

315011



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

LA RELACION ENTRE EL PACIENTE FARMACODEPENDIENTE
Y LA SOBREPOTECCION MATERNA
(ESTUDIO OBSERVACIONAL)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

CLAUDIA KARINA ALONSO PACHECO

ASESOR: MTR. JOSE LUIS FLORES GUTIERREZ

MEXICO, D. F.

2005

M 345829



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DEDICATORIA

A mi madre Irma:

*Con amor, respeto y gratitud eterna
por su dedicación como mujer y madre.*

A mi abuelita Amada:

*Quien ha sido mi segunda madre, con la más profunda admiración,
por su lucha y fortaleza para sobrevivir con éxito a tanta adversidad
y por ser un ejemplo de integridad.*

A mis tías:

Quienes me han brindado su apoyo a lo largo de mi vida.

Agendas a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Cecilia Karina

Alonso Pacheco

FECHA: 17 de Julio de 2008

IRMA: Cecilia Karina

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Capítulo I.- Estudios Psicoanalíticos de la farmacodependencia.....1

Capítulo II.- La interacción familiar y el desarrollo del individuo.

2.1. La familia, definiciones y funciones12

2.2. La familia como formadora de roles 16

2.3. La figura materna18

2.4. La sobreprotección materna22

2.5. La figura paterna24

2.6. Adolescencia y crisis familiar30

Capítulo III.- La familia y el farmacodependiente

3.1. Factores familiares35

3.2. Tipos de familias y sus interacciones41

3.3. Orígenes sociales de la farmacodependencia43

3.4. Factores Individuales45

Capítulo IV.- Centros de Integración Juvenil y la Atención a la

Farmacodependencia.

4.1. Antecedentes de Centros de Integración Juvenil47

4.2. La farmacodependencia y su ubicación en C. I. J.	50
4.3. C. I. J. y la prevención de la farmacodependencia	55
4.4. C. I. J. y la evaluación de programas preventivos	57

Capítulo V.- Metodología.

5.1. Justificación del Proyecto	63
5.2. Planteamiento. del Problema	68
5.3. Objetivos de la Investigación.	69
5.4. Hipótesis	70
5.5. Tipos de Investigación	71
5.6. Procedimientos e Instrumentos	72

Capítulo VI.- Presentación de Casos .

6.1. Caso I	76
6.2. Caso II	79
6.3. Caso III	81
6.4. Caso IV	84
Recopilación de Análisis	88
Conclusiones y Discusión	93
Glosario I	101
Fuentes de Consulta	103

INTRODUCCION

En los últimos años el consumo de las drogas ha aumentado de manera alarmante, lo que constituye una problemática social y cultural, cuyas consecuencias son nocivas tanto para el individuo como para la familia y sociedad.

El presente trabajo es el resultado de la experiencia obtenida en Centro de Integración Juvenil, localizado en la Delegación Álvaro Obregón, que se destaca por la interacción con farmacodependientes y sus familias, concibiendo al farmacodependiente como un ser humano, perteneciente a un núcleo familiar con una problemática multicausal.

El trato sostenido con los pacientes y sus familias me ha permitido observar y analizar las estructuras de la familia ante la problemática de la farmacodependencia ; es ahí donde se centra el interés y el trabajo de esta investigación.

Por lo tanto, el objetivo de esta tesis es **determinar el papel de la figura materna en la personalidad del farmacodependiente así como la importancia que tiene la ausencia de la figura paterna en su relación con la aparición de la farmacodependencia con algún miembro de la familia.**

Para hacer mejor exposición de la investigación he dividido este estudio en seis capítulos:

En el primer capítulo se menciona desde la óptica psicoanalítica el perfil del toxicómano.

En el segundo capítulo se proporcionan elementos para comprender la interacción de la familia en el desarrollo del individuo; así como la participación de los padres dentro de la misma.

En el capítulo tres se ofrece una descripción de los rasgos y características de la familia del farmacodependiente, además se hace referencia de los factores de riesgo que influyen en el individuo.

En el capítulo cuatro se muestra una breve reseña histórica de los orígenes de Centro de Integración y de su participación en la atención-prevención del abuso de drogas.

En el capítulo cinco se describe el procedimiento metodológico y los instrumentos que se emplearon en la investigación.

En el capítulo seis se presentan los casos y los sujetos que aportaron elementos en la investigación, y se concluye con un análisis sobre el tratamiento terapéutico que se realizó con ellos.

Espero que este trabajo motive a reflexionar sobre lo nocivo que es la farmacodependencia y contribuya a mejorar las relaciones entre el farmacodependiente y su familia, a través de planteamientos derivados de la investigación realizada.

CAPÍTULO I

ESTUDIOS PSICOANALÍTICOS DE LA FARMACODEPENDENCIA.

Los estudios psicoanalíticos que versan sobre el origen de la drogadicción se orientan a describir la estructura de la personalidad de estos pacientes. La mayoría de éstas son contribuciones esenciales que ayudan a explicar y comprender la farmacodependencia.

Por tal motivo a continuación se hará mención de las aportaciones del autor Eduardo Vera Ocampo (1988) , ya que retoma la postura freudiana que plantea un análisis de la personalidad del farmacodependiente.

Vera Ocampo parte, para su análisis de las contribuciones de Freud sobre la cocaína. En estos estudios descubrió los efectos de la cocaína sobre el organismo, lo cuál provocaba estado de euforia, debido a las propiedades químicas de esta droga.

Freud sostiene que a las sustancias no sólo se les debe la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior, pues bien se sabe que con la ayuda de las "quita penas", es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación, es decir, que a través de la imposición del principio de realidad, el aparato psíquico del drogadicto se procurará un alivio transitorio que evitará las sensaciones dolorosas de ésta.

Ahora cuando se pretende estudiar la problemática del toxicómano, nos percatamos que hay que distinguir dos momentos:

1. el encuentro con la droga y
2. el desencadenamiento de la toxicomanía

Por lo tanto, el consumo de drogas está asociado con el hecho de que existen motivaciones profundas que llevan a un individuo a experimentar la droga, por lo que es insuficiente explicar el desencadenamiento de la toxicomanía.

Durante la primera etapa se identifica al sujeto que sufre por una espera profunda que el encuentro con la droga sorprende y fascina al sujeto, debido a que calma esa espera de un objeto que él ignora conscientemente. Podría decirse que a través de la droga vive una especie de luna de miel, es decir, la problemática del drogadicto es que su consumo de droga aparece acompañada por un intenso sentimiento de placer y por otra parte la ausencia.

Esta desaparición del placer vinculada con el consumo de drogas ante la repetición que irrumpe bajo la forma de compulsión repetitiva de drogarse. Se diría que el encuentro con la droga se produce bajo el signo del placer, es decir, el desencadenamiento de la farmacodependencia se va a caracterizar por la desaparición del placer ante la repetición.

Hay que tener en cuenta que esta desaparición del placer en la experiencia del drogadicto está vinculada con tres etapas, que son el hábito físico de la droga, la repetición compulsiva de drogarse y lo que, es decir del drogadicto, aparece como lo "horrible" que hay que evitar.

Veamos que pasa con el hábito físico de la droga. Como sabemos la droga es la que aparta del exterior, un placer espaciado desde el interior. Desde la experiencia del drogadicto, esta droga se convierte en un objeto específico, cuya ausencia sumerge al sujeto en un estado físico y psíquico de la

carencia del objeto, es decir, ante la ausencia prolongada del deseo de la droga, el adicto va a experimentar una fuente de sufrimiento.

Es decir, con la droga se convierte en un ser inmune. Sobre todo, la sustancia es vivida como un objeto idealizado, poseedor de todos aquellos elementos gratificantes de los que el sujeto carece.

Por lo tanto, el vínculo entre el toxicómano y la droga permite considerar no solamente el vínculo que se establece con el consumidor, sino que aparece un doble signo de la necesidad y la exclusividad. Necesidad a partir de un sentimiento de vacío, donde la droga aparece como un objeto rellanante que cae en un saco roto. Ante la necesidad se refieren los adictos en incrementar las dosis empleadas, y exclusividad en el sentido de que el drogadicto, al no superarse hacia otra cosa, invalida de entrada toda posibilidad para los demás objetos. La droga se convierte en una fuente exclusiva de placer y así el aparato psíquico del drogadicto procura un alivio transitorio que evitará las sensaciones dolorosas.

Por otro lado, en el vaivén entre el consumo y la abstinencia o carencia de las sustancias, el adicto manifiesta casi siempre quedarse en la falta, falta que se produce en el "debe buscar" más droga para calmarlo, pero dicha falta parece que se hace cada vez más grande, encontrando menos alivio.

Desde el psicoanálisis, el adicto podrá ser el enfermo, la víctima, pero siempre es él, es el sujeto que con su conducta compulsiva, repetitiva, busca continuamente algo que le evite el malestar emocional que padece.

Para sustentar más esta investigación, a continuación señalaré otras causas subyacentes con respecto a las adicciones, las cuales aparecen en la literatura psicoanalítica.

Karl Abraham, discípulo de Freud, profundiza en la economía libidinal, ya que en varios de sus trabajos sobre las conductas psicopatológicas concluyen con que estas son el resultado de las fijaciones o de las regresiones libidinales a fases anteriores del desarrollo psicosexual, en ejemplo de estos trabajos se publican en el artículo que hace referencia al alcoholismo, en el cual subraya la importancia de la etiología de la zona erógena oral (como punto de fijación) y su estrecha relación con la homosexualidad.

Abraham, consideraba todas las adicciones como una protección contra la depresión, la cual era resultado de la introyección de un objeto amado frustrante.

Sandor Radó quien profundizó sobre el tema de la farmacodependencia, expresó que “la droga les proporciona a los adictos un gran organismo alimentario y placentero. La intoxicación por medio de las drogas es considerada como una meta de tipo sexual, lugar a donde se tiene que llegar para obtener un alto grado de placer”. (Bilbao Fernando Marcos. p. 8) para otros psicoanalistas, la drogadicción constituye una forma de psicosis, de ahí la necesidad de contener los impulsos agresivos, los cuales son muy intensos, amenazan la integridad del YO.

Así mismo, los adictos utilizan las sustancias tóxicas para deshacer el vínculo simbiótico original que mantienen con sus madres, otros lo hacen para restaurar la forma mágica del estado de gratificación, mientras que a su vez ayudan a protegerse de los estímulos penosos, tanto internos como externos, los cuales sirven como una forma de rebelión contra la autoridad familiar.

Los autores Kleinianos como Glover centran su atención en conceptos como la oralidad y la fragilidad narcisista, los define como factores constitucionales, debido a la importancia de la relación entre madre-hijo.

En cambio, Rosenfeld afirma que "el sujeto adicto intenta una fuga del dolor, la depresión y lo persecutorio, por haber experimentado un vínculo demasiado frustrante con la madre en períodos muy tempranos del desarrollo. Así podría decirse que la droga protege al YO en su conflictiva con el ELLO para huir de la realidad, librarse de la ansiedad depresiva y de los sentimientos de culpa.

También coincide con la droga. Él se convierte en un ser inmune superdotado. La sustancia es vivida como objeto idealizado, poseedor de todos aquellos elementos gratificantes de los que el sujeto carece, pero justamente por ser idealizada se comporta luego de una manera persecutoria que reitera cada vez más la frustración.

Se puede mencionar que estos autores vinculan la toxicomanía con los estados de la psicosis y neurosis.

Retomando a Melanie Klein, citada por Bowlby su obra se centra en la oralidad, alimento y pecho materno. Esta autora parte de la relación con el pecho (amado-odio, bueno-malo), y considera el primer vínculo que se establece entre el bebé y la madre. Klein cita <<el recién nacido siempre inconscientemente que existe un objeto de singular bondad del cuál podrá abstenerse un máximo de gratificación, ese objeto es el pecho de la madre>> (Bowlby. J. 1997, p. 395).

Olievenstein considera que la personalidad de los toxicodependientes está relacionada con la personalidad narcisista o borderline. A diferencia de las teorías de Lacan y de Winnicott, quienes coinciden en que el toxicodependiente, para superar la fase del desarrollo infantil, definida como la fase del espejo, existe un momento, en los primeros años de vida en el que el niño comienza a salir de la situación de simbiosis fusional con la madre (en la que no existe ninguna diferenciación entre el yo del niño y el de

la madre) para percatarse de su existencia autónoma separada de la materna. Es una experiencia análoga al ver la propia imagen en el espejo, el espejo envía una definición precisa de la propia imagen, como si fuera observada por otra persona.

Estos autores aclaran que la función de la sustancia –droga es situarse precisamente allí en el lugar y en el punto de la fractura del espejo, anulando este movimiento y permitiendo un temporal restablecimiento de la propia integridad; en él retorna al momento anterior a la fase del espejo, el cual es el momento de la fusión indistinta con el YO interno.

Bergert cita <<en el toxicómano el deseo se reduce a una simple necesidad, no entre en el campo de lo imaginario, sino que se satisface a través del comportamiento y esto es por dos razones estrechamente concretas, en su desarrollo el sujeto ha registrado unas desilusiones precoces, continuas y repetidas dentro de las relaciones primitivas y fundamentales>> (Bélen Charro y otros, 1999, p. 40)

Kernberg identifica a los toxicómanos con la estructura psicopatológica de los estados límite, por lo que subraya que la fase crítica en la que se produce este tipo de situación es la descrita por Mahler como fase de la separación – individualización.

E. Kalina cita <<la drogadicción es siempre una conducta psicótica, que tiene la estructura de un estado delirante, es decir, de desvarío de la propia personalidad>> (Bilbao Marcos y Mario Alberto Castillo Balcázar. 2002. p. 7)

La conclusión que se saca de estos autores es la de considerar que el origen y la naturaleza de la adicción no residen, en consecuencia en el efecto químico de la droga, sino en la estructura psicológica de la personalidad del usuario. En síntesis, la madre tiene un papel importante dentro de la personalidad del drogadicto, ya que, por su estructura psíquica y por sus

fijaciones narcisistas, no puede responder empáticamente a los deseos y necesidades del hijo. Entonces, cuando el drogadicto no ha tenido una relación armónica con el objeto madre, su relación con su mundo interno se ve distorsionado; por lo tanto, se perturba su capacidad para percibirse a sí mismo y a los demás.

Retomando lo anterior se puede apreciar que el farmacodependiente con antecedentes de privación afectiva, en sus años claves de la infancia, provoca un intenso sentimiento de inferioridad y minusvalía, con disminución de la autoconfianza y autoestima. Como consecuencia de lo anterior, desarrolla mecanismos de defensa psicológicos de sobrecompensación que lo lleva a un egocentrismo neurótico y a la necesidad de llamar la atención, por eso recurren al alcohol y a las drogas, ya que estas le permiten compensar todas sus carencias mientras esta bajo la influencia de los efectos de los estupefacientes. Es decir, son individuos con una identidad empobrecida que desarrollan valores y creencias no autónomas en ello se aprecia una escasa o nula motivación para estabilizar la identidad propia y la independencia de los progenitores.

El farmacodependiente es alguien que ha fracasado en el proceso de crecimiento y de separación de los padres, de ahí que sus procesos de comunicación estén ampliamente perturbados, con una precaria diferenciación con el resto del mundo, llevándolo implícitamente a la falta de autonomía.

También existe un sentimiento de culpa a causa del resentimiento que tiene hacia la vida y hacia los padres, acompañado de un sentimiento de inferioridad debido a su pasividad y dependencia. Es aquí donde el adicto a través de la droga, buscará curar su autoestima lastimada, combate su timidez, tiene la impresión de que lo estimula y le da otra personalidad, ya que cuando se encuentra en un estado de ansiedad o de depresión la droga

es considerada como una anestesia, un relajante, que le proporciona tranquilidad y una alegría ficticia. Así pues, los sujetos cuya personalidad es farmacodependiente presentan una marcada infelicidad y una serie de conflictos en su historia familiar, hace suponer que nunca se sintieron queridos durante su infancia, por lo que son una carga para sus padres.

Sin embargo, dentro de la dinámica familiar, la función del drogadicto impone a los padres la necesidad constante de tomar decisiones de crisis, manteniendo así una seudoestabilidad entre los miembros que en realidad no existe.

En este caso el adicto sostiene su lugar de enfermo, ya que la salud del resto del grupo familiar gira en torno a él, por lo que la familia lucha de una forma inconsciente y de manera interaccional por conservar los lugares asignados. Sin duda alguna la interacción familiar y su supervivencia surgirá a partir de que el adicto se convierte en una parte integrante de los mecanismos reguladores de la familia.

Cuando en las familias de los pacientes farmacodependientes coexisten deficiencias en los roles de los padres y en las funciones de éstos, ejercen una profunda influencia en sus miembros, de ahí que dichas familias proporcionen un pobre refugio emocional. No obstante, la familia asume el rol de víctima propiciatoria, donde se convierten en el vínculo para mantener unida a la familia. En caso de la farmacodependencia, la problemática es utilizada como una excusa de la infelicidad de la familia. Así cuando la familia tiene un integrante con una enfermedad como la farmacodependencia, puede considerarse como un mensaje del grupo familiar.

Cuando la familia descubre que alguno de sus miembros utiliza drogas, la primera reacción es tratar de negar esta conducta e inmediatamente culpar a los amigos, es para ellos tan vergonzoso el hecho de tener un hijo

farmacodependiente que utilizarán formulas distintas, no sólo para negarlo, sino para obligar al individuo a dejar el vicio.

Para este momento, la angustia e impotencia invade a los familiares e inician un intercambio de reproches y acusaciones que recorren al conjunto familiar en su totalidad tanto el farmacodependiente como su familia se ven envueltos en un juego de víctimas y victimados en el cual la culpa y el chantaje se manejan en ambos sentidos. Se acusan de cómo el farmacodependiente lesiona los intereses familiares y como hace sufrir a los padres además de que los agrede, probablemente, el adicto acusa a sus familiares de falta de comprensión, de afecto y de respeto como individuo, con lo que el dolor, el coraje y la frustración aumentan en la misma medida en que se incrementa la incomunicación, la ingestión de drogas y la importancia para encontrar una solución positiva al problema.

Para redondear la visión de la familia, nos falta plantear el papel que juegan los hermanos alrededor del farmacodependiente. Si ya tenemos un mal hijo vicioso, que avergüenza al grupo familiar, irresponsable que solo ocasiona problemas", los hermanos vendrán a cumplir las conductas contrarias para no ver venir los reproches, culpas y castigos que recibe el farmacodependiente y serán entonces buenos hijos, buenos estudiantes, responsables, comedidos, el ejemplo para el adicto, etc., tratarán de restaurar el equilibrio familiar dejando ocultos sus propios problemas y conductas antisociales, que tal vez aparezcan después y en otras circunstancias, pues en este momento el adicto esta actuando como causante de la situación que se vive en la casa.

Esto quiere decir, que no importan los fuertes conflictos que pongan a la pareja al borde de la ruptura, ni los problemas vitales que afrontan los hijos, la familia tiene un farmacodependiente por el cual preocuparse. Por

consiguiente, la atención se desvía de lo que realmente ha causado la farmacodependencia.

Por lo tanto el adicto puede convertirse entonces en el chivo expiatorio en aquel que debe pagar a través de su propia destrucción, la imposibilidad del núcleo familiar para manejar los aspectos negativos que la están dañando.

En base a lo anterior, desde una perspectiva clínica, se observa lo siguiente:

- La farmacodependencia es la manifestación de una patología mental subyacente y de la incapacidad para manejar los propios procesos mentales y la angustia.
- Se refleja como la construcción de una realidad diferente y placentera para contrarrestar la dolorosa situación real del individuo o el vacío que su vida genera.
- Se ha visto que el farmacodependiente es un sujeto invadido de sentimientos de desamparo y abandono, de ahí que en la droga busca mitigar su dolor y soledad sea cual fuere el precio que deba pagar.
- Son sujetos que poseen una debilidad yoica, aunada a una inestabilidad propia de sí mismo, lo que constituye ser una población vulnerable, que tiende a caer en las drogas.
- La inmadurez en el desarrollo lleva al individuo a establecer relaciones simbióticas a manera de reflejo de las carencias experimentadas en el pasado. De igual forma, el farmacodependiente se vincula simbióticamente con la sustancia que consume.

Tomando en cuenta los puntos expuestos, se puede decir que para el drogadicto la droga es una posibilidad que se le ofrece desde su mundo

exterior. Sin embargo, es el que elige y llega a representar o significar algo específico para cada individuo, ya que estará en función de su propia historia personal. Sin embargo, es un hecho visible para la familia que con un adicto le resulte un juego interminable donde tiene que ajustarse a las circunstancias y a las reglas, las cuales están en un constante cambio, donde no hay nada seguro ni nada predecible, por lo tanto, la vida se convierte en una incertidumbre constante.

CAPÍTULO II

LA INTERACCIÓN FAMILIAR Y EL DESARROLLO DEL INDIVIDUO

2.1 LA FAMILIA: DEFINICIONES Y FUNCIONES:

La familia es la unidad básica en el desarrollo del individuo, en ella se realiza la convivencia que posibilita que las familias cumplan con las funciones de educar y fomentar los valores sociales, así mismo dentro del núcleo familiar conviven distintas personas con características físicas, emocionales y sociales diferentes. Lo físico se requiere a toda aquella relación con el cuerpo, lo emocional tiene que ver con la manera de reaccionar ante diversas situaciones y lo social está constituido por todos los contactos que se tienen con otros seres humanos.

De acuerdo con las características y la forma de relacionarse cada uno de los integrantes adquieren un rol diferente. La familia está en constante proceso de cambio, entre los cuales sufren desequilibrios en su estabilidad, provocados por los problemas de desajuste funcional que sus integrantes experimentan en sus relaciones entre sí. Algunos de los problemas familiares que se pueden identificar son:

- Cambios de tareas y de posición de la mujer.
- Crisis de desintegración conyugal.
- Problemas de conflicto generacional de la familia.
- Crisis de pobreza en los niveles de vida familiar.
- Crisis de la moral y de los valores familiares.

En base a lo anterior considero de interés exponer algunas aportaciones sobre la importancia de la familia desde diferentes expectativas:

Ackerman realiza un análisis de las relaciones familiares y las define como una entidad básica de desarrollo, de experiencias, de realización y fracaso. Así mismo considera que la familia al encontrarse dentro de un ambiente social que represente "peligro", puede hacer que el grupo familiar se desintegre. Menciona que el objetivo en la familia es la unión e individualización, así mismo el cuidado de los niños, el cultivo del lazo afectivo y de la identidad, procurando satisfacer sus necesidades, las cuales son recíprocas incluyendo el rol sexual, el desarrollo y la realización creativa de sus miembros.

Para Ackerman la familia debe cumplir dos funciones: asegurar la supervivencia de los miembros familiares de manera física y así plasmar la integridad del ser humano. Se puede afirmar que la familia ha tenido éxito o ha fracasado. Será adaptativa si es capaz de cumplir y armonizar cada una de las funciones esenciales en forma apropiada a la identidad y tendencias de cada uno de sus miembros; es inadaptativa si sufre la pérdida de cualquiera de sus miembros, o bien se ve distanciada y no cumple las funciones indispensables para su continuidad.

En cambio, Berenstein (1978) se basa en la estructura de las relaciones familiares y considera a la familia como sistema estable. Concibe a la familia como la suma de sus miembros, donde todos ellos forman parte de un sistema que constantemente sufre modificaciones.

En cambio, la perspectiva Estrada J. (1993) señala que dentro de la familia nuclear los integrantes de ella ejercen un peso significativo en cada uno de los mismos, como un sistema donde se incluyen tres subsistemas principales:

- a) sub-sistema marital (pareja)
- b) sub-sistema padres-hijos
- c) sub-sistema hermanos

Para Minuchin (1999) es un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior.

Describe a la familia como un grupo que cambia en forma paralela con la sociedad, agregando que como respuesta a las necesidades de las necesidades de la cultura cumpla las funciones como la de proteger y socializar a sus miembros.

En el proceso de socialización, la familia al moldear la conducta del niño también moldea el sentido de identidad. El sentido de pertenencia se desarrolla al irse acomodando a los grupos familiares; al ir asumiendo los roles de la estructura familiar. El sentido de identidad se encuentra influido por el sentido de pertenencia. Respecto al sentido de separación e individualización; Minuchin dice que sólo se logra participando en diferentes subsistemas familiares, diferentes contextos familiares, así como también participando en grupos extrafamiliares.

Una estructura familiar desempeña sus funciones a través de subsistemas, cada miembro de la familia pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferentes. Los subsistemas son:

El subsistema conyugal: se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención de constituir una familia, la cual posee tareas o funciones específicas vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas

son la complementaridad y la acomodación mutua, es decir, deben desarrollar pautas de complementaridad donde permitan a cada esposo ceder. En el proceso de acomodación mutua los cónyuges pueden actualizar aspectos creativos de sus pautas que permanecían latentes y mejorar los rasgos de cada uno.

El subsistema parental: se constituye cuando nace el primer hijo. Se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. Dentro del subsistema parental se debe desempeñar la tarea de socializar al hijo sin renunciar al mutuo apoyo. Así mismo se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres.

El subsistema de hermanos: constituye el primer grupo de iguales. Los hermanos apoyándose entre sí, elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar, competir, promoviendo un sentimiento de pertenencia como también de individualidad.

2. 2. LA FAMILIA COMO FORMADORA DE ROLES.

La familia, al ser la mínima expresión grupal de la sociedad, cumple con ciertos roles y pautas de comportamiento. Estos roles los otorga desde el nacimiento del niño y cabe señalar que el punto importante para la adjudicación de un rol u otro, es el sexo de nacimiento, ya que el trato será distinto para niño y para niña y se reflejará desde la forma de vestirlos, acariciarlos, amamantarlos, hablarles, etc.

Más tarde, con el crecimiento del niño, la imitación diferida jugará un papel básico en el comportamiento del futuro adulto; puesto que tanto el niño como la niña empiezan a discriminar modelos y a reforzar aquellos que consideran deseables, no sólo de su familia, sino también de los amigos, la escuela, los medios de comunicación masivos, etc.

El rol que desempeñan los padres es fundamental para que el niño adquiera su identidad y desempeñe también un rol.

Otro problema que la familia enfrenta es cuando existe dificultad para jerarquizar y la confusión de roles. A menudo los padres muestran dificultad para llevar a cabo el correcto desarrollo de los hijos, por ejemplo, conceden excesiva importancia a aspectos externos, como el estilo de ropa, corte de pelo, elevándose el rango de factores prioritarios a la vez descuidan o evitan el apoyo de valores tales como la honestidad, comprensión, bondad y la generosidad. Para que el funcionamiento familiar sea el adecuado los límites deben de ser claros, deben definirse con precisión para permitir a los miembros el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros.

Así Muchin (1973) afirma que la claridad de los límites de una familia constituyen el parámetro para la evaluación de su funcionamiento. Existen

límites rígidos donde la comunicación entre los subsistemas es difícil perjudicándose las funciones protectoras de la familia, promoviendo el desligamiento. También existe la posición contraria en la cual los límites son difusos ya que la familia incrementa la comunicación y la preocupación entre los miembros. Con esto se disminuye la distancia entre los límites hasta esfumarse y la diferencia del sistema familiar hace difusa, en este caso se habla de aglutinamiento.

Estos dos extremos señalan una posible patología, existiendo entre éstos un aspecto normal al cual se le denomina límites claros, donde el funcionamiento familiar es adecuado.

La mayor parte de las familias poseen subsistemas aglutinados y desligados, por ejemplo un sistema de madre e hijo sumamente aglutinado puede excluir al padre convirtiéndolo en desligado. El seno familiar representa una función importante en el desarrollo social y de la identidad del individuo a través de ella se aprenden los valores y normas de comportamiento que se consideran adecuados. A medida que crece el individuo refleja este aprendizaje en sus relaciones con la sociedad, más tarde formará su propia familia y recomenzará el ciclo. Así mismo la estabilidad de la familia y de sus miembros dependen del equilibrio e intercambio emocional donde cada uno de ellos influye en la conducta de los demás. Por lo tanto el tipo de relación que se establezca dentro de la misma dependerá de la calidad afectiva, la jerarquía de autoridad y del espacio psicológico que ocupa cada miembro. De no funcionar puede propiciar en el niño desórdenes de personalidad que pueden conducirlo a la inadaptación social e incluso a graves estados patológicos.

2.1- LA FIGURA MATERNA

La importancia de la paternidad-maternidad está encaminada a la participación del desarrollo y al mejoramiento del niño, ya que uno de los objetivos de la maternidad-paternidad es el de proveer las necesidades físicas y afectivas. Sin embargo, a través de la familia se transmite al niño costumbres, normas, valores, derechos, obligaciones y formas de relacionarse.

No obstante, la palabra familia se asocia con los significados positivos que enlazan las relaciones de poder y autoridad. Es en ella donde se reúnen y se integran los recursos para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros.

Es por eso que en el seno familiar es donde se forma el niño, donde aprende y asimila valores, creencias sobre el respeto, la responsabilidad, el cariño y la honradez, entre otros. Es así que a través de la familia el niño aprende quién es él.

Lo anterior dependerá de las características y la forma de relacionarse cada uno de los integrantes de la familia, por tal motivo, las funciones de los padres son muy importantes dentro del desarrollo del niño.

Con respecto a la figura materna, se ha visto que juega un papel decisivo en el desarrollo del niño pues es la figura central en la unidad familiar. De ella reciben durante los primeros años de vida cariño, calor, alimento y afecto, ya que generalmente pasa más tiempo con ella.

La función de la madre varía dependiendo de las relaciones sociales, ideológicas y culturales en que se encuentre; sin embargo, algunos autores han señalado la importancia del papel de la madre en el desarrollo tanto físico como emocional del niño durante los primeros años de vida. En este

sentido fue el psicoanálisis el que reveló la importancia de los primeros años de vida en la formación de la personalidad.

Por citar sólo una de estas aportaciones, nos referimos brevemente al estudio del proceso de separación-individualización, realizado por Margaret Mahler, donde estudia al niño en su interacción con su madre, citado por las autoras Esther y Flora (1991), Mahler distingue dos subfases:

- ❖ **Fase autismo normal**
- ❖ **Fase simbiótico y**
- ❖ **Fase separación-individualización**

Fase autismo normal.- Corresponde a las primeras semanas de vida, en el transcurso de las cuales el niño está en una situación de dependencia absoluta de la madre

Fase simbiosis normal.- A partir de la décima semana, el niño sonríe espontáneamente a su madre, lo que indica que ha establecido un contacto emocional. El niño percibe a su madre como parte de sí mismo y se percibe a sí mismo como parte de ella.

Fase de separación-individualización.- Comienza a los 9 - 11 meses al iniciarse el proceso de diferenciación entre sí mismo y el objeto; concluye a los 2 años y medio. Se caracteriza por la actividad exteroceptiva reemplaza gradualmente en el niño a las preocupaciones internas gracias a las experiencias de gratificación, las dos formas de investimento externo e interno coexisten con la condición de que haya habido un sólido anclaje en la fase simbiótica. A partir de allí se produce una estructura de diferenciación y una extensión fuera de ésta. El niño desarrolla su concepto de sí mismo al aprender a caminar, el investimento se retira de la esfera simbiótica para desplazarse a los aparatos autónomos de sí mismo. Cuanto más se haya

perfeccionado la simbiosis con la conducta de sostén de la madre, mejor habrá preparado al niño para salir gradualmente de la simbiosis y más lo capacitará para diferenciar las representaciones de sí mismo. Al comienzo de la autonomía corresponden amenazas de pérdida del objeto. En cambio la madre la confronta con su narcisismo, con su pérdida de poder, ya que en el transcurso del segundo año proseguirá la maduración del Yo.

Meissner, citado por las autoras anteriormente mencionadas, retoma las aportaciones de Freud sobre el papel teórico de las relaciones objetales, donde las primeras introyecciones comienzan a formarse en el mundo exterior y el sentido del YO del bebé, las cuales son promovidas por el proceso de separación de la unión simbiótica con la madre. Es decir, a medida de que el bebé consigue saldar con éxito y seguridad tal proceso, se afirma progresivamente como ser independiente. La madre deberá ser capaz de tolerar la separación del hijo reconociendo, aceptando y respondiendo de forma clara y positiva, ya que si falla este proceso surgirán dificultades en ambos. Mientras que el hijo se verá abocado a una excesiva dependencia donde manifestará la pérdida y ansiedad excesiva en el momento de salir de la protectora órbita simbiótica. A su vez la madre presentará una ansiedad excesiva por la pérdida de la unidad simbiótica, sobreprotección y rechazo anormal de la dependencia del hijo.

Helm Stierlin cita <<la simbiosis tiene lugar entre la madre y el hijo, los dos miembros de esta relación son imprescindibles entre sí, para la satisfacción de necesidades vitales, el hijo llena y la necesita>> ... (Stierlin. H., 1979.p.54)

Ackerman retoma a Freud intenta dar una concepción acerca de los estereotipos y roles familiares.

Bowlby afirma que <<la madre por experiencia es aquella que satisface todas las necesidades sin demanda, la situación que considera peligrosa, es

la falta de satisfacción; ya que la esencia real del peligro es cuando el pequeño teme a la pérdida de la madre y, por consiguiente, debe desplazarse a otro objeto externo>> (Bowlby J., 1997,p.389). Sin embargo la crianza transcurre en un clima de sobreprotección maternal, la cual ya ejercer el rol en forma confusa, por lo que es una madre narcisista con núcleos depresivos que no provee las condiciones para el establecimiento de una simbiosis, donde la madre, al ser sobreestimuladora, con conductas de sobreprotección y de sobregratificación, no permite la formación del niño.

2. 2. LA SOBREPOTECCIÓN MATERNA

Casinato Mario afirma "la sobreprotección se manifiesta en un contacto excesivo entre madre e hijo"... (Casinato Mario, 1992, p. 118)

Benedek parte del vínculo emocional que existe entre la madre e hijo. A esta relación le adjudica el término simbiosis emocional. El objeto madre, a medida que establece una relación empática, aporta en su relación madre e hijo la dependencia, por lo que, cuando la madre tiene su propia estructura psíquica y fijaciones narcisistas, no responderá empáticamente a los deseos y necesidades del niño, el self de éste se va ir conformando desvalido, con sentimientos de vacío, amenaza de fragmentación y desintegración, por lo que en el futuro generará una dependencia patológica adictiva, debido a que dichas madres no pueden o no saben ejercer su rol, suelen ser inmaduras y con una baja autoestima.

Bleger cita: "la relación de dependencia en la simbiosis se caracteriza por una dependencia grupal en la que reconocer roles fijos y complementarios, pero la indiferenciación de los depositarios de estos roles pueden rotar o alterar". (Bleger, J. 1984. p.42)

Por lo tanto, la superación de la sobreprotección depende de la imagen de sí y de la estabilidad de la identidad personal. Desde el punto de vista de Barchetti, el adicto, al momento de instalarse en las drogas, pretende buscar a través de ellas una sustitución de la relación imaginaria de la madre ideal ya que pretende recuperar a partir de la experiencia el goce artificial.

De ahí la dependencia hacia la droga la cual provoca que el drogadicto se confronte con la dificultad o bien de sobrellevar el conflicto debido a que el drogadicto es un sujeto incapaz de postergar la demanda.

Juan Alberto Yaria afirma que .."el síntoma de la farmacodependencia es una forma de reunión familiar, ya que el adicto se convierte en el depositario de la estructura familiar y a su vez la sobreprotección del síntoma, el farmacodependiente su papel es de estabilizar patológicamente al grupo familiar" .. (Yaria Alberto,1988). Consecuentemente, al haber sufrido la falta de empatía de la madre, no ha podido desarrollar esta función para ejercerla consigo mismo o con los demás. Asimismo pensamos que cuando el farmacodependiente no ha podido resolver esta etapa simbiótica recurre a la farmacodependencia, ya que el farmacodependiente ha quedado atrapado en esta posición.

De tal manera que en los estudios realizados con adictos, las madres de estos pacientes son descritas, a menudo, como sobreprotectoras e incapaces de conceder independencia a los hijos. Es decir, la madre sobreprotectora enmascara y compensa un fuerte rechazo del hijo, ya que los motivos pueden ser diversos, desde una enfermedad grave, un accidente o una deformación física, por lo que las madres tienden a protegerlo considerándolo el más débil y el más dependiente.

Por lo tanto la función de la madre es la de brindar afecto y protección, indispensables en el desarrollo emocional, ya que a través del afecto y de la seguridad se fomenta la confianza recíproca en la relación.

2. 3. LA FIGURA PATERNA.

En el apartado anterior se revisaron algunos aspectos de la importancia de la figura materna en el desarrollo del niño, en esta parte se hablará de la relación padre-hijo y de la ausencia del padre.

Tradicionalmente la figura paterna ha tenido un papel menor en el desarrollo del niño durante sus primeros años, por lo tanto es considerado como figuras lejanas durante el desarrollo.

Por lo general, el papel del padre es considerado como el proveedor secundario del cuidado. Tanto el padre como la madre tienen funciones complementarias en la relación con sus hijos, pero estas son determinadas en parte por el papel de cada padre en la familia, es así que el padre llega a sentirse como tal, por un conocimiento no tan cálido como el de la madre, es decir, tiene que convivir con el hijo para que el hombre se sienta padre. Sin embargo, varios autores que a continuación se citan, han demostrado la importancia de la figura paterna sobre la estructura personal del hijo, durante los primeros años de vida.

Lidz, Fleck y Cornelison realizaron estudios con familias esquizofrénicas, comprobando el impacto del padre sobre el desarrollo del hijo, ya que representa la primera figura que se entromete en la relación entre madre e hijo.

Estos autores mencionan que "para madurar", el hijo necesita un sentido de mutualidad con el padre o la madre" (Casito, Mario, 1992. p.114)

Para Ackerman el papel de la figura del padre se debe a los modelos culturales, los cuales empujan al aislamiento y a la alineación de los valores y de las mujeres.

Abelin considera que no se le ha analizado lo suficiente el impacto de la figura paterna dentro del proceso evolutivo del hijo, ya que, la función del padre en el desarrollo del niño, es no sólo cubrir sus necesidades básicas, sino que es el intermediario para separar el vínculo simbiótico entre el niño y la madre, el cual se da durante los primeros años. Ante este triángulo, no sólo se exige al niño interiorizar la relación con el padre y con la madre por separado, sino que también son imágenes significativas para el hijo.

Regularmente al padre no se le atribuye tanta responsabilidad en la educación de los hijos, algunas de las funciones que tradicionalmente se le asignan al padre son de brindar protección a la familia, de poner límites y normas dentro del funcionamiento familiar, de apoyar la integración del desarrollo emocional y de la salud psicológica de los hijos; por último la de cuidar que dentro del desarrollo de los hijos exista un buen autoconcepto y autoestima.

En efecto, los padres son los encargados de transmitir a sus hijos normas sociales, costumbres, formas de vida, estilos de comunicación, hábitos, mecanismos de solución de conflictos, etc., a través de los cuales los niños se van adaptado a la sociedad.

Entonces, cuando surge una crisis familiar, ésta puede ser motivada por la desaparición del principio paterno como eje y centro de la dinámica de las relaciones familiares, por lo que algunas causas que contribuyen a la aparición de este fenómeno son la ausencia prolongada de la figura paterna dentro de la convivencia familiar, la dificultad del contacto mínimo entre el padre e hijo, para dar cauce cuando existe la sensación de que el padre es un ser cada vez más extraño en la vida personal del hijo. Es decir, la figura paterna vive como un hombre de fuga que cada vez ha ido perdiendo el liderazgo y autoridad familiar ya que, por lo general, el padre del farmacodependiente es considerado como ausente o no presente.

A continuación se menciona la tesis publicada en la facultad de psicología de la U.N.A.M. con el objetivo de ampliar lo anterior mencionado.

En la tesis de Licenciatura de Monroy Ahumanda Ofelia, quien analizó la participación del padre ausente o periférico y la influencia que ejerce en el desarrollo del niño, toma en cuenta los aspectos de las funciones maternas y paternas, donde a la madre la considera como la vigilante y guiadora del hijo, en tanto el padre es considerado como el menos importante, por lo que el niño necesita de contar con la figura paterna como una imagen protectora para su integración. Es así que el padre debe siempre estar en una situación de ejemplo y modelo; es en ello donde radica la función del padre. Es así que la influencia del padre en el niño se ve reflejada en la integración del chico, la cual va siendo cada vez más activa, hasta llegar al establecimiento de la autosuficiencia. Es un trabajo interesante e instructivo que me aportó conceptos y resultados que he tomado en cuenta en la elaboración de este trabajo.

Sin embargo, ante la falta del padre, el niño buscará instintivamente el apoyo masculino. Casi siempre lo encuentra en la persona de algún pariente cercano que lo acoja con comprensión. Por lo tanto, éstas imágenes paternas suelen ser muy valiosas en la vida del niño, pero solo representan sustitutos. Es así que el niño debe ver a su padre junto a su madre y ésta a su vez necesita de la solidaridad del esposo para la total integración de su hijo.

Es decir; en la relación del padre con el hijo se incluye una serie de aspectos a considerar, con la finalidad de llevarse a cabo. El primero es en su ámbito de influencia, que es amplio como en la misma conducta humana; su importancia se pone en evidencia cada vez en las perturbaciones de la afectividad y en sus repercusiones sobre su sexualidad. Es entonces que el

padre es el encargado de realizar esta tarea de tanta importancia y de repercusiones sobre el equilibrio del comportamiento.

El niño no sólo ha de identificarse con el padre, sino que en él debe encontrar un modelo a imitar apropiado que le permitirá comparar sus propias características con las que se ven reflejadas en la figura del padre. Por lo que mientras más contacto cercano tenga el niño, con el padre, le permitirá reforzar la posesión de tales cualidades, para que cuando este en la presencia de otros modelos que aparezcan, comience las influencias de identificación secundaria de su entorno y no se vea amenazada la permanencia de lo introyectado de la figura paterna. En cambio, si sólo hubiera como identificación una figura paterna y no se apareciese como modelo de masculinidad y como tal percibido por el hijo, sería imposible constituir su personalidad y su identidad consigo mismo, ya que la identificación con los modelos sexuales propios del sexo al que se pertenece dependen de que haya existido un mínimo de identificación con la figura parental del propio sexo.

Es importante destacar que la personalidad del padre influye determinadamente en la conducta del hijo.

Lacan; citado por el autor Noberto, hace referencia a la función del padre como el mediador de la relación entre la madre y el niño. Esta función paterna se interpone en la relación diática imaginaria que se verifica entre el bebé y la madre la denominó castración. Ese mismo autor señala que<<para poder ser tercero y mediatizar el vínculo diático, el padre debe de transmitir la ley, hecho de que sea el portador del nombre, es el padre quien nombra al hijo y en ese acto se simboliza que es el poseedor del falo y de la ley>> (Noberto. M. B. Leibennan. 1999,p.181)

Por lo que se distinguen dos configuraciones: la primera es el padre ausente y la otra la de un padre maternalizado; este último no sólo en su aceptación del padre dentro de la familia, sino que también como significativo dentro de la sociedad.

Sin embargo, al hablar del arquetipo del padre para que funcione es necesario que se encarne en el exterior y que se humanice en una figura masculina real que en la mayoría puede ser el padre biológico, el padre adoptivo o cualquier figura masculina, ya sea real o imaginaria, que el niño elegirá en su ambiente.

Además, dentro de la interacción padre-hijo, existen diversas etapas por las cuales atraviesan:

Etapa de la madre.- Sabemos que durante los primeros años de la vida, la figura significativa es la madre como la proveedora de las satisfacciones físicas y emocionales, la tarea fundamental del padre en esta etapa va a ser de dar apoyo emocional a la madre desde el inicio del embarazo.

Etapa Edípica.- Sucede entre los 3 y los 5 años de edad. La participación del padre es fundamental para el desarrollo del niño o niña, ya que el hecho característico es la atracción física del niño hacia su madre y de la niña hacia su padre, por lo tanto la resolución de estas situaciones es de gran importancia.

Etapa de transición y revelo.- En el período escolar se da un proceso de transición en el que disminuye la importancia de la madre en la vida de los hijos e hijas y surge la necesidad de que se haga presente la figura paterna.

Etapa del padre.- Es el momento en que el padre se hace cargo por completo de todos los aspectos formativos de sus hijos, convirtiéndose en un modelo masculino para el hijo y en un objeto masculino para la hija, en el

sentido de señalar al primero ser hombre y a la segunda relacionarse con lo masculino, por lo que la madre, durante este período, deja de intervenir directamente en la vida de sus hijos e hijas y participará solamente como modelo femenino para con la hija y como medio para con el hijo, para que éste conozca aspectos de lo femenino.

Por eso, en la familia son de suma importancia los roles básicos que desempeñan tanto la madre como el padre, no hay que olvidar que la familia es la célula del cuerpo social, de la organización, donde se va determinando el modelo de cada sociedad; a través de ella ofrece y provee la posibilidad de experiencias psicológicas significativas y trascendentes.

Por lo tanto la forma en que un adulto se relaciona con las figuras de autoridad parte de las relaciones que tuvo con su padre y madre. Es de suma importancia la intervención de las mismas dentro del desarrollo del niño, ya que ante la intervención inadecuada del padre, así como la falta de la interacción de la madre pueden traer como consecuencias severos problemas que se manifestarán en las diferentes edades.

2.4- ADOLESCENCIA Y CRISIS FAMILIAR

Ya vimos la importancia de la familia en el desarrollo del individuo y de los roles que desempeñan tanto la madre como el padre; ahora, bien, como se observa, existen diferentes momentos por los que atraviesa una familia en el transcurso de su vida.

Cuando el hijo pasa de la pubertad a la adolescencia, los padres enfrentan la dificultad para aceptar los cambios corporales, físicos y psicológicos que se producen en este período que lleva a una nueva relación con los padres y con el mundo.

El significado de la adolescencia se deriva de la palabra del latín .."adolescere"..que significa crecer, es una etapa de cambios físicos, intelectuales y emocionales que corresponden a la edad de transición entre la niñez y la vida adulta.

Por eso es importante no perder de vista esta etapa, debido a que es posible encontrar adolescentes para quienes el período que están viviendo constituye un auténtico drama por la oposición radical que encuentran en los adultos a sus fines de autonomía; en cambio, para otros es una de las épocas más felices de su vida, pues adquieren un grado de independencia y de comunicación con los adultos que hasta entonces no tenían.

Esta concepción puede resumirse en dos posturas, una que constituye la posición con base psicológica que representa a la adolescencia como una época de desajustes y desequilibrios, mientras que la otra es de carácter sociológico, que la conceptúa como una fase de adaptación a ciertas pautas y valores sociales propios de la vida adulta.

Como primera postura, el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad. En este período manifiesta desinterés, apatía, conflictos

afectivos, crisis religiosas, desubicación temporal, así como constantes cambios de humor y del estado de ánimo y separación progresiva de los padres. Es un período de contradicciones, confusiones, caracterizadas por fricciones con el medio familiar y social.

La segunda postura proviene de los planteamientos realizados por el psicoanálisis. Bajo su punto de vista, la adolescencia es considerada como una etapa de angustia y tensión, por ello es propensa a los desajustes psicológicos. La causa de este estado se encuentra en el hecho de que la adolescencia es la época del desarrollo de la fisiología sexual, que se caracteriza por la primicia del erotismo genital; esto conlleva, por un lado, a que pase por un proceso de regresión, en la medida en que se están reviviendo los conflictos edípicos infantiles y, por otro lado, a que la forma de enfrentarse con esta involución sea mediante la necesidad de resolverlos con una mayor independencia de los progenitores y un cambio en los lazos afectivos. Estos cambios producen un desplazamiento de la tutela y de la relación con los padres y se comienzan a buscar nuevos objetivos amorosos en los compañeros y compañeras o en otros adultos. Sin embargo, durante esta etapa es considerada por algunos autores como época de latencia, debida sobre todo a la resolución de los conflictos edípicos, al descubrimiento de la importancia de adaptarse a las normas sociales ya los cambios corporales que se producen de forma pausada.

Como hemos visto con anterioridad; es una etapa de desequilibrio y de tensiones, debido a que el adolescente se enfrenta a la realidad del mundo del adulto, ya que al sentirse atacado, enjuiciado, molestado y amenazado por esta falta de decrecimiento suele reaccionar con una total incomprensión, con rechazo y con un reforzamiento de su autoridad, debido a que el adolescente sufre diversos cambios. Uno de ellos cuando pierde su identidad de niño, implicando que está en la búsqueda de una nueva identidad, a través de diversos modelos sociales. Estos cambios originan en muchos

adultos en especial en los padres, que la llegada de la adolescencia sea vivida como una época de temor y angustia, enfrentándose al crecimiento de los hijos y al alejamiento de los mismos, por lo que los padres reviven nuevamente sus propias situaciones edípicas, lo que da lugar a situaciones conflictivas y complejas.

Finalmente, se crea la necesidad de comprender qué está sucediendo y de situar límites (lo que se puede y no se puede hacer) dentro de la relación establecida en la familia; por lo tanto, dificulta que los adultos encuentren su papel. En esta parte los adolescentes suelen poner a prueba las contradicciones de los adultos y por otra parte los adultos tienden a responder a las provocaciones de los adolescentes apelando a un sentido impositivo de la autoridad, así como realizando comparaciones entre los hijos poniéndolos en relación con otros conocidos.

Debido a sus constantes cambios de humor y de ánimo, el adolescente sufre de los fenómenos de depresión y duelo, los cuales van acompañados dentro del proceso identificatorio de la adolescencia, ya que el adolescente está en constante búsqueda de satisfacciones, las cuales pueden ser intensas; sin embargo, es aquí donde él fracasa, obligándolo a refugiarse en sí mismo. Posteriormente elabora y reconsidera constantemente sus vivencias y fracasos. Ante estas situaciones pueden obligar al adolescente a realizar rápidas modificaciones en su estado de ánimo.

Bajo esta visión conflictiva que el adolescente atraviesa en el transcurso de su vida, donde se ha visto en ocasiones privado de los marcos de referencia naturales de la seguridad, autoridad y afecto, tendrá un desconcierto mayor a esta edad y ello se revelará en su sintomatología. Es un hecho muy real la utilización de drogas que va desde fumar marihuana hasta tomar pastillas de diversa índole; a veces acompañado de alcohol y sustancias.

El adolescente, la mayoría de las veces, prueba drogas invitado por otros para ver que se siente, por conseguir su integración a un grupo, porque todos lo hacen o por encontrar solución a su angustia. Algunos argumentan que lo hacen para encontrar la verdad, porque pueden según ellos, pensar mejor y ver más claramente sus problemas.

De acuerdo con los diversos estudios que se han llevado a cabo referentes a la drogadicción se ha identificado que un tercio de los adolescentes y jóvenes que oscilan entre 12 y 25 años admiten haber usado alguna sustancia tóxica. Sin embargo, en México la edad promedio en la que se utiliza por primera vez alguna droga se encuentra entre los 10 y 18 años. El tipo de drogas más consumidas en nuestro país son el alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, crack, inhalables, etc. Pero no hay que olvidar que en el desarrollo emocional del adolescente debe existir la mano abierta y no sujetante del adulto con la disposición a marchar juntos.

Más que reprimir al adolescente es necesario entenderlo, comprender sus luchas, participar de ellas en la medida de no ser obstáculo para determinar junto con ellos un mundo más humano, más pleno, menos ficticio y enajenante, un mundo donde exista la posibilidad real de vivir.

El adolescente necesita que se le ame en el sentido no de una ayuda que lo invalide sino de una lucha que lo apoye. Entender que debe cambiar, debe trascender la formas obsoletas del mundo en el que vive que, si bien fue bueno para los padres, no lo es para él. Cada joven es una potencia viva, cambiante, plástica, vulnerable, es la materia a trabajar para el futuro. Sus búsquedas, sus intereses, su educación, sus metas, su patología, no sólo son de su interés, sino también de quienes convivimos con ellos.

La sociedad manifiesta su salud o conflictos a través de sus jóvenes. Ese aparente vagar del adolescente de un grupo a otro, las huidas del hogar para

vivir en comunas, la experimentación con drogas, finalmente constituyen el mensaje de que algo debe cambiar .Los adolescentes que de niños contaron con un modelo sólido en su hogar, se verán menos afectados por influencias externas.

CAPÍTULO III

FAMILIA Y EL FARMACODEPENDIENTE

3.1. FACTORES FAMILIARES

Al hablar de la familia y el farmacodependiente nos referimos a la convivencia de la familia con el problema de la adicción. En algunas familias se presenta la aparición y participación de algún tipo de adicción como el alcohol, cigarro y droga aunque no todos los miembros sean adictos.

Existen estudios de familias que presentan un miembro toxicómano. Las primeras investigaciones se llevaron a cabo en los Estados Unidos en los años setenta, donde se observaron diversos casos de pacientes que ingerían fármacos. A raíz de tales investigaciones aparecieron numerosos trabajos de terapeutas familiares. Se observó que el joven farmacodependiente, no sólo depende de la droga, sino que conserva también un estatus de dependencia del núcleo familiar.

Es decir, la familia es una institución que puede generar salud o provocar enfermedad, donde la conducta del farmacodependiente es en ocasiones una manifestación de la patología familiar. De ahí que los programas de orientación han sido dirigidos a los familiares de los farmacodependientes, con quienes se promueve en primera instancia el conocimiento de la enfermedad así como los factores que pueden provocarla.

No obstante que la importancia de la familia como generadora de la patología ha sido reconocida desde Freud, es en las últimas décadas donde ha evolucionado la trascendencia de la inclusión de la familia como parte de un método para el tratamiento de los problemas mentales, convirtiéndose así en una importante alternativa terapéutica.

Considero que dentro del campo de la farmacodependencia se ha relegado el conocimiento de la dinámica familiar, debido a que las investigaciones se han orientado a la búsqueda de soluciones de tipo farmacológico que generan y mantienen este problema. Ello ha desembocado en no considerar que la familia es un grupo que está íntimamente interrelacionado con los factores que inciden en el desencadenamiento y mantenimiento de las adicciones. Situación que en años recientes ha tenido un vuelco y se ha investigado más la relación entre dinámica familiar y farmacodependencia.

Uno de los primeros estudios revelantes en relación con el problema de la familia y el farmacodependiente es realizado por Harbin y Marziar quienes consideran que "el padre del toxicómano es descrito como una figura ausente y emocionalmente distante del hijo. (Belén, Charro, 1995)

Otros autores como Kaufman, señala que la "toxicodependencia de un hijo dentro de la familia asume un significado funcional, ya que representa el círculo que va a regular el equilibrio de la familia y muchas veces evitar la separación de los padres"....(Bilbao, M., 2002) .

En cambio, Eiguer señala: "en la familia del toxicodependiente, padece de una débil capacidad de servirse de las representaciones mentales, de los recuerdos y de interpretar los cambios de humor, predominan las dificultades psicológicas, la ternura es sustituida por una hipererotización del vínculo con el padre del otro sexo.... (Cirrillos,1999). Desde esta perspectiva la farmacodependencia protege al sistema familiar.

Por lo tanto Pietropolli Charmet cita <<en la familia del toxicodependiente se asiste a una sobrecarga de valores maternos, la cual debilita la función paterna que facilita el distanciamiento de la familia a través de la separación del hijo de la madre, a partir de la adolescencia, ya que el hijo no ve ante sí ningún futuro, queda estrechamente vinculado en el área materna, afronta un

distanciamiento. Sus cualidades y capacidades no resisten la prueba de lo real, ya que la imagen que tiene de sí mismo es de un pensamiento omnipotente, típico de la simbiosis madre-niño, ya que no está preparado para el impacto de las reglas sociales.>> (Brchetti, E., 1998).

Eduardo Kalig indica que: "ante la falta de amor y el abandono, una persona puede ser toxicodependiente". Reconoce que existe la participación de otros aspectos importantes que influyen en el sujeto, los cuales se deben a factores individuales y otros de tipo familiar. (Bilbao, F., 2002)

La familia puede generar una personalidad adictiva si las relaciones tempranas no se desarrollan y se da un abandono, pues genera un factor predisponente para la adicción al no promover un Yo maduro.

Existen otros autores que hacen referencia a la importancia de la familia, entre ellos klimenko, Dell, Orhto y Hueberty, quienes consideran al factor familiar como uno de los más revelantes en el desarrollo del problema de la farmacodependencia, ya sea en uno o en varios de sus miembros.

Generalmente, los farmacodependientes provienen de una familia con problemas de abuso de drogas (alcohol, pastillas, etc.). Johnson y Szurek en sus investigaciones han encontrado que inconscientemente los padres disculpan la conducta farmacodependiente de sus hijos convirtiéndoles en un vínculo de sus propios impulsos antisociales.

En las investigaciones hechas por Hirsh, en un estudio que realizó con tres madres y un padre de farmacodependientes, a quienes involucró en una terapia grupal por un periodo prolongado. Identifico madres narcisistas que rechazaban a sus hijos farmacodependientes cuando éstos no correspondían a su amor, las madres fueron observadas como masoquistas con el hijo. El padre fue considerado débil e ineficaz por lo que proporcionaba un modelo

pobre para la identificación. Tanto la madre como el padre se sentían excesivamente culpables y tenían la tendencia a proyectar la culpabilidad cuando se encontraban bajo estrés. Algunos de ellos promovían la farmacodependencia, comprando las drogas, o dando dinero al adolescente para que él lo hiciera.

Wolk y Diskirk realizaron un estudio con 344 heroinómanos donde observaron que la madre es una neurótica, sobreprotectora, masoquista, que tenía que mantener la enfermedad de su hijo para lograr su propia supervivencia emocional, contribuyendo de esta manera al pobre ajuste emocional del farmacodependiente. El padre por su parte es visto como débil y ausente, donde sus esfuerzos hacia la disciplina son obstaculizados por la madre. (CIJ, v. 15, 1979).

Por lo que respecta a la ausencia de alguno de los padres, Hawks, realizó un estudio con 74 farmacodependientes, treinta y cuatro de ellos habían sufrido el duelo por la muerte de los padres o por la separación de los mismos antes de los 16 años. El autor reporta la existencia de la patología entre los miembros de la familia, donde encontró que entre los padres el 21% tenía dificultades con el alcohol u otras drogas, el 5% contaba con antecedentes criminales o penales y en el 10% existían referencias de hospitalización psiquiátrica o de consultas al psiquiatra.

En cuanto a las madres, se encontró un 7% de incidencia de abuso de alcohol y farmacodependencia y un 14% con antecedentes de alteración psiquiátrica, entre los hermanos había una incidencia del 23% de abuso de alcohol u otras drogas y el 12% tenía una historia de alteración psiquiátrica.

Por su parte, en cuanto a la autoridad dentro de la familia del farmacodependiente Schwartzman la describe de la siguiente manera “el papel protector de la madre para con el adicto se ve reforzado por la

demanda, por parte del padre, de que el hijo busque un trabajo o se vaya de la casa". (CIJ, v. 13,1995). Aun cuando se observó que los padres eran autoritarios, éstos eran fácilmente controlados por las madres o bien su autoridad era secundaria en relación a la de ésta, así pues, el fracaso del hijo en el trabajo y en la vida es animado, consciente o inconscientemente, por un padre débil que no quiere competencia.

D. Chein y Col, en investigaciones hechas con adolescentes farmacodependientes y adolescentes no farmacodependientes encontraron que el 80% de los adictos mantenían una relación débil en extremo con su padre y el 48% manifestaban la ausencia del padre la cual fue significativamente en su primera niñez.

Por otra parte, Welpton en un estudio con usuarios de LSD, encuentra que las madres de estos adictos se involucran excesivamente con ellos para compensar una relación pobre con sus esposos. (Bilbao.M.,2002).

Méndez y Romero señalan que en la familia suele existir una serie de conflictos hacia su interior que influyen en el desarrollo del adolescente. Por un lado, los adolescentes manifestaban mayores exigencias que cuando eran niños, ya que desean vivir con independencia a pesar de que su vida real sea todavía de dependencia, demandan nuevas actividades y perspectivas sociales y mayores necesidades económicas.

Por su parte, los padres formulan nuevas exigencias siendo la más permanente que el adolescente trate de adaptarse a las normas de conducta adulta, normas que en ocasiones son contradictorias. Cuando no hay posibilidad de solución o negación, el adolescente busca algo o alguien que lo rescate. Es en este punto que el adolescente puede ser presa fácil del

consumo de droga. El conflicto familiar, así como su resolución, depende del tipo de interacción que se dé entre los miembros.

3.2 TIPOS DE FAMILIAS Y SUS INTERRELACIONES.

De Weiss aborda las diversas repercusiones de la dinámica familiar en el adolescente. Hay familias rígidas que no permiten nuevas reglas y experimentan gran dificultad en el momento en que el crecimiento y el cambio son necesarios, insisten en mantener los modelos de interacción y son incapaces de aceptar que sus hijos han crecido y que tienen nuevas necesidades. A los adolescentes no les queda otra salida que someterse, con toda la carga de frustración que ello implica, o revelarse.

En la familia sobreprotectora se observa una gran preocupación por brindar toda clase de protección y bienestar a sus miembros, al grado de hacer esfuerzos desproporcionados por darles todo. La sobreprotección retrasa el desarrollo de la autonomía, de la competencia y del crecimiento del adolescente, lo que lo hace indefenso, incompetente e inseguro.

.En las familias amalgamadas la felicidad depende de hacer las actividades juntos, impidiendo todo intento de individualización, es difícil para el adolescente vivir esta situación ya que él necesita independencia y privacidad.

Las familias evitadoras de conflictos tienen muy baja tolerancia al conflicto, personas con autocrítica que no aceptan la existencia de problemas y por tanto no permiten el enfrentamiento y la solución de los mismos, los adolescentes no aprenden a tratar y negociar las situaciones.

Hay familias centradas en los hijos en las que los padres no pueden enfrentar sus conflictos de pareja y desvían la atención hacia los hijos, dependiendo de estos la estabilidad de la pareja y la situación marital. Dentro de este medio el adolescente no puede crecer y se vuelve dependiente ya que si se volviera independiente rompería el equilibrio familiar.

En el caso de las familias con un solo padre, cada uno de los hijos hace el papel del padre que falta adoptando muchas veces el rol de la pareja ausente. El adolescente juega un rol diferente, por lo tanto no puede vivir su etapa, se comporta como adulto, está lleno de problemas y responsabilidades, existirá la posibilidad de que cuando sea mayor regrese a vivir la adolescencia extemporáneamente.

La familiaseudodemocrática es aquella donde los padres son incapaces de disciplinar a los hijos y con la excusa de ser flexibles no logran establecer los límites necesarios y permiten que los hijos hagan lo que quieran, el símbolo de autoridad es confuso, el adolescente se manifiesta con una competitividad desmedida, destructiva y sin límites.

Hay familias inestables en las que las metas son difusas, no se planean sino que se improvisan, el adolescente se vuelve inseguro, desconfiado, temeroso y experimenta gran dificultad en el desarrollo de su identidad.

3.3 ORIGENES SOCIALES DE LA FARMACODEPENDENCIA

Los factores sociales son aquellos que nos permiten contextualizar históricamente la naturaleza y manifestación del fenómeno para poder definir acciones vitales que prevengan o ataquen de raíz su aparición.

La farmacodependencia, al igual que cualquier problema de salud pública, ha producido un impacto negativo en la economía, en la política y sociedad, con ello ha provocado que se vean afectados la familia y los valores del individuo.

Esta dinámica por alcanzar los paraísos artificiales generados por los valores asociados al consumo entre los individuos de las sociedades modernas, con gran frecuencia llena de vacío y frustración su devenir.

Evidentemente muchas veces, al tratar los orígenes sociales del fenómeno de la farmacodependencia, se han asociado unilateralmente y de manera errónea variables tales como pobreza, desempleo, juventud, entre otras, afirmándose que éstas provocan en los individuos la delincuencia y la farmacodependencia. No obstante, resulta claro que una carencia en los factores sustanciales de sobrevivencia pueden ser un catalizador idóneo que posibilite la aparición del problema.

Los tiempos modernos representan momentos de redefinición y cambio, cuya pertenencia está sustentada en la cada vez mayor presencia de crisis, confusión, enojo y frustración que orillan al desánimo por la existencia.

Actualmente en nuestro país la población se ha visto impactada por diversos fenómenos de cambio social, los cuales entre otros aspectos han propiciado problemas de salud como la farmacodependencia. Por lo que hoy en día el número de consumidores ha ido acrecentándose, esta circunstancia se ve reforzada por los valores individualistas competitivos y de agresión que

algunos medios de difusión promueven cotidianamente, desgastando con ello la tradicional solidaridad que nuestras culturas poseen, como es la mercantilización de la vida cotidiana, el desempleo y la delincuencia, los cuales aceleran en un momento ,dado la transculturación y un clima de violencia.

3.4 FACTORES INDIVIDUALES.

Ahora bien el hecho de que un individuo recurra al abuso de drogas nos habla de una estructura psíquica que le ha inducido, una fuente de placer que alivie su tensión emocional.

La adolescencia implica periodos de cambio evolutivo, etapas de crisis donde la persona tiene que adaptarse a un nuevo estilo de vida. Estos periodos de crisis crean confusión y es cuando el individuo esta más predispuesto a iniciarse en un consumo de drogas que le provea de una seguridad artificial.

Se han observado algunos rasgos de personalidad comunes en individuos que consumen drogas, tales como inseguridad, falta de autoestima, conflictos con la autoridad, agresividad, poca tolerancia a la frustración y dificultades para establecer relaciones íntimas duraderas con otras personas.

Durante su desarrollo se observan constantes conductas transgresivas, de alguna manera la función legislativa del padre para marcar los límites a fallado, su vida gira en torno al desafío a desobedecer la autoridad, buscándoles en un límite que puede llegar hasta la muerte.

En la historia de estas personas se observan constantes pérdidas depresivas, que producen falta de interés por el mundo externo, una búsqueda constante de castigo, autoreproches y autoagresión. El farmacodependiente, al drogarse esta expresando su agresión al otro que le ha fallado. Ante cualquier frustración regresa a etapas donde se sentía satisfecho y seguro. Con la droga busca esa sensación de volver a juntarse con la madre, reconquistar esa primitiva unión que le hace omnipotente recuperando de esta forma su seguridad y autoestima.

En este sentido posee características perversas, ya que siempre se busca el goce, la satisfacción, no tolera el displacer. Alrededor de la droga se

encuentra un grupo de pares en donde tiene un lugar que le de seguridad, y le ofrece identidad, sabe con quien y como drogarse así encuentra todo un sistema organizado que estructura su desorganización.

La presencia de determinadas características de predisposición de personalidad en conjunción con determinada dinámica familiar y características sociales específicas son indispensables para que aparezca la farmacodependencia.

Al trabajar con el farmacodependiente se observa que obtiene pocas satisfacciones de su medio, tiene una autoimagen devaluado, no cuenta con recursos suficientes para resolver sus problemas y su tolerancia a la frustración ante situaciones de la vida diaria es mínima, por lo tanto están expuestos a integrar un grupo donde las drogas sean la única oportunidad de huir y alejarse temporalmente de sus problemas diarios.

Algunos indicadores de riesgo que conllevan al individuo a ingerir sustancias son: por la curiosidad, influencia de amigos, el aburrimiento, el aumento de tiempo libre, que lo conducen a la búsqueda de experiencias nuevas y excitantes, lo que con frecuencia lleva a la drogadicción. Por lo tanto cada adicto tiene su propia historia y riesgos, sin embargo también es cierto que todos los adictos tienen algo en común.

CAPÍTULO IV

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL Y LA ATENCIÓN A LA FARMACODEPENDENCIA.

Centros de Integración Juvenil se centra en la prevención y atención para los farmacodependientes y sus familias que se han visto afectados por el problema, por lo que a continuación se explicará de una manera amplia el manual de funcionamiento de C.I.J.

4. 1. ANTECEDENTES DE CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL.

El 12 de marzo de 1969 se inauguró el primer Centro de Integración Juvenil gracias al esfuerzo de un grupo de mujeres publicistas y periodistas que vislumbró que el problema de la farmacodependencia es aquel entonces incipiente, podría convertirse en el fenómeno más grave y destructor del mundo actual.

1970-1972 este grupo fundador sentó base de lo que ahora constituye la red operativa de Centro de Integración Juvenil A. C. (CIJ), que ha permitido dar una respuesta profesional y de alcance nacional al problema de la drogadicción que afecta a la población y en especial a niños y jóvenes.

Desde esta primera etapa, los CIJ conformaron un valioso equipo con personal médico, paramédico y voluntarios y organizó la consulta externa a farmacodependientes y a sus familiares.

1973-1976 se presentó como situación predominante la necesidad de apoyo técnico y financiero por parte del Gobierno Federal, en tanto que la demanda del servicio rebasó la capacidad de respuesta de recursos existentes.

El crecimiento de la institución fue acelerado y al final de esta etapa se contaba con 29 Centros Locales en la República Mexicana (en la actualidad cuenta con 47 centros, 17 en el área metropolitana y 30 en el interior de la República.

En 1975, por decreto presidencial, se solicita del centro Mexicano de Estudios en farmacodependencia (CEMEF), apoyo y orientación a CIJ.

En este período se realizan investigaciones sociales a través del CEMEF (Centro Mexicano de estudios en Farmacodependencia), sobre la incidencia y prevalencia del fenómeno, que conduce a establecer las bases de un enfoque biopsicosocial que pretende trascender el ámbito estrictamente clínico. Al mismo tiempo por la multicausalidad y complejidad del problema, se hizo urgente el analizar este fenómeno de una manera sistemática y profunda con el fin de adecuar las estrategias de atención y lograr definir el modelo Institucional; entonces se planteó la necesidad de desarrollar acciones simultáneas de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación.

De 1977 -1979 técnicamente se caracteriza por el fuerte impulso que se da a los proyectos preventivos, pretendiendo desarrollar este tipo de acciones desde una perspectiva psicosocial, es decir, considerar las necesidades de la población con la que se trabaja y propiciar su participación en la generación de alternativas para solucionar el problema, llevando a cabo de esta manera la prevención inespecífica. De esta inquietud nació la estrategia de conocer programas, con propósitos similares, en otras latitudes así como difundir los propios.

Para 1980. el modelo de atención de CIJ se reconoció como ejemplo para el mundo en reunión de la ONU, celebrada en Viena, Austria.

A lo largo de estos 20 años, los centros se han enlazado con los más distinguidos expertos en el problema de la farmacodependencia, han recibido a cientos de becarios, han formalizado acuerdos de colaboración con Instituciones de varios países de Sudamérica y con los Estados Unidos de Norteamérica, con los que se trabaja coordinadamente en las tareas de prevención.

Paralelamente surgió la necesidad de sensibilizar a la comunidad en su conjunto ya las autoridades para coordinar las tareas, porque se aprendió que el trabajo no compartido rinde muy escasos frutos.

A partir de 1982 CIJ se incorporó al sector salud en el Subsector de Asistencia Social, como una Asociación Civil de participación Estatal mayoritaria, la cual se dedica específicamente a investigar, prevenir, tratar, rehabilitar y capacitar en el campo de la farmacodependencia, excluyendo la atención de problemas originados por las sustancias lícitas como el tabaco y el alcohol, por existir otros organismos públicos y privados que se encargan de su atención.

El sistema de atención que actualmente CIJ ofrece se centra en el servicio de la prevención, al cual se le otorga la mayor prioridad aun por arriba de los servicios de tratamiento, ya que con ello se da cumplimiento a los lineamientos marcados por la OMS (Organización Mundial de la Salud), de favorecer mejores condiciones de bienestar físico y mental del ser humano.

Los programas de prevención que abarca CIJ se describirán más adelante. Por lo tanto nos centraremos por el momento en mencionar cómo CIJ considera y ha abordado el problema de la farmacodependencia.

4. 2. LA FARMACODEPENDENCIA Y SU UBICACIÓN EN CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

A partir de los estudios epidemiológicos llevados a cabo en CIJ, se ha buscado conocer la distribución, magnitud y características del problema, así como también a través de las investigaciones sociales se han considerado diferentes caminos para abordarlo, intentándose desde estructurar un perfil de los diferentes usuarios de drogas, hasta evaluar para mejorar el programa preventivo que se maneja en dicha institución. A partir de estos estudios se ha llegado a considerar que la farmacodependencia adquiere significado en función del corte histórico que se haga. Así, en el momento actual el significado se da a partir de quién promueve la droga y quién la consume, es decir, sin usuario. Esto no sería negocio si quien se dedique a venderla, el consumidor no tendría posibilidad de conseguirla, convirtiéndose entonces en un fenómeno de oferta y demanda. Es en la demanda donde CIJ se ubica desde hace 20 años. También se ha dado el pasaje de entender la farmacodependencia como un vicio con toda la connotación moralista que conlleva, hasta llegar a entenderla como un problema de salud y principalmente de salud pública. Para llegar a esto, el modelo de atención de CIJ parte del proceso salud-enfermedad.

Proceso Salud Enfermedad

Este proceso no se ubica en un modelo monocausal donde se intenta tan sólo eliminar el o las agentes patógenos físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración de las funciones normales del organismo.

Hablar de salud implica considerar a la enfermedad, que es necesario tener en cuenta que la salud y la enfermedad son variables íntimamente relacionadas y determinadas por el contexto histórico y social en el cual se expresan.

El proceso salud enfermedad está determinado por la organización social y productiva general que han establecido los hombres en distintas épocas. Así tenemos que al igual que existen diferencias en la calidad de vida de las distintas poblaciones, existen diferencias en los niveles de salud.

Este proceso se considera social, por que los seres humanos vivimos en una sociedad y sus características impactan nuestro diario acontecer por el mundo. Asimismo, es individual por que somos peculiares en nuestro desarrollo psicológico y biológico.

En CIJ la farmacodependencia se ubica como un problema social que compete a la salud pública. Esto en el entendido de que existen causas fundamentales de la enfermedad de la esperanza de vida y muerte y del acceso real a los servicios médicos en los seres humanos no vistos en forma abstracta sino como seres históricos que pertenecen a grupos sociales que trabajan y viven de determinada manera, resultado de la forma en que se estructura y organiza la sociedad para producir y reproducirse.

Para hablar que la farmacodependencia es un problema de salud pública y principalmente de salud mental, es necesario mencionar qué se entiende por estos conceptos.

Salud Pública, Salud Mental y la Farmacodependencia.

La Salud Pública es la ciencia que se encarga de conocer los procesos de salud de las colectividades humanas, ya que su objetivo es elevar las condiciones de salud de la sociedad evitando la aparición de enfermedades, por medio del esfuerzo organizado de la comunidad. Para ello estudia las causas que determinan el proceso salud-enfermedad en las poblaciones para incidir en ellas y con esto elevar los niveles de salud.

En cambio, la farmacodependencia se considera un problema de salud pública tanto por la magnitud de los daños sociales que provoca, como por sus causas; este fenómeno encuentra su explicación en:

- La estructuración de una organización social.
- El acceso diferencial a diversos satisfactores que lo anterior puede generar.
- Los patrones culturales.
- Situaciones familiares y en las características psicológicas individuales.

Así tenemos que existen diversos factores sociales, familiares e individuales que pueden suscitar la aparición de la farmacodependencia que en el capítulo anterior fueron tratados.

Dentro de los factores encontramos que algunos individuos, dada su historia, pueden enfrentar y manejar la realidad que les ha tocado vivir, mientras que otros, por fallas de estructuración interna, buscan evadirla. Una de las salidas evasoras de la realidad es el consumo de drogas.

La farmacodependencia, entonces, es un problema de salud pública y en específico de salud mental, donde los factores sociales, familiares e individuales se interrelacionan para determinar la enfermedad.

Por lo tanto, la salud pública busca la prevención de enfermedades interviniendo en las causas susceptibles de transformación que determinan el proceso salud-enfermedad, ya que al iniciar en aquellas circunstancias que mejoran los niveles de vida de las colectividades se generan al mismo tiempo acciones grupales psicoprofilácticas, por lo que a demás de propiciar el mejoramiento de los niveles de salud en general, también se incide en la promoción de la salud mental y, con estas acciones simultáneas CIJ intenta cumplir el objetivo de prevención de la farmacodependencia.

Educación para la salud.

Otro aspecto importante a considerar en el problema de la farmacodependencia en CIJ es el abordaje del fenómeno, a partir de la estrategia de Educación para la salud, siendo esta una disciplina auxiliar de la salud pública que, a través de la participación comunitaria organizada, genera alternativas de solución a los problemas colectivos de salud promoviendo acciones que permitan preservar la salud, prevenir la aparición de la enfermedad y detectar oportunamente los problemas a fin de modificar su evolución.

La educación para la salud parte de la base de considerar a la población como elemento sustancial de cambio, dada su historia y su experiencia de participación en la mejora y conservación de su calidad de vida.

Dicha estrategia busca desarrollar un proceso de educación popular, donde los trabajadores en salud junto con la comunidad generen niveles de conciencia sobre los factores que inciden en el proceso salud-enfermedad, con el fin de actuar sobre el fondo de los problemas y no simplemente en su expresión particular.

La educación en salud no puede conformarse con simples actividades de carácter informativo sobre distintos tópicos que involucren a la salud, ya que éstos por sí mismos no resuelven ningún problema.

El objetivo de la educación es fomentar en los integrantes de cada comunidad la reflexión sobre diversos temas que impacten su realidad cotidiana, que permita un cambio de actitud para favorecer la transformación de su entorno familiar y social, procurando mejores condiciones de vida y por lo tanto de salud. Por eso para CIJ no es posible prevenir la

farmacodependencia educando sólo en salud mental, su atención requiere de medidas sociales que trasciendan el impacto individual.

Por lo dicho anteriormente es que CIJ establece líneas de acción basadas en la estrategia de Educación para la salud que permiten no solo detener y controlar el problema, sino facilitan la comprensión y dan sentido a todo aquello que interviene en la salud de los individuos.

4. 3.- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL Y LA PREVENCIÓN DE LA FARMACODEPENDENCIA.

En Centros de Integración Juvenil, por ser una Institución que se dedica a la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación del fenómeno de la farmacodependencia, la manera de abordar el fenómeno ha variado a medida que se realizan nuevas investigaciones. En un primer momento, el abordaje fue a través del tratamiento únicamente, por considerar al farmacodependiente como un enfermo que debía ser tratado desde el punto de vista médico. Como resultado de ampliar esta perspectiva hoy en día el 75% de las acciones que realiza CIJ están abocadas al trabajo preventivo, a través de dos vertientes:

La primera es la prevención inespecífica que consiste en las actividades preventivas que no están encaminadas hacia ningún problema o enfermedad específica, sino hacia el bienestar y fomento de la salud en general; comprende todas aquellas medidas que se toman en el individuo, en la comunidad o en el medio, tendientes a evitar la aparición de enfermedad en general.

La prevención específica son aquellas actividades orientadas hacia un problema o enfermedad específicos. Conjunto de medidas precisas que se toman tanto en el individuo como en la comunidad para evitar la enfermedad.

Por lo que también existen tres niveles de prevención, tomando como punto de referencia a la OMS. Los tres niveles de prevención son la primaria o prevención propiamente dicha, la secundaria o tratamiento y la terciaria o rehabilitación.

En lo referente a la prevención primaria, CIJ toma en consideración a la comunidad, con el fin de que ella vaya creando mejores condiciones de vida.

Para este efecto, la educación para la salud es la estrategia apropiada, entendida según el modelo Institucional, como el proceso a través del cual la población aprende a construir mejores condiciones de vida y crear mejores condiciones de salud mental, considerando la educación para la salud como un proceso que se realiza a través de tres momentos:

Información: se aboca a informar a la población sobre la labor que desempeña la Institución, así como de transmitir la importancia que tiene el cuidado de la salud propiciando la sensibilización y motivación de la población a participar en proyectos preventivos de orientación y capacitación.

Orientación: se entiende como la realización de aquellas actividades que tienen como fin establecer en los individuos un proceso de esclarecimiento y motivación en lo referente al fenómeno de la farmacodependencia y de su propia situación con respecto a ella, pretendiendo con esto que sectores cada vez más amplios de la población se interesen e intervengan en la prevención de la farmacodependencia.

Capacitación: es el proceso por el cual se adquiere o desarrollan en ciertos conocimientos, aptitudes y habilidades para la realización de una determinada tarea o actividad, ya que en el trabajo institucional este momento se enfoca a la prevención de la farmacodependencia.

4. 4.- CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL Y LA EVALUACION DE PROGRAMAS PREVENTIVOS

En México, Centros de Integración juvenil ha organizado de manera sistemática, a partir de 1982, proyectos preventivos. Las guías técnicas de dichos proyectos contemplan lineamientos a seguir, sin tener programas preestablecidos, ya que en cada Centro Local existen responsables de cada proyecto, los cuales son encargados, entre otras cosas, de realizar un programa para cada grupo formado, basándose en las necesidades reales expresadas por la población a tratar.

El sistema de evaluación que se ha llevado a cabo desde la creación de dichos proyectos ha sido a través de dos vertientes en las cuales se contemplan cuantitativos y cualitativos.

Por un lado, en las guías técnicas de cada proyecto existen lineamientos a seguir por los responsables de los mismos, para evaluar el trabajo que desempeñan. Esta evaluación es enviada a través de reportes bimestrales al Departamento de Prevención.

Por su parte el Departamento de Prevención analiza y evalúa dichos reportes contemplando el desempeño cuantitativo a través de cuadros de avance, donde se observa el nivel de cada Centro Local en el cumplimiento del programa preventivo. Asimismo se da respuesta a dichos reportes por medio de cartas de retroalimentación donde se aportan lineamientos cualitativos de aspectos, teórico-metodológicos tratando de apoyar el mejoramiento y desarrollo de los proyectos.

Dichos reportes contemplan los siguientes puntos a evaluar:

a) Aspectos referenciales

- Nombre del Centro Local
- Nombre del Responsable de Proyecto
- Nombre del proyecto
- Número de participantes del equipo médico-técnico
- Número de participantes voluntarios y pasantes de servicio social
- Total de participantes

B) Aspectos cuantitativos

- Sector de la población que se atiende
- Características de la población (sexo, edad, nivel socioeconómico, escolaridad, número de grupos atendidos, número de personas por grupo y tipo de población que se atiende).
- -Instituciones que participan

C) Aspectos cualitativos

- Planteamiento de objetivos
- Contenidos de los programas
- Técnicas empleadas
- Ambiente psicológico
- Dificultades
- Necesidades teórico-metodológicas
- Observaciones y sugerencias
- Evaluación

Cabe señalar que este sistema de evaluación sigue vigente.

Como una necesidad de ir mejorando la forma de abordaje para prevenir la farmacodependencia, propiciando el cuidado de la salud en general y obtener resultados más acordes con la realidad, Centros de Integración Juvenil ha creado nuevos sistemas de evaluación los cuales han sido piloteados aproximadamente durante los últimos 6 años, sin que se cuente con una retroalimentación.

Así pues, al realizar algunas entrevistas al personal de Centros Locales del Área Metropolitana se recabo la siguiente información:

Los primeros sistemas de evaluación utilizados fueron cuestionarios realizados por el Departamento de Prevención dirigidos a los responsables de los proyectos Orientación Familiar Preventiva (OFP) y Grupos Organizados (GO) con el fin de evaluar el conocimiento que cada uno de estos responsables tenía a cerca de dicho proyectos.

En relación con los proyectos de Información Pública Periódica (IPP) y Escuelas, se realizaron juntas entre los responsables de estos proyectos y personal del Departamento de Prevención con el fin de realizar y modificar la metodología y práctica de dichos proyectos.

Por lo que se ha caracterizado como el mayor interés por la evaluación ya que se elaboraron y aplicaron cuestionarios para medir la opinión de la población sobre la farmacodependencia, con un enfoque de educación sobre drogas en los proyectos de IPP y Escuelas.

En cambio, los proyectos de Orientación Familiar Preventiva (OFP) y Orientación Preventiva a Adolescentes (OPA) favorecen participantes una aproximación directa a un objetivo de conocimiento, como lo es la identificación de factores de riesgo de orden individual, familiar y escolar que incrementan la probabilidad de inicio del consumo de drogas, así como el

establecimiento de condiciones que contrarresten tales situaciones, a partir del desarrollo y reforzamiento de la autoestima, la asertividad y habilidades sociales de los individuos. Por tanto, su objetivo básico de estas actividades de orientación es el de favorecer en los individuos, grupos y familias la construcción de referentes comunes como los valores, normas, etcétera, los cuales posibiliten la confirmación de identidades personales, grupales y sociales, de forma que se incorporen a la cotidianidad patrones de vida saludables que prevengan el consumo de drogas. Como se mencionó anteriormente el nivel de orientación se conforma de los siguientes proyectos preventivos:

El Proyecto Orientación Familiar preventiva está dirigido a los padres de familia, con quienes se pretende desarrollar su potencial protector como núcleo familiar y así favorecer su conformación como estructura de contención en el aprendizaje y socialización de niños y adolescentes, ante el riesgo de inicio en el consumo de drogas.

El trabajo con esta población se efectúa a través de la psicoterapia familiar en donde se busca dar un abordaje terapéutico integral a la familia del farmacodependiente, ya que parte de la necesidad de suprimir los obstáculos que la familia llega a poner al tratamiento y a su vez que ésta observe su influencia en la génesis y mantenimiento del fenómeno, todo ello con la finalidad de incorporar al grupo familiar del paciente farmacodependiente en la búsqueda de soluciones para este problema.

Así mismo, la orientación a familiares de farmacodependiente es un proyecto auxiliar para promover la salud del propio paciente quien indudablemente se encuentra dentro de una familia y una sociedad, ya que si partimos del hecho evidente de que la familia ejerce una influencia importante en la vida de sus miembro, es lógico suponer que si educamos a los familiares podemos lograr modificaciones de conducta tendientes a obtener el equilibrio.

Por lo que cada Centro Local cuenta con un equipo de trabajo que planifica, organiza, ejecuta este proyecto, y las metas se establecen de acuerdo a las unidades operativas, de acuerdo con los recursos humanos con que cuenta el equipo de trabajo y la demanda de este servicio, captada a través de la promoción específica del proyecto o bien en la continuidad de otras actividades preventivas donde los pacientes participen.

Actualmente dentro del Centros de Integración Juvenil, el programa de tratamiento de orientación familiar preventivo que lleva a cabo es la psicoterapia breve, debido a que este tipo de terapia logra un mayor impacto entre la población usuaria de drogas. Al preguntarse el por qué en Centros de Integración Juvenil no se lleva a cabo el uso de las terapias prolongadas, ya que el psicoterapeuta puede durar varios meses o años con un paciente, mientras la lista de espera aumenta y crece la población sin atención.

A partir de 1982 Centros de Integración Juvenil norma la psicoterapia breve familiar como modalidad terapéutica para la atención de usuarios de drogas en nuestro país. Su implicación parte de la experiencia del trabajo desarrollado en la Institución, pues se observó que, en la mayoría de los casos, la familia acude a tratamiento cuando no puede solucionar el problema de tener un miembro farmacodependiente. Su demanda inmediata es que lo retiren de la droga y ya sin el síntoma, lo reintegren al hogar. Esto trae como consecuencia que si no hay resultados inmediatos, la familia busca retirar o al menos obstaculizar la acción del terapeuta. .Lo mismo puede suceder en cuanto se observan logros positivos.

La incorporación de la terapia familiar a la práctica institucional parte de la necesidad inmediata de suprimir los obstáculos que la familia llega a poner al tratamiento y, a su vez, que ésta observe su posible influencia en la génesis y mantenimiento del fenómeno. Todo ello con la finalidad de incorporar al grupo familiar del paciente identificado como farmacodependiente en la

búsqueda de soluciones para este problema. Hoy, en la actualidad es llevado a cabo dentro de la práctica terapéutica con las familias tratadas.

CAPÍTULO V

METODOLOGÍA

5. 1. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

Este proyecto de investigación se avoca a un problema de salud pública y social de gran importancia en México, la farmacodependencia.

El problema de la farmacodependencia representa para cualquier país que la padece un problema económico, social y de salud, ya que la incidencia de este fenómeno va en continuo aumento no sólo en cuanto a su magnitud, sino también porque se está extendiendo a núcleos de la población especialmente vulnerables, como es el de los niños y jóvenes.

De ahí que un considerable número de instituciones de salud mental en todo mundo, han enfrentado el problema, con medidas preventivas como son la información, la orientación y la capacitación a la población de mayor riesgo.

En México se crean Centros de Integración Juvenil en 1969, institución dedicada al estudio y prevención de la farmacodependencia unidades consideradas como Centros de Salud Mental, especializados en el tratamiento de la farmacodependencia. (Centros de Integración Juvenil, Aportaciones teóricas y prácticas para el conocimiento del farmacodependiente, vol. 5, 1996.)

En los setenta, el consumo de drogas mostró variaciones importantes a partir de cuando realizan las primeras encuestas y estudios de carácter epidemiológico y social. (Ma. Elena Medino Mora, (2001), Tendencias del Abuso de Drogas en México, CONADIC Informa Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, 13-14).

En el ámbito nacional del consumo y abuso señala que las Encuestas Nacionales de Adicciones han incrementado entre 0.33 a 0.56 (1.45%) desde 1988, 1993 y 1998. (Consejo Nacional Contra las Adicciones, ENA 2002, s.p.)

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 aplicada en 20,243 hogares con población urbana entre los 12 y 65 años de edad, señala que alrededor de un millón y medio de personas, han consumido algún tipo de droga, excluyendo a las personas que consumen alcohol, tabaco y medicamentos los cuales solamente acaparan el 3.9% y 318 mil individuos al menos una vez lo habían hecho. (Encuesta Nacional sobre las adicciones, 1993, S.S.A., Dir. Gral. de Epidemiología)

El sistema de reporte de información de drogas en la C. D. México, refleja un incremento del número de usuarios de drogas refieren que el número de casos de usuarios de drogas ha aumentado el 4% en 1986 al 39% en 1997. (CONADIC, (2001)).

Al comparar los resultados de las mediciones 1993 y 1998, se observó que el empleo de drogas en México a nivel nacional en 1998, 5 de cada 100 personas admitieron haber consumido sustancias "alguna vez en su vida" Encuesta Nacional sobre las adicciones. 1993, SSA, Dir. Gral. de Epidemiología)

Así mismo los estudios coinciden en señalar que las drogas con mayores tasas de consumo en nuestro país son la marihuana, ya que casi 5 de cada 100 habitantes la han probado, después se encuentran la cocaína y los inhalables (thinner, pegamentos, lacas, gasolina, etcétera). De las mencionadas el consumo de cocaína ha crecido notablemente, en los últimos 5 años se triplicó la cantidad de personas que la prueban, en el mismo, en el mismo lapso los que experimentaron con marihuana aumentaron de 1.4 a 2.25 millones. (Publ. de CIJ, 1995).

A manera de síntesis se puede plantear que el consumo de drogas en México se presenta en todas las regiones, clases sociales y en diferentes grupos de edad y sexos.

Existen diferencias regionales en cuanto a la distribución del consumo de drogas en México, las cuales hacen necesario adecuar la atención en cada una de ellas, por lo tanto, por lo tanto en la Encuesta Nacional de Adicciones los resultados muestran que el índice de consumo de drogas es mayor entre la población de la Región Noroccidental de nuestro país (6.7% que equivale a 1.7 veces al consumo del promedio nacional), ya que 7 de cada 100 personas las han probado. En segundo lugar se encuentra la Región Occidental con 5.5% y en tercer lugar la Región Norcentral con 4.55 seguida de la Región Nororiental con 4.3% y la Zona Metropolitana de la Ciudad de México con 4.3%. (Publ. de CIJ, 1995)

El consumo de drogas en la zona metropolitana de la ciudad de México corresponde a la marihuana 3.8%, inhalantes 0.6% y la cocaína 0.4%.

Los estudios epidemiológicos realizados por la SEP a alumnos de educación media básica y media superior, recoge la información de un importante sector de población juvenil, en donde se ha identificado que quienes usan sustancias en su mayoría son hombres jóvenes, ya que por cada mujer que consume algún tipo de droga 8 varones lo hicieron. Además, más de un tercio de adolescentes y jóvenes que tienen entre 12 y 25 años admitieron haber usado algún tipo de sustancias; así mismo presentan particulares condiciones de riesgo. Sin embargo se tiene como limitante el hecho de que son los que se pueden encontrar expuestos a factores y condiciones de mayor riesgo. (SEP y ENEP, 1991).

Este es el contexto en el que se fundamenta mi proyecto de investigación, con el título: **La relación entre el paciente farmacodependiente y la sobreprotección materna (estudio observacional).**

Al indagar las causas de este problema, encontramos que son muy variadas desde factores de tipo socioeconómico, demográfico, hasta de tipo familiar, y es dentro de éste último que la investigación encuentra su punto de apoyo, ya que la farmacodependencia se presenta dentro de una dinámica familiar y es en ella donde se pretende abordar dicha investigación.

Ahora bien, bajo esta contextualización es posible hallarse frente a la relación entre el farmacodependiente y la sobreprotección materna, constructo teórico de relevancia clínica indiscutible pues este estudio está basado bajo la visión psicoanalítica – sistémica dicha relación juega un rol importante en la adicción; con frecuencia la madre sobreprotege al adicto, de manera ambigua permite y fomenta la droga actuando de forma inconsciente.

Así pues, teniendo como antecedentes la poca investigación sistematizada de la función de la madre en sujetos farmacodependientes y el no haber hallado investigaciones similares en México, pero principalmente, por apreciar que es necesario, conocer, describir y analizar dicha función simbólica, se estructuró el presente estudio como un intento para comprender el funcionamiento psíquico de aquellos que sufren y requieren una droga para vivir.

El tipo de estudio que se pretende llevar a cabo es observacional. Dentro de la investigación científica se denomina "**Investigación Expost-facto**", con un método no experimental que se define de la siguiente forma:

Es "una investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos. De hecho porque no hay condiciones o

estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio, es decir, los sujetos son observados en su ambiente natural y en su realidad. En la investigación *expost-facto* el investigador no tiene control directo de las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque no son manipulables". (Kerlinger, 1979, p.395)

De esta forma es una investigación que tiene un fundamento científico y metodológico que la justifica, ya que sus bases están dentro del marco de la investigación científica y donde las técnicas no experimentales se clasifican en tres categorías estudio de casos, observacional y la entrevista. Muchos de los estudios utilizados por la teoría psicoanalítica que es desde la cual se abordará proviene de los estudios de casos, los cuales consisten precisamente en permitir la observación más objetiva posible del comportamiento del individuo, debido a su carácter es inmanipulable quedará demostrado por completo mediante una breve reflexión sobre las variables de la investigación:

Dinámica familiar, Relaciones Familiares (relación padre ausencia física-emocional, relación con la madre), Comunicación Inadecuada y la historia del consumo del usuario.

¿Por qué la farmacodependencia? Como mencioné anteriormente y de acuerdo a estudios epidemiológicos, el consumo de fármacos ha crecido considerablemente en este grupo de población por lo que resulta la más afectada; por ello se requieren estudios serios, que profundicen en la problemática del farmacodependiente.

5. 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Al indagar sobre el tema de la farmacodependencia en México, los estudios se refieren a muy diversos aspectos, entre ellos de tipo epidemiológico, cuyo criterio básico es el estadístico donde la cantidad y frecuencia es lo que cuenta.

Dichos estudios tienen importancia en un contexto general para apreciar la farmacodependencia como fenómeno que afecta al conjunto de la sociedad, como a la familia, por lo que este trabajo pretende hacer algo diferente. Se buscarán los aspectos cualitativos del fenómeno de la farmacodependencia. El interés de llevar a cabo la metodología cualitativa parte del hecho de que las investigaciones sobre adicciones se centran en estudiar la dinámica alrededor del consumo, pero poco se hace por la familia, la cual se ubica inmersa en ese problema.

Considero como parte central el comprender la relación entre el farmacodependiente y su familia que nos permitirá conocer como enfrentar la problemática. Generalmente la familia no es conciente de su participación en el problema del farmacodependiente, ya que, si partimos del hecho evidente de patrones de relación que existen en la cuestión familiar, ejercer influencia importante en la vida de sus miembros; para su estudio se requiere tomar en cuenta las condiciones socioculturales de nuestro país y del rol central que ha jugado el prototipo de la familia mexicana.

5.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente estudio tendrá la característica de ser una investigación teórica con apoyo empírico, de tipo observacional que intentará **determinar el papel de la figura materna en la personalidad del farmacodependiente y cual es la importancia que tiene la ausencia de la figura paterna en su relación con la aparición de la farmacodependencia con algún miembro de la familia.**

La farmacodependencia en México conlleva a características distintas a la de otros países, en función de nuestra ideología y raíces culturales, donde se concibe al farmacodependiente como un individuo con características y problemática propias, como resultado de una determinada dinámica familiar. Por lo que se sabe que dicha familia esta integrada a una sociedad específica con afectos y contradicciones y con todo lo que implica la conjunción de factores de diversa índole, pero difíciles de modificar. De ahí que el sujeto adicto esta siempre incluido en una red de determinantes sociales y culturales que envuelven su adicción, de ello resulta la necesidad de realizar estudios con un abordaje psicoanalítico en población mexicana y conocer las características particulares de la adicción en nuestro país.

Es dentro de este contexto donde se pretende abordar el trabajo que hasta ahora no se ha realizado, dado el escaso conocimiento en México acerca de la familia del farmacodependiente.

La propuesta de este trabajo radica en una aproximación teórico-empírico de diversas teorías, psicoanalíticas y teoría sistémica para dar cuenta de un enfoque global de la familia del farmacodependiente y de la relación que desempeña la familia en la aparición de la farmacodependencia.

5. 4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

En un contexto familiar ¿De qué forma aparece el objeto droga en la relación madre-hijo farmacodependiente?

¿Cuál es el conflicto existente en el farmacodependiente en relación con su madre?

¿Es acaso la droga un elemento compensador en la relación madre-hijo?

¿Cuál es la relación con un padre en esta situación familiar y como aparece ante su hijo adicto?

5. 5. HIPÓTESIS PRINCIPAL.

La sobreprotección de la figura materna y la ausencia de la figura paterna son factores que determinan rasgos de la personalidad del farmacodependiente.

HIPÓTESIS SECUNDARIAS

La figura materna cuando provee la sobreprotección debido a una conducta de inadaptación social (farmacodependencia).

Si el sujeto farmacodependiente proviene de una familia disfuncional, entonces la búsqueda de la identificación es la que propicia las condiciones que producen esa dependencia en el sujeto hacia la droga.

DISEÑO DE MUESTRA

Se tomarán cuatro familias en las cuales debe existir un paciente diagnosticado como farmacodependiente. La cantidad de cuatro casos se

considera un número conveniente a los fines de esta investigación, pues permitirá comparar y valorar los resultados de dichas familias.

5. 6. TIPO DE INVESTIGACIÓN QUE SE EMPLEARÁ.

El presente trabajo buscará cualitativamente la farmacodependencia, tendrá las características de ser una investigación teórico-práctica en el campo de la clínica que intenta identificar y conceptualizar el fenómeno de la farmacodependencia desde diversas teoriza, en relación con el vínculo con la madre y la ausencia del padre.

En la investigación del Expost-facto no es posible el control directo, el investigador no puede manipular variables ni la asignación aleatoria. Basicamente la investigación del Expost-facto adolece de una limitación inherente, la falta de control sobre las variables independientes, la diferencia más importante entre la investigación Expost-facto y la experimental es el control.

Podemos afirmar con certeza que una proporción apreciable de estudios psicológicos, la mitad o más, son **Expost-facto**. El valor de la Investigación **Expost-facto**, a pesar de sus limitaciones, se utiliza en psicología, sociología y pedagogía simplemente porque en estas disciplinas abundan los problemas que no pueden ser investigados experimentalmente.

Su carácter inmanipulable quedará demostrado por completo mediante una breve reflexión sobre algunas importantes variables de la investigación pedagógica, inteligencia, aptitud, ambiente familiar, educación paterna, personalidad del maestro y la atmósfera escolar. Desde luego es posible realizar una investigación controlada, no así una auténtica experimentación.

Por lo que una regla fundamental de los estudios **Expost-facto es que no presente hipótesis a comprobar por lo cual se hace referencia que todo**

estudio de este tipo debe presentar hipótesis a comprobar para tener cierto valor científico, por lo tanto es importante que toda investigación científica, la observación sea el primer paso fundamental anterior para la elaboración de la hipótesis.

5. 7. PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS

Se llevó a cabo la investigación en Centros de Integración Juvenil ubicado en la Delegación Álvaro Obregón, con terapia familiar a través de una serie de sesiones que tendrán una duración de 70 minutos cada una semanalmente. El método que se utilizará en la presente investigación serán entrevistas de exploración y entrevistas terapéuticas. Ello permitirá indagar sobre los principales síntomas del sujeto y obtener una visión de su problemática actual y la forma como éste la percibe. Esto propiciará una amplia libertad para las preguntas o para las investigaciones, permitiendo toda flexibilidad necesaria en cada caso.

Por lo tanto entrevista es el instrumento principal en el método clínico, ya que a través de la misma permite explorar la historia pasada del paciente, la cual se obtendrá a través del relato del mismo paciente, así mismo se observará la relación que este establece en sus primeros contactos con el entrevistador y su comportamiento durante la entrevista.

Debido a que el método clínico logra penetrar en la singularidad y en la profundidad de los fenómenos, la validez e importancia de este método ha sido demostrado por diversos autores como Lagache, Bleger y Pasternak, quienes se han dedicado a su estudio y cuyos puntos de vista son los siguientes:

Lagache sostiene que el método clínico es lo específico de la psicología clínica, definida como una disciplina psicológica basada en el estudio

profundo de casos individuales y que tiene por objeto estudiar la conducta humana individual y sus condiciones (herencia, maduración, condiciones fisiológicas, patológicas e historia del sujeto). Por lo tanto este autor establece que la psicología clínica se ocupa del estudio de la personalidad total.

El objeto del método clínico es el estudio profundo de casos individuales, es decir, de los determinantes hereditarios, biográficos y genéticos de la conducta del sujeto observado.

Este autor también sostiene que el método clínico se utiliza por una parte la anamnesis: conocimiento del pasado del sujeto, gracias a los documentos personales, al relato del sujeto y, por otra parte a la observación de sus reacciones "en situación" o en laboratorio.

Su especificidad radica en la naturaleza de las operaciones con las que el psicólogo clínico enfoca la conducta humana, la cual se caracteriza por el predominio de la observación orientada hacia la totalidad de las reacciones del ser humano frente a una situación vital. Propiamente dicho es la observación hecha por el psicólogo en un contacto personal y directo con el examinado que le permite al primero obtener dos fuentes de datos.

Por una parte, se observa el comportamiento del sujeto frente a la situación del examen y la relación que se establece con el examinador y, por otra, adquirir conocimiento de su historia pasada a través del relato que el mismo sujeto hace de ella. Este último para pensar en la singularidad de cada caso, así mismo, el examen clínico permite observar la actitud del individuo frente a su situación y problemas actuales, frente a sus actos y a los acontecimientos de su vida. La exploración de la historia pasada del sujeto es susceptible de llevarse a cabo mediante técnicas históricas que consisten en obtener

información del testimonio de algún familiar cercano del individuo y en la técnica documental.

Bleger coincide con Lagache al señalar que este método sostiene en un estudio detallado y profundo, basado en la observación directa y en la historia del sujeto factores por cuyo intermedio es posible lograr en enfoque global del paciente estudiado. Para este autor el método clínico se caracteriza por el contacto directo y personal que logra el investigador con el sujeto estudiado.

Podría afirmarse que la principal ventaja consiste en un intento de analizar más profundamente cada caso, ya que permite introducirse en la historia de cada sujeto y en la compleja particularidad de su problemática. Lagache enfatiza que el método clínico es el más apropiado para el estudio de la conducta humana, por que sugiere una hipótesis, permite su verificación y plantea la psicoterapia a llevar.

Por su parte Pasternak afirma que el método clínico y el experimental presenta un punto de contacto que es la observación y que ambos pueden ser vistos como dos formas de observación diferenciadas por la relación inversa que muestra entre el número de variables consideradas y el número de sujetos en que las estudia. Este autor sostiene que la experimentación es como una observación rigurosa que pretende conocer las variaciones de una sola característica en un elevado número de sujetos, mientras que en el método clínico trata de registrar la observación de mayor número de variables en un solo individuo.

Por lo que, a partir de citar los diversos autores, lo que nos interesa es la entrevista psicológica. Se entiende como entrevista psicológica aquella en la que se persiguen objetivos psicológico (investigación , diagnóstico, terapia),

por lo que el campo de la entrevista se va configurando a través de las variantes, las cuales dependen de la personalidad del sujeto.

De ahí la importancia de tomar en cuenta los criterios de valoración en la escuela del discurso del sujeto en la situación de la entrevista. Cabe señalar que los mismo son de utilidad a medida en que permitirán guiarnos en la escucha del discurso del sujeto, por lo que son puntos de referencia para con ellos abstraer del discurso los elementos importantes para esta investigación.

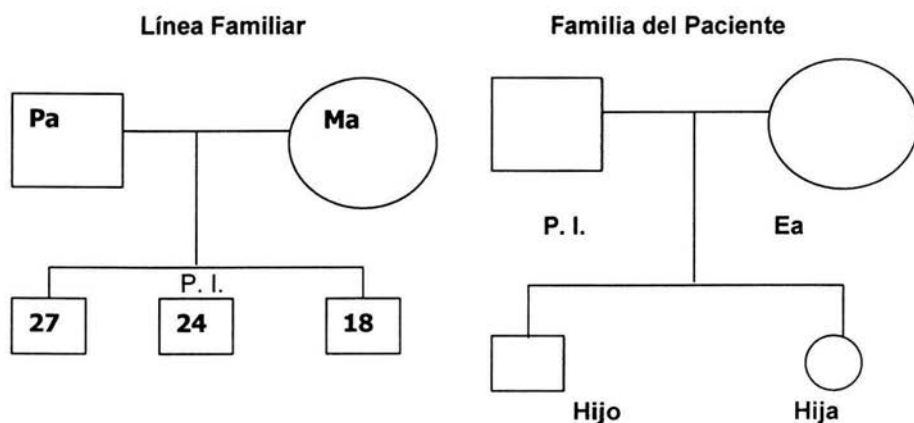
CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE CASOS

Presento en esta sección el trabajo llevado a cabo con las familias, así como los aspectos más revelantes obtenidos durante la observación en las sesiones familiares. Se presenta además el informe de la historia clínica extrayendo de él los datos más esenciales para dar una idea del paciente, del tipo de problemática familiar que lo envuelve en el momento del trabajo con su familia y del tiempo de evolución de la problemática, con el objetivo de enmarcar la situación social de cada paciente. En esta fase nos encontramos que no siempre es factible crear la permanencia grupal.

Caso I: MIGUEL

6.1. Familiograma.-



Miguel es un hombre de 24 años de edad, casado, con escolaridad de 3a año de secundaria, es el tercero de dos hijos, de una familia de clase socioeconómica medio-baja, vive en la casa de su suegra. Ha desempeñado

diversos empleos entre ellos ayudante de hojalatero y electricista. Muchos de éstos han sido desarrollados por temporadas y con inestabilidad, debido sobre todo al uso de inhalantes. Desde hace varios años trabaja con su padre en un taller eléctrico, sus ingresos son limitados e irregulares. Comenzó su adicción a las drogas específicamente de marihuana y cocaína a los 14 años de edad, se observan antecedentes de problemas de alcoholismo por parte del padre, el grado de farmacodependencia de Miguel es alto.

En la primera sesión Miguel, junto con su esposa, acuden a la institución donde se les enfatiza la importancia de la familia en el tratamiento del paciente farmacodependiente, así como el hecho de que una vez que se hayan integrado al grupo cuentan con un espacio propio donde pueden hablar de sus sentimientos. Es el paciente quien manifiesta "acudo a pedir ayuda deseo dejar la droga". Al inicio se les pregunta cómo fue que detectaron este problema, la esposa enfatiza durante la sesión que nunca se percató de la problemática de su pareja, porque siempre se salía, así mismo manifiesta: "me preocupa que se agrande su consumo de drogas y comience a robar".

Por su parte Miguel señala que ha tratado de dejar la droga, pero no puede. La esposa menciona que cuando trabajaba le llevaba dinero, pero luego se lo quitaba para comprar la droga, "se pone agresivo y cuando se sale se pierde dos o tres días, en ocasiones consume la droga delante de su hijo" Cabe destacar que en esta fase resaltan alteraciones en la relación conyugal como son la imposibilidad de obtener la reciprocidad que se espera en cuanto a compañía y comunicación, lo cual es la base para estructurar el desarrollo integral de cada cónyuge en una relación adulta, es decir, la dificultad de ver a cada miembro de la pareja como un ser individual, autónomo, pero al mismo tiempo comprometido en una tarea en común.

En la segunda sesión.- Aun cuando el trabajo se centra en restituir los roles en el sistema familiar, desmificar el problema de la farmacodependencia, así como crear conciencia de la enfermedad;, en esta sesión participan la madre del paciente, la esposa y Miguel. Es la esposa quien centraliza desde el principio la información, dice que no soporta la situación porque no deja las drogas, a tal grado de que si no la deja, lo abandona. Al preguntarle si existe un peligro de separación, se concreta a decir: "sí". La madre de Miguel es divorciada, al inicio de su trabajo en el grupo permanece callada, en una actitud reflexiva, sus intervenciones son pocas, señala "cuando Miguel empezó a trabajar, alrededor de los 15 años, lo hacia con un tío, no le pagaba con dinero sino con marihuana", por lo tanto Miguel presenta una actitud de evasión como si no estuviera ahí. Al preguntarle si ha disminuido su consumo de drogas responde, "me ha costado trabajo dejar el consumo de drogas, aún consumo marihuana", ¿"no me podría dar algo para ya no hacerlo"?

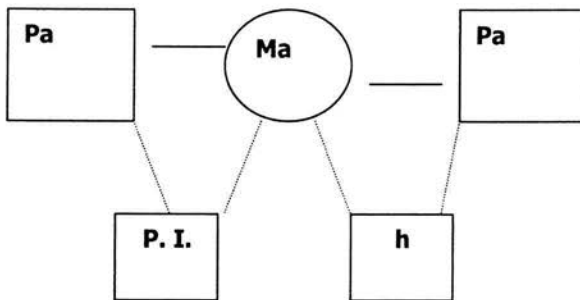
Sin embargo, la madre dice: "estoy dispuesta a pagar el tratamiento de Miguel y mantener a su familia, con tal que acuda a su tratamiento o bien, le dije, lo voy a encerrar en un anexo". Se observa que cuando llega a haber recaídas del paciente la actitud de la familia ante el problema es de desesperación y sólo se desea internar, al paciente, lo que sin duda es un sentimiento de olvido del conflicto.

Tercera sesión.- En esta fase Miguel acude solo, menciona que su consumo no ha disminuido; al preguntarle de su relación con su padre, dice: "tiene varias fallas, nos grita mucho a mis hermanos y a mi", "cuando lo veíamos nos regañaba", "siempre ha consumido alcohol", "mis hermanos también toman", expresó que no mantiene una buena relación con su esposa por lo mismo de su drogadicción.

Después de la tercera sesión el paciente abandonó el tratamiento, lo que permitió interpretar que tal conducta como la no aceptación del problema de la farmacodependencia en varios miembros del núcleo familiar, evitando así la recuperación y a toda costa el cambio, ya que el hecho de pensar en el cambio provocaría angustia en la familia. Una constante dentro del tratamiento la figura paterna estuvo ausente en su función, pero ante su actitud violenta, sea un factor que propicie la farmacodependencia impidiendo al sujeto deje su adicción.

Caso 2: CESAR

6. 2. Familiograma.-



En esta fase. nos encontramos con una variable que no pudimos controlar. El paciente abandonó el tratamiento por su falta de tolerancia y por su poco vínculo con el terapeuta. César es un hombre de 17 años de edad, con escolaridad de 2º año de preparatoria. La familia de César se compone de la madre de éste, hermano de 2 años y el paciente. Actualmente sus padres se encuentran divorciados, ambos son hijos de diferente padre. Proviene de una familia de clase socioeconómica media-baja, vive con su madre y hermano. Desde hace varios años trabaja en una gasolinera. Comenzó a fumar marihuana a la edad de los 15 años, ha ingerido alcohol desde entonces, con

un patrón de consumo esporádico, aunque también existieron periodos donde su uso se incrementaba en dosis y frecuencia.

En la primera entrevista.- La madre, quien acude al Centro para solicitar atención para uno de sus hijos, es entrevistada por una psicóloga, y le da cita y le pide que asista el muchacho. Son sensibilizados a tomar una psicoterapia familiar, para cual es necesario que asistan todos los integrantes de la familia, sin embargo, en la primera sesión no asiste la madre, sino que asisten la tía, la abuela y el paciente.

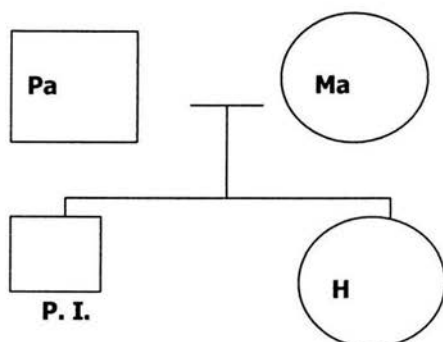
La tía, quien plantea que el problema con César es que usa crack, comenta que sus padres están divorciados, su padre no le da pensión alimenticia, porque actualmente no tiene un trabajo estable. César se mantiene callado durante la sesión. La tía pregunta "dinos qué te pasa, qué te hace falta", César dice llorando "me siento solo", la abuela por su parte agrega: "niño, dinos qué te sucede". La tía nuevamente comenta que César ahora que trabaja y que gana dinero, se lo va a aventar a su padre.

Segunda sesión.- César llega con su madre, quien tiene 39 años y es divorciada asiste al grupo por el problema que presenta César. Al inicio del trabajo en el grupo permanece callada, sus intervenciones son pocas: "cuando me divorcié de mi primer esposo, me sentí sola y me dediqué a trabajar en forma obsesiva con el fin de darle a mi familia todo cuanto necesitara". Así mismo señala que César al ingresar a la secundaria, en compañía de sus compañeros, introdujeron alcohol y lo suspendieron; César mantiene una actitud de evasión, como si no estuviera ahí. Por su parte, César manifiesta que a la edad de los 15 años comenzó a usar marihuana. Así mismo menciona "en mi familia casi no conviven". Al preguntarle quién se percató de su problema menciona que fue su abuela, después la familia se enteró de su adicción. César cita: "le tengo coraje a mi padre", "cuando lo veo me da coraje". "Mi padre toma mucho, no me gusta verlo". Se observa

que César pone de manifiesto el resentimiento hacia su padre, por su irresponsabilidad y el alcoholismo, conducta de la cual nadie habló durante las sesiones, a excepción del paciente. En el caso de César ,el padre no asistió a las sesiones, la actitud de la familia frente al problema de la farmacodependencia es de desesperación. La familia dejó de asistir, no hubo mejoría.

Caso 3: ALEJANDRO

6. 3. Familiograma



Ambos padres acuden al centro para solicitar atención, ya que su hijo es usuario de marihuana. Asisten los 4 integrantes y son sensibilizados a tomar una psicoterapia familiar, para lo cual es necesario que asistan todos los integrantes de la familia, ninguna pone objeciones.

En la primera entrevista familiar.- Asisten (el padre llamado Enrique de 49 años, y la madre Carmen de 39 años). Es el padre quien centraliza desde el principio la información. Cuenta que actualmente Alejandro no estudia ni trabaja, solamente cursó hasta segundo de secundaria, cuando supieron que Alejandro había probado la droga hablaron con él y estaba a tiempo de realizar un tratamiento, incluso el padre manifiesta que con anterioridad había visto a Alejandro en una actitud agresiva; agrega que tal vez tuvo la

culpa que Alejandro sea flojo, ya que siempre le han dado todo. Así mismo, los integrantes presentan un gran monto de ansiedad entre ellos y la única forma que tienen de expresarla es culpándose el uno al otro de la farmacodependencia del hijo y señala Enrique (padre): "tú eres la culpable". Carmen, (madre) "acepto mi error" dice ella.

La madre manifiesta que el paciente le tiene coraje. Ambos padres señalan: "siempre ha existido envidia hacia su hermana", el problema con su hermana empezó cuando nació, llegó a agredir a su hermana y hasta a morder a su madre. Desde este primer encuentro queda claro que el problema es individualizado en Alejandro. En esta primera entrevista pudimos darnos cuenta de lo siguiente: la familia de Alejandro desde un principio presentó interés por la situación del paciente, lo que permitió una coparticipación cercana. Al término de esta primera sesión se les planteó que una terapia familiar implica a todos sus integrantes y que no es una situación donde se buscan culpables y que de alguna manera algo están haciendo entre todos para resolver el problema; pero que no se daban cuenta de lo que estaban haciendo, por lo que se les planteó una terapia familiar una vez por semana y se propuso que Alejandro acudiera a terapia individual y que para lograr esto todos debíamos hacer un mayor esfuerzo.

Análisis de la primera sesión.- Se observa que el problema de la farmacodependencia afecta a la familia, los padres manifiestan sentimientos de culpa por el consumo experimental del hijo. A partir de la hipótesis inicial se plantea como estrategia restituir los roles de los integrantes, así mismo desmitificar el síntoma, el cual crea un clima de ansiedad y tensión entre los mismos.

A partir de la segunda sesión.- Alejandro reporta que acudió a tratamiento por presiones directas ejercidas sobre su persona. Al preguntarle acerca de su forma de relacionarse con su familia plantea que su madre es estricta

debido a que le indica lo que debe hacer y lo que no; la relación con su padre es mejor y a su hermana la describe como una "destrampada", ya que en ocasiones Silvia hacía travesuras y le echaba la culpa a él, posteriormente señala que a Silvia la dejan ir a fiestas y a él no.

En la tercera sesión.- En el transcurso de esta sesión los participantes se abocan en la descripción de los aspectos negativos de Alejandro. En primera instancia el padre hace énfasis en su aspecto, el cual le da asco, comenta que le gustaría verlo más arreglado; la madre manifiesta estar de acuerdo con el padre, además ambos padres depositan en él funciones que se espera cumpla que sea trabajador, responsable y estudioso, al igual que Silvia que estudia y trabaja. De este modo tenemos que el paciente debe cumplir con roles propios de adulto.

En la cuarta sesión.- Se resaltan alteraciones dentro de la dinámica familiar. Se observa que la actitud de la madre manifiesta desesperación y agresividad hacia el paciente ante la imposibilidad de resolver el problema.

La madre se expresa de la siguiente forma: "ya me desesperaste", "ya no encuentro una salida". La madre se refiere a él como a un "niño" en el que no se puede confiar y que necesita de la guía y orientación materna. Asume entonces el compromiso de sacarlo adelante señala la madre: "eres buen niño, no te debes ofender por las cosas que te digo", "tratemos de no estar peleándonos, no te gusta lavar tu ropa, te lavo la ropa pero siempre que cooperes".

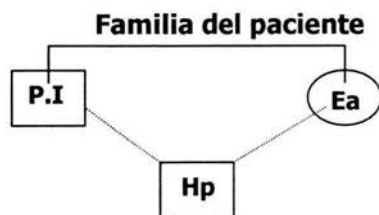
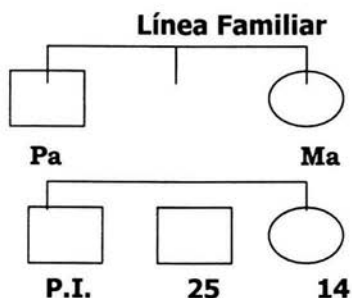
Por su parte el padre mantiene una actitud autoritaria, debido a los continuos problemas entre éste y el paciente, así como los conflictos de autoridad, señala el padre: "eres un flojo, me molesta cómo te sientas y que te pares tarde", "no te bañas, no haces absolutamente nada, ni modo que tú madre lo

hiciera", "el pretexto ha sido que yo no estoy con ustedes". Alejandro dice: "ya te dije que iba hacer mis cosas".

También es evidente que en la familia existe un hijo modelo el que estudia y trabaja: " a su hermana la dejamos salir porque ella estudia y va a la preparatoria, se le da dinero, a diferencia de él (refiriéndose al paciente) que no estudia. La comparación que hacen de ambos hijos fomenta conflictos en la relación entre hermanos provocando rivalidad y celos en ambos. Igualmente se le exige que trabaje, pero se le restringen privilegios que el otro hijo tiene. Ambos padres señalan "no estudia, tiene que trabajar", "se le daba dinero para libros o para cualquier cosa, ahora ya no se le dan tantos permisos, en cambio a su hermana se le da dinero para cosa de la escuela y se le da permiso de salir". Estos privilegios se condicionan en un "toma y da", lo que origina un círculo vicioso donde el hijo no hace lo que se le pide, pero reclama y depende cada vez más de los padres. De esta manera ambos padres le impiden crecer, fomentando una relación de dependencia para no enfrentar la propia vivencia adulta.

Caso 4.- CARLOS

6. 4. Familiograma



Carlos es un sujeto de 23 años, con escolaridad de 3° año de secundaria, cuyo grupo familiar esta integrado por la madre de 50 años, un hermano de 25 años, una hermana de 14 años. A las sesiones familiares acudieron solamente la madre, la esposa y Carlos. Es el segundo de tres hermanos, de una familia de clase socioeconómica media-baja. Carlos junto con su esposa, viven en la casa de su suegra. Desde hace varios años trabaja como ayudante de un restaurante, sus ingresos son limitados, comenzó a fumar marihuana aproximadamente a los 19 años de edad, ha ingerido alcohol con un patrón de consumo esporádico, aunque también existen períodos donde su uso se incrementaba. Buscó tratamiento poco tiempo después de haber ingresado a un anexo donde solamente estuvo tres meses, durante un año se mantuvo sin consumir cocaína. Actualmente Carlos sufre de constantes recaídas.

Durante la primera entrevista los familiares se enfocaban a explicar la conducta adictiva del paciente, relatando todos los problemas que dicha conducta había ocasionado a la familia, depositando en el terapeuta todas sus esperanzas de que él pudiera "cambiar al paciente". La esposa manifiesta que el problema de adicción de Carlos empezó cuando se casaron, pero a partir de que existe la problemática de su adicción, se ha vuelto más "histérica". Carlos señala a su vez que es agresivo, la esposa interrumpe "siempre trata de buscar un pretexto para agredir". Carlos menciona "estuve en un anexo, mi padre me metió", no me gustaba estar allí, debido a que existía maltrato físico y psicológico, solamente estuve cien días, al salir del anexo durante un año, pero después volví a consumir droga". Nuevamente interrumpe la esposa: "en ese tiempo lo fui a visitar, Carlos me decía que lo sacara de allí, ya que ya no soportaba estar en ese lugar". Por su parte, la esposa señala "a partir de que se inició con el consumo de la droga, empezamos a tener problemas de pareja". Carlos aclara: "llegué a golpear a mi esposa". Se observa que la actitud de la familia frente al

problema, cuando llega a haber recaídas del paciente, es de desesperación, por lo que insisten con más intensidad en la necesidad de ayuda. Se les planteó que ellos pueden ser colaboradores muy importantes en el tratamiento del paciente, con el que acceden a cooperar.

También se les hizo hincapié en que su participación es fundamental, no sólo para la recuperación de Carlos sino también para el restablecimiento del seno familiar.

Segunda sesión.- Asisten al grupo la madre, la esposa y el paciente. Al inicio de su trabajo en el grupo permanece callada. Carlos, quien centraliza la informado, a firma: " mi padre fue alcohólico, falleció hace cuatro años, solamente una vez vi a mi padre golpear a mi madre". Al preguntarle a los demás cómo ven el problema se les nota callados, concentrándose en decir que "está mal que Carlos se drogue". Carlos presenta una actitud de silencio se les aclara que a medida que se trate su problema de adicción, se va a ir trabajando su relación de pareja, por lo que tienen que llegar a un acuerdo. La esposa responde: "dejaré mi histeria". Carlos, por su parte "dejaré la droga y cambiaré mi carácter". Carlos menciona "cuando salgo del trabajo comienzo a pensar en la droga".

En la tercera sesión.- Se presentó la esposa, acude sola, visiblemente angustiada, solicitando insistentemente una entrevista con el terapeuta; cuando éste se la concedió afirma: "quiero que acudamos por separado, debido a que cuando estoy yo en las entrevistas, se reserva muchas cosas últimamente hemos tenido problemas, me empieza a gritar, a aventar cosas hubo en una ocasión que lo vi drogarse en el baño de la casa".

Se evidencian alteraciones conyugales severos, al grado de que intentan ventilar en el grupo recriminaciones, así mismo existen alteraciones en la relación de pareja. Los problemas que plantean, con respecto a su esposo

ante su adicción, es de disgusto y ante sus demostraciones de agresividad, éstas han llegado a un grado en el que la situación resulta difícil.

RECOPIACIÓN DE ANÁLISIS

En este estudio se encontró que los roles establecidos en las familias y las formas de interacción coinciden con los reportados en estudios pasados (ver cap. familia y farmacodependencia) como rasgos sobresalientes de la dinámica familiar de las 4 familias incluidas en este estudio se observa:

- ❖ Las familias pertenecen a un nivel socioeconómico medio, en algunos casos el núcleo familiar se había desintegrado por la muerte del padre, abandono, o bien porque se había abordado la separación. (ver casos Miguel, Carlos, César).

- ❖ Dentro del perfil de estas familias es frecuente hallar una historia de alcoholismo en algunas de las generaciones precedentes, siendo más frecuente observado en el padre. Sin embargo, la familia parece no haberlo vivido o vivirlo como un problema. Para ellos, la conducta adictiva del padre, abuelo, tío o cualquier otro familiar, es independiente o muy poco relacionado con la problemática del paciente identificado, por lo que cabría preguntar ¿en qué grado este factor puede influir en su posible reincidencia en el mismo tratamiento?

- ❖ -Las familias se sentían ajenas a la problemática del paciente identificado, consideraban que la farmacodependencia le había sido contagiada a su hijo en los grupos extrafamiliares a los que se había unido, tendían a negar u ocultar el haber percibido que alguno de los miembros consumía drogas, cuestión que generaba una alianza entre algunos de ellos y de la cual el farmacodependiente siempre quedaba

excluido. Estos grupos fueron los que acudieron en algunos casos con el P. I. a pedir ayuda al Centro.

- ❖ En el caso de Miguel ya existía un caso de farmacodependencia previo al del P. I. todos ellos eran hermanos mayores que éste y del sexo masculino.

- ❖ En la mayoría de los casos se encontró una crisis de pareja, donde los cónyuges aparecían alejados, no se mostraban afecto, no acostumbraban consultarse uno al otro para la toma de decisiones.

- ❖ Todas las familias presentaban una atmósfera familiar de enojo, desesperación y negativismo.

- ❖ En todos los casos era el primer intento de un tratamiento psicoterapéutico, a pesar de que el problema de farmacodependencia tenía un tiempo de evolución.

- ❖ Todos los farmacodependientes habían experimentado diferentes tipos de droga.

- ❖ En la mayoría de las familias, el grado máximo escolar obtenido por algunos de sus integrantes, era secundaria o preparatoria incompleta. Cabe señalar que las relaciones que los padres mantenían con la escuela de sus hijos eran descuidadas o apáticas.
- ❖ En el caso de Alejandro se logró mejoría en el tratamiento que se vio interrumpido, se alcanzaron los siguientes objetivos: hubo mejoría en la adaptación familiar, así como en la disminución del consumo de sustancias. En los casos de Miguel, Carlos y César no hubo mejoría en la conducta adictiva de los pacientes, así como la no aceptación del problema.

- ❖ En todos los casos se encontró que la adicción del farmacodependiente desvía la atención de otros problemas familiares existentes, principalmente los de la pareja, ya que a través de la adicción lograban relacionar en forma indirecta.

- ❖ Todas las familias presentaban una escasa conciencia de la enfermedad y atrás de la petición de tratamiento para el paciente se encontraba una actitud de responsabilizar a la institución de la rehabilitación de éste.

- ❖ Sin embargo, encontramos que no siempre es factible crear el sentimiento de pertenencia grupal de los pacientes, lo que ocasiona que se produzca la deserción, sobre todo en el transcurso del tratamiento, ya que frecuentemente nos encontramos con una serie de variables que difícilmente podemos controlar, por ejemplo: la

ocupación laboral de la familia. También se da cuando la persona que acude con el P.I no se encuentra verdaderamente comprometida con el problema o bien por la patología de los familiares.

Por tal motivo la presente investigación pretendió constatar la hipótesis respecto que la sobreprotección de la figura materna sea un factor que determina rasgos de la personalidad del farmacodependiente. Por lo tanto, no me permite afirmar o negar que la sobreprotección de la figura materna sea un factor que determine rasgos de la personalidad del farmacodependiente, por lo que se requiere de mayor investigación, pero pudimos considerar que las madres mantenían una fuerte alianza con el hijo farmacodependiente, a través de una conducta de sobreprotección ayudando con ello a la negación del problema obteniendo así un control relativo sobre el grupo familiar llegando con ello a minimizar la participación del padre.

En cuanto a la figura materna, cuando prevé la sobreprotección deriva una conducta de inadaptación social (farmacodependencia). Podemos concluir, pues, que la sobreprotección deriva una conducta de inadaptación social. Generalmente la mayoría de las familias colabora en el surgimiento y mantenimiento de la farmacodependencia al ir estructurando un sistema familiar que acarrea una serie de tareas no resueltas o resueltas en forma ineficaz con respecto a la evolución de su ciclo vital, esto es que su funcionamiento no logra reestructurarse en forma constructiva para responder a las necesidades de maduración y socialización de sus integrantes, situación que la convierte en un campo fértil de sus integrantes, es que la convierte en un campo fértil para la aparición de conductas inadaptativas que vendrán a convertirse en un elemento que aumente su desintegración.

Por otro lado, que la ausencia de la figura paterna sea un factor que determina rasgos de la personalidad del farmacodependiente. Una constante

en los casos analizados es la ausencia de la figura paterna, ya que por lo general no asistía a las sesiones o cuando lo hacía delegaba totalmente la responsabilidad de la educación de los hijos a la madre.

En cuanto a la segunda hipótesis de trabajo, que el farmacodependiente proviene de una familia disfuncional entonces la búsqueda de identificación es la que propicia las condiciones que producen esa dependencia en el sujeto hacia la droga. En los cuatro casos encontramos que su adicción comenzó en la adolescencia. Por lo que en este periodo de transición de la niñez a la adolescencia, a los jóvenes se les presentan situaciones nuevas y difíciles. En este transcurso viene un desequilibrio que en ocasiones puede ser leve o a veces se llega al fracaso en la adaptación de los requerimientos al cambio familiar, así que la aparición de la farmacodependencia no solamente se debe a factores intrínsecos al sujeto, sino también en ocasiones a estresores situacionales (divorcio, pérdida de un familiar, conflictos familiares o bien al alcoholismo o consumo de algún miembro de la familia) o bien por algún tipo de trauma en la vida de algunos de ellos, lo que propicia incrementar su vulnerabilidad.

Así mismo, como ya afirmamos anteriormente, los rasgos y características de la familia del farmacodependiente reportados en la mayoría de los trabajos revisados aquí, sólo nos permiten establecer un perfil relativo del sistema familiar que tiende a producir un individuo farmacodependiente y es posible que no todas las familias de farmacodependientes presenten todos o la mayoría de los rasgos citados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como propósito principal analizar si la sobreprotección de la figura materna y la ausencia de la figura paterna son factores que determinan rasgos de la personalidad del farmacodependiente.

En este apartado se tratará de dar cuenta de lo que hay en común en los casos estudiados, reflexionando los hallazgos a la luz del marco teórico psicoanalítico/sistémico, incorporando algunos datos y afirmaciones derivadas de la práctica clínica en la atención de pacientes farmacodependientes, particularmente dentro de la institución en que se llevó a cabo esta tarea.

- **La Familia.**

Se puede observar que las familias de origen se caracterizan por el silencio, por una conspiración inconsciente al secreto. No se miran, no se comunican, a veces no hay reacción ni siquiera cuando surge explosiva o violentamente y en forma obvia, algún problema o conflicto interno entre sus miembros o de alguno de ellos con el medio extrafamiliar. Presentaban, por lo regular, un ambiente de depresión, tristeza y desesperanza. Así mismo la comunicación familiar es establecida a través de regaños y en forma indirecta.

No eran vistos o no son vistos algunos otros miembros que también presentan conductas adictivas sobre todo con el alcohol.

Las familias presentan, generalmente, una actitud de "no ver" las drogas y una fuerte resistencia a involucrarse en el tratamiento.

Otra actitud que es observada en las familias expresan una incomprensión de la farmacodependencia de su hijo. Por otra parte, también reportan que

los familiares se enteran de la adicción del paciente tiempo después de haberse iniciado esta.

En la entrevista los familiares expresan que todo va bien siendo su única preocupación el vicio de su hijo. Cuando admiten la existencia de otros problemas, delegan la responsabilidad en el hijo farmacodependiente, quien por lo regular, según sus padres, siempre ha sido el hijo problema.

Se mostraba una relación deteriorada en la pareja parental, entre sí mismos y hacia los hijos. Hay preguntas no contestadas, a veces ni siquiera formuladas con respecto a la relación que llevan o han llevado precisamente como pareja.

Las experiencias de trabajo en CIJ, difundidas en las reuniones de carácter nacional aunque interno (Reunión Nacional Anual), así como en los diferentes órganos de divulgación (revista CIJ, guías Técnicas, informes de investigación "sobre todo de enfoque epidemiológico", series técnicas, cuadernos temáticos, talleres y cursos monográficos) han señalado a la familia del farmacodependiente como "un grupo para quienes la intimidad y distancia en las relaciones es una situación de conflicto", que "se observan aburridos y tristes, excepto cuando son movilizadas por el hecho de que uno de los hijos utiliza drogas". (CIJ. Vol. 3,1995)

A menudo estas familias mantienen algún secreto, algo de lo que nadie quería hablar, si bien todos estaban enterados, todos lo conocían, por ejemplo el secreto de la existencia de un padre sumamente enfermo, alcohólico. Son familias que tardamente buscan ayuda profesional, ya que no conciben a la farmacodependencia como un problema grave ni aceptan que existe un consumo de drogas dentro del seno familiar, por lo que lo continúan escondiendo hasta que se hace cada vez más evidente. Actúan como si no pasara nada, tratando de adivinarse los pensamientos y

emociones, pues la comunicación familiar es nula. Se comunican a través del enojo y la agresión. Esta situación provoca también en todos sus miembros una actitud, de aislamiento en medio de una gran confusión, porque siendo de una manera, se comportan y hablan de otra diferente.

En la mayoría de las familias se ha observado que casi todas presentan una conflictiva conyugal, sus roles parentales no están bien definidos y no siempre es abiertamente manifestado, la familia delega la responsabilidad de los problemas en el hijo, casi siempre existe un hijo "modelo" y en algunas ocasiones uno o ambos padres se comportan como si fueran hijos.

La mayoría de las familias presentan una relación entre los padres conflictiva, donde hay un excesivo apego, mientras que otras presentan desapego (familias desligadas) y límites rígidos.

Por lo tanto se puede concluir que se trata de familias donde todos los miembros del grupo están viviendo bajo un mismo techo, pero se relacionan sin límites, con una pobre posibilidad de actuar separados y de vincularse con otros.

- **El padre**

El padre, para ser tal, puede estar físicamente, pero es necesario que esté presente en el discurso de la madre, para nombrarlo e instaurarlo ante el hijo.

El padre de Alejandro permanecía fuera de la casa por estar trabajando. El "no fue muy expresivo", aparece como un adorno para el grupo familiar, cuyo discurso no tenía fuerza o vitalidad. Fue un padre presente, pero ausente, que en muchos momentos importantes se mantenía callado.

En el caso de Miguel ha estado alejado física y/o emocionalmente de la familia como consecuencia de la separación, es un hombre también alcohólico.

El padre de Sergio, junto con el de Miguel, comparten la característica de que ha permanecido alejado como consecuencia del divorcio.

Por lo tanto, la masculinidad de estos padres, igual que de los hijos, se encuentra en el orden de lo imaginario donde se es "todo" o se "es nada"

El padre, por lo general, no asistía a las sesiones y cuando lo hizo se auto excluyó de la problemática, y delegaba la responsabilidad de la educación a la madre; a veces la autoexclusión del padre es muy notoria, el padre no hablaba durante las primeras sesiones.

Se observará

La mayoría de los padres provenían de familias con problemas de alcoholismo, privaciones económicas, con ausencia de alguno de los padres, familias en las que sus integrantes estaban desligados unos de otros, donde no había manifestaciones directas de afecto.

En tres de los cuatro casos el padre no había vivido en el hogar, en uno de ellos por estar trabajando fuera y en otro porque tenía otra familia.

En la mayoría de las familias, el padre se mostraban distante y ausente de los hijos.

El padre es generalmente débil y se encuentra alejado emocionalmente de la familia, en particular, del farmacodependiente.

Por lo que es posible entender por qué al padre se le califica como "débil", "ausente", "ineficaz", "periférico", "rígido", "pasivo", "irresponsable" o "agresivo".

- **La Madre**

En la mayoría de los casos se observa a una madre que confusa o que ambiguamente reconoce en ese padre real al padre. No apoya su discurso, a veces ni siquiera lo presenta como tal. Como consecuencia, la apropiación del lugar del hijo, en el orden de las generaciones y el parentesco, se sacude fuertemente.

Las madres de los usuarios de drogas hacen permanecer el vínculo por más tiempo, impidiendo así la individuación de éste, es decir, se considera, revelante que sean éstas las que buscan y soliciten con mayor frecuencia el apoyo. Quizás, como una manera de no involucrarse realmente en la búsqueda de la solución al problema.

Sin embargo, existe un excesivo apego al hijo por parte de la madre, muchas veces complementado con rechazo o abandono emocional, donde lo que sobresale es la protección y lo que está ausente es la comunicación y el respeto por el otro como ser diferente y único.

Vayamos a algunas observaciones de la clínica:

Los resultados de la investigación "Estructura familiar", realizada en CIJ (CIJ, VOL. 3, 1995), indican que en dos de cada tres casos (67.8%), la relación del paciente identificado con su madre está medida por límites difusos, manteniendo una relación de sobre involucramiento con ésta.

Por lo que en algunos aportes de la experiencia al tratamiento y psicopatología de la adicción realizados en CIJ, mencionan sobre un caso

particular y a partir del trabajo con jóvenes varones adictos, que los dos rasgos que prevalecen en la madre son, la ambivalencia y la seducción sexual al hijo. " Son madres que satisfacen en sus hijos aquello que en el terreno de una relación heterosexual jamás habrían de satisfacer". (CIJ, Vol. 3,1995)

Son madres que con frecuencia acaparan la palabra del hijo y del padre, que bloquean los esfuerzos hacia la disciplina por parte de éste, que excluyen la intervención paterna.

Es posible observar que es la esposa o la madre quien acude a solicitar ayuda; esto nos indica por un lado, que son quienes sufre más y se angustian mas que otro miembro del sistema incluso del que presenta el síntoma .

- **La droga.**

Miguel expresó: "deseo dejar la droga" y César, por su parte, dijo: "me gustaría dejar de consumir".

Estas son algunas de las frases que emplearon para decir ellos mismos algo del vínculo que han establecido con la droga.

En psicoanálisis, el sujeto se define a partir del lugar que va ocupando, en su decir y actuar el acento se pone en la subjetividad del sujeto, por lo tanto, es de suma relevancia lo que verbalizan y logran articular acerca de su situación,

La droga tiene una significación singular, específica para cada individuo. Los por qué de la dependencia no son de entrada aspectos que puedan entenderse, aunque se trate de darles una racionalización consciente como a cualquier otro evento.

Aquí se observa a cuatro individuos que han intentado decir y decirse cosas sobre su "elección" del consumo de drogas, o por lo menos aproximarse a ello. Su asistencia, a pesar de todo a la institución, quizá así lo demuestra.

En la farmacodependencia han pretendido la ilusión de ser independientes en una dependencia. Al principio, aparentemente la droga tapó, esfumó sus problemáticas, después, poco a poco y de manera más o menos clara, ha reproducido la historia particular de las dificultades y tribulaciones que han tenido.

Los hallazgos de este estudio permiten deducir que no es a partir del consumo que aparece el desdecir o la adicción del sujeto. En todo caso, se hace evidente y la acentúa, pues ya existían ciertas características psíquicas que los hacían "vulnerables" a tener un discurso vacío, poco válido y sin peso.

Al drogarse, el sujeto encuentra un escape sin medida que se constituye en un paradójico proceso de autoconservación, pero sólo resulta una trágica circularidad, una repetición que no genera otra desaparición que la del propio sujeto.

A través de la droga han podido negar conflictos, mitigar dolores, sentirse libres, completos, valientes, admirados, autosuficientes y poderosos.

Por lo que de alguna u otra manera dicen sentirse como víctimas, temerosos o inseguros de poder vivir sin las drogas, de "ser alguien". Uno que pueda ignorarlas, que ya no las necesite o ya no quiera o crea necesitarlas. A través de los casos expuestos anteriormente, todos han manifestado su sufrimiento psíquico, su dolencia.

En los casos expuestos anteriormente se observó que la mayoría de los pacientes comenzaron a consumir drogas en la adolescencia. La

adolescencia es un momento en la historicidad de la psique donde los significantes se reacomodan, se organizan, donde la amnesia infantil puede resignificarse.

Debido a que es una etapa de transición entre la niñez y la vida adulta, en ella se da mayor cantidad de cambios físicos y emocionales en el individuo, de la ausencia-presencia de los padres.

Por lo tanto, la mayoría de los adolescentes prueban las drogas, para ver qué siente. por pertenecer a un grupo o por encontrar una solución a su angustia. La drogadicción es una manera de escabullirse de sus problemas, es decir, a través de la ingesta suponen la pretensión de poder tener éxito en el esfuerzo por oponerse a la existencia de una realidad desquiciante o a la no existencia de sí. A través de la droga se establece un vínculo es una especie de matrimonio o noviazgo pero en aislamiento.

La persona consumidora de drogas llega a decir necesitarlas para vivir, para estar igual, que siente la necesidad de alimentación. El drogarse no acepta postergación ni sustitución. Eso es lo que cada vez y con más fuerza, dice, le hace falta. Sin embargo, compra la "mercancía" y no se colma, no se satisface.

La experiencia con los familiares nos ubica en la necesidad de enfatizar la importancia de la orientación a los familiares de farmacodependientes, donde se oriente a la familia para promover la salud del propio paciente, ya que si partimos del hecho evidente, la familia ejerce una influencia importante en la vida de sus miembros. De ahí la importancia de atender los procesos psicológicos de la familia y así mismo hacer hincapié en su participación, debido a que su involucramiento es fundamental no sólo para la recuperación del paciente, sino también para el restablecimiento del sistema familiar.

G L O S A R I O

Constelación familiar: Concepto de la psicología individual que se aplica a la composición de la familia edad, capacidades, propiedades de carácter, formas de comportamiento del padre y de la madre y de otras personas que intervienen en el proceso educativo y de los hermanos en relación con su influencia sobre el desarrollo psíquico del niño.

Comunicación Inadecuada: Es donde las situaciones en las que participan dos o más personas sean interpersonales y comunicacionales, existe la ambigüedad que tanto el emisor como el receptor enfrentan en lo relativo a los problemas de traducción (mensaje) de una modalidad a la otra.

Desintegración Familiar: Es un proceso que culmina con la ruptura de los vínculos principalmente afectivos que mantienen unidos a los esposos a estos con sus hijos y a estos últimos entre sí, tal aflojamiento de tales vínculos, las tensiones y conflictos entre los miembros de una familia pueden conducir a esa ruptura que puede ser parcial o total.

Deseo: En la concepción dinámica freudiana, uno de los polos del conflicto defensivo, el psicoanálisis ha mostrado, basándose en el modelo del sueño, como el deseo se encuentra también en los síntomas en forma de una transacción.

Farmacodependencia: La definición de farmacodependencia formulada por la OMS en 1971 declara lo siguiente: la farmacodependencia es un estado psíquico y a veces físico. causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. Se caracteriza por ciertas modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden el impulso irreprímible a tomar el fármaco en forma continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos

psíquicos y a veces para evitar el malestar causado por la privación, la dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia (a la privación).

Identificación: Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones.

Inconsciente: El adjetivo inconsciente se utiliza en ocasiones para calificar cualquiera de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia.

Objeto: Es aquello en lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir, cierto tipo de satisfacción. Puede tratarse de una persona o de un objeto parcial, de un objeto real o de un objeto fantaseado.

Padre ausente o periférico: El padre periférico se describe como un padre frágil ante el hijo.

Simbiosis: Relación de estrecha dependencia mutua entre dos personas, conteniendo la posibilidad de tener sobre ambos efectos benéficos.

Transferencia: Designa en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida entre ellos y de un modo especial. dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.

FUENTES DE CONSULTA BIBLIOGRÁFICAS.

Aberastury, A. Knobel Mauricio. La adolescencia normal. Buenos Aires, Paidos, 1998.

Ackerman, N. W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Argentina, Lumen, 1994.

Ackerman, N. W. Psicoterapia de la familia Neurótica. Buenos Aires, Paidos, 1978.

Abraham, K. Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo en el psicoanálisis clínico. Buenos Aires, Paidos, 1980.

Anónimo. Desintegración Familiar. México, Culbinez, 1965.

Azcona Sánchez Jorge. Familia y Sociedad. México, 1976.

Aportaciones teóricas y practicas para el conocimiento del farmacodependiente. vol. 5, CIJ, 1979.

Browlby, John. El vínculo afectivo. México, Paidos, 1997.

Bulacio, J. Bruno y otros. De la drogadicción (contribuciones a la clínica), Buenos Aires, Paidos, 1986.

Bleger, José. Simbiosis y Ambigüedad. Buenos Aires, Paidos, 1984.

Bleger, José. Psicología de la conducta. Argentina, Paidos, 1974.

Bleichmar, M. N. y Bleichmar de Leiberman Cecilia, Psicoanálisis después de Freud. México, paidos, 1999.

Berenstein I. Familia y enfermedad mental. Buenos Aires, Paidos, 1978.

Belén Charro y otros. Dinámica personal y Familiar de los Toxicómanos. Madris, Publicaciones 1995.

Barchetti, E. Irene, Jorge, M. Helman y Cols. Estudios sobre drogadicción. Buenos Aires, Lugar, 1998

Casinato, Mario. Biblioteca de Psicosociología, Psicología de las relaciones familiares, Barcelona, Herder, 1992.

Cirillo Stefano, Roberto Berrini y Cols. La familia del toxicodependiente. Argentina, Paidós, 1999.

Caparrós N. Crisis de la familia. España, Fundamentos, 1981.

Cooper, D. La muerte de la familia. Ariel, 1981.

Consejo Nacional Contra las Adicciones. ENA, 2002.

Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional Sobre Las Adicciones, 1993

Doucet, W. Friedrich. Diccionario de Psicoanálisis Clásico. España, Labor.

Experiencias de trabajo con la familia del farmacodependiente. vol. 3, CIJ, 1995.

Estrada, J. L. Ciclo vital de la familia. México, Pasado, 1993.

Fromm, E. La familia. Barcelona, Península, 1978.

Instituto Mexicano de Psiquiatría, Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas en la Comunidad Escolar, México, 1991.

Kerlinger, N. Fred. Investigación del comportamiento.

Laplanche, J. Pontalis, J. B. Diccionario de psicoanálisis. Barcelona, Labor, 1971.

Lagache, D. Psicología clínica y método clínico. Buenos Aires, Paidós, 1982.

Minuchin, S. Técnicas de terapia familiar. México, Paidós, 1999.

Minuchin, S. Familias y terapia familiar. México, Gedisa, 1973.

Ocampo Vera Eduardo. Droga, psicoanálisis y toxicomanía. México, Paidós, 1988.

Programa de las Naciones Unidas para la fiscalización Internacional de drogas. Nuestro futuro depende de su presente (Oficina regional para México y Centroamérica), México, 1999.

Watzlawick, P. Bavelas Beavin, J, y Cols. Teoría de la comunicación humana. España, 1997.

Yaria Alberto Juan. Los adictos, las comunidades y sus familias. Argentina, Trieb, 1988.

TESIS

Barragán Serra Angélica Claudia. Hacia una comprensión psicoanalítica de la farmacodependencia. Tesis, México, Facultad de Psicología. U.N.A.M. 1996.

Monrroy Ahumada Martha Ofelia. Perfil de autoconcepto en jóvenes farmacodependientes provenientes de un hogar carente de la figura paterna. Tesis, México, Facultad de Psicología U.N.A.M, 1987.

HEMEROGRAFICAS

Althaus Esther y Aarón Flora. Simbiosis y la psicopatología de adicciones desde el psicoanálisis.

Bilbao Fernando Marcos Castillo y Bolcacer Mario Alberto, Psicoanálisis y adicciones. Teorías Psicoanalíticas sobre lo simbólico y la personalidad adictiva. Liberaadictus, vol. 59, 2002.

Bilbao Fernando Marcos. Psicoanálisis, la psicopatología de adicciones desde el psicoanálisis. Liberaadictus, vol. 61, 2002.