



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO FAMILIAR PARA
FARMACO-DEPENDIENTES EN LA CIUDAD
DE PACHUCA, HGO.”**

T E S I S

Presentada por el Alumno:

RAUL ARCE LARA

Asesor: **DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ**

M-0034268

Julio 1981



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.

Para Astrid.

A la mujer, a la compañera, a la esposa con profundo amor y amplio reconocimiento a --- quien supo comprender y esperar mi esfuerzo ahora logrado.

A mis hijos.

Raúl, Astrid Fabiola, Ariadna Frida y Adyani Fadelí, en la incomparable dicha de ser padre y en el serio-compromiso que me plantean de su preparación.

Especialmente

A ti Raúl aunque nunca leerás estas líneas también - hijo mío tengo un lugar especial para ti en este esfuerzo.

A mis padres.

De quien reconozco y se bien que hicieron su mejor esfuerzo en mi instrucción personal así como el de la -- educación y principios que me brindaron.

A mis hermanos.

Luis, Mario, Deni y Roberto por su apoyo y aliento en este trabajo.

Especialmente y con admiración y respeto por su constante-ejemplo de superación a ti Luis que has sido modelo en el-esfuerzo del crecer.

Para Frank y Quika.

También en ellos reconozco su apoyo y su comprensión en el - logro de mi carrera, a ustedes con mi cariño.

A mis maestros.

Quienes por un profundo sentido del deber y por amor al conocimiento transmitieron en mi sus experiencias teóricas y prácticas.

Especialmente a ti Dr. José de Jesús a quien debo la experiencia tan maravillosa de incursionar en estos caminos de la Psicología Clínica y a tu incondicional apoyo en este logro.

A mi guía.

A ti Sara que me has ayudado a la culminación de una etapa de mi vida, gracias por tu inapreciable compañía, gracias por creer en mi y por ayudarme tan pero tan ampliamente gracias Sara.

A mis compañeros de Facultad.

Con quienes viví experiencias inolvidables de motivación y apoyo durante mi preparación profesional.

Especialmente a Paloma y a Nestor.

A mis compañeros de trabajo.

Nicolás, Esteban, Jorge y Geny, por su apoyo y motivación. Especialmente al jefe y al amigo Dr. Nicolás por las facilidades en este logro.

A los amigos.

A quienes debo la oportunidad de lograr lo que hoy realizo.

Especialmente al Lic. Adalberto Chávez Bustos, y a la Lic. Blanca Moreno Mendoza.

Con mi agradecimiento más profundo y mi más amplio reconocimiento a quien ha destinado parte de su vida a ofrecer al joven farmacodependiente una oportunidad de rehabilitación física, emocional y social y que me brindó la oportunidad de trabajar en esta tarea tan humana y hermosa labor.

A la persona de la Señora.

Kena Moreno.

Fundadora de los centros de Integración Juvenil A.C.

A quien con todo acierto y amplia justificación devolvió los causes originales a la tarea de rehabilitar, prevenir y estudiar la Farmacodependencia.

Con afecto sincero al

Dr. Pablo Cuevas A.

Director General de los Centros de Integración Juvenil A.C.

A todos los integrantes de los Centros de Integración Juvenil A.C. que se dedican concienzudamente a estudiar y tratar a jóvenes que presentan problemas de farmacodependencia. Especialmente al C.I.J. Pachuca.

INDICE.

RESUMEN.

INTRODUCCION.

PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO:Capítulo I ASPECTOS GENERALES DE LA FARMACODEPENDEN--
CIACapítulo II ASPECTOS DE LA FARMACODEPENDENCIA COMO PRO
BLEMA SOCIAL

Capítulo III ESTRATEGIAS GENERALES DE ABORDAJE

Capítulo IV LA PSICOTERAPIA FAMILIAR

Capítulo V TRATAMIENTO DEL FARMACODEPENDIENTE DENTRO--
DE LA PSICOTERAPIA FAMILIARSEGUNDA PARTE: INVESTIGACION:

Capítulo VI PARTE I

Capítulo VII PARTE II

TERCERA PARTE:

RESULTADOS

ANEXOS Y GRAFICAS.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

CONCLUSIONES

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFIA.

R E S U M E N

En el presente estudio se trata de dar a conocer una idea general de lo que ha sido el papel de las drogas o agentes tóxicos desde sus orígenes, como ha sido utilizado por cada pueblo y como se ha ido desarrollando gradualmente este fenómeno hasta convertirse en un problema social; lo que se ha intentado y lo que aún se intenta por rescatar a los jóvenes que han sido víctimas de las circunstancias, la centralidad o bien el objeto de esta investigación radica en conocer cual es la alternativa de solución al problema del paciente-farmacodependiente se ha hecho aquí una comparación entre jóvenes que recibieron tratamiento familiar, y jóvenes que recibieron tratamiento individual donde se estudia la frecuencia de ingestión de drogas desde que el paciente llega a tratamiento hasta después de haber sido dado de alta, se le localiza en su hogar para estudiar la consistencia del tratamiento, es decir, si la ingesta de droga se mantuvo, aumentó o disminuyó tiempo después de haber sido dado de alta, se presenta un apartado sobre la psicoterapia familiar así como el tratamiento de farmacodependiente en dicha técnica.

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

La humanidad a través de su historia ha sido constantemente asolada por enfermedades y en ocasiones ha llegado a diezmar las poblaciones que son víctimas de ellas, el hombre a través del estudio de las ciencias de la salud busca cada día nuevas alternativas de solución a los males que padece - la humanidad.

La farmacodependencia es un fenómeno relativamente nuevo y relativamente viejo, veamos por qué, en el presente trabajo podemos apreciar que el hacer uso de sustancias que alteran la percepción data de hace miles de años (capítulo - - uno) por eso podríamos decir que es relativamente viejo y -- también en esta investigación se hace notar como en las dos últimas décadas este fenómeno ha cobrado dimensiones de una verdadera pandemia (capítulo dos) si mencionabamos antes que el hombre siempre busca "el remedio para sus males", podemos encontrar que a nivel mundial así como a nivel nacional los diferentes países del mundo que afecta este mal buscan alternativas de solución al fenómeno farmacodependencia y sobre - esto se ha escrito e investigado mucho (capítulo tres), sin embargo el problema sigue existiendo a pesar de los decretos y medidas tomadas tanto internacionales como nacionales, por diversas causas no se ha podido enfrentar eficazmente, por - otra parte, el papel que juega el psicólogo clínico como - agente de la salud es también encontrar y proponer alternativas de tratamiento al enfermo farmacodependiente, la psicoterapia familiar es una técnica que suele emplearse en otros países como una forma de dar solución al problema que plantea la farmacodependencia (capítulo cuatro y cinco) razón - por la cual se hace este trabajo para valorar si realmente - la psicoterapia familiar es efectiva como tratamiento a farmacodependientes.

Antes de introducirnos al punto anterior fué necesario realizar una investigación de campo que nos diera una imagen aunque no tan real y pura como quisieramos pero si aproximada de como se encuentra el problema de la farmacodependencia en la ciudad de Pachuca, (capítulo seis) el siguiente paso -- fué estudiar dos grupos de farmacodependientes que fueron -- tratados, en uno; con psicoterapia familiar y otro con psicoterapia individual y saber a través de este estudio si ofrecen igual o distinta alternativa en la eficacia de tratamiento a farmacodependientes, los resultados obtenidos parecen -- indicar una mayor conducta de abandono de tóxicos en los sujetos que participaron en psicoterapia familiar sin embargo -- no podemos atribuir toda la causa a esta variable, dentro -- del apartado de la interpretación de los resultados se apreciará mejor.

Así como en la parte de análisis y discusión, (capítulo siete) se pretende a través de este trabajo motivar a los interesados en el tratamiento de farmacodependientes a intentar y encontrar una posibilidad de ayuda terapéutica para -- los jóvenes que enfrentan este mal y desean reintegrarse a -- su familia y sociedad.

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DE LA FARMACODEPENDENCIA.

La utilización de las drogas se remonta a muchos siglos atrás en las más antiguas manifestaciones de la cultura, aparecen señales de su conocimiento así como de su uso, los pueblos primitivos las utilizaban durante sus ritos religiosos y actividades bélicas es decir en forma colectiva.

A través de gran parte de la historia conocida de la humanidad, aproximadamente desde antes del año 2,300 A.C. se sabe de individuos que por una u otra causa, acostumbraban el uso de narcóticos y/o euforizantes para obtener sensaciones placenteras artificiales, que les permitiesen gozar de algunas manifestaciones sensoriales, que en estado de conciencia no podían tener. Así hemos tenido la oportunidad de conocer acerca del abuso de la cannabis sativa y sus derivados en Asia Menor y China desde veinte siglos antes de nuestra era, asimismo se encuentran referencias del uso del opio y sus derivados naturales desde esa época en Asia Menor y Países Arabes, (Lammoglia, R. EH Dr. 1971) también en otras culturas tenían su fin como el hashish por ejemplo se empleaba como estimulante y se les administraba a los soldados de lo que ahora es Iraq antes de la batalla (Masters y Houston-J. 1966) en esta cultura se sabe que se cultivaba el opio desde el año 5,000 A.C. en la región de los lagos suizos se utilizaba semillas de amapola en el año 4,000 A.C. Homero conocía el opio y sus efectos sobre los sentidos e inmortalizó el "Nepenthe" en la odisea hace 3,000 años A.C. al emperador chino Shen Neng le fué recomendada por sus médicos el uso de la cannabis indica en el año 2737 A.C. se le atribuía además de efectos sedantes cualidades anti amnésicas, los Asirios conocían el Hashish, la marihuana y el Bhang o la Ghanga ocho si

glos antes de la era cristiana, en la India diversos tipos -- de derivados del cañamo han sido empleados desde hace miles-- de años como una práctica mágico mística (Magallanes, U.M. -- 1975).

Hipócrates en el siglo IV AC entre sus métodos curati-- vos empleaba el jugo de amapola blanca.

En el año 1500 A.C. egipcios y romanos les daban un -- uso médico, principalmente eran empleados como analgésicos y como hipnóticos, más tarde durante el auge y decadencia de -- los grandes imperios de la antigüedad, se usaban con gran li bertad, sin restricciones morales o sociales con frecuencia y abundancia, también en Africa el uso que se le daba y se -- le da actualmente es básicamente mágico y ritual, dentro de -- las culturas prehispánicas el uso de estimulantes y alucinó-- genos se destinaba para fines religiosos y bélicos, se sabe-- del uso de coca en lo que hoy día son Bolivia y Perú desde -- antes de la llegada de los conquistadores hispanos.

En México muchos años antes de la conquista se usaban-- mágica y médicamente plantas con efectos psicoactivos como -- el Peyote, Teonanacatl de efectos estimulantes y alucinóge-- nos aún utilizados por los nativos de las regiones antes men cionadas, ya en la era cristiana los árabes llevaron el opio a Persia, India y China en el siglo VIII.

En Europa durante el renacimiento, se usó como trata-- miento terapéutico para las enfermedades mentales principal-- mente histerias (Guerra T.T. 1973), a mediados del siglo -- XVII la prohibición del tabaco en China en cierto modo indu-- jo al pueblo a fumar opio, sobre todo la gran masa pobre y -- hambrienta encontró en el un modo de evadir su triste reali-- dad, llega a ser tan importante desde el punto de vista eco-- nómico y por ende político el tráfico y consumo de los deri--

vados opiáceos en el siglo XVIII, que da origen en 1771 a -- una guerra sostenida por Inglaterra y Holanda (a través de -- las Indias Orientales) en contra del imperio Chino, situa-- ción política a la que se le denominó "guerra del opio". -- (Lammoglia, R.E.M. Dr. 1971)

En el año de 1863 se descubrió un grupo de psicotrópi-- cos (fármacos que tienen una acción selectiva sobre el siste-- ma nervioso) que teniendo una actividad sedante leve, indu-- cían al sueño y los llamaron barbitúricos, no fue sino hasta 1903 cuando estos fármacos fueron introducidos formalmente -- en la terapéutica médica, de entonces a la fecha han sido -- sintetizados 2,500 derivados del ácido barbitúrico aunque so-- lamente 15 siguen siendo utilizados médicamente y solamente-- cuatro o cinco son ingeridos como narcóticos por abusadores.

En el año de 1938 fué descubierto accidentalmente el -- más potente de los alucinógenos la Dietil amida del ácido li sérgico - 25, por un investigador suizo el Dr. Hoffman que -- posteriormente logró sintetizarla en 1943 su uso se inició -- en 1951 en forma experimental y en la década de los 60's en-- forma indiscriminada por una gran cantidad de jóvenes en los E.U.

Volviendo a nuestro país, tanto antes de la llegada de los españoles conquistadores como posteriormente las fuentes principales del uso de plantas alucinógenas eran:

- a) Herbolaria medicinal indígena
- b) Las prácticas mágico-religiosas asociadas al uso ceremo-- nial de plantas alucinógenas
- c) Las crónicas antiguas así como las investigaciones moder-- nas practicadas a dichas plantas.

Entre las plantas usadas por los antiguos pobladores --

de México tenemos:

Peyotl: Zacatequens, que crece en el norte del país- con sus dos géneros: ANHALONLUM y LOPHOPHORA se le conocen diversos alcaloides el más conocido es la mezcalina, que es el principio- activo del Peyote. (Belsasso G. Dr. 1973)

Sahagun dice que el Peyote es como un manjar de los Chichimecas según Aguirre Beltrán el- Peyote era usado con los siguientes propósi- tos.

Colectivamente: Para saber su destino en las batallas, para- pelear y no tener miedo.

Individualmente: Para no tener sed o hambre, para preservar- se de todo peligro, para descubrir a los au- tores de un hurto y para uso medicinal en he- ridas, hinchazones y diferentes achaques. - (Acosta, C. 1578)

Ololiuhqui: Del Nahuatl "ololoa" que quiere decir dar -- vueltas, actualmente llamado manto de la vir- gen, procedente de tierra caliente y de uso- medicinal así también utilizado para perder- el miedo al peligro y así mismo era empleado con fines religiosos.

Teonanacatl: Hongos sagrados mexicanos, pertenecen a la - (carne de dio- familia stroph amapolae y en su mayoría for- ses) man parte del género psicocibe, mejor conoci- do como hongos alucinógenos que en la anti- guedad eran usados con fines religiosos y me- dicinales procedentes del sur y centro del - país.

Marihuana:

Conocida como *canabis sativa*-cañamo indico - técnicamente, se le ha señalado a México como el primer "productor" y "exportador" de este producto su origen es desconocido ya -- que procede del oriente algunos historiados -- res apoyan el hecho que fueron los negros - traídos del África, otros que fué traída por las naos procedentes de Filipinas, actualmente es en el norte del país donde se localizan los lugares de mayor cultivo especialmente los estados de Sonora, Durango y Sinaloa-- su uso era hasta hace poco tiempo de las clases campesinas y socioeconómicamente bajas, - en las áreas urbanas especialmente eran usadas por los soldados con rango de soldado raso que con el uso de este alucinógeno "percibían" más resistencia al trabajo físico rudo en casos, actualmente es la droga de mayor consumo en todas las clases sociales en México (Galan, N.R.M. 1975).

Como podemos observar en realidad la historia del uso y abuso de fármacos y vegetales de efectos psicotrópicos en México no es muy extensa el medio artístico caracterizó en una época en que estimularse con cocaína era la regla pero -- por todos los núcleos sociales eran condenadas estas "costumbres" y es a partir del llamado movimiento estudiantil de -- 1968 en México aparece con todo su dramatismo este fenómeno social. (Lammoglia, R.E.H. Dr. 1971) Hagamos ahora un análisis de lo que constituye la base etiológica de las grandes tensiones que sacuden a una sociedad convertida en víctima -- de su propia cultura.

a) La intensificación del ritmo de cambio

- b) El "perfeccionamiento" de los medios masivos de difusión.
- c) Una elevación en el nivel de vida y el incremento concomitante del ocio. (Taylor, N. 1974)

Todo esto provoca el surgimiento de los diferentes grupos de protesta juvenil, femenino, homosexual, etc. y se instituye una nueva moral sexual, aparecen nuevas formas de expresión de la agresividad y el hombre joven recurre cada vez más a la alcoholización y al consumo de otras drogas socialmente no aceptadas, (Galan, M.R.M. 1975) pero promovidas por los medios masivos de comunicación por lo que la mayor parte del abuso de las drogas hoy en día es de tipo social basado en la aceptación de grupo para ponerse a la par, desafío y factores semejantes, la drogadicción puede ser de carácter neurótico una expresión de conflicto emocional profundamente arraigado (Salomon P. 1977).

Por otra parte se reconoce a nivel mundial que el farmacodependiente es un enfermo por lo que es importante hacer notar que la O.N.U. a través de su organismo oficial de salud la O.M.S. integrada por un comité de expertos en drogas que engendran hábito se reúnen con regularidad para intercambiar; investigaciones, decretos, clasificaciones, descubrimientos, etc. y que es este organismo el que define a la adicción a las drogas de la siguiente manera.

Se trata de un estado de intoxicación periódica, crónica, dañina al individuo y a la sociedad, producida por el consumo repetido de una droga, natural o sintética. Este estado tiene como principales características: a) un invencible deseo o una necesidad de continuar consumiendo la droga y procurársela por todos los medios, b) una tendencia a aumentar la dosis; c) una dependencia de orden psíquico y a veces físico con respecto a los efectos de la droga.

A esta definición y según conceptos muy positivos del Dr. José Carranza Acevedo (del Departamento de Investigación Científica del I.M.S.S.) se le puede agregar que, "cuando se refiere a una adicción siempre se alude al abuso de un medicamento y no a la administración médica del mismo, prescrita por un profesional médico.

Clasificación de las Drogas que determinen uso y abuso.

La definición de fármacos que nos da la Organización Mundial de la Salud es:

"Fármaco o droga es toda substancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste".

Hace tan sólo unas décadas la mayor parte de las drogas se extraían de las plantas y su fórmula química permanecía desconocida, casi lo único que podía hacerse era incluir las en amplios grupos químicos tales como: alcaloides, principios neutros, aceites fijos, aceites volátiles, etc.

En la actualidad es conocida la naturaleza química de la mayoría de los medicamentos y la gran diversidad estructural hace difícil agruparlos en función de ella.

Para fines de difusión al público, juristas y médicos, podemos clasificar a los fármacos que determinan dependencia, uso o abuso en tres grandes grupos:

PRIMER GRUPO: Estupefacientes

Comprende dos subgrupos:

- a) Derivados opiáceos (naturales y sintéticos), llamados también Narcóticos Analgésicos.
- b) Derivados de la coca.

SÉGUNDO GRUPO: Psicotrópicos o Neurotrópicos, se subdividen en:

- a) Psicolépticos (también llamados Neurolépticos y/o sedantes).
- b) Psicoanalépticos (llamados también estimulantes).
- c) Psicodislépticos (también llamados Psicotomiméticos, Psicodélicos y/o Alucinógenos).

TERCER GRUPO: Volátiles inhalables. Comprenden:

- a) Cementos plásticos
- b) Solventes comerciales
- c) Gasolinas y combustibles.

LOS ESTUPEFACIENTES. Este es un concepto jurídico más que farmacológico. Desde este último punto de vista, el primer subgrupo se caracteriza por producir narcosis mientras - que el segundo por causar anestesia local y euforia.

El opio, que se obtiene de la Adormidera o Papaver Somniferum y de otro miembro de la familia, la Papaver Rhocas o amapola, es el jugo seco extraído de las cápsulas verde de la planta. Los principales alcaloides presentes en él son: - a) de tipo fenantrénico, como la morfina, la codeína y la tebaina; y b) de tipo bencil isoquinoléínico, como la papaverina, la narcotina y la narceina. La modificación química de la molécula de la morfina ha llevado a la obtención de va- - rios derivados sintéticos, siendo el más notorio la heroína- o diacetil morfina.

Como representantes de este grupo consideramos a la -- morfina y a la cocaína.

Morfina. La acción farmacológica de este alcaloide - aparece clínicamente sobre S.N.C. e intestino. En el prime-

ro, el efecto narcótico se manifiesta por analgesia y sueño que se presentan en ese orden y a veces siendo sólo la analgesia. Es por esta razón, que administrada en dosis terapéuticas (5 a 10 mgs.) en pacientes con dolor, preocupación o tensión no produce euforia, pero en personas sanas puede causar disforia, ansiedad, pánico; frecuentemente náuseas y ocasionalmente vómito. Conduce así mismo a una disminución de la libido.

Sobre el aparato digestivo actúa causando disminuciones de las secreciones clorhídrica, biliar y pancreática, así como de la motilidad gástrica e intestinal.

La fármaco-dependencia se produce después de períodos variables, si bien son necesarias, por lo general, más de dos semanas de uso continuo. En personalidades inestables puede surgir en unos cuantos días después de una cuantas dosis.

Una característica de estos alcaloides del opio, es el causar el fenómeno de tolerancia, dependencia física y síndrome de abstinencia. La dosis promedio que suele usar fármaco dependiente fluctúa entre 0.5 a 2.08 mgs.

En la dependencia a la morfina, heroína y codeína, el sujeto se presenta estuporoso, con los ojos inyectados y las pupilas mióticas, con pérdida del apetito y rinorrea. Se le encontrarán señales de pinchazos y cicatrices preferentemente en los brazos.

La única prueba con certeza de la fármaco-dependencia a la morfina es la aparición de los síntomas típicos que producen la abstinencia o el suministro de nalorfina, sustancia antagonista de la morfina que al ser administrada al dependiente le produce la misma sintomatología que la abstinencia.

Este último síndrome se presenta de 15 a 20 horas después de la última dosis, llegando a su máximo entre las 48 y 72 horas para desaparecer en 10 a 14 días. Puede manifestarse como lagrimeo, bostezos, estornudos, diatosis, calosfríos, temblores, anorexia, dolor abdominal bajo intenso -- (que puede ir acompañado de leucocitosis y por ello confundirse con un cuadro de abdomen agudo). También se presenta dolor articular (de predominio poplíteo), contracciones musculares intensas, cefalea, diarrea y colapso cardiovascular.

COCAINA. La cocaína es el ester metílico de la benzilecgonina. Se extrae de las hojas del árbol de coca (erythroxylon novogratebses cica) originario de Sur América.

Las hojas, las cuales son tratadas con cal para liberar la cocaína, durante siglos han sido masticadas por un gran número de indígenas de Perú y de Bolivia. En contraste con los opiáceos, la cocaína es un poderoso estimulante. La droga fué aislada inicialmente como un anestésico local alrededor de 1855; sin embargo, ha sido substituída por drogas sintéticamente derivadas, tales como la novocaína y la procaína.

La cocaína es usada fundamentalmente inhalada, aplicada localmente sobre las encías muy ocasionalmente inyectada. Provoca anestesia local de la mucosa respiratoria o bucal. -- Causa euforia, con sensación de aumento de la fuerza física, hiperactividad y alteraciones leves de la sensopercepción -- (casi específicamente delusiones táctiles). Aunque algunos científicos afirman que no provoca dependencia, hemos podido observar que existe dependencia psicológica y a veces muy intensa.

Tanto a los derivados opiáceos como a la cocaína se les considera como no causantes de daño cerebral; estribando en esto último la más importante diferencia clínico-patológica

ca con el resto de las sustancias que determinan dependencia, uso y abuso.

Los Psicotrópicos. Este gran grupo se caracteriza por una acción selectiva sobre el sistema nervioso y como dijimos antes se subdivide en tres grupos: Psicolépticos, Psicoanalépticos y Psicodislépticos. Haremos algunas consideraciones sobre las sustancias más típicas de cada grupo.

Los Psicolépticos.

En orden de frecuencia, los fármaco-dependientes que abusan de estos psicotrópicos en México prefieren: a) barbitúricos, b) metacualonas, c) meprobamatos, d) benzodiazepinas, e) antiparkinsonianos.

Los barbitúricos.

Son fármacos depresores del Sistema Nervioso Central, derivados de la malonil-urea o ácido barbitúrico, usados en Medicina durante todo lo que va del presente siglo como inductores al sueño, antihipertensores, antiepilépticos y como tranquilizantes. Ingeridos en dosis terapéuticas inducen al sueño, producen disminución de la frecuencia respiratoria, baja la tensión arterial y disminución notable de la excitabilidad del Sistema Nervioso Central. Cuando se sobredosifican, se observa un cuadro clínico semejante al de la intoxicación etílica con la característica de no estar presente el aliento alcohólico. Hay notable confusión mental, dislalia y marcha vacilante.

Los abusadores pueden mostrar conducta agresiva franca. Los barbitúricos distorsionan la senso-percepción (predominantemente la visual) y retardan notablemente las respuestas mentales y motoras de los sujetos que los ingieren.

El alcohol potencializa fuertemente los efectos de los

barbitúricos y viceversa, siendo esta combinación extraordinariamente peligrosa por su alto índice de letalidad.

Estos fármacos son los únicos psicotrópicos en los que se ha demostrado plenamente la existencia de dependencia física y por ende de tolerancia y síndrome de abstinencia. Este síndrome se manifiesta por: calambres, náusea, vómito, -- pérdida de peso, ansiedad extrema, coma, insomnio, delirios, y delusiones de predominio visual. Quizá el signo más aparatoso del síndrome de abstinencia a los barbitúricos sea la -- presencia de crisis convulsivas generalizadas de modelo tónico clónico, con componente somato-motor.

Producen daño cerebral irreversible en una cantidad -- muy importante de los abusadores.

Los Psicoanalépticos.

Son fármacos que "facilitan" o activan las funciones -- del Sistema Nervioso, con una acción que muchas veces (como en el caso de las anfetaminas) es selectiva sobre corteza cerebral y Sistema Simpático. Se dividen desde el punto de -- vista farmacológico en:

- a) aminos simpático - miméticas.
- b) inhibidores de las monoaminoxidasas.
- c) derivados tricíclicos del imidodibencilo.

El grupo más conocido y el que mayores problemas causa en Medicina es el de las aminos simpático-miméticas y de éstas, son las anfetaminas las que ocupan un lugar relevante.

Las anfetaminas estimulan básicamente la producción de noradrenalina al nivel del hipotálamo y de la corteza cerebral. Esto produce aumento del metabolismo en general; taquicardia, hipertensión arterial leve, hiperquinesis, insomnio, sequedad de mucosas, trastornos digestivos varios, de --

los cuales el más notable es la anorexia (falta de apetito), que viene a ser el "pretexto" con que más se usan en la actualidad por prescripción médica.

Provocan casi exclusivamente dependencia psíquica. Los abusadores se tornan irritable, inestable, suspicaz, disfóricos, con grandes oscilaciones del talante y adelgazan notoriamente. Las primeras psicosis esquizofreniformes por psicrotópicos observadas en México fueron precisamente por estas sustancias; adoptando la psicosis el tipo paranoide clásico (percepciones delirantes primarias y secundarias, sistemas delirantes muy organizados, predominio de ideas delirantes de persecución, referencia y daño). Estas psicosis son difíciles de diferenciar de las verdaderas esquizofrenias si se carece del entrenamiento clínico adecuado y si se desconoce el antecedente, de la dependencia a las anfetaminas. Se ha demostrado la presencia de daño cerebral irreversible en algunos casos de fármaco-dependientes.

Los Psicodislépticos.

Llamados también psicodélicos (nombre que significa "expansores de la mente") o alucinógenos; ni expanden la mente ni determinan alucinaciones; causan graves alteraciones en la sensopercepción (ilusiones o delusiones), en las funciones mentales de tipo intelectual, en las afectivas y cuadros psicóticos graves las más de las veces, motivo por el cual se les denomina también acertadamente Psicotomiméticos.

Los Psicodislépticos más conocidos y de uso habitual en México son: a) La dietilamida del ácido lisérgico 25; b) La 4 hidroxil, N - N dimetil triptamina o psilocina; c) La 4-forforil hidroxil, N - N dimetil triptamina o psilocibina; d) La beta 3, 4, 5 Trimetoxi-fenetilamina o mezcalina; e) Los tetrahydro-cannabinol (alcaloides genéricos de la marihuana).

La LSD 25, la Psilocina y la Psilocibina pertenecen a un mismo grupo químico de derivados del indol y de una similitud estructural muy grande con la serotonina (5 hidroxitriptamina), sustancia que actúa como intermediario químico en la transmisión del impulso nervioso de algunos sistemas neurofisiológicos, motivo por el cual se ha elaborado un hipótesis que supone que su acción sobre el Sistema Nervioso es la de competidores o antimetabolitos de la serotonina, que deforman la transmisión del impulso que parte de una neurona hacia otra o a un sistema neurofisiológico.

La mezcalina es un antagonista metabólico de la adrenalina y su acción patógena estaría condicionada por su competencia en los sitios donde ésta última actuase como intermediario químico.

Los cuatro fármacos anteriores se extraen de vegetales. La LSD del Cornezuelo del centeno o Ergot (Claviceps purpúrea), y la psilocina y la psilocibina de los hongos alucinantes Psilocybe mexicana, Stropharia cubensis, etc. y la mezcalina del jículi, péyotl o peyote, (Lophophora williamsii).

En conjunto, las alteraciones producidas por estos fármacos deben ser descritas como semejantes, variando sólo por las dosis ingeridas. Determinan alteraciones intensas y significativas en la experiencia que el sujeto tiene de sí mismo y del ambiente. Estos cambios notoriamente diferentes a la realidad, son percibidos por quien las usa como verdaderos. La sintomatología en general debe ser considerada como un cuadro psicótico agudo las más veces. Las alteraciones de la sensorio-percepción son las más frecuentes, las ilusiones visuales, auditivas o táctiles predominan; la sensibilidad para los sonidos aumenta pero falta la capacidad para ubicarlos.

Existe la sensación de despersonalización, de levitación, disminución de la posibilidad de percibir el peso del cuerpo. La percepción del tiempo se altera sorprendentemente. Se abate la capacidad de juicio y de reflexión; puede haber perplejidad, robo de pensamiento y percepción delirante primaria. El talante se modifica en forma variable y alternamente pudiendo coexistir ansiedad, depresión, aplanamiento y euforia.

Los efectos colaterales son: midriasis, temblores, náusea, vómito, fiebre. Los efectos agudos duran de 8 a 17 horas en los casos más benignos, pero cuando hay presencia de psicosis francas. Además de la reaparición espontánea de los síntomas no precedida de la ingestión del fármaco, hemos observado a la fecha psicosis tóxicas por psicodislépticos de más de dos o tres años de duración, no siendo difícil hipotéticamente que fueran irreversibles.

La Marihuana.— (Cannabis sativa) cuyos alcaloides fueron llamados cannabidiolos antes de aislarse en 1968 y actualmente Tetrahidrocannabinoles, se conoce desde el año 2734 A.C. encontrándose descripciones de las plantas en herbarios chinos de esa época. Fué introducida a Europa en el Siglo XVIII por las tropas de Napoleón. Se desconoce su historia en América, en donde la variedad de la planta recibe el nombre botánico de Cannabis americana.

Químicamente no se parece en nada a los otros psicodislépticos. Sus principios activos (Tetrahydrocannabinoles) se localizan preferentemente en las hojas superiores de la planta y en las inflorescencias siendo más importante la concentración de alcaloides de la inflorescencia femenina. La resina extraída de aquella floración se llama hashish o charas. La mezcla de resinas, crestas y hojas se denomina gangha. La mezcla de hojas secas y tallos se conoce como bang.

Cuando se fuma la marihuana pasa rápidamente al torrente sanguíneo y los tetrahidrocannabinoles al llegar al hígado son convertidos en metabolitos activos de acción neurotrópica por enzimas hepáticas inespecíficas cuya síntesis aumenta con el repetido empleo de la droga.

La marihuana produce, en cualquiera de sus formas de uso, alteraciones de las funciones mentales que van desde las muy leves y transitorias hasta las severas y muy probablemente permanentes.

La intoxicación aguda de marihuana podría calificarse como un estado onírico, placentero al inicio, en donde el abusador presenta euforia y sentimiento de exaltación, locuacidad y risa fácil; el sentido del tiempo y la distancia se alteran invariablemente. Este período de estimulación inicial es seguido de somnolencia y depresión. Entre sus múltiples efectos algunos son displacenteros y dependen en gran parte de la actividad atropínica de la droga, son: dilatación pupilar leve, congestión ocular, mareos, sequedad de mucosas, aumentos del apetito y de la sed (particularmente de comer o beber sustancias dulces). Hay también náusea, diarrea y urgencia urinaria.

Elimina algunas inhibiciones pero aumenta notoriamente la sugestibilidad (por abatimiento de las capacidades de juicio crítico y de reflexión), la cual explica que bajo sus efectos una persona pueda ser inducida a pensar o a efectuar actos que no haría en estado normal. Aunque el abusador de la marihuana se siente más hábil, su posibilidad de realizar actividades que requieren destreza es menor. La marihuana puede tener efectos imprevistos aún en personas que toleran su uso, como por ejemplo: temor que puede llegar al pánico, ideas delirantes, conducta impulsiva e impredecible, conducta agresiva y cuadros psicóticos francos.

Estos cuadros psicóticos han sido descritos extensamente desde 1934 (por el Dr. Walter Bromber) y en 1969 el Dr. - Talbott los describe con sujetos que usaron su primer cigarrillo. En nuestro país se han observado casos de psicosis tóxicas por marihuana con regular frecuencia tanto en el Hospital Psiquiátrico Nacional, como en el Servicio Psiquiátrico del Sanatorio Español, Centro de Trabajo Juvenil, etc.

Se cuentan en la actualidad referencias científicas suficientes para acabar categóricamente con la falacia que -- afirma la supuesta "benignidad" de esta droga, que debe ser considerada con mucho la más peligrosa de las conocidas por ser la puerta abierta a otras de mayor importancia.

La marihuana no causa ningún tipo de dependencia, conclusión médica que debe ser tomada muy en cuenta por los juristas para modificar sus concepciones al respecto; pero -- siempre y sistemáticamente como afirmamos antes, causa alteraciones graves o no, de las funciones mentales.

Esto último que afirmamos para la marihuana es válido para todos los psicodislépticos conocidos. Insistiremos: los Psicodislépticos no causan ningún tipo de dependencia, pero sistemáticamente producen alteraciones mentales. Esta y no otra, es la diferencia básica que debe tomarse en cuenta para no clasificarlos nunca como estupefacientes, ya que, si -- bien los derivados opiáceos y la cocaína causan siempre dependencia, nunca se ha podido demostrar que provoquen daño cerebral. (Lammoglia, R.E.H. Dr. 1975).

Inhalantes.

Y estamos observando entonces que el fenómeno de la -- problemática de la juventud tiende a agravarse severamente, -- se ha tratado de minimizar en unas ocasiones por falta de co nocimiento y en algunas por sospechosa omisión el monto real

de este tipo de problemas aún más, vemos que cada día el número de farmacodependientes aumenta alarmantemente y que en las clases sociales marginadas donde encontramos un incremento en el uso y abuso de inhalantes que por su bajo precio y fácil adquisición hasta los niños pueden hacer mal uso de sustancias volátiles inhalables como el Thinner, gasolina y cemento entre otros. El Dr. Guido Belsasso⁺ habla sobre este aspecto por demás importante si tomamos en cuenta los graves daños orgánicos y psíquicos que se originan a través de inhalantes volátiles y que son irreversibles. "El problema de la inhalación de sustancias ya como una forma de farmacodependencia se denuncia en la literatura científica Mundial a partir de la posguerra antes alusión a hechos similares está vinculada a casos aislados en los que las sustancias -- eran usualmente anestésicos los primeros informes científicos sobre inhalantes, a fines de los años cuarenta solo describían la conducta aberrante de los inhaladores o algunos -- aspectos neuropatológicos, expresaban más bien una curiosidad académica sobre casos especiales. En la década de los cincuentas el problema empezó a alarmar a diferentes profesionales e investigadores quienes, al advertir el peligro -- psicofisiológico y los efectos conductuales hicieron un llamamiento acerca de esta epidemia y que al ser reconocida e -- iniciado el estudio por la incidencia de muertes por envenenamientos de menores, se expidió una circular a los comerciantes para que restringieran la venta de estos productos -- exclusivamente a mayores. Se ha intentado la introducción -- de sustancias repelentes en los compuestos comerciales cuyo uso industrial y doméstico los hacía de fácil alcance y de -- acceso inmediato a los usuarios, solo que producía más o -- igual daño que los inhalantes.

+ Ex Director General del C.E.M.E.F.

En años recientes se han tomado criterios más comprensivos. Se ha visto que la promulgación y aplicación de leyes no significa el control del problema, que la introducción de sustancias repelentes debe estudiarse y que el impacto económico sobre los productos que alarman tanto a industriales y comerciantes es baja en comparación con el altísimo costo social y económico derivado de muertes, daños físicos y Psicológicos irreversibles, conflictos con la ley, etc. de los usuarios y sus dependientes.

Los inhalantes constituyen un grupo muy heterogeneo de sustancias químicas empleadas en la composición de productos industriales, y de uso doméstico; frecuentemente los constituyentes químicos son poco conocidos para el usuario o el médico general que tiene que enfrentar emergencias de intoxicación.

El daño que ocasionan está fuera de duda, ahora bien - si uno u otro ingrediente activo es más o menos perjudicial - o afecta a cualquiera partes o si excreta de modos diversos - son datos que se acumulan bajo el rubro siguiente:

Los inhalantes dañan Psicofisiológicamente al usuario - y afectan sensiblemente al medio social. No hay evidencia - absoluta, empero de que el uso infantil, que es el más frecuente, que conduzca al abuso de otras drogas (Belsasso, E.- Dr. 1975).

Sin duda alguna el abuso de los volátiles inhalables - representa uno de los más críticos problemas de farmacodependientes tanto por la peligrosidad de sus efectos sobre el organismo humano como por la frecuencia con que se manifiesta en nuestro medio, algunos especialistas mexicanos han insistido en el fenómeno desde hace varios años señalando no solo la gravedad, sino también la extensión en el abuso de los --

productos volátiles inhalables y las características más sobresalientes de la población afectada ya que resultados obtenidos de la experiencia adquirida en el C.I.J. Dakota muestran que solo después de la cannabis es la droga de mayor uso el cemento y demás inhalantes. Nos dice el Dr. Antonio-Torres R. *(1) la diferenciación entre experimentadores usuarios ocasionales y verdaderos dependientes resulta indispensable desde el punto de vista clínico que entre las características de los inhaladores es importantísimo el promedio de edad, menor que para el resto de los consumidores de drogas en general ya que existen datos acerca de niños de siete a ocho años que son dependientes a volátiles inhalables (Masters, R.E.L. y Houston, J. 1966).

Vemos entonces como el hombre ha buscado nuevas experiencias o formas de evitar su realidad ya que tenemos datos que no hace mucho tiempo se señalaba que las intoxicaciones por sustancias volátiles fueron conocidas por el médico hacia finales del siglo pasado y principios de éste, algunos artistas como Baudelaire buscaron con insistencia los "paraísos artificiales" que paradójicamente, solo hallaban más tarde cuando en plena conciencia se entregaron a la creación artística en esa dimensión del que hacer humano que permite el olvido de sí mismo. Otro escritor (nos sigue mencionando -- otro caso el Dr. César Pérez de Francisco*(2) Guy de Maupassant, calmaba sus dolores y molestas con inhalaciones de éter. Eran los tiempos, no hay que olvidarlo del otrora famoso "Licor de Hoffman" mezcla de alcohol y éter que ingerían sus consumidores en pequeños recipientes, dentro de una

*(1) Ex Director del C.I.J. Dakota

*(2) Profr. de la Facultad de Medicina Psiquiátrica del Instituto Nacional de Neurología.

investigación realizada por el Dr. Pérez de Francisco con -- 609 alumnos de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. encontraron las siguientes causas de uso y abuso. En primer lu-- gar conflictos neuróticos, en segundo depresión endógenas o reactiva, en tercero deficiencias en el rendimiento escolar-- por conflictos vocacionales o emocionales y cuarto por pro-- blemas familiares. (Pérez F. de C. Dr. 1975)

Por último es necesario enfatizar que los jóvenes far-- macodependientes en lugar de considerarse como infractores -- de la ley, deben considerarse como pacientes, ya que su esta-- do no es más que el reflejo social en el que vivimos diaria-- mente de corrupción y desmembramiento de la sociedad actual. (Lammoglia, R.E.H. Dr. 1971).

CAPITULO II

ASPECTOS DE LA FARMACODEPENDENCIA COMO PROBLEMA SOCIAL.

Considero que la farmacodependencia no es un problema individual aislado sino que es general y colectivo, a través de la historia tenemos testimonios de ello, revisaremos algunos de tiempos pasados lejanos y otros de tiempos presentes.

Según Porot "históricamente llegó la droga a ser tan importante desde el punto de vista económico y por ende político el tráfico y el consumo de los derivados opiáceos en el siglo XVIII que da origen en 1771 a una guerra sostenida por Inglaterra y Holanda (a través de la compañía de las indias-orientales) en contra del imperio chino, situación política a la que se conoce como "La guerra del opio" ya que la prohibición de tabaco en china en cierto modo indujo al pueblo a fumar opio, sobre todo la gran masa pobre y hambrienta encontrando en el un modo de evadir su triste realidad" (Lammaglia, R.E.H. 1971).

Así también en el siglo pasado tenemos conocimiento sobre la droga como problema social.

A finales del siglo XIX y principios del XX la organización y la codicia de los traficantes clandestinos estimularon la aparición de repetidas olas epidémicas de morfina--nia, cocaínomania, etermania, y finalmente heroína--nia, verdaderos azotes que comportaron la intervención de los poderes públicos, el problema de las toxicomanias se convirtió en un problema social. (Porot, A.M. 1971)

Si examinamos desde una perspectiva histórica la facinación del hombre con las drogas veremos que no es un acontecimiento tan reciente como podríamos pensar.

Veamos ahora que ha sucedido en estos últimos años con la droga y su relación como problema social.

Durante el último decenio ha aumentado en forma intensa y especialmente entre los adolescentes y los adultos jóvenes del mundo, un comportamiento en que se buscan drogas, se depende de ellas y hay adicción a las mismas, muchos factores han influido en esta tendencia. Por ejemplo el número de nuevas drogas que se producen sintéticamente ha crecido en forma enorme. Para comprender el problema actual del abuso de las drogas hay que tener una perspectiva que incluya todas las formas de farmacodependencia. Entre las drogas que se usan por su efecto euforizante o reductor de la angustia y que producen hábito, adicción u otras incapacidades físicas (Kolb, C.L. 1978) otro autor que habla del mismo aspecto dice "en los últimos diez años se ha presentado considerable atención a las nuevas formas de utilizar drogas psicoactivas a la relación de éstos con el delito y otros problemas sociales y a las reacciones de la sociedad ante estos fenómenos, existen abundantes publicaciones médicas y bioquímicas relativas a la acción y efectos de las drogas y al mismo tiempo se conoce cada vez mejor la ciencia del comportamiento. En esta última se ha estudiado en particular que tipo de personas utilizan determinadas drogas y por qué razones, del modo en que los distintos estilos de vida se relacionan con una u otra forma del uso de drogas y como reacciona la sociedad ante los consumidores. En consecuencia la epidemiología, la etiología y la evolución social han sido de primordial interés. (Blume R. y Kaplan, J. 1976)

Casi todas las civilizaciones en todos los periodos de la historia han conocido y utilizado por varias razones, incluyendo el placer varios tipos de drogas que alteran el estado mental y han procurado controlar su uso. El hecho que-

las drogas hayan dado motivo a guerras, demuestran que algunas civilizaciones han considerado el uso de la droga como algo eminentemente importante. Por lo tanto el actual tráfico de drogas, próspero e ilegal es hasta cierto punto un prolongado empeoramiento de un problema crónico e histórico.

Todo esto debe considerarse como parte del problema contemporáneo de las drogas si realmente nos hemos convertido en una sociedad que tiende a las drogas, es bastante probable que continuemos siéndolo, al menos en cierta forma. En realidad somos una sociedad que tiene sentimientos divididos o ambivalentes sobre las drogas, por una parte tenemos a las drogas ilícitas e insistimos en ejercer control sobre ellas por otra, defendemos las drogas lícitas e insistimos en que haya libertad para usarlas. (C.E.M.E.S.A.M. 1979)

Sin embargo veamos que es lo que sucede para que esto se de por que hay una o varias razones que así lo indican.

¿Hay una relación entre el tóxico elegido y la constitución del sujeto? La droga por lo general es lo que ofrecen los medios y las circunstancias. Por el contrario en el plano racial no cabe ninguna duda de que cada pueblo o grupo de pueblos tiende, como han destacado Polish y J. Bouquet a los elementos embriagadores más afines con su mentalidad y con el temperamento que rige su biología. Los chinos han adoptado el opio, que favorece las tendencias al aislamiento contemplativo. Para la imaginación de los orientales, el hachis provoca ensueños y ofrece unas visiones sumamente atractivas. Al hombre occidental, sus tendencias dinámicas y su exigencia de actividad social, lo han acercado al alcohol y a los tóxicos sintéticos. (Porot, A.M. 1971)

Apoyados en este punto donde hay drogas socialmente aceptadas, y también consumo de drogas ilícitas. Tenemos -

bastante material para revisar en estos dos aspectos, pero - solo mencionaremos algunas de las drogas socialmente aceptadas y que son consumidas, además crean en algunos casos dependencia hacia ellos y en algunos países se ha convertido - en un verdadero problema social.

El uso habitual del café y del the en dosis moderadas es inofensivo; incluso útil en ocasiones, por la excitación cerebral y la euforia que su ingestión produce, pero su abuso es indudablemente nocivo y crea en ciertos sujetos un hábito tiránico y a veces desórdenes tóxicos del organismo que nos permiten alinearlos entre las toxicomanías menores, incluso ha llegado a crear, en ciertas ocasiones y en ciertos países, un verdadero azote social.

También, la ocasión (influencia, ambiente, imitación) - los elementos de predisposición individual son importantes - en los países en donde el alcoholismo no pasa de ser una - - afición reducida; pero en aquellos otros países en los que - la marea alcohólica ha sumergido a una gran parte de la población de ambos sexos, los factores ocasionales se revelan de una notable importancia. Es preciso reconocer que, en ta les casos, el individuo llega a la alcoholomania por influen cias ambientales mucho más que por predisposición. Entonces, la toxicomania es secundaria, creada básicamente por una cos tumbre adquirida.

Influencias del ambiente, profesionales, miméticas, o - de un amor propio equivocado e incluso, a veces, un cierto - machismo, juegan un papel preponderante en la creación de - los hábitos tóxicos.

Este contagio colectivo es explotado intensamente por - la potencia política y económica de los magnates del alcohol, los viticultores y los distribuidores de bebidas quienes no -

solamente han dificultado o hecho levantar las medidas legislativas de protección, sino que han creado un clima psicológico mediante frases publicitarias esencialmente favorables a la intoxicación de las masas: teoría del alcohol alimento-mística del vino que comunica salud y fuerza, el hábito de los aperitivos y cocktails en las recepciones, incluso en los actos oficiales, etc. (Porot, A.M. 1971)

Veamos entonces como el alcohol ha jugado siempre antes y ahora un papel importante como un problema que afecta a muchos.

El alcoholismo es un mal que se asocia con el empleo excesivo de bebidas embriagantes. Se calcula que en los Estados Unidos de Norteamérica hay más de cuatro millones de personas que beben en exceso.

El alcohol perjudica la vida personal y social del bebedor. A menudo arruina el hogar del alcohólico. Este es incapaz de mantener relaciones interpersonales eficaces con los miembros de su familia y su mala administración del dinero causa grandes dificultades. La separación y el divorcio suelen ser la secuela de la embriaguez excesiva. En suma el alcohólico por lo común, queda en quiebra económica, física y espiritual.

Surgen también dificultades en el trabajo. El alcohólico quizá desempeñe mal sus tareas y pierda días enteros de trabajo, por lo cual a su tiempo perderá el empleo. El alcoholismo no respeta personas; afecta a todos los niveles socio-económicos. (Narramore, C.M. Dr. 1970)

Inclusive tenemos ya dentro del problema de alcoholismo clasificación de enfermos que usan esta droga socialmente aceptada.

El grupo más numeroso es el de los "bebedores socia-

les", que beben en todas las reuniones. El borracho social-se intoxica fácilmente, pues tiene poca resistencia al alcohol; se vuelve entonces expansivo y pierde algunas de sus --inhibiciones habituales, diciendo cosas que no diría en estado normal. El grupo de los "bebedores graves" se compone en Los Estados Unidos, de cinco veces más hombres que mujeres.-- El bebedor grave bebe para intoxicarse; no necesita una oca-sión para beber; cualquier hora del día, ya sea solo o acom-pañado, es buena; le gusta hablar de bebidas y se jacta de --su resistencia. No suelen gustarles los abstemios, se ríe --de los bebedores sociales y cree que emborracharse es un ras-go varonil. Este tipo de bebedor cae fácilmente en la intem-perancia y termina por ser un alcohólico. (Wolff, W. 1974).

Así como en los alcohólicos, en otros tipos de adic-ción a drogas tenemos que existen factores tanto individua--les como sociales para su uso y su abuso.

Los individuos que se vuelven adictos son, en su mayor parte, casos de personalidad antisocial, pero el neurótico --y el psicótico también están predispuestos en vista de sus --problemas afectivos.

Los que llegan a usar drogas, se ven motivados por el-deseo de producir y perpetuar en sí mismos un estado más sa-tisfactorio de existencia personal, incluso con el riesgo de anular otros valores. Parece que algunos de estos pacientes ensayan inicialmente los narcóticos como un medio para encon-trar emociones fuertes, para facilitar su autoestimulación y su confianza en sí mismos, o, con la esperanza de acrecentar sus capacidades de percepción, entendimiento y creatividad,--a fin de ganar el aprecio posterior de la gente. Otros indi-viduos llegan a ser adictos porque el agente narcótico es ca-paz de reducir sus inhibiciones, angustias y tensiones, o --bien porque tratan de alejarse de los afectos dolorosos por-

medio de una vida de estupor parcial. Cualquiera que sea la motivación inicial ya se trate de facilitar la autoestima o aliviar las tensiones, la adicción revela un desequilibrio en el desarrollo y en el funcionamiento de la personalidad.

El mayor grupo está formado por individuos con trastornos en la personalidad, que se vuelven adictos por el contacto y la asociación con personas que ya lo son. (Kolb, C.L. 1978)

Lo grave en el problema de la farmacodependencia es que de las personas afectadas en el desarrollo de su personalidad tenemos que una gran mayoría de jóvenes y adultos jóvenes como mencionabamos al principio del capítulo son adictos a las drogas.

Ahora veamos el problema que representan los medios masivos de difusión y me refiero al problema, cuando a causa de estos la sociedad vive conflictos graves tales como el uso y abuso de fármacos, que crean dependencia física y/o psicológica revisemos algunos antecedentes.

Esto debe considerarse como parte del problema contemporáneo de las drogas. Por lo tanto nosotros debemos hacer algo más que preguntar por qué la gente está consumiendo drogas ilegalmente a una velocidad sin precedentes. También debemos preguntar por qué toda nuestra sociedad en la actualidad depende de sustancias químicas legales mucho más que en el pasado.

El progreso del conocimiento científico se ha acompañado de una explosión en el número de nuevos productos químicos a disposición del consumo humano, tanto los prescritos por médicos como los que se compran libremente sin receta. Setenta por ciento de las drogas prescritas por médicos ac--

tualmente eran desconocidas hace 30 años. Ochenta por ciento de esas 30 drogas que se encuentran en el hogar común pueden comprarse sin prescripción médica.

La Revolución de los Medios de Comunicación. Otro aspecto de la revolución cultural es el crecimiento fenomenal de los medios masivos de comunicación. Algunas personas -- piensan que la presión, sutil pero inexorable de la publicidad de los medios masivos de comunicación también ayuda a explicar el cambio de actitud de la sociedad hacia las drogas.

El mensaje implica que las sustancias químicas, si -- bien no son en realidad creadoras de la buena vida, por lo -- menos funcionan como una medida de control significativa en la calidad de la misma.

Por lo tanto, los productos químicos se asocian con -- atractivos, tales como el vigor de la juventud, la estimulación de la sexualidad y los placeres de la sociabilidad. -- Tienen la reputación de aliviar malestares como la angustia, la tensión, la inseguridad, la depresión, el nerviosismo, el enojo, el rechazo social y el vacío.

Gradual y sutilmente, la repetición de este mensaje en los medios masivos de comunicación puede haber confirmado en algunos de nosotros la creencia de que al menos algunas drogas son amigas bienvenidas: que en algún lugar en una caja o en una botella, hay una ayuda química para una vida mejor o una solución química para cada problema. (1)

En el terreno de las drogas ilícitas también hay publi cidad, en otras ocasiones los avances en investigación de -- drogas se ven detenidos o destruidos por una mala informa-- ción ya sea propositivamente o no.

Debe apelarse a la ética profesional y científica de --

todos aquellos quienes tienen en sus manos esta trabajo a -- fin de evitar experiencias amargas que ya hubo en el pasado. Un ejemplo concreto puede darlo el uso ilícito y para fines -- no médicos ni científicos de los genéricamente llamados hongos alucinantes de cuyos estudios serios se festinó publici -- tariamente. descubrimos que destrozaron el sólido avance de -- la investigación científica sobre este problema y provocaban daños sociales serios y probablemente en algunas ocasiones -- irreparables. (Díaz, J. L. 1975)

En otros países, el peligro es mucho menos importante -- de lo que nos incita a creer una lamentable publicidad ejer -- cida a través de la prensa y de las ondas. Concretamente en Francia, el consumo del "ácido" se reduce a ciertos ambien -- tes parisinos y de la Costa Azul, siempre ávidos de nuevas -- sensaciones. No obstante, la fácil difusión de este produc -- to, su reducido precio, el esnobismo y la necesidad de oposi -- ción de algunos adolescentes, cada vez más numerosos, con -- una personalidad mal estructurada, amenazan con favorecer -- una difusión que sigue siendo mínima si damos crédito a las -- cifras ofrecidas por M. Papos, prefecto de policía de París, al Consejo Municipal de dicha ciudad, el 8 de Diciembre de -- 1966. En ese mismo año, 115 individuos fueron interrogados -- respecto al uso de las drogas o las toxicomanías. Entre es -- te total de sujetos se contaron 24 menores. Durante los dos años precedentes, las cifras habían sido, respectivamente, -- de 108 con 15 menores en 1965 y, en 1964 79 con 10 menores. -- Podemos precisar, aún, que los menores eran, en su mayoría, -- extranjeros, y que las drogas utilizadas eran, principalmen -- te y por orden de frecuencia decreciente, el maxitón, la ma -- rihuana y la heroína. (14) P. 74

Y así la publicidad sigue haciendo estragos sociales -- mal informando a aquellos que buscan una fórmula "mágica" a --

través de fármacos para la resolución de sus problemas emocionales y que son pasto de los voraces fabricantes de productos químicos que aprovechan la ocasión para que miles de ellos sucumban y se esclavicen dentro del uso y abuso de drogas lícitas socialmente aceptadas.

Se ha anunciado al público que algunos de estos medicamentos, en especial los alucinógenos, "expanden la mente" y dan a quien los toma poderes personales inesperados. Se ha establecido un medio cultural internacional en el que se -- acepta la ingestión de drogas, debido a varios factores:

- a) La difusión amplia de información acerca de las drogas entre un país y otro, por medio de la radio, la televisión y otros medios;
- b) Las amplias campañas de publicidad que aconsejan utilizar fármacos en general para aliviar el dolor, la aflicción o la incomodidad o para aumentar el bienestar. Grupos de gente para quienes las drogas eran antes inaccesibles, -- disponen actualmente de ellas debido al gran progreso y -- rapidez de los medios de transporte y entrega de la mercancía, como también a la mejoría del poder individual de adquisición, en contraste con la ganancia económica que -- proviene de la producción y distribución y venta de drogas, que tanto favorece su uso, las medidas de control legal en todo el mundo, dirigidas contra el abuso de fármacos han demostrado ser ineficientes para una aplicación -- efectiva. (Master, R.E.L. y Houston J. 1966)

Veamos que ha ocurrido en la fórmula: Uso de fármacos-- legales + publicidad = grandes ganancias de fabricantes.

Los tranquilizantes tienen, principalmente, una acción sedativa sobre el sistema neurovegetativo, devuelven la confianza y la dirección del comportamiento a quienes los usan,

razón por la que han sido difundidos al gran público con -- acompañamiento de gran aparato publicitario, muy especialmente en Estados Unidos, bajo el título de "píldoras de la feli cidad".

Las anfetaminas que a través de la publicidad han popu larizado el producto entre los individuos que precisaban, o simplemente gustaban, de un refuerzo a sus capacidades físicas y psíquicas. Muchos hombres de negocios o políticos fatigados les han pedido un socorro repetido. En vísperas de exámenes y oposiciones es utilizado por numerosos estudian tes, algunos deportistas acuden también a ellos antes de sus competencias, durante la Segunda Guerra Mundial estos produc tos fueron utilizados por los ejércitos en campaña, obteniendo grandes resultados, para combatir la fatiga física e inte lectual y dominar el sueño. Señalemos, además que ciertas -- mujeres los usan masivamente para adelgazar o "conservar la línea", aprovechando la eliminación del hambre que producen las anfetaminas.

Estos productos, extremadamente activos, se expenden -- comercialmente en comprimidos de 1 a 5 miligramos y existen -- ampollas inyectables con dosis mucho más elevadas para el -- tratamiento de ciertos comas. Los individuos que usan di -- chos preparados caen fácilmente en las redes de una verdadera toxicomanía, con una tendencia al aumento de las dosis y un "estado de necesidad". En cambio, no parece probable que la privación brusca se acompañe de accidentes peligrosos; pe ro las dosis elevadas provocan rápidamente alteraciones graves, que han señalado numerosos autores.

Los hipnóticos, la necesidad de recurrir a ellos es -- muy antigua, pero a partir del momento en que la industria -- química ha puesto en el mercado, con gran refuerzo publicita rio, los hipnóticos sintéticos y los tranquilizantes, ha sur

gido una verdadera toxicomanía de nuevas características.

Las condiciones de la vida moderna, la fatiga y ansiedad que imponen, han cobrado el precio de aumentar considerablemente los insomnios y multiplicar el número de los llamados narcómanos y angustiados. La oferta y la demanda han experimentado una ascensión paralela y casi vertical. (Porot, - A.M. 1971)

Sin embargo la pregunta existe, ¿por qué algunos individuos llegaron a caer en la farmacodependencia y otros no? - antes hemos citado que se debe a causas de un mal o deficiente desarrollo de personalidad, veamos entre otras cuales son estas causas.

El ambiente constituye un estímulo constante al que el sujeto responde continuamente. Hay dos formas principales - de respuesta al estímulo en las relaciones del individuo con su ambiente: la activa y la pasiva.

Puede atacar al ambiente intentando eliminarlo o cambiarlo, o puede retirarse o someterse a él.

Según Adler, un conflicto sin resolver entre el individuo y su medio causa inadaptación psíquica y neurosis. ¿Cuáles son las razones principales de tales conflictos? Una es la estructura del individuo mismo.

Esto no quiere decir que la inadaptación sea congénita sino que se facilita la tendencia a ella si el sujeto se destaca de su medio a causa de ciertos defectos.

Sin embargo, si el individuo es incapaz de descargar, - sublimar o compartir sus emociones, se siente aislado y perdido. Podemos, pues afirmar que la propensión a la neurosis aumenta en relación con el aislamiento emocional del individuo. Algunos culpan a la industrialización cuya influencia-

se refleja en el hacinamiento de las viviendas, la rutina -- del trabajo y la desorganización de las relaciones humanas.-- Por ejemplo, la población de una ciudad es migratoria, sujeta a frecuentes cambios en las relaciones humanas y obliga a las madres que trabajan a descuidar a sus hijos.

Erich Fromm ha llamado la atención sobre el progresivo aislamiento del hombre. En la Edad Media, dice Fromm, el -- hombre era un ser que tenía seguridad, que sabía su lugar en la vida y no sentía angustia respecto a su futuro. Sentía -- tras él el poder de los gremios, que le garantizaban la dignidad del trabajo, y el poder de la Iglesia Católica, que le procuraba seguridad espiritual. El hombre estaba protegido -- en el ámbito de la ciudad y del hogar. Con el descubrimiento de nuevas tierras en el siglo XV y con el cambio de las -- condiciones económicas, la libertad física aumentó, pero también aumentaron las incertidumbres, el aislamiento, la inseguridad y las crecientes dudas acerca del papel del hombre -- en el universo. En vez de creer, se volvió excéptico; en lugar del sentido de compañerismo, desarrolló el de competencia y cada competidor potencial se convertía en un enemigo.-- Con el advenimiento de Lutero y de Calvino, el hombre perdió la confianza en sí mismo, porque, según estos reformadores -- el hombre era fundamentalmente malo y estaba predestinado a la condenación eterna aun antes de nacer. El desesperado eses fuerza por escapar a la angustia produjo la entrega del hombre al trabajo y el sacrificio de su vida al orden económico. El individuo, por escapar a la angustia, se identificó con -- valores ajenos a él mismo, como el "dinero", "el éxito", "el progreso técnico" y la idea del Estado. La duda acerca de -- la propia significación fue apoyada por el ideal de las máquinas y de la sistematización. El hombre moderno está eses tandarizado; el individuo se abandona a su destino que hoy -- lleva la etiqueta de "destino atómico". La característica --

de la "personalidad neurótica de nuestro tiempo", como la -- llama Karen Horney, es el desarrollo de un pseudo yo. Pero -- cuanto más asume una persona un pseudo yo más desamparada se -- siente y más forzada se sentirá a conformarse. De ahí que -- este círculo vicioso acrecienta continuamente el sentimiento de inseguridad interior que experimenta el hombre o la anormalidad de nuestro tiempo.

Así, pues, la adaptación social no depende solo de determinadas condiciones del ambiente sino de tensiones personales internas que, en circunstancias desfavorables, conducen al individuo a los límites de la anormalidad. (Wol F.F., W. 1974)

Ya hemos revisado brevemente sobre aspectos generales de la influencia social y del por qué algunas personas caen frecuentemente en problemas de desórdenes emocionales, ahora tocaremos el aspecto base de esta investigación; el adolescente y sus cambios Bio-psico-sociales para ubicarnos en el por qué de que sean niños y jóvenes los que con más frecuencia son afectados por problemas de farmacodependencia. Haremos entonces un recorrido del conocimiento adolescente iniciando en los cambios inherentes a su desarrollo, pasando -- por escuelas de nivel medio superior y superior, así también revisaremos el drama de los niños inhaladores y culminaremos este capítulo con el problema social: niños y/o jóvenes -- droga y delincuencia.

La adolescencia normal implica un remolino emocional -- a menudo, es el periodo entre la pubertad y la vida adulta -- incipiente (aproximadamente de los 12-20 años) se caracteriza por un gran brote de desarrollo físico y ajustes mayores-sociales y psicológicos. Comienza en las hembras un año o -- más antes que en los varones y puede terminar antes en las -- hembras puesto que ellas maduran más pronto que los varones--

tanto psicológicamente como emocionalmente. Hay cambios -- acentuados endocrinológicos durante esta fase de la vida. -- Las variaciones hormonales pueden contribuir a la intensidad y cualidad de las sensaciones que el adolescente experimenta. Por lo tanto estos cambios hormonales pueden desempeñar un -- papel definido en la creación del clima interno alterado al-- cual debe enfrentarse el adolescente.

La adolescencia normal se caracteriza por múltiples -- cambios de la personalidad. Pueden resultar demasiado per-- turbadores para los progenitores, maestros y otros adultos.-- Así como los primeros intentos del infante para caminar pue-- den producir múltiples movimientos torpes, comienzos falsos-- y caídas antes de que establezca una marcha confiable, así -- los esfuerzos del adolescente hacia la madurez pueden estar-- caracterizados por desatinos embarazosos, a menudo desconcer-- tantes de tipo físico y emocional antes de que alcance una -- personalidad estable. La mayoría de este tumulto implica -- los intentos del adolescente para establecerse como un indi-- viduo independiente. Sus esfuerzos son a menudo de una natu-- raleza rebelde y radical, semejantes de hecho, a los esfuer-- zos de las nuevas naciones recién establecidas. El adoles-- cente previamente quieto, calmado, obediente de buena conduc-- ta (edad 8 - 12 años) puede volverse rebelde, desafiante y -- agresivo; el estudiante previamente concienzudo puede descui-- dar sus estudios y faltar a clases; el joven cortés, de bue-- nos modales se puede volver rudo y sarcástico y el niño ho-- nesto que confiaba en sus progenitores puede volverse un fa-- bricante de ficciones y un hombre misterio acerca de sus ac-- tividades.

La conducta y ejecución extravagantes, frecuentemente-- exasperantes del adolescente emanan de los intentos no diri-- gidos e inexpertos del individuo para hacer su independenciá

sin volverse independiente por completo. El joven general--mente carece de habilidad y experiencia para darse cuenta de lo extraño de su ejecución. El conocimiento de todo esto --permitirá a los progenitores el hacer llevadero este período.

El adolescente "normal" casi siempre muestra evidencia de tumulto emocional y de cambio de personalidad. El adoles--cente que no muestra brotes emocionales es probable que se --halla reprimido y está fracasando al enfrentarse con proble--mas de esta etapa de su vida. El resultado puede ser la apa--rición de trastornos no resueltos de la personalidad en la --vida adulta. (Solomon, P. 1977)

El adolescente actual a menudo busca ayuda porque se --siente angustiado e inseguro cuando intenta diferentes ta--reas en el hogar, la escuela o el trabajo; asustado, cuando--se enfrenta a su rabia acumulada contra las autoridades en --cualquier de los marcos mencionados; culpable, avergonzado--o desesperado respecto a sus exploraciones sexuales; acepta--do o rechazado, y aceptando o rechazante, en sus relaciones--con otros; envidioso del éxito de sus amigos o alarmado de --las exigencias que éstos le imponen. Las formas en que el --adolescente suele expresar su mala adaptación son: angustia--con tensión, inquietud e insomnio, en ocasiones complicados--por síntomas depresivos menores y por las expresiones fisio--lógicas de los estados afectivos, que hay que tratar.

En nuestra sociedad, los sistemas de valores cambian --rápidamente y esto se expresa en las actitudes más permiti--vas hacia el sexo y la libertad personal; en vista de dicho--cambio, muchas personas están preocupadas por las respuestas--desafiantes del adolescente, que se expresan en su forma de--vestir y de hablar. Hay que reconocer que la experimenta--ción con drogas, sexo y violencia y las "culturas hippies" --indican en gran parte la lucha del adolescente para encon--

trar su identidad. (Kolb, C.L. 1978)

Ningún producto subraya mejor la importancia de la imitación en la creación de una toxicomanía como el ejemplo del tabaco, universalmente extendido y en continuo incremento; - los disturbios de los primeros cigarrillos son pronto eliminados por el amor propio del joven adolescente, que quiere - hacer "como los mayores" (Porot, A.M. 1971)

El adolescente cuyos deseos están en oposición con las normas familiares puede sentirse como un extraño. Si se le priva de la sensación esencial de seguridad en el afecto de sus padres y amigos, pueden surgir normas neuróticas de los conflictos de este período. Puede desarrollar fuertes sentimientos de inferioridad o temor a ser vigilado o ridiculizado. Las "bromas" de que son objeto los adolescentes por parte de los adultos pueden causar, por una parte, retraimiento y por otra inducirle a dedicarse a actividades peligrosas y hasta delictivas a fin de probarse a sí mismo.

Un conflicto sexual, mental o social puede quedar encubierto por un problema religioso. Todos los valores han cambiado. Privado de su seguridad y protección anterior, el -- adolescente duda del valor de la vida en general. Si el desaliento no encuentra una salida, el individuo tiene una sensación de vacío y de tedio. Para escapar a ésta, el adolescente tiende a la aventura, el alcoholismo, el delito y - -- otras formas de escape de sí mismo. (Wolff, W. 1974)

Nos consta que a lo largo de la historia de la humanidad siempre ha habido consumo de drogas, preferentemente con objeto de conquistar nuevas vivencias y estimular el pensamiento o desterrar sufrimientos y dolores. Semejante testimonio historiográfico demuestra que nunca ha habido una humanidad suficientemente feliz para prescindir de las drogas, y -

que ese ser todavía no consolidado en el mundo en términos de Nietzche que es el hombre, ha buscado recursos artificiales casi sistemáticamente para volverse más ser pensante y menos ser sufriente.

La novedad de los últimos tiempos consiste en que el consumo de drogas se ha extendido más ampliamente y sobre todo que afecta preferentemente a los adolescentes y a los jóvenes, perturbando la marcha habitual del desarrollo de la maduración durante estas edades. Otro rasgo casi específico de nuestra época es que el consumo de drogas se realiza en grupo o "cuadrilla".

La entrega juvenil a las drogas suele producirse en grupo o "cuadrilla". La psicología de grupo es completamente distinta de la psicología del individuo considerado aisladamente. En el grupo se introduce un elemento psicológico nuevo, distinto a las cualidades psicológicas de los miembros que lo integran. Lo llamamos espíritu de grupo o mentalidad de grupo. Pero quien más influye en el grupo es la persona que asume el papel de líder o jefe.

La distribución de papeles psicológicos en el grupo se produce muy precozmente y asigna a los diversos miembros funciones diversas; las de animador, bufón, adulator, opositor, "cenicienta", chivo expiatorio y otras. Pero el papel más importante es el de líder. La elección del líder está condicionada por distintos factores. En unos grupos se elige como tal a la persona más simpática o de mayor actividad intelectual, pero en otros, al miembro del grupo de personalidad más anómala o psicopatológica. En los grupos de drogadictos resulta frecuente elegir como líder al que se encuentra en las circunstancias más propicias para obtener droga, por poseer dinero o vehículo motorizado.

Resulta muy difícil para un joven mantenerse en contacto con un grupo de drogadictos sin consumir drogas, y con toda probabilidad se volverá drogadicto.

Por esto el modelo médico de la drogodependencia mantiene que constituye no sólo una afección de cierta gravedad y progresiva sino contagiosa mediante mecanismos de contacto psicológico de convivencia.

La evasión a la irrealidad mediante drogas implica por lo menos la debilitación o la renuncia a partir en el mantenimiento de la realidad actualmente vigente y también la contestación a apoyar esa realidad. Desde este punto de vista, y además también por sus bases psicosociales, la drogodependencia constituye una auténtica enfermedad comunitaria.

Algunas de sus características varían de año en año. - Ahí tenemos la subcultura hippy, de tan noble ideología - - oriental, que, víctima de las drogas, se ha desvanecido poco menos que como un movimiento inútil.

Cada consumidor de drogas tiene sus motivaciones psicológicas concretas; la curiosidad, la solidaridad con los drogadictos, la compensación de sentimientos de inferioridad o de inseguridad, etc. El abanico de las motivaciones individuales es muy amplio. (Alonso, F.F. 1980)

El empleo diseminado de las drogas alucinógenas y - - otras ilícitas constituye en la actualidad un problema de - mucha mayor gravedad. Los estudios recientes muestran que - en la mayoría de los centros preuniversitarios, la gran mayoría de los estudiantes han usado drogas ilícitas cuando menos una sola vez. La mayor parte lo han hecho experimentalmente o por curiosidad y han limitado su uso a una o dos veces. Sin embargo, la minoría fuma marihuana en forma regular o recurre frecuentemente a los barbitúricos o a las anfe

taminas. Las drogas más comúnmente empleadas son la marihuana, la dextroanfetamina, la metamfetamina ("drogas para acelerarse"), los barbitúricos, la LSD, metacualona y mezclas de análogos de estas drogas. La heroína y otros narcóticos son usados con frecuencia para experimentación pero ra ra vez son usados hasta llegar a la toxicomanía.

Es útil considerar el mal uso de las drogas como cont niendo un fondo social, neurótico o psicótico. (Solomon, P. 1977)

Con respecto a la información recabada sobre la F.D. - en México, Ramón de la Fuente (1973) Perito de la Procuraduría del Distrito Federal, afirma que la afic ción por las dro gas principia en los planteles de enseñanza primaria, se duplica en la secundaria y se cutri plica en la preparatoria -- calcula que la drogadicción crece a razón de 7 por mil lo - que supera en mucho al desarrollo demográfico. (Gerra, T.T.- 1973)

La mayor parte del abuso de las drogas hoy en día es - de tipo social, basado en la ace ptación del grupo para poner se a la par, curiosidad, alineación, desafío y factores seme jantes. El manejo descansa en la ley, guías legislativos, - cívicos, educativos y sociales.

El problema del uso, abuso, mal uso, habituación y to xicom anía de las drogas se ha expandido con fuerza explosiva en los últimos años. La ingestión de drogas antes consi dera da como una cosa desviada, peligrosa y "fuera" de lo normal ha llegado a aceptarse por la mayoría de la nueva generación como una prueba de valor, autorrealización, desafío de lo ya "establecido" y definitivamente "de Influencia". La práctica se ha extendido por todas las preparatorias, secundarias y aun en las primarias, y a pesar de los esfuerzos bien diri

gidos y diseminados por parte de numerosísimos individuos y organizaciones privadas, todavía continúa diseminándose.

Aunque la marihuana es la droga a la que se recurre -- con más frecuencia los sedantes, estimulantes y los alucinógenos son también muy empleados, y la adicción a los narcóticos "fuertes" ha aumentado considerablemente. El público en general, al igual que gobernantes y autoridades profesionales, se hallan muy alarmados con las evidencias de una "cultura de la droga" que parece haberse arraigado en este país y en muchos otros en todo el mundo.

También con respecto a drogas socialmente aceptadas el adolescente no escapa.

Las primeras exposiciones al alcohol o a las drogas -- son igualmente inquietantes debido al conflicto entre el deseo y la curiosidad por una parte y por la otra a su naturaleza estrictamente prohibida. (Solomon, P. 1977)

Y lo más peligroso que existe en todo este problema -- adolescente-droga es que:

Se buscan unos a otros e intentan atraer nuevos adeptos. Poseen un olfato especial para localizarse, acercarse, reclutarse, lo que explica la proliferación de las familias de toxicómanos (14.5% en una estadística de Vaile y Stern). -- Hubo un momento en que tenían sus clubs (el "Club des haschichins" en tiempos de Théophile Gautier). Rodet cita un hombre de letras, conocido jefe de una escuela literaria, morfomano, que intentaba intoxicar a sus discípulos para asistir a su decadencia. Th. Leary, "sumo sacerdote" del L.S.D. -- 25, es un ejemplo más reciente.

La perversión adopta una apariencia de sadismo.

Fue el proselitismo, unido al ejército oculto, organi-

zado y penetrante de los traficantes, quien mantuvo este azote social a un nivel relativamente elevado antes de la Segunda Guerra Mundial. (Porot, A.M. 1971)

Otro autor confirma lo antes expuesto.

El mayor grupo está formado por individuos con trastornos mentales en la personalidad, que se vuelven adictos por el contacto y la asociación con personas que ya lo son. El adicto a menudo trata de hacer prosélitos, ya que, vendiéndoles la droga, obtiene fondos para satisfacer sus propias necesidades. (Kolb, C.L. 1978)

A veces la droga entra en terrenos pseudo filosóficos -- o pseudo religiosos como es el siguiente caso:

Estos "viajes" son organizados por sectas más o menos estructuradas, para las que la toma del L.S.D. 25 sería, simplemente, una manifestación externa. Esta absorción parece inscribirse en un dogma, en una filosofía que comporta una iniciación, un ritual, etc. Estas agrupaciones son verdaderas contra sociedades que ejercen un proselitismo sutil e intenso como todos los toxicómanos sin negligir, a veces, un cierto mercantilismo. Existe una jerarquía en la iniciación y, generalmente la droga no se ofrece en la primera sesión.- Es preciso que el sujeto atienda a unas explicaciones, una preparación y, en su primer viaje, debe estar acompañado de un "iniciado", un "guía" que lo ayude a recorrer las diferentes etapas de su prueba.

Esta religión cuenta con un lenguaje y un vocabulario propios: el "viaje" es la experiencia; el "guía", quien conduce al neófito; la "entrada" es al retorno al estado normal después de la toma del producto (Porot, A.M. 1971)

Entramos ya entonces al problema de los inhalantes tan grave y dramático:

La farmacodependencia es, ciertamente, uno de los muchos y complejos problemas de la salud pública. De estos, - hay algunos que exigen comprensión y solución con prioridad. La insalubridad de grandes zonas, la necesidad de actualizar históricamente las actitudes de la población hacia el cuidado y desarrollo de la vida, que mencionamos como ejemplo, -- son problemas de alta prioridad para las autoridades sanitarias y las agencias encargadas por los gobiernos para promover el bienestar social.

Sin embargo, conviene hacer una reflexión profunda sobre la problemática de la farmacodependencia y sus repercusiones, pues gravita sobre las sociedades promoviendo condiciones de desajuste social y freno del progreso. Por ello, - dictar soluciones no admite dilación.

El uso de inhalantes y sustancias volátiles es, dentro de los problemas de la farmacodependencia uno de los más graves por su enorme costo social. La creciente asociación de su abuso con conductas delictivas, los daños irre recuperables que ocasiona, su diseminación creciente en grupos etarios de menores, etcétera, son características que, aplicables en mucho a otras farmacodependencias exigen en este caso acciones peculiares.

Las toxicomanías al igual que cualquier enfermedad atacan sin discriminar personas, solo que ésta tiene una particularidad, que suele atacar en las edades más tempranas del desarrollo como son la niñez y la adolescencia y que si no - se supera puede seguir en la adultez.

La narcomanía no respeta clase, sexo o nivel económico. Se encuentra en todas las razas y niveles económicos. Jóvenes y viejos son igualmente afectados por los trágicos resultados de su empleo crónico. El narcómano crónico suele dedi

carse a diversas actividades amorales y delictivas. La combinación del desajuste de personalidad y el efecto de las -- drogas lo hace vulnerable para participar en muchas actividades antisocialés. Cuando una persona no puede pasarse sin -- la droga, hará cualquier cosa por obtenerla. Los hombres -- suelen parar en ladrones para obtener el dinero necesario para comprar drogas, y las mujeres paran en prostitutas. (Na-- rramore, C.M. 1970)

Los niños y adolescentes han sido los principales -- transgresores en el abuso de los inhalantes y han ocurrido -- varias muertes. Los inhalantes son extremadamente tóxicos; -- algunos pueden causar la muerte inmediata por medio de la -- obstrucción de las vías aéreas o por un efecto nocivo sobre -- los pulmones, otros pueden provocar la muerte más tarde me-- diante la destrucción del hígado, riñones o médula ósea. (So -- lomon, P. 1977)

En nuestro país no nos hemos visto exentos de este problema al igual que en otros países:

Fuentes de diversa índole señalan que actualmente en -- México, la adicción a las drogas prolifera cada día más en -- tre los adolescentes y aún lo más triste en niños de escasa -- edad hacen uso de inhalantes como thiner o cementos.

Existe un gran número de aseveraciones en el sentido -- de que la auto administración de drogas se presenta, sin que hasta ahora hayan sido aisladas las variables que permitan -- establecer una relación de causa efectô. (Guerra, T.T. 1973)

Todo lo que hemos dicho hasta aquí en esta breve revisión de las toxicomanías, explica el gran interés de este -- problema en su perspectiva social, y hace comprensibles las -- preocupaciones nacionales e internacionales que ha suscitado este peligro que, en ciertos países, se manifiesta como un -- verdadero azote social.

CAPITULO III

ESTRATEGIAS GENERALES DE ABORDAJE

Quisiera hacer dos consideraciones antes de iniciar el tema que nos ocupara en lo sucesivo.

Primeramente serán expuestas las diversas medidas tanto internacionales como nacionales sobre el problema de la -farmaco-dependencia.

En segundo lugar consideraré como problema de toxicomanía todo aquel agente químico introducido al organismo, que cree hábito y que transforme la conducta del individuo, más particularmente me referiré al alcohol y al tabaco como drogas socialmente aceptadas, para considerarlas como drogas, - me baso en la definición del "comité de expertos de farmaco-dependencia" de la O.M.S. que en 1952 dio la siguiente definición de adicción a drogas:

Se trata de un estado de intoxicación periódica, crónica, daña al individuo y a la sociedad, producida por el -- consumo repetido de una droga, natural o sintética. Este es estado tiene como principales características: a) un invincible deseo o una necesidad de continuar consumiendo la droga y procurársela por todos los medios, b) una tendencia a au-mentar la dosis, c) una dependencia de orden psíquico y a ve-ces físico con respecto a los efectos de la droga" (Lamoglia, R.E.H. Dr. 1971).

Una vez hecha las aclaraciones pertinentes veamos a -- través de la historia como se ha abordado este problema de - las toxicomanías que se remonta a principios del presente si glo.

Los primeros contactos internacionales.- Del congreso Internacional de Shangai, reunido en 1909 a petición de Estados Unidos, solamente resultaron unas platónicas intenciones.

La primera Convención Internacional del Opio, firmada actualmente por 60 Estados, se redactó en la Conferencia de La Haya de 1912. Dicho tratado obliga a las partes contratantes a asegurar el control de la producción en cada país, así como de la importación y exportación de opio bruto.

La Sociedad de Naciones. Nuevas convenciones internacionales. Finalizada la guerra de 1914-18, la Sociedad de Naciones (SDN) tomó a su cargo el control internacional de estupefacientes y creó, al efecto, una comisión consultiva del opio y otras drogas nocivas. A su vez, promulgó muchas otras convenciones.

La Convención Internacional de Ginebra de 1925 impone a los países miembros unos compromisos estrictos de control interior y el establecimiento de estadísticas relativas a la producción, la fabricación, el consumo, los stocks, la importación y la exportación.

La Convención Internacional de Ginebra de 1931 establece el principio de la evaluación de las necesidades en droga y materias primas, evaluaciones sometidas a la aprobación de un órgano de control.

En Noviembre de 1931, en Bangkok, reunidos Gran Bretaña, Francia, Países Bajos, Portugal y Siam, firmaron un acuerdo relativo a la supresión de la costumbre de fumar opio.

La Convención de Ginebra de 1936 se centra, de una manera muy especial, en el tráfico ilícito y los medios puestos en juego para la lucha antitóxica; medios que se vienen revelando, desgraciadamente insuficientes.

La Comisión internacional de policía criminal ayuda a coordinar los esfuerzos de los países en lucha contra este tráfico.

La "Comisión Consultiva del Tráfico de Opio y de otras drogas nocivas" ha proseguido, durante veinticinco años, una obra meritoria conjuntada con las múltiples informaciones -- aportadas por los delegados de numerosos países (algunos de ellos, como Japón, que no formaban ya parte la SDN, ha continuado enviando sus delegados a esta Comisión). Se publicó, -- además, un informe anual sustancial que resumía sus trabajos, interrumpidos por la guerra en el año 1939.

La Organización de las Naciones Unidas.-- Un protocolo -- firmado en Lake Success el 11 de diciembre de 1946, transfería a la ONU las obligaciones precedentemente aseguradas por la SDN.

En la ONU, la Comisión de Estupefacientes ha sucedido a la antigua Comisión Consultiva del Opio de SDN, Prosigue -- la obra de esta última con el concurso de la "división de estupefacientes" y la colaboración médica y técnica de la OMS.

La Comisión de Estupefacientes se reúne anualmente y, -- entre otras realizaciones y estudios, cuenta en su activo -- con el protocolo de 1948, firmado en París, relativo al control de estupefacientes sintéticos e instituyendo, en el seno de la OMS, un Comité de Expertos en Drogas susceptibles -- de engendrar la toxicanía. Este protocolo, entrado en vigor el 1o. de diciembre de 1949, emplaza, amparándose en las disposiciones de las convenciones internacionales sobre estupefacientes, los productos sintéticos retenidos por la OMS como generadores del estado de necesidad y el hábito. A su -- vez, corrige una insuficiencia de la Convención de 1931, que solamente se aplicaba a los estupefacientes de origen natu--ral (opio, coca, cáñamo, indio).

En el programa actual de las sesiones figura un proyecto de refusión de las múltiples convenciones internacionales precedentes, imprecisas o incompletas, en una Convención única. (Porot, A.M. 1971).

Para los jóvenes o adultos jóvenes que son en su mayoría los adictos a drogas y que tienen deseos de ayuda existen lugares para ellos aunque no los suficientes por desgracia y asimismo el tratamiento que requiere de tiempo y esfuerzo.

En la mayoría de los casos está indicada la hospitalización para el manejo de la abstinencia de la droga o su intoxicación. Por desgracia, con el enorme aumento de tales pacientes sólo se halla disponible para una fracción insignificante de aquellos que la necesitan. Además, los problemas se originan cuando los jóvenes evitan clínicas u hospitales reconocidos por el temor de ser "arruinados" (arrestados) o que se les notifique a sus progenitores. En esta forma han ocurrido enfermedades y muertes evitales. Muchas organizaciones han surgido en las áreas urbanas al igual que por todo el país y las leyes se han modificado en ciertos estados para permitir ayuda e inmunidad a los adolescentes con problemas de drogadicción. Los "menores emancipados" (que ya no viven en el hogar) son ampliamente tratados con confianza. Sin embargo, el núcleo principal de adolescentes que abusan de las drogas no confían en los miembros de dichos "establecimientos" y se vuelven a su lugar a los que se parecen y hablan como ellos en los grupos especiales destinados a ayudarles.

Se requiere una gran cantidad de tiempo y de esfuerzo para ayudar al paciente a que se enfrente con su constelación particular de necesidades psicológicas y sociales. Puede necesitarse el involucrar la terapéutica activa con los -

problemas de ajuste social, orientación y colocación, al -- igual que atención médica y manejo psiquiátrico convencional y terapéutica de autocongnición. (Solomon, P. 1977)

Lo que se hace en distintas partes del mundo contra la Farmacodependencia.

Uruguay y el problema del alcoholismo, un intento de -- abordaje.

Los autores consideraron que el tiempo invertido del -- alcoholismo y su tratamiento, es arrojar luz sobre una de -- las drogas más extendidas sobre el continente y quizás del -- mundo entero no solo porque victimiza a quien las toma sino-- por la tensión al núcleo familiar y social en cifras de una-- importancia que no puede compararse con las que provoca otro tipo de droga.

Se acude al modelo de Alcohólicos Anónimos por carecer de otro servicio especializado salvo a la esfera psiquiátri-- ca. (David, J. y Dupont, R. 1976)

Bolivia y el problema de la Coca

Como intentan solucionar dicho problema.

1a. fase consistiría en prohibir el cultivo de nuevos-- campos de coca, se incluiría también en esta fase un estudio destinado a evaluar las secuelas a largo plazo y el consumo-- de coca en el individuo.

2a. fase estaría formada por un programa integrado que incluiría medidas relacionadas con la educación, la salud pú-- blica y la agricultura.

Sustitución de coca por otros cultivos. (2)

Repúblicas de Panamá, Costa Rica y el Salvador, buscan soluciones para el problema que plantean las drogas.

Las Naciones Unidas por intermedio de su comisión de - estupefacientes (2o. Período de Sesiones) acordó un programa de coordinación de las actividades de los organismos y organizaciones internacionales en lo que respecta a fiscalización del uso indebido de drogas.

Por lo tanto todo esfuerzo destinado a estudiar, legislar, comparar, sugerir modificaciones, coordinar, unificar, etc. que ayude a solucionar el grave problema de la toxicomanía, debe ser bien recibido, y aún, si consigue el objetivo fundamental de erradicar esta lacra social, o bien secundariamente, de disminuirla, con medidas efectivas de ayuda y rehabilitación de los toxicómanos y prevención efectiva de su difusión. (Antony, G.C. 1976)

En la región de los países bajos en Europa se enfrenta a través de un fomento de coordinación regional contra las toxicomanías.

En primer lugar es indispensable establecer una estrecha cooperación entre todas las profesiones y los organismos que trabajan en la materia, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Segundo lugar todo programa realista y bien equilibrado que se aplica en un país determinado debe tener en cuenta la naturaleza de la droga, el ambiente sociocultural y las influencias que pesan sobre el comportamiento de los individuos y grupos y en particular de los jóvenes.

Tercer lugar conviene abordar el problema desde el punto de vista regional. Cuando varios países de la misma región tienen un problema similar cabe prever soluciones similares.

Cuarto lugar solo debe emprenderse un programa, en-

gran escala sobre la base de unos datos ciertos, o, por lo menos, de unas hipótesis de trabajo que hayan sido ampliamente aceptadas por expertos.

Quinto lugar todo programa de tratamiento preventivo y de rehabilitación ha de integrarse, en cuanto sea posible en un plan general de promoción sanitaria y de desarrollo económico y social. (Nargeolet, H. 1973)

Y a través del organismo mejor reconocido internacionalmente la O.M.S. en la conferencia internacional de abril de 1971 en La Haya, manifestó lo siguiente:

"Prevenir es mejor que curar" es un aforismo de particular relevancia en el caso de la dependencia de las drogas.

La experiencia Universal que registra tasas muy elevadas de recaídas divide personas fármaco-dependientes tratadas, recuerda constantemente que, una vez establecida la dependencia, es extremadamente difícil, de erradicar en el individuo.

Al mismo tiempo la tendencia a diseminarse rápidamente entre grupos vulnerables representa un problema de salud pública que amerita control efectivo desde sus primeras etapas. (3)

Es inevitable que surja la idea de la prevención. La mayoría de los gobiernos y de los ciudadanos piensan que es mejor prevenir el crimen, el uso indebido de drogas y otros males análogos, que pagar después su precio y tratar de reparar los daños sufridos por los individuos y las sociedades. La principal acción preventiva, aparte del efecto disuasivo de la ley, se ha realizado en el campo de la educación. Se ha estimado que si los jóvenes estuvieran bien informados acerca de la droga no la usarían. Se ha encomendado a las escuelas la misión de aplicar esa teoría, impartiendo educa-

ción en la materia. No obstante, como señala Woodcock, esa medida generalmente sólo se adopta cuando la colectividad su pone que la mayor parte de sus niños tienen acceso a las drogas y después de que muchos de éstos ya han comenzado a usar las, pues una presunción que coexiste con la anterior, es -- que si se imparte educación sobre el problema de las drogas -- antes de que los niños conozcan su existencia, se estimula -- su interés por ellas. Esta es sólo una de las tantas paradojas que se plantean en torno a los esfuerzos de educación -- preventiva. (Blume, R. y Kaplan, J. 1976)

En los Estados Unidos se llevan programas encaminados -- a prevenir en las comunidades o hacia individuos que aún no -- han caído en la farmacodependencia.

Prevención en comunidades multiculturales. La principal razón para la existencia en el programa de prevención en el abuso de las drogas, debido a la urgencia de su extensión, debido a las diferentes crisis que se han presentado en los -- centros y comunidades multiculturales, la minoría de el gru -- po de trabajo en los diferentes centros de trabajo para las -- crisis la modalidad de tratamiento se empezó ya que los pro -- fesionales en la salud preguntaron el por qué esperar a que -- surja una epidemia para hacerle frente cuando se puede prevenir desde antes.

La prevención se asume a la existencia de el peligro -- que puede mitigar a esta población que es la menos vulnera -- ble en estos riesgos. Es por lo cual se trabaja en progra -- mas de prevención en niños de ocho años y a jóvenes de hasta 20 años, los cuales recibieron atención por parte del grupo -- de prevención. Este tipo de programas se llevó a cabo prin -- cipalmente en las diferentes escuelas, grupos familiares y -- comunitarios, así usando diferentes estrategias según el gru -- po.

Los tipos de estrategias se dividieron en: Información. Una de las partes más importantes dentro de el programa en - el proceso de prevención, en el cual se habla sobre el abuso de las drogas, y sus efectos en el cuerpo humano, la vida social y la de la comunidad este tipo de información es importante ya que sirve para saber tomar decisiones apropiadas.

Educación: En suma el descubrimiento de el daño que se produce de la educación puede ser muy variable el cual se cataloga desde el daño ligero al irreversible, como puede ser- dentro de: Toma de decisiones, capacidades, metas, clarificación, automotivación, comunicación, relaciones satisfacto- - rias autopersonales.

La prevención de el abuso de drogas en la educación -- ayudará a los chicos dentro de su realización personal y su- potencial personal, emocional, intelectual, físico y social.

Alternativas: Una de las partes esenciales de la parte dinámica de la prevención, en reconocimiento de la parte ex- perimental de las necesidades humanas que la gente necesita- pero que no requiere de química para tener buenos sentimientos o sentirse bien. Las alternativas son el descubrimiento de los riesgos naturales, como pueden ser las drogas natura- les que éstas pueden ser derivadas de las tradicionales o recreacionales, la cual provee de experiencias en la forma de- vida de el grupo o también de forma individual. (Messulonghi tes, L. 1980)

Y la problemática de las toxicomanías ha hecho notar - la importancia que tiene la familia en este fenómeno y tam- bién se han tomado consideraciones hacia el papel decisivo - de la familia en materia de drogas.

En la actualidad, se han presentado muchos trabajos -- con respecto a la familia y el abuso de las drogas, y las di

ferentes exploraciones con la dependencia de las drogas y -- las asociaciones focales.

En investigaciones recientes en la psicodinámica del - individuo con problemas de drogas se ha comenzado a trabajar en las conductas disfuncionales, así como en el contexto de la familia. Esto no ha sido claramente establecido por el - Instituto Nacional de Drogas, pero se ha hecho énfasis en el trabajo familiar, el cual emerge al problema con chicos con conducta disfuncional los cuales pueden presentar casos de: - esquizofrenia, alcoholismo; y desórdenes psicosomáticos, y - que requiere confirmación psicológica, y esto puede estar influenciado por el abuso de las drogas.

Se han seleccionado experiencias profesionales con abuso de drogas, el grupo original de trabajo lo completaron: - Psiquiatras, Psicólogos, un Sociólogo, una enfermera y trabajadores sociales. El cual incluye una diversidad de cultu--ras, grupos étnicos por lo que nos demuestra el pluralismo - de la nación.

Existen muchos puntos de vista con referencia a las familias que han sido estudiadas, por lo que se llevaron a ca--bo en ellos estudios antropológicos, sociológicos y cultura--les, dentro de ellos se incluyeron; la estructuración de la familia, la apreciación hacia los padres, la extensión de la familia y las tradiciones familiares. Se establecieron parámetros con respecto a hechos relevantes dentro de la familia y con respecto al abuso de drogas.

- 1.- Los diferentes aspectos clínicos con las diferentes substancias y la explicación de los diferentes tratamientos-- como el uso y abuso.
- 2.- Las relaciones culturales entre la familia ante el abuso de las drogas y su conducta, los diferentes puntos de --

vista y las perspectivas, así como las prácticas.

Dentro del abuso de las drogas existe gran sorpresa - con referencia a las publicaciones de el uso y el abuso, lo cual nos demuestra su gran utilidad, sobre todo en la prevención primaria, y las diferentes filosofías en caso de conducta disfuncional. Existen diferentes posiciones dentro de la familia con respecto al uso y abuso de drogas según la esca-la socioeconómica, cada opinión es de suma importancia en el abuso de las drogas y las conceptualizaciones familiares. - (Gray, E.B. 1980)

Hasta aquí hemos revisado lo que se ha hecho en el ámbito internacional para el abordaje de la farmacodependencia en nuestro país, también se han tomado múltiples medidas para enfrentar dicho fenómeno.

La etiología del problema es multideterminada y exigencias concretas, urgentes e inmediatas, de todos los sectores sociales y profesionales. La comunidad científica está contribuyendo en forma decidida y eficaz.

Los industriales y comerciantes tienen una ineludible responsabilidad que el Estado, a través de diversas agencias, debe obligar a cumplir, coactivamente, si no hay una respuesta de su sentido social.

El gobierno mexicano ha creado instrumentos, el CEMEF- es uno de ellos, (hoy CEMESAM), para actuar contra cualquier tipo de farmacodependencia; y se propone la promulgación de medidas jurídicas y controles idóneos para la producción, -- distribución y empleo lícito de los productos inhalables. - Desde luego, esto presupone un cuidadoso escrutinio y la -- atención de los problemas que generan el mal empleo y abuso de esas sustancias. El Estado cumple su parte y demanda a - los particulares su contribución. Los criterios pueden ser-

variables y aplicables a otros tipos de farmacodependencia, pero las características específicas que presenta el uso indebido de sustancias tóxicas hacen que preveamos acciones -- concretas y peculiares.

Cabe enumerar diversas medidas específicas en áreas de competencia oficial y privada (algunas de las cuales están en proceso de implementación en México con el concurso coordinado de varias dependencias del Ejecutivo y organismos paraestatales).

- 1.- Sustitución de agentes tóxicos por otros inocuos o de menor toxicidad.
- 2.- Introducción de sustancias aversivas o repelentes.
- 3.- Control de mezclas industriales y su mercadeo.
- 4.- Disposiciones para reglamentar su distribución y venta -- especialmente a menores.

Evidentemente que los puntos anteriores relacionados con el control y la vigilancia de la producción y venta son indispensables pero aún insuficientes. Una campaña de orientación, principalmente encaminada a alertar a la comunidad y despertar su responsabilidad sobre este problema es otro elemento necesario. Tal campaña deberá abarcar una amplia gama de asuntos, de tipo general algunos y otros más específicos; entre estos últimos conviene mencionar; dar a conocer las penas por incurrir en conductas delictivas asociadas a la venta e inducción de uso por parte de menores de estas sustancias y los procedimientos de denuncia; informar principalmente a expendedores y padres de familia el riesgo y los daños que ocasiona el uso de estos productos y los cuidados necesarios cuando es indispensable emplearlos (evitar espacios mal ventilados, contacto directo con el organismo, etc.); debe -- enumerarse los productos y el grado de toxicidad y daños que

ocasiona; concientizar sobre la urgencia de hacer un tratamiento temprano para evitar daños irreparables y los lugares de tratamiento. (Belsasso, G. Dr. 1975)

También en el ámbito laboral se han tomado medidas sobre los inhalantes considerados como tóxicos a la salud del trabajador haciendo una descripción de la sintomatología de intoxicación por la exposición laboral inherente con productos solventes e inhalables al respecto dice el artículo:

Otra sintomatología presente cuando hay intoxicación y que depende del grado de ésta, es cefalea y malestar general, que es cuando ha habido etapas más o menos prolongadas de -- "acostumbramiento".

Otros síntomas de mayor importancia que se agregan al aumentar la exposición son, mareo, vómito, fatiga muscular -- fácil y depresión psíquica; esta etapa es la denominada de -- "intolerancia a los disolventes" que cede al retirar al sujeto del medio de contaminación, pero en realidad se trata de intoxicaciones agudas repetidas de intensidad variable.

En una etapa final se observan datos psíquicos importantes de adicción al disolvente, que produce euforia, bienestar pasajero hasta la completa ebriedad, que obliga al -- trabajador a ser retirado de sus labores.

El control a nivel de las características físicas--químicas del ambiente puede ser por medio de la sustitución de un ambiente tóxico por otro no tóxico o menos tóxico, el cambio del material inflamable o explosivo por otro que no lo -- sea; éstas son medidas útiles para nuestro objetivo.

La disminución del tiempo de exposición y la reducción del personal en forma adecuada y periódica, son factores de extrema importancia para evitar el daño al trabajador, hasta

el retiro definitivo de la exposición.

La concentración es el factor que más se utiliza para el control del agente; se menciona como medidas preventivas: 1o. El encerramiento de la fuente; 2o. El encerramiento del equipo; 3o. La modificación al proceso u operación; 4o. La aplicación de ventilación mecánica extractiva local; 5o. El aislamiento del departamento con ventilación general, y 6o.- El equipo de protección personal.

El orden de las medidas enunciadas está en relación -- con su efectividad en el control, es decir, que si no es posible aplicar una se aplicará la siguiente hasta llegar al uso del equipo de protección personal que la experiencia ha mostrado como el menos efectivo por su uso inadecuado, mal indicado, poco frecuente, etcétera. Sin embargo, puede ser útil temporalmente antes de aplicarse la primera medida que considero la principal, que es, la de controlar al agente en su origen para evitar la evaporización del disolvente en la atmósfera. (Franco, T.J. 1973)

Habíamos dicho ya que el Estado ha creado instituciones para la atención del problema de farmacodependiente.

CEMEF (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia) institución creada por el Gobierno Federal dirigida al público en general interesado en la problemática de la farmacodependencia. Así como a profesionales, especialistas, investigadores científicos y expertos en la materia. Hoy día ha cambiado su denominación así como su orientación primera, es decir, lo que actualmente conocemos como SEMESAM (Centro-Mexicano de Estudios en Salud Mental) deja de ser (CEMEF) y también dirige ahora su servicio de atención e investigación no sólo a problemas de farmacodependencia, como anteriormente lo hacía sino que ahora abarca la salud mental en general,

veamos como se anuncia dicha institución:

El Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental CEMESAM es un organismo público descentralizado del Ejecutivo Federal, que funge como medio promotor e integrador de los esfuerzos nacionales en materia de Salud Mental. Se aboca a la realización de tareas de promoción de la Salud Mental; -- prevención, tratamiento y rehabilitación; investigación, capacitación de personal, información, asesoría e intercambio. Su máxima autoridad es el Consejo de Administración presidido por el Secretario de Salubridad y Asistencia. (Alonso, F. F. 1980)

Volviendo a las instituciones existen otras que se dedican a ayudar a los jóvenes farmacodependientes hablaremos de dos principalmente el IMPPA y C.I.J.

IMPPA (Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia) nace en 1977 por las crecientes demandas de ayuda por parte de una población juvenil tan vasta en México, teniendo como objetivos primordiales:

- 1.- Formar Psicoterapeutas Psicoanalíticos de la adolescencia.
- 2.- Promover, la enseñanza, la investigación y la difusión de la Psicoanalítica.
- 3.- Ofrecer un servicio comunitario.

Esta institución atiende sólo a jóvenes adolescentes con cualquier tipo de problema de tipo emocional incluyendo la farmacodependencia.

En nuestro país emerge en el año de 1970 una institución única en su género, ya que es la primera en Latino América y en México; quien se aboca a la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación relacionados con la farma

codependencia, única institución desde entonces y hasta ahora como organismo privado no lucrativo que se aboca, solo, a problema de la farmacodependencia en todos sus aspectos y a que sus funciones básicas son:

- a) Realizar estudios e Investigaciones
- b) Organizar orientación e información científica especializada
- c) Proporcionar cursos y seminarios de capacitación
- d) Realizar actividades comunitarias con fines de prevención
- e) Proporcionar asistencia altamente especializada a farmacodependientes con fines de tratamiento y rehabilitación.

En un principio se le denominó "Centro de Trabajo Juvenil" y en la medida que creció también su nombre lo hizo y actualmente se llama "Centro de Integración Juvenil A.C." -- tan solo en diez años de existencia han sido 35 centros instalados en el interior de la República y en el Distrito Federal para cumplir a nivel Nacional la difícil y ardua tarea de abordar el problema de la farmacodependencia. Revisaremos algunos trabajos que en materia de prevención se han llevado a cabo por dicha institución.

La técnica de prevención primaria llamada "Phillip 6X" forma la parte inicial de un programa integral preventivo. -- Programa que consiste en brindar atención a una comunidad -- educativa.

Esta técnica se lleva a cabo como una conferencia que como primera parte se imparte a adolescentes.

La 2a. parte del modelo consiste en la aplicación de -- la misma conferencia a los padres de los adolescentes.

La 3a. parte se realiza dando la conferencia a los -- maestros del plantel escolar.

La 4a. y última parte del programa se lleva a cabo con los adolescentes y sus padres conjuntamente mediante un encuentro en el que se plantean problemas concretos y se organiza un diálogo con el propósito de brindar algunas formas específicas de solución a dichos problemas. A partir de este momento, en el que tanto la población adolescente como la adulta se encuentran en un clima emocional que facilita el abordaje de problemas, se inicia el trabajo de orientación psicológica propiamente dicha. (Rabell, L. Dra. 1976)

Otra investigación reciente sobre el fenómeno de la farmacodependencia realizada por C.I.J.

Esta investigación ha sido planeada para conocer en qué forma se relacionan la Movilidad Geográfica, la Dinámica Familiar y la Predisposición hacia la Farmacodependencia, en jóvenes con problemas psicológicos y de drogadicción.

Comparamos dos grupos de padres con hijos que acuden a los Centros de Integración Juvenil (CIJ) por problemas psicológicos, o bien por usar alguna droga. (Chao, E.Z. Dra. y Montes, V.R. Dra. 1980)

En los años anteriores se ha comprobado que curar a los farmacodependientes es una tarea que requerirá de por lo menos, de todos los recursos institucionales públicos y privados disponibles para su rehabilitación situación que se antoja difícil, por lo que CIJ han decidido abordar el problema de la farmacodependencia, precisamente desde mucho antes que aparezca, actualmente por lo menos el 80% de sus recursos tanto económicos como materiales y humanos están destinados a la prevención de la farmacodependencia, acción del todo congruente con la realidad que vivimos, los programas diseñados por los CIJ, son acordes a las necesidades propias de cada comunidad, que van de acuerdo con sus intereses y --

que se identifican con los grupos a los que van dirigidos dichos programas.

Veamos dos aspectos por demás importantes en los que - CIJ apoya sus programas. El primero, como trata de aprovechar los recursos disponibles como son las diferentes instituciones relacionadas con la salud y el segundo aspecto como a partir de investigaciones de los problemas más comunes en los adolescentes plantea, diseña y ejecuta programas a partir de las necesidades reales del adolescente y de sus familias.

La sociedad, no es sólo una suma de instituciones, sino la completa estructura interrelacionada de instituciones, que distinguen a un grupo de otro, que facilita los medios - por los cuales los individuos organizan sus actividades comunes para enfrentar al medio que los rodea, que define las relaciones sociales. Y que establece pautas aprobadas de conducta. Es en gran parte debido a la existencia de las instituciones que sabemos que esperar de la conducta de los demás y podemos en consecuencia, tomar en cuenta esa conducta para nuestras propias acciones. (Cuevas, P.A. Dr. 1980)

Para finalizar esta parte preventiva sobre una forma - de abordaje problema de la Farmaco-dependencia veamos que -- otras alternativas existen para orientar al joven y evitarle caer en una toxicomanía.

ALTERNATIVAS A LAS DROGAS

Del Journal of Psychedelic Drugs Vol. 3 (No. 2) Primavera, - 1971

Nivel de experiencia	Motivos Correspondientes	Alternativas posibles
(ejemplos)		
Físico	Deseo de satisfacción física y relajación, - alivio de la enfermedad, deseo de más energía, mantenimiento de dependencia física.	Deportes, danza, - ejercicio, caminatas, dietas, entrenamiento físico, - carpintería o trabajo al aire libre.
Sensorial	Deseo de estimular la vista, el oído, el <u>ta</u> cto y el gusto, necesidad de estímulo sexual-sexual, deseo de aumentar el sensorio.	Entrenamiento de -- conciencia sensorial: paracaidismo; experimentar la belleza sensorial de la naturaleza, buceo.
Emocional	Alivio del dolor psicológico, intento de resolver perplejidades personales, alivio del mal humor, escapar de la ansiedad, deseo de conocimiento emocional, liberación de los sentimientos relajación emocional.	Asesoría competente individual, terapia de grupo bien llevada conocimientos psicológicos del desarrollo personal, - psicodrama.

Interpersonal	<p>Obtener aceptación de los demás, atravesar las barreras interpersonales comunicarse, especialmente de una manera no verbal; desafiarse a los representantes de la autoridad, fortalecer relaciones entre dos personas, relajación de la inhibición interpersonal resolver problemas interpersonales.</p>	<p>Grupos manejados por expertos en sensibilidad y encuentro, terapia de grupo bien llevada, conocimiento de las costumbres sociales, entrenamiento para adquirir confianza, asesoría y entrenamiento interpersonal, énfasis en ayudar a los que están en desgracia a través de la educación; matrimonio.</p>
<p>Social (incluyendo el ambiental y el socio-cultural)</p>	<p>Promover cambios sociales, encontrar una subcultura identificable, excluir condiciones intolerables del medio ambiente, como por ejemplo la pobreza, cambiar la conciencia de las masas.</p>	<p>Servicio social; acción en comunidad para lograr cambios sociales positivos; ayudar a los pobres, a los ancianos, a los enfermos, a los jóvenes; dar tutoría a los lisos; acción ecológica.</p>
Político	<p>Promover el cambio político, identificarse con el subgrupo que está en contra de lo establecido, cambiar la-</p>	<p>Servicio político, acción política; proyectos imparciales como el del movimiento ecológico;</p>

Político	legislación de lo esta <u>ble</u> cido, cambiar la le <u>gis</u> lación de las dro <u>gas</u> , sentir desesperación hacia el orden po <u>lítico</u> -social; obtener riqueza, abundancia o poder.	trabajo de campaña- con políticos y ofi <u>ciales</u> públicos.
Intelectual	Escápar del aburrimien <u>to</u> curiosidad intelect <u>ual</u> , resolver problemas cognoscitivos, obtener un nuevo entendi <u>mi</u> ento en el mundo de las ideas, estudiar me <u>jo</u> r, investigar el - conocimiento propio, - razones científicas.	Motivación intelect <u>ual</u> a través de la lectura, de la discusión, de los juegos creativos y de acertijos; autohipnosis, entrenamiento de concentración; entrenamientos en - rompimientos inte <u>lect</u> uales de afecto inmediato; entrenamiento de la memo <u>ria</u> .
Estético-creati <u>vo</u>	Mejorar la creatividad en las artes; acrecentar el goce del arte, - que ya se ha producido, por ejemplo: con la mú <u>sica</u> , gozar de los pro <u>ductos</u> mentales de la imaginación.	Autoinstrucción en la producción y/o - en la apreciación - del arte, de la música del drama, de las artesanías, de los trabajos manuales, de la cocina, - de coser, de la jar <u>dinería</u> , de escribir, de cantar, etc.

Filosófico	<p>Descubrir valores significativos, comprender la naturaleza del universo, encontrar sentido a la vida, ayudar a establecer la identidad personal, organizar una estructura de creencias.</p>	<p>Discusiones semina- rios y cursos sobre el significado de la vida; estudios de ética, moralidad, la naturaleza de la realidad, literatura filosófica relevante exploración dirigida de los temas de valores.</p>
Mística-espiri-	<p>Trascender a la religión ortodoxa, desarrollar penetración espiritual, alcanzar niveles más altos de conciencia, tener "visiones divinas", comunicarse con Dios, aumentar las prácticas de yoga, obtener una senda espiritual, alcanzar "la iluminación" - obtener poderes espirituales.</p>	<p>Exposición a métodos no químicos de desarrollo espiritual: estudio de las religiones del mundo; introducción al misticismo y a la meditación aplicados; técnica yoga.</p>
Misceláneo	<p>Aventura, riesgo, drama, entrar en onda, motivos no expresados, actitudes generales a favor de las drogas.</p>	<p>Entrenamiento de supervivencia fuera de los límites de las drogas, combinaciones de las alternativas mencionadas actitudes a favor -</p>

Misceláneo

de lo natural; en--
entrenamiento de - --
ideas espontáneas;-
empleo o trabajo --
que valga la pena,-
etc. (1)

Con todo lo anterior solo nos hemos referido de alguna manera general a la legislación - prevención y en algunos casos al tratamiento de la Farmaco-dependencia. Ahora abordaremos una actitud más particular u objetiva, el tratamiento - o las formas de tratamiento más usuales en este problema, empezaremos por considerar las perspectivas de tratamiento así como el pronóstico de los enfermos drogodependientes y las - diferentes modalidades de tratamiento.

Sin la prohibición de la oferta por medio de la repre--
sión no es totalmente eficaz, ¿Daría mejor resultado la re--
ducción de la demanda por medio del tratamiento? Ultimamen--
te, en los principales países que se enfrentan con problemas
de drogas, se han asignado más recursos a los servicios de -
tratamiento por creer que éstos son más humanos y menos one--
rosos que la aplicación de sanciones penales. En lo que al--
tratamiento se refiere, hay personas que ingresan voluntaria--
mente en instituciones o son remitidas a ellas desde otros -
centros de admisión (salas de urgencia de hospital, organis--
mos de protección social) mientras que otras son coacciona--
das. Se puede exigir a una persona que se someta a un trata--
miento en lugar de sufrir un juicio o ir a la cárcel, o se -
le puede aplicar dicho tratamiento en lugar de reclusión, ya
sea de "intercambio civil" o simple encarcelamiento. Muchos
países han facilitado fondos y servicios y han tratado, aun--
que en forma mucho más limitada, de evaluar el costo y los -
efectos de tales servicios.

Como cada vez se atribuye mayor importancia al tratamiento, ha surgido un nuevo grupo de especialistas en materia de drogas. Estos van desde médicos con intereses y formación orientados hacia la bioquímica que dirigen programas de mantenimiento con heroína (Reino Unido) o con metadona (Estados Unidos de América y Reino Unido) hasta particulares que se agrupan para constituir centros de vecindad con el fin de intervenir en casos de crisis y comunidades terapéuticas con frecuencia puramente teóricas. Hasta la fecha, cada uno de ellos ha venido abogando por su propia excelencia, si bien las pruebas de éxito son ambiguas. Las personas muy en tregadas a las drogas y a la delincuencia pueden tener características que las hagan refractarias al tratamiento. Por otra parte, pronóstico es más favorable cuando se trata de personas con trastornos menos graves. (Blume, R. y Kaplan, J. 1976)

La curación de las toxicomanías es difícil. Como el organismo no puede funcionar en forma que recuerde la normalidad sin la droga, el médico fracasará en sus propósitos si reduce o corta bruscamente la cantidad de estupefacientes. El enfermo sufre un deterioro físico, llega a estar debilitado, exhausto y deprimido mentalmente. Con la reducción gradual deberá elevarse la resistencia del paciente.

Se ha utilizado la narcosis permanente como medio de curar a los adictos a drogas, que son alimentados por vía intravenosa durante un largo período de tiempo. Pero la necesidad física persiste aunque el enfermo esté durmiendo y no se entere de que no le dan la droga. También se ha intentado la hipnosis, pero ha tenido mucho éxito en crear una resistencia inconsciente a la droga. La tensión resultante entre la resistencia hipnótica y el deseo orgánico da lugar a trastornos en muchos casos.

La narcosíntesis, en la que el paciente es sumergido - en un estado parecido al de un trance e inducido a liberarse del deseo por la droga con la esperanza de que se descargue su deseo por tóxico, tampoco ha dado resultados satisfactorios. Todavía no se ha encontrado una manera de curar las toxicomanías verdaderamente eficaz. En todo caso, el médico debe atraerse la confianza de su paciente, que debe ser llevado a un estado de relajación a fin de disminuir progresivamente la tensión biopsíquica que desequilibró el organismo. El problema principal es, sin embargo, eliminar la necesidad psíquica del enfermo de escapar a la realidad. (Wolff, W. 1974)

Desde un punto de vista racional, la manera preferible de tratar al drogadicto debe tener como objetivo aliviar el estado afectivo que implica sufrimiento y que originalmente lo predispuso a responder positivamente al uso de la droga. Este tratamiento estaría encaminado a corregir el trastorno de la personalidad o el estado psiconeurótico o psicótico, - por medio del proceso terapéutico que mejor se aplique a cada paciente. Por lo tanto, no se pensaría en suspender la droga hasta que se hubiera desarrollado una relación terapéutica firme y dependiente, con un médico o con otro de los miembros del equipo terapéutico. Dicha relación mantendría al enfermo durante el período de abstinencia y le proporcionaría el apoyo positivo necesario para soportar la suspensión.

Por desgracia, los esfuerzos terapéuticos actuales tienen como principal objetivo simplemente suspender la droga, lo cual tiene que efectuarse en una institución donde las actividades del paciente y las fuentes de la droga puedan controlarse. El enfermo debe permanecer internado durante el tiempo suficiente para aliviarse de cualquier molestia fisi-

ca, para tener la oportunidad de desarrollar hábitos de vida y de trabajo sin las drogas, y para que se le ayude a descubrir el origen de su dificultad emocional. (Kolb, C.L. 1978)

Esto es en general las perspectivas en tratamiento a Farmaco-dependientes de varios autores. Ya hemos dicho anteriormente que en nuestro país existe solo una institución especializada en el tratamiento de Farmacodependientes por lo tanto se obtuvo la siguiente información de esta institución llamada Centros de Integración Juvenil, en lo referente a como asisten al paciente drogodependiente.

Los diversos tipos de psicoterapia son desarrollados - tomando en cuenta como marco de referencia la orientación -- psicoanalítica, ajustando aquella a las modalidades peculiares que presenta el paciente farmacodependiente en la actualidad, y tomando en cuenta el fenómeno epidemiológico del -- que aquél forma parte, así como las características individuales, las de la familia, las de la comunidad y las del tipo de droga usada.

El paciente farmacodependiente es en la actualidad, generalmente un adolescente a quien el proceso de maduración - ha resultado obstaculizado en esta época, en la que los factores antagónicos de nuestra cultura y los rápidos cambios - de valores, han trazado un camino más difícil para la resolución del problema de identidad. Podemos afirmar que el joven enfrenta su crisis existencial junto con una sociedad - que también sufre de lo mismo. Estos factores han convergido en una necesidad de fuga en la droga, tratando de falsificar una realidad cuya elaboración resulta compleja y difícil.

El "proceso infeccioso" del uso de drogas ha tomado características de epidemia, debido a que el individuo y la sociedad tropiezan con carencias importantes para lograr una -

identificación integradora. La crisis de sistemas, políticos y económicos y la crisis de la familia, apuntan hacia necesidades de cambio las cuales de momento dan lugar a inseguridad, confusión e inconsistencia que debilitan la fuerza - del Yo del individuo. La droga representa un intento de solución patológica ante amenazas de desintegración experimentadas por la sociedad y por el ser vulnerable de aquella: el adolescente.

Como un criterio un tanto generalizado, ha prevalecido la idea de buscar sistemas de tratamiento diferentes a la - psicoterapia clásica, ya que se ha pensado que el paciente - Farmacodependiente requiere de otros métodos para su cura- - ción y rehabilitación, por lo menos de sistemas combinados - que abarquen ambos aspectos como equipo técnico y como individuos hemos tenido como metas comunes en nuestra labor el - desarrollar eficazmente los aspectos asistenciales preventivos y de rehabilitación. Esto ha implicado la necesidad de - considerar la multideterminación del fenómeno de F.D. al im- plantar nuestros sistemas de trabajo, tratando de llevar - - nuestra acción al nivel individual del paciente, de su fami- lia y de su comunidad. (Mancera, C.R. Dra. 1976)

Es importante que no perdamos de vista la gran impor- - tancia que encierra el tratar a la familia del F.D. alterna- mente con el, pasaremos ahora a una revisión general de las - diferentes modalidades de tratamiento que se usan para el -- tratamiento de las toxicomanías.

Existen sofisticados condicionamientos operantes para- la reducción de la conducta de fumar por medio de un aparato (Ulrich, 1974) y otras de orientación psicodinámica.

El Dr. Philip Solomon⁺ ha hecho a través de su obra -- (Solomon, 1977) una guía básica sobre el tratamiento de alcohólicos, narcómanos, adictos a medicamentos, marihuana, etc. en el capítulo XXI habla de estos aspectos más particularmente para que el lector interesado. En tratamiento a toxicómanos, como el interés de esta investigación está centrada en la terapia familiar para enfermo F.D. nos volveremos a el -- una vez revisado lo anterior.

Para finalizar este capítulo mencionaré a un autor que sostiene también la necesidad de dar tratamiento al F.D. y a su familia.

El tratamiento debe incluir aspectos médicos, sicológicos y psicológicos. En casos graves de narcomanía es necesario hospitalizar al paciente para lograr la completa eliminación de la droga. Con quienes usan derivados de opio, la estricta atención médica es imprescindible durante el período de retraimiento.

En algunos países hay hospitales especiales para el -- tratamiento de narcómanos.

El tratamiento médico puede ser útil para eliminar temporalmente la necesidad de las drogas. Sin embargo, para obtener beneficios duraderos, es necesario que el narcómano receiba sicoterapia concentrada. Esta terapia tiende a resolver los conflictos básicos que han llevado al paciente al -- uso de narcóticos. Además de los procedimientos terapéuticos delineados para las personalidades sociopáticas, el narcómano requiere consideraciones especiales. Deben hacerse -- arreglos en cuanto a la educación y vocación para que el pa-

⁺ Profesor de Psiquiatría clínica en la Universidad de California de la Escuela de Medicina de San Diego. Cal.

ciente pueda hallar satisfacción aprendiendo y trabajando. - Puesto que hay gozo cuando se aprende algo que interese a la persona, la educación es importante para el buen ajuste, además del adiestramiento y educación adecuados. El ex narcóma no se beneficiará con un trabajo que tome en cuenta su potencial. El orientador debe ayudar al narcómano a entender ca-pacidades, luego a buscar empleo en que esas capacidades puedan emplearse.

Quienes han sido narcómanos necesitan un nuevo círculo de amigos. Al comprenderse mejor, la persona puede verse de un modo diferente y buscar las relaciones sociales que anteriormente pensaba que le estaban vedadas. Los aspectos prácticos de la orientación tendrán en cuenta pasos que el pa-ciente puede dar para conocer a personas nuevas e interesan-
tes y bien equilibradas. Esos nuevos amigos pueden encon-
trarse en el trabajo, en la iglesia y en otras partes.

La narcomanía es síntoma de una básica desorganización subyacente de la personalidad debida en gran parte a malas - relaciones familiares. Por esto, el tratamiento del narcóma no por sí solo no es suficiente, debe ir acompañado de la terapia con la familia. (Narramore, C.M. 1970)

El Dr. Héctor Ayala y Col. llevaron a la práctica un - programa basado en el modelo de "Achievement place" desarro-
llado por Phillips y cols. (1974) en la Universidad de Kan--
sas (E.U.) dicho programa se llama La familia enseñante --
que es una evaluación del modelo en México en términos de -
réplica en su aplicación a una muestra de niños inhaladores-
de solventes industriales, se obtuvieron resultados halagado
res. (Ayala, H.E. Dr. 1981)

CAPITULO IV

PSICOTERAPIA FAMILIAR

En los capítulos anteriores se hizo revisión general y particular sobre la importancia del fenómeno Farmacodependencia, el objetivo de esta investigación está basado en considerar a la familia como portador de la salud y/o enfermedad, en este caso particular en la posibilidad de que sea la familia como unidad integradora o desintegradora de tales afirmaciones antes señaladas, haremos una revisión sobre la importancia del estudio de la familia y empezaré mencionando a Tashman (1972) quien tiene una manera clara y precisa de enfatizar la importancia del estudio de la familia.

Hemos de estudiar a la familia porque queremos saber - más sobre la naturaleza del individuo, pero para hallar este conocimiento debemos examinar las fuentes de los materiales que se combinan para formar al hombre. El hombre es producto de familias.

La familia no es teología; no es el cielo ni el infierno, no es el individuo en sí; no es la sociedad. La familia es el punto de confluencia de todo lo precedente. Es el ámbito donde los derivados o residuos de todo esto está congregado y representado dentro de las figuras que constituyen la familia. Es decir, las filtraciones del pasado creencias religiosas, hábitos, culturas, sociedades, teorías filosóficas y principios éticos constituyen las fuerzas que animan a las figuras que integran la familia. La familia es el ámbito inmediato que el ser humano en evolución experimenta directamente y que en consecuencia, constituye su verdadera realidad.

La constelación familiar, según he de designar este -- concepto, difiere del ambiente en general, en virtud del hecho de que está particularizada. Toda familia difiere de -- las demás familias de la misma manera que difiere toda impresión digital, toda personalidad o todo rostro. El individuo llega a sus familiares representados dentro de sí mismo porque los asimiló en su mente de la misma manera que asimila -- la luz, el alimento y el sonido. Los lleva adentro como memorias y figuras, como mosaicos de figuras. Además el individuo es la condensación de las naturalezas de sus progenitores, quienes a su vez fueron condensaciones de sus antecesores.

Este pensamiento no es tan complejo como parece si tenemos en cuenta que todos poseemos características provenientes de nuestros padres y madres, y que también éstos tenían características que sólo habrían podido recibir de sus antecesores. El hombre, en consecuencia, emerge de sus antepasados, cuya propia historia experimental le ha transmitido la -- naturaleza de sí mismo. A su vez, el hombre plasma una semilla de sí mismo que es portadora de las características condensadas que volverán a florecer en un individuo, a partir -- del cual el fruto que es la familia se formará a semejanza -- del fruto anterior, quizás con alguna nueva modificación.

Dado que la familia modela al individuo tal como es, -- puesto que el individuo sigue formando parte de la familia -- que vuelve a crear y en vista de que la historia lo ha forjado y puede volver a forjarlo, el conocimiento de la constitución de la familia es aprovechable para rehacer al individuo. (Thashman, H.S. 1972)

Veamos ahora cuando y con quien empieza el estudio del grupo familiar.

Iremos desarrollando cómo se fue dando la conceptualización del grupo familiar a nivel del pensamiento analítico. Es Freud quien comienza con la temática del grupo familiar y podríamos aclarar que apunta a dos niveles: uno teórico y -- otro práctico.

En una de sus cartas a Fliess por primera vez habla -- del complejo de Edipo. Será en la "Interpretación de los -- Sueños" cuando nuevamente retoma el tema. Luego, en 1907 y-- 1909, aparecen dos trabajos de Freud sobre relaciones entre-- los miembros parentales ("Instrucción sexual en los niños" y "Juanito").

En 1909 escribe el prólogo a una obra de Otto Rank don-- de enuncia lo que él denomina, "la novela familiar". La no-- vela familiar sería la sustitución que hacen los neuróticos-- de su familia real por una familia imaginada que serviría pa-- ra satisfacer las necesidades o compensar frustraciones.

En 1913 en el artículo denominado "Dos mentiras que di-- cen los niños", señala la comunicación inconsciente que exis-- te entre los hijos neuróticos o delincuentes y sus padres,-- y dice: "que los hijos mienten porque han visto que los pa-- dres mienten a los hijos".

En 1919, en el artículo "Pegan a un niño" muestra los-- tipos de relación fantaseada entre una niña y su padre, a -- través del castigo, estableciendo tres fases en dicha rela-- ción.

Podemos señalar que la culminación de la visión psico-- analítica sobre grupo familiar se da en el IX Congreso Inter-- nacional de Psicoanálisis de 1936, en el cual el tema es "La neurosis de la familia y la familia de los neuróticos". Uno de los trabajos centrales es el de René Laforgue, que rela-- ta sus experiencias al analizar simultáneamente miembros de--

una misma familia. Relata ahí lo que denomina la relación - inconsciente y la neurosis complementaria.

Leuba, en ese mismo congreso, trata de sistematizar un diagnóstico dinámico del grupo familiar, y explícita una forma de tipología de relaciones y sus consecuencias posibles.- Los ejemplos serían: un padre superyoico y exigente y una madre reprimida y depresiva darían hijos homosexuales, tanto fueran hombres como mujeres. Un padre hostil y dominante y una madre débil, abnegada y masoquista, darían hijos delinquentes. Así hace toda una categorización de las relaciones entre hombre y mujer con sus consecuencias.

Luego Bernfeld define la patología de los niños criados en un medio familiar que condiciona que acudan a uno de los padres para satisfacer las necesidades de cariño, mientras el otro es "engañado" por esa relación. Bernfeld plantea que en estos casos el mito en juego sería: "nada me puede pasar a mi, porque tengo a quien ir o a quien recurrir para satisfacer mis necesidades, y si éste falla, tengo al otro". Es decir, hay un sentimiento de omnipotencia que se crea en la familia.

Posteriormente tenemos los trabajos de Spitz. Este autor investiga la relación entre madre e hijo. Dichas investigaciones lo llevaron a enunciar las condiciones para la aparición del hospitalismo y la relación entre éste y la psicosis esquizofrénica.

Glover en 1955 construye un famoso cuestionario ("Technique de la Psychanalyse 1958 P.U.F. "eme partie") que reparte entre los analistas para responder a una serie de formulaciones teóricas y técnicas dentro del psicoanálisis. A través de dicho cuestionario era posible detectar qué tipo de actitud oficial había frente al tratamiento de miembros de -



una misma familia. La contestación fue en la mayoría de los casos negativa: preferían no atender a miembros de una misma familia.

Menniger (1958) además del problema de no atención a miembros de una misma familia, trata de especificar, para evitar la contaminación de la relación terapéutica, el tipo de relación que debe tener el terapeuta con los parientes y amigos del analizado.

Como vamos observando paralelamente en niveles teóricos y técnicos, se van elaborando diferentes conceptualizaciones sobre el tema. Lo que ha llevado a una serie de equívocos ha sido la no especificación de aquellas formas de elaboración.

Además se puede enunciar que lo planteado anteriormente se enmarca en una línea oficial, que oscureció la línea no oficial dentro de los analistas.

Para esta última se toma como inicio el año 1934, cuando Obendorf describe la psicoterapia de un matrimonio diagnosticado como "Folie a deux". En este informe no sólo aclara el diagnóstico y especifica el tipo de patología en cuestión, sino el tratamiento efectuado.

También Obendorf, en 1938, trabajando con 9 parejas señala que muchas veces los neuróticos intentan remediar su desajuste mediante el matrimonio; es decir, una vez que les han fallado los cambios de empleo, de locación, etc., el matrimonio es una salida a su situación frustrante.

Siguiendo sus investigaciones caracteriza casos en los cuales el poseer exclusivamente al otro sexo aparece como una impulsión, por una tardía realización de sus deseos edípicos.

A un nivel técnico, luego de haber tratado a las parejas juntas y separadas, infiere que mientras el analista se mantenga como tal, es decir cinterpretando y no aconsejando-- ni siendo juez, puede atender a ambos miembros sin ninguna - dificultad.

Esta línea no oficial recibió posteriormente aportes,-- en primera instancia por parte de los analistas de niños, y-- más tarde por los adultos.

Burlinghan (1951), considera que no solamente se puede, sino que es aconsejable, analizar a la madre y al hijo simull táneamente. Es decir que el mismo terapeuta analice a los - dos miembros. Plantea que la prohibición que se impone a este tipo de tratamientos es más por cuestiones teóricas que - por exigencias prácticas; al ser el mismo analista quien toma a su cargo ámbos tratamientos, se logra una mejor comprensi ón de la relación madre-hijo.

Johnson y Szurek establecen la necesidad de tratar al grupo familiar de niños enfermos como posibilidad de obser-- var lo que ellos llaman "la laguna del Superego". La laguna del Superego es la denominación que dan a defectos del Supery o de los hijos, que tienen correspondencia con defectos del Superyo de los padres y por lo tanto, aparece un tipo de comportamiento en los niños, cuyos padres tienen escotomizados-- motivaciones o impulsos de la misma conducta. Expresándolo-- de otra manera, tratan de ver qué tipo de comunicación secreta inconsciente existe, por la cual, los deseos inconscien-- tes de los padres son cumplidos por los hijos.

Delimitando otros aspectos sobre la problemática de la familia, podemos ahora ejemplificar mediante dos autores, un punto central de estudio, el de la filiación del grupo familiar. Erikson en "Infancia y Sociedad" y Reich en "Psicolo--

gía de la masa del fascimos" estipulan qué función es la que cumple el grupo familiar. El primero de los autores señala la importancia de la identidad y su desarrollo, dentro del marco familiar. Reich muestra a la familia alemana de la --clase media como prototipo de un sistema dictatorial y "criadero de personas despóticas". (Bauleo, A.J. 1974)

Por su parte también M. Grotjanhn cita un trabajo del "Grupo el Progreso de la Psiquiatría", de 1956 en el cual se postula lo que podríamos denominar premisas para la ubicación frente al grupo familiar. En dicho informe se expresa que al cambiar el foco de investigación del individuo al grupo familiar se hacen necesarios nuevos instrumentos conceptuales y nuevos métodos de observación, teniendo en cuenta la patología y la fisiología de la familia como unidad, así como estipular la diagnosis de los problemas de la familia y el plan general del tratamiento de ésta.

Esta perspectiva es un ejemplo de aproximación interdisciplinaria al grupo familiar.

Continuemos ahora con los aportes técnicos. Moreno, a través del psicodrama, ha mostrado que existen momentos de interasociación entre madre-hijo, padre-hijo, amante-amante, y que esos momentos serían una demostración de un co-inconsciente como zona común, en que dos personas neuróticamente dependientes, se comunican íntimamente. Esto lo lleva a decir que el grupo o la pareja debe ser tratada como si fuera uno.

John Bell prefiere tratar a la familia entera en terapia simultánea, considerando que así facilita la comunicación inconsciente de la familia. Sostiene además, que las terapias simultáneas benefician tanto al individuo como al grupo familiar.

Neubeck y Wolf establecen la utilidad de la observación directa de grupos familiares y de grupos de parejas. Las conclusiones de ambos son parecidas con respecto a estos últimos. Enuncian que es el lugar en el cual algunas relaciones accionan como modelos para otras, y donde se efectúa un aprendizaje de comunicación y se logran ajustar decisiones.

Kubie, en "La acción recíproca neurótica en el matrimonio" señala, como uno de los problemas fundamentales, el descubrir de qué manera los seres humanos están posibilitados en distinguir entre las necesidades conscientes y fines asequibles y las necesidades inconscientes e inasequibles. Cuando un investigador trata de profundizar en este tipo de cuestión lo que aparece frecuentemente es que el fin inconsciente del matrimonio es la búsqueda de un padre o de una madre. Es por lo tanto un punto central en la tarea diagnóstica o terapéutica el dilucidar dicho tipo de problemática.

Ackerman, cuando señala la aproximación psicoterapéutica a la familia como tal, expresa que la familia es la unidad de desarrollo y experiencia y, por lo tanto, el foco de enfermedad y salud. De ahí la necesidad de abarcarla en su totalidad. Ackerman, además de su ubicación como psicoterapeuta frente al grupo familiar, trabaja con un equipo que concurre al habitat grupal, donde actúan psicólogos sociales y sociólogos en busca de información del contexto.

Laing y Esterson, en un primer estudio sobre las familias de enfermos esquizofrénicos, se aproximan a éstas con el objetivo de lograr una comprensión más acabada de aquella enfermedad. Para ello elaboran dos series de conceptos: una de ellas es para postular la siguiente versión de la esquizofrenia. "Insistimos en que nosotros mismos no usamos el término "esquizofrenia" para designar ninguna condición identi-

ficable que pensamos que existe en "una persona". La utilizamos ya que el término sintetiza un conjunto de atributos - clínicos..."

La otra, para responder a cuestiones referentes a la familia como grupo. "En otras palabras estamos interesados en lo que se podría llamar el nexo de la familia, o sea el sinnúmero de personas que integran el grupo unido por un parentesco y de otras que aunque no ligados por lazos familiares, se consideren miembros de la familia. Las relaciones de las personas dentro de un nexo se caracterizan por la influencia recíproca, directa, intensa y duradera, sobre la experiencia y conducta de los unos sobre la de los otros".

Es así como, ubicadas estas dos formas de apreciación, elaboran un tercer nivel de conceptos a partir del cual comienzan un trabajo en grupo familiar de esquizofrénicos que puede resumirse así; "La conducta de los esquizofrénicos es mucho más comprensible, desde el punto de vista social, de lo que han supuesto la mayoría de los psiquiatras: En cada caso especial hemos tratado de responder a la pregunta: ¿Hasta qué punto la experiencia y la conducta de aquella persona que ha iniciado ya una carrera "esquizofrénica" es comprensible a la luz de la praxis y del proceso de su nexo familiar?"

Dentro de esta misma orientación Cooper, Berke y otros, tratan, a través de estudios multigeneracionales, de establecer nexos entre elementos que están más allá de las relaciones inmediatas.

En nuestra práctica hemos observado en ocasiones, que el rol de padre o de madre del grupo familiar era desempeñado por los abuelos, o éstos aparecían como modelos de ese rol, pasando los padres reales a ocupar un lugar de hermanos de sus hijos. Entre nosotros Pichón Riviere con sus ejem-

plos del papel de la tía (tito) en el grupo familiar se aproxima a este tipo de problemática.

Bateson y Kackson abordan el tema de la pareja y del grupo familiar con un enfoque comunicacional. Desde esta perspectiva han hecho investigaciones sobre esquizofrenia mostrando cómo resultado del sistema interaccional. El sistema tiene primacía sobre los individuos que lo constituyen, por lo tanto, los síntomas esquizofrénicos responden a una estructura patológica de la familia. Sus conclusiones pueden sintetizarse así: la situación se estructuraría sobre una dinámica en la cual la madre atrae a su hijo mediante lo manifiesto afectuoso, volviéndose ansiosa y rechazándolo cuando éste se aproxima; y un padre que no salva, sino refuerza la situación al tener un rol ausente o de presencia pasiva. (Bauleo, A.J. 1974)

Respecto a esto último (ofrecer-privar) Bateson G y Col (1974) lo denominan el "Doble vínculo" o sea enviar mensajes dobles, es observado en pacientes esquizofrénicos, como a través de este manejo familiar es que se desencadena dicha reacción.

Para ilustrar a fondo la forma de enviar doble mensaje a un miembro de la familia o establecer el "doble vínculo" como dice Bateson (1974) haré referencia de otro autor que habla de esto también en la teoría de las comunicaciones y terapéutica familiar y lo llama el "nexo doble".

Solomon (1977) refiere en 1956 un grupo de investigación interdisciplinaria reportó que las familias de los esquizofrénicos tienen una manera característica de comunicarse que coloca a la "víctima" en un "nexo doble" es decir, incapaz de satisfacer al "atador" (del cual depende y al cual debe satisfacer) porque este último por lo general expresa -

2 órdenes de demandas portadoras de mensajes conflictivos. - (Ejemplos: "¡Haz valer tus derechos! ¡No tolero a la gente que permite que otros lo empujen"! (¡Con excepción mía por supuesto. Bastante bien sabes que mejor hacer lo que yo digo!) "Adelante, haz lo que quieras. No te preocupes por mí". ("Por supuesto me desmayaré y me moriré si no me permites que maneje tu vida y tú tendrás toda la culpa") "¡Te voy a dejar que manejes esto. Te estoy dando todo el crédito y responsabilidad a tí! Ahora bien, lo primero que debes de hacer es... (¡Si realmente crees que te voy a permitir que lo hagas a tu manera, se te espera una sorpresa!).

La dinámica familiar y los métodos de terapéutica familiar han evolucionado desde el trabajo del "nexo doble" y -- también han sido desarrollados por Natham Ackerman, Theodore Lidz, Carl Whitaker, Murray Bowen y otros más. La terapéutica familiar continuó ganando adeptos durante los años sesenta y en los setentas. (Solomon, P. 1977)

Los autores antes mencionados de una manera u otra nos dejan entrever que las familias de esquizofrénicos genera y mantienen la patología del paciente identificado a través de "dobles mensajes". Dentro de la neurosis.

Al principio del capítulo se menciona que es la familia quien enferma a uno o varios de sus miembros y si esto es cierto y también otros autores lo consideran así podríamos entonces pensar que abordando tanto el estudio como el tratamiento de familias beneficiaríamos no solo al enfermo sino a su familia también, pasemos ahora a revisar lo que se hace en el campo del abordaje terapéutico familiar. Empezaremos por ver como Ehrenwald (1977) se refiere al tratamiento familiar.

• La terapia familiar, tal como se concibe aquí, hace co

mo punto de partida la exploración psicoanalítica de los factores ambientales conscientes e inconscientes que afectan a miembros de la familia. Yo enfoqué primero los patrones -- abiertos de interacción, pero de allí procedí al estudio del sutil juego de impulsos inconscientes, motivaciones y actitudes de conducta en el grupo familiar. Trazando una línea entre los factores ambientales primarios y secundarios, afirmé que las pruebas sustanciales señalan el papel de las influencias familiares que afectan el inconsciente de cada miembro de la familia a través de su vida. Esas influencias secundarias pueden tener la misma importancia etiológica que las atribuidas habitualmente a las influencias ambientales primarias que le llegan al niño en el primer período postnatal. -- Es verdad que los conflictos y choques abiertos entre los miembros de la familia, que actúan sobre el adulto, pueden -- simplemente hacer una abolladura en los estratos más profundos de su estructura de personalidad, pero el análisis anterior ha demostrado que en un miembro de la familia pueden -- tanto los complejos inconscientes del miembro opuesto de la pareja como los suyos propios. Esos complejos tienden a nutrirse de sus conflictos neuróticos originales a sostenerlos y a perpetuarlos. Por esto dije que toda neurosis es, en -- efecto, una faceta de neurosis familiar existente. A la inversa, la neurosis, la psicosis o la perturbación psicósomática en un miembro de la familia afecta invariablemente la -- salud mental y el ajuste social de otros miembros del grupo familiar, aunque este efecto pueda estar enmascarado por el contagio heteronómico, por ejemplo, por el mal funcionamiento psicósomático o por el surgimiento de patrones complementarios o rebeldes. (Ehrenwald, J. 1977)

Creo pertinente hacer la diferencia entre la psicoterapia familiar y la terapia analítica.

La psicoterapia familiar y la terapia analítica son mé todos diferentes. Para mayor claridad, en lo sucesivo reser varemos el término "terapia psicoanalítica" a la técnica for mulada originalmente por Freud y sus primeros discípulos. - La cuestión de las diferencias esenciales entre la terapia - familiar y el psicoanálisis quedaría algo oscurecida si apli cáramos también el término "terapia psicoanalítica" a las nu merosas modificaciones no freudianas de la técnica.

El tratamiento psicoanalítico concentra su atención en las manifestaciones internas del trastorno de la personali-- dad individual. El tratamiento familiar se concentra en los trastornos de conducta de un sistema de personalidades en in teracción, el grupo familiar. Pero en ningún sentido hay - que considerarlos como competidores o mutuamente excluyentes, puede ser complementarios. En algunos casos, la psicoterap-- pia de toda la familia puede ser el único método de interven ción, o bien el más indicado. En otros casos, en cambio, --- puede constituir una preparación emocional necesaria para la intervención de la psicoterapia individual, o tal vez se em-- pleen paralelamente ambos tipos de terapia, las relaciones - entre estos dos enfoques se volverán más claras si alcanza-- mos una mejor comprensión de las relaciones que hay entre - los aspectos internos y externos de la experiencia humana, - entre lo que sucede dentro de una sola mente y lo que sucede entre las mentes individuales. (Akerman, N.W. 1976)

En el tratamiento de la esquizofrenia, Jackson y Col. - (1974) en un trabajo de terapia familiar, en Palo Alto Cal.- acuña el término de "Terapia conjunta" que no es sino el tra tamiento del paciente identificado y otros miembros de su fa milia en forma conjunta, como un grupo natural en funciona-- miento, de no hacerse así, dice Jackson, si se elige un miem bro particular como individuo enfermo, y se lo aparta de los

demás dándole terapia individual y diciéndole que no hable - con los demás sobre su terapia, en gran parte se pasa por al to la riqueza de la situación.

Existe también la "terapia colaborativa" que es aque-- lla en la que cada miembro de la familia por lo común, una - pareja, se encuentra bajo tratamiento individual, con un te- rapeuta distinto, y los terapeutas se reúnen periódicamente- para evaluar y planificar. Respecto a este último tipo de - tratamiento Jackson no está de acuerdo con la terapia colabo- rativa y lo fundamenta.

Nuestro enfoque ha preferido los datos obtenidos, en - la situación grupal más bien que seguir la modalidad de la - psicoterapia colaborativa porque, si bien esta última ha de- mostrado su valor, como metodología para la investigación -- presenta serios defectos (Jackson, D.D. 1974)

Y siguiendo las diferentes modalidades de tratamiento- también tendríamos que nombrar a Martín y Bird, quienes uti- lizan la técnica estereoscópica, es decir, distintos analis- tas tratan a distintos miembros del grupo familiar, y se reu- nen entre ellos formalmente para intercambiar información y- poder resumir lo que sucede en la pareja. Sus investigacio- nes están basadas en las inferencias extraídas del tratamien- to realizado en 4 parejas durante años. Los beneficios de - esta técnica se fundamenta en la mayor cantidad de informa-- ción que dispone el analista de cada integrante de ese grupo familiar, lo que le permite trabajar en una concepción más - amplia frente a cada situación (Bauleo, A.J. 1974).

Esta terapéutica tiene partes comunes en la que Don D. Jackson llama colaborativa y que polemiza con aquella, solo- que el nombre cambia por el de estereoscopia. La finalidad- de esta investigación es demostrar la utilidad del tratamien- to familiar y por ello volveremos, para seguir dentro de la-

demás dándole terapia individual y diciéndole que no hable - con los demás sobre su terapia, en gran parte se pasa por alto la riqueza de la situación.

Existe también la "terapia colaborativa" que es aquella en la que cada miembro de la familia por lo común, una - pareja, se encuentra bajo tratamiento individual, con un terapeuta distinto, y los terapeutas se reúnen periódicamente para evaluar y planificar. Respecto a este último tipo de - tratamiento Jackson no está de acuerdo con la terapia colaborativa y lo fundamenta.

Nuestro enfoque ha preferido los datos obtenidos, en - la situación grupal más bien que seguir la modalidad de la - psicoterapia colaborativa porque, si bien esta última ha demostrado su valor, como metodología para la investigación -- presenta serios defectos (Jackson, D.D. 1974)

Y siguiendo las diferentes modalidades de tratamiento- también tendríamos que nombrar a Martín y Bird, quienes utilizan la técnica estereoscópica, es decir, distintos analistas tratan a distintos miembros del grupo familiar, y se reunen entre ellos formalmente para intercambiar información y poder resumir lo que sucede en la pareja. Sus investigaciones están basadas en las inferencias extraídas del tratamiento realizado en 4 parejas durante años. Los beneficios de - esta técnica se fundamenta en la mayor cantidad de información que dispone el analista de cada integrante de ese grupo familiar, lo que le permite trabajar en una concepción más - amplia frente a cada situación (Bauleo, A.J. 1974).

Esta terapéutica tiene partes comunes en la que Don D. Jackson llama colaborativa y que polemiza con aquella, soloque el nombre cambia por el de estereoscopia. La finalidad de esta investigación es demostrar la utilidad del tratamiento familiar y por ello volveremos, para seguir dentro de la-

terapia de la familia y ver lo valiosa que resulta trabajar más que individualmente, en grupo.

En la entrevista familiar, lo que un progenitor oculta, el otro lo revela. Lo que ambos progenitores encubren, se le escapa abruptamente al niño. Lo que un miembro expresa en forma tergiversada y prejuiciada, es corregido por otro. Cuando se toca algún material cargado de ansiedad, es posible que la familia realice un pacto de silencio para evitar dichas áreas. Tarde o temprano, esas negaciones se vienen abajo. Por su misma naturaleza, la vida familiar se opone a la existencia de secretos personales. Tales secretos existen, pero son difíciles de preservar; tarde o temprano salen a relucir. (Akerman, N.W. 1978)

Kolb (1978) destaca la importancia de la terapia familiar en los últimos años. En el último decenio la terapéutica familiar ha emergido como una nueva técnica importante. La experiencia con los distintos tipos de psicoterapia individual, cuando se trataba de corregir un padecimiento psíquico, reveló cuán difícil era producir cambios en los síntomas o mantener la mejoría que se había logrado, cuando cada paciente recibía tratamiento lejos de su grupo familiar y luego regresaba al ambiente hogareño, que seguía siendo patógeno. Por otra parte, cuando la psicoterapia individual tenía éxito y producía cambios importantes en la expresión de los síntomas y mayor efectividad en la adaptación social, a veces se observaban cambios en la homeostasis familiar que producían la aparición franca de trastornos psicopatológicos en otros miembros de la familia y, a veces, la disolución de la familia nuclear. Hace varios decenios un número de psicoanalistas y psiquiatras pediátricos empezaron a experimentar con diversas formas de terapéutica familiar. En algunos casos, varios terapeutas daban tratamiento individual a cada -

miembro de la familia, y los médicos se reunían regularmente para consultarse entre sí en otros casos, se trataba simultáneamente a los cónyuges, en sesiones regulares u ocasionales, con un solo psicoterapeuta. Los esfuerzos de N. Ackerman, D. J. Jackson y sus colaboradores son los mejores ejemplos de la forma en que la terapéutica familiar se practica en la actualidad. Estos autores, en su práctica, se reúnen de manera regular con los miembros de la familia nuclear, con los parientes que sean importantes, o con miembros de otra generación (la familia extensa); es decir, con padres y abuelos.

La psicoterapia de la familia ha encontrado su mejor aplicación en el tratamiento de los casos de neurosis, psicosis o trastorno de la personalidad, donde el paciente expresa sus conflictos en forma de actos (acting out). Por lo tanto, está indicada cuando la conducta agresiva hace que los niños o adolescentes no se adapten a la escuela o a la comunidad, cuando hay diversos estados de adicción en los adolescentes o los adultos, y cuando la falta de armonía conyugal tiene su raíz en los complicados procesos de transacción entre los esposos y los demás familiares. En los casos en que es claro que las defensas psicóticas de un individuo se perpetuen o se agravan cada vez que se le expone de nuevo a una situación familiar llena de conflictos, el tratamiento de la familia a veces resulta ser el método adjunto necesario para ayudar al paciente a que establezca su rehabilitación social. (Kolb, C.L. 1978)

La práctica de la psicoterapia.

Partiendo de la práctica de la psicoterapia de grupo familiar, nos encontramos con una serie de circunstancias que se nos aparecen como necesarias a considerar. Tales circunstancias son las que provienen de las diversas situaciones por las cuales atraviesa una terapia familiar.

Pero al abocarnos a lo que es la práctica de la terapia familiar, imprescindiblemente nos ponemos en conexión con las diferentes teorías, concepciones e ideas con que se abordan los hechos. Ideas o nociones que muchas veces se encuentran implícitas en el accionar terapéutico. Es de todo esto que trataremos de hablar.

Para ubicarnos frente a los problemas que surgen de la práctica, recorreremos un camino parecido al que efectúa un grupo familiar cuando viene a una entrevista.

Empezaremos con la primera entrevista, y más aún, empezaremos con el por qué y cómo llega un grupo familiar a nuestro consultorio. Es decir, quién lo envía, cómo aparece, y en qué circunstancias se indica una terapia familiar.

Con respecto a este primer punto, podemos decir a grandes rasgos que:

- a) La familia puede venir porque un integrante de la misma está en terapia, y en un momento dado el terapeuta hizo la indicación de efectuar una serie de entrevistas de grupo familiar.
- b) Otras veces, acuden para elucidar un conflicto entre ellos: por ejemplo, un integrante de la familia puede en principio haber intentado tratarlo individualmente en una entrevista con un terapeuta, pero en ella, le dijeron que ese problema era necesario verlo con su grupo familiar.
- c) Una tercera posibilidad ocurre cuando directamente viene el grupo familiar para que se vea a uno de sus miembros.

Son los casos que se dan con chicos o con psicóticos.

- d) Un cuarto caso, el más raro, se presenta cuando el grupo familiar viene para ser tratado como tal. En la familia el conflicto aparece con diferente grado de explicitación, pero la situación es de cuidado ya que en la mayoría de -

las veces el motivo de consulta puede ser un baluarte, de trás del cual, es necesario visualizar el problema real - del grupo.

Por otra parte cuando en medio de un tratamiento se solicita grupo familiar, es porque se observa que entre la fantasía que el individuo tiene del grupo, y la realidad del -- grupo, hay un obstáculo que impide el ajuste que comúnmente-- se establece. Se hace necesario aclarar que llamamos ajuste el aceptar los límites de lo fantaseado y lo real.

Sabemos desde Freud, que el paciente trae lo que aquél denominó la "novela familiar". El problema es que esa "novela familiar" va sufriendo durante el tratamiento, un proceso de ajuste con el grupo real. Pero hay ciertas circunstan-- cias, tales como la ausencia de uno de los miembros del gru-- po familiar o un duelo muy enquistado, que hacen dificultoso a nivel individual, y en la familia, la asimilación de ciertos cambios, siendo una solución el trabajar con el grupo familiar. Vemos cómo la sintomatología de una paciente está - en conexión directa con un duelo no elaborado por el grupo - familiar, y que explicitar en grupo esa sintomatología provo-- ca el dolor que no había podido asumir en otros momentos. -- (Bauleo, A.J. 1974)

Nos parece oportuno (aclarar F. Riterman) que nosotros-- no solemos trabajar con grupos familiares constituidos únicamente por adultos, ni tampoco en los casos en que la consulta obedece a la supuesta existencia de un adulto psicótico - en la familia.

Nuestra mayor experiencia está referida al grupo fami-- liar con niños y/o adolescentes. Por otra parte, en general la consulta no es directamente de tipo familiar, sino que -- cuando el caso por el cual se acude a nosotros es de un niño

o adolescente, nosotros convocamos siempre a la familia.

La situación es más o menos la siguiente. Habitualmente, es la madre quien solicita la entrevista. Nosotros acostumbramos citar a ambos padres; esto casi siempre se cumple. De modo que la primera entrevista es con la pareja parental. Esta entrevista, con un desarrollo semejante al que hemos planteado antes, introducé el momento y punto de partida de la programación conjunta de la evaluación. Como parte de nuestra presentación, explicitamos a los padres nuestra necesidad de saber cómo es la familia para entender qué le pasa al niño o joven por el cual consultan. No exigimos la entrevista de grupo familiar, dado que ese modo de operar no corresponde a nuestra actitud de trabajo, pero en general por no decir siempre no hay oposición sino más bien una buena aceptación.

Los padres se muestran muchas veces aliviados al ver que serán partícipes de una tarea reparatoria. Solo en aquellas situaciones en las que hay una depositación masiva en el niño, ninguna o escasa posibilidad de rescate de la depositación y un pedido de delegación en un profesional para que "lo arregle", es muy difícil operar con los padres y por ende con la familia. Solo se prestan a dar información, lo más despersonalizada posible y manteniendo una actitud muy firme de no compromiso. Está claro que en estas situaciones la posibilidad de realizar una microoperación psicológica es casi nula.

En estos casos nos ha resultado muchas veces más conveniente, puesto que siempre articulamos el vínculo a partir de cómo se va insertando el consultante, trabajar cuidadosamente la programación terapéutica del niño, si llegamos a la conclusión de que esa es la alternativa. O sea, incluir en forma dosificada entrevistas con los padres, a los defectos-

de ir haciendo una tarea gradual de recuperación del grupo - familiar, a veces con éxito.

La evaluación operativa a partir de la consulta por un niño o adolescente suele desarrollarse con módulo de no menos de seis entrevistas, pues habitualmente se realizan dos-entrevistas con la pareja de padres con quienes se va haciendo un trabajo previo, que incluye: a) concreción de la problemática; b) conocimiento, a través de ellos, de los integrantes de la familia; c) conocimiento de los grupos familiares de origen; d) exploración del vínculo de la pareja parental, lo cual nos permite formular hipótesis de trabajo para la entrevista de grupo familiar e incluso programarla; e) -- trabajo operativo sobre la información que brindarán los padres al niño acerca de la tarea a realizar (pero que será -- también dada por el psicólogo al comienzo de la entrevista - grupal).

Luego acostumbramos hacer las entrevistas de grupo familiar, que pueden ser una o dos; rara vez más. Más adelante incluimos generalmente una entrevista con los niños o la pareja de hermanos que consideramos más representativa del modelo vincular parental, como exploración del modo vincular gestor del grupo familiar. Esto nos ha permitido elaborar -- ciertas hipótesis de trabajo e incluso la terapia conjunta -- de hermanos con éxito (esta tarea aún se halla en revisión).

A veces se ve al niño a solas, otras con alguno de los padres o ambos según cómo se vaya procesando la tarea. Siempre damos alguna información a los niños sobre la tarea que vamos realizando y las conclusiones a las que arribamos, aun antes de la entrevista final con los padres.

Finalmente se realiza la entrevista con los padres, -- que suele darnos la realimentación de lo trabajado con los -- niños, y con ellos realizamos el último cierre-apertura.

Respecto de los adolescentes, deberíamos agregar algunas variantes. A veces el adolescente es quien inicia la consulta, y a partir del vínculo organizado con él se convoca a la familia. Otras veces los padres inician el vínculo y se reproduce más o menos el modelo ya citado. Muchas veces, especialmente en estos casos, se hace una entrevista con el adolescente y los padres, sin los hermanos.

Estas entrevistas suelen ser sumamente movilizadoras. (Riterman, F. 1973)

Ackerman (1976) nos hace también referencia sobre que la base del tratamiento familiar es la entrevista terapéutica con una unidad viva, el grupo familiar funcional: todos aquellos que viven juntos como una familia bajo un mismo techo más todos los demás parientes que desempeñen un papel importante en la familia, aunque residan en otro lugar. En este contexto, el grupo familiar es la unidad de enfermedad y salud y la unidad para la influencia terapéutica; no el paciente aislado sino el padre, la madre, los hijos y a veces también los abuelos.

En la terapia familiar se examina el funcionamiento psíquico de una persona dentro del contexto más amplio de las adaptaciones recíprocas de los papeles familiares, y la organización psicosocial de la familia como un todo, tanto en el aquí y ahora como a lo largo de tres generaciones. En este medio especial, la mejoría de las perturbaciones afectivas requiere una correlación constante de los procesos intrapsíquicos e interpersonales. Dentro de este contexto, es esencial considerar el equilibrio de fuerzas en tres niveles de integración:

- 1) Un estado de enfermedad declarada con la aparición de síntomas organizados.

- 2) Un estado de vulnerabilidad al trastorno psíquico.
- 3) Un estado de salud efectiva.

Un problema particularmente difícil es la formulación de los conflictos nucleares de la familia y de las defensas familiares. Al tratar el conflicto el terapeuta persigue -- los siguientes objetivos:

- 1) Ayudar a la familia a alcanzar una percepción más clara y correcta de su conflicto.
- 2) Sacar a luz los conflictos interpersonales no manifiestos para introducirlos en los procesos actuales de interacción familiar, donde su solución es más accesible.
- 3) Elevar el conflicto intrapsíquico hasta el nivel del proceso interpersonal, en el que se lo puede afrontar más -- eficazmente.
- 4) Neutralizar el menoscabo y uso de víctima de una parte de la familia por otra. El fin es librar al miembro perseguido de una carga excesiva de ansiedad, contrarrestando desplazamientos inapropiados de hostilidad y conflictos. -- Siempre que es posible se remonta el conflicto hasta su fuente original en el grupo familiar, que a menudo se halla en la pareja de los padres. A este respecto con frecuencia el terapeuta hace causa común, temprariamente, -- con el "curador de la familia".
- 5) Promover un más alto nivel de integración en las relaciones entre los distintos papeles dentro de la familia. -- (Akerman, N.W. 1976)

Los objetivos de Frida Riterman y colaboradores (1975) en su proyecto terapéutico incluye: a) modificación del sistema vincular, b) posibilitar diálogo, c) esclarecer la ideología. Apoyado en lo que llama ejercicios centrados en la búsqueda de imágenes y metaimágenes. (Riterman, F. 1973)

En lo concerniente a las responsabilidades del terapeuta de la familia son múltiples y complejas. Requieren el uso más flexible y abierto y menos defensivo del propio yo.- El terapeuta tiene que ser activo y espontáneo y hacer libre el uso de sus propias emociones, aunque de modo selectivo y adecuado. Su función primordial es promover el uso por parte de la familia de su propia participación afectiva en pro de una alteración favorable en la homeostasis de las relaciones familiares. Debilita y conmueve equilibrios patogénicos anteriores y da oportunidad para una reorientación más sana de estas relaciones familiares. En tal papel se podría comparar su influencia a la de un catalizador, un agente químico que favorece reacciones, un resintetizador. Constantemente trata de comprender las relaciones entre la experiencia interior y la exterior, la intrapsíquica y la interpersonal. Coteja lo consciente con lo inconsciente, la realidad con la fantasía. Estimula aquellas formas de interacción que ofrecen mayores oportunidades para la eliminación de percepciones deformadas de sí mismo y de los demás, para disipar la confusión y aclarar la visión de los conflictos más notorios.

El terapeuta ofrece aceptación, afirmación del valor de la persona, comprensión y apoyo, cuando es necesario. Con sus propias actitudes convalida las expresiones genuinas de una emoción, trátase de una necesidad frustrada o de una cólera justificada. Proporciona un apoyo selectivo a los miembros más débiles contra los más fuertes; reconoce las necesidades personales insatisfechas, cristaliza temores no realistas de sufrir daño y castigo, abre nuevas vías de satisfacción y ofrece una configuración más amplia de interacciones para la prueba de realidad. Introduce en la familia algo nuevo, las emociones y percepciones adecuadas en lugar de las incorrectas. Es esencial para todo esto la superación de los tabúes cargados de ansiedad que impiden compar--

tir los problemas familiares vitales.

El terapeuta facilita los esfuerzos de la familia para equilibrar semejanzas y diferencias, conjunción e individuación en los procesos de la vida familiar. Afirma las bases positivas para la experiencia compartida y la identificación. Alienta el respeto por las diferencias.

De tal manera se hacen posibles nuevos niveles de co--participación, apoyo, intimidad e identidad y un mayor grado de mutua satisfacción de necesidades. El terapeuta estimula la necesidad de un examen crítico de las metas y los valores de la familia, especialmente de aquellos que atañen a las --funciones básicas del esposo y la esposa, el padre y la ma--dre, padres e hijos, hijos y hermanos, padre y abuelos. A medida que los miembros rectifican sus líneas de conjugación y separación, el terapeuta alienta el reconocimiento de las posibilidades para un nuevo desarrollo y una experiencia -- creadora en la vida familiar. (Akerman, N.W. 1978)

A veces toda la familia está invadida por la desilu--sión, el fracaso y la depresión. Aun así siempre existe un--soplo de esperanza. Es responsabilidad del terapeuta el alimentar esta esperanza y consolidar la confianza de que la familia puede lograr algo mejor.

En la evolución de este método, han ido surgiendo di--versos enfoques importantes que no se excluyen entre sí: 1) reeducación de la familia a través de la orientación; 2) reorganización a través de un cambio en los patrones de comunicación familiar, y 3) resolución del conflicto patógeno e inducción de cambios y crecimiento por medio de un enfoque dinámico en profundidad de las corrientes afectivas de la vida familiar. (Akerman, N.W. 1978)

En el proceso terapéutico familiar, las realidades de-

la situación de grupo son una fuerza omnipresente, el terapeuta actúa como una persona real y es al mismo tiempo blanco de la proyección. Aunque las realidades del grupo son fluidas y cambian con el curso del tiempo, el impacto afectivo sobre los miembros de la familia es inmediato. La experiencia terapéutica familiar ofrece una gratificación selectiva de las necesidades emotivas. Favorece la descarga motora de las emociones. Proporciona una matriz para la resolución del conflicto en el nivel de la acción y la reacción, donde se contrasta constantemente la propia imagen con la de la otra persona. Se vive el conflicto en las relaciones interpersonales; se exterioriza y se lo experimenta en la acción. De este modo la terapia ofrece una satisfacción de necesidades afectivas válidas, abre vías para la solución del conflicto, proporciona un apoyo para la autoestima, promueve defensas sanas contra la ansiedad y crea un marco interpersonal expandido para el crecimiento.

En tal contexto el terapeuta introduce algo de sí mismo que es nuevo para los miembros de la familia, las emociones y percepciones correctas que neutralizarán a las inadecuadas.

El verdadero cambio en dirección a la salud tiene lugar a través de un ensayo progresivo de nuevas maneras de pensar, de sentir y de actuar. Gradualmente se puede alcanzar una nueva síntesis de percepción, emoción, expresión corporal y acción social.

Y dentro del tratamiento encontramos también la posibilidad de el espacio familiar que es una dimensión desde donde es posible reconstruir: a) las relaciones familiares en su dimensión inconsciente, por medio del estudio de las configuraciones espaciales variables o estables; b) la estructura inconsciente del grupo familiar, esto es aquello depen-

diente, por su carácter fundante, de la modalidad de constitución del grupo conyugal, y su relación con la familia materna; c) las determinaciones históricas que dieron origen a y se mantienen como sistema de relaciones en la estructura inconsciente. Así como el espacio, el tiempo familiar también resulta importante.

Cada familia ordena sus acontecimientos vividos en un tiempo que retiene todas las características de la estructura familiar. Cuando los integrantes de una familia relatan su historia como grupo, conscientemente recuerdan algunos -- acontecimientos pasados con seguridad importantes y por -- ellos grabados en la memoria, pero también olvidan algunos -- episodios y ocultan otros, posiblemente no menos importantes. Los acontecimientos recordados son ordenados desde la organización actual del grupo familiar y a menudo contribuyen a ex plicar algunas contradicciones de éste.

El tiempo, es considerado un objeto semiótico organizado derivado de una estructura familiar inconsciente. Así co mo el estudio del espacio en tanto organización sincrónica, -- nos permitía inferir una ordenación del tiempo nos permitirá recuperar, a su vez, una estructura acrónica. (Berenstein, -- I. 1978)

El terapeuta tiene que decidir si un patrón de defensa existente es una adaptación defectuosa tanto para los miembros individuales de la familia como para la familia en gene ral, o si tiene una función psicosocial, protegiendo la cohe rencia y la integración de la familia. Debe tratar de lo -- lograr un equilibrio entre las ventajas y las desventajas clínicas que surgirán con el rompimiento de esos patrones, y de ne ha guiado por el sistema de valores de la familia, de la sociedad, y el suyo propio. Después de esos preliminares, -- puede ser capaz de localizar el foco primario de infección --

en la familia; determinar prioridades para el tratamiento, - sus metas, su estrategia y su técnica; en resumen, formular una línea racional para la acción terapéutica. No hace falta decir que esa línea racional es indispensable para cualquier enfoque terapéutico, ya se refiera al individuo, a la familia, o a grupos de otras denominaciones. (Ehrenwald, J.-1977)

En resumen el objetivo primario del terapeuta de familia es movilizar un sistema racional efectivo de comunicaciones entre los miembros de la familia; un sistema que exponga las expresiones escondidas y distorsionadas de emoción que - predominan en la familia alterada y que afectan de manera adversa al miembro o miembros enfermos. (Kolb, C.L. 1978)

CAPITULO V

TRATAMIENTO DEL FARMACODEPENDIENTE
DENTRO DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR

Hemos visto ya como la Psicoterapia familiar cada día es más utilizada y como varios autores de los que revisamos hacen sus aportaciones a esta técnica terapéutica.

En lo referente al tratamiento de enfermos farmaco-dependientes, en los últimos años se ha notado un creciente interés en lo que se refiere al papel de la familia en la génesis, mantenimiento y tratamiento del uso y abuso de drogas. Ya en programas para el abatimiento del uso y abuso de alcohol se han empleado estrategias que incluyen la orientación y/o tratamiento del núcleo familiar del enfermo alcohólico con resultados efectivos.

A diferencia de el alcoholismo la intervención familiar en el tratamiento del enfermo farmacodependiente, es relativamente nueva, así como relativamente nuevo el problema del uso y abuso de drogas a nivel social.

Coleman y Davis (1978) se sorprendieron al encontrar que de los 2012 programas que respondieron a una encuesta para determinar el grado en el que se estaban empleando los enfoques de tratamiento familiar en programas de drogas en los Estados Unidos (un promedio de respuesta del 63%) el 93% proporcionaba servicios familiares o tratamiento familiar por lo menos a una porción de sus clientes; 69% mencionó, específicamente, que proporcionaba terapia familiar en la que se incluía al usuario de drogas.

Cuando se les preguntó si el tratamiento familiar era importante para el proceso de recuperación del adicto, las -

respuestas fueron las siguientes: 74.2% muy importante; -- 21.1% importante; 1.9% poco importante, y, 0.1% nada importante. El 75% de las instituciones que tenían programas familiares tendían a ver al paciente junto con su familia y el segundo enfoque más común fue la terapia marital. Se consideraron útiles las teorías del comportamiento y aprendizaje y se aplicaban con frecuencia las tareas familiares y el juego de roles. Los tres teórico/practicantes en relación a la familia que más influyeron fueron: Virginia Satir, Jay Haley y Salvador Minuchin. (Coleman, S.B. y Davis, D.I. 1978).

Se subrayó la importancia de los factores familiares. Es imprescindible que la labor de los tratamientos alcance -- tanto a la familia como al farmacodependiente si quiere realizar un trabajo cuyos efectos perduren: grupos de terapia -- familiar, entrevistas personales con los diferentes miembros de la familia, actividades para ellos, etc., mediante los -- cuales cobren conciencia de sus actitudes hacia el miembro -- enfermo y la farmacodependencia, de que se den cuenta de sus repercusiones y se enseñen a desarrollar patrones de conducta que ayuden al interesado a crecer y formar su personalidad. No es posible remediar todos los aspectos estructurales de la familia, pero se pueden modificar las relaciones -- e interacciones dentro del núcleo familiar, con lo cual se -- afianza la curación del enfermo y se disminuye el riesgo de las recaídas que, como es sabido, peores que el primer brote de la enfermedad.

Además, el atender a la familia, el escuchar sus problemas, el despertar su atención y captar su interés, constituye el mejor aliado en el combate de la farmacodependencia -- en general y del interesado.

La familia también es una valiosa fuente de información sobre el problema, sus manifestaciones y su significado

específico dentro de determinado contexto social.

Desde las épocas más tempranas, cuando la teoría del psicoanálisis comenzó a producir un impacto en el pensamiento psicológico o psiquiátrico y Freud postulaba la etapa oral como una etapa básica del desarrollo psicosexual, aparecen autores que exponen sus puntos de vista en todo lo que se refiere a esta etapa primera del individuo Lacan (1977) - por ejemplo menciona el destete como ablactancia y se refiere al concepto mismo como terminación del período de lactancia "el complejo del destete que por un lado, se produce con rasgos tan generales en toda la extensión de la especie que es posible, así, considerarlo como genérico; por otra parte - representa en el psiquismo una función biológica ejercida por un aparato anatómico diferenciado: la lactancia. Se pueden comprender así las razones que llevaron a considerar como un instinto, incluso en el hombre, a los comportamientos fundamentales que unen la madre al niño, pero se omite de ese modo un carácter esencial del instinto: su regulación fisiológica, que se manifiesta a través del hecho de que el instinto maternal deja de actuar en el animal cuando se ha llegado al término de la cría.

En el hombre, por el contrario, el destete se encuentra condicionado por una regulación cultural. Esta se manifiesta como dominante, aún si se lo limita al ciclo de la ablactancia propiamente dicha, al que corresponde, sin embargo, el período fisiológico de la glándula común a la clase de los mamíferos. Aunque sólo en las prácticas atrasadas que no se encuentran todas en vías de desaparición se observa en realidad una relación netamente contra-natura; sería ilusorio, sin embargo, buscar en la fisiología la base instintiva de esas reglas, más conformes a la naturaleza, que imponen al destete al igual que al conjunto de las costum---

bres el ideal de las culturas más avanzadas. En realidad, y a través de alguna de las contingencias operatorias que comporta, el destete es a menudo un trauma psíquico cuyos efectos individuales, anorexias llamadas mentales, toxicomanías por vía oral, neurosis gástrica, revelan sus causas al psicoanálisis. (Lacan. 1977)

El proceso de ablactancia es determinante en cada individuo y su familia es importante señalar que lo mencionado por Lacan con respecto a "contingencias operatorias en el destete" pueden dar como resultado cuadros de toxicomanías por vía oral, si bien es cierto que requiere de cuidado, atención, cariño y protección en esta etapa donde se genera la seguridad del individuo, donde se le acompaña y se reduce su angustia y se da confianza.

De lo anteriormente dicho debería desprenderse que es imposible considerar al hijo separadamente de la familia. Cada fase de su crecimiento está relacionada con el medio familiar; desde el comienzo, su adaptación a dicho medio debe ser considerada como un proceso biosocial. Sólo teniendo en cuenta este proceso, podrá el terapeuta encarar los problemas de diagnóstico y tratamiento que tienen que ver con el niño.

Si bien los factores hereditarios afectan cualidades tales como el tipo físico, la afectividad, la reactividad motora y el potencial intelectual, los procesos de socialización modelan toda la conducta. Los canales de expresión de las necesidades fisiológicas son organizados por la interacción social entre el hijo y el progenitor y por las relaciones interpersonales típicas dentro de la familia. La individualidad del niño es incompleta; éste desarrolla una autonomía sólo relativa.

Las fases de desarrollo del niño son, en realidad, niveles progresivos de integración biosocial con su medio familiar, y de diferenciación con respecto a dicho medio. En cada etapa de maduración su impulso, su defensa, su percepción de sí mismo y de los demás, su conflicto y su ansiedad son considerados como elementos interrelacionados dentro de una unidad de adaptación.

La etapa postnatal inmediata refleja principalmente una adaptación vegetativa. El organismo se alimenta, duerme, llora cuando tiene hambre. La integración de las funciones del sistema nervioso es incompleta; las respuestas perceptuales son imperfectas y relativamente no organizadas y no dejan todavía residuos psíquicos permanentes.

La segunda etapa es una etapa de unión simbiótica primaria con la madre. Aunque físicamente separado de su madre a partir del nacimiento, el lactante depende totalmente, para su supervivencia y desarrollo, de la unión simbiótica con la madre. Necesita alimentos, abrigo afectuoso, contacto y estimulación táctiles, y protección contra el peligro. En esta etapa la conducta del niño alterna entre un total desamparo y desvalimiento y una lucha por el control omnipotente. La urgente necesidad de alcanzar un dominio omnipotente es considerada, no como una función del niño como individuo, sino más bien como una función de la unión simbiótica de éste con la madre. El niño ordena, la madre obedece, la madre ordena, el niño obedece. El niño aún no es capaz de distinguir al self de la madre de su propio self. La madre funciona, no solo como fuente de amor y de seguridad, sino también como agente perceptivo y ejecutor del niño, comunicando a través de su conducta sus propias interpretaciones afectivas de las realidades reinantes y también sus recursos para engendrarlas. En esta etapa, el niño ya está capacitado para

darle a la madre una respuesta cálida y afectuosa. Una separación prematura, excesiva, terrible o repentina de la madre provoca en el niño sentimiento de pánico, desamparo y temor de perder la vida y puede producir estallidos de agresión - (Akerman, N.W. 1976)

Durante la vida temprana del niño la influencia de la dominación maternal puede ser aún más desastrosa para el desarrollo afectivo de aquél, que la influencia de un padre excesivamente autoritario. Pero en todas las edades el niño - será sensible, consciente o inconscientemente, a toda clase de dominación, sea abierta o verbalizada o indirecta y sutil.

Como consecuencia de la falta de afecto que el niño - percibe (o interpreta) en una madre imperiosa, puede comenzar a adquirir tempranamente una necesidad compulsiva de lograr el afecto de todo el mundo, que puede subsistir durante toda su vida, haciéndolo inseguro y dependiente en exceso de otras personas. Debido al constante escepticismo respecto al afecto de la madre en la niñez, puede llegar a dudar y a ser escéptico respecto a casi todo y casi todos en la vida ulterior. Puede inclusive utilizar inconscientemente al escepticismo como una máscara de afectación para ocultar su inseguridad.

Un temor permanente a una autoridad materna excesivamente severa le impedirá al niño desarrollarse de acuerdo - con sus posibilidades tratará de modelarse según los deseos e impulsos del padre dominante, para evitar una ulterior dominación y el castigo, y para conservar el afecto de los padres, de quienes se siente dependiente. Al mismo tiempo, surgirán sentimientos conscientes o inconscientes de aversión - contra el padre que está restringiendo su impulso hacia el - crecimiento y la perfección. El temor a las represalias por

su odio intensificará su ansiedad primaria, pues hay pocas - cosas en la vida que los niños sientan más que frustración - de sus esfuerzos hacia la autorrealización. (Fromm Reichmann, F. 1977)

Podríamos decir que si hablamos de farmacodependencia - término acuñado en el seno de la OMS (1966) que se refiere a la dependencia física o psíquica de algún tóxico cerebral in troducido al organismo y que crea adicción, donde el sujeto - se va a sentir impulsado a hacer uso y otras veces abuso de dichas sustancias, de cualquier forma estamos diciendo que - el sujeto es un dependiente y no solo en lo referente a tóxi - cos cerebrales sino también la estructura de su personalidad es de tipo dependiente de imágenes o representaciones inter - nalizadas de figuras bien representativas de la infancia - y más particularmente de la etapa postnatal en el período de lactancia, y hemos visto también como se genera una aversión de los hijos hacia los padres cuando estos restringen o impi - den la autorrealización que no es esta última sino un perío - do de emancipación o desligamiento de los padres, para ser - ellos mismos discriminar entre la imagen a el self de la - imagen de la familia. En adelante veremos como se presenta - el grupo familiar ante la situación terapéutica donde uno de los objetivos es establecer la identidad personal y funcio - nal armónica del paciente identificado y su familia, ya que cuando llega a tratamiento el paciente farmacodependiente - (para nuestro objeto de estudio) o puede ser por otro tipo - de padecimiento, donde es el mismo paciente quien solicita - ayuda terapéutica otras veces algún miembro de la familia solicita la ayuda generalmente es la madre del paciente ado - lescente quien pide sea atendido su hijo.

Hasta aquí podríamos pensar que todo va bien que ahora solo se trata de atender al paciente y que solamente depende

rá el éxito terapéutico de la buena disposición del paciente y otras características de este orden que reciba el sujeto y de la experiencia y buen manejo del terapeuta, solo que no es así por la experiencia teórica práctica, sabemos que la familia no desea consciente o inconscientemente el restablecimiento del paciente identificado revisemos a Don Jackson. (1974) quien ha trabajado con pacientes esquizofrénicos.

En nuestra limitada experiencia con las familias insatisfactorias inestables en terapia conjunta hemos comprobado que la recuperación del paciente significa una seria amenaza para los padres y, a veces para un hermano. Hemos comprobado sin lugar a dudas que muchos pacientes se sacrifican y regresan al hospital para no perturbar a la familia.

Por otra parte la familia exhibe una tendencia tan -- acentuada a mantener la enfermedad del paciente, y este mismo se encuentra tan dispuesto a aceptar el rol que los terapeutas pueden sentirse fácilmente desesperanzados. (Jackson, D.D. 1974)

En los enfermos farmacodependientes ocurre de manera -- similar al enterarse de la farmacodependencia de alguno de -- sus miembros, la familia suele preocuparse y buscar la forma de resolver este problema, por lo cual acude con el interesa do a un centro de tratamiento generalmente la familia está -- muy angustiada y en las más de las ocasiones se siente culpa ble e impotente otras veces.

La dinámica familiar "normal" hacia el farmacodepen-- diente es el punto de convergencia de sus conflictos y así -- logra ignorar los otros: al iniciarse la rehabilitación del -- adicto, se rompe este "equilibrio" y la familia reacciona -- oponiéndose, por temor a enfrentarse con aquellos conflictos

más severos. Un tratamiento que no integra a la familia corre en la mayoría de las veces de ser obstaculizada por la misma, ya sea porque no lo apoye o porque se oponga de manera velada o abierta.

Volvemos con Don Jackson quien nos dice: por otro lado, cuando se logra proporcionar a los pacientes una ayuda eficaz en el aislamiento relativo del hospital su regreso a la familia origina trastornos, en los padres o en el paciente que sufre entonces una recaída o en ambos.

Lo esencial que cabe deducir de todas estas cuestiones que son ya conocidas es que el tratamiento de un paciente psiquiátrico necesariamente implica tratar con miembros de su familia.

Como hemos visto una familia constituye un sistema dinámico de estado constante; los caracteres de los miembros y la naturaleza de su interacción, incluyendo cualquier paciente identificado y su conducta enferma son tales que mantienen un status quo típico de la familia, y reaccionan tendiendo a restaurar ese status quo frente a cualquier cambio, tal como se supone el tratamiento de cualquiera de sus miembros.

La psicoterapia de un miembro puede perturbar a la totalidad de la familia o, inversamente, porque el progreso en psicoterapia puede resultar imposible para un miembro individual si se excluye al resto de la familia (Jackson, D.D. - - 1974)

De lo anteriormente expuesto se desprende que día a día se resalte la importancia de tratar a la familia como un todo y no solo al enfermo identificado que se le ha llamado chivo emisario (Akerman) emergente (Pichón Riviere) etc.

Cooper (1972) en su controvertida obra "psiquiatría y-

antipsiquiatría" dice al respecto:

Nos negamos a aislar como "enfermo" al miembro hospitalizado de la familia, y tratamos en muchos casos de delinear su rol, tanto concreta como teóricamente, como un rol de víctima, como el de quien sacrifica su existencia autónoma personal a fin de que los otros miembros de su mundo familiar - puedan vivir relativamente sin culpa (Cooper, D. 1972)

Se hace necesario nombrar a Pichón Riviere, quien desde hace veinte años trabaja con grupos familiares y ha desarrollado un enfoque psicosocial sobre esta cuestión. Ha elaborado conceptos tales como el de emergente, el gestor como-representante de los conflictos del grupo, la cuestión del malentendido como situación fundamental a esclarecer, los problemas de comunicación grupal, la visualización de las ideologías en y a través del grupo (como problemas generacionales, el miedo al ataque y el miedo a la pérdida.

Nos parece oportuno penetrar en el enfoque de Pichón - Riviere y observar cómo esta concepción de pasajes entre la estructura familiar y la enfermedad individual.

Así localizamos tres supuestos que organizan el diagnóstico y el futuro terapéutico y que, como un continuum tratan de llevar de la familia al paciente.

Iremos nombrándolos en lo que sería una secuencia evolutiva.

El mecanismo de la depositación, cuyo antecedente lo encontramos en la teoría económica feudiana, habla de un juego entre el depositante, lo depositado y depositario. Juego en el cual una carga (o cuántum") de ansiedad no elaborada, se moviliza entre los diferentes integrantes del grupo familiar.

En un momento determinado el movimiento, que era multidireccional, se convierte en unidireccional, es decir que converge sobre un integrante, el que se sobrecarga y se ve imposibilitado de despojarse de lo depositado.

Una vez estructurado este momento se pasa al siguiente, en que el grupo aplica un mecanismo de segregación del depositario, no reconociéndose ya como propio del grupo, sino como ajeno, lo que al sujeto le sucede. Así, el mecanismo de segregación sería la forma como el grupo expulsa en dos extremos, adentro y afuera de su seno, a quien le depositó previamente, la ansiedad resultante de situaciones conflictivas no elaboradas.

En correlato con ambas postulaciones se halla un tercer concepto, el de emergente, del que ya hemos hablado.

Diremos así que la teoría de la depositación, la de segregación, y el concepto de emergente, constituyen una explicación y una relación entre enfermedad individual y grupo familiar. (Bauleo, A. J. 1974)

La terapia familiar puede constituir una ayuda sustancial en algunos tipos de desórdenes adolescentes, siempre y cuando no se la considere como una terapia total. Los trastornos en la formación de la identidad, los conflictos con los padres, los cambios en cuanto a las normas morales, los problemas de acting out: todas estas dificultades responden bien al tratamiento. La terapia familiar resulta útil en conflictos que tienen que ver con la imagen del self y la imagen de la familia. Puede linear al adolescente, permitiéndole que cambie y crezca a su propia manera. Cuando, como sucede con frecuencia, se utiliza el recurso del "Chivo-emisarismo" para mantener un equilibrio familiar precario, el tratamiento del grupo familiar puede suministrar la única

vía de acceso al adolescente. (Ackerman, N. W. 1978)

Una vez revisados los puntos pertinentes, en base al - objetivo primero de este trabajo, considero oportuno abordar ya el encuadre de trabajo terapéutico del paciente y su familia y empezaré por hacer referencia de dos personajes que - han tenido amplia experiencia en tratamientos familiares.

Jackson (1974) habla de ello: Consideramos que hemos-- obtenido cierto éxito en el tratamiento de familias. Nues-- tra meta principal ha sido la de ayudar a los padres a com-- prender cuán autoprivadores son y evitar así la culpa y - las acusaciones que se hacen contra ellos. De nuestra teo-- ría se deduce que confiamos en permitirles realizar manio-- bras simétricas, lo cual, a su vez, ayudará al paciente a hahcer lo mismo. (Jacson, D.D. 1974)

Ackerman (1978) por su parte dice: La adaptación o -- falta de adaptación de los miembros de la pareja solo puede-- evaluarse adecuadamente en el marco de la familia considera-- da como un sistema integrado de conducta con valores dominanutes y un patrón organizacional definible. La adaptación conyugal debe ser contemplada dentro de esa red más amplia de - relaciones que refleja los vínculos de identidad de cada - miembro de la pareja con su respectiva familia de origen y - con la comunidad más amplia. Además de la unión sexual re-- sultan pertinentes las funciones básicas de la familia que - tienen que ver con la seguridad, la crianza de los hijos, la formación social y el desarrollo de los cónyuges, como pare-- ja y como individuos. Porque la familia tiene su punto de - partida en el matrimonio, los desórdenes de interacción mariltal ocupan un lugar de importancia capital en la dinámica y el desarrollo de la familia. Los objetivos de la terapia de los desórdenes conyugales son aliviar la zozobra y el funciou

namiento perturbado de la relación, consolidar los recursos-compartidos para solucionar el problema, reducir el conflicto, al tiempo que se mejora el nivel del manejo, fomentar el reemplazo de controles y defensas patógenos por otros más - apropiados, acrecentar la complementariedad de las relaciones en el nivel sexual, emocional y social, reforzar la inmnidad contra los efectos desintegradores del trastorno emocional, promover el crecimiento de la relación y de cada uno de los miembros de la pareja como individuo, y adaptar el patrón del matrimonio a las necesidades de un ulterior crecimiento de la familia.

La terapia comienza con la exploración de problemas notorios. Sólo cuando el terapeuta se va comprometiendo en el proceso concreto del tratamiento, logra, paso a paso, la comprensión necesaria del contenido específico del desorden matrimonial.

Al principio, resulta conveniente entrevistar a la pareja dentro de la matriz del grupo familiar, incluyendo a todos aquellos que desempeñan un papel en la lucha actual: hijos, abuelos e incluso parientes más lejanos. (Ackerman, N.-W. 1978)

Quise hacer esta intervención en el sentido de que es importante primeramente establecer cómo llega a enfermarse - un sujeto a partir de una estructura familiar y de pareja - enfermas a su vez, pero que si establecemos una relación adecuada en la pareja y en la familia no solo rescatamos al paciente identificado sino que lo valioso es que en lugar de - desaparecer el síntoma familiar (paciente lo identificado) - podemos curar la enfermedad (padre y/o madre) y así estructurar una relación familiar más sólida, armónica y funcional - entre sus miembros. Como el estudio de esta investigación -

es el tratamiento del enfermo farmacodependiente dentro de la terapia familiar considero que debemos hablar sobre las características de la familia y del adolescente ya que hemos visto que en esta etapa es donde se presenta un alto índice de farmacodependientes.

Revisemos los aspectos teóricos sobre un trabajo presentado por la Dra. Castañón (1981) en un simposio sobre adolescencia en la Cd. de México, D. F.

Muchas familias van a poder manejar su existencia a través de su ciclo. Algunas otras no van a ser capaces de manejarlo adecuadamente, especialmente en la adolescencia.

El sistema familiar se va a ver alterado, dependiendo de una variedad de factores. Estos factores se van a relacionar con la posibilidad de los miembros de la familia para lograr terminar adecuadamente las tareas de dicha etapa.

Glick y Kessler (1974), así como Sátir (1967), afirman que cuando una pareja ha logrado completar cierta etapa de su propio desarrollo personal, incluyendo sus relaciones con sus propias familias de origen, van a poder manejar el reto de la adolescencia. Muchos matrimonios o familias pueden tener una dificultad crónica en lograr cumplir los requisitos de esta fase.

El cambio es difícil y la necesidad de modificar o abandonar patrones disfuncionales de interacción se vuelve necesario en la adolescencia debido a presiones internas y externas por las que el adolescente pasa y confronta a los padres.

Taichert (1979) afirma que existe un temor que inmoviliza a los padres a lograr un rol parental efectivo en la adolescencia debido al reto de los hijos, que en esta etapa

es mayor.

Shapiro (1967) relaciona la patología en el adolescente con una dificultad en la alteración de las relaciones objetivales. Existe un retiro de la inversión de la libido de los padres y la re-inversión de la libido en nuevos objetos. La patología del adolescente se relaciona con la familia, la cual trabaja en contra de la capacidad del funcionamiento autónomo del yo del adolescente y que lleva esta capacidad al conflicto.

El pensamiento abstracto del adolescente le da una libertad de conceptualización en relación consigo mismo, así - como en relación con sus padres y la sociedad. Le da la posibilidad de diferenciarse de sus padres y aliarse con nuevos objetos e instituciones. Esto no sucede en familias disfuncionales en donde los padres no permiten una autonomía - del yo y en donde éstos no han definido su rol como personas ni como padres. Así mismo, el adolescente protege a los padres uniéndolos o previniendo una separación o un divorcio.- (Castañón, V. 1981).

Así podríamos explicarnos porqué el uso indebido de - drogas, parece ser inicialmente, un fenómeno de la adolescencia, si es en esta edad donde el joven requiere de orientación, apoyo, compañía y comprensión y donde las familias disfuncionales no le pueden apoyar en sus necesidades porque ni ellos mismos lo reúnen como personas menos aún como padres.

Al estudiar la estructura familiar, se hace evidente - la importancia de la adolescencia, en el uso indebido de drogas. El prototipo de la familia de un usuario - como se describe en casi toda la literatura es aquella familia como la que uno de los padres está muy involucrado en el abusador, - mientras que el otro padre es más castigador, más distante -

y/o ausente. Generalmente el padre más involucrado, más indulgente y sobreprotector es el padre del sexo opuesto.

Por otro lado en tanto que el comportamiento del joven esquizofrénico mantiene a la familia junta dándoles un problema en el cual concentrarse evitando así la discordia entre los padres o su separación, el uso de las drogas puede tener consecuencias de adaptación (Davis et al. 1974; Hales-1973). Esto puede llegar hasta la etapa adulta y existe evidencia de que la mayoría de los adictos a las drogas mantienen una cercana relación familiar hasta los 30 años y en ocasiones hasta más.

Enfoque para el tratamiento.

Definiremos aquí, de acuerdo con Coleman el tratamiento familiar como una terapia o consulta de los miembros de una familia, donde un líder (terapeuta/consejero) ayuda a la familia a resolver sus problemas y a lograr formas más positivas y constructivas para relacionarse entre sí. La composición del grupo de personas que asisten a una sesión puede variar de acuerdo con la elección, experiencia o "escuela" del terapeuta y también puede variar de sesión en sesión con el mismo terapeuta. La práctica general consiste en tener más de un miembro presente en una sesión determinada, ya sea una pareja matrimonial, una pareja de padre-hijo o la que sea. Una piedra angular de todo el enfoque es que cualesquiera que sean las técnicas específicas aplicadas, éstas se dirigen a todo el sistema familiar, en lugar de a un grupo de individuos separados, el todo hace más que la suma de sus partes, e incluye a los miembros más sus interacciones.

Antes de pasar específicamente el tratamiento consideraremos las diferentes funciones que las drogas tienen en -

una familia, especialmente, cuando se ingieren en forma regular o compulsiva. Por ejemplo ¿ayudan éstas a mantener el equilibrio dinámico de la familia, su homeostasis? ¿ayudan a clasificar a un miembro de la familia como inútil e incompetente y por lo tanto incapaz de dejar el hogar? Finalmente, ¿ayudan como un problema que unifica y mantiene intacta a la familia en tanto que una catástrofe une a la gente que la experimenta junta?

Aquellos que han estudiado el uso compulsivo de las drogas en las familias, han aceptado, casi en forma universal, el hecho de que la ingestión de drogas por parte de un miembro de la familia generalmente es tolerado por los demás familiares; puede hasta ser fomentado abiertamente o a escondidas. Davis (1977) Además, puede ser que el patrón de ingestión de drogas no sólo sea apoyado y mantenido por el sistema, sino que la familia realmente trabaje para sabotear aquellos esfuerzos de tratamiento que empiezan a tener éxito en reducir o eliminar la ingestión. En la literatura se ha reportado muchos ejemplos de este tipo, tales como el de la esposa de un alcohólico que ya se ha recuperado y que le compra al esposo una botella de licor para su cumpleaños, o el padre de un adicto a la heroína que le da a su hijo dinero para comprarla.

Existe también entonces la evidencia de que haya una confabulación inconsciente para que el adicto siga siéndolo. Dichos factores no deben olvidarse al considerar los temas de tratamiento familiar. Por el otro lado, puede ser positivo el que la familia se involucre (Dell Orto 1974). La influencia inherente de los demás puede utilizarse para ayudar a que la persona que abusa de las drogas se sobreponga a su problema, en lugar de ayudarlo como una fuerza que lo mantiene. Con respecto a esto. Eldred y Washington encontraron en

entrevistas realizadas con 158 adictos a heroína, entre hombres y mujeres, que las personas que los pacientes habían pensado que les serían útiles en su intento por dejar las drogas fueron los miembros de sus familias de origen, sus familiares políticos y su segunda y tercera elección fueron una pareja del sexo opuesto y el paciente mismo. Además, Levy indicó que en un seguimiento de 5 años a personas adictas a los narcóticos encontró que los pacientes que superaron con éxito la ingestión de drogas tuvieron con más frecuencia el apoyo familiar.

Se han realizado diversos programas de grupo con individuos o parejas que tienen hijos que ingieren drogas. Con frecuencia el contenido es de naturaleza educativa. En el primer estudio sobre este enfoque Hirsch (1964) describió un grupo de 5 padres en el cual los participantes se resistían a ser llamados pacientes y preferían ver al grupo como un programa de clases o conferencias del cual podían obtener consejos. Ganger y Shugart (1966) trabajaron con dos grupos de madres de adictos pero no reportaron sus técnicas. Dell-Orto y Zibell (1974) discutieron las ventajas de un grupo de padres convocado como parte de un programa de tratamiento de internos. Tec (1972) aprovechó la preferencia del material educativo para orientar al grupo de padres mediante la enseñanza de una mayor comunicación entre padres y adolescentes. Huberty y Huberty (1976) llegaron más lejos al tratar, conscientemente, de hacer que el grupo de padres fuera una experiencia de recreación o "diversión"; a pesar de que los problemas maritales de los padres de los adolescentes usuarios fueron tratados con detenimiento, los autores creen que la técnica de los grupos ayudó a reducir el mínimo las proporciones de deservión. Finalmente, Ziegler-Driscoll (1977) observaron que en los grupos de "familiares" compuestos en -

su mayoría por padres, se desarrolló unión y eventualmente -- los padres se mantuvieron en contacto fuera del grupo y se -- ayudaron unos a otros en las crisis. Los grupos también cam-- biaron del énfasis sobre los problemas de sus hijos adictos-- al de sus conflictos como padres.

Mason (1958) publicó el primer reporte sobre tratamien-- to del padre y el paciente identificado; trato sólo con éxi-- to marginal, de hacer que las madres de los adictos se com-- prometieran en terapia de grupo de padres; en los casos en -- que esto se llevó a cabo, reportó que el proceso del trata-- miento sí fue un poco más favorable. Valum (1973) reportó-- el caso de un joven de 19 años con el cual se utilizó esta -- técnica con éxito. Amendolara en 1974 describió como un gru-- po de madres de jóvenes suburbanos usuarios evolucionó en un grupo grande de padres, ella pensaba que esto era útil y -- esencial para el éxito del tratamiento. Caroff (1970) y -- Gottesfeld (1972) al trabajar en privado con las familias -- completas que tenían un hijo adolescente usuario de drogas, -- sintieron que el involucramiento activo por parte de los pa-- dres (vistos juntos como pareja) era necesario para reducir-- la ingestión de drogas. Kovacs (1975) también observó lo -- útil que era trabajar con la familia y no solo con el adoles-- cente adicto.

El primer estudio publicado específicamente sobre el -- tratamiento multifamiliar contra el abuso de drogas, fue he-- cho por Klimenko en 1968 (aunque Wolk y Diskind habían reco-- mendado ya dicho enfoque en 1961). Ella describió un progra-- ma de pacientes externos, en el cual un número de familias -- de farmacodependientes eran tratadas en conjunto por coterape-- utas en un intento por mejorar la comunicación familiar y -- promover el entendimiento entre los miembros.

Se han utilizado muchos enfoques diferentes en el tratamiento de pacientes externos de familias de adictos.

Frederiksen (1976) utilizaron un contrato moderado para modificar la relación entre un adolescente con adicción a drogas múltiples y su familia, y se observó tanto una mejora en la relación familiar como un considerable descenso en la ingestión de drogas. Wieland (1975) describen un sistema a nivel nacional de "Centros de Meditación Familiar", los cuales proporcionan servicios a corto plazo, orientados a las crisis de las familias de los adictos a drogas múltiples. Las técnicas incluyen: una mejora en las habilidades de comunicación; las negociaciones familiares, el establecimiento de metas que pueden alcanzarse, etc. Los cálculos por parte del personal del número de casos que muestra por lo menos una solución parcial del problema existente, varía de un 65- a 93%. Panio (1976) presenta un modelo "centrado en el problema" para el tratamiento familiar con adictos; trata sobre las técnicas para identificar y evaluar los problemas familiares, con la mira de cambiar los patrones de inadaptación en la solución de los problemas, dentro de un marco de co-terapia.

Dell Ortho identificó tres prerequisites que debe presentar la familia para que se desarrolle el proceso: 1) compromiso por parte de sus miembros 2) capacidad de reconocer los posibles beneficios de la terapia, 3) sentimientos, que puedan superarse, de fracaso y de que se preparen ante una situación amenazante. Por su parte Meeks y Kelly sugieren que se comunique a la familia lo siguiente:

- 1.- Todos deben participar en el tratamiento.
- 2.- Las modificaciones en la estructura familiar causaran -desequilibrio.

- 3.- Los miembros dispondrán de ayuda para aceptar el compro
miso.
- 4.- Se les enseñará técnicas que faciliten la resolución de
problemas.

Es importante según Huberty que el terapeuta tenga en-
cuenta siete problemas que comparten el farmacodependiente y
su familia.

- 1.- Carencia de conocimientos acerca de la dependencia o -
sustancias químicas y las drogas en general.
- 2.- Negación de la dependencia.
- 3.- Falta de aceptación de la propia responsabilidad, acusa
ciones a otros miembros o a fuerzas externas a la fami-
lia.
- 4.- Soslayamiento de la expresión de todo lo que implica -
emociones fuertes.
- 5.- Ambivalencia de sentimientos y deseo de cambio.
- 6.- Falta de honestidad;
- 7.- La familia como modelo para el consumo de drogas.

Tenemos entonces que la adolescencia va a producir un-
reto en la familia. Cuando una pareja ha podido completar -
las etapas de su desarrollo personal, incluyendo las relacio
nes con su familia de origen, va a poder manejar el reto de-
la adolescencia.

El reto de los hijos es mayor en la etapa de la adoles
cencia por lo que existe un temor que inmoviliza a los pa--
dres a lograr un rol efectivo.

La patología del adolescente se relaciona con una difi

cultad en la alteración de las relaciones objetales. La patología del adolescente se relaciona con la familia, la cual trabaja en contra de la capacidad del funcionamiento autónomo del yo.

En los adolescentes existe un retiro de la inversión de la libido en nuevos objetos. Sin embargo, en familias disfuncionales, los padres no permiten una autonomía del yo, ya que éstos no han definido su rol como personas ni como padres.

Existen inconsistencias y contradicciones en los padres.

La terapia familiar ayuda a entender estas inconsistencias y contradicciones ya que se hacen explícitas las actitudes de los padres hacia el adolescente que había sido implícitas y a veces inconscientes. La terapia familiar da un setting para catalizar un desarrollo para ambos padres y adolescentes.

El adolescente generalmente es el vehículo de la expresión y resolución de los conflictos familiares inconscientes.

La meta es restaurar un sistema disfuncional en donde existe una violación de límites intergeneracionales.

Existen varias etapas en la terapia de adolescencia:

- 1.- Distribuir patología en la familia.
- 2.- Aliarse por lo menos con un subsistema de la familia.
- 3.- Transmitir a los padres mensajes que los define como competentes.
- 4.- Utilizar a veces la terapia de tres generaciones para trabajar en situaciones no terminadas entre padres y abuelos.

- 5.- Obtener información de los abuelos para lograr una fase de identificación entre generaciones que logra cambiar los aspectos distorsionados por relaciones complementarias.
- 6.- Hacer una separación emocional entre la generación de padres e hijos.
- 7.- Trabajar con el subsistema de los hijos y fortalecerlo para lograr una mayor identificación y diferenciación de padres a hijos.
- 8.- Trabajar con la pareja a través de un manejo interactivo y comunicacional.
- 9.- Analizar los factores neuróticos de la pareja en la evolución personal de cada uno de los cónyuges.
- 10.- Trabajar analíticamente con la pareja para hacer una conciencia didáctica y personal de los procesos inconscientes profundos.
- 11.- Dar terapia sexual para lograr una nueva erotización de las relaciones sexuales de la pareja.
- 12.- Lograr que la pareja tenga fuerza, flexibilidad y capacidad de separarse y trabajar para la pareja (Castañón, V. 1981)

Por último, "la psicoterapia familiar, si bien está evolucionando como técnica y como teoría, está llena de desafíos, llena de sorpresas, y es altamente gratificadora para el terapeuta así como también para la familia. Una ciencia de la conducta familiar, basada en un sistema de diagnóstico

y psicoterapia familiar, encierra la promesa de un importante agregado para nuestro arsenal de servicios para la salud mental". (Ackerman 1978)

CAPITULO VI

INVESTIGACION PARTE I
INVESTIGACION DE CAMPO

Esta es la primera parte de investigación sobre características y extensión del uso de tóxicos cerebrales en la ciudad de Pachuca.

En esta parte fueron estudiados solamente y en forma limitada algunos aspectos que nos serán de suma utilidad para comprobar la gravedad de la extensión del problema que plantea la farmacodependencia y como podemos abordarla a nivel del tratamiento.

Ya hemos revisado en los capítulos precedentes como día a día la drogadicción crece y se extiende hacia áreas sanas de población, la ciudad de Pachuca no se ha visto libre de estos fenómenos, por el contrario, parece ser que por la proximidad que tiene con la ciudad de México, ha aumentado notablemente el problema del uso y abuso de diferentes tóxicos cerebrales, además de este factor consideramos que existen otros, muy propios de esta ciudad que a continuación mencionaremos.

- a) Las principales fuentes de producción la constituyen las minas y el comercio y la gente que es ocupada en estos renglones es mínima, teniendo que derivarse el resto de los elementos activos de trabajo, a ocupaciones de servicios, desencadenando un desenfrenado crecimiento de la subocupación y desocupación, siendo esto notable dentro de la población.
- b) Carencia de suficientes centros recreativos a nivel popular o privado.

- c) Falta de eventos culturales y/o deportivos donde el joven tenga la oportunidad de canalizar sus inquietudes.
- d) No existen áreas suficientes para la práctica de deportes al aire libre o espacios cerrados.
- e) La centralización de las escuelas de nivel medio superior o superior tanto técnica como universitaria en el Estado, con un elevado índice de jóvenes entre doce y veinticinco años, es decir la edad donde se presenta el más alto índice de jóvenes fármaco-dependientes.
- f) La ubicación de la "zona roja" o zona de tolerancia casi en el primer cuadro de la ciudad.
- g) La guarnición del ejército se encuentra también dentro -- del área urbana.

Es importante hacer mención que de acuerdo a las informaciones recibidas de los pacientes fármaco-dependientes, de la investigación, en el sentido de como obtenían la droga, -- refirió la mayoría que en la "zona roja" por personas del -- lugar les era vendida. Estos serían entre otras los que hacen de la ciudad de Pachuca un área problemática de fármaco-dependencia.

O B J E T I V O S

Como ya se señaló esta es la primera parte de la inves tigación sobre el problema de farmacodependencia en la ciudad de Pachuca y su abordaje.

- 1.- Obtener a través de muestreo al azar una imagen de la amplitud del problema de la farmacodependencia dentro del área de estudio (La ciudad de Pachuca, Hgo.)
- 2.- Saber qué sectores de la ciudad presentan mayor índice de farmacodependencia.
- 3.- Cuál o cuáles son los tóxicos de mayor uso por los farmacodependientes.
- 4.- Cómo conceptualiza la población al farmacodependiente.
- 5.- Qué piensa la población acerca de si las drogas pueden afectar a una persona físicamente.
- 6.- Cómo considera al farmacodependiente la población estudiada.
- 7.- Qué actitud asumiría una persona si lo conociera (a donde lo canalizaría).

M E T O D O S

MATERIALES:

Se utilizaron cuestionarios tipo "A", en total - fueron 665 (anexo 1)

FUNCIONAMIENTO:

a) A quien se repartió:

Los cuestionarios tipo "A" fueron repartidos a un grupo de 22 voluntarios quienes se abocaron a la aplicación de los mismos.

b) Personal que aplicó:

Dentro de la estructura interna de los C.I.J. - existe una organización de personal voluntario, que se hace cargo de este tipo de investigaciones, como el que aquí se presenta, ellos fueron quienes realizaron la aplicación de cuestionarios.

c) A quien se aplicó:

Se aplicó a personas de siete años en adelante, (niños, jóvenes y adultos) pertenecientes a los niveles socioeconómicos medio, bajo y alto, y - en ambos sexos.

d) Proceso de aplicación:

En el grupo voluntario que aplicó existen: estudiantes, amas de casa, empleados públicos y privados.

vados así como profesionales, cada uno de --
ellos aplicó sus cuestionarios en el área co--
rrespondiente a su ocupación, quedando de esta--
manera muestreando todos los estratos socioeco--
nómicos de la ciudad así como las distintas ocu--
paciones y edades. Los estudiantes aplicaron --
las encuestas en pequeños grupos con sus compa--
ñeros, los maestros con sus alumnos y/o con sus
colegas, trabajadoras sociales aplicaron los --
cuestionarios en cuatro secundarias, tres ofi--
ciales y una particular, etc. En todas y cada--
una de las aplicaciones se hizo hincapié sobre--
los objetivos que se perseguían así como ins--
truir previamente al sujeto para contestar el --
cuestionario, fueron aclaradas todas las dudas--
y los problemas para obtener una información --
más cercana posible a la realidad.

A continuación se presentan en tablas los resultados de esta primera parte de la investigación.

CUADRO "A"

ESTUDIANTES	545	81.9
EMPLEADOS	76	11.5
AMAS DE CASA	44	6.6
TOTALES	665	100 %

Ocupación de los sujetos entrevistados.

Como se observa fué más alta la población estudiantil entrevista da.

CUADRO "B"

7 a 11	78	11.7
12 a 24	449	67.5
> 25	138	20.7
TOTAL	665	100. %

Edades de los sujetos entrevistados.

Encontramos aquí que fueron jóvenes en consecuencia de la tabla-anterior los sujetos que abarcan la mayoría de sujetos entrevistados.

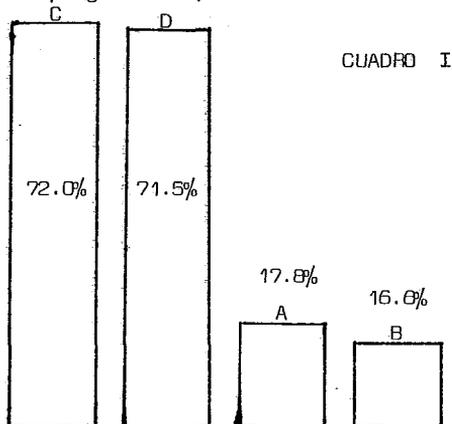
CUADRO "C"

MEDIA	582	87.5 %
BAJA	43	6.4 %
ALTA	40	6.0 %
TOTALES	665	100 %

La mayoría de nuestros entrevistados corresponden a la clase media, y solo una pequeña parte corresponde al nivel socioeconómico - bajo y alto.

En resumen las características de mayor porcentaje de sujetos entrevistados son estudiantes, jóvenes y de clase media.

Pasaremos a los resultados que arrojan las encuestas en cuanto a las preguntas específicas.



- Farmacodependiente es el que:
- A.- Se emborracha.
 - B.- Fuma cigarrillos
 - C.- Usa sustancias para sentirse diferente.
 - D.- Fuma Marihuana.

Conceptualización del fármaco-dependiente.

Un concepto que podemos contemplar es que el grueso de la población no considera a la ingesta exagerada de bebidas alcohólicas como la drogadicción. Se puede observar en la gráfica que solamente un 17.8 engloba al alcoholismo como farmacodependencia.

CUADRO II

SI	610	91.7 %
NO	55	8.3 %
TOTAL	665	100 %

Concepto de si la droga puede causar -
daño orgánico o no.

Se observa que hay una marcada conciencia en la población de que la droga puede afectar orgánicamente al sujeto que la consume.

CUADRO III

SI	197	29.6
NO	468	70.3
TOTAL	665	100 %

Personas que conocen y usan drogas.

En realidad es alto el número de personas que conocen a fármaco-dependientes.

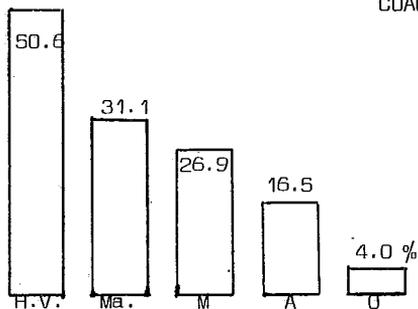
CUADRO IV

B. LA SURTIDORA	68	34.5
B. ARBOLITO	42	21.3
B. EL ATORON	38	19.2
C.C CESPEDES	25	12.6
C. DOCTORES	12	6.0
OTROS	12	6.0
TOTAL	197	100 %

Barrios y colonias donde conocen que hay -
farmacodependientes.

Hay que hacer notar que en el barrio de la Surtidora está ubicada la Zona de Tolerancia, y que los otros barrios están situados al igual que el primero en las laderas de los cerros, solo dos colonias de cla se media fueron identificados como focos de farmacodependientes.

CUADRO V



H. V.- Hidrocarburos Volátiles

Ma.- Marihuana

M.- Medicamentos

A.- Alcohol

O.- Otros

Drogas más utilizadas por farmacodependientes conocidos por los entrevistados.

Los hidrocarburos volátiles:

Siendo los más baratos y de más fácil adquisición son los que mayormente se consumen, también son los que causan mayor daño orgánico - desafortunadamente.

Deseamos aclarar que dentro del grupo de hidrocarburos volátiles se formaron tres grupos constituidos por: Los solventes, cemento y thinner. En el siguiente cuadro se presentan los porcentajes de incidencia.

CUADRO VI

SOLVENTES	48	7.2 %
CEMENTO	170	25.6 %
THINER	119	17.8 %

Distribución de Hidrocarburos volátiles.

Dentro del grupo de los medicamentos, también en jarabes y sustancias farmacológicas en presentación de pastillas, predominando los-hipnóticos, tranquilizantes menores y estimulantes corticales.

CUADRO VII

JARABES	47	7.0 %
PASTILLAS	132	19.8 %

Medicamentos

Un dato que nos alarmó es el uso de drogas mayores (derivados de la amapola) dentro de la población de la Ciudad de Pachuca, como se puede observar en el cuadro siguiente, el cual podemos ver que se están utilizando otras sustancias, como dislépticos.

CUADRO VIII

DERIVADOS DE LA AMAPOLA Y OTROS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
COCAINA	3	14.2
MORFINA	4	19.0
OPIO	3	14.2
HEROINA	3	14.2
ETER	1	4.7
CLARASOL	1	4.7
HONGOS	1	4.7
LSD	5	23.8
TOTAL DE CASOS	21	100 %

OTRAS SUBSTANCIAS

El concepto que tienen algunos de los individuos encuestados -- acerca del farmacodependiente, es de que se trata de individuo enfermo, se puede ver el cuadro siguiente esta opinión es la que predominó sobre delincuentes, peligrosos y normales.

CUADRO IX

ENFERMOS	393	59.0 %
PELIGROSOS	113	16.9 %
DELINCUENTES	108	16.2 %
NORMALES	51	7.6 %
TOTAL	665	100 %

Concepto acerca del farmacodependiente

Muy relacionado con lo anterior y en porcentaje muy semejante, - la gente que señaló al farmacodependiente como enfermo estaría dispuesto a enviarlo a un centro de salud.

Lo más importante del siguiente cuadro es el considerar que solamente pequeña parte de la gente encuestada, no haría nada ante el farmacodependiente.

CUADRO X

Canalización que -
daría al -
farmacodependiente.

UN CENTRO DE SALUD	423	63.6 %
NO HARIA NADA	36	5.4 %
A LA CARCEL	108	16.2 %
HOSP. PARA LOCOS	98	14.7 %
TOTAL	665	100 %

CUESTIONARIO DE LA PRIMERA PARTE DE LA INVESTIGACION DEL PROBLEMA DE LA FARMACODEPENDENCIA EN LA CIUDAD - DE PACHUCA HIDALGO.

Cuestionario tipo " A "

Este cuestionario deberá ser resuelto sin anotar el nombre de quien lo conteste, anote solamente la palabra SI ó NO según corresponda en cada pregunta, favor de contestar con claridad y sinceridad mayor posible, procure contestar la mayor parte de las preguntas.

- 1.- Considero drogadicto (farmaco-dependiente) a una persona
 - a) Que se emborracha entre semana _____
 - b) Que fuma cigarrillos _____
 - c) Que usa sustancias para sentirse diferente _____
 - d) Que fuma marihuana _____

- 2.- Creo que las drogas _____ pueden afectar físicamente a las personas.

- 3.- _____ Conozco persona(s) que usa(n) droga(s) (si responde SI diga cuántas) - _____ personas.

- 4.- _____ Se que esa(s) persona(s) que usa(n) droga(s) vive(n) en _____ (anotar barrio, colonia o calle)

- 5.- _____ Conozco qué drogas utilizan (en caso de contestar SI anote una X en los espacios en blanco)

a) Marihuana _____	e) Jarabes _____
b) Solventes _____	f) Pastillas _____
c) Cemento _____	g) Alcohol _____
d) Thiner _____	h) Otros _____

- 6.- Considero a los drogadictos, como personas (ponga una cruz en el espacio que - usted considere)

Delincuentes _____	Peligrosos _____
Enfermo _____	Normales _____

- 7.- Si conociera a un drogadicto lo enviaría a: (Ponga una cruz donde corresponda)

a) Un hospital para locos _____	d) No haría nada _____
c) Un centro de salud _____	

- 8.- Mi edad son _____ años Mi ocupación _____
 Vivo en _____
 (Anotar: Calle, barrio o colonia)

CAPITULO VII

I N V E S T I G A C I O N

PARTE II

En esta segunda parte de la investigación hemos enfocado nuestro interés hacia la parte del tratamiento, que han recibido pacientes con problemas de farmaco-dependencia. Como ya hemos hecho mención nos interesa saber que alternativa es mejor en tratamiento de este tipo de pacientes que desafortunadamente día a día crece más y más es obvio que la prevención es la parte que cumpliría mejor el cometido respecto a este fenómeno o "cáncer social" pero no podemos ni debemos olvidarnos de los jóvenes que presentan este tipo de problemas y que el buscar la mejor alternativa de tratamiento es la base por la que se realiza esta investigación.

Es importante hacer notar que a pesar del índice tan elevado que nos reportan los resultados en la primera parte de la investigación sobre la extensión del fenómeno que representa la farmaco-dependencia son pocos los jóvenes que acuden a tratamiento para que se les ayude a disminuir o abandonar su uso y abuso en algunos casos, pero las causas se comentarán después, por ahora nos limitaremos a informar sobre el particular desarrollo de esta parte de la investigación así como lo que se obtuvo de ella.

Hemos insistido que la familia es parte importante dentro del consumo de drogas en los jóvenes con problemas de farmaco dependencia así mismo pensamos que si existe la posibilidad de enfermedad de la familia hacia uno de sus miembros, también podemos extrapolar la posibilidad de que sea -

la familia quien participe en la curación y resolución del conflicto del miembro afectado, es por lo anterior que la hipótesis de este trabajo es probar que la terapia familiar es más efectiva que la terapia individual por lo que los objetivos primordiales son:

Objetivos:

Establecer hasta que punto es o no importante la participación de la familia en el tratamiento del joven con problemas de farmacodependencia con respecto al joven atendido en Psicoterapia por separado de su familia, es decir que él sea el que tome solo el tratamiento sin que el terapeuta incluya a la familia.

Variabes:

Por consiguiente las variables que vamos a manejar dentro de esta investigación serán los dos diferentes tipos de tratamiento así como la ingesta de droga desde el inicio hasta el término y tiempo después de haber sido dado de alta el paciente, veamos:

En esta ocasión existieron dos variables.

Variable Independiente (VI)

V.I. 1.- Tratamiento mediante Psicoterapia Familiar.

Definición: Tratamiento de trastornos emocionales por medio de técnicas psicológicas en donde se incluyen el paciente y su familia dentro del tratamiento.

Variable Independiente (VI)

V.I. 2.- Tratamiento mediante Psicoterapia Individual

Definición: Tratamiento de trastornos emocionales por me
dio de técnicas psicológicas a un solo miem-
bro de una familia.

El contenido de estos tipos de terapia se presentan en
el anexo. "A" y "B"

Variable Dependiente (V.D.)

V.D. Se consideró la frecuencia promedio de inges-
tión de droga durante una semana.

Instrumentos: Se utilizaron cuestionarios tipo "B" y "C" -
Anexos 4 y 5.

Diseño:

Reversible con seguimiento para grupo y comparación entre -
grupos.

A B¹ A C

A B² A C

Donde:

A) Es la información de la frecuencia de uso de dro---
gas

B) Es la aplicación del tratamiento.

B¹ Terapia Familiar

B² Terapia Individual

- C) Es la frecuencia de la ingestión de drogas tiempo - después de haber sido dado de alta.

El diseño empleado comprende las fases de esta investigación donde:

- A) Es la ingesta de droga en este caso antes del tratamiento que correspondería al Pretratamiento es de-- cir como llega el sujeto a tratamiento en cuanto a-- frecuencia de uso de droga y también significa - - Post-tratamiento cuando es seguida de las variables empleadas, o sea como afecta la variable indepen- - diente la ingestión de drogas después del tratamiento o alta del paciente.
- B¹) Es el tratamiento mediante la aplicación de la VI.1 en este caso la terapia familiar.
- B²) Es el tratamiento mediante la aplicación de la VI.2 En este caso la terapia individual.
- C) Es la etapa de seguimiento la cual se lleva a cabo-- mediante la obtención de datos directamente del farmaco--dependiente 18 meses aproximadamente después - de haber sido dado de alta de uno u otro tipo de - tratamiento.
- A) La etapa de Pretratamiento podríamos considerarla - como línea base de la frecuencia de ingestión de - droga para ambos grupos.

- B) La etapa tratamiento es la intervención de los VI 1 y VI 2 para ver la eficacia de cada una durante y - después del tratamiento.
- A) La etapa de alta es al finalizar el tratamiento - - cual es la frecuencia de la ingestión de drogas después de cada tipo de tratamiento.
- C) Es el seguimiento de los sujetos atendidos en las - diferentes modalidades de tratamiento para poder conocer y saber cuál es el tratamiento más eficaz en la atención del paciente farmacodependiente.

HIPOTESIS GENERAL.

El éxito del tratamiento con jóvenes Farmacodependientes está directamente relacionado con sus familias, de aquí que la psicoterapia familiar ofrezca una mejor alternativa - de tratamiento que la psicoterapia individual con jóvenes - farmacodependientes.

HIPOTESIS

- H_1 La psicoterapia familiar tiene mejores resultados en el tratamiento del farmacodependiente que la psicoterapia individual.
- H_0 No es efectiva la psicoterapia familiar en el tratamiento de farmacodependientes.
- H_2 La psicoterapia individual es más eficaz para el tratamiento de farmacodependientes.

H₀ La psicoterapia individual no resulta eficiente para el tratamiento de farmacodependientes.

Sujetos:

Se seleccionaron diez sujetos de una población de 22 - que habían sido atendidos en el período enero - marzo 1979 - a junio 1980 es decir los pacientes seleccionados fueron los que empezaron su tratamiento en los meses de enero - febrero y marzo de 1979 el total de pacientes registrados en los kar dex que fueron inscritos para tratamiento sumaron 22 de los cuales solo se pudieron estudiar diez, las causas se mencionarán más adelante.

Las características de los sujetos.

Los sujetos que participaron en esta muestra fueron - diez jóvenes quienes en su mayoría habían sido referido por diferentes instituciones (Hospital General, Centro de Salud, etc.,) para su atención en tratamiento, todos los jóvenes - provenientes de familias de escasos recursos económicos, y - que presentaban historia de robo, vagancia o fracaso académico pero el problema principal era de usar sustancias para - sentirse diferente, toda esta información se recabó de fuente fiel, la madre, el padre o ambos informaban esto al llegar al centro de integración juvenil (C.I.J.) y fueron atendidos por una trabajadora social quien asentaba en el expediente de cada sujeto la causa por la que solicitaban tratamiento. En todos los casos se anotó paciente con problemas de farmaco-dependencia y las modalidades diferentes de intoxicación en cada caso. Misma información que confirmo con - cada paciente, el sexo que predominó fué el masculino, siendo el total de la muestra estudiada de siete hombres y tres mujeres.

La edad de los sujetos iba de los 12 a los 20 años, es colaridad también osciló desde segundo año de primaria hasta preparatoria y donde también varió la estructura de la pareja es decir en algunos casos había padre y madre en otros casos no vivía en casa alguno de los padres cuando el paciente llegó a tratamiento.

Las modalidades de tratamiento que recibían los pacientes eran de tres tipos, la individual, la grupal y la familiar, para efecto de nuestra investigación se seleccionaron a los pacientes que habían sido atendidos en psicoterapia individual y familiar, las características de cada sujeto estudiado se muestran en el anexo "C" solo se mencionará para terminar que cinco pacientes fueron tratados mediante terapia familiar y los cinco restantes del total de diez de la muestra estudiada fueron tratados en terapia individual.

Escenario:

El Centro de Integración Juvenil Pachuca, casa habitación adaptada como centro de consulta externa para farmacodependientes, consta de sala, comedor, cocina, dos baños completos y tres recámaras así como un cuarto de servicio y un pequeño jardín al frente, la sala es el área de la sala de espera, en la cocina se acondicionó una oficina de trabajo social, el comedor como sala de juntas y el salón de usos múltiples y las tres recámaras como consultorios, dos de psicología y uno de psiquiatría, en el cuarto de servicio se adaptó para impartir diferentes clases, a los pacientes farmacodependientes primaria y secundaria abierta y a las mamás de estos clases de macrame y otras.

Todas las sesiones de Psicoterapia se realizaron en el C.I.J. Pachuca en la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

Definición de la conducta:

Se consideró como conducta de interés y análisis cada-ingesta de droga fuera esta inhalada, fumada o tragada.

La información de esta conducta se recabó mediante un-cuestionario que se aplicó a cada uno de los sujetos así como de los expedientes respectivos de cada paciente. Anexo - 4.

P R O C E D I M I E N T O

Antecedentes:

Como fundamento principal para realizar una investigación acerca de los diferentes tipos de tratamiento para jóvenes farmacodependientes se realizó una investigación de campo.

Lo primero que se requería para esta investigación era saber que lugares se ocupan de dar tratamiento a jóvenes farmacodependientes debido a que la población donde se hizo la investigación contaba en el momento de realizarla con tres - instituciones del sector salud y que son, ISSSTE, IMSS y SSA las tres instituciones que por excelencia imparten servicios de salud, las dos primeras a las diferentes poblaciones afiliadas según el caso y la tercera a personas de escasos recursos o bien que no estén afiliadas a ninguna de las dos anteriores por diversas causas.

El segundo paso fue averiguar el tipo de servicio que se daba en lo referente a esta problemática que estamos estudiando, la farmaco-dependencia.

Así que se investigó en cada institución lo que se hacía respecto al servicio que se prestaba en cada caso que -- llegaba de farmaco-dependiente y se encontró lo siguiente:

En el ISSSTE los pacientes que llegaban con problemas de dependencia a drogas eran canalizados a la ciudad de México y en algunos casos se enviaban al Centro de Integración - Juvenil (C.I.J.) en un tercer caso el médico no sabía como - atenderlo y el paciente no volvía. Es importante hacer notar que en el momento de la investigación no se contaba en - esta unidad de salud con personal especializado en el área - salud mental (Psiquiatra y/o Psicólogo).

En la segunda institución el IMSS se informó que el paciente farmaco-dependiente era un paciente difícil de rehabilitar, y que en el caso de atención más continua, se hacía - difícil citarlo con la frecuencia necesaria para lograr re--sultados, ya que el cúmulo de pacientes con otros padecimientos no permitía esta acción y entonces el paciente desertaba, otras ocasiones era tratado por un psiquiatra quien prescribía tranquilizantes u otro medicamento y pocas veces regresaba el paciente a la siguiente cita que por lo regular era a los dos meses de haber sido atendido la primera vez.

Por último en la tercera institución SSA se encontró - que existe un departamento de salud mental en la cual trabajan coordinadamente un equipo multidisciplinario (psiquiatra, psicólogo, médico y trabajadora social) en múltiples problemas de conducta que llegan presentando los pacientes que - atienden, cuando se les interrogó como atendían al paciente-farmacodependiente nos hicieron saber que era canalizado a una institución especializada para su tratamiento dicha institución es Centro de Integración Juvenil Pachuca por lo - - cual se decidió tomar la información para este estudio precisamente de ese lugar, ya que lo que se trató al llegar a las anteriores instituciones era saber si existían expedientes - fichas o algún dato que llevara a conocer sobre el número de casos atendidos y la modalidad de tratamiento pero al no ser así como se mencionó anteriormente se decidió investigar en el Centro de Integración Juvenil (C.I.J.) la atención que reciben los pacientes farmaco-dependientes. Al igual que en el Hospital General en esta institución trabajan coordinadamente un médico, un psiquiatra dos trabajadoras sociales y dos psicólogos pero a diferencia del Hospital General que atiende múltiples padecimientos el C.I.J. solamente se aboca a casos de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación de jóvenes farmaco-dependientes, donde son atendidos -

los casos que así lo ameritan en diversos tipos de tratamiento como son individual, grupal o familiar y que existe información sobre todo lo referente al objeto de nuestro estudio-- por lo que se decidió que la información fuera tomada de los archivos y kardex del C.I.J. Pachuca ya que era la única institución que contaba con el material necesario para nuestra investigación.

La siguiente fase de la investigación fué el diseño de un cuestionario que permitiera alcanzar los objetivos que se perseguían, una vez realizado el cuestionario se piloteo con pacientes que habían sido dados de alta a principios de 1981, dado que no recababa toda la información que se requería y-- había dificultad para la comprensión de las preguntas por parte de los entrevistados, se volvió a rehacer el cuestionario y se volvió a pilotear con otra muestra de pacientes que habían desertado del tratamiento durante el año de 1980, esta vez solo sufrió pequeñas modificaciones el cuestionario -- y estuvo listo para emplearse. Anexo 4

Así mismo se sirvió para la investigación de un cuestionario socioeconómico (anexo 5) la utilidad que prestó fué de seleccionar a la muestra de los niveles socioeconómicos -- que se requerían en la aplicación de esta investigación. Después de preparar los instrumentos de la investigación se procedió a seleccionar la muestra, esta se seleccionó lo más -- próxima posible a la fecha en que se realiza el estudio ya -- que se pensó en la movilidad social que caracteriza el lugar y se pensó en la conveniencia que fueran los casos más re-- cientes los que se estudiaran, así que se sacaron datos de -- los tres primeros meses del año de 1979 en donde aparecía información de interés para el estudio como son: fecha de inicio y término del tratamiento, tipo de droga empleada así como la frecuencia de uso desde el inicio hasta el término del

tratamiento y la modalidad de atención que recibió además de los datos generales, nombre, sexo, edad, etc.

De la selección resultaron 22 expedientes de los cuales se eligieron solamente 16 ya que los seis restantes eran de diferentes poblados del estado, por motivos de control de la muestra en lo que respecta a áreas geográficas distintas se pensó en no incluirlos dentro de la muestra estudiada.

Una vez localizados los domicilios o mejor dicho las calles en un plano de la ciudad y que para esto se encontraron algunas dificultades por lo incompleto de los planos que existían para este fin y la explicación de que no aparecieran los planos es porque como ciudad minera la caracteriza una total falta de trazado, solamente la parte nueva es la que cuenta con nomenclatura y trazado adecuado de calles, algunos de los sujetos de estudio viven en áreas que ni nomenclatura adecuada tienen, una vez localizadas las calles en donde viven los ex-pacientes se siguió la fase de seguimiento empezando a visitar a los sujetos seleccionados para el estudio.

Ya en la parte del abordaje a los entrevistados se pensó que lo más adecuado sería llevar un mensaje corto y claro pero efectivo para obtener la información lo más cercana a la realidad así que después del saludo y presentación se procedió de la siguiente manera:

Primeramente se confirmaba nombre de la calle, número y nombre del paciente, se le pedía a la persona que abría la puerta que fuera a llamar a quien se solicitaba, no en todos los casos resultó fácil ya que no accedían en tanto no estuvieran bien seguros de lo que se pretendía con ellos, hubo necesidad en algunas ocasiones de mostrar una credencial que amparaba la veracidad de la información que antes se había dado, solo entonces accedían a llamar al sujeto, en algunos-

casos no se encontró a los sujetos así que se volvió a visitar hasta dar con ellos, una vez que se conseguía se les dirigió a todos el siguiente mensaje:

"Estamos haciendo una visita a pacientes que fueron - atendidos hace tiempo en C.I.J. con objeto de conocer ahora - tiempo después cual ha sido el resultado del tratamiento - - ofrecido, por lo que queremos por favor nos proporcione la - siguiente información..."

Acto seguido se aplicaba el cuestionario, si se observaba cierta renuencia se trataba de persuadir a la persona - a cambiar su actitud para que colaborara con el cuestionario existieron solo dos casos de este tipo y se lograron conse-- guir los datos de buen grado.

Existieron algunos problemas para la localización de - todos los pacientes, es el caso de uno de ellos que mencionaba como dirección Bugambilia s/n terminando el puente, y que se tuvieron que visitar no menos de siete casas antes de llegar a la que se buscaba para hacer la entrevista y que el expaciente había dado esta dirección o referencia de donde vivía.

Así que por otro lado la muestra original de 16 casos - se vió reducida a solo 10 por diferentes causas; dos domicilios eran falsos ya que los expacientes no vivían ahí ni los conocían, tres habían cambiado de domicilio y los nuevos ocupantes desconocían la nueva dirección, uno más se había escapado de su casa hacía cinco meses y no sabían nada de él su familia, así que la muestra total fué de 10 sujetos donde - se obtuvieron los siguientes datos.

Resultados:

Los datos que se obtuvieron de esta investigación serán presentados primeramente en forma inter grupal y en seguida en forma individual.

Por grupos:

Al iniciar el estudio se encontró que existía una diferencia entre los dos grupos, en la primera etapa o sea Pretratamiento, siendo la línea base promedio del G I de 3,8 y del grupo II 3.6 en la frecuencia de ingestión de droga por semana de los sujetos.

En el siguiente paso o sea la intervención del tratamiento se empezó a hacer más evidente la diferencia, ya que para el grupo I la frecuencia promedio de ingestión de drogas por semana era de 1.8 y para el grupo II de 2.4 así que la diferencia entre uno y otro grupo fué de .6 así que en el grupo I fué menor la ingestión de drogas y mayor en el grupo II.

Al llegar a la tercera fase del tratamiento cuando se consideró dar de alta a los pacientes por razones que van desde una mejoría hasta la total eliminación del consumo de tóxicos en ambos grupos, se notó también diferencia y esta vez fué de 1.4 entre el grupo I y el grupo II siendo mayor la frecuencia promedio de consumo de drogas en el grupo II.

Con objeto de confirmar la efectividad de cada modalidad de tratamiento se comparó también la frecuencia de ingestión promedio de drogas en cada grupo y se advirtió los siguientes resultados para el grupo I .2 y para el grupo II - 2.4 de esta etapa que se denominó seguimiento la diferencia fué de 2.2, siendo mayor el promedio de ingesta en el grupo II y menor en el I igualmente que en las dos etapas anteriores a ésta. (Ver tabla 3a).

Forma Individual Grupo I

El sujeto No. 1 al inicio del tratamiento presentaba - un promedio de cuatro ingestas de droga por semana, durante - el tratamiento el promedio semanal que ingería era de dos veces por semana tanto en el alta como en la actualidad ya no consume drogas.

El sujeto No. 2 Tenía una ingestión promedio semanal de cuatro veces al estar en tratamiento disminuyó dos veces - el promedio semanal y al término del mismo solo una vez a la semana fué el promedio de ingesta de droga, en la actualidad ya no consume drogas.

El sujeto No. 3 al inicio del tratamiento su promedio de ingestión de drogas era de dos veces por semana al entrar en la etapa de tratamiento disminuyó a una vez por semana - tanto al final del tratamiento como en la actualidad ya no - ingiere droga.

El sujeto No. 4 promediaba al empezar el tratamiento - cuatro veces por semana durante el tratamiento la ingesta - era de una vez por semana al igual que al final de la tera--pia y que en la actualidad se conservó con una vez por sema--na la ingesta.

El sujeto No. 5 registró un promedio de ingesta de drogas de cinco veces por semana disminuyó a tres veces a la semana durante el tratamiento al darse de alta y en la actualidad no hace ya uso de tóxicos.

Forma Individual Grupo II

En el sujeto No. 6 tenía al inicio del tratamiento un promedio de ingesta de drogas a la semana de tres veces disminuyó a dos durante la etapa de tratamiento y continúa así-

hasta el alta en la actualidad el promedio semanal de ingestión es de cuatro veces.

En el sujeto No. 7 cuando comenzó su tratamiento tenía una ingesta promedio de una vez por semana mismo que se mantuvo en la etapa del tratamiento al finalizar éste y en la actualidad bajó a cero la ingesta de tóxicos.

El sujeto No. 8 registraba antes de empezar el tratamiento un promedio semanal de ingesta de drogas de cinco veces misma que continuó en la fase de tratamiento al finalizar promedió cuatro veces por semana y actualmente usa tóxicos cinco veces por semana.

El sujeto No. 9 al llegar a tratamiento tenía un promedio semanal de cinco veces en ingesta de drogas para la fase de tratamiento disminuyó a una vez por semana y así continuó hasta ser dado de alta, actualmente ya no consume droga.

El sujeto No. 10 consumía un promedio de cuatro veces por semana tóxicos en la etapa de pre-tratamiento, en la etapa de tratamiento disminuyó a tres el promedio y a dos en la etapa que se dió de alta, actualmente el promedio semanal de ingesta de drogas es de tres veces. (Ver tabla 3)

Promedio de ingesta de tóxicos a la semana desde que llega el sujeto a tratamiento hasta la etapa de seguimiento. (Ver tabla 4).

El sujeto No. 1 Promedió 1.5 de ingesta de drogas por semana
 El sujeto No. 2 Promedio 1.7 de ingesta de drogas por semana
 El sujeto No. 3 Promedio 0.7 de ingesta de drogas por semana
 El sujeto No. 4 Promedio 1.7 de ingesta de drogas por semana
 El sujeto No. 5 Promedio 2.0 de ingesta de drogas por semana

El sujeto No. 6 Promedio 2.7 de ingesta de drogas por semana
El sujeto No. 7 Promedio 0.5 de ingesta de drogas por semana
El sujeto No. 8 Promedio 4.7 de ingesta de drogas por semana
El sujeto No. 9 Promedio 1.7 de ingesta de drogas por semana
El sujeto No. 10 Promedio 3.0 de ingesta de drogas por semana

En general en el Grupo I se encontró un promedio de - 1.5 de ingesta de droga a la semana desde el principio del - tratamiento hasta la etapa de seguimiento.

En el Grupo II se encontró un promedio de ingesta de - droga de 2.5 de veces a la semana desde la llegada de los - sujetos a tratamiento hasta la fase de seguimiento.

La diferencia que existe en ambos grupos es de 1.0 - - siendo menor la frecuencia promedio semanal de ingesta en el grupo I y mayor la frecuencia promedio semanal de ingesta en el grupo II

Otro dato de interés que se obtuvo fué el de la actividad actual de sujetos en ambos grupos y que a continuación-- aparecen.

Mientras que en el grupo I cuatro de cinco sujetos - trabajan, en el grupo II dos de cinco realizan esta actividad.

En el grupo I dos de cinco sujetos actualmente estu-- dian y en el grupo II uno de cinco estudia.

Sujetos que permanecen sin actividad actual, uno para el grupo I y dos para el grupo II es decir el doble en este caso y en los anteriores. (Ver tabla 5)

ANEXO "A"

OBJETIVOS EN LA PSICOTERAPIA FAMILIAR

Se utilizó para ambos tipos de tratamiento la técnica de Psicoterapia analíticamente orientada, los objetivos que se tuvieran presentes fueron los siguientes de acuerdo a cada caso:

Reeducación de la familia a través de la orientación

Ayudar a la familia a alcanzar una percepción más clara y correcta de su conflicto.

Tener más de un miembro de la familia o aquellos que signifiquen la piedra angular en conflicto del miembro enfermo.

Distribuir la Patología en la familia.

Sacar a la luz los conflictos interpersonales no manifiestos para introducirlos en los procesos actuales de interacción familiar donde su solución es más accesible.

Neutralizar el menoscabo y uso de víctima de una parte de la familia para liberar al miembro perseguido de una carga excesiva de ansiedad.

Promover un más alto nivel de integración en las relaciones entre los distintos papeles dentro de la familia.

Posibilitar el diálogo entre todos los miembros de la familia.

Reorganización a través de un cambio de los patrones de comunicación familiar.

Movilizar un sistema racional efectivo de comunicaciones entre los miembros de la familia, un sistema que exponga las expresiones escondidas y distorsionadas de emoción que predominen en la familia alterada y que afecten de manera adversa al miembro enfermo.

Ayudarlos a entender el por qué de los privadores de -- afecto hacia el miembro enfermo y evitar culpas entre ellos.

Consolidar los recursos compartidos, para solucionar -- el problema, reducir el conflicto, al tiempo que se mejora -- el nivel del manejo.

Promover el crecimiento de la relación de cada uno de los miembros de la pareja como individuo y adaptar el patrón del matrimonio a las necesidades de un ulterior crecimiento de la familia.

Hacer una separación emocional entre la generación de padres e hijos.

Trabajar con el subsistema de los hijos y fortalecerlo para lograr una mayor identificación y diferenciación de padres a hijos.

Lograr que la pareja tenga fuerza, flexibilidad y capacidad de separarse y trabajar para la pareja.

ANEXO "B"

OBJETIVOS EN LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Establecer una relación de confianza intensa y cargada emocionalmente.

Elevación de la autoestima.

Dar al paciente una relación válida que explique la -- causa de su angustia y así mismo un método capaz de olvidar-- su estado.

Fortalecer la esperanza que tiene el paciente de recibir ayuda.

Ayudar a la excitación emocional del paciente para ayudar al cambio de actitud y de conducta.

Alentar la comunicación del paciente.

Ofrecer todas las seguridades necesarias

Recurrir a la interpretación en el momento oportuno.

Alentar y aceptar las descargas emocionales y el in-- sight.

Atender a la comunicación del paciente.

Resguardar la asimilación por parte del paciente de -- los recuerdos recuperados y de las experiencias emocionales-- que hayan tenido lugar a lo largo del tratamiento.

Disminuir y/o desaparecer los sentimientos de culpa en el paciente.

Prestarle la fuerza yoica del terapeuta al paciente pa-- ra ayudarlo a afrontar su propio yo.

Tratar de lograr el establecimiento de una adecuada co municación con sus padres y hermanos.

ANEXO "C"

CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS

GRUPO I

SUJETOS	EDAD	SEXO		ESCOLARIDAD	NIVEL SOCIO ECONOMICO		TIPO DE TOXICO USADO			TIPO DE TRATA- MIENTO	ASISTENCIA PROMEDIO DE LOS PADRES
		M	F		MEDIO	BAJO	MED	THI	MAR		
S ₁	19	M		3 ^a PRIMARIA	MEDIO		MEDICAMEN- TO			FAM- IL- LIAR	70 %
S ₂	20	M		6 ^a SEMESTRE PREPARATORIA	MEDIO		THINER				80 %
S ₃	19	M		2 ^o PRIMARIA	BAJO		MARIHUANA				50 %
S ₄	20	M		1 ^{er.} SEMESTRE CONTABLES	MEDIO		MEDICAMENTO				50 %
S ₅	17	M		6 ^a PRIMARIA	BAJO		MARIHUANA				50 %
\bar{X}	19	M	F	1 ^a SECUNDARIA	MEDIO	BAJO	MED	THI	MAR		60 %
		100%	0%		60%	40%	40%	20%	40%		

GRUPO II

S ₆	16	F		1 ^{er.} SEMESTRE PREPARATORIA	MEDIO		MARIHUANA			IN- DI- VI- DUAL	0 %
S ₇	15	F		2 ^a SECUNDARIA	BAJO		CEMENTO				
S ₈	12	F		2 ^a PRIMARIA	BAJO		MARIHUANA				
S ₉	15	M		3 ^a SECUNDARIA	BAJO		MARIHUANA				
S ₁₀	16	M		1 ^{er.} SEMESTRE PREPARATORIA	MEDIO		THINER				
\bar{X}	14.8	M	F	2 ^a SECUNDARIA	MEDIO	BAJO	MAR	CEM	THI		0 %
		40%	60%		40%	60%	60%	20%	20%		

ANEXO - 2

RESUMEN DE DATOS DEL GRUPO I

PACIENTES EN PSICOTERAPIA FAMILIAR

1.- Viven actualmente tus padres juntos

SI 2 NO 3

2.- Qué escolaridad tienes (último año de estudio terminado)

2o. Primaria	1
6o. Primaria	1
2o. Profesional	1
2o. Contador	1
1o. Maestro Norma lista	<u>1</u>
	5

3.- A qué te dedicas ahora

Trabajo	2
Trabajo y estudio	2
No hago nada	<u>1</u>
	5

4.- Cuáles son los ingresos mensuales promedio en suma de tu familia

0	6.000	
6.001	12.000	2
12.001	22.000	<u>3</u>
22.001	en adelante	5

5.- Hace cuanto tiempo te dieron de alta en el C.I.J. donde te estaban tratando.

6 - 12 meses	2
12 - 18 meses	<u>3</u>
	5

6.- A.- Cuántas veces consumías drogas antes del tratamiento

2 veces por semana	1
4 veces por semana	3
5 veces por semana	<u>1</u>
	5

B.- Durante el tratamiento cuántas veces consumías drogas

1 vez por semana	2
2 veces por semana	2
3 veces por semana	<u>1</u>
	5

C.- Después del tratamiento ahora cuántas veces consumes droga

Ya no consumo	4
Una vez por semana	<u>1</u>
	5

7.- Tus padres asistieron al tratamiento juntamente contigo

SI 5

8.- Asistían

La mayoría	(7 a 9 veces por cada 10)	2
Algunas veces	(5 de cada 10)	<u>3</u>
		5

RESUMEN DE DATOS DEL GRUPO II
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

1.- Viven actualmente tus padres juntos

SI 1 NO 4

2.- Qué escolaridad tiene (último año de estudio terminado)

2o. Semestre Preparatoria	2
3o. Secundaria	2
3o. Primaria	<u>1</u>
	5

3.- A qué te dedicas ahora

Trabajo	2
Estudio	1
No hago nada	<u>2</u>
	5

4.- Cuáles son los ingresos mensuales promedio en suma de tu familia

0	6.000	
6.001	12.000	3
12.001	22.000	2
22.001	adelante	<u>0</u>
		5

5.- Hace cuanto tiempo te dieron de alta en el C.I.J. donde te estaban tratando

6	12 meses	3
12	18 meses	<u>2</u>
		5

6.- Cuántas veces consumías droga antes del tratamiento

A.- 3 veces por semana	1
4 veces por semana	1
5 veces por semana	2
3 veces por mes	<u>1</u>
	5

B.- Durante el tratamiento cuántas veces consumías droga

2 veces por semana	1
3 veces por semana	1
5 veces por semana	1
3 veces por mes	<u>2</u>
	5

C.- Después del tratamiento ahora cuantas veces consumes droga

3 veces por semana	2
4 veces por semana	1
Ya no consumo	<u>2</u>
	5

7.- Tus padres asistían juntamente contigo al tratamiento

NO 5.

ANEXO - 4

Cuestionario tipo "B" para pacientes tratados en terapia individual y familiar

- 1.- ¿Viven actualmente tus padres juntos? SI _____ NO _____
- 2.- ¿Qué escolaridad tiene? (último año de estudios cursado)
- 3.- ¿A qué te dedicas ahora?
 Trabajo Trabajo y estudio
 Estudio No hago nada
- 4.- ¿Cuáles son los ingresos mensuales promedio en suma de tu familia?
a) 0 a \$ 6,000.00 b) 6,001.00 a 12,000.00
c) 12,001.00 a 22,000.00 d) Más de 22,001.00
- 5.- ¿Hace cuánto tiempo te dieron de alta en el C.I.J. donde te estaban tratando?
0 - 6 Meses _____ 6 - 12 Meses _____ 12 a 19 Meses _____
- 6.- A.- ¿Cuántas veces consumías drogas antes del tratamiento?
 veces diario veces por semana veces por mes
- B.- Durante el tratamiento cuánto consumías de drogas?
 veces diario veces por semana
 veces por mes no consumía
- C.- ¿Después del tratamiento ahora cuánto consumes de droga?
 veces diario veces por semana
 veces por mes ya no consumo
- 7.- ¿Tus padres asistieron al tratamiento juntamente contigo?
SI _____ (pasar a la preg. 8) No _____
- 8.- Asistían
 todas las veces (100%) La mayoría (60 - 90 %)
 algunas veces (50%) raramente (20 - 30 %)
- 9.- De diez sesiones cuántas acudían contigo tus padres _____ No. de veces _____

ANEXO - 5

	ALTO (8)	MEDIO (6)	BAJO (4) Sueldo Mínimo	MUY BAJO (2)
Ingreso Promedio total de la familia	22,001.00 en adelante	12,001.00 a 22,000.00	6,001.00 a 12,000.00	6,000.00 o menos
Escolaridad Promedio de dos adultos	(8) Profesional Universitario	(6) Preparatoria Secundaria	(4) Primaria Completa o Incompleta	(2) Lee y escribe Analfabeta
Ocupación del jefe de familia	(8) Ejecutivo Gerente Comerciante en grande etc.	(6) Empleado técnico, comerciante (medio) - obrero calificado.	(4) Obrero no calificado oficio, empleado doméstico, comerciante pequeño	(2) Eventual
Vivienda tipo material no. Cuartos - servicio equipo doméstico	(4) Vivienda lujosa muy buen material con todos los servicios y el equipo doméstico.	(3) Vivienda suficiente para la familia de buen material con servicios y equipo doméstico.	(2) Vivienda insuficiente para la familia - construcción de mediocre calidad. Falta algunos servicios y equipo doméstico.	(1) Vivienda muy - insuficiente para la familia - de material de desecho faltan muchos servicios y equipo doméstico o no existen.
Zona ambiental urbanización: alumbrado, asfalto tipo de construcción - medios de - transportes, - zonas verdes, - juegos para niños y jóvenes, etc.	(4) Zona totalmente urbanizada; buen alumbrado, calles asfaltadas; casas de buena construcción buenos transportes colectivos o coches particulares. Zonas verdes y juegos para niños y jóvenes dentro y fuera de las casas.	(3) Zona urbanizada; alumbrado suficiente calles medio asfaltadas; casas de construcción más o menos buena, transportes colectivos suficientes, algunas zonas verdes y algunos lugares públicos para que jueguen los niños y jóvenes.	(2) Zona Urbanizada; alumbrado deficiente, calles medio asfaltadas; casas de construcción en mal estado y de material pobre, transportes colectivos deficientes, pocas zonas verdes, no hay lugar público previsto para que jueguen los niños.	(1) Zona no urbanizada; alumbrado deficiente o nulo; calles sin asfaltar, casas de construcción en muy mal estado y de material de desecho. Transportes colectivos muy deficientes; los niños y jóvenes en la calle no hay lugar público previsto para ellos.

INTRUCCIONES:

Sómese los puntos de arriba hacia abajo valorando según corresponda en cada sujeto, las columnas de ingresos varían de acuerdo al lugar.

	ALTO	MEDIO	BAJO	MUY BAJO
PUNTAJE	32 - 27	26 - 21	20 - 14	13 - 8

TABLA 2

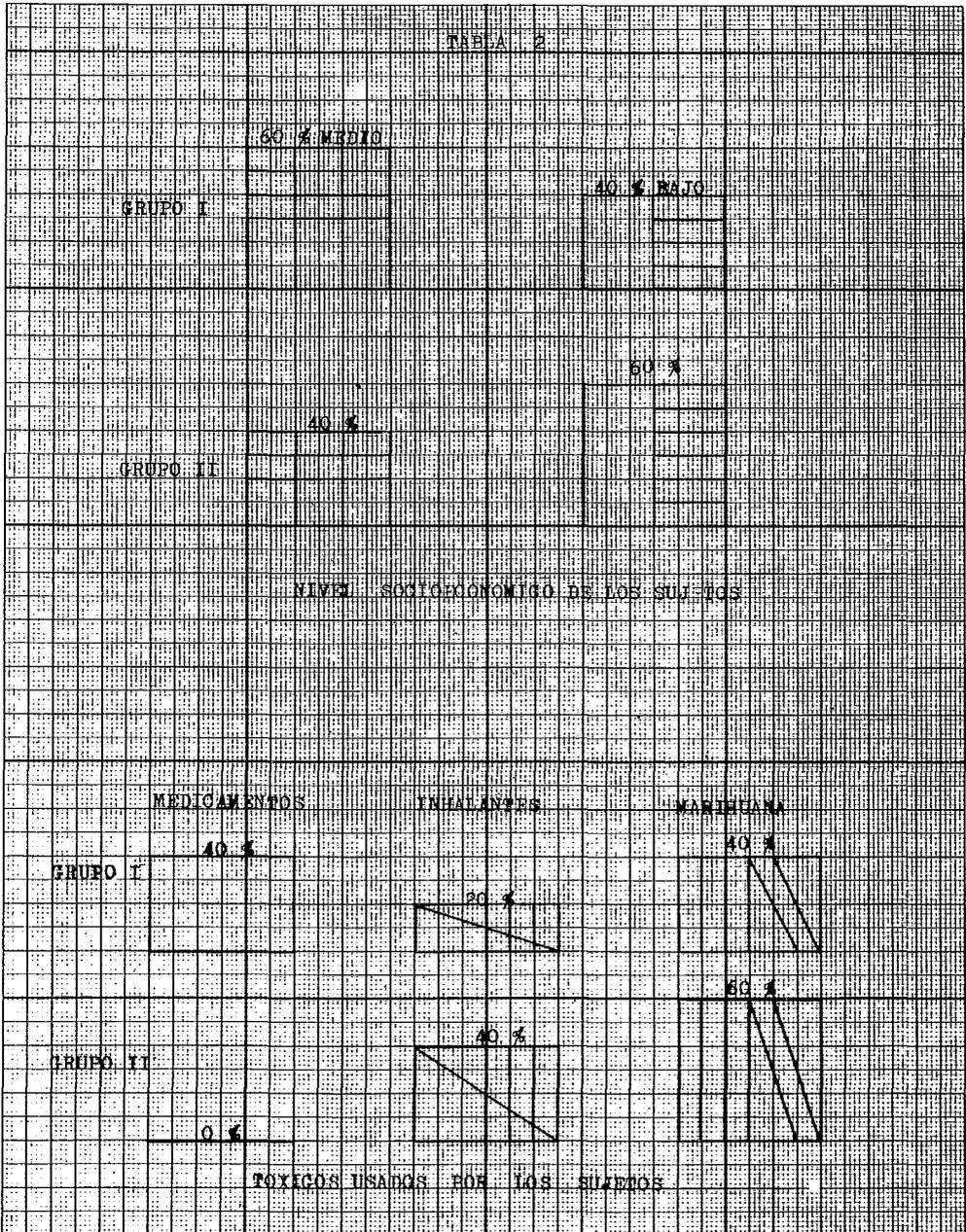
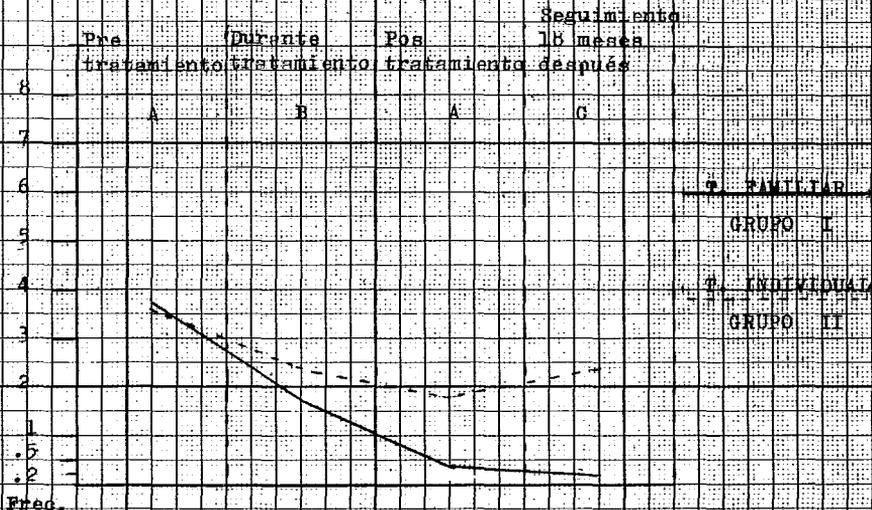


TABLA 3

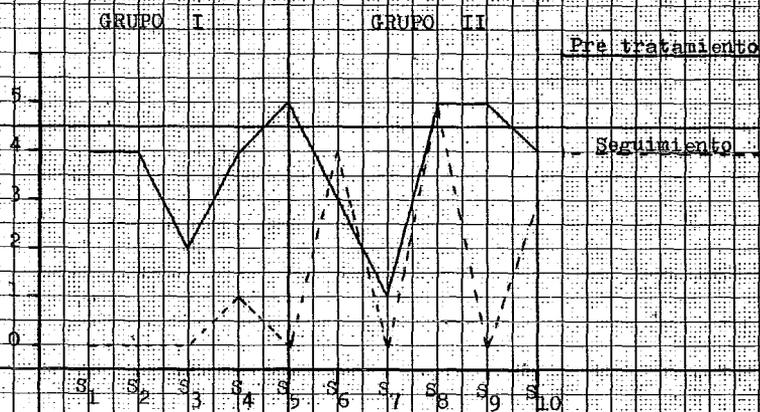
	TERAPIA FAMILIAR						TERAPIA INDIVIDUAL						
	1	2	3	4	5	\bar{x}	6	7	8	9	10	\bar{x}	SUJETOS
	GRUPO I						GRUPO II						
Frecuencia de ingestión de droga por semana	4	4	2	4	5	3.8	3	3	5	5	4	3.6	Pre tratamiento
	2	0	1	1	3	1.8	2	1	5	1	3	2.4	Durante tratamiento
	0	1	0	1	0	.4	2	0	2	1	2	1.8	Pos tratamiento
	0	0	0	1	0	.2	4	0	5	0	3	2.4	Seguimiento
\bar{x} Intra - sujeto.	1.5	1.7	0.7	1.7	2.0	1.5	2.7	0.5	4.7	1.7	3.0	2.5	Disefo B A C

TABLA 3 a



Etapas del tratamiento
 Comparación por grupos de sujetos, frecuencia promedio de ingestión de drogas por semana.

TABLA 4



Comparación por grupos de ingesta de drogas promedio por semilla desde el inicio de tratamiento hasta la etapa de seguimiento.

TABLA 5													
GRUPO I						GRUPO II							
Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Sujetos	
Actividad actual de los sujetos	SI	SI	NO	SI	SI	.8	NO	SI	NO	SI	NO	.4	Trabaja
estudiados	SI	NO	NO	SI	NO	.4	NO	NO	NO	NO	SI	.2	Estudia
	NO	NO	SI	NO	NO	.2	SI	NO	SI	NO	NO	.2	Ninguna

TRABAJA

ESTUDIA

NINGUNA

.8

GRUPO I

.4

.2

.4

.4

GRUPO II

.2

ACTIVIDAD ACTUAL DE LOS SUJETOS

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Al comparar los sujetos de ambos grupos los que recibieron psicoterapia familiar grupo I y los que recibieron psicoterapia individual grupo II se encuentra con que ambos grupos tenían casi el mismo promedio de ingestión de drogas por semana (ver tabla 3a) G.I. 3.8 G.II 3.6 en la etapa de pretratamiento, al iniciarse ambas modalidades de terapia se ve un decremento del promedio semanal en el G.I. de 2.0 y en el G.II. de 1.2 vemos hasta aquí como significativos ambos tipos de tratamiento ya que en los dos grupos existió un cambio favorable hacia el no uso de tóxicos y aún más los conflictos subyacentes, empezaban a resolverse cuando llegamos a la etapa final del tratamiento donde existen varias razones para poder dar de alta a un sujeto que ha sido atendido en Psicoterapia encontramos nuevamente un decremento de la conducta de usar tóxicos siendo el promedio semanal para el grupo I de .4 y para el grupo II de 1.8, hasta aquí se podría pensar que ambos tipos de tratamiento cumplieron su cometido el de haber disminuído el uso de tóxicos en los sujetos, se observa claramente como es en un caso y otro la disminución paso a paso de uso de tóxicos siendo mayor la diferencia en el grupo I donde los sujetos fueron atendidos en Psicoterapia Familiar mientras que los sujetos que habían sido atendidos en el grupo II no era tan marcada la diferencia entre el tratamiento propiamente dicho y la etapa de postratamiento (alta) sin embargo el objetivo de esta investigación era saber si una y otra modalidad de tratamiento aparte de ser efectiva al final del proceso terapéutico ofrecía mayor consistencia con el paso del tiempo así que se decidió como el diseño lo muestra una etapa fuera del tratamiento y que es el punto central de esta investigación.

Etapa de seguimiento.

Los sujetos tratados en Psicoterapia Familiar presentan mayor distanciamiento y disminución de uso de tóxicos no así el tratamiento individual ya que se observa en los resultados y más particularmente en la tabla 4, como en la etapa de seguimiento surge nuevamente el uso de tóxicos al nivel en que se encontraba en la etapa de tratamiento.

De aquí la importancia de la etapa de seguimiento dentro de esta investigación, ya que lo que se pretende es favorecer al paciente afectado por uso de tóxicos y ofrecerle la mejor alternativa de tratamiento para su rehabilitación.

Si bien se ha comprobado que ambas modalidades de tratamiento decremantan el uso de tóxicos veamos que ocurrió con los sujetos ya no en grupo sino en forma individual. -- (Ver tabla 3)

El sujeto No. 1 tuvo un notable decremento de uso de tóxicos ya que de cuatro ocasiones promedio semanal al final del tratamiento y en la etapa de seguimiento estaba ausente el uso de droga.

El sujeto No. 2 aunque tuvo también un decremento fué más gradual su disminución de uso de droga se observó que cuando fué dado de alta se mantenía con un promedio semanal de uso de tóxicos de una vez y en la etapa de seguimiento ya no utilizaba droga.

El sujeto No. 3 fué el que menor consumo presentaba en el grupo I así que su dosis de una vez por semana y de cero en la etapa de alta y seguimiento fué más rápida su rehabilitación.

El sujeto No. 4 Aunque presentaba la misma cantidad de

ingestión promedio semanal que los sujetos 1 y 2 este presen tó una más rápida y favorable disminución de tóxicos aunque en la actualidad sigue presentando adicción con igual frecuencia que en las etapas de tratamiento y alta de una vez por semana.

El sujeto No. 5 Fué en este grupo el que presentó mayor índice de consumo de droga y durante el tratamiento disminuyó, para las etapas de alta y seguimiento reportan que el sujeto no se drogaba ya.

En el sujeto No. 6 fué muy bajo el índice de frecuencia que se logró para que el sujeto no se intoxicara se observó que tanto en la etapa del tratamiento como en el alta seguía consumiendo un poco menos de lo que acostumbraba al principio de su tratamiento pero que se dispara a una frecuencia mayor en la etapa de seguimiento de todos los casos éste es el único que así sucede.

En el sujeto No. 7 el caso fue de los más favorables en cuanto a que el sujeto solo consumía muy poca droga por semana y que la mantuvo durante el tratamiento y que al finalizar ésta la frecuencia era de cero al igual que en la etapa de seguimiento donde se registra ausencia de droga.

El sujeto No. 8 que es uno de los promedios más altos se observó el mantenimiento de la conducta en la etapa de tratamiento y se decrementó un poco en la etapa de alta volviendo a incrementarse en la etapa de seguimiento a la frecuencia con que llegó el sujeto a tratamiento.

El sujeto No. 9 Siendo al igual que el anterior de una frecuencia alta de ingestión de drogas promedio semanal tiene una favorable rehabilitación tanto en disminución como ausencia de drogas, manteniéndose durante el tratamiento y alta con la misma frecuencia no así que desaparece en la eta

pa de seguimiento y que actualmente ya no consume droga.

El sujeto No. 10 se ve disminuída su ingesta de droga durante la etapa de tratamiento a desaparecer el consumo se vuelve a incrementar hasta alcanzar el promedio semanal de uso de tóxicos que tenía en la etapa de tratamiento.

De los diez casos estudiados siete presentan una importante frecuencia de ingestión de drogas semanalmente, son los casos de los sujetos 1 2 4 5 8 9 10 podríamos decir de acuerdo a la muestra los casos de los sujetos 3 y 6 son moderados y que la ingesta de droga del sujeto No. 7 es baja en comparación con los primeros.

El promedio intra sujetos de frecuencia de uso de tóxicos desde la etapa de pretratamiento hasta la etapa de seguimiento también es interesante mencionarlo como se mencionó antes, los casos 1,2,4,5,8,9,10 los cuatro primeros del G.I. y los tres restantes del G.II presentaron una importantes frecuencia de uso de drogas al principio del tratamiento ahora se verá cual fué en cada caso el promedio intra sujetos

El sujeto No. 1 presentó un promedio intrasujeto de 1.5
 El sujeto No. 2 presentó un promedio intrasujeto de 1.7
 El sujeto No. 4 presentó un promedio intrasujeto de 1.7
 El sujeto No. 9 presentó un promedio intrasujeto de 1.7
 El sujeto No. 5 presentó un promedio intrasujeto de 2.0
 El sujeto No. 10 presentó un promedio intrasujeto de 3.0
 El sujeto No. 8 presentó un promedio intrasujeto de 4.7

Los sujetos que llegaron con alta frecuencia de ingestión de droga a la semana fueron los casos 1,2,4,5,8,9,10 de ellos los casos de los sujetos 1,2,4,5,9,10 y 8 en este orden fueron los promedios intra sujetos que también presentaron de menor a mayor frecuencia los sujetos 1,2,4,5, presentaron más bajo promedio en todas las etapas de tratamiento -

en ingestión de droga que los sujetos 8,9,10 pertenecientes al grupo II

Cabe señalar como dato interesante que también son de mencionar las diferencias que existen por grupo en cuanto a la actividad actual en los pacientes de ambos grupos.

Para el grupo No. I el promedio de sujetos que actualmente trabajan es del 80% mientras que en el grupo II es del 40%.

De las personas que se encuentran estudiando actualmente son el 40% para el grupo I y el 20% para el grupo II.

Las personas que no tienen ninguna actividad actualmente son el 20% del grupo I y el 40% del grupo II.

Justo los que mayor índice de frecuencia de uso de tóxicos presentaban son los sujetos que actualmente realizan - dos actividades simultáneamente (trabajar y estudiar) nuevamente vemos que existe mayor respuesta adaptativa en el grupo I ya que de los siete casos de sujetos con alto índice de uso de tóxicos cuatro del grupo I tienen alguna actividad y solo uno del grupo II presenta esta condición.

Pero cabría preguntarse ahora a que se debe que en el grupo I haya más cambio favorables a los sujetos que en el grupo II, pareciera que al manejarse con distintas modalidades de tratamiento uno resulta ser más confiable y consistente con el paso del tiempo sin embargo existen también bases para afirmar que ambos tipos de tratamiento (individual y familiar) fueron efectivos desde la llegada del paciente hasta el alta del mismo solo que en la comprobación de dicha eficacia en cada tratamiento, cambio después de algún tiempo esto fué en la etapa de seguimiento y para ello revisaremos que - aspectos conllevan a este efecto en cada caso particular. - Considerandolos no concluyentes sino circunstanciales.

Mientras que en la psicoterapia familiar todo el grupo va sufriendo cambio en un proceso de ajuste con su familia, - es decir se ofrece una posibilidad de un mejor y mayor acercamiento gradualmente, en la terapia individual es imposible realizarlo debido a que solo está en tratamiento lo que el - grupo familiar denomina el "enfermo" entonces pierde la posibilidad de lo que el sujeto en forma individual concientiza- lo haga también la familia ya que la idea que prevalece es - de que el "enfermo" deberá adaptarse a las condiciones que - le impone su grupo familiar, situación que no ocurre en el - tratamiento familiar, debido a que se explicita el por que - del tratamiento con todos los miembros de la familia y no so lo con el "enfermo".

Por otro lado es de entenderse que los padres que participan en el tratamiento del adolescente tienen la posibilidad de sentirse aliviados de culpabilidad al ver que serán - partícipes de una tarea reparatoria, en el caso de los sujetos que fueron atendidos individualmente no sucede lo mismo- ya que existen depositaciones masivas y casi no existe posibilidad de rescate de la depositación, es el caso de que los padres por una u otra razón no acudieron a tratamiento y buscaron a un profesional para que arregle el asunto de su hijo por tal motivo se puede decir que es difícil operar con este tipo de padres y por ende con la familia.

Así que los resultados que obran en las dos modalida-- des de tratamiento son; producto de interacciones entre terapeuta, paciente identificado y familia por lo que en la psicoterapia de tipo familiar se observa que a medida que se va fijando el equilibrio interno entre los componentes de la - personalidad se restaura gradualmente la salud afectiva en - las relaciones del individuo con el grupo familiar, no sien- do así esta posibilidad en tratamiento individual ya que los

que fueron tratados de esta manera se vieron impedidos de que sus padres participaran en la tarea preparativa de la familia por causa que ya se hizo mención anteriormente.

Al darse la posibilidad en la psicoterapia de familia de repartir la patología existente en el grupo, el paciente-identificado se siente aliviado de la depositación hecha anteriormente hacia el. Situación que no puede darse en terapia individual ya que el paciente identificado está solo de su familia en el proceso terapéutico que recibe individualmente y que trata de resolver la carga de la depositación. En el tratamiento individual es posible ir rescatando poco a poco a veces no es así al paciente de las depositaciones hechas en el solo, que cuando este vuelve con su grupo familiar esté nuevamente la carga de ansiedad y es mucho más difícil el cambio de actitud en el paciente.

En cada paso de la investigación tanto práctica como teórica se ha visto que el período donde se presenta mayor incidencia del problema de la farmaco-dependencia es en los adolescentes, esto resulta doblemente conflictivo a los padres, ya que, la sola etapa de adolescencia en los hijos plantea un reto a los padres debido a que el cambio es difícil y la necesidad de modificar o abandonar patrones disfuncionales de interacción se vuelve necesario en la etapa adolescente debido a presiones internas y externas por las que el adolescente pasa y confronta a los padres.

El punto anterior plantea una dificultad que presenta la familia del farmaco-dependiente muy constantemente y es que se trata de familias disfuncionales en donde los padres sabemos que no permiten una autonomía del yo y donde éstas no han definido su rol como personas ni como padres así que el adolescente protege a los padres uniéndolos o previniendo

una separación, por esto se mencionó antes que de por sí ya era un reto el que los padres enfrenten la adolescencia de los hijos y que se vean también comprometidos con el reto que ofrece la farmacodependencia, se comprende más entonces que si los padres están en tratamiento como es el caso que aquí se dió, la posibilidad de resolver sería menos difícil no así en el caso donde solo acude el paciente a tratamiento sin su grupo familiar.

Hay más aspectos de importancia que se observan mientras que en el tratamiento individual puede ser que el patrón de ingestión de drogas no solo pueda ser apoyada y mantenida por el sistema familiar, sino que se observa que la familia realmente trabaja para sabotear abierta o solapadamente aquellos esfuerzos de tratamiento que empiezan a tener éxito en reducir o eliminar la ingestión. Situación que de ser así en tratamiento familiar se le hace de su conocimiento al grupo familiar para que lo pueda manejar y no sabote su tratamiento.

CONCLUSIONES

Hasta aquí se podría pensar solo tomando en cuenta los resultados obtenidos que existe entre las dos modalidades de tratamiento, que una resultaría ser más efectiva que otra - sin embargo la verdad es que, no podemos afirmar que sea una u otra más eficaz, aún cuando la etapa de seguimiento indi-- que una diferencia en cuanto a la ingesta de drogas en un - grupo y otro y las causas son varias por las que no se puede concluir en este trabajo, que alternativa es mejor como es-- trategia de tratamiento a jóvenes con problemas de farmacodependencia.

Podríamos afirmar que hasta la etapa de alta las dos - ofrecen esta posibilidad de abandono o disminución del uso - de tóxicos cerebrales ya en la etapa de seguimiento no po-- dríamos pensar igual, ni podríamos afirmar ni negar la exis-- tencia de la importancia de las variables a comparar por las siguientes causas.

La primera es la falta de control de las variables ex-- trañas que afectan los resultados y que no fueron tomadas en cuenta en este estudio tales como, edades que fluctúan entre adolescencia temprana y adolescencia tardía, el sexo de los-- sujetos, que es distinto entre los grupos.

Por otro lado el tipo de tóxico empleado así como el - tiempo de uso y la edad de inicio no son tomados en cuenta, - por lo que sería difícil sin el control de estas variables - llegar a afirmar la eficacia de un tratamiento de los dos - que aquí se comparan, porque si bien es cierto parecería que el grupo I presenta mayor posibilidad de éxito no sabríamos-- que es lo que se evalúa si el tratamiento en sí o la actitud a priori de los padres.

Y la segunda causa el no incluir la fecha de inicio y-
alta de tratamiento así como no registrar la actividad ante-
rior al tratamiento para comparar con la actividad actual de
los sujetos no nos permiten las anteriores causas concluir -
en afirmar o negar las hipótesis planteadas, sin embargo pe-
se a todas estas omisiones es importante señalar, que es - -
útil la investigación realizada tanto para efectos teóricos-
o prácticos en la utilización para complementar o ampliar es
te trabajo con otras investigaciones tomando en cuenta las -
omisiones mencionadas anteriormente.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

A través del desarrollo de este trabajo se encontraron algunas limitaciones en diferentes aspectos, la primera que se presentó fué que actualmente solo una institución realiza actividades de tratamiento a farmaco-dependientes. Esto limita la investigación o la facilita según se vea, por otra parte el alto índice de deserción fué un factor determinante para que nuestra muestra solo fuera de diez pacientes, ya -- que estaban registrados en el momento de la selección 35 sujetos de los cuales solo se pudo seguir a diez por causa de una alta tasa de deserción, esto es característico de este tipo de pacientes también se encontró que limitaba el tratamiento de pacientes farmaco-dependientes la idea de que el C.I.J. tenía nexos con las autoridades policiacas, otras limitante es que la sociedad aún no entiende y acepta que el paciente farmacodependiente es un enfermo y éste rehusa asistir a un centro donde se le preste ayuda por este motivo de sentirse señalado al entrar a la institución que presta el servicio de atención a farmacodependientes, también el que existiera una muestra mayor de hombres, más del doble, que de mujeres se debió a esta causa, existieron por otra parte casos de deserción donde los pacientes eran traídos casi a fuerza o con engaños por padres y/o familiares de los pacientes quienes ni siquiera sabían a que los llevaban al C.I.J. -- y que cuando se enteraban, iban las dos o tres primeras veces y dejaban de asistir para siempre.

Por esta razón no se pudo captar una muestra más grande y también debido a que la alta movilidad que existe en la población no nos permitía tomar casos de más tiempo atrás, -- de por sí, de la muestra, tal vez por ser tan reciente tanto el problema de farmacodependencia y las posibilidades de ayu

da, sean tan reducidas tanto las fuentes de trabajos publicadas a este respecto y se tengan que acudir a fuentes extranjeras principalmente a las publicaciones de trabajos realizados en los Estados Unidos ya que en la revisión bibliográfica sobre trabajos realizados con pacientes farmacodependientes solo se encontraron trabajos de conducta operante pero no de psicoterapia analíticamente orientada, puede decirse que no hubo grandes complicaciones para la elaboración de esta investigación solo las mencionadas anteriormente.

A manera de continuación de este trabajo sería conveniente tomar una muestra mucho más amplia para comprobar los datos de esta investigación ya que por lo reducido de los sujetos muestreados y las omisiones señaladas no podríamos concluir cual modalidad de tratamiento es más efectiva, además que sería interesante saber por ejemplo los sujetos que son adictos a determinado tóxico, compararlos con estos dos tipos de tratamiento aquí propuestos o bien por otros que se presume sea el que mejor alternativa ofrezca en el tratamiento de pacientes farmacodependientes para esto será necesario antes de estructurar cualquier marco teórico asegurarse que existe la muestra necesaria para realizar la investigación, para evitarse sorpresas que da el tratamiento cualquiera que sea, en pacientes farmacodependientes debido a la alta tasa de deserción, así también el control de una frecuencia menor en las edades, por lo que se refiere a este estudio sería también importante tomar en cuenta un rango de escolaridad más homogéneo como el grupo de sexos y se podría hacer tantas combinaciones que a través de los resultados se concluiría si es o no realmente útil y consistente la modalidad terapéutica propuesta, sabemos que es difícil el trabajar con pacientes farmacodependientes y así mismo realizar investigaciones a este respecto, pero el fin último del ser humano es

proponerse retos y tratar de alcanzarlos, este trabajo presu
me de haber cumplido con tratar de encontrar una alternativa
de tratamiento aún no habiendo llegado a alcanzar su cometi-
do, cumple como una pequeña y modesta aportación al estudio-
de los interesados que deseen incursionar en este difícil -
campo de la psicoterapia y más aún del tratamiento con farma
co-dependientes.

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

(Acosta C. 1578)

TRATADO DE LAS DROGAS Y MEDICINAS DE LAS INDIAS ORIENTALES
CON SUS PLANTAS DIBUJADAS AL VIVO.

España Editorial Burgos

(Ackerman N. W. 1976 A)

FAMILIA Y CONFLICTO MENTAL

Buenos Aires Argentina Ed. Horme

(Ackerman N. W. 1978 B)

PSICOTERAPIA DE LA FAMILIA NEUROTICA

Buenos Aires Argentina Ed. Horme

(Alonso F. F. 1980)

Drogas Juventud y Sociedad

SALUD MENTAL Vol. III No. 2 México, D. F.

(Antony G. C. 1976)

Drogas en las Repúblicas de Panamá, Costa Rica y Salvador

SEMINARIO LATINOAMERICANO SOBRE PROGRAMAS DE INFORMACION EN

FARMACODEPENDENCIA

Panamá

(Ayala H. E. Dr. 1981)

La Familia Enseñante

SALUD MENTAL

Vol. 4 Año 4 No. 1

(Bauleo A. J. 1974)

IDEOLOGIA GRUPO Y FAMILIA

Buenos Aires Argentina Ed. Kargieman

(Belsasso G. Dr. 1973 A)

PANORAMA DE DROGAS EN MEXICO

Trabajo leído en el panel sobre aspectos transculturales del uso y abuso de drogas en la 126 ava Reunión Anual de la Asociación Psiquiátrica Americana

Hawai E.U.A.

(Belsasso G. Dr. 1975 B)

ASPECTOS GENERALES SOBRE INHALANTES

Cuadernos Científicos C.E.M.E.F. 2 Publicación de Trabajo de Investigación Vol. II México, D. F.

(Berenstein I. 1978)

FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

Buenos Aires Argentina Ed. Paidós

(Blume R. Kaplan J. 1976)

Farmacodependencia y Criminalidad

REVISTA INTERNACIONAL DE POLITICA CRIMINAL No.32

O.N.U. New York

(Castañón V. 1981)

EL IMPACTO DE LA ADOLESCENCIA EN LA FAMILIA

Trabajo presentado en el Primer Encuentro Nacional Interdisciplinario sobre adolescencia Memoria

México, D. F.

(Castro L. 1975)

DISEÑO EXPERIMENTAL SIN ESTADISTICA

México, D. F. Ed. Trillas

(Chao E. Z. Dra. Montes U. R. Dra. 1980)

Investigación de Dinámica y Actitudes Familiares hacia la
Farmacodependencia

MEMORIA DEL PRIMER ENCUENTRO NACIONAL INTERDISCIPLINARIO
SOBRE ADOLESCENCIA

México, D. F.

(Coleman S. B. Davis D. I. 1978)

Family Therapy and Dang Abuse: a National Survey

FAMILY PROCESS

(Cooper D. 1972)

PSIQUIATRIA Y ANTIPSIQUIATRIA

Buenos Aires Argentina Ed. Paidós

(Cuevas P. A. Dr. 1980)

Las Instituciones de Salud Mental y el Adolescente

MEMORIAS DEL PRIMER ENCUENTRO NACIONAL INTERDISCIPLINARIO
SOBRE ADOLESCENCIA

México, D. F.

(David J. y Dupont R. 1976)

PUEDA ALCOHOLICOS ANONIMOS UTILIZARSE COMO REFERENCIA
PARA EL TRATAMIENTO DE ALCOHOLICOS.

Trabajo presentado en el III Simposium Internacional sobre
Drogas y Criminalidad

Sao Paulo Brasil

(Davis D. I. 1974)

The Adaptative Consequence of Drinking.

PSYCHIATRY

U. S. A.

(Dell Ortho A. E. 1974)

The role and resources of the family during
the drug rehabilitation process

J. PSYCHEDEL DRUGS

(Diaz J. L. 1975)

Etnofarmacología de Plantas Alucinógenas Latino Americana
CUADERNOS CIENTIFICOS C.E.M.E.F. 4 Publicación de Trabajos
de Investigación Vol. IV México, D. F.

(Ehrenwald J. 1977)

NEUROSIS EN LA FAMILIA

México, D. F. Ed. Siglo XX

(Franco J. 1973)

Prevención de riesgos en el uso de disolventes

REVISTA MEXICANA DEL TRABAJO

Vol. 4 Tomo III México, D. F.

(Fromm Reichmann F. 1977)

PSICOTERAPIA DE EMERGENCIA

Buenos Aires Argentina Ed. Horme

(Galan M. R.M. 1975)

FARMACODEPENDENCIA EN MEXICO S.C.O. INHALANTES BENDER WESHLER

México 25053 U.N.A.M. 29

(Glick I. D. Kessler D.E. 1974)

MARITAL AND FAMILY THERAPY

New York Ed. Grune and Stratton Inc.

(Gray E. B. 1980)

DRUG ABUSE FROM THE FAMILY PERSPECTIVE. National Institute
U. S. A. on Drug Abuse.

(Guerra T. T. 1973)

DROGADICTOS Y NO DROGADICTOS ESTUDIO COMPARATIVO

México, D. F. Tesis 2505308 U.N.A.M.

(Guigan M. C. 1972)

PSICOLOGIA EXPERIMENTAL

México, D. F. Ed. Trillas

(Haley J. 1973)

UNCOMMON THERAPY

New York Ed. Norton

(Jackson D. D. 1974)

INTERACCION FAMILIAR

Buenos Aires Argentina Ed. Tiempo Contemporáneo

(Kolb C. L. 1978)

PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA

México, D. F. E. La Prensa Médica Mexicana

(Lacan 1977)

ESTUDIO SOBRE LA INSTITUCION FAMILIAR

Buenos Aires Argentina Ed. Editor 904

(Lammoglia R. E. H. Dr. 1971)

EL USO DE LAS DROGAS PROBLEMA ACTUAL

Trabajo presentado en el Tribunal para Menores

México, D. F.

(Levy D.M. 1975)

Experiments on the Sucking Reflex and Social Behavior of dogs

AMER J. ORTHOPSYCH Vol. 4

(Magallanes U. M. 1975)

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS QUE HAN USADO Y LOS QUE NO HAN
USADO MARIHUANA EN NIVEL MEDIO SUPERIOR M.M.P.I.

México, D. F. Tesis 25053 U.N.A.M. 37

(Mancera de C. R. Dra. 1976)

Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Farmacodependiente
MEMORIA PRIMERA REUNION NACIONAL DE LOS C.I.J.

México, D. F.

(Masters R.E.L. y Houston J. 1966)

THE VARIETIES OF PSYCHEDELIC EXPERENCE

New York del Publishing Co. Ind.

(Messulonghites L. 1980)

Perspectivas multiculturales en el abuso de drogas
y su prevención

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE

U. S. A.

(Narramore C. M. Dr. 1970)

ENCICLOPEDIA DE PROBLEMAS PSICOLOGICOS

5a. Edición Ed. Logoi Barcelona España

(Nargeolet H. y Vaille Ch. 1973)

El Fomento de la Coordinación Regional Europea en la lucha
contra la Toxicomanía.

BOLETIN DE ESTUPEFACIENTES

Vol. XXV No. 2 O.N.U.

(Pérez F. de C. Dr. 1975)

Aspectos clínicos de las intoxicaciones por inhalantes.

CUADERNOS CIENTIFICOS C.E.M.E.F. 2

Publicación de trabajos de investigación Vol.II México, D.F.

(Porot A. M. 1971)

LAS TOXICOMANIAS

Barcelona España Ed. Oikos-Tan

(Pucheu R. C. Dr. Torres T. J. 1980)

Estado actual y perspectiva del problema de la farmaco-dependencia en México.

REVISTA DE SALUD MENTAL

Vol. 3 Año 3 No. 2

(Rabell L. Dra. 1976)

Técnica de Prevención Primaria "Philips 6 X "

MEMORIA DE LA PRIMERA REUNION NACIONAL DE LOS C.I.J.

México, D. F.

(Riterman F. 1973)

PAREJA Y FAMILIA

Buenos Aires Argentina Ed. Amorrortu

(Ruiz T. A. Dr. 1975)

Manifestaciones clínicas en usuarios y/o abusadores de volátiles inhalables. CUADERNOS CIENTIFICOS C.E.M.E.F. 2

Publicación de trabajos de investigación Vol. II

México, D. F.

(Satir V. 1974)

CONJOINT FAMILY THERAPY

U. S. A. Harvard Univ. Press

(Shapiro R. L. 1976)

The origin of adolescent disturbances in the family
song considerations in theory and implications for therapy

FAMILY THERAPY AND DISTURBED FAMILIES.

U.S.A. Ed. Zuck G. H. Bosxormeny Nagyt

(Singer E. 1975)

CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA PSICOTERAPIA.

México, D. F. Ed. Fondo de Cultura Económica

(Solomon P. 1977)

MANUAL DE PSIQUIATRIA.

México, D. F. 2a. Edición Ed. El Manual Moderno S. A.

(Taichert L. C. 1979)

TWO ADOLESCENTS AT RISK FOR SCHIZOPHERENIA

A FAMILY CASE STUDY

Int. Jour. of family Therapy

(Thashman H. S. 1972)

LA FAMILIA NEUROTICA DE NUESTRO TIEMPO

Buenos Aires Argentina Ed. Psique

(Taylor N. 1974)

DROGAS.

New York 2a. Edición Noval Dell Organización Editorial No-
varo S. A.

(Ulrich R. 1974)

CONTROL DE LA CONDUCTA HUMANA Vol. 2

México, D. F. Ed. Trillas

(Wolff W. 1974)

INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA

México, D. F. Ed. Fondo de Cultura Económica

OTRAS LECTURAS

- 1.- LA FAMILIA ANTE EL PROBLEMA DE LAS DROGAS.
México, D. F. C.E.M.E.S.A.M. 1979
- 2.- Medidas que deben tomarse para la erradicación del
arbusto de coca
BOLETIN OFICIAL DEL ORGANO DE SALUD DE BOLIVIA CIRCUIF
Sao Paulo Brasil Año 1 No. 6 Marzo 1976
- 3.- Medidas para la Prevención y el control del abuso y la
dependencia de las drogas.
INFORME DE UN GRUPO DE TRABAJO LA HAYA Abril 1971 O.M.S.
Oficina Regional para Europa Copenhague.
- 4.- Simposio Internacional sobre actualización en Farmaco--
dependencia, Alcoholismo y Salud Mental.
SALUD MENTAL
Dic. 1979 Vol II Año 2 No. 4 México, D. F.