

1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

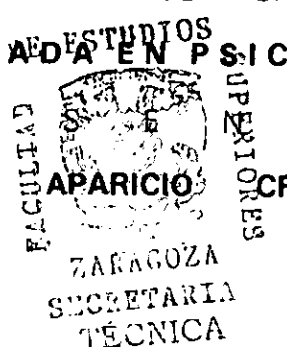


FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

EL ALCOHOLISMO DESDE UN ENFOQUE SISTEMICO

T E S I S

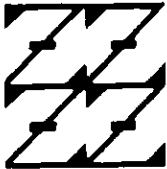
PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN ESTUDIOS SUPERIORES DE PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
GEORGINA APARICIO CRISOSTOMO



ASESOR DE TESIS: MIGUEL ANGEL MARTINEZ BARAJAS

280394

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



LO HUMANO ES
DE NUESTRA REFLEXION

MEXICO, D.F.

JUNIO DE 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

APARICIO CRISOSTOMO GEORGINA

NUMERO DE CUENTA : 9017707-9

TELEFONO : 7-36-42-65

NOMBRE DEL ASESOR : MIGUEL ANGEL MARTINEZ BAROJAS

TELEFONO : 6-49-15-39

VISTO BUENO

TITULO DEL TRABAJO : EL ALCOHOLISMO DESDE UN ENFOQUE SISTEMICO

AREA EN LA QUE SE INSCRIBE EL TRABAJO : CLINICO

OPCION DE TITULACION : INFORME DE SERVICIO SOCIAL

FECHA : 3 DE MARZO DE 2000

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

NOMBRE DEL ALUMNO : APARICIO CRISOSTOMO GEORGINA

NUMERO DE CUENTA : 9017707-9

TELEFONO : 7-36-42-65

TITULO DEL TRABAJO : EL ALCOHOLISMO DESDE UN ENFOQUE SISTEMICO

AREA EN LA QUE SE INCRIBE EL TRABAJO : CLINICO

OPCION DE TITULACION : INFORME DE SERVICIO SOCIAL

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO 1 EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

1.1 Aspectos históricos del alcoholismo en México	2
1.2 Definición de alcoholismo	4
1.3 Clasificación del Alcoholismo.....	5

CAPITULO 2 ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

2.1 Causas del Alcoholismo

Factores biológicos	8
Factores socioculturales.....	8
Factores psicológicos.....	9

CAPITULO 3 EL ENFOQUE SISTEMICO Y LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

3.1 Enfoque sistémico	11
3.2 Terapia familiar sistémica	23
3.3 Terapia familiar breve	24
3.4 Terapia familiar y psiquiatría comunitaria.....	28

CAPITULO 4 INSTITUCION Y UNIDAD DE TRABAJO DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL

4.1 Objetivos del servicio social	30
4.2 Institución y unidad de trabajo donde se realizo el servicio social.....	31
4.3 Descripción de las actividades realizadas y resultados.....	34
4.4 Análisis y evaluación	37

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
---------------------------------	----

CRONOGRAMA	41
------------------	----

ANEXOS	42
--------------	----

INTRODUCCION

El problema del alcoholismo ha existido desde la antigüedad, como se mencionara posteriormente en el capítulo 1, se creía que una persona que nacía bajo el signo 2, de acuerdo con el calendario adivinatorio; estaba predispuesta al alcoholismo. Sin embargo a pesar de existir desde hace mucho tiempo ha sufrido un estancamiento en el tratamiento, por el hecho de no verlo como un problema social, sino como una satisfacción social que le puede brindar el alcoholismo a la persona que lo ingiere. Esta misma satisfacción, que rodea la conducta del individuo está determinada por la familia; así como los factores psicológicos, sociales y fisiológicos que rodean al individuo. Es importante mencionar que la manera de abordar el alcoholismo no será a través del enfoque Médico tradicional el cual ve al alcoholismo como una enfermedad, con signos y síntomas, a partir del momento en que se ha establecido la dependencia física y psicológica, en donde la familia es sólo víctima de un sujeto que viene a dañarla, sino a través del enfoque sistémico, el cual ve al alcoholismo como una disfunción humana frecuente, que se da en un contexto de desequilibrio en el funcionamiento del sistema familiar global, es decir que no es un trastorno de alguno de los miembros, sino una alteración en el equilibrio funcional y o estructural de la familia.

El haber elegido el alcoholismo a través del enfoque sistémico como tema de titulación es 1) por el interés mostrado de las poblaciones a las que brinde pláticas de orientación de diferentes problemas sociales, las cuales dentro de las mismas se desliaban o sobresalían preguntas sobre el problema del alcohol; 2) el profundizar más sobre el alcoholismo al haber acudido a grupos de Alcohólicos Anónimos y; 3) proporcionar una propuesta de tratamiento diferente ya que dentro de mis actividades dentro del servicio social fueron más a través del enfoque Médico y no lograron satisfacer mis expectativas.

El enfoque sistémico brinda una alternativa diferente de ver el alcoholismo ya que orienta a las personas para que busquen sus propias respuestas, a través de las cuales las personas consigan independizarse de la asesoría profesional y de instituciones públicas, cuando haya profundas recaídas en el alcoholismo.

A continuación describiré el contenido de cada capítulo.

En el capítulo 1 se estudia la forma de abordar el alcoholismo en la antigüedad, la definición de alcoholismo desde un enfoque sistémico.

En el capítulo 2 las diferentes causas del alcoholismo

En el capítulo 3, se mencionará históricamente la forma en que nació el enfoque sistémico, las características de la terapia familiar sistémica, así, como los autores sistémicos: Bertalanffy, Wiener, Bateson, Shazer, etc. Y en el capítulo 4, la institución, así como las actividades realizadas durante el servicio social y los resultados a los que se llegó.

CAPITULO 1 EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

1.1 ASPECTOS HISTORICOS DEL ALCOHOLISMO EN MEXICO

La literatura menciona dos versiones (Calderón, 1994), una la más pintoresca y seguramente la más conocida, debida a Fernando de Alba Ixtlixóchitl el cual nos dice: habiendo heredado Tecpancaltzin el señorío de los toltecas, a los diez años de su reinado fue a su palacio una doncella muy hermosa llamada Xóchitl con su padre Papatzin, a presentarle la miel de maguey que habían descubierto. Prendóse el rey de la doncella y tras los episodios en esos casos naturales, acabó por seducirla, ocultándola en una fortaleza que habla sobre el cerro de Palpan, donde tuvo un hijo a quien le pusieron Meconentzin, que quiere decir hijo del maguey, por recuerdo al origen de los amores de sus padres y del el cual nació el año ce-acatl.

La segunda es la proporcionada por Fray Bernardino de Sahagún, la cual señala la importancia del oclli (pulque) y era testificada por el papel capital que desempeñaban en la religión; los dioses de la bebida y de la embriaguez, llamados Centzon Totochtin (cuatrocientos o innumerables conejos) dioses lunares y terrestres de la abundancia y de las cosechas, así como la diosa del Maguey, Mayahuel.

Obsesionados por el tiempo, la mayor parte de los pueblos prehispánicos de México tenían una doble forma de computarlo, una mediante el año solar de 365 días dividido en 18 meses de 20 días a los cuales se agregaban 5 días huecos que eran considerados como extremadamente nefastos. Este calendario les servía para comprender y prever la sucesión de los fenómenos, de los movimientos de los astros y de las estaciones que les eran vitalmente indispensables para su principal fuente de vida, la agricultura.

Pero simultáneamente llevaban el cómputo con un calendario adivinatorio o Tonalámatl, que resultaba de la combinación de los 13 números con 20 nombres, cada uno representado por un signo, dando un total de 260 combinaciones posibles.

La interpretación del calendario adivinatorio era básica para el individuo, ya que la influencia del signo del día de su nacimiento lo dominaría hasta la muerte y además determinaría su vida en el más allá; así pues, la vida de los individuos estaba regulada por los presagios. El que nacía bajo el signo 1 ocelotl, moriría como prisionero de guerra, el que nacía bajo el 4 itzcuintli sería rico y próspero aunque no se esforzara en absoluto para conseguirlo y el que nacía bajo el signo 2 conejo (OME TOCHTLI) sería afecto a la embriaguez. Cualquiera que nacía en ese signo sería borracho, inclinado a beber vino y que no buscaba otra cosa sino el vino, y despertando en la mañana no se acordaba de otra cosa sino del vino y así cada día andaba borracho y aun lo bebía en ayunas y amaneciendo luego se iba a casa de los taberneros, pidiéndoles por gracia el vino, y no podía sosegar sin beber vino. El conejo era considerado como símbolo de los dioses del pulque en honor de los cuales se celebraban fiestas y banquetes en donde se bebía el oclli. Entre todos los dioses destacaba en forma principal la diosa Mayahuel relacionada directamente con el descubrimiento de la bebida. Se representaba generalmente vestida de blanco que es el color del pulque y sentada sobre un maguey, con sus hojas tiesas ligeramente curvas hacia afuera y con espinas en sus extremos. Era frecuente que junto con la diosa se pintara una olla de pulque saliendo de su boca la espumante bebida, rodeada de banderolas de papel pintado y traspasada con una flecha que posiblemente expresara la idea de castigo, puesto que el beber pulque fuera de ciertas ceremonias era considerado como un crimen. En otras ocasiones eran utilizados elementos simbólicos agregados; así en una de las láminas del Códice Borgia se ve la olla con la bebida desbordando con flores en su superficie y saliendo de ella el conejo imagen de los números del pulque, también con flores en las manos seguramente refiriéndose al aspecto agradable de la ingestión del oclli.

La diosa Mayahuel conocida como la regenta del octavo signo de los días, correspondientes a Tochtli (conejo) era llamada la mujer de los 400 pechos y se consideraba que a causa de su fecundidad había sido trasformada en un maguey, planta que al llegar el tiempo apropiado segrega de su tronco durante meses inagotablemente el dulce zumo; por tal motivo en algunas ocasiones se le pintaba amamantando a un pez,

animal representativo igualmente de la fecundidad, siendo este hijo de la expresión de su naturaleza. En general todas las clases sociales repudiaban a los alcohólicos. Por esta causa todos los menospreciaban, por ser hombres infamados públicamente y todos tenían hastío y aborrecimiento; nadie quería su conversación por que confundían a todos los amigos y ahuyentaban a los que estaban juntos, lo dejaban solo porque era enemigo de amigos. Como seguramente el rechazo social no era suficiente para enmendarlos, los soberanos los aconsejaban y amenazaban. En otras ocasiones trataban de controlar su formación sobre bases de austeridad y de encauzar sus inclinaciones hacia el ejercicio con el fin de alejarlos del alcoholismo, tenían bravos castigos para los que no eran obedientes y reverentes con sus maestros y en especial se ponía gran diligencia en que no se bebiese octli. La gente que era menor de cincuenta años se ocupaba en muchos ejercicios de noche y de día y criándose en gran austeridad de manera que los bríos e inclinaciones carnales no tenían señoría en ellos, así, en los hombres como en las mujeres. Sin embargo, ni el repudio social, ni los consejos y amenazas de sus soberanos, ni la formación dentro de su ambiente de austeridad con orientación hacia el deporte, lograban controlar el problema, por lo cual fue necesario crear una serie de leyes que tenían por objeto castigar severamente a los que a pesar de todo insistían en ingerir en forma desmedida la bebida embriagante. Si aparecía un mancebo borracho públicamente o si le topaban con el vino, o le veían caído en la calle o iba cantando, o estaba acompañado con los otros borrachos, éste tal, si era macegal se le castigaba dándole de palos hasta matarlo, o le daban garrote delante de todos los mancebos juntados, para que tomaran ejemplo y miedo de no emborracharse. Cuando se trataba de adultos, la severidad de los jueces era tanto más grande cuanto importante era el culpable, así la embriaguez pública era castigada en el plebeyo, con una severa advertencia y la vergüenza de tener la cabeza rapada, o bien se le encarcelaba, pero si el ebrio era noble se le castigaba con la muerte. El mismo castigo correspondía, según la décima ordenanza de Netzahualcóyotl, al sacerdote lujurioso o ebrio. Los ancianos por el contrario podían beber sin restricciones especialmente cuando se celebraban ciertas fiestas como en la ceremonia de imposición de nombre a un niño, en la noche los ancianos se juntaban y bebían pulque y se emborrachaban, para emborracharse ponían delante de ellos un cántaro de pulque y el que servía echaba en una jícara y daba a cada uno de beber, y el servidor cuando veía que no se emborrachaban, tornaba a dar de beber por la parte contraria a la mano izquierda. Así sólo se les permitía la bebida a aquellas personas cuya vida activa había terminado y no iban a ser una carga para la sociedad. Con la llegada de los españoles estos castigos fueron abolidos por inhumanos, originándose poco tiempo después un aumento considerable del problema del alcoholismo entre los aborígenes que las nuevas medidas de control no pudieron frenar. En la actualidad el alcoholismo ataca en plena edad productiva entre los 35 y 54 años de edad. (Espejel, 1989) En México, en 1970, el alcoholismo se presentaba en 129 de cada 100 mil habitantes, lo que originó que la cirrosis hepática quedara incluida dentro de las diez enfermedades más importantes del país; 2.187 accidentes de tráfico fueron provocados por el alcohol; muchos millones de pesos se perdieron por inasistencia al trabajo y las muertes por esta causa fueron siete veces más altas que en la población general. En los datos nacionales, en el registro del año 1983, el alcoholismo ocupó el segundo lugar y fue superado solamente por problemas de alteraciones en el desarrollo. En los casos notificados, según diagnóstico, en el año de 1982, la prevalencia de personas con secuelas invalidantes por alcoholismo fue de 543 por mil habitantes y la tasa de morbilidad por ese mismo concepto fue de 5 a 7 por mil habitantes, de acuerdo con los datos recolectados en las diferentes instituciones del sector salud. En 1988 se reveló que el 65 % de los expedientes revisados en cinco años correspondían a familias que presentaban un miembro con síndrome de dependencia alcohólica. Precisamente en este trabajo se estudiara la forma en como ve y influye la familia en el alcoholismo, pero antes de profundizar en el tema es importante comenzar con la definición de alcoholismo.

1.2 DEFINICION DE ALCOHOLISMO

Existen diversos enfoques y autores que han definido el alcoholismo, La definición en este trabajo será a través del enfoque sistémico. Existen dentro de este enfoque algunos autores que han explicado el alcoholismo como :

Bateson (1979) en su teoría acerca del alcoholismo , lo sitúa dentro del contexto de un sistema, ya sea familiar, social o inclusive tan reducido como puede ser el sistema del alcohólico y la botella.

Bowen, (1989), enfatiza la importancia del sistema familiar en la aparición de la conducta alcohólica, el alcohólico empieza a beber cuando la ansiedad de la familia sube de nivel. La aparición de un síntoma remueve una ansiedad todavía mayor en quienes dependen del individuo que bebe. Cuanta más ansiedad hay, más ansiosamente reacciona el resto de los miembros de la familia de lo que ya lo estaban haciendo. El proceso de beber para aliviar la ansiedad y el aumento de la ansiedad de la familia en respuesta a la acción de beber pueden conducir en espiral a un colapso funcional o bien puede convertirse en un patrón crónico. Desde un prisma sistémico , el alcoholismo es una disfunción humana frecuente. Como disfunción, se da en el contexto de un desequilibrio en el funcionamiento del sistema familiar global. Desde una perspectiva teórica, todo miembro de la familia desempeña un papel en la disfunción del miembro afectado. Desde la perspectiva de la terapia sistémica, la terapia se orienta a ayudar a la familia a modificar sus pautas de funcionamiento. La terapia se dirige al miembro, o miembros de la familia, con más recursos, que poseen el mayor potencial para modificar su propio funcionamiento .

Steinglass citado por Castro (1989), dice que el abuso del alcohol puede cumplir dos funciones : a) como señal o expresión de tensión dentro del sistema o b) como parte integrante de uno de los patrones de funcionamiento del sistema. Steiner citado por Castro (1989) , dice que no existe el alcoholismo o un alcohólico como tales, sino que existe un papel al que se le denomina "alcohólico" en cierto tipo de juego o sea, que el alcoholismo es la función de un sistema y no de un individuo.

De acuerdo al enfoque sistémico Castro (1989) el alcohólico no puede ser entendido como el que tiene el problema, sino como el portador de un síntoma de un determinado sistema, que es generalmente la familia. Este sistema requiere de una interacción estereotipada para mantener su estabilidad u homeostasis ; y en algunas familias esta conducta estereotipada de beber puede ser una actuación estimulada (generalmente de una manera encubierta) por el sistema familiar.

Después de conocer la forma que ve cada autor al alcoholismo y englobando a todas el alcoholismo es : el alcoholismo es una disfunción humana, que se da en el contexto de un desequilibrio en el funcionamiento del sistema familiar, el alcohólico no puede ser entendido como el que tiene el problema, sino como el portador de un síntoma de un determinado sistema, que es generalmente la familia, y este sistema requiere de una interacción estereotipada para mantener su estabilidad ; y en algunas familias esta conducta estereotipada de beber puede ser una actuación estimulada (generalmente de una manera encubierta) por el sistema familiar.

Es necesario describir la forma en que puede ser reconocido un problema de alcoholismo. Entre estos criterios están según JAMA, OMS y DSM IV, citados por Rocha (1996) 1) la persona informa de una pérdida de control, respecto a su conducta de beber ; 2) necesita tomar un trago, para comenzar la mañana, para mantenerse durante todo el día , o para prepararse ante acontecimientos evocadores de tensión ; ha llegado a ser psicológicamente dependiente al alcohol ; 3) ha perdido su (s) trabajo (s), su familia o sus amigos por culpa de la bebida ; 4) ha experimentado amnesias, alucinaciones, falta de apetito, se ha incrementado su tolerancia al alcohol, o ambas cosas, a consecuencia de su beber continuado ; 5) informa de la aparición de síntomas de abstinencia cuando deja de beber ; es físicamente dependiente al alcohol. ; 6) la negación se convierte en una parte integrante de la enfermedad y casi siempre representa un obstáculo enorme para la recuperación.

El alcoholismo tiene grados y un asunto de la mayor importancia es el de poder valorar adecuadamente los síntomas para hacer diagnósticos precoces, sobre todo por que el alcoholismo inicial es más susceptible al tratamiento (Velasco, 1981). La clasificación de Jellinek se basa principalmente en clasificar la gravedad del alcoholismo.

1.3 CLASIFICACION DE ALCOHOLISMO

Es necesario señalar que existen infinidad de clasificaciones de alcoholismo, unas se basan en la cantidad de alcohol ingerido, otras en la conducta del bebedor y la regularidad con la que se intoxica y algunas más, en el nivel de gravedad, la respuesta orgánica, el grado de dependencia física, y por último tomando en cuenta el estadio evolutivo del ciclo vital del alcohólico

Una clasificación ampliamente aceptada es la de Jellinek (citado por Velasco, 1981) vista a través del modelo médico quien consideró diversos elementos en una combinación que le permitió establecer cinco características del sujeto alcohólico. Los elementos que están son: el consumo excesivo, las complicaciones, la dependencia psicológica y o física y la forma del consumo de alcohol. los cinco tipos son :

Alcoholismo Alfa, implica una dependencia exclusivamente psicológica, que se debe a que el alcohol alivia las molestias físicas o los conflictos emocionales del sujeto. En este caso no existe pérdida del control, ni la incapacidad para abstenerse. Tampoco puede apreciarse una evolución progresiva y en realidad no se trata de una verdadera enfermedad, sino una forma neurótica de consumir alcohol. Afecta a quienes tienen problemas del carácter y sufren conflictos relacionados con la angustia y la frustración, para ellos, el alcohol es un tranquilizante muy efectivo.

Alcoholismo Beta, se caracteriza por las complicaciones que resultan de una ingestión excesiva y prolongada de alcoholismo, como la gastritis, polineuritis y cirrosis hepática. Como no existe dependencia física, no se presenta el síndrome de abstinencia aunque puede haber dependencia psicológica.

Alcoholismo Gamma, en este tipo de alcoholismo, hay dependencia física y psicológica con pérdida del control o incapacidad para beber con moderación. El sujeto puede dejar de beber durante semanas y aun meses, pero al volver a hacerlo pierde totalmente el control.

Alcoholismo Delta, también implica una dependencia física y psicológica, pero a diferencia del alcoholismo gamma, el sujeto no puede dejar de beber ni siquiera durante unos días y presenta síndrome de abstinencia.

Alcoholismo Epsilon, es el alcoholismo periódico, también llamado dipsomania. No debe confundirse con el tipo gamma que incluye también periodos de abstinencia.

La clasificación de Jellinek al tomar en cuenta diversos elementos involucrados, quita la expectativa de encontrar una sola causa del alcoholismo. Existen diferentes factores causales del alcoholismo, los factores físicos, sociales y psicológicos, rebasando así; el modelo médico tradicional, que se enfoca a la búsqueda y tratamiento solo de causas orgánicas, dando pie de esta manera a reconocer la multifactorialidad en su etiología y por ende a la creación de abordajes de solución multiprofesionales, que elevan el índice de rehabilitación los cuales se mencionaran con más amplitud en el capítulo 2.

Existe también desde el punto de vista del ciclo evolutivo la evaluación del alcohólico en donde se incluyen

los siguientes ítems: (Góngora, 1992)

1. Etapa de la vida del individuo alcohólico.
2. En qué generación se encuentra el alcohólico (abuelos, padres o nietos) y qué estadio evolutivo (en las tres generaciones) se encuentra afectado.
3. Qué tiempo ha pasado desde el comienzo del alcoholismo y la petición de ayuda, cuántas etapas del ciclo vital han pasado.
4. En qué estadio del alcoholismo se encuentra el alcohólico:
 - prodrómico: caracterizado por tolerancia al alcohol, preocupación por la bebida, utilización del alcohol por sus efectos, cambios de personalidad después de la ingesta;
 - medio: ausencias, inhabilidad persistente para predecir las conductas relacionadas con el alcohol, ingestión solitaria, cambios pronunciados de la personalidad, dependencia física y psicológica, síntomas de aislamiento, incremento de la racionalización y negación del alcoholismo;
 - crónico: pérdida de empleo, aislamiento social, problemas médicos, deterioro moral y ético, pensamiento irracional, cambios extremos del efecto, miedos vagos, ansiedad, paranoia, baja tolerancia al alcohol, borracheras frecuentes o constantes.
5. En qué fase de adaptación al alcoholismo se encuentra la familia. Cuando quien bebe es el marido las respuestas "adaptativas" de la familia suelen ser las siguientes:
 - relación marital tensa junto con una minimización (o evitación) de otros problemas no relacionados con el alcohol.
 - incremento del aislamiento social de la familia. La interacción familiar comienza a ser reactiva y a organizarse alrededor de la conducta alcohólica.
 - la conducta de la familia sufre un cambio dramático: pasan de intentar controlar al bebedor a tratar de aliviar la tensión reinante. Los hijos pueden comenzar a exhibir conductas disfuncionales. Se producen intensas inducciones de culpa;
 - uno de los esposos comienza a desempeñar el rol de padre responsable y el que bebe es declarado irresponsable. El responsable se hace con el control de la familia y toda la interacción familiar se centra en tratar de minimizar las influencias negativas de la bebida. Si entonces el bebedor se vuelve sobrio revertir los roles pueden llegar a ser complicado;
 - evaluar hasta qué punto el alcoholismo de un miembro de la familia ha afectado a diferentes generaciones (sus hijos y la generación precedente);
 - debe estarse alerta a las necesidades médicas del alcoholismo.

CAPITULO 2 ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

2.1 CAUSAS DEL ALCOHOLISMO

Respecto de las causas, intervienen diversos elementos, biológicos, psicológicos y sociales por consiguiente, deberá contemplarse el hecho de que no existe una causa simple, sino una interacción complicada de factores que originan este grave padecimiento (Hernández, 1993)

FACTORES BIOLÓGICOS

Dentro de los factores biológicos se encuentran :

- a) Alteraciones fisiológicas : Durante los últimos años se ha estudiado intensamente el metabolismo del etanol, las respuestas orgánicas que provoca y su influencia en la evolución de la enfermedad, además de sus complicaciones físicas y psicológicas (Hernández, 1993). En este sentido, todas las investigaciones referentes a este tópico, coinciden en que el alcohol tiene una acción depresiva sobre el Sistema Nervioso Central determinada por la duración y la cantidad de la ingestión. Una vez que ha sido metabolizado y sus efectos han desaparecido, el tejido nervioso reacciona con una mayor excitabilidad durante un periodo proporcional . Las manifestaciones clínicas mientras dura la acción depresiva, van desde fenómenos psíquicos relativamente simples, hasta la supresión de los centros vitales y la muerte. Los signos de la excitabilidad secundaria se manifiestan por lo común "a la mañana siguiente", en forma de temblores o agitación, molestias que pueden ser aliviadas temporalmente con una nueva ingestión de alcohol. Esta mejoría de la fase de excitación mediante nuevas dosis, se van haciendo cada vez más urgentes e importantes para el bebedor conforme el trastorno progresa. Eventualmente se convierte en una dependencia física o psicológica. Ultimamente ha aparecido una nueva teoría que se basa en la observación de que los alcohólicos presentan alteraciones en el metabolismo de los azúcares. Después de muchos años de beber, los alcohólicos pueden presentar trastornos hepáticos y pancreáticos que, a su vez, producen alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono. Algunos investigadores han señalado las alergias alimentarias como posibles responsables del desarrollo del alcoholismo. De nuevo, surge la cuestión de que en los alcohólicos crónicos la reacción alérgica al alcohol o a sus derivados puede ser consecuencia del consumo abusivo del alcohol y no su causa inicial. Las insuficiencias endócrinas también han sido objeto de especulación etiológica, por ejemplo, las insuficiencias adrenales detectadas en los alcohólicos. Pero no se puede afirmar que sean su causa por el mero hecho de aparecer relacionadas con él.
- b) Factores Genéticos : A pesar de la evidencia de que el alcoholismo está, en cierta medida, determinado genéticamente, la herencia por sí sola no explica la gran mayoría de casos. La predisposición constitucional cuando existe, tiene que conjugarse con los demás factores, para tener un valor patogénico, entre un 35 o 40 % de las personas que tienen un padre alcohólico corren un riesgo mayor. Los factores hereditarios también afectan las respuestas personales ante el alcohol, por ejemplo, la conducta durante la intoxicación, la sensibilidad del Sistema Nervioso Central y otros sistemas al etanol, la velocidad de eliminación de éste, el desarrollo de la tolerancia y el avance hacia la dependencia física. (Hernández, 1993).

FACTORES SOCIOCULTURALES

Los factores sociales y culturales ocupan un lugar preponderante, en uno de los grandes problemas humanos "el alcoholismo". Las teorías socioculturales pueden relacionarse con los hábitos de la bebida, la mayoría de estas teorías se han originado a través de la observación de las semejanzas y diferencias encontradas en

la identidad de grupos y subgrupos culturales. Así, el diferente porcentaje de alcohólicos de dos poblaciones pueden ser el resultado de factores culturales, pero es difícil demostrarlo. Otra causa señalada del alcoholismo, es la incapacidad para enfrentarse a los problemas de la vida diaria. Esto explica que entre los jóvenes sea frecuente encontrar el alcoholismo relacionado con sentimientos de alienación social o familiar, pero es difícil determinar si estos sentimientos fueron el motivo del alcoholismo o si, por el contrario, existen otros factores (rasgos psicológicos o de personalidad, herencia genética) que influyeron tanto en la aparición del alcoholismo como de los sentimientos de alineación. También se especula que nuestra sociedad es demasiado permisiva con la publicidad de bebidas alcohólicas, lo que hace aumentar su consumo y quizá el número de alcohólicos. (Hernández, 1993).

FACTORES PSICOLOGICOS

Los alcoholistas (Bateson, 1979) en sus manifestaciones sobrias, reciben comúnmente títulos tales como "inmaduros", "fijados en la madre", "orales", "homosexuales", "pasivos-agresivos", "temerosos del éxito", "hipersensibles", "orgullosos", "afables" o simplemente "debiles". Pero los corolarios lógicos de esta creencia no suelen examinarse. Si la vida sobria del alcoholista lo impulsa, de una manera u otra, a beber, o le propone el primer paso hacia la intoxicación, no ha de esperarse que cualquier procedimiento que refuerce su estilo particular de sobriedad reduzca o controle su alcoholismo. Si su estilo de sobriedad lo impulsa a beber, entonces ese estilo tiene que contener algún error o patología, y la intoxicación necesariamente proporciona alguna corrección por lo menos subjetiva de ese error. Una hipótesis alternativa es que, cuando sobrio, el alcoholista es de alguna manera más sano que los que lo rodean, y esta situación le es intolerable. El alcohólico nunca estuvo esclavizado por el alcohol, el alcohol le sirvió simplemente de escape de su esclavización personal a los ideales falsos de una sociedad materialista. De todas maneras, es posible que el alcohólico sea de alguna manera más vulnerable o sensible que el normal respecto del hecho de que sus premisas insanas pero convencionales llevan a resultados insatisfactorios. Bateson (1972), proporciona una correlación inversa entre la sobriedad y la intoxicación, mediante la cual, esta última podrá ser vista como una corrección subjetiva apropiada de la primera.

Los factores psicológicos, biológicos y sociales juegan un papel importante en el tratamiento. En lo social es importante ver la forma de ver y tratar a un alcohólico, en lo psicológico, al ver el cambio social el individuo ya no tiene las bases que sostengan lo que inició el problema, y en lo biológico, pueda tratarse con medicamentos para promover los periodos de abstinencia. Todos estos aspectos deben englobarse en una técnica de tratamiento, en este caso será la terapia familiar sistémica, trabajada a través de un equipo multidisciplinario que se estudiará en el capítulo siguiente.

CAPITULO 3 ENFOQUE SISTEMICO Y LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

3.1. ENFOQUE SISTEMICO

La epistemología sistémica, pone el acento en la interacción, tomando en cuenta el contexto donde ésta ocurre y trata, no con elementos aislados, sino con la totalidad, lo que significa que se incluye tanto al sujeto que presenta el problema como a las otras personas que interactúan con él en un momento y en un lugar preciso. El empleo de esta nueva epistemología de los sistemas sociales, permite que aspectos distintos de la realidad adquieran ahora pertenencia. (Eguiluz, 1991). Cuando hablamos de epistemología nos estamos refiriendo a la manera en que las personas conocen cosas, así como la forma como ellos piensan que conocen esa misma realidad. (Bateson, 1979) En forma sucinta podremos entender como epistemología una manera de captar el mundo, de explicarnos a nosotros mismos la propia realidad que hemos construido. Esto último nos lleva a entender la epistemología como un proceso activo y personal, un proceso que se mueve en espiral y que está vinculado por relaciones de interdependencia con el contexto en el que se desarrolle. Para muchos el enfoque sistémico es mostrado a través de la Teoría General de los Sistemas (TGS), la Cibernética y la Teoría de la Comunicación, representa el nuevo paradigma que viene a romper con la lógica tradicional, convirtiéndose en un parteguas, que divide la concepción tradicional, de ésta otra nueva concepción sobre la naturaleza y sobre el hombre mismo¹. Comenzaré por describir la Teoría General de los sistemas, y sus conceptos más importantes.

TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Para iniciar el tema de este apartado es necesario señalar que el concepto sistema como modelo teórico abarcativo, representa un nuevo paradigma, una nueva filosofía de la naturaleza dentro del pensamiento científico. La idea de Bertalanffy (1984) respecto a un sistema hace referencia a una serie de elementos que en conjunto son más que la suma de éstos, es decir, forman una entidad distinta. Las ideas precursoras sobre los sistemas abiertos nacieron alrededor de los años veinte. Sin embargo, la publicación de la Teoría General de los Sistemas (TGS) ya estructurada, salió a la luz hasta el término de la segunda guerra mundial, alrededor de 1947 y se atribuye a Ludwig Von Bertalanffy. Para el autor el concepto de sistema engloba tanto la célula, como el ser humano, una máquina autorregulable o el universo, por tanto, caerían dentro de la definición todos los fenómenos integrados con los diversos aspectos que los componen, así como las interrelaciones que se generan entre ellos. El concepto de sistema es variable, dado que no tiene un correlato empírico inmediato, por lo tanto quien lo emplea, es quien debe designar cuál será la amplitud o estrechez con la que va a manejar el término. Las principales funciones de la Teoría General de los Sistemas son: 1) investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos, y fomentar provechosas

¹ Es importante señalar que desde una perspectiva histórica podemos tener otra aproximación para comprender el desarrollo de lo que hoy llamamos Terapia Sistémica. Sus fuentes serían en principio las conferencias de Macy que organizaban Warren McCulloch, Gregory Bateson y Lawrence K. Frank entre los años de 1946 y 1953. En estos encuentros se da un intercambio intelectual entre diferentes disciplinas que da como fruto lo que hoy reconocemos como la Cibernética. Es en estos encuentros donde Gregory Bateson recoge buena parte de las herramientas conceptuales que posteriormente utilizaría para sus investigaciones tanto en seres humanos como en animales. Para una lectura más amplia se sugiere el trabajo del historiador de la ciencia Steve Heims y sus libros: "John Von Neuman y Norbert Wiener. De las matemáticas a las tecnologías de la vida y la muerte" publicado en español por editorial Salvat en dos volúmenes y "The cybernetics Group 1946-1953: constructing a social science for postwar america" publicado en inglés por The MIT Press en 1991.

transferencias de un campo a otro : 2) estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados en los campos que carecen de ellos ; 3) minimizar la repetición de esfuerzos teóricos en diferentes campos ; 4) promover la unidad de la ciencia mejorando la comunicación entre especialistas. Esta teoría trata sobre las totalidades, las interacciones internas y externas de las totalidades con su medio. La Teoría General de los Sistemas se opone a los postulados epistemológicos de otras teorías menos abarcativas, donde la realidad ha sido dividida y sus partes explicativas por diferentes ciencias. El reduccionismo en el que han caído las ciencias, ha provocando seudoexplicaciones, por lo que esta teoría propone como contrapartida, que la realidad es una totalidad, que no puede ser prevista o explicada por medio del estudio de sus partes aisladas. Los objetivos de la Teoría General de los Sistemas pueden ser fijados a diferentes grados de ambición y de confianza. A un nivel de ambición bajo, pero con un alto grado de confianza, su propósito sería descubrir las similitudes o isomorfismos en las construcciones teóricas de las diferentes disciplinas cuando éstas existen , y desarrollar modelos teóricos que tengan aplicación al menos en dos campos diferentes de estudio. A un nivel más alto de ambición, pero, quizás, con un grado de confianza menor, se esperaría desarrollar algo parecido a un espectro de teorías, un sistema de sistemas que pueda llevar a cabo la función de una gestalt en las construcciones teóricas. Este espectro o gestalt ha tenido gran valor en campos específicos del conocimiento humano, al dirigir las investigaciones hacia los vacíos que ellos revelan. La concepción unitaria de ciencias no se basa en reducir los niveles de la realidad al más simple, el de la física, sino como señala Bertalanffy, en encontrar los isomorfismos en las leyes en diferentes campos, lo que significa encontrar la uniformidad estructural en los esquemas que estamos aplicando. Lo que se deriva de una concepción del mundo como totalidad manifestada por rastros isoformas de orden en los diferentes niveles o ámbitos. Respecto al concepto de isomorfismo Young citado en Eguiluz (1991) lo explica como la correspondencia de uno a uno entre objetos de sistemas diferentes que preserva la relación entre los objetos. Otro de los objetivos de la TGS era el encontrar un lenguaje común que sirviera como punto de unión entre las diversas ciencias especializadas, lo que permitiría el intercambio de conocimientos entre los científicos, haciendo aumentar el caudal de la ciencia en su totalidad. Uno de los conceptos bases para esta teoría es el de sistema, del que se dice que es un conjunto de objetos y sus relaciones, y las relaciones entre los objetos y sus atributos Hall citado en Eguiluz (1991). Los objetos son las partes del sistema, que en la mayoría se refiere a entidades físicas, por ejemplo, átomos, neuronas, personas, etc., aunque también pueden referirse a objetos abstractos, por ejemplo: reglas, procesos, variables matemáticas, etc. Los atributos son las propiedades o características que tienen los objetos, ya sea físicos o abstractos. A este respecto, Bertalanffy, (1984) señala que los teóricos de sistemas, coinciden en que el concepto de sistema, no está limitado a entidades materiales sino que puede aplicarse a cualquier todo que consiste en componentes que interactúan. El mismo autor da en su libro, varias definiciones de lo que él conceptúa como sistema complejo de componentes interactuantes, cierto número de elementos en interacción o cuando de forma más amplia refiriéndose al concepto de sistema en matemáticas señala que un sistema puede ser definido como un complejo de elementos interactuantes, donde interacción significa que elementos p , están en relaciones, R , de suerte que el comportamiento de un elemento p en R , es diferente de su comportamiento en otra relación R . Es también importante aclarar lo que el autor entiende por complejidad de elementos, para ello señala que la complejidad se establece en base a tres elementos; 1) y 1º) de acuerdo a su número 2) y 2º) de acuerdo a su especie o clase, y 3) y 3º) de acuerdo con las relaciones entre elementos, como a continuación se muestra.

1) 0 0 0 0	1º) 0 0 0 0 0
2) 0 0 0 0	2º) 0 0 0
3) 0-0-0-0	3º) 0-0

0-0

En el caso 1) y 1º) y 2) y 2º), el sistema o complejo de elementos puede ser comprendido como suma de elementos considerados aisladamente. En el caso 3) y 3º), no sólo hay que conocer los elementos sino también es primordial conocer las relaciones entre ellos. En el primero y segundo caso las características pueden llamarse sumativas y en el último constitutivas. Las características constitutivas dependen de las relaciones particulares que se producen entre los elementos del complejo y para entenderlas hay que conocer no sólo las partes del sistema sino sus relaciones. Otro concepto relacionado a lo que sería un sistema, es el de sistemas abiertos y cerrados. Bertalanffy (1984) señala que los organismos vivos son en el fondo sistemas abiertos, es decir, sistemas que intercambian materia con el medio circundante, mientras que los sistemas cerrados quedarían comprendidos dentro de la física y la química, entendiéndose son aquellos sistemas que no efectúan ningún tipo de intercambio con su medio ambiente. Forrester citado en Eguiluz (1991) define al sistema cerrado, como aquel cuya corriente de salida, es decir su producto final, modifica su corriente de entrada, es decir sus insumos, debido a que se encuentra interconectado, alimentándose a sí mismo. Por ejemplo, una plancha con termostato. Mientras que el sistema abierto es aquel cuya corriente de salida no altera la corriente de entrada. Por ejemplo un tanque de agua. De esta forma puede decirse que el sistema cerrado no intercambia información ni energía con su medio, manteniéndose de cierta forma aislado, mientras que el sistema abierto, importa y exporta información y energía con su medio circundante. En los sistemas abiertos hay dos fuerzas, una tendiente al equilibrio y homeostasis del sistema (morfoestasis), las otras tendientes al desequilibrio y cambio (morfogénesis). Es sabido que, para mantener la homeostasis del sistema se presentan dos tipos de relación, la simétrica y la complementaria. (Herrera, 1991)

Otro concepto importante a definir es sistema relacional, término empleado más específicamente dentro de la terapia familiar por que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales. Se entiende por sistema relacional al conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades, éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente (Andolfi citado en Eguiluz 1991). Para Bertalanffy, todo organismo es un sistema o sea un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas, esta definición sirve perfectamente a los terapeutas familiares para comparar lo que podría entenderse por familia, diciendo que el grupo familiar es un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio en el exterior Andolfi (citado en Eguiluz, 1991)

Ahora bien, con respecto a las propiedades de los sistemas, primeramente nos referiremos al concepto de sinergia. Fuller, (citado en Eguiluz 1991) señala que un objeto tiene sinergia cuando el examen de una o alguna de sus partes en forma aislada, no explica ni permite predecir el comportamiento del todo. Por lo que podría decirse que en los eventos u objetos que tienen sinergia, la suma de sus partes es distinta al todo. Ahora puede comprenderse como, la familia entendida como sistema abierto, posee sinergia: de manera que resulta absurdo por más profunda y ampliamente que se estudie a uno de sus miembros, explicar por medio de él, el comportamiento de la totalidad del grupo.

Otro principio teórico de gran utilidad en la TGS, empleado para explicar la realidad, fue el de recursividad (citado en Eguiluz 1991) que nos permite entender como un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas, tanto mayores como menores, siendo los primeros suprasistemas y los segundos subsistemas. Los sistemas menores se encuentran contenidos en los mayores que a su vez se contienen en otros de mayor tamaño, y lo más importante de esta característica es que independientemente de si se trata de un subsistema o un suprasistema, cada uno tiene sinergia, es decir se comporta como un sistema, como un individuo que posee todas las características de su especie o clase. El concepto de orden jerárquico (citado en Eguiluz 1991) implica una diferenciación progresiva en los sistemas, que va de lo más simple o a lo más complejo. La cuestión del orden jerárquico se relaciona con conceptos como evolución, diferenciación, organización, etc. y siempre se refiere a estados de menor complejidad que evolucionan a estados más complejos a través de formaciones estructurales diferenciadas y la acumulación de un mayor número de elementos.

Boulding (citado en Eguiluz 1991) habla de nueve niveles de organización diferenciada, donde se pasa de un subsistema a un sistema y a un suprasistema, que van de una organización relativamente simple a un esta donde la organización resulta más compleja y avanzada. También puede darse la situación contraria donde se va reduciendo el grado de complejidad de mayor a menor, ganando una mayor comprensión en el todo y en las interrelaciones entre sus partes. De esta manera, la escala jerárquica propuesta por el economista Boulding se presenta de lo más simple a lo complejo, en donde los niveles superiores presuponen los inferiores siendo en forma resumida, como sigue :

1	Nivel	Estructuras estáticas : moléculas, átomos, células, etc.	Las teorías que avalan su comportamiento son las de la química.
2	Nivel	Formando por sistemas dinámicos : relojes, máquinas, sistemas solar, etc.	Las teorías que avalan son las de la mecánica que explica movimientos determinados.
3	Nivel	De los mecanismos de control o sistemas cibernéticos : la cibernética la teoría de la información, servo-Mecanismos, retroinformación.	Teorías que avalan mecanismos homeostáticos, termostato.
4	Nivel	Sistemas abiertos, organismos vivos general : la célula	Expansión de teorías físicas, metabolismo.
5	Nivel	Sistemas genéticos, organismos inferiores, división del trabajo, Diferenciación creciente del sistema.	Casi no hay teorías , equifinalidad.
6	Nivel	Organismos animales inferiores Incremento en la movilidad, transmisión de información. Evolución de receptores, desarrollo del sistema nervioso.	Teorías del comportamiento autómatas (S-R)
7	Nivel	Sistemas humanos, simbolismo, conciencia de sí, comunicación por Lenguaje, elaboración de imágenes de tiempo y relación.	Incipiente teoría del simbolismo.

8	Nivel	Sistemas sociales, poblaciones de organismos, comunidades, conjunto de roles interconectados, transcripción de registros históricos, simbolización del arte.	Teoría de los valores, Teorías sociales.
9	Nivel	Sistemas trascendentales y simbólicos, lógica, matemática, filosofía.	Teoría de los algoritmos, teoría de los Símbolos.

A estos niveles Johansen (citado en Eguiluz, 1991) añade un décimo nivel en donde establece la interconexión de todos los niveles, y le llama nivel del sistema ecológico.

El enfoque de sistemas permite estudiar tanto a un organismo como individuo simple, o a una nación como totalidad, lo que significa que se toma en cuenta el contexto más amplio en el que ocurre la conducta, el evento o la situación. De esta forma la conducta de sistemas abiertos y complejos como es el comportamiento del sujeto humano (que en un momento dado, pudiera parecer como inexplicable o extraña), puede ser entendida como adecuada, simplemente ampliando el foco, para integrarla a la totalidad de la cual esa conducta forma parte. El concepto de equifinalidad es utilizado para hablar de una importante característica de los sistemas biológicos, la posibilidad que tiene el sistema al alcanzar el mismo estado o estado terminal aunque varíe el punto de partida. A este respecto Bertalanffy (1984) señala un aspecto muy típico del orden dinámico en los procesos organizmicos que puede denominarse equifinalidad. Los procesos que acontecen en estructuras como de máquinas siguen un camino fijo. Así, el estado final cambiará si se alteran las condiciones iniciales o el curso de los procesos. En contraste, puede alcanzarse el mismo estado final, la misma meta, partiendo de diferentes condiciones iniciales y siguiendo distintos itinerarios en los procesos organizmicos. En otra parte del mismo libro, señala que en los sistemas abiertos puede alcanzarse el mismo estado final a partir de diferentes condiciones iniciales y por diversos caminos, lo cual resulta de singular importancia para entender los fenómenos de regulación biológica. La equifinalidad es la tendencia a un estado final característico a partir de diferentes estados iniciales y por diferentes caminos, fundada en interacciones dinámicas en un sistema abierto que alcanza un estado uniforme. Los conceptos de entropía y neguentropía, fueron acuñados para explicar dentro de la termodinámica los procesos irreversibles que ocurren en los sistemas cerrados que alcanzan el equilibrio, precisamente al aumentar el grado de orden.

Para Simón (citado en Eguiluz, 1991) la entropía es una medida aproximada de la desorganización y el desorden, la falta de entropía en un sistema, conocida por entropía negativa o neguentropía se refiere en términos generales al grado de orden u organización en un sistema cerrado.

La física ordinaria y la primera ley de la termodinámica, sólo se ocupan de los sistemas cerrados, que se encuentran aislados del medio circundante. Mientras que la segunda ley de la termodinámica se aplica a los sistemas abiertos y afirma que la entropía debe aumentar al máximo en un sistema cerrado terminando por detenerse el proceso en un estado de equilibrio. La entropía por tanto, es una medida de probabilidad, así un sistema tiende al estado de distribución más probable. De esta manera, se entiende que el camino de entropía en sistemas cerrados es siempre positivo, porque hay una continua destrucción del orden. Mientras que en los sistemas vivos, no sólo se produce entropía por procesos irreversibles, sino que también puede haber entrada de entropía negativa. Así, los sistemas abiertos, al mantener el estado uniforme, logran evitar el aumento de entropía desarrollándose hacia estados de orden y diferenciación creciente. Los sistemas abiertos, como todo organismo viviente, se mantienen en una continua incorporación y eliminación de materia sin alcanzar nunca, mientras dure su vida, un estado de equilibrio, sino manteniéndose en un estado uniforme. Estos conceptos serán retomados posteriormente por los teóricos del modelo de la terapia familiar para hablar de la familia como sistema vivo. La familia también pasa por un ciclo de desarrollo (ciclo vital),

logrando niveles de complejidad creciente llega a mantener un estado uniforme, pasa posteriormente alcanzar la diferenciación a través de generar nuevos sistemas. A este respecto Andolfi (citado en Eguiluz 1991) señala que la familia, como un sistema vivo y abierto se haya en constante transformación, adaptándose a las exigencias planteadas dentro de los diversos estadios de desarrollo.

El término homeostasis de la familia fue acuñado por el terapeuta de la familia Don Jackson. (citado en Hernández, 1993). Jackson observó la tendencia de las familias a conducirse como si tuvieran mecanismos incorporados (conductas) que se ponen en marcha siempre que la vida de las familias es quebrantada por fuerzas internas y exteriores y tales conductas, parecen llevar a la familia, de nuevo, a su estado de equilibrio.

Hay tres características esenciales del modelo homeostático de regulación fisiológica: Hernández (1993)

- a) La necesidad de conservar el ambiente interno dentro de una esfera limitada, porque el funcionamiento óptimo se obtiene en esa esfera.
- b) La existencia de dispositivos sensores para monitorear de manera continua importantes parámetros ambientales.
- c) La presencia de mecanismos coordinados de entrada-salida, ordenados en una serie de lazos de repercusión circular (retroalimentación).

Con respecto a la familia podemos imaginar fallas de homeostasis nacida de las tres mismas fuentes. Algunas familias no pueden sentir cuando se ha movido su ambiente interno a una distancia inaceptable de una gama óptima. Otras familias son capaces de sentir que algo anda mal, pero movilizan programas inadecuados o ineficaces, en respuesta a esa información. Por último, algunas familias han establecido límites ambientales inadecuadamente estrechos o amplios para la activación de los mecanismos homeostáticos. La familia debe ser concebida como un sistema en constante transformación o como un sistema que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estados de desarrollo por los que atraviesa, con el fin de asegurar su continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen. La familia es un sistema que se autogobierna mediante la creación de reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través del ensayo y el error, que permite a los diversos miembros experimentar lo que está permitido en la relación y lo que no está, hasta llegar a una definición estable de la relación, es decir, a la formación de una unidad sistémica regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptibles, con el tiempo, de las nuevas formulaciones y adaptaciones.

El modelo también sugiere tres maneras en que los mecanismos homeostáticos podrían funcionar mal: (Hernández, 1993)

- a) Los sensores podrían encontrarse sencillamente agotados y ser incapaces de funcionar de manera adecuada. O bien, el cambio que se produce en el ambiente podría ser tal que los mecanismos sensores no estuviesen en condiciones de determinarlo.
- b) Las pautas de respuesta pueden ser ineficaces o inadecuadas. Esto podría deberse a una falla en la unidad procesadora central, en lo que se refiere a interpretar de modo correcto los datos que ingresan y a poner en marcha una respuesta adecuada, o bien ser la consecuencia de una falla del propio sistema de respuestas.
- c) Los sensores ambientales se encuentran calibrados de manera inadecuada.

La familia debe ser entendida como un sistema en interacción con otros sistemas (escuela, fabrica, institutos), lo cual significa que las relaciones familiares se podrán explicar "en relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales : en la medida en que las condicionan y están a su vez condicionadas por las normas y los valores de la sociedad circundante, a través de un equilibrio dinámico. Al pasar de lo individual a lo colectivo, el interés se traslada de la explicación del comportamiento individual, tomado aisladamente, a la observación de las interacciones que ocurren entre los diversos miembros de la familia y entre la familia entendida como unidad y los otros sistemas que interactúan con ella. A pesar de vivir en un medio en constante cambio y de choques repentinos e impredecibles , la familia logra mantener un sentido de equilibrio, una coherencia , una regularidad en su vida, razón por la cual se infiere que existen. Debe considerarse que la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno o aislado, en tanto que el individuo influye en su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción. Así mismo, el individuo que vive en el seno de una familia es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse. Sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema y estas características incluyen los efectos de sus propias acciones pasadas. Desde este enfoque, la patología quedara definida como una alteración en el equilibrio funcional y/o estructural de la familia, más que como un trastorno de alguno de los miembros. De aquí que, la comprensión de la estructura y de los patrones de interacción de la familia constituyan el punto de partida que permitirá entender las alteraciones que ocurren dentro de una familia y en donde el "paciente identificado" estaría representando, únicamente, un síntoma de la disfunción familiar. Por otro lado la familia también imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente (Hernández,1993). La experiencia humana de identidad posee dos elementos : un sentimiento de identidad y un sentimiento de separación, siendo la familia la matriz de la identidad. La identidad de familia podría ser definida como el sentimiento subjetivo de la familia de su continuidad a lo largo del tiempo y su situación del momento. Como tal, la identidad de la familia es una estructura cognoscitiva subyacente, una serie de creencias, actitudes y atribuciones fundamentales que la familia comparte respecto de sí misma. La integración de las cualidades y los atributos es lo que la convierte en una familia determinada y la diferencia de otras familias. El sentido de identidad de cada miembro se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica. El sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares y en diferentes contextos, al igual que a través de la participación en grupos extrafamiliares. El sentido de la identidad de cada individuo es influido por su sentido de pertenencia a diferentes grupos. De manera tal, que los componentes del sentido de identidad de un individuo se modificarán dependiendo de las diferentes experiencias que vaya acumulando, o bien permanecerán constantes. Aunque la familia es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acoplarse a la sociedad en la cual está inmersa , para de esta manera garantizar la continuidad de su cultura. Para la mayor parte de las familias, el pasado las motiva con vistas a la conservación de su identidad, de una generación a la siguiente.

La identidad de la familia desempeña una función determinante en la regulación de la transmisión de las "propiedades sistémicas nucleares de las familias a lo largo de las generaciones". (Hernández, 1993) De aquí que, si una de las creencias compartidas por la familia es, que el alcoholismo constituye un principio organizador central para su vida, la interrupción de esa identidad será una gran determinante de si el alcoholismo también se transmitirá a lo largo de las generaciones.

Directamente relacionado al concepto anterior aparece el concepto de retroinformación o Feed- back, pero éste será tratado más ampliamente en la teoría cibernética. Baste ahora señalar que es la capacidad que tienen los sistemas vivos para automodificarse cuando se producen cambios significativos en su medio ambiente (Eguiluz, 1991). Dicha capacidad podría medirse por la posibilidad para aprender. O sea, la posibilidad que tiene el sistema para cambiar su organización o su estructura interna a un nivel más alto de complejidad. Por lo tanto, la retroinformación permite conservar un equilibrio dinámico que se ubique entre la estabilidad y el cambio. Dentro de la terapia familiar a la retroalimentación negativa se le concibe como

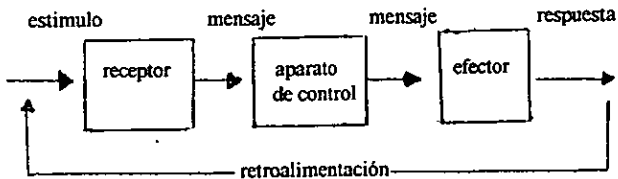
elemento regulador dado que la desviación es contrarrestante, mientras que la retroalimentación positiva lleva al cambio dado que la desviación es amplificante. Es la tendencia de los organismos vivos hacia un nuevo equilibrio o etapa de complejidad y desarrollo (morfogénesis). Y por último el concepto de organización Espejel, (1989) este término es virtualmente sinónimo al de sistema y es está la que lo define como totalidad, en oposición a la suma de sus partes. Está relacionada y descrita por términos como límites, estructura, jerarquía, etc.²

LA CIBERNÉTICA

La cibernética se atribuye a Norbert Wiener, (Eguiluz, 1991) . Esta junto con la teoría sobre los mensajes contribuyeron a dar un gran impulso a los estudios sobre la comunicación, la información y el aprendizaje. La cibernética a decir de su autor es la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes. La palabra cibernética la tomó Wiener del término griego "kubernetes" que significa timonel o gobierno. El surgimiento de la cibernética en 1948 ocurre casi al mismo tiempo de otras dos contribuciones que resultaron posteriormente fundamentales para diversos campos de la ciencia, la Teoría de la información de Shanon y Weaver. Todas estas ideas aparecen después de la segunda guerra mundial, para mostrar sus repercusiones no sólo en la tecnología sino en las ciencias básicas, proporcionando modelos teóricos para fenómenos complejos que permitieron además tratar fenómenos teleológicos dentro del ámbito científico, que antes habían sido considerados como metafísicos. Los temas preferidos que toca la cibernética, tratándose ésta de la comunicación y el control son : la coordinación, la regulación y el orden a través del control. A pesar de estar relacionada con las matemáticas, la física y la mecánica, la cibernética no estudia en sí el mero funcionamiento de los objetos, sino el comportamiento de los mismos. Tampoco estudia las propiedades de la materia, ni depende de las leyes de la física. De esta forma su interés primordial no está en responder a la pregunta ¿qué es esto ? sino ¿qué hace esto ?. La cibernética dice Ashby citado en Eguiluz, (1991), encara un conjunto de posibilidades mucho más amplio que el real, y entonces se pregunta el porqué el caso particular se adecua a la restricción particular ordinaria. En este examen las cuestiones acerca de la energía no desempeñan casi ningún papel ; simplemente se da por supuesta su existencia. Aún más, a menudo carece de importancia el hecho de que el sistema sea cerrado o abierto a la energía ; lo que interesa es saber hasta qué punto el sistema está sujeto a los factores determinantes y de control. De modo tal que ningún factor determinante, o señal, o información, puede pasar de una parte a otra del sistema sin ser registrada como un hecho significativo. De hecho puede definirse la cibernética como el estudio de sistemas abiertos en cuanto a la energía y cerrados en cuanto a la información y al control, es decir sistemas de información herméticamente cerrada. Los sistemas complejos son el objeto de estudio de la cibernética, cuando los sistemas son complejos, dinámicos e interconectados, de modo tal que la alteración en una variable provoca cambios en toda la serie de factores, entonces los métodos cibernéticos resultan sumamente adecuados. En seguida explicare un esquema sencillo de

² Bateson quien retoma estos conceptos (sistema, auto-regulación , retroalimentación, niveles lógicos , etc) del manejo conceptual del grupo cibernético que asistió a las conferencias de Macy. Desde esta perspectiva histórica encontramos mucho más relevante para la comprensión de la epistemología que utiliza la Terapia Sistémica a la cibernética y sólo de manera tangencial y distante a la TGS. Para una lectura más amplia se sugiere el trabajo del historiador de la ciencia Steve Heims y sus libros: "John Von Neuman y Norbert Wiener. De las matemáticas a las tecnologías de la vida y la muerte "publicado en español por editorial Salvat en dos volúmenes y "The cibernetics Group 1946-1953: constructing a social science for postwar america" publicado en inglés por The MIT Press en 1991.

retroalimentación (Bertalanffy, 1984) , el sistema comprende, primero , un receptor u órgano sensorio, ya sea una celda fotoeléctrica, una pantalla de radar, un termómetro o un órgano sensorio en sentido biológico. En los dispositivos tecnológicos, el mensaje puede ser una corriente débil ; o en un organismo vivo estar presentado por la conducción nerviosa, etc. Como se muestra a continuación :



Hay luego un centro que recombina los mensajes que llegan y los transmite a un efector, consistente en una máquina como un electromotor, un carrete de calentamiento o solenoide, o un músculo que responde al mensaje que llega, de tal manera que haya considerable emisión de energía. Por último, el funcionamiento del efector está empalmado al receptor, lo cual hace que el sistema se autorregule, o sea que garantiza la estabilidad o la dirección de acción. Hay, por cierto, gran número de fenómenos biológicos que corresponden al modelo de retroalimentación. Está, primero, lo que se llama homeostasis, o mantenimiento del equilibrio en el organismo vivo, cuyo prototipo es la termorregulación en los animales de sangre caliente.

Un gran mérito de Wiener, fue el llevar los conceptos de cibernética, retroalimentación e información mucho más lejos de los campos de la tecnología, de modo que alcanzaran los dominios de los biológico, lo psicológico y lo social (Eguiluz, 1991). El término sistema es utilizado ampliamente dentro de esta nueva ciencia, dándole el mismo significado que Bertalanffy en su Teoría General. De esta manera, un sistema es un conjunto de elementos cualitativamente diferentes a la suma de sus múltiples componentes y que además cuánta con la particularidad de comportarse de un modo distinto a la forma que guardan los elementos. La cibernética brinda un marco abstracto para la observación de las estructuras dinámicas y complejas. Sus bases se pueden rastrear hasta la Teoría del Control, cuyas reglas tienen validez fuera de la esfera de los sistemas mecánicos. De esta forma, pueden explicarse las estructuras de los sistemas biológicos y sociales, aunque éstas sean mucho más complejas. La totalidad de las relaciones que ocurren dentro de los sistemas complejos se conocen como estructuras. Los sistemas biológicos y sociales tienen estructuras de control que les permiten adaptarse al medio tanto, manteniéndose sin cambio o, cambiando su estructura dependiendo de las alteraciones externas. El sistema más simple de control de circuito cerrado, conocido bajo el nombre de servomecanismo, comprende un sólo circuito de retroalimentación en el que la retroinformación y la corrección proviene de un solo punto, mientras que en los sistemas de circuito múltiple, la retroalimentación y las correcciones pueden hacerse en diversos puntos. Como en la TGS, en la cibernética a estos sistemas se les da el nombre genérico de sistema abierto, cuando se produce un intercambio entre el sistema y el medio circundante. Los teóricos de la terapia familiar se han ocupado de los sistemas de control de retroalimentación en circuitos cerrados y han descuidado el concepto de sistemas de alimentación anticipada en circuitos abiertos de la teoría del control . Wiener pensaba que el grado de organización de un sistema puede ser evaluado en función de la medida de la probabilidad llamada entropía. Originalmente este término fue acuñado dentro de la termodinámica, que es la ciencia del calor, que explica el movimiento a través de los cambios de temperatura, donde el término es utilizado como expresión formal de la tendencia a deteriorarse de un sistema cerrado, al deterioro o decadencia desde un estado muy organizado , diferenciado y menos probable, hasta un estado más probable y caótico. El proceso de aumento de la entropía en un sistema cerrado puede entenderse cuando pensamos en un sistema físico compuesto por diferentes regiones,

cuyas temperaturas son distintas. Con el tiempo la temperatura de las diversas regiones del sistema tiende a uniformarse, a pesar de que puede haber fluctuaciones locales de menor grado. Para Wiener, esto mismo ocurre en los sistemas vivientes y las máquinas, que constituyen focos locales o islas de entropía decreciente, inmersos en un universo cuya entropía general va en aumento. En el sistema familiar con un sujeto alcohólico se presentan circuitos de retroalimentación negativa: el sujeto toma bebidas alcohólicas porque es relegado y la familia lo relega porque se alcoholiza. Hay una situación repetitiva de no cambio que rigidiza el sistema familiar aunque, por otra parte, dicha familia sufre frecuentes desequilibrios por el alcoholismo del sujeto; agresiones físicas y verbales, situación económica inestable entre otras, lo cual puede formar parte en algunas familias, de la retroalimentación positiva.

LA NUEVA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN

Se le atribuye el calificativo de nueva precisamente para distinguirla de la teoría de la comunicación propuesta por Claude Shannon y Warren Weaver. A pesar de haber sido discípulo de Wiener, la concepción que sobre la comunicación tiene Shannon (citado en Eguiluz 1991) es muy diferente a la de su maestro. Se olvida del concepto de retroinformación y hace de la comunicación una simple transmisión de información con un sentido tan limitado del término como prevalecía en el siglo XVIII. Actualmente a su teoría ya no se le nombra teoría de la comunicación, sino teoría de la información. Shannon propone un esquema para explicar la comunicación como una cadena de elementos, donde uno da razón del siguiente de forma causal y mecánica. Este modelo explicativo, fue sumamente popular en los años cincuenta y tiene su raíz en la telefonía. Por esa misma época, otros investigadores deciden dejar de lado la explicación en boga y empezar a desarrollar un modelo basado en una epistemología circular, incorporando el concepto de retroinformación de Wiener. Para Bateson (citado en Eguiluz, 1991), el fenómeno comunicacional está directamente relacionado con el aprendizaje, por lo que se ve afectado por la revolución cibernética. Es interesante hacer notar que los investigadores interesados por este nuevo enfoque en el estudio de la comunicación, provienen de diversos campos; de la epistemología y la antropología Gregory Bateson; de la antropología Ray Birdwhistell y Edward Hall, de la sociología Erving Goffman, de la psiquiatría y el psicoanálisis Don Jackson y Paul Watzlawick. Para algunos fue Gregory Bateson quien junto con su equipo, ubicado en Palo Alto California, el iniciador de la nueva teoría de la comunicación. A pesar de que su interés no estaba dirigido a las técnicas terapéuticas ni la patología, fueron estos los campos donde mayores repercusiones tuvieron las investigaciones realizadas por él y su grupo. De 1936 hasta 1949 desarrolla junto con Margaret Mead importantes investigaciones en la isla de Bali. La pareja de investigadores trabaja arduamente, Mead bajo la influencia de las teorías psicoanalistas de Erik Erikson, se ocupa de encontrar el origen del temperamento en las relaciones entre padres e hijos, mientras que Bateson, influido a su vez por Norbert Wiener (teoría cibernética), John Von Neumann (teoría de los juegos) y Russell (teoría de los tipos lógicos), tiene como interés principal desarrollar una teoría general de la comunicación derivada de las ideas cibernéticas. En 1952 recibe apoyo económico de la Fundación Rockefeller para investigar las paradojas en la comunicación. Para este efecto, decide formar un equipo que resulta muy heterogéneo. Se inicia con la contratación del ingeniero químico John Weakland; un pasante de comunicación social, Jay Haley; el psiquiatra, William Fry, y dos años más tarde, se incorpora el joven psiquiatra y psicoanalista, Don Jackson. Al final de los años cincuenta, las diferencias entre Bateson y su equipo se hacen más claras y específicas, por lo que éste decide abandonar la psiquiatría para regresar al campo de la comunicación animal; mientras el resto de su equipo continúa en Palo Alto, bajo la dirección de Don Jackson, quien para ese entonces, ha fundado el Mental Research Institute y trabaja en el Hospital de Veteranos con la idea de que la familia del enfermo se define como un sistema homeostático que se encuentra siempre en equilibrio interno, gracias a fenómenos de feedback negativo. Bateson (citado en Eguiluz, 1991) dice: podrían habernos enseñado algo

acerca de la pauta que conecta toda comunicación, exige un contexto, que sin contexto no hay significado, y que los contextos confieren significado porque hay una clasificación de los contextos. Bajo esta concepción del mundo, lo que resulta relevante es la relación, la forma y el orden, implícitos en todo organismo vivo en lugar de hacer énfasis en la cantidad relevante en el mundo newtoniano de la física. Rompe con la epistemología de Newton, que centra su atención en las sustancias, para implantar una nueva epistemología centrada en la forma, la organización y el patrón. Imagina una línea divisora entre el mundo de los vivos (donde hacen distinciones y las diferencias pueden ser causa, una causa circular) y el mundo de los no vivos (donde las fuerzas e impactos newtonianos son una causa, una causa lineal). Para Bateson resulta de gran importancia, dado que es la base donde se apoya su epistemología, dejar clara la diferencia entre el mundo de la particular newtoniana y el mundo de la comunicación, que equivaldría al mundo humano. El mundo newtoniano adscribe realidad a los objetivos y los simplifica, excluyendo el contexto del contexto excluyendo en realidad todas las metarelaciones y excluyendo a fortiori una regresión infinita de tales relaciones. Contrariamente el teórico de la comunicación insiste en examinar las metarelaciones y las simplifica excluyendo todos los objetos. Inicialmente las investigaciones de G. Bateson y M. Mead en la isla de Bali, llevaron al primero a postular el concepto de esquimogénesis, para explicar un tipo particular de comportamiento ocurrido entre el niño y su madre. Posteriormente, al observar que había diferencias en las conductas de juego y combate en los animales del zoológico de San Francisco, Bateson conecta ambas observaciones para hablar de un metalenguaje, que significa un patrón recurrente que clasifica a la conducta desde un nivel más elevado. Como puede notarse, estas ideas provienen tanto de la cibernética (Wiener y Rosenblueth), como de la lógica matemática (Whitehead y Russell). De ahí parte para marcar la diferencia entre dos tipos de comportamiento de los individuos dentro del grupo, los que responden con más de la misma conducta o menos del mismo comportamiento (+ + o - -), a lo que le da el nombre de "esquimogénesis simétrica" para distinguirlo de la "esquimogénesis complementaria", donde los involucrados en la relación desarrollan comportamientos contrarios, lo que significa que mientras uno hace más, el otro responde con menos de la misma conducta (+ - o - +). Estas secuencias de esquimogénesis podrían clasificarse en dos clases: a) esquimogénesis simétrica, en la cual las acciones recíprocamente desencadenantes de A y B eran esencialmente similares, por ejemplo en los casos de competición, rivalidad y otras semejantes; b) esquimogénesis complementaria, en la cual las acciones recíprocamente desencadenantes son diferentes en esencia, pero mutuamente apropiadas, por ejemplo dominio-sumisión; auxilio-dependencia; exhibicionismo-escopofilia y otras comparables. En ambos casos, puede presentarse una escalada simétrica, que terminaría con la ruptura del sistema original, ocasionando una crisis. Esta ruptura o crisis que significa un cambio para el sistema social, puede conducir hacia la desaparición del sistema como tal, o puede también dar pie a la iniciación de un nuevo ciclo de comportamientos mucho más complejo que el anterior. El concepto de esquimogénesis tiene especial valor tanto para la psicología como para la antropología, porque relaciona en forma efectiva, al individuo con la sociedad a la que pertenece. El término de esquimogénesis, permite así mismo, explicar las condiciones que posibilitan el estallido de un sistema social, poniendo al descubierto el mecanismo de Feed-back- positivo (a pesar de que Bateson no le llama así), que refuerza al sistema en su escalada hacia la destrucción, sin que exista una posición intermedia. La teoría propuesta por el grupo del MRI encabezado por Jackson formula una serie de axiomas que forman el entramado de lo que se conoce como la Nueva Teoría de la Comunicación. El primero indica que toda conducta es comunicación, de este primer axioma se deriva como corolario, el hecho de que es imposible dejar de comunicarse. A los autores de la teoría les interesa el aspecto pragmático de la comunicación, es decir las consecuencias que ésta tiene sobre la audiencia y no sólo a nivel de causa efecto sino en función de la relación. El segundo enunciado señala que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación. El contenido, es la información incluida en el mensaje, mientras que el aspecto relacional se refiere a qué tipo de mensaje es y cómo debe entenderse. A decir de los autores, la comunicación no sólo transmite un mensaje, sino que genera un compromiso y además impone conductas

entre los comunicantes. De esta forma, entre más sana es la relación comunicacional, más se pierde en el transcurso el aspecto de la comunicación vinculado a la relación y por el contrario, entre más enferma y disfuncional es la comunicación, habrá una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación; mientras que el aspecto de la comunicación vinculado con el contenido se vuelve cada vez menos importante. El tercer axioma señala que la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. Este axioma hace referencia al hecho de que la comunicación puede entenderse como una serie ininterrumpida de intercambios, más sin embargo, quienes participan en ese intercambio lo observan estableciendo puntuaciones, es decir, los organismos participantes puntúan la secuencia organizando los hechos de la conducta, cada uno a su manera. Como la puntuación es ideosincrática, es muy común que la falta de acuerdo respecto a la manera de puntuar las secuencias de hechos, sea causa de incontables conflictos en las relaciones humanas. El cuarto axioma de la teoría comunicacional, se refiere a los dos tipos de comunicación y señala que los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. Para los autores, el lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica bastante compleja, pero carece de semántica; mientras que con el lenguaje analógico sucede exactamente lo contrario, es decir, posee una semántica adecuada pero carece de sintaxis para lograr definir, de manera inequívoca, la naturaleza de las relaciones humanas. El quinto y último axioma señala que todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia. Este axioma se deriva directamente de los trabajos de Bateson sobre comunicación realizados en la comunidad Iatmul de Nueva Guinea, publicados, como ya fue mencionado, en su libro *Naven* en 1936. En ese momento Bateson denominó esquimogénesis al proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos. Aunque actualmente sólo se hace referencia a los términos interacción simétrica y complementaria. En el primer caso las relaciones están basadas en la igualdad mientras más hace uno de algo, más hace el otro de eso mismo, mientras que en el segundo caso, en la diferencia mientras más se comporta uno de X forma, menos se comporta el otro de X manera.³

Bateson (1979), al analizar el programa de Alcohólicos Anónimos, señala que existe una tendencia simétrica muy fuerte en los hábitos normales de ingestión etílica en la cultura occidental, en donde se da una rivalidad amistosa entre dos bebedores, en donde más adelante, el alcohólico se convierte en un bebedor solitario; familiares y amigos manejan su manera de beber como debilidad a lo que responde simétricamente, les toma rencor. El no es alcohólico y puede dejar la botella, lo cual hace por breves periodos de tiempo y bebe otra vez. Las relaciones con la esposa, patrón y amigos se deterioran progresivamente, no acepta un status complementario pero reiteradamente las circunstancias se lo imponen y su orgullo simétrico no tolera ese rol. El alcohólico lucha, frente a una doble simetría: 1) con la botella y 2) con su contexto social cada vez más, tiene un rol complementario, lo cual lo coloca en una situación contradictoria.

³ Estos axiomas propuestos por Jackson, Watzlawick y Bavelas en su libro de 1967 "Pragmatic of Human Behavior" que en español conocemos como "Teoría de la Comunicación humana". En realidad estos axiomas son en resumen de los productos que había obtenido Bateson en su proyecto de investigación de 1952 a 1962 y que nunca publicó en un texto a raíz de que Jackson se adelantó y dio su versión de los resultados. Bateson no estuvo de acuerdo con su trabajo y se lo recriminó a Watzlawick pero igual nunca quiso hacer pública su versión.

3. 2 TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

Como el contexto en que surgió la terapia familiar sistémica y el modelo es el de terapia familiar, y dado que suele concebirse a la familia como un sistema, la epistemología correspondiente debería de ser sistémica (Shazer, 1989). Esta era la concepción predominante cuando surgieron muchos de los modelos sistémicos de la terapia familiar.

La terapia familiar es el tratamiento psicológico del grupo familiar más que de individuos aislados, por lo que resulta en este aspecto, significativamente distinta de otras formas de tratamiento clínico. De hecho, muchos de ellos, poseen la particularidad de enfocarse en los procesos intrapsíquicos que ocurren en la mente del sujeto, más que el tratar con las interacciones que ocurren entre la gente (Eguiluz, 1991). De esta manera la terapia familiar puede ser descrita como un tipo de tratamiento para los sistemas familiares. El tratamiento al que nos referimos, es un proceso que altera la forma habitual de funcionamiento de la familia, es decir, la manera como se comunican, los patrones de relación que ocurren y las formas de control que se usan entre ellos. En las ciencias del hombre, dentro de la epistemología lineal progresiva se encuentra el modelo médico clásico, el freudismo y la terapia conductual basada en el modelo de la reflexología, entre otras. Todos estos modelos son: reduccionistas, atomistas y anticontextuales, por lo que puede decirse que todos ellos se atienen a una lógica analítica que se ocupa de las combinaciones entre elementos aislados. Mientras que la terapia sistémica Bateson (citado por Eguiluz 1991) identifica dos enemigos de esta nueva epistemología: la causalidad y el dualismo. Estas formas tradicionales de pensar que hemos aprendido dentro de la escuela y la familia. La primera es una forma lineal de pensamiento, que parece asignar una causa y que generalmente conduce a culpables de lo que sucede; y el pensamiento dualista, que rompe la armonía de la totalidad para encontrar diferencias y opuestos, impidiendo observar el patrón recursivo. Sin embargo antes de comenzar a describir los conceptos que dieron bases a la terapia familiar empezaré por mencionar, aunque parezca extraño que la terapia familiar haya surgido de un campo que tradicionalmente había visto a la familia como una fuerza represora. (Minuchin, 1994). Y a los principales pioneros que llegaron a la terapia familiar desde el campo del psicoanálisis como: Frieda Fromm, quien veía los problemas de los pacientes por una causa de una madre sobreprotectora, por lagunas mentales del superyó, como Adelaide Johnson, por tratamientos con pacientes esquizofrénicos, en donde se empezaba a tratar conjuntamente a la familia a través del psicoanálisis. Ackerman, Whitaker y Bowen, quienes trabajaron bajo un nuevo concepto de hipnosis, y por su técnica conocida como la paradoja terapéutica, cuando el terapeuta, fomentaba un síntoma mientras sutilmente introducía un cambio y finalmente al equipo del Instituto de Investigaciones de Enfermedades Mentales de Palo Alto, quienes se interesaron en las relaciones comunicacionales entre el paciente esquizofrénico y su familia, pudiendo describir el fenómeno empírico de las secuencias que recurrentemente cambian y sin embargo se entrelazan, de los comportamientos ocurridos en las familias que de alguna manera tenían correlación con un síntoma. Con estas observaciones pudieron derivar posteriormente la hipótesis de la doble atadura (también nombrada como doble vínculo), con la que el grupo fue ampliamente reconocido (Eguiluz, 1991).

Después de explicar los antecedentes de la terapia familiar, la terapia familiar de los años 60 según Minuchin (1994) se caracterizó por una enorme competencia entre los diversos profesionales que la practicaban. Todos rechazaban el psicoanálisis, pero se consagraban con todo entusiasmo a explorar sólo su propio rincón del nuevo mundo. Aparecieron diferentes escuelas terapéuticas, cada una de ellas estaba convencida de que su búsqueda particular de cierto grado de arena contenían más verdad, más complejidad y eran más eficientes que todas las otras. Nombres como terapia estructural, estratégica, sistémica, boweniana, ecológica y breve.

En este trabajo se tratará a través de la terapia familiar breve: el equipo de Milwaukee.

3.3 TERAPIA FAMILIAR BREVE

El origen de las ideas de la terapia familiar breve se basan según De Shazer (1989) de los conceptos de Milton H. Erickson, Gregory Bateson y del grupo de terapeutas pensadores del Instituto de Investigaciones Mentales (IIM) .

A partir de su concepción de la hipnosis Erickson citado en De Shazer (1989), formuló una definición que ampliaba el concepto de resistencia. La resistencia situada en el cliente que acude a la consulta y se le describe como algo que éste hace y no como un producto de la interacción entre él y el terapeuta. Una vez que el equipo comenzó a intervenir en la familia como equipo terapéutico, el concepto de resistencia fue sustituido por el de cooperancia, el concepto de cooperancia define los comportamientos como parte de la pausa de interacción que se da entre el subsistema de la familia y el subsistema del terapeuta o del equipo terapéutico. Por su parte Gregory Bateson, describe su teoría del doble vínculo, según Minuchin, (1994) en donde los padres modifican al niño psicótico al enviarle mensajes contradictorios cuyas contradicciones negaban. El modelo de IIM se funda en la teoría de los tipos de Russell (citado por De Shazer, 1989), "si algo abarca a todos los miembros de un conjunto, no puede ser uno de los miembros del conjunto. "La teoría de los tipos" desempeñó un papel central en el desarrollo de la teoría de la doble ligadura (doble vínculo).

La terapia familiar breve aplica una diferente puntuación ecosistémica, que concibe al sistema terapéutico como un sistema abierto, donde el terapeuta como los observadores forman parte en tal caso del ambiente del sistema familiar. Una vez que la descripción de la terapia incluye al sistema del terapeuta, que a su vez incluye al grupo citado detrás de la pantalla y al sistema familiar, debe examinarse un nuevo suprasistema. Este modo de pensar, conocer y decidir se denominó epistemología ecosistémica.

Esta epistemología traza sus propios límites metodológicos en torno de los subsistemas de la familia y de los terapeutas, entendidos ahora como componentes del nuevo suprasistema. Durante la terapia, cada subsistema forma parte del ambiente o contexto del otro; y como ambos subsistemas se comunican entre sí, condición de un sistema abierto, su interacción se vuelve circular o más compleja aun.

Como el tema de la terapia familiar es el cambio, una epistemología ecosistémica debe contener los fundamentos de una teoría del cambio. El modelo del sistema familiar se basó en el concepto de homeostasis, que incluía los mecanismos homeostáticos, descritos como aquellos que restauraban el sistema a su *statu quo* y de ese modo mantenían enfermo al paciente. Esta interpretación del concepto de homeostasis, en lugar de constituir una noción sistémica, resulta mecánica, un circuito cerrado, al igual que el aparato de Ashby al que desgraciadamente se rotuló homeostato. Dicho aparato se limita a la búsqueda aleatoria de estabilidad. Es entonces un sistema cerrado, puesto que está cerrado a la información y al control, y sólo está abierto a la energía. Este concepto de homeostasis, basado en el homeostato, se amolda al concepto de sistema más o menos cerrado propio de la primitiva concepción de la familia como sistema que deriva de Von Bertalanffy. A medida que el concepto de homeostasis, fue ganando mayor aceptación, la homeostasis fue equiparada a la ausencia del cambio, convirtiéndose en una de esas ideas que perjudicaron a los terapeutas que vino a añadirse a la lista enumerada por Haley. Por otra parte Speer citado por De Shazer (1987) se preguntó si bastaba con la homeostasis, y dio una respuesta negativa. Sostuvo que una teoría sobre la estabilidad o sea, sobre el modo en que las cosas no cambian no es un buen fundamento para una teoría del cambio, y en consecuencia era una profunda ironía que las conceptualizaciones de la terapia familiar se erigieran sobre la base de la homeostasis. Speer sugirió añadir a la teoría del sistema familiar el concepto de morfogénesis (cambio estructural), introducido en la cibernética de Maruyama. Los primeros teóricos y terapeutas de familias no cayeron en la cuenta de que el estudio de la familia y el estudio de la terapia familiar pertenecen a diferentes tipos lógicos: el primero es un estudio de la estabilidad, en tanto que el segundo es un estudio del cambio.

La homeostasis es un concepto válido cuando se enfoca la familia como sistema, ya que en esta situación el límite metodológico se traza en torno del sistema que se está examinando: la familia.

Mientras que si el sistema que se está examinando se define como sistema abierto de la situación terapéutica, el límite se traza en torno de dos subsistemas: el del terapeuta y el de la familia, que componen el suprasistema terapéutico, y en tal caso el concepto organizador tiene que ser distinto porque el foco está puesto en el cambio, la morfogénesis.

A continuación mencionaré y describiré los procedimientos para llevar a cabo una terapia familiar breve de acuerdo a los pasos De Shazer (1989) y algunos aspectos a tomar en cuenta mencionados por Stanton (1988). La terapia familiar breve se divide según De Shazer (1989), en 1) la planificación previa a la sesión; 2) el preludio; 3) la recolección de los datos; 4) la pausa para la conducta, el diseño de la intervención; 5) la transmisión del mensaje, la intervención propiamente dicha, y 6) el estudio posterior.

Empezaré a describir la primera fase, la planificación previa a la sesión, en esta etapa con anterioridad a la primera sesión, el equipo comparará los datos que conoce acerca de otros casos de su experiencia que incluyan elementos similares a los que presenta la situación de la familia tal como ha sido descrita por el miembro que solicitó la consulta. En general, el equipo incluirá terapeutas con distintos grados de experiencia. Puede haber entre ellos terapeutas familiares avanzados, especialistas o no en terapia breve, terapeutas entrenados en el uso otros modelos, licenciados que están perfeccionándose y estudiantes avanzados. Como el número de personas puede ser muy grande, estas diferencias aseguran que el equipo no trabaje al conductor llevándolo a buscar datos a partir de un punto de vista predeterminado desarrollo rígido, vale decir, estas diferencias de enfoque impiden que el equipo se trabaje ofreciendo una orientación temporaria que tal vez no resulte provechosa. La 2 fase preludio, en este fase de la sesión, que habitualmente dura alrededor de diez minutos, el conductor evita en lo posible todo examen de los motivos que llevaron a la familia a solicitar la terapia, centrándose en cambio en su contexto social, sus preguntas giran en torno del lugar de residencia de la familia, su vecindario, sus costumbres en materia religiosa, el trabajo que desempeña cada integrante y las escuelas a donde asisten los niños, si los hay. Su propósito es crear una relación asistencial, no amenazadora, con una familia en su totalidad, y averiguar de qué manera ve ésta el mundo. Detrás de la pantalla, el equipo está alerta frente a las pautas que exhibe la familia. Por ejemplo, el equipo apreciará cuál es la persona que más habla en la familia y a quién se dirige cuando lo hace, si hay alguno que tome la palabra en lugar de otro, quién permanece más tiempo callado, así como las frases y locuciones favoritas que cada cual emplea para describir algo que no constituye un problema, ya que todo ello le indicará, siquiera en parte, el modo en que la familia ve al mundo, y por ende le permitirá ofrecer una descripción más isomórfica

La 3 fase la recolección de datos: luego de diez minutos; más o menos, el conductor pasa del preludio a la parte principal de la sesión que dura entre 30 y 35 minutos. El problema por el cual acude, una vez respondida esta pregunta, el conductor procurará que cada individuo le dé su visión particular de esa misma información. A lo largo de la sesión, el conductor mantendrá una actitud acrítica, aunque ésta no signifique que permanezca inactivo. Aceptará todo lo que dice y hace la familia como "bastante normal y natural, teniendo en cuenta la situación". En general, sus comentarios tenderán a esclarecer las descripciones de los miembros, procurando que la familia sea lo más concreta posible acerca de su situación. Pondrá especial cuidado en averiguar qué ha hecho para resolver el problema que trajo a la terapia. Cuando apruebe los empeños anteriores de la familia para abordar el motivo de la consulta, el conductor cooperará entre sí y con los demás. Es importante conseguir que los miembros de la familia hablen entre sí, para ayudar al equipo a reunir datos, relativos a sus pautas. En este sentido, el método indirecto parece mucho más eficaz que el directo, que sería pedirles que "diatoguen sobre tal o cual tema". Parece que cada individuo tiene más facilidad para describir aquellas pautas en las que desempeñan un papel activo. En algunas situaciones, los integrantes de la familia describirán una serie de motivos de consulta que parezcan vinculados entre sí, en otras, tal vez describan problemas en apariencia desconectados. Es misión del conductor ayudarlos a focalizar un motivo, específico sobre cual puede comenzarse a trabajar. El propósito del conductor será contribuir a que la familia se fije una meta o metas para la terapia que puedan ayudar a focalizar las tareas,

al relacionar cada una de esas metas con un problema. Por lo general, el conductor formulará a la familia (no a ninguna de sus integrantes en particular) una pregunta de esta índole : ¿qué quieren conseguir en nuestra labor conjunta aquí. Para que la familia se focalice, procurará que aclare sus respuestas y en su descripción de la meta sea lo más concreta y conductual posible. La meta primaria consiste según Stanton (1988) en inducir una organización familiar más adecuada que maximice el crecimiento y el potencial de cada uno de sus miembros. La terapia se dirige a la "reestructuración" del sistema, estableciendo o desdibujando fronteras, diferencias a miembros excesivamente apegadas, e incrementando la participación de los miembros desapegados. Es mejor negociar las metas de la terapia con la familia desde el principio del tratamiento. Ello se debe a que brinda a los familiares la sensación de que el tratamiento tendrá un rumbo en vez de ir a la deriva o tener, como finalidad la exposición de dolores o sentimientos responsables ; les indica que pueden obtener alguna recompensa, por sus esfuerzos, que sus energías no se gastarán infructuosamente, les puede agradar que el terapeuta al menos parezca saber lo que está haciendo, lo cual puede infundirles alguna esperanza. Dejar el alcohol es la primera meta, es preciso subrayar que el terapeuta debe negociar las metas con la familia en vez de imponerlas. La meta convenida debe tener sentido para la familia. Este proceso comienza por una evaluación de las prioridades y competencias del cliente y la familia.

Si la ingestión del alcohol se ha interrumpido por un mes o más, es posible enfatizar otras metas del tratamiento. Se han mencionado dos metas comunes : un empleo lucrativo o asistencia escolar, y el abandono del hogar. A estos tópicos subyace la cuestión, de la separación, o sea separación física o separación mediante una competencia creciente y la consecuente independencia de funcionamiento. El terapeuta debe ser sensible al significado de tales separaciones para la familia y reestructurar terapéuticamente de tal modo que los miembros más afectados por la pérdida cuenten con respaldos alternativos.

La cuarta fase la pausa para la consulta : El diseño de la intervención ; las señales, las metas y la información referente a los mapas suministran al equipo los datos que precisa para diseñar una intervención, que en el caso del formato utilizado en la TFB consta de dos partes : 1)el elogio y 2)el indicio. (De Shazer, 1989 ; Stanton, 1988). El elogio, una vez que el equipo ha formulado la pauta de la familia, tanto con referencia a su secuencia como a sus significados, ya está en condiciones de establecer una intervención que dé los primeros pasos en dirección a una disposición afirmativa. Vale decir, recurrirá a algunas enunciaciones positivas, con las cuales la familia puede concordar, con el objeto de facilitar su aceptación de los indicios (sugerencias o tareas) que siguen al elogio. Esta disposición afirmativa se inicia al conseguir que la familia centre su atención en el conductor cuando vuelve a la habitación , mientras ellos esperan sus observaciones. Esta disposición afirmativa tiene como principal propósito aumentar la probabilidad de que la familia encuentre la forma de cooperar con la sugerencia o tarea terapéutica, probabilidad que es mayor si la intervención del equipo ha sido diseñada de modo isomorfo. Cuando el conductor vuelve a la habitación luego de la pausa para la consulta , lo más probable es que la familia espere que habrá de endilgarle una serie de aclaraciones e interpretaciones acerca de su conformación psicológica., en lugar de esto se encuentra con que el equipo le hace una serie de alabanzas, basadas en la parte de reencuadre del mapa y en los detalles de la descripción que ha dado la misma familia. Generalmente, en la primera sesión estos cumplidos son de tipo bastante general, y se vuelven más concretos a medida que avanza la terapia. Este elogio incluye en sí la segunda etapa de construcción de una disposición afirmativa, que consiste en fijar la atención de la familia en sus experiencias actuales. La tercera etapa consiste en relacionar indirectamente dichas experiencias con el indicio.

El indicio, esta parte de la intervención recurre a la secuencia conductual del mapa, manteniéndose siempre lo más isomorfa posible. Cuanto mayor sea la claridad con que la familia describió dicha secuencia conductual, más fácil le resultará al equipo inventar una tarea para ella. La mayoría de los indicios están asociados con algo que razonablemente es dable esperar que ocurra en el futuro inmediato.

La quinta fase la transmisión del mensaje ; mientras el conductor lleva a cabo la intervención , el equipo

observa de qué manera reacciona cada miembro de la familia ante los mensajes. Con frecuencia, mostrarán su aceptación haciendo una señal afirmativa con la cabeza ante algunos de los puntos mencionados por el conductor. Si el mensaje ha sido creado realmente a partir de una descripción isomorfa, en ocasiones la familia ampliará las ideas expuestas con ulteriores. Una vez que el conductor se siente bastante seguro de que la familia ha aceptado el elogio, continúa desarrollando el indicio, tras lo cual le da a la familia un cierto tiempo para aclarar las sugerencias y reaccionar ante el mensaje total.

Por último la 6 fase el estudio posterior ; una vez que la familia ha partido, el equipo se reúne a fin de evaluar sus respuestas inmediatas al mensaje y predecir el tipo de respuestas frente a la tarea que referirá en la próxima sesión. En segundo lugar el equipo predecirá la probabilidad de que la familia dé cuenta de ciertos cambios en la pauta que dio motivo a la consulta, o de que muestre algunos cambios en la próxima sesión .

Si la familia vuelve para una segunda sesión, el equipo dispondrá de mayor información acerca de su modalidad de cooperación y estará en mejores condiciones de cooperar con ella en sus empeños por cambiar. Es importante saber si la familia realizó la tarea, las tareas suelen ser una forma de intervención estratégica que cumple diversas finalidades, la función de asignar tareas y deberes hogareños sirve habitualmente para consolidar cambios producidos durante las sesiones y extenderlos al mundo real (Stanton, 1989). A veces una familia acepta una tarea , para luego encontrarse con que los comportamientos optativos que ella provoca son preferibles a los antiguos o sea, que la familia funciona mejor si puede elegir dentro de una gama más amplia de conductas. Otras veces, los miembros de la familia modifican la tarea, la contradicen o la evitan. Si la familia no cumple la tarea, la mayoría de los modelos indican que está evidenciando resistencia al cambio. Puede considerarse que esto es más bien una falla del terapeuta, quien no es capaz de puntuar la situación de modo tal que el "desacato" sea visto como un producto de la situación interaccional. El modelo de la terapia familiar breve nos dice que la respuesta de una familia a una tarea es el resultado de la interacción y la comunicación entre los dos subsistemas , y un mensaje acerca de la relación que los liga. Además, el informe de la familia sobre su respuesta es un mensaje que revela al equipo su modalidad característica de cooperación. Por consiguiente, toda respuesta de la cual informa la familia puede clasificarse en una de cinco categorías (tarea cumplida en forma literal, modificada, opuesta, vaga o nula) y forma parte de la pauta de la familia y de la pauta del suprasistema. Desde esta perspectiva, no hay tarea que no tenga éxito, ya que todas ellas suministran al terapeuta mayor información sobre las diferencias entre sus diagramas y el modo de cooperación que la familia le está mostrando. Si se le encomienda a la familia una tarea directa como parte del indicio, y ella informa haberla cumplido de manera literal, tal cual le fue indicada por el equipo, el modelo sugiere que la próxima intervención terapéutica debe incluir otra tarea directa. La familia ha mostrado que su modalidad de cooperación incluye el cumplimiento de tareas directas, y en consecuencia el equipo puede continuar operando con ella mediante el empleo de otra tarea directa a fin de promover el cambio. Si la familia da cuenta de haber modificado una tarea directa, el modelo indica que el equipo debe continuar cooperando con ella encomendándole otra tarea que pueda ser fácilmente modificada. A veces el equipo podrá explicitar estas opciones a la familia, o bien suministrarle una tarea indirecta dentro del indicio. Tal vez la familia informe que su respuesta consistió en modificar la tarea indirecta convirtiéndola en una tarea directa ; vale decir, presentará su informe al equipo de modo tal que evidenciará estar siguiendo una directa. Si la familia informa haber hecho una tarea opuesta a la indicada, el modelo sugiere que la mejor manera que tiene el equipo de continuar cooperando con la modalidad de cooperación de aquella consiste en encomendarle otra tarea que incluya la posibilidad de respuestas opuestas. Si el informe que presenta la familia sobre su respuesta a una tarea directa es vago o confusa, la mejor manera que tiene el equipo para continuar cooperando con la pauta que ha mostrado la familia es plantear para ella una tarea vaga. Con frecuencia, esta vaguedad o indefinición ya ha sido puesta de manifiesto durante la discusión de las metas en la primera sesión , pese a lo cual lo corriente es que el equipo encomiende para la segunda sesión una tarea directa , a fin de aclarar esta situación. En muchas circunstancias , a la vaguedad de unos les seguirá la vaguedad de otros, hasta que la propia familia exija claridad ; entonces, el equipo debe responder también con claridad.

Insoo Kim (1996), expone un caso (señor Meeks), el cual habia consumido alcohol durante 25 años, y habia estado en tratamiento durante este tiempo sufriendo recaídas en varias ocasiones, la autora menciona en su libro Trabajando con el problema del alcohol, el desarrollo de las sesiones, la forma en como el paciente va encontrando soluciones a sus problemas, el logro de la abstinencia al alcohol, el seguimiento del caso, y con esto corroborar el éxito del tratamiento , utilizando el mismo metodo De Shazer.

Estudiaremos la forma en que se ha combinado la terapia familiar y la psiquiatría comunitaria.

3.4 TERAPIA FAMILIAR Y PSIQUIATRIA COMUNITARIA

Hay razones convincentes que aconsejan combinar la terapia familiar con la psiquiatría comunitaria y reunir las en una sola presentación (Andolfi, 1993). Ambas surgieron después de la Segunda Guerra Mundial y consolidándose juntas su posición en el terreno de la salud mental en la década que siguió a 1950. Por un lado la psiquiatría comunitaria apunta los servicios a toda la población de una determinada comunidad, más bien que a personas individuales, confiere a la promoción y al mantenimiento del bienestar mental, la misma prioridad que al tratamiento de la enfermedad mental y busca tanto las fuentes como los caminos para la corrección de la enfermedad mental en determinantes socioculturales de la conducta humana además de los determinantes biológicos y psicológicos. Este último parámetro es el que proporciona los vínculos más inmediatos que ligan a la terapia familiar con la psiquiatría comunitaria . No mucho después de haber comprendido que la familia es una entidad social supraordenada como un sistema, con propiedades y características que van mas allá de la mera suma de las de sus miembros constituyentes. Una vez que se reconoce que los procesos que ocurren dentro de la persona individual biológicos y/o psicosociales son adaptaciones a eventos que suceden fuera de esa persona, surge una perspectiva enteramente nueva, del tipo respecto de los tres niveles de sistemas. (el neurobiológico ; el psicológico y el sociocultural) que debe explorarse para lograr la más profunda comprensión de un caso de conducta perturbada. La implementación de servicios de consulta de orientación sistémica en programas llevó a comprender que el problema que provocaba la derivación se producía en un aula aparte de una escuela, y que el lugar más apropiado para tratar al niño -problema era el sistema dentro del cual se habia desarrollado el problema, el sistema cuyo desequilibrio se manifestaba a raíz del problema, es decir, el aula o la escuela. La terapia familiar y la psiquiatría comunitaria representan desafíos a los límites que sectorizan a los profesionales de la salud mental en las diversas disciplinas tradicionales. La terapia familiar y la psiquiatría comunitaria plantean por igual un desafío a todas las facetas de las profesiones destinadas a ayudar a los demás, desde los sistemas tradicionales de prestación de servicios hasta la estructura educacional tradicional.

A continuación describiré las actividades realizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez más específicamente en el servicio de psiquiatría comunitaria..

CAPITULO 4 INSTITUCION Y UNIDAD DE TRABAJO DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL

4.1 LOS OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL EN LA CARRERA DE PSICOLOGIA SE PLANTEAN EN 4 ASPECTOS

1. INSTITUCIONAL

- Proporcionar situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permita relacionar al psicólogo como profesional de la conducta, comprometido en la solución de problemas nacionales.
- Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas nacionales prioritarios
- Propiciar situaciones que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medios alternos de docencia.
- Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficiencia de la carrera de psicología, para formar profesionales de utilidad.

2 ESTUDIANTIL

- Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.
- Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información teórica adquirida e integrada durante su carrera.
- Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de los diferentes dimensiones de un concepto dado.

3 PROGRAMA EN EL CUAL FUE ASIGNADA LA PLAZA

- Establecer un acercamiento con la comunidad con objeto de identificar sus necesidades y expectativas en materia de salud mental.
- Informar y orientar a la población en general y a grupos específicos, acerca de los factores relacionados con las alteraciones de la salud individual y colectiva.
- Detectar, diagnosticar y tratar oportunamente los casos que así lo ameriten, realizando un seguimiento intradomiciliario.
- Sensibilizar al personal con objeto de favorecer la adecuada reinserción a su medio de los pacientes que lo ameriten, personal médico y paramédico de la institución en favor del trabajo comunitario.
- Construir las condiciones para la realización de investigación epidemiológica en salud mental.

4 OBJETIVOS Y PROPOSITOS QUE SE PLANTEA EL PASANTE AL INICIAR SU SERVICIO SOCIAL

- Ampliar el conocimiento en otras áreas de la psicología desde una perspectiva psiquiátrica.
- Conocer otras formas de trabajo fuera de las plazas internas de la FES ZARAGOZA
- Poner en práctica los conocimientos adquiridos a nivel teórico y practico.

4.2 INSTITUCION Y UNIDAD DE TRABAJO DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL

ANTECEDENTES HISTORICOS

El hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, (Organo de psiquiatría, 1997) al igual que otros hospitales que sustituyeron al Manicomio de la Castañeda en 1965, institución que debido a su diseño de asilo de principios del siglo con enfoque asistencial y coartativo impedían el mejoramiento de la calidad en el servicio psiquiátrico, fue creado con objeto primordial de modernizar la atención psiquiátrica para la región del país que incluía el D.F. y sus alrededores.

El hospital fue inaugurado el 9 de mayo de 1967 y su operación arrancó el 22 de junio del mismo año con el traslado de varios pacientes del Manicomio General de la Castañeda, quedando como director el Dr. Mario Fuentes Delgado y como Subdirector Médico el Dr. Javier Garcíadiago Madrid.

Este hospital se planeó con el centro neurológico del sistema de atención para la salud, ya que sería el tamiz por el que se canalizarían los pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento requerido en cada persona. Con un cupo original para 600 enfermos, con edificio de diseño original de 10 pisos de altura.

El objetivo de esta institución, generado bajo el enfoque de la Psiquiatría moderna es el brindar atención integral al enfermo mental agudo de ambos sexos, mayor de 15 años, que no esté bajo la protección de ningún otro sistema de salud. (IMSS, ISSSTE, etc.), dando especial atención a la población de bajos recursos.

En cuanto al servicio de Psiquiatría Comunitaria durante la década de los 50's, (Levav,1992) en varios países del llamado Tercer Mundo se generalizaron los esfuerzos para incentivar el desarrollo local a través de programas que involucraban a la población especialmente rural en la realización de acciones concretas. La mayoría de los programas de autoayuda, desarrollo de la comunidad y desarrollo rural integrado que se llevaron a cabo en esos países, se apoyaba en el supuesto de que la participación de la comunidad constituía una condición necesaria para el logro de sus objetivos. La participación comunitaria encontró entonces su justificación en muchos argumentos; entre ellos, que si un país pobre no disponía de recursos económicos suficientes para efectuar inversiones sociales, la población debía colaborar en la ejecución de programas que disminuyeran los costos y que la población se apropiaba, haciendo suyos, solamente aquellos proyectos en los que había participado. Aparecieron también realizaciones de trasfondo ético, ligadas a la importancia de convertir a la población en sujeto, usualmente considerado como objeto manipulable de proyectos de desarrollo dirigido.

En este sentido, se argumentó sobre la necesidad de reivindicar el derecho de las comunidades a determinar sus prioridades, seleccionar sus opciones e intervenir en las decisiones sobre hechos que afectarían sus propias vidas.

En cuanto al sector salud, la participación de la comunidad tuvo una incorporación relativamente tardía y llegó amalgamada con programas de desarrollo rural integrado, dentro de los cuales la salud constituían un componente importante. Rápidamente, sin embargo, este tipo de participación adquirió significado propio por las mismas razones que la tomaron deseable y necesario en los proyectos de desarrollo durante las primeras décadas de la posguerra. Desde entonces se viene insistiendo en la necesidad de estimular la participación comunitaria en los programas de salud. La organización Panamericana de la Salud, por ejemplo, hace más de tres lustros comenzó a enfatizar la importancia de la colaboración de la población en los servicios de salud. Fue, sin embargo, durante la conferencia de Atención primaria, realizada en Alma Ata en 1978, cuando se legitimó oficialmente la participación comunitaria no sólo como un derecho de la población a intervenir en la prevención y atención de su salud, sino como un procedimiento indispensable para que la salud se convirtiera en patrimonio social. En ese marco, hacia finales de la década de los 70's, la mayoría de los programas de salud en la Región consideraba la participación de la población de una u otra forma como una estrategia importante para su ejecución. La participación comunitaria llegó así a convertirse en un medio habitual para expandir la cobertura de los servicios de salud de menores ingresos. Pero al

mismo tiempo, se mantuvo como un concepto impreciso sujeto a interpretaciones variadas, siendo para ello no siempre operacionalizado de manera rigurosa. En efecto acciones de salud que suponían el curso así fuese coyuntural o episódico de personas de la comunidad, llegaron a ser catalogados como "participación comunitaria".

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION

DELEGACION POLITICA

El hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez se encuentra ubicado en la delegación Tlalpan representa el 20.71% de la superficie del distrito federal.

LOCALIZACION GEOGRAFICA

La Delegación Tlalpan colinda al norte con las Delegaciones, la Magdalena Contreras, Alvaro Obregón y Coyoacán, al este con las Delegaciones Xochimilco y Milpa Alta, al sur con el estado de Morelos; al oeste con el estado de México y la Delegación Magdalena Contreras.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

La población total de la delegación es 484.866 dividida en hombres y mujeres, de los cuales los hombres representan 243.335 el 48.3 % y las mujeres 250.531 el 51.7%.

SERVICIOS

De agua enturbada disponen el 92.2% de drenaje el 84.2% de energía eléctrica el 98.7%. En cuanto a servicios de salud, la población derechohabiente del ISSSTE es de 68.472 el cual está dividido en trabajadores activos de 14.954 y la otra mitad que incluye a familiares de trabajadores, pensionados y sus familiares de 53.518.

Entre los servicios de salud que se encuentran está la zona de hospitales en la cual está ubicado el propio Fray Bernardino Alvarez y entre los servicios recreativos está el Club de Golf de México. (INEGI, 1995)

TIPOS DE SERVICIO QUE LE PRESTA A LA COMUNIDAD, LA UNIDAD EN LA QUE SE TRABAJA

Se plantean en los tres niveles de prevención de la atención comunitaria y que comprenden los siguientes rubros, a saber:

a) Actividades de diagnóstico comunitario y trabajo epidemiológico.

1. Efectuar aplicación de instrumentos de indagación comunitaria
2. Realizar reuniones de enlace, de trabajo y de evaluación.

b) Actividades de educación y promoción de la salud mental.

1. Llevar a cabo sesiones de información, promoción y educación de la salud mental en la comunidad (nivel psicoeducativo).

c) Actividades de intervención clínica (nivel de diagnóstico y tratamiento)

1. Diagnosticar oportunamente las alteraciones de la salud mental que representen a nivel individual y/o colectivo.
2. Utilizar el sistema de referencia y contrarreferencia para su atención integral en los casos que sea necesario.
3. Otorgar tratamiento oportuno en los casos diagnosticados.
4. Asesorar y otorgar consulta para los casos que sean requeridos.

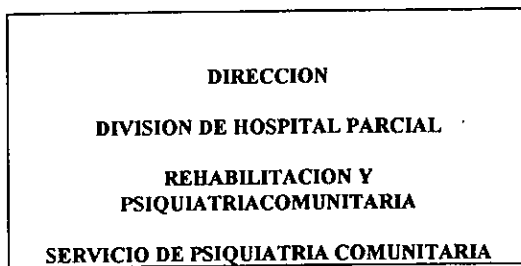
d) Actividades de seguimiento comunitario (a nivel rehabilitación en comunidad)

1. Se llevará a cabo seguimiento intradomiciliario de los casos diagnosticados y tratados, que permita rehabilitarlos sin desligar sus lazos sociales y comunitarios.

e) Actividades hacia el interior del equipo de salud mental

1. Asistir a cursos de capacitación por parte del personal
2. Realizar al interior del equipo promoción y sensibilización hacia la salud mental, fomentando el compromiso y la responsabilidad del equipo
3. Llevar a cabo reuniones expresamente de organización del equipo
4. Elaborar el material didáctico de apoyo para las actividades educativas y de promoción comunitaria.
5. Organizar, elaborar y analizar los datos de los trabajos de indagación comunitaria. Diseñar y ejecutar protocolos de investigación detectados en la comunidad.

ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE TRABAJO



RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE TRABAJO

**RECURSOS HUMANOS
(PERSONAL ADSCRITO)**

- Dos Médicos Psiquiatras
Tres Psicólogos Clínicos
Dos Médicos Epidemiológicos

(PERSONAL DE APOYO)

Pasantes de Psicología (3 a 4)

Pasantes de Trabajo Social (2 a 3)

Residentes de Psiquiatría del Hosp. Psiq. Fray Bernardino Alvarez (numero variable)

RECURSOS MATERIALES

Tripticos

Material de papelería (hojas, lápices de color, plumones, gises, folders etc.)

Material didáctico elaborado por el servicio.

Hojas de rotatorio

Acetatos

Formatos de registro, elaborados por el servicio

Agenda

Audiocassettes

Cuaderno de registro diario : la anagnorisis (historia) del servicio

Proyector de acetatos y/o de cuerpos opacos

Proyector de diapositivas

Videocasetes

Audiograbadora.

4.3 DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y RESULTADOS

Asistí al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, del 12 de marzo al 10 de enero de 1997, en el programa de "Psiquiatría Comunitaria" de lunes a viernes de 3 ½ a 7 ½ .

Dando pláticas de orientación e información a padres de familia, personas adultas o adolescentes, en diferentes comunidades (San Pedro Martín, Unidad Habitacional de Selectores de Basura del D.F, en el comedor popular de San Miguel Teotongo, en la comunidad de Recolectores de Basura de Tlahuac, en las escuelas "Fuerzas Armadas de México", "González Aparicio" y la secundaria # 22 " Enrique O. Aragón"), con el objetivo de mejorar la calidad de vida y prevenir trastornos en el bienestar físico, psíquico y social.

En cuanto a la forma de trabajo las comunidades determinaban los temas de su interés, y en algunas ocasiones se les sugerían. En cada comunidad se daba una plática por semana, la cual era llevada por un integrante del equipo de trabajo, mientras los demás apoyaban con comentarios alusivos a la plática, cada uno de acuerdo a su preparación académica ; todos estudiábamos para cada plática aunque no fuéramos responsables de llevarla. Al elaborar la plática, el tema debía abordarse de una manera general, y con un lenguaje sencillo, sin utilizar tecnicismos demasiados sofisticados, que evitaran la comprensión de la plática, las cuales eran ilustradas con carteles, películas y folletos. Cuando se terminaban las series de temas se preguntaba si no tenían alguna inquietud por otros temas, si las tenían se daban los temas, y si no se cerraban las pláticas. Y se empezaba a ver la próxima comunidad a visitar ; este procedimiento se seguía en todas las comunidades.

Los temas que se trataron se observaron en el apartado de resultados en la tabla 1, donde los datos se clasificaron por el número de personas y no de pláticas, haciendo esto para resaltar los temas de mayor interés para las personas.

Por otra parte en los Grupos de Alcohólicos Anónimos se dieron pláticas de información solicitadas por

ellos, en algunas ocasiones se les sugería un tema, si ellos lo pedían. Estas pláticas se llevaban todos los viernes de 6:30 a 9:30 PM, sólo se daban una plática en cada grupo de AA, aunque se podía dar más pláticas si lo solicitaban. En este caso no se daba un curso de pláticas en cada grupo como sucedía en las comunidades.

En cuanto a quien se encargaba de dar la plática era el Psiquiatra del grupo o el Médico Epidemiológico, los demás integrantes ayudaban a retroalimentar el tema. Los temas que se trataron, se observaron en el apartado de resultados en la tabla 2, se siguió el mismo procedimiento de clasificación que en la tabla 1.

Se llevaron a cabo elaboraciones de carteles, de material didáctico y revisiones bibliográficas de los temas tratados; también se consultaron los elementos que componen la "Historia Clínica", la "Entrevista del paciente psiquiátrico" y "la Psicoterapia Breve", videocasete de Sexualidad, Lactancia Materna y SIDA, con el fin de enriquecer una plática, un tema, una historia clínica o cualquier actividad que se realizara.

También asistí al Albergue "Fraternidad sin Fronteras" todos los martes de 5 a 6 PM. Donde se realizaban ejercicios de motricidad fina (dibujar, recortar, iluminar, con pija gruesa) ejercicios de reconocimiento corporal, relevos, competencias) cognitivos (discriminación de figuras y colores, memoria, atención, y comprensión), canto, mímica, baile, algunas secciones de terapia ocupacional con plastilina y armar portarretratos, las cuales eran recibidas por 24 pacientes crónicos 10 mujeres y 14 hombres, quienes eran controlados con medicamentos o no presentarían conductas agresivas.

Por último se asistió como coterapeutas a dos casos clínicos, a través del enfoque médico, se atendió 1 persona adulta con problemas de dependencia múltiple y un adolescente con problemas de aprendizaje, las dos historias clínicas se encuentran en el apartado de anexos.

En cuanto a mi participación como coterapeuta, me limitaba a escribir las historias clínicas en las terapias, participaba con comentarios dentro y fuera de ella; mi participación consistía en apoyar al terapeuta, si algo le faltaba por preguntar, si sentía que alguna pregunta no había quedado clara, la podía retomar, y tratar de aclararla, fuera de la terapia, daba mi opinión de lo que había pasado y observado y podía dar sugerencias sobre qué preguntar en la próxima visita. En las siguientes sesiones la preparaba el terapeuta, algunas ocasiones, pude llevarla cuando eran cuestiones psicológicas que consideraban que yo manejaba mejor, o cuando pensaban que podía llevarla, siempre asesorada por el terapeuta, que aunque sólo yo hablara, si el consideraba que algo no estaba adecuado, entonces él opinaba. La terapia se llevaba por medio de preguntas, de cómo se había sentido entre una sesión y otra, en los acontecimientos ocurridos durante las sesiones etc. En las sesiones se buscaban aspectos de la vida del paciente que pudieran servir como base para cambiar sus metas en la vida. En algunas ocasiones se les dejaban tareas, las cuales en ocasiones las realizaban y en otras las invertían. Los dos casos se trabajaron por 3 meses, es importante señalar que en ninguno de los dos hubo apoyo de la familia, argumentando que el problema era de los pacientes y no de ellos.

RESULTADO

Tabla 1

Temas, números de pláticas y de personas que las recibieron

TEMA	NUMERO DE PLATICAS	NUMERO DE PERSONAS
Análisis Transaccional	4	122 personas
Sexualidad en el niño y el adolescente	5	112 personas
Comunicación	4	92 personas
Drogadicción	4	88 personas
Cambios en la adolescencia	2	78 personas
Técnicas de Relajación	1	56 personas
SIDA	2	47 personas
Alcoholismo	2	42 personas
Planificación Familiar	2	38 personas
Impulsores y Frenadores de la personalidad	1	38 personas
Enuresis	1	37 personas
Responsabilidad	1	36 personas
Estrés, Angustia y Miedo	2	25 personas
Autoestima	2	24 personas
Enfermedades de transmisión sexual	1	20 personas
Nutrición	1	19 personas
Transacciones	1	17 personas
Tabaquismo	1	17 personas
Divorcio y separación	1	16 personas
Violencia intrafamiliar	1	16 personas
Relación Padre-hijo	1	16 personas
Neurosis	1	11 personas
Argumento de vida	1	8 personas
Total	42	975 personas

Nota. Los temas se clasificaron tomando en cuenta el número de personas y no el número de veces que se dio la plática

Tabla 2

Temas, números de pláticas y de alcohólicos que las recibieron

TEMA	NUMERO DE PLATICAS	NUMERO DE PERSONAS
Análisis Transaccional	3	100 personas
Ventana de Johary	2	56 personas
Los elementos de la personalidad en el paciente alcohólico	1	35 personas
La aceptación del alcohólico	1	18 personas
Análisis del alcoholismo	1	15 personas
Total	8	224 personas

4.4 ANALISIS Y EVALUACION

Como se observa en la tabla 1, y 2 el abordar diferentes temas tanto en las poblaciones atendidas como en los grupos de Alcohólicos Anónimos a los que asistí considero que fue buena, aparte de haber una retroalimentación se sentía el apoyo, un factor importante en un equipo de trabajo, así como la curiosidad que despertó en mí a adentrarme más sobre el problema del alcoholismo y buscar una forma de tratamiento. La terapia familiar Sistemica me brindo una forma diferente de abordarlo; además de ser la primera vez de tener contacto con este tipo de terapia, que se empezaba a trabajar en el hospital y la necesidad de abordarlo tomando en cuenta a la familia. por eso busque una terapia donde la familia fuera parte del tratamiento, y en la terapia familiar sistémica, encontré lo que yo buscaba, pero también era importante buscar una forma de abordarlo sin que el tratamiento fuera muy prolongado, por eso fue que el tratamiento lo enfoque a través de la terapia familiar breve, a través del método desarrollado por De Shazer que ha llegado a ser conocido como la terapia centrada en la solución que no es prolongada y en donde se busca determinar el objetivo del paciente y avanzar hacia él.

La experiencia de trabajar con grupos de AA es satisfactoria, ya que había una mayor dificultad que en las comunidades. Los temas deberían estar abordados en relación con el alcoholismo, en este caso era importante tener conocimientos generales del mismo, antes de abordar un tema, ya que ellos cuando daban una opinión, siempre observaban que la persona estuviera segura de lo que decía. Es importante mencionar que los alcohólicos son personas más sensibles que la mayoría de la gente.

Como se citó en el apartado de las descripciones de las actividades con pacientes psiquiátricos crónicos en el albergue, sólo fue de rehabilitación, a nivel educativo, no trabajé la otra área, que es con grupos de AA entre ellos. En cuanto a la forma de trabajo en las terapias individuales, esta fue como se menciono anteriormente enfocado más al ámbito médico y a través de los procedimientos del análisis transaccional, sin embargo considero que nos quedamos cortos en cuanto a integrar mayores propuestas de trabajo, por esta razón surgió

la necesidad de buscar un enfoque que me permitiera una alternativa de tratamiento más amplia al problema de alcoholismo, considero que la terapia familiar breve cubrió estas expectativas por considerarla, práctica, sencilla y tiene una metodología establecida, además de romper con un estereotipo de ver al alcoholico como la persona que tiene el problema y no como una causa de la propia dinámica familiar en sí.

Sin embargo es importante, recalcar que para cualquier terapia, en este caso la sistémica, de resultados positivos; (Mellody, 1994) 1) el alcoholico quiera recuperarse y 2) no tomarla como una verdad absoluta, la cual puede ocasionar una codependencia. Para evitarlo puede llevar de manera simultánea un proceso terapéutico individual y en un grupo de ayuda grupal, en este caso el de Alcohólicos Anónimos, que es una de las bases organizacionales para la rehabilitación del paciente alcoholico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andolfi, M ; Zwerling, I. (1993). Dimensiones de la terapia familiar. Editorial Paidós Terapia Familiar.
- Bateson, G. (1979). Espíritu y Naturaleza. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bertalanff, L. V. (1984). Teoría general de los sistemas. Editorial Fondo de Cultura Económica, México.
- Bowen, M. (1989). La terapia familiar en la practica clínica. Vol. 1. Editorial : Desclee De Brouwer S.A.
- Calderón, N.G. (1994, mayo-agosto). Consideraciones acerca del alcoholismo entre los pueblos prehispánicos de México. Psiquiatría Organo Oficial de Difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. 10, 69-73.
- Castro, C.G. (1989, 2 semestre). La psicoterapia sistémica- paradójico como instrumento en el tratamiento del síndrome de dependencia del alcohol. Psicoterapia y familia. Revista de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar. Vol. 2
- Eguiluz, R. L. (1991, diciembre). El cambio epistemológico y la investigación en la terapia familiar sistémica. Universidad de las Américas, A. C. México. Trabajo de investigación : Tesis
- Espejel, A.E. (1989, 1 semestre). Una nueva alternativa en el tratamiento del síndrome de dependencia alcohólica. Psicoterapia y Familia. Revista de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar. Vol. 2 N. 1
- Falicov, J. (1991). Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida. Editorial Amorrortu Buenos Aires.
- Góngora, J. (1992). Técnicas y programas en terapia familiar. Editorial Paidós Terapia Familiar . Barcelona-Buenos Aires- México.
- Hernández, R. S. (1993). Pautas de interacción familiar en adultos jóvenes provenientes de familias con uno o dos padres alcohólicos : estudio exploratorio. UNAM, Facultad de Psicología. Tesis
- Herrera, T.R. (1991, 2 semestre). Relación del familiar con el sujeto alcohólico. Psicoterapia y Familia. Vol. 4 N. 2
- Insoo, K, Miller, S. (1996). Trabajando con el problema del Alcohol. Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia. Editorial: Gedisa.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (1995). Tlalpan Distrito Federal. Cuaderno estadístico Delegacional.

Levav, I. (1992) . Temas e Salud Mental en la Comunidad. Serie paltex para ejecutores de programa de salud N # 19. Organización Panamericana de la Salud.

Melody, P; Wells, A. (1994). Sentirse libre es ser feliz. Como vencer las dependencias y recuperar la autoestima. (1a. de). Editorial Paidos Barcelona Buenos Aires- México.

Minuchin, S. N. (1994). La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación. Paidos Terapia Familiar . Barcelona Buenos- Aires México.

Organo de psiquiatría. (1997). XXX Aniversario Hospital Psiquiátrico Fray Bernanrdino Alvarez SSA. Una Reseña Histórica de la Psiquiatría en México. Mayo 9 1967-1997.

Rocha, O. D. (1996). Tesina Los riesgos de los hijos de alcohólicos (Algunas Consideraciones) UNAM Facultad de Psicología

Shazer, S. (1989). Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque sistemático. (1a. ed). Ediciones Paidos Barcelona - Buenos Aires - México.

Stanton, T. Tood y Col (1988). Terapia familiar en el abuso y la adicción a las drogas. Editorial. Gedisa

Velasco, F.R. (1981). Esa enfermedad llamada alcoholismo. México : trillas.

C R O N O G R A M A

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
CAPITULO 1 EPISTEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO							
CAPITULO 2 ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO							
CAPITULO 3 EL ENFOQUE SISTEMICO Y LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA							
CAPITULO 4 INSTITUCION Y UNIDAD DE TRABAJO DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL							
REVISION DEL TRABAJO FINAL							
TRAMITE DE FECHA DE EXAMEN							

A N E X O S

Historia Clínica

Nombre : Román
 Estado Civil : casado
 Religión : católica
 Ocupación : obrero
 Escolaridad : 3 de secundaria inconclusa
 Padecimiento Actual : dependiente múltiple

Román acude al servicio por iniciativa propia, quien dice, presentar problemas familiares desde hace 4 años, actualmente es cortador de trajes desde hace 5 años, señalando que es su 2 trabajo, presenta problemas de drogadicción, alcohol, cemento activo, ha tratado de suicidarse en el metro, lleva 8 meses de abstinencia en el alcohol, lleva 8 años casado, tiene un hijo de 8 años, su esposa es costurera, señala que su vida es un desorden y absurda, dice tener poca comunicación y chantajes.

Antecedentes no Patológicos

Tiene 6 hermanas, su padre fue agente de ventas, alcohólico, murió cuando él iba a cumplir 9 años de edad, su madre, lavaba y planchaba para mantenerlos, su casa es propia, tienen, sala, recámara, baño, cerca hay un parque recreativo, desayuna en su casa y come en la empresa donde trabaja, su salario es por destajo 65 diarios, desde hace 3 años no practica ningún deporte, en sus tiempos libres siembra árboles de bonsái ; en cuanto a su esposa María estudió hasta 6 grado de primaria, trabaja en un salón de belleza de 7 a 6 de la tarde, en cuanto a su hijo lo cuida una vecina.

Antecedentes Patológicos

Ha sufrido de vómitos, diarreas, calenturas, hace 6 años estuvo hospitalizado por causa del alcoholismo, enfermedades de viruela, sarampión, hace 9 años estuvo fracturado por una pelea callejera, de un golpe en la cabeza , ha tenido alucinaciones, amnesias, en donde veía muchos colores, siente miedo antes de salir, llegar a robar para conseguir, cemento, una cerveza, chochos, diazepam de 5 y de 10, pastillas de cocaína, estuvo en el tribunal de menores un año y medio.

Dinámica Familiar

Su esposa María con la que vivió durante 1 año en unión libre, sintiéndose el contento por haberse casado con un persona güera y de aspecto no desagradable : ella de 26 años, el de 24 años, durante ese año, ella le daba vergüenza andar con él, le atemorizaba, caprichoso, él considera que ella lo soportaba, aún cuando la humillaba, la insultaba y la maltrataba, no le había demostrado amor, que su relación sólo se basaba en tener relaciones sexuales. Actualmente él considera que no se siente bien con ella, y ha tenido relaciones con otras personas ; en cuanto a sus relaciones sexuales señala que son esporádicas y sólo cuando su esposa quiere ; en cuanto a su hijo él considera que no es su hijo, ya que su esposa se embarazó después de una ruptura ; no soporta que su hijo lo abrace, y darle un beso no lo hace con agrado, lo golpea y el niño lo sigue y sigue ; su hijo le ha preguntado si lo quiere, que lo cargue, que le dé un beso, cuando el niño nació no le agradó, su mamá le decía que bonito niño, y que ya había nacido el que lo iba a enderezar, y poco a poco lo fue aceptando. El niño cursa el 1 grado de primaria, desde hace 6 meses ya no quiere asistir a clases, él quiere ayudarlo pero se altera con mucha facilidad y se enoja. Asiste a grupos de AA y eso ocasiona tener problemas con la esposa, por la llegada tarde a casa. Terminada la historia se empezó a dar la terapia a través de preguntas.

Historia Clínica

Nombre : Fernando

Edad : 14 años

Escolaridad : 2 grado de secundaria

Religión : Católica

Problema actual : Bajo rendimiento escolar

Fernando es traído por su mamá de 34 años de edad, de ocupación secretaria, madre soltera, la cual comenta que Fernando, ha disminuido su promedio desde hace 2 meses, y no sabe el motivo del cambio, ella ; a intentado que vuelva a subir de promedio ayudándolo a estudiar, y prometiéndole algunos regalos , él comenta que no pasa nada, sólo que no estudia y eso ha bajado de calificaciones, excusando que le aburre estudiar ; la madre comenta que él toma esa actitud cuando en el colegio se realiza una actividad en donde tiene que participar padre-hijo, comentando que no quiere ir por que no le gusta ; la madre trata de que el hijo vaya con el abuelo, sin embargo, Fernando no se lleva bien con él ni con la abuela, los cuales viven en la misma casa, y son las personas que lo cuidan, mientras su mamá trabaja, él le ha pedido que se cambien de casa, en donde sólo vivan él y su mamá ; ella comenta que eso no puede ser posible por ahora, pero ella está tratando de buscarlo, aunque comenta que de esa manera, ya no podrá vigilarlo mientras ella no esté en casa, también comenta que han sesado las salidas fueras como una forma de castigo por su comportamiento, aunque él menciona que ya no lo hace por que ahora ella ya sale con sus amigas.

Después de la historia clínica sólo se citó a la madre para explicar la forma en cómo se llevaría la terapia. Después solo asistió Fernando, durante el transcurso de la terapia se encontró que había una sobreprotección de la madre hacia él, y también le exigía demasiado, llevándolo en ocasiones que solo, encerrado, se golpeara, la madre no le dejaba escoger las cosas de su agrado, ella decidía lo que debía hacer y comprar. El terapeuta y yo llegamos a esa conclusión, pidiéndole a la mamá que fuera más consciente hasta donde se le podía exigir, que si fuera posible se cambiara de domicilio, ya que le permitiría a Fernando sentirse más libre. Y por último que lo empezara a dejar decidir por sí solo, las cosas que requería y estuviera al pendiente sin que sintiera que estuviera tanto sobre él.