerles sentir aunque lo hagan, aunque los agarren, que  
confíen en los demás, porque no lo tratan así en general, la-  
mayoría no los tratan, me refiero al farmacodependiente, así-  
como para solucionar el problema, solamente creo que saliendo  
de ese círculo donde uno vive allí.

Psicólogo.- Es decir que es un círculo vicioso?

Sra. del Moral.- En cuanto a mí todos tenemos los mismos amigos --  
con los que se presentan esta dificultad, no se pueden elegir  
nuevas amistades, es decir son nomás de momento, pero no sa-  
len de lo mismo. Pienso que mientras no se les ayude infor-  
mando a las demás gentes para que no los vean mal, con cier-  
to temor, eso es lo que pienso yo.

Psicólogo.- Es un círculo cerrado vicioso. Puede decirse que en-  
general hay un rechazo de todas las personas. Creo que más-  
vale que sigamos analizando por parte de ustedes, yo no quie-  
ro sugerir nada hasta que nos veamos la forma en que han vi-  
vido y han conceptualizado las cosas todos ustedes. Quisie-  
ra que me dijeran otras ideas, qué otros aspectos del proble-  
ma existen.

Sr. Reyes.- En realidad hay aspectos múltiples, que se pueden de-

cir, yo he tratado de convivir con ellos para ver, pero pienso que el ejemplo es muy tremendo porque los otros muchachos que van creciendo se afectan, creemos nosotros que no se dan cuenta y van viendo el comportamiento de ellos. Tampoco se les puede amarrar con un lazo y terminarlos, no se les puede pegar, entonces yo pienso qué es lo que se debe hacer, llevarse uno con el muchacho, seguir con la lucha para poder llevarlo a su curación, porque yo pienso que por los mismos nervios no por medio de golpes, ni de agresividad no se va a ningún lado. -- Qué hacer con todos los que se están reuniendo esos que no lo son se están dando cuenta de todo, qué hacer con los demás -- que conviven con uno, que hagan otra cosa. Es un problema mucho muy fuerte que hay que verlo con mucha calma para ver cómo le hacemos para quitarlos de esa cosa.

Psicólogo.- En este preciso momento, a qué se refiere con decir -- los demás muchachos?

Sr. Reyes.- Pues a que hay muchachos más chicos, inclusive en la calle, están con su plástico, y les dicen a ver qué se siente, a ver a qué sabe? Por ejemplo en la Colonia Malinche hay varios que andan con su bolsa y todos los niños los ven.

Psicólogo.- El problema de la imitación.

Sr. Reyes.- No sería cosa de ordenar de parte de alguna autoridad para prevenir ésto que no se les vendan a los menores de edad en todos los lugares como tlapalerías o lugares así porque se está cundiendo en forma alarmante.

Psicólogo.- Me parece sugerente su planteo vamos a ver todo. Al nivel cómo lo ve usted, cómo lo vemos todos para buscar solu-

ciones y conclusiones trataremos de ir viendo. Trataremos de continuar en la siguiente sesión, en donde trataremos el mismo tema analizando la situación de la farmacodependencia en general pero ya un poco más encaminados. Trataremos de verlo en una forma particular y en la próxima sesión iremos viendo que otras implicaciones, qué otras causas existen.





TRABAJO SOCIAL

INFORME MENSUAL DE LABORES

Centro de Integración Juvenil \_\_\_\_\_

Informe correspondiente al mes de \_\_\_\_\_

Trabajadora Social \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Actividades Administrativas en el Centro

- Hojas de Recepción
- Estudios Sociales
- Informes
- Notas de Evolución

TOTAL...

Investigación de Campo

PROPOSITO DE LA VISITA	# Visitas	Efectivas	# localizados	Dom. Falso
Estudio corresp. al servicio				
Visita por deserción				
Visita subsecuente a casos				
Visita a escuelas				
Localización fuentes laborales				
Traslado para hospitalización				
Servicios gestionados				
TOTALES				

Trabajo con grupos en el Centro y en la comunidad

123-A

Tipo de Grupos	Pers. asis.		Prevención	Terapia	Promoción
	Hom.	Muj.	# de Reuniones	# reuniones	# reuniones

Información Telefónica

( )

Acuerdos:

- Dirección ( )
- Psiquiatra ( )
- Psicólogo ( )
- Administrador ( )
- Otros Servicios ( )
- Total ( )

Elaboración de:

- Pláticas ( )
- Conferencias ( )
- Material didáctico ( )
- Trabajos de investigación ( )
- Asistencia a Cursos ( )

Otras actividades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**CAPITULO V.- LA INVESTIGACION. -**

En el capítulo anterior y dentro del Plan de Trabajo para el Departamento de Trabajo Social quedaron especificadas las actividades intramurales desarrolladas durante el turno matutino, una de ellas se refiere a las Sesiones Grupales de Padres de Familia, sobre éstas después de haber trabajado durante un año y viendo las posibilidades de otorgar un mejor servicio a los pacientes, se consideró necesaria hacer una evaluación del por qué se habían obtenido resultados bastante pobres a criterio del equipo interdisciplinario del Caracol.

Durante este año que va de Octubre de 1974 a Octubre de 1975 el horario para las pláticas fué como ya quedó especificado de las 11.00 a las 12.00 horas los días martes de cada semana.

En vista de lo anterior tanto el Psicólogo como la Trabajadora Social estuvimos de acuerdo previa autorización del Director en que se realizaría una investigación encaminada a conocer las posibles causas de deserción de los padres a las pláticas, con miras a conocer y resolver hasta donde sea factible por parte del Caracol los problemas que den origen a esta Deserción y lo que viene siendo también parte del tratamiento a los pacientes farmacodependientes.

Para los efectos de este trabajo se tomaron como base los expedientes clínicos del Centro de Integración Juvenil Caracol hasta el día 10 de Octubre de 1975.

Los expedientes abiertos hasta ese día fueron 315 de los cuales 214 correspondieron a casos tratados por problemas de farmacodependencia y 101 por otro tipo de problemas tales como bajo rendimiento escolar, orientación vocacional, etc.

La revisión de los expedientes y análisis de los mismos-  
fue el primer paso de la investigación.

Como segundo paso se procedió a seleccionar los expedien-  
tes de pacientes farmacodependientes que reunieran las siguientes-  
cualidades:

- 1.- Ser sujetos del sexo masculino.
- 2.- Sujetos que fueran hijos de familia y que vivieran -  
con ella.
- 3.- Pacientes que hubieran asistido con sus padres a con  
sulta.
- 4.- Pacientes cuyos progenitores hubieran asistido a las-  
Pláticas de Padres de Familia y que hubieran deserta-  
do.
- 5.- Casos en los que se tuviera conocimiento de que se -  
les podría realizar visita domiciliaria y conocer --  
las causas de la deserción.

De acuerdo con lo antes mencionado quedaron como muestra  
representativa para la investigación 25 casos para ser analizados.

Un tercer paso consistió en la elaboración de una ficha-  
de identificación del caso cuyo contenido es el siguiente:

FICHA DE IDENTIFICACION DEL CASO.-

- |  |  |
|--|--|
| 1) EXPEDIENTE No.  | 2) NOMBRE DEL PACIENTE                         |
| 3) DOMICILIO   | 4) FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO             |
| 5) LUGAR DE NACIMIENTO                                   | 6) FECHA DE NACIMIENTO                         |
| 7) TIPO DE DROGAS QUE USA                                | 8) CANALIZADO A TRATAMIENTO POR (REFERIDO POR) |
| 9) DIAGNOSTICO INTEGRAL DEL PACIENTE (PSIQUIATRICO)      | 10) NOMBRE DE LOS PADRES                       |
| 11) SITUACION LEGAL DE LOS PADRES (INTEGRACION FAMILIAR) | 12) CAUSAS DE DESERCIÓN DEL GRUPO DE PADRES    |

Quando se habla del punto cinco de características a llenar para este estudio, se tuvo en mente el hecho de que al iniciar el tratamiento en el Caracol, Trabajo Social informa al paciente - y a la familia la posibilidad de realizar una visita domiciliaria- y enterarnos sobre la salud del paciente. En base a este dato que es propiamente la autorización para visitar el hogar de los pacientes es que se realizaron las visitas domiciliarias y obtener la información central de este estudio.

La técnica utilizada fué la entrevista abierta y en ocasiones combinada con la dirigida basadas en un relato espontáneo;- en vista de que a varios de los pacientes y sus familiares se les había dejado de ver desde hacía varios meses, y como en la mayoría de los casos la visita de Trabajo Social era una verdadera sorpresa, las personas se volcaban en información acerca del estado del -

paciente sin que hubiera lugar a reportar el motivo principal de la visita. Esta situación se respetó ya que todo dato que pudieramos obtener de los informantes serviría para complementar el reporte de la visita aunque fuera exactamente el objetivo principal.

Se hace notar que las respuestas obtenidas en varias ocasiones como causales de deserción fueron más de una, pero se acordó tomar como válida la primera que diera el entrevistado después de señalarle que pensara bien lo que en realidad le había impedido continuar asistiendo a las Pláticas.

Como punto de apoyo también se les hizo la aclaración de que el motivo de la visita no consistía en solicitar nuevamente la presencia de los padres al Caracol para que también éste apoyara a dar mayor veracidad a la información.

ANALISIS DE RESULTADOS.-

1.- E D A D . -

La mayor incidencia se presentó en el grupo de 19 años, un segundo lugar lo ocuparon los pacientes que habían cumplido -- 20 años y como tercero los de 17 años con el 36%, 28% y 12% respectivamente.

Las edades analizadas fueron de los 16 a los 22 años o sea durante la etapa denominada adolescencia. Ver cuadro y gráfica número 1.



EDAD DEL PACIENTE

	<u>E D A D</u>	<u>NO. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1.	16 años	2	8 %
2.	17 años	3	12 %
3.	18 años	2	8 %
4.	19 años	9	36 %
5.	20 años	7	28 %
6.	21 años	1	4 %
7.	22 años	<u>1</u>	<u>4 %</u>
	<b>T O T A L</b>	<b>25</b>	<b>100 %</b>

CUADRO No. 1.-

EDAD DEL PACIENTE

6  
10  
20  
30  
40  
50  
60  
70  
80  
90

16 17 18 19 20 21 22

1905

GRAFICA No. 1.-

## 2.- ORIGEN DEL PACIENTE.-

Un 80% de los pacientes estudiados resultaron ser originarios del Distrito Federal y estuvieron representados por 20 expedientes, el resto provienen de los Estados, encontrándose con que el 8% o sea un total de 2 casos son originarios del Estado de Hidalgo, un caso de Guerrero y otro de Puebla y el último de Michoacán con el 4% que corresponde a cada paciente.

Cuadro y gráfica número 2.

ORIGEN DEL PACIENTE.--

<u>L U G A R</u>	<u>NO. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1. DISTRITO FEDERAL	20	80%
2. TULANCINGO, HGO.	2	8%
3. AHUAJE, HUCHITAN, GRO.	1	4%
4. PUEBLA, PUE.	1	4%
5. ZACAPU, MICH.	<u>1</u>	<u>4%</u>
T O T A L	25	100%

CUADRO No. 2.-

ORTOPN DEL PACIENTE

2/1

100  
90  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10

21 E 1160, 600, 216, 1111, 10500  
NARRAZIONE

GRAFICA No 2.-

### 3.- UBICACION DEL HOGAR DEL FARMACODEPENDIENTE Y SU FAMILIA.-

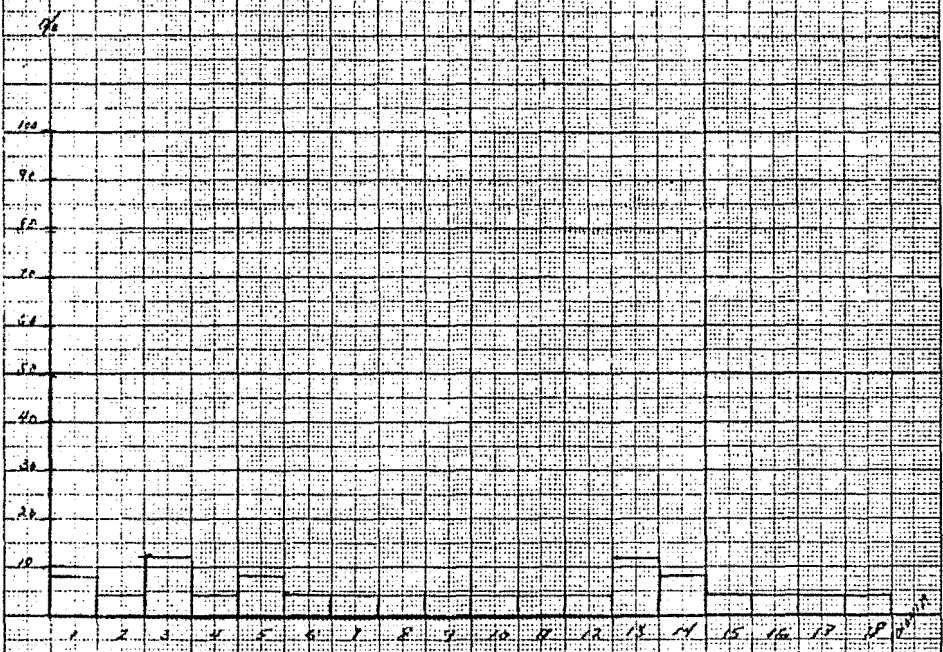
Con el 12% aparecieron las colonias Moctezuma en su primera y segunda secciones, igual posición ocupó la Ampliación Caracol, como primeros lugares, en segundo término de ubicaron con el 8% las General Martín Carrera, Agrícola Oriental, San Juan de Aragón, un tercer lugar se localizó al resto de las colonias analizadas a quienes les correspondió el 4% de porcentaje en el universo-trabajado.

Gráfica y cuadro número 3

UBICACION DEL HOGAR DEL PACIENTE FARMACODEPENDIENTE

<u>C O L O N I A</u>	<u>NO. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1. GENERAL MARTIN CARRERA	2	8 %
2. TRES ESTRELLAS	1	4 %
3. AMPLIACION CARACOL	3	12 %
4. NUEVA ATZACOALCO	1	4 %
5. AGRICOLA ORIENTAL	2	8 %
6. MALINCHE	1	4 %
7. ROMERO RUBIO	1	4 %
8. IGNACIO ZARAGOZA	1	4 %
9. JUVENTINO ROSAS	1	4 %
10. TLACOTAL	1	4 %
11. SANTA ROSA	1	4 %
12. DEL PARQUE	1	4 %
13. MOCTEZUMA 1a. Y 2a. SECCION	3	12 %
14. SAN JUAN DE ARAGON	2	8 %
15. VILLA COAPA	1	4 %
16. LA MODERNA	1	4 %
17. METROPOLITANA 3a. SECCION	1	4 %
18. EVOLUCION (EDO. DE MEXICO)	1	4 %
T O T A L	25	100 %

UBICACION DEL HOGAR DEL PACIENTE FARMACODEPENDIENTE  
POR COLONIAS



ACOTACIONES EN CUADRO 3.-

GRAFICA No. 3.-



#### 4.- UBICACION DEL HOGAR POR ZONA POSTAL.-

En primer lugar y con el 48% se ubicaron los casos de -  
la zona postal número nueve, el 32% fueron situados en la zona 14,  
12% pertenecen a la zona 13, 4% se hayan dentro de la zona 22 y -  
únicamente encontramos un caso que vive en el Estado de México, -  
junto a los límites con la zona postal número 9 del Distrito Fede-  
ral.

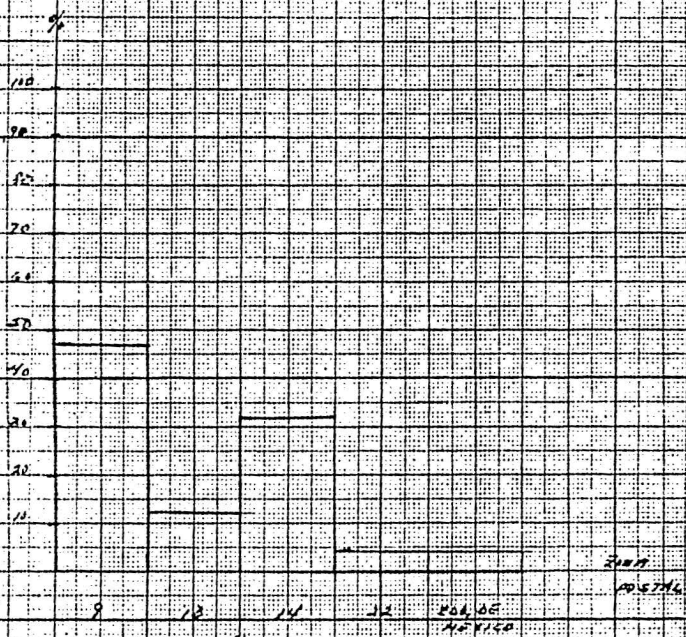
De estos dos cuadros concluimos que nuestro servicio co  
mo ya se dijo antes se otorga a cualquier persona que solicite --  
nuestra intervención y que han llegado algunos pacientes de luga  
res completamente opuestos a nuestro domicilio para su atención.

UBICACION DEL HOGAR POR ZONA POSTAL.-

	<u>ZONA POSTAL.</u>	<u>NO. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1.	NUEVE	12	48%
2.	TRECE	3	12%
3.	CATORCE	8	32%
4.	VEINTIDOS	1	4%
5.	EDO. DE MEXICO	<u>1</u>	<u>4%</u>
	T O T A L	25	100%

CUADRO No. 4.-

UBICACION DEL HOGAR DEL PACIENTE FARMACODEPENDIENTE POR ZONA POSTAL



GRAFICA No. 4

##### 5.- TIPO DE DROGA INGERIDA.-

Para el análisis de este punto, se tomó como base y para efectos de conceptualización, la clasificación de sustancias que a continuación se observa y que fué elaborada por CEMEF con el nombre de cada uno de los medicamentos y elementos que circulan en el mercado y que nos sirvió para ubicar los elementos utilizados por los pacientes para intoxicarse; toda vez que a través de las entrevistas con los médicos el paciente únicamente reporta el nombre -- del medicamento o sus características.

Así tenemos que el 28% de los casos estudiados han utilizado para intoxicarse Marihuana e Inhalantes, el 16% Marihuana, -- Inhalantes y Alcohol, 3% únicamente señalan haber fumado Marihuana. El resto de los pacientes informan haber usado Ansiolíticos, Pasti-- llas no se sabe de que uso, L.S.D., Hipnótico Sedantes Barbitúri-- cos, Hipnóticos Sedantes No Barbitúricos, Anfetaminas, Peyote, Hon-- gos. De aquí se desprende que indudablemente el costo del tipo de droga es determinante para su consumo, toda vez que la Marihuana, -- los Inhalantes y el Alcohol son los productos más baratos y que se pueden adquirir casi sin la menor dificultad.

También podemos observar que los dos porcentajes más altos de este estudio correspondieron a personas que resultan ser -- farmacodependientes múltiples así como el resto de los casos estudiados. Observese el cuadro y la gráfica número 5.

TIPO DE DROGA INGERIDA

<u>CLASIFICACION DEL MEDICAMENTO</u>	<u>NO. DE CASOS.</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1. MARIJUANA	2	8 %
2. INHALANTES	1	4 %
3. MARIJUANA, ALCOHOL	1	4 %
4. MARIJUANA, INHALANTES	7	28 %
5. INHALANTES, ALCOHOL	1	4 %
6. MARIJUANA, INHALANTES, ALCOHOL	4	16 %
7. MARIJUANA, INHALANTES, ANSIO- LITICOS	1	4 %
8. MARIJUANA, INHALANTES, ALCOHOL, PASTI- LLAS NO SE SABE DE QUE USO	1	4 %
9. MARIJUANA, INHALANTES, ALCOHOL, L.S.D.	1	4 %
10. MARIJUANA, INHALANTES, ALCOHOL, ANSIO- LITICOS	1	4 %
11. MARIJUANA, INHALANTES, ANSIO- LITICOS, HIPNOTICOS SEDANTES BARBITURICOS	1	4 %
12. MARIJUANA, INHALANTES, ALCOHOL, HIPNO- TICOS SEDANTES NO BARBITURICOS	1	4 %
13. MARIJUANA, INHALANTES, ALCOHOL, ANFE- TAMINAS, HIPNOTICOS SEDANTES BARBITU- RICOS	1	4 %
14. MARIJUANA, INHALANTES, ANFETAMINAS, - HIPNOTICOS SEDANTES BARBITURICOS, HIP- NOTICOS SEDANTES NO BARBITURICOS	1	4 %
15. MARIJUANA, ALCOHOL, INHALANTES, ANFETAMI- NAS, ANSIO- LITICOS, PEYOTE, HONGOS, HIP- NOTICOS SEDANTES NO BARBITURICOS	1	4 %
T O T A L	25	100 %

TIPO DE DECISI INGRESA

0  
10  
20  
30  
40  
50  
60  
70  
80  
90  
100

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 RESERVA

ACOTACIONES EN CUADRO No. 5.

GRAFICA No. 5.

CLASIFICACION DE MEDICAMENTOS.-

<u>Nombre con el que deben aparecer en el reporte</u>	<u>Nombre como aparece en la lista</u>
Hipnóticos sedantes barbitúricos	Barbitúricos
Hipnóticos sedantes no barbitúricos	Hipnóticos
Ansiolíticos	Tranquilizantes
Analgésicos no Narcóticos	Analgésicos
Analgésicos Narcóticos	Jarabes para la tos y - pastillas con codeína.
Opiáceos	Opiáceos
Antipsicóticos	Antisicóticos
Antidepresivos	Antidepresivos
Estimulantes	Estimulantes
Anfetaminas	Píldoras para la dieta

Aktedron (estimulantes)	Dalmadrom (tranquilizante)
Albapirona (analgésico)	Dapirex (analgésico)
Alboral (tranquilizante)	Darvon compuesto (analgésico)
Alepsal (barbitúrico)	Dexedrina (estimulante)
Altimina (antidepresivo)	Dexometorfan (analgésico)
Amapol (barbitúrico)	Diatrex (analgésico)
Ambenil (jarabe o pastilla P/tos)	Diazepam Briter (tranquilizante)
Amytal (barbitúrico)	Dimetilpirazolona (analgésico)
Anafol (analgésico)	Dinestenile (antisicótico)
Anafranil (antidepresivo)	Dipam (tranquilizante)
Apasin (tranquilizante)	Dipiperón (antipsicótico)
Asafen (analgésico)	Disprina (analgésico)
Aspirina (analgésico)	Dolvirán supositorio (jarabe o pastilla para tos)
Astriptrin (analgésico)	Dolvirán (analgésico)
Atasil (analgésico)	Doriden (hipnótico)
Ativan (tranquilizante)	Drox (antisicótico)
Avantyl (antidepresivo)	

Azepil (tranquilizante)  
Artane (ansiolítico)

Baralgina (analgésico)  
Bayaspirina (analgésico)  
Belumin (tranquilizante)  
Bellerгал (barbitúrico)  
Belminal (barbitúrico)  
Belserene (hipnótico)  
Bentyl (barbitúrico)  
Benzedrina (estimulante)  
Benzodiazepina (tranquilizante)  
Bequetusil (jarabe y pastillas para tos)  
Bioset (analgésico)  
Bipasmin (analgésico)  
Bonare (tranquilizante)  
Bondrin (hipnótico)  
Bregón (analgésico)  
Bridanol (analgésico)  
Britafepan (tranquilizante)  
Brontonil (jarabe para la tos)  
Bufenil (analgésico)  
Buscapina (analgésico)  
Butazolidina (analgésico)

Cafeína (estimulante)  
Cafiaspirina (analgésico)  
Calcibronat (tranquilizante)  
Calmogen (tranquilizante)  
Captagón (estimulante)  
Cibalgina (barbitúrico)  
Cloracil (antipsicótico)  
Clorodazepéxico (tranquilizante)  
Codefrina (jarabe o pastilla para tos)  
Codelana (jarabe o pastilla para tos)  
Coderitó, coderín (jarabe o past. para tos)  
Codesín (analgésico)  
Codestrín (jarabe o pastilla para la tos)  
Codoterpyl (jarabe o pastilla para la tos)  
Compensol 100-80 (tranquilizante)  
Connel (analgésico)  
Cosil (jarabe o pastilla para tos)  
Cyclopal (barbitúrico)

Dextroanfetamina (anfetamina)

Ecotrin (analgésico)  
Ecuamil (tranquilizante)  
Elizofilina (estimulante)  
Emixinol (antipsicótico)  
Emopan (tranquilizante)  
Empracil (tranquilizante)  
Encefabol (estimulante)  
Endogestic (analgésico)  
Ekilid (antipsicótico)  
Epamin (hipnótico)  
Equagésico (hipnótico)  
Escabarb (barbitúrico)  
Esepam (tranquilizante)  
Esbelcaps (píldoras para dieta)  
Espamin supositorios (jarabe o pastilla)  
Espamin ampolleta (barbitúrico)  
Eucaliptine lebrum (jarabe o pastillas)  
Evadine (antidepresivo)  
Exedrina (estimulante)  
Expecal simple (analgésico)  
Expecal compuesto (jarabe para la tos)

Fanodormo (hipnótico)  
Fenaspirina (analgésico)  
Fenisec (píldora para dieta)  
Fenobarbital (barbitúrico)  
Flenaken (antipsicótico)  
Fluoren (antipsicótico)  
Fornal (tranquilizante)  
Freudol (tranquilizante)

Gentil (analgésico)  
Gyazepina (tranquilizante)

Haldol (antipsicótico)  
Hicodán (jarabe o pastilla para la tos)  
Higrotón (antipsicótico)  
Hisobutil (jarabe o pastilla para la tos)  
Histiasil (jarabe o pastilla para la tos)  
Honopan (analgésico)



Ifupasil (hipnótico)  
 Imargotán (antipsicótico)  
 Imasepam (tranquilizante)  
 Imipramina (antidepresivo)  
 Indosid (analgésico)  
 Ionamin (píldora para dieta)  
 Irgapirina (analgésico)  
 Isobutil (estimulante)  
 Isonox (hipnótico)  
 Istonil (antidepresivo)  
  
 Jubilar (tranquilizante)  
  
 Kalmocaps (tranquilizante)  
 Kapesul (tranquilizante)  
  
 Largactil (antipsicótico)  
 Lebril (píldora para dieta)  
 Legaril (tranquilizante)  
 Levansol (tranquilizante)  
 Librax (tranquilizante)  
 Librium (tranquilizante)  
 Liofisán (estimulante)  
 Liofisán (estimulante)  
 Lística (antidepresivo)  
 Luminal (barbitúrico)  
  
 Magam (analgésico)  
 Magnopyrol (analgésico)  
 Mandrax (hipnótico)  
 Marplan (antidepresivo)  
 Misorpín (antipsicótico)  
 Mecoten (opiáceo)  
 Medornina (hipnótico)  
 Mejoral (analgésico)  
 Melpath (tranquilizante)  
 Melleril (antipsicótico)  
 Meprobal (tranquilizante)  
 Meprospan (tranquilizante)  
 Mercodol (jarabe o pastilla para  
 tos)  
 Mesindol (analgésico)  
 Mesural (tranquilizante)  
  
 Metoril (barbitúrico)  
 Milprem (tranquilizante)  
 Miltown (tranquilizante)  
 Mataban A (tranquilizante)  
 Moradón (tranquilizante)  
 Mutaban A y D (antipsicótico)  
 Metacualonas (Hipnóticos no barbi-  
 túrico)  
  
 Norikén (tranquilizante)  
 Norpramín (antidepresivo)  
 Nubarene (hipnótico)  
 Nubiol (analgésico)  
 Numencial (tranquilizante)  
  
 Octanox (barbitúrico)  
 Optalidón (barbitúrico)  
 Orap (antisicótico)  
 Oxatos (analgésico)  
 Optamax - Optalidón  
  
 Pacidrín (tranquilizante)  
 Pacitrán (tranquilizante)  
 Pacidrina (tranquilizante)  
 Panosán (jarabe o pastilla para  
 tos)  
 Parafón forte (analgésico)  
 Passiflorine (tranquilizante)  
 Pausadol (analgésico)  
 Paxate (tranquilizante)  
 Paxium (tranquilizante)  
 Pazaler (tranquilizante)  
 Pentacol (jarabe o pastilla para  
 tos)  
 Pentix (analgésico) tos)  
 Percamol (tranquilizante)  
 Percobarb (jarabe o pastilla pa-  
 ra tos)  
 Percedán ( " " " ra tos)  
 Perfenazina (tranquilizante)  
 Peritane C.P.Z. (tranquilizante)  
 Pesex (estimulante)  
 Perquieten (tranquilizante)  
 Picrotoxina (estimulante)  
 Plegicil (antipsicótico)  
 Ponderex (píldora para dieta)  
 Pertofran (antidepresivo)  
 Pondenil (píldora para dieta)  
 Preludín (píldora para dieta)  
 Premarín (tranquilizante)  
 Priscofén (barbitúrico)  
 Prodolina (analgésico)  
 Pulmocerim (jarabe o pastilla pa-  
 ra tos)  
  
 Qualude (hipnótico)  
  
 Ramidal (tranquilizante)  
 Randolectil (antipsicótico)  
 Randrixin (tranquilizante)  
 Rantab (antipsicótico)  
 Rayne (tranquilizante)

Nardil (antidepresivo)	Redotex (estimulante)
Nambutal (barbitúrico)	Relapax (hipnótico)
Neomelubrina (analgésico)	Resercaps (antipsicótico)
Neomeprenil (tranquilizante)	Reserpina (antipsicótico)
Neurinase (barbitúrico)	Rebonal (hipnótico)
Neuro-trasentina (tranquilizante)	Ritalín (estimulante)
Neveacten (tranquilizantes)	Romilar (jarabe o pastilla para tos)
Nobrium (tranquilizante)	
Noctalyl (barbitúrico)	Saridón (analgésico)
Noctec (hipnótico)	Seconal (barbitúrico)
Noctitor (hipnótico)	Sedalmer (analgésico)
Nordil (antidepresivo)	Sedatol (jarabe o pastilla para tos)
	Sedeprom (antipsicótico)
Tacitín (tranquilizante)	Sedilín (barbitúrico)
Taurum (tranquilizante)	Sedo-Bromyl (tranquilizante)
Tenuate (píldora para dieta)	Sepadín (hipnótico)
Tensofín (antipsicótico)	Serener (antipsicótico)
Theralane (antipsicótico)	Serpasil (tranquilizante)
Taclase compuesto (tranquilizante)	Sertulín (analgésico)
Tofranil (antidepresivo)	Serralgil (analgésico)
Torfán (analgésico)	Silonovag (antipsicótico)
Trandyn (tranquilizante)	Simpro (tranquilizante)
Tranxene (tranquilizante)	Sinaxalante (analgésico)
Tribedoxyl A P (estimulante)	Sinecuan (tranquilizante)
Trilafón (antipsicótico)	Sinogán (antipsicótico)
Triperazín (antipsicótico)	Stelabid (antipsicótico)
Triptonal (antidepresivo)	Stelazine 5 mg. (antipsicótico)
Tuinal (barbitúrico)	Stelazine 10 mg. (antipsicótico)
Tussionex (jarabe o pastilla para tos)	
	Valitrán (tranquilizante)
Uesolum (antipsicótico)	Valium (tranquilizante)
Umelangil (antipsicótico)	Valium 10 (tranquilizante)
	Veganín (jarabe o pastillas para tos)
Yodergán (jarabe para la tos)	Verane Buryal (barbitúrico)
	Vesperal (analgésico)

Ciclocibina = Hongos

Mezcalina - Peyote

## 6.- DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO DEL PACIENTE.-

Al 56% del universo estudiado correspondió como diagnóstico Desorden de la Personalidad de Tipo Farmacodependencia, lo siguió el 12% cuyo diagnóstico fué el de Desorden de la Personalidad de tipo Farmacodependencia y Neurosis Deprevisa, al 8% le fué asignado como diagnóstico Desorden de la Personalidad de Tipo Farmacodependencia, Síndrome Cerebral Crónico, Epilepsia del Lóbulo Temporal Izquierdo.

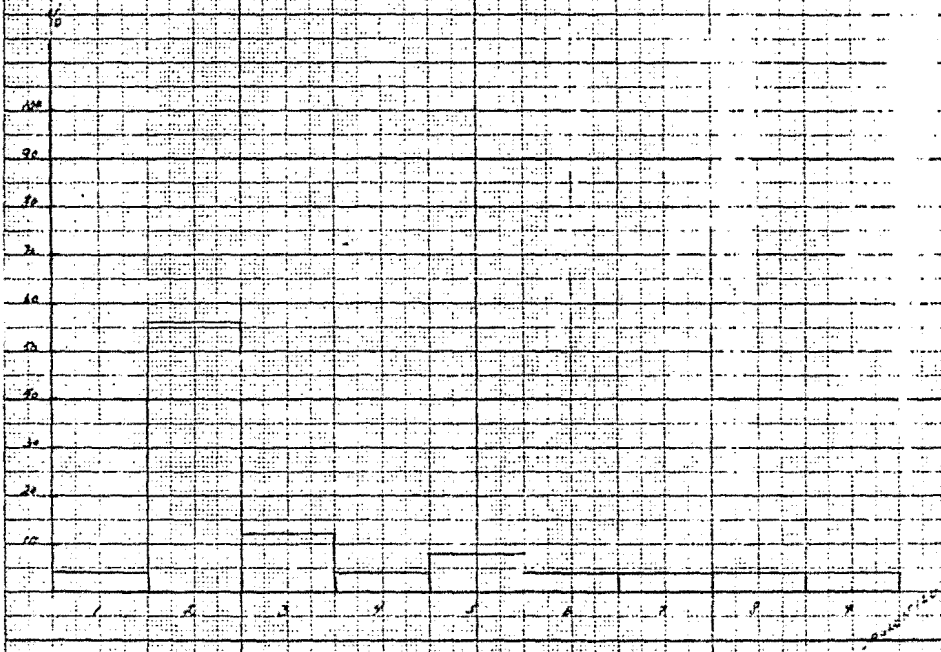
Cuadro y Gráfica número 6.

Los conceptos que sirven para la clasificación antes reportada fueron tomados del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (DSM-II), American Psychiatric Association, Washington, D.C. 1968 y que a continuación se leen.

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO DEL PACIENTE

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>NO. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1. SITUACION INICIAL DE EXPERIMENTACION EN FARMACODEPENDENCIA	1	4 %
2. DESORDEN DE LA PERSONALIDAD DE TIPO FARMACODEPENDENCIA	14	56 %
3. DESORDEN DE LA PERSONALIDAD DE TIPO FARMACODEPENDENCIA, NEUROSIS DEPRESIVA	3	12 %
4. DESORDEN DE LA PERSONALIDAD DE TIPO FARMACODEPENDENCIA Y SOCIOPATIA	1	4 %
5. DESORDEN DE LA PERSONALIDAD DE TIPO FARMACODEPENDENCIA, SINDROME CEREBRAL CRONICO, EPILEPSIA DEL LOBULOTEMPORAL IZQUIERDO	2	8 %
6. DESORDEN DE LA PERSONALIDAD DE TIPO FARMACODEPENDENCIA, PROBABLE DEBILIDAD MENTAL SUPERIOR	1	4 %
7. DESORDEN DE LA PERSONALIDAD DE TIPO FARMACODEPENDENCIA, SINDROME CEREBRAL CRONICO, EPILEPSIA DEL LOBULOTEMPORAL IZQUIERDO, SOCIOPATIA	1	4 %
8. DESORDEN DE LA PERSONALIDAD DE TIPO FARMACODEPENDENCIA, PERSONALIDAD --PREMORBIDA ESQUIZOIDE	1	4 %
9. ESQUIZOFRENIA DE TIPO MIXTO CON RASGOS CATATONICOS Y SIMPLES, FARMACODEPENDENCIA	1	4 %
	<hr/>	<hr/>
T O T A L	25	100 %

DIAGNOSTICO PSICUIATRICO DEL PACIENTE



ACOTACIONES EN CUADRO No. 5.

GRAFICA No. 5.-

MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE PADECIMIENTOS MENTALES (DSM-II)  
ASOCIACION AMERICANA DE PSIQUIATRIA.- Washington, D.C. 1968.

I.- RETARDO MENTAL.- (E10-315).- El retardo mental se refiere al funcionamiento intelectual general anormal, el que se origina durante el período del desarrollo y que se asocia con el deterioro del aprendizaje y ajuste social o de la maduración o de ambos. La clasificación del diagnóstico del retardo mental se relaciona con el Cociente Intelectual como sigue:

- 310.- Retardo Mental Limítrofe - C.I. entre 68-83
- 311.- Retardo Mental Leve - C.I. entre 52-67
- 312.- Retardo Mental Moderado - C.I. entre 36-51
- 313.- Retardo Mental Grave - C.I. entre 20-35
- 314.- Retardo Mental Profundo.- C.I. abajo de 20

La clasificación del 310 al 314 se basa en la distribución estadística de los niveles del funcionamiento intelectual para la población en su totalidad. El orden de la inteligencia sumado sobre cada clasificación corresponde a una desviación standard, haciendo una suposición heurística de que la inteligencia se distribuye normalmente. Se sabe que el sólo cociente intelectual no debería ser el único criterio utilizado para realizar un diagnóstico de retardo mental o tomarlo severamente para su evaluación. Este debería servir solamente para ayudar a juzgar clínicamente la capacidad adaptativa de la conducta del paciente. Este juicio deberá estar basado también sobre una evaluación histórica del desarrollo del paciente así como de su funcionamiento presente, la que incluiría sus relaciones vocacionales y académicas, sus destrezas motoras y su maduración social y emocional.

II. B. SINDROMES ENCEFALICOS ORGANICOS NO PSICOTICOS.-

309. Síndromes encefálicos no psicóticos (Desordenes mentales no - especificados como psicóticos asociados con condiciones físicas).- Esta categoría es para los pacientes quienes tienen un síndrome ce rebral pero que no son psicóticos. Si se presenta una psicosis de berán ser diagnosticados como previamente se indica. Véase pági-- nas 22-23 para la descripción de síntomas orgánicos cerebrales en- adultos. En menores el daño cerebral leve frecuentemente se mani- fiesta por hiper-actividad, espacios cortos de atención, facilidad para distraerse y fuerte impulsividad. En ocasiones el menor es - retraído, distraído, perseverante y poco colaborador. En casos -- excepcionales pueden tener gran dificultad para iniciar alguna ac- ción. Estas características con frecuencia contribuyen a una inte- racción negativa entre los padres y el menor. Si el obstáculo or- gánico es el factor etiológico mayor y el menor no es psicótico, - el caso deberá clasificarse aquí. Si los factores interaccionales son de importancia secundaria, obtengáse un segundo diagnóstico so bre desórdenes de la conducta de la adolescencia y de la niñez del paciente; si estos factores interaccionales predominan, entonces - dése solamente un diagnóstico de esta última categoría.

309.4. Síndromes Encefálicos Orgánicos no Psicóticos.- Epilepsia.-  
III. PSICOSIS NO ATRIBUIBLES A PADECIMIENTOS FISICOS YA ENLISTADOS.

Esta gran categoría es para aquellos pacientes cuya psicosis no es causada por condiciones físicas enlistadas previamente. No obstan- te, algunos de estos pacientes pueden presentar signos adicionales de una condición orgánica. Si estos signos orgánicos son predomi- nantes deberán recibir el diagnóstico adicional apropiado.

295. Esquizofrenia.- Esta gran categoría incluye un grupo de desor

denes manifestados por características del pensamiento, humor y la conducta. Los desordenes del pensamiento se marcan por alteraciones de la formación conceptual las que pueden descansar en la mala interpretación de la realidad y algunas veces en desilusiones y alucinaciones, las que frecuentemente aparecen como protectoras psicológicas del sí mismo.

Los cambios completos del humor incluyen ambivalencia, respuestas emotivas retraídas e inapropiadas y pérdida de la empatía con otros. La conducta puede ser retraída, regresiva y arcaica. Las esquizofrenias en las que el status mental es atribuible primeramente a un desorden del pensamiento, no se distinguen por una enfermedad mayor del afecto, sino que son dominadas por un desorden del humor. Los estados paranoicos se distinguen de la esquizofrenia por la intolerancia de los desordenes de la realidad y por la ausencia de otros síntomas psicóticos.

295.0 Esquizofrenia simple.- Esta psicosis se caracteriza mayormente por una disminuciónneinsistente reducción de las ataduras externas, de los intereses y de la apatía e indiferencia primero de las relaciones interpersonales, del deterioro mental y un ajuste de funcionamiento más bajo del nivel normal. En general, la condición es menos psicótica dramáticamente que la hebefrénica, catatónica y de la esquizofrenia de tipo paranoico. También se contrasta con la personalidad esquizoide, en la cual hay un pequeño progreso del desorden.

295.2 Esquizofrenia del tipo catatónico.- Excitado  
- Retraído

Frecuentemente es posible y usual distinguir dos sub tipos de es--



quizophrenia catatónica. Uno de ellos se caracteriza por actividad motora excesiva y en ocasiones hasta violenta, más excitación y la otra por inhibición generalizada que se manifiesta por estupor, mutismo, negativismo y flexibilidad cerea. Con el tiempo algunos casos se deterioran hasta llegar a un estado vegetativo.

IV.- NEUROSIS.- La ansiedad es la característica mayor de las neurosis. Debe ser sentida y expresada directamente, o puede ser controlada inconscientemente y automáticamente por conversión, desplazamiento y cualquiera de los otros mecanismos psicológicos. Generalmente, estos mecanismos producen síntomas experimentados como - - aflicción subjetiva, con la cual el paciente desea alivio.

Las neurosis, en contraste con las psicosis, no manifiestan ni - - gran distorsión ni mala interpretación de la realidad externa, ni gran desorganización de la personalidad. Una posible excepción a ésta es la neurosis histérica, en la cual algunos creen ver ocasionalmente alucinaciones y otros síntomas que acompañan a las psicosis. Tradicionalmente, los pacientes neuróticos, no obstante las - desventajas severas de sus síntomas, no son clasificados como psicóticos porque ellos se dan cuenta de sus desórdenes del funcionamiento mental.

300.4 Neurosis depresiva.- Este desorden se manifiesta por una - reacción excesiva a la depresión debido a un conflicto interno o - a un evento identificable como puede ser la pérdida de un objeto amado o una posesión acariciada. Debe distinguirse de la melanco--lía involutiva y de la enfermedad maníaco depresiva. La reacción--depresiva o reacciones depresivas no se clasifican aquí.

V. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y ALGUNOS OTROS TRASTORNOS MENTA-  
LES NO PSICOTICOS.-

301. **Desordenes de la Personalidad.-** Este grupo de desordenes se caracteriza por una profunda fijación mal adaptativa a los patrones de conducta que son perceptiblemente diferentes en cualidad de los síntomas psicóticos y neuróticos. Por lo general, son patrones de mucho tiempo atrás, frecuentemente admitidos durante la - - adolescencia o más tempranamente. Algunas veces el patrón se determina primeramente por un mal funcionamiento del cerebro, pero - tales casos deberían ser clasificados bajo uno de los síntomas de - - psicótico con daño cerebral más bien que en estese separado. (En el DSM-I "Desordenes de la Personalidad" también se incluyen los - desordenes que ahora se clasifican bajo Desviaciones Sexuales, como el Alcoholismo y la Farmacodependencia).

304. **Farmacodependencia.-** Esta categoría es para los pacientes que son adictos o dependientes a las drogas como el alcohol, tabaco, - las bebidas que ordinariamente contienen cafeína. La dependencia a las drogas como medicamentos prescritos, se excluyen de aquí, to da vez que el medicamento sea indicado y la dosis sea proporcional a la necesidad médica. El diagnóstico requiere la evidencia del - uso habitual o el sentimiento claro de la necesidad por la droga. Los síntomas aislados no son la única evidencia de la dependencia; - en el interin siempre estarán presentes como cuando los derivados del opio son retirados, deberán permanecer enteramente en absten- - ción cuando la cocaína y la marihuana se les retire. El diagnóstico puede aparecer sólo o en compañía de cualquier otro diagnóstico.

301.7 **Personalidad Antisocial - Sociopatía.-** Este término se re- - serva para los individuos que son basicamente insociables y cuyos patrones de conducta repetidamente los llevan a entrar en conflic-

to con la sociedad. Son incapaces de guardar lealtad significativa hacia los individuos, grupos o a los valores de la sociedad. -- Son altamente groseros, egoístas, insensibles, irresponsables, -- impulsivos, incapaces de sentir culpabilidad o de aprender de las experiencias o de los castigos. La tolerancia hacia la frustración es baja. Tienden a culpar a otros u ofrecen una racionalización aparente por sus conductas. Una larga historia de ofensas legales o sociales resulta insuficiente para justificar este diagnóstico.-- Las reacciones delictivas del grupo durante la infancia (o de la -- adolescencia) y un mal ajuste social sin un desorden psiquiátrico-manifiesto, deberán ser establecidos antes de hacer un diagnóstico.

301.2 Personalidad Esquizoide.- Este patrón de conducta se manifiesta por una timidez, una sobre sensibilidad, aislamiento, la -- evolución de relaciones cercanas o competitivas y a menudo excen-- tricidades. Comunmente se presenta también un pensamiento autista sin pérdida de la capacidad de reconocer la realidad, como son el soñar despierto y la habilidad de expresar sentimientos ordinarios de agresividad o de hostilidad. Estos pacientes reaccionan a las experiencias perturbadoras y a los conflictos con aparente despego.

## 7.- REFERIDO A TRATAMIENTO.

Durante el trayecto de este trabajo hemos sabido que fue ron las damas publicistas quienes iniciaron la labor en contra de la farmacodependencia, pues bien les ha correspondido a los periódicos publicar la información referente al lugar en donde se puede obtener tratamiento acerca del problema que nos ocupa: de ahí que el 16% hayan encontrado un lugar para tratamiento en un anuncio de periódico, el 12% han llegado a nosotros por invitación de algún otro paciente del Centro, igual porcentaje ha provenido por canali zación del Consejo Tutelar para Menores y como base para poder dejar a los pacientes bajo la Patria Potestad de los padres.

Cabe hacer mención el hecho de que también la colaboración de algunos Trabajadores Sociales ha influido para que los - - adolescentes entren en tratamiento. Exactamente el mismo porcenta je se les puede otorgar a sacerdotes y seminaristas.

En tercer término y con el 4% quedan clasificadas las -- fuentes restantes base del cuadro y gráfica número 7.

REFERIDO A TRATAMIENTO POR

<u>INFORMANTE</u>	<u>NO. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1. PACIENTE DEL CENTRO	3	12 %
2. ANUNCIO DE PERIODICO	4	16 %
3. ESTUDIANTE DE MEDICINA	1	4 %
4. CENTRO TUTELAR	3	12 %
5. PACIENTE OTRO CENTRO DE INTEGRACION	1	4 %
6. MEDICO PARTICULAR	1	4 %
7. LLAMADA AL 07	1	4 %
8. T.S. ESCUELA SECUNDARIA	3	12%
9. DELEGACION V.CARRANZA	1	4 %
10. HOSPITAL DE LA COLONIA	1	4 %
11. UN SACERDOTE	3	12 %
12. UNA AMISTAD	1	4 %
13. ORIENTADORA DE LA SECUNDARIA	1	4 %
14. I.N.P.I.	1	4 %
<b>T O T A L</b>	<b>25</b>	<b>100 %</b>

CUADRO No. 7

REFRIDO A TRATAMIENTO POR

4

30  
20  
10  
0  
10  
20  
30  
40  
50  
60  
70  
80  
90  
100

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

ACOTACIONES EN CUADRO No. 7.

GRAFICA No. 2.-

ESTACION

## 8.- INTEGRACION FAMILIAR.-

Los resultados obtenidos fueron del 72% para parejas - que estaban casadas ya sea civil y religiosamente o por una de - las dos formas antes dichas, también aquí se tomaron como positivas aquellas parejas que indicaron estar en unión libre pero vi- viendo con los hijos.

8% correspondió al grupo formado por madre casada y se- parada, igualmente para el grupo de madres solteras. Tres sub -- grupos obtuvieron 4% cada uno y corresponden a Padre Casado que - vivía al momento de la investigación en el Distrito Federal y la - mamá junto con el resto de los hijos se hayaba en el puerto de -- Acapulco, Gro. a resultas de un compromiso económico que había necesidad de cumplir. También con la misma calificación estuvo el Padre y la madre viudos. Cuadro y Gráfica número 8.

INTEGRACION FAMILIAR.-

<u>PROGENITORES</u>	<u>NO. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1. PADRE Y MADRE VIVEN JUNTOS (CASADOS, UNION LIBRE)	18	72 %
2. PADRE CASADO +	1	4 %
3. PADRE VIUDO	1	4 %
4. MADRE SEPARADA (CASADA)	2	8 %
5. MADRE SOLTERA	2	8 %
6. MADRE VIUDA	<u>1</u>	<u>4 %</u>
T O T A L	25	100 %

+ LA MADRE VIVE CON PARTE DE LOS HIJOS EN ACAPULCO.

CUADRO No. 8.-



INTERACCION FAMILIAR

100  
90  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10



SITUACION FAMILIAR  
DE ADOLESCENTES

AGREGACIONES GUADALUPE No. 8

GRAFICA No. E.-

9.- FAMILIAR QUE ASISTIO A LAS PLATICAS.-

De este análisis encontramos que el 60% del universo estudiado fué para el grupo de Madre Casada o que se hayaba en Unión Libre, 12% el grupo de Madres Solteras, 8% fué tanto para la Pareja que se había reportado como casad y viviendo juntos que en realidad solamente se reunían para presentarse a las pláticas de Padres y asimismo para el padre viudo. El resto de los casos se dividieron en Padre-casado, Madre casada y separada y un único caso fué el que estuvo representado por la hermana mayor para la asistencia a las pláticas. Gráfica y Cuadro Número 9.

FAMILIAR QUE ASISTIO A LAS PLATICAS

<u>F A M I L I A R</u>	<u>NO. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1. LA MADRE CASADA O EN UNION LIBRE	15	60 %
2. EL PADRE VIUDO	2	8 %
3. EL PADRE CASADO	1	4 %
4. EL PADRE Y LA MADRE ++	2	8 %
5. LA MADRE SOLTERA	3	12 %
6. LA MADRE SEPARADA Y CASADA	1	4 %
7. LA HERMANA MAYOR	<u>1</u>	<u>4 %</u>
T O T A L	25	100 %

++ UNA DE LAS PAREJAS ESTABA SEPARADA Y SE REUNIAN DANDO LA APARIENCIA DE VIVIR JUNTOS.

FAMILIAR QUE ASISTIO A LAS PLATICAS

8

100

90

80

70

60

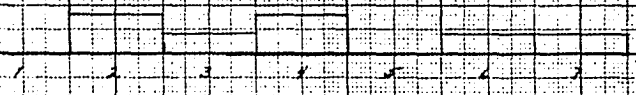
50

40

30

20

10



FAMILIAR  
ASISTENTE

ACOTACIONES EN CUADRO No. 9.

GRAFICA No. 9.

10.- CAUSAS DE DESERCIÓN AL GRUPO DE PADRES DE FAMILIA REPORTADAS  
A TRABAJO SOCIAL.-

El más alto porcentaje encontrado fué el de 16% y dijeron los entrevistados que habían dejado de asistir por falta de tiempo por horario incompatible con las pláticas. 12% indicaron tener un familiar enfermo de gravedad a quien atender en casa, (padre, hermano, hija menor). Con el 8% hubo tres sub-grupos a saber: sin información porque al realizar la visita domiciliaria no se encontró a la familia en el lugar indicado y los vecinos no dieron informe alguno respecto al paciente o sus familiares, así como la imposibilidad de localizar a los padres en los lugares de trabajo para tener alguna pista y saber acerca del paciente.

Otro sub grupo correspondió a la madre enferma y que era quien asistía a las pláticas, una de ellas por problema ginecológico de cierta gravedad, el otro caso se refería a una paraplegia. También en cuarto lugar y en relación con la madre, mencionaron que la señora tenía necesidad de que alguien la acompaña al Centro ya que se siente incapaz de abordar un autobús por sí misma pues se marea y se pierde. Doce sub grupos en 5o. lugar obtuvieron un 4% cada uno señalando como causales: falta de recursos económicos, la negativa por parte de los hijos para que asistiera a las pláticas pues consideraban que el problema era únicamente de los hijos, el que el paciente no deseara continuar con el tratamiento, un caso reportó que había fallecido un familiar accidentado fuera de la ciudad y la necesidad de trasladarse al interior el día de las pláticas para realizar algunos trámites. También tuvimos conoci-

miento de que al no entregar medicamentos al paciente éste se sintió defraudado en el tratamiento, respecto a dos pacientes provenientes de una Escuela Secundaria, la familia esperaba poder mantener al menor inscrito en la misma únicamente con el control de - - asistencias al Centro, al ser expulsado automáticamente desertó la madre a las pláticas. En un sólo caso la madre dijo a Trabajo Social que el paciente obtuvo una gran mejoría y en base a ello, tanto el terapeuta y los padres decidieron mudarse a la provincia como parte del tratamiento.

En el análisis del cuadro anterior se reportó la situación presentada por una pareja que se reunía para asistir a las - - Pláticas dando la apariencia de vivir juntos, de ésta, la señora - declaró que en realidad ella no veía con buenos ojos la asistencia al grupo, ya que aquí "... se sacaban a relucir las intimidades de las familias y a ella no le convenía que algunas personas que la - conocen porque son sus vecinas, se enteraran de su situación familiar real..."

Otro caso declaró que la madre no tiene facilidad para - expresarse verbalmente, otro más dijo que había elegido otro lugar para continuar con el tratamiento de su hijo, semejante al de la - expulsión ya mencionada hubo uno en que a petición de los padres - el paciente fué internado en una Escuela Especial para Varones - - por espacio de 6 meses y como parte del tratamiento, fundamentando éste internamiento en el hecho de que los progenitores se declararon incompetentes para vigilar y atender a su hijo menor de edad - ya que tienen carencias múltiples.

Finalmente y como resultado positivo de toda la investi-

gación de los 25 casos estudiados únicamente uno al ser entrevista da la mamá informó que el paciente su hijo, se había rehabilitado completamente pues como a esos momentos el chico ya se había vuelto a inscribir en la Secundaria, por las tardes acudía a una academia comercial en donde toma un curso de perforista, también se había conseguido una novia y las relaciones familiares tanto con el padre como con los hermanos eran francamente armoniosas.

Hasta aquí hemos visto que son múltiples las causas que pueden favorecer la aparición de la farmacodependencia en una persona, si tomamos en consideración la información obtenida de parte de los Padres de Familia para desertar a las Pláticas de Orientación, veremos que las causas se pueden enmarcar dentro de la siguiente clasificación Factores Económicos, Sociales, de Organización Familiar, de Salud y de Educación.

Cualquiera de las respuestas dadas por las personas entrevistadas al ser analizadas nos podrían dar indicadores de los cinco puntos antes citados desde la respuesta francamente dada, -- que nos habla de falta de recursos económicos, hasta la que señala que la madre no acude porque le da temor viajar en autobus, que a simple vista resulta sin sentido pero que nos dice bastante de cómo está organizada y se desarrolla la dinámica de la familia en la familia en la que está incerto el paciente farmacodependiente.

CAUSAS DE DESERCIÓN AL GRUPO DE PADRES DE FAMILIAREPORTADAS A TRABAJO SOCIAL

<u>C A U S A</u>	<u>NO. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1. FALTA DE TIEMPO POR HORARIO INCOMPATIBLE CON LAS PLATICAS	4	16 %
2. FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS	1	4 %
3. SU HIJO NO QUERIA QUE ASISTIERA A LAS PLATICAS	1	4 %
4. SU HIJO NO QUISO CONTINUAR EL TRATAMIENTO	1	4 %
5. SIN INFORMACION POR CAMBIO DE DOMICILIO DELPACIENTE	2	8 %
6. UN FAMILIAR FALLECIO ACCIDENTADO	1	4 %
7. UN FAMILIAR ESTA ENFERMO DE GRAVEDAD	3	12 %
8. AL HIJO NO LE DIERON MEDICAMENTOS	1	4 %
9. LA MADRE ESTA ENFERMA	2	8 %
10. EXPULSARON AL PACIENTE DE LA ESCUELA	1	4 %
11. SE MUDARON A LA PROVINCIA	1	4 %
12. A LA MADRE NO LE AGRADA EXPONER SUS PROBLEMAS ANTE OTROS	1	4 %
13. LA MADRE DIJO NO SABER EXPRESARSE	1	4 %
14. EL PACIENTE SE REHABILITO	1	4 %
15. LA MADRE ELIGIO OTRO LUGAR PARA TRATAMIENTO	1	4 %
16. EL HIJO FUE INTERNADO EN UNA ESCUELA-ESPECIAL COMO PARTE DEL TRATAMIENTO	1	4 %
17. LA MADRE REPORTA QUE NECESITA DE ALGUIEN QUE LA TRAIGAAL C.I.J. PORQUE LE DAN MIEDO LOS CAMIONES	2	8 %
T O T A L	25	100 %



CAUSAS DE DESERCIÓN AL GRUPO DE PADRES DE  
FAMILIA REPORTADAS A TRABAJO SOCIAL

44  
42  
40  
38  
36  
34  
32  
30  
28  
26  
24  
22  
20  
18  
16  
14  
12  
10  
8  
6  
4  
2  
0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

INFORMACIÓN

ACOTACIONES EN GUARDRO No. 10

GRÁFICA No. 10.-

C O N C L U S I O N E S

1. El problema de la farmacodependencia es multicausal, consideramos necesario un enfoque más preciso en la valoración y análisis de la familia mexicana.
2. Los adolescentes del sexo masculino resultan ser los más - - - susceptibles de contraer esta enfermedad social y ésto implica interesantes cuestiones psicogenéticas, derivadas del factor - de adaptación individual.
3. Del estudio se desprende que la farmacodependencia resulta ser múltiple incluyendo marihuana, inhalantes y alcohol.
4. Los grupos interdisciplinarios de CEMEF y CIJ han fallado en - algunas labores, particularmente en los Grupos Terapéuticos de Padres de Familia.
5. Las instituciones que manejan farmacodependientes y en especial el Departamento de Trabajo Social con una sola persona por turno, resulta insuficiente para la cantidad de actividades -- que desarrolla.
6. Trabajo Social sigue abriéndose paso en el campo Psiquiátrico, pero sus logros podrían ser superiores.

SUGERENCIAS

1. El mejor tratamiento de la farmacodependencia es su prevención, desde la etapa primaria hasta la rehabilitación integral, sin - excluir a los padres de familia.
2. Puesto que son los adolescentes a quienes ataca esta enfermedad social, especialmente los sujetos del sexo masculino, urge un - estudio a nivel nacional sobre epidemiología para conocer las - diversas variables. Las campañas preventivas deberán ser enca- midadas a estas personas, utilizando los centros de reunión que les son propios.
3. En vista de que son varios los elementos con los que un joven - puede drogarse, resulta altamente conveniente que los padres de familia estén enterados de la sintomatología que se presenta in - cluyendo la desorganización y desintegración de la familia. Pa - ra ello utilizar todo aquel lugar donde podamos encontrar a Pa - dres de Familia siguiendo el plano de prevención.
4. Para los Grupos Terapéuticos de Padres de Familia deberá reali- zarse una selección más estricta y eficaz de sus integrantes, - evitando así la deserción.
5. Las labores resultan ser múltiples para un solo equipo profesio - nal, pugnar porque se abran unidades de servicio dividiendo las actividades para una mayor efectividad en las tareas, durante - las 24 horas del día y los 365 días del año.
6. Continuar insistiendo en que las especialidades de Trabajo So--

cial Psiquiátrico y de ella, la de Farmacodependencia sean una-  
realidad dentro de la Escuela Nacional de Trabajo Social.

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

1. Ackerman, Nathan W. "Diagnóstico y Tratamiento de - las Relaciones Familiares, Ediciones Horme, Buenos Aires, 1971.
2. American Psychiatric Association. "Diagnostic and Statistical - - Manual of Mental Disorders", Se- cond Edition, (DSM-II), Washing- ton, D.C., 1968.
3. Asociación Civil Centros de Integración Juvenil. "Escritura número 43,981", Méxi- co, Octubre, 1973.
4. Becerra, de Ledesma Rosa Ma.T.S. "Elementos Básicos para el Tra- bajo Social Psiquiátrico", Edi- torial ECRO, Argentina, 1972.
5. Bernal, del Riesgo Alfonso Dr. "Errores en la Crianza de los - Niños", Cuadernos Populares, Mé- xico, 1973.
6. Boni, Alfredo Lic. "Seminario de Tesis", Apuntes - de Cátedra, Cd.Universitaria, - México, 1971. .
7. Campero, Luis Fernando "El T.S. Psiquiátrico en un Hos- pital Campestre (Hospital Cam- pestre Sta. Catarina, Tlahuac, - D.F.) "Dr. Samuel Ramírez More- no, Tesis Profesional, UNAM, Mé- xico, 1970.
8. Cárdenas, de Ojeda Olga Lic. "Toxicomanía y Narcotráfico", As- pectos Legales, Fondo de Cultu- ra Económica, México, 1974.
9. Castellanos, Ma. C., "Manual de Trabajo Social", La- Prensa Mexicana, México, 1969.
10. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia "Clasificación de Medicamentos", Apuntes Mimeografiados, México, sin fecha.
11. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia "Directorio de Centros de Inte- gración Juvenil, A.C.", México, sin fecha.

12. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia "Encuesta para Centros de Integración Juvenil", Mimeografiada, México, 1976.
13. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia "Glosario de Términos", Apuntes impresos, México, 1975.
14. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia "Instructivo del Departamento - Administrativo", Agosto, México, 1975.
15. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia "Manual del Departamento de Trabajo Social", Lic. en T.S. Adeline González Ramírez, México, 1974.
16. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia "Posibles Causas de la Farmacodependencia", CFMEF Informa, -- Año II, Volumen II, No. 9, Sep. 1974, México.
17. Dabout, E. Dr. "Diccionario de Medicina", Editora Nacional, México, 1965.
18. Díaz, Carabaño Magally, Mújica Figueroa Annette "Estudio Caracterológico en un Grupo de Familias Mexicanas", - Tesis de Postgrado, Impresos de Pavia, México, 1974.
19. Escuela Nacional de Trabajo Social "Trabajo Social", Conceptos Básicos, Revista de la Esc. Nac. - de Trabajo Social, Epoca II - - Enero-Marzo 1975. No. 7., México, 1975.
20. Espasa- Calpe "Diccionario Manual Espasa Calpe" Argentina, S.A., 1947.
21. Gómez, Jara Francisco A. y - Márquez Bohor Luis "Sociología", Ediciones Tercer-Mundo, México, D.F., 1969.
22. Grimberg León, Langer Marie y Rodríguez Emilio "Psicoterapia del Grupo", Edit. Paidós, Argentina, 1974.
23. Hornelas, Carlos "Apuntes de Plática", ler. administrador del CIJ Caracol, México, 1974.
24. Instituto Nacional de Neurología "El problema de las drogas en - México", Revista, números 1,2,3 Volumen VI, México, 1972.



25. Kadushin, Alfred "La entrevista en Trabajo Social" Editorial Extemporáneos, México, 1974.
26. Kisnerman, Natalio "Apuntes sobre Reconceptualización del Trabajo Social", Notas Mimeografiadas por Esc. Vasco de Quiroga, México, 1972.
27. Larousse "Diccionario de la Psicología", España, 1969.
28. Margolis, Jorge Psic. "Historia de la Farmacodependencia", Apuntes Mimeografiados, México, sin fecha.
29. Margolis, Jorge Psic. "Historia del CIJ Caracol", Apuntes mecanografiados, México, sin fecha.
30. Naciones Unidas "Resoluciones aprobadas por la Asamblea General durante su vigésimo Sexto Período de Sesiones," 21 de Septiembre-22 de Diciembre 1971. Asamblea General, Vigésimo Sexto Período de Sesiones. Suplemento No.29 (A/8429). New York, U.S.A.
31. Pacheco, Gerardo "Lenguaje Popular y Drogas", - - Apuntes impresos, México, 1975.
32. Palacios, Roji J. "Guía Completa de la Ciudad de México Distrito Federal y sus Alrededores", Guía Roji, S.A., 43a. Edición, Octubre 1974.
33. Pardinás, Felipe "Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales", Siglo XXI Editores, S.A., México, 1971.
34. Ramírez, Cecilia Profa. "Técnicas de Investigación Científica". Apuntes de Cátedra, - - Cd. Universitaria, México, 1968.
35. Real Academia Española "Diccionario de la Lengua Española", Décimo novena Edición, - Madrid, 1970.
36. Salgado, Jaimes Margarita "El T.S. en el Dispensario Central de Salud Mental, S.S.A.", - Tesis Profesional, UNAM, México, 1968.

37. Solomon Philip, Patch Vernon D "Manual de Psiquiatría", El Manual Moderno, S.A., México, 1972.
38. Sánchez, Azcona Jorge "Familia y Sociedad", Cuadernos de Joaquín Mortiz/28, México, - 1974.
39. Sánchez, Romero Bertha "Plan de Trabajo para el Centro de Integración Juvenil Caracol" Departamento de Trabajo Social-Turno Matutino, México, 1975.
40. Secretaría de Industria y Comercio "Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1970-71" Dirección Gral. de Estadística, México, 1973.
41. Secretaría de Salubridad y Asistencia "Farmacodependencia", Publicación Técnica No.4., México, 1972.
42. Solana, Concepción "Interrelación CEMEF y CIJ", apuntes mecanografiados, México, -- 1974.
43. Theodorson, George A. and Theodorson Achilles G "A Modern Dictionary of Sociology" New York, 1969.
44. Williams, Edwin B "Diccionario Inglés-Español-Español-Inglés", The Bantam New College Dictionary /Series, Edwin - B. Williams, General Editor, - - United States of America, 1968.
45. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia "Boletín Informativo de CEMEF", Sánchez Medina Gilda, Publicidad y Offset, S.A., México, Sin fecha.
46. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia "La Familia del Drogadicto", Conceptos Generales, Dr. Eduardo Kalina, y Dr. Santiago Korin, - - CEMEF INFORMA, Año III Vol. III - No.9, Septiembre, 1975. México.