



**Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia**

**Modelo de Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género para la  
Atención de las Adicciones y la Violencia Familiar**

**T E S I S**

que para obtener el grado de:

**MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR**

Presenta

**María del Carmen Fernández Cáceres**

**México, D. F. julio de 2015**

**ASESORA DE TESIS: DRA. ESTHER ALTHAUS ROFFÉ  
REVISORES: DR. JORGE PÉREZ ALARCÓN Y MTRA. MARISA OSEGUERA  
GARCÍA**

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación  
Pública. Según acuerdo No. 974201 de fecha 18 de Julio de 1997.

## **Agradecimientos**

*A la Dra. Esther E. Althaus Roffé, al Dr. Jorge Pérez Alarcón  
y a la Mtra. Marisa Oseguera García.  
Su revisión y contribuciones a este trabajo lo enriquecieron sobremanera.*

*Mi especial agradecimiento a los terapeutas y colaboradores  
de Centros de Integración Juvenil, A.C.  
y a las familias que participaron en este proyecto.*

**Dedicatoria:**

*A mis adorados hijos: Talía, Arsenio y Alberto.*

# ÍNDICE

	Pág
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	
<b>RESUMEN</b>	xii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULOS</b>	
<b>I. SITUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y LA VIOLENCIA FAMILIAR EN MÉXICO</b>	5
1.1 EL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO	5
1.2 LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO EN MÉXICO	11
<b>II. ANTECEDENTES</b>	19
2.1 INVESTIGACIONES DE CIJ SOBRE FAMILIA, GÉNERO, ADICCIONES Y VIOLENCIA	19
2.2 USO DE DROGAS EN ADOLESCENTES, SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y LA PERCEPCIÓN DE SUS RELACIONES FAMILIARES	19
2.3 LA FAMILIA DEL USUARIO DE DROGAS DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA ESTRUCTURAL	20
2.4 LA EXPERIENCIA DE VIDA Y VIOLENCIA EN EL HOGAR EN MUJERES FAMILIARES DE USUARIOS DE DROGAS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL	20
2.5 PROBLEMÁTICA Y CONDICIONES DE VIDA DE MADRES DE USUARIOS DE DROGAS, EN FAMILIAS CON JEFATURA FEMENINA	21
2.6 IMPACTO DE LA EMIGRACIÓN DEL PADRE EN LA CONYUGALIDAD Y PARENTALIDAD EN FAMILIAS DE JÓVENES USUARIOS DE DROGAS	22
2.7 SISTEMA DE GÉNERO Y SU ARTICULACIÓN CON LAS RELACIONES CONYUGALES Y PARENTALES EN FAMILIAS DE MUJERES ADOLESCENTES USUARIAS DE DROGAS	23
2.8 ATENCIÓN A FAMILIAS MULTIESTRESADAS CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE DROGAS Y VIOLENCIA	24

<b>FAMILIAR DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA</b>	
<b>2.9 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE INTERVENCIONES DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA EFICACES EN EL TRATAMIENTO DE USUARIOS DE DROGAS: LA VOZ DE CLIENTES Y TERAPEUTAS</b>	25
<b>2.10 EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA FAMILIAR CON ENFOQUE DE GÉNERO PARA ADOLESCENTES ADICTOS</b>	26
<b>III. MARCO TEÓRICO</b>	29
<b>3.1 ENFOQUES EN TERAPIA FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS</b>	29
3.1.1 El estudio de Luigi Cancrini: la tipología de los toxicómanos	30
3.1.2 El trabajo de M. Duncan Stanton y T. Todd: el problema de adicción a las drogas como un proceso de “pseudoindividuación”	33
3.1.3 Los ciclos evolutivos y el abuso de drogas: el modelo conceptual de Thomas C. Todd	37
3.1.4 Los estudios de S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso y R. Mazza: el modelo etiopatogénico relacional de la adicción. Un enfoque diacrónico por estadios	39
3.1.5 M. Cristina Ravazzola y su trabajo con mujeres, parejas de varones adictos: “condicionadas para ser incondicionales”	45
3.1.6 C. Fernández y colaboradores. La incorporación de una perspectiva de género en la atención del consumo de drogas y la violencia familiar	48
<b>3.2 REFERENTES TEÓRICOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL MODELO DE TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL</b>	51
3.2.1 La Teoría de la Complejidad	51
3.2.1.1 Complejidad: Principio dialógico de la recursividad organizacional y hologramático	53
3.2.2 Género y Subjetividad	55
3.2.2.1 Género y poder en la familia	60

3.2.2.2 Poder y dinero	60
3.2.2.3 Espacios de poder, el ámbito público y el privado	62
3.2.2.4 Género y consumo de drogas	63
3.2.3 Terapia Familiar	65
3.2.3.1 La Terapia Familiar Sistémica	66
3.2.3.2 La Teoría general de los sistemas	66
3.2.3.3 La Cibernética	68
3.2.3.4 La Teoría de la Comunicación Humana	69
3.2.3.5 Los conceptos evolutivos y el ciclo vital de la familia	71
3.2.3.6 Los conceptos estructurales	71
3.2.3.7 La segunda cibernética	73
3.2.3.8 Posmodernismo	75
3.2.3.9 Constructivismo y construccionismo social	78
3.2.3.10 El modelo narrativo de White y Epston (discurso, narración y subjetividad)	81
3.2.3.11 La Terapia Familiar Colaborativa	84
3.2.4 Nutrición afectiva	86
3.2.4.1 La emoción como relación: el amor es una relación	87
3.2.4.2 Diferencias entre hombres y mujeres en las formas de resolver el conflicto: las complicaciones relacionadas con las vivencias del amor	91
3.2.5 Violencia familiar y de género	93
<b>IV. METODOLOGÍA</b>	99
<b>4.1 OBJETIVO</b>	99
<b>4.2 JUSTIFICACIÓN</b>	99
<b>4.3 TIPO DE ESTUDIO</b>	100
<b>4.4 MUESTRA</b>	101

4.4.1	Criterios de selección de la población	101
4.4.2	Presentación de casos. Descripción de la composición de las familias en la etapa inicial del tratamiento	102
4.4.2.1	CIJ Aguascalientes. Familia Pérez	102
4.4.2.2	CIJ Guadalajara. Familia Aceves	104
4.4.2.3	CIJ Iztapalapa. Familia López	106
4.4.2.4	CIJ Ciudad Juárez. Familia Cruz	109
4.4.2.5	CIJ Tampico. Familia Ruiz	110
4.4.2.6	CIJ Tijuana. Familia Leyva	113
<b>4.5</b>	<b>COMPONENTES DEL MODELO DE TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y LA VIOLENCIA FAMILIAR</b>	<b>115</b>
4.5.1	El equipo terapéutico en el Modelo de Terapia Familiar Multidimensional	117
4.5.2	La autoobservación como abordaje terapéutico	120
4.5.3	Marco teórico, historia y sistema de creencias	122
4.5.4	Distancia terapéutica	125
4.5.5	Incremento de la flexibilidad	126
<b>4.6</b>	<b>EJERCICIO DE AUTOOBSERVACIÓN DEL TERAPEUTA</b>	<b>126</b>
4.6.1	La posición del terapeuta respecto al sistema terapéutico	127
4.6.2	Reflexiones surgidas a partir de la identificación de su posición	127
4.6.3	Posibilidad de articular las reflexiones con el trabajo terapéutico	128
4.6.4	Reflexión y supervisión con el equipo terapéutico	128
<b>4.7</b>	<b>INTERVENCIÓN. TERAPIA FAMILIAR CON EL USO DE MODELOS SISTÉMICOS ESTRATÉGICO Y ESTRUCTURAL Y MODELOS DE CONSTRUCCIONISMO SOCIAL, PRINCIPALMENTE LA NARRATIVA</b>	<b>130</b>
4.7.1	Visión incluyente de la terapia familiar: la complejidad y la coexistencia de diversos enfoques terapéuticos	130

4.7.2	Encuadre terapéutico, diagnóstico y el uso de diversas modalidades en la terapia	133
4.7.3	La Terapia de Primer Orden: la perspectiva estructural-estratégica	139
4.7.4	Estrategias de la Terapia Familiar de primer orden para la reestructuración de pautas de relación	143
4.7.5	La Terapia de Segundo Orden: la perspectiva socioconstruccionista	149
4.7.6	Intervenciones que buscan deconstruir las realidades familiares	152
4.7.6.1	Buscando recuperar las múltiples voces de la familia	152
4.7.6.2	La conversación externalizante de problemas como una deconstrucción de los discursos dominantes	154
4.7.6.3	Interesarse en las creencias de los miembros de la familia	159
<b>4.8</b>	<b>GRUPOS PSICOEDUCATIVOS Y DE REFLEXIÓN (GPE)</b>	<b>160</b>
4.8.1	Ventajas de los GPE	164
4.8.2	Fases del trabajo de GPE	165
4.8.3	Uso del Equipo Reflexivo en los GPE	167
4.8.4	Aplicación y resultados de los Grupos Psicoeducativos y de Reflexión	169
4.8.5	Proceso Grupal	172
4.8.6	Temas significativos	174
<b>4.9</b>	<b>PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL MODELO DE TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL</b>	<b>177</b>
4.9.1	Feminidad, masculinidad y drogas	181
4.9.2	Manejo de las emociones y trastornos asociados al género	185
4.9.3	Reorganización de roles y funciones	186
4.9.4	Aplicación y discusión de perspectiva sensible al género	189

<b>4.10 CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DE REDES DE APOYO SOCIAL</b>	192
4.10.1 El abuso de drogas y la violencia se configuran y desconfiguran siempre en un contexto social	193
4.10.2 La re(des)tructuración de la subjetividad	195
4.10.3 Redes sociales y salud relacional	197
<b>V. ANÁLISIS Y RESULTADOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO DE LOS CASOS MONITOREADOS</b>	201
<b>5.1 LA FLEXIBILIDAD EN LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS</b>	201
<b>5.2 ORGANIZACIÓN RELACIONAL DE LAS FAMILIAS DE LOS CASOS Y LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS DE CADA EQUIPO TERAPÉUTICO</b>	209
<b>5.3 LA RELACIÓN ENTRE LOS CÓNYUGES Y SU IMPACTO RELACIONAL CON EL HIJO USUARIO: LA TRÍADA RÍGIDA</b>	209
<b>5.4 EL SISTEMA DE CREENCIAS COMO PANÓPTICO DISCURSIVO PARA DEFINIR ROLES Y FUNCIONES EN LA FAMILIA</b>	216
<b>5.5 CREENCIAS DE GÉNERO Y LA DINÁMICA FAMILIAR</b>	217
<b>5.6 CREENCIAS RELACIONADAS CON LAS DROGAS Y LA INDEPENDENCIA</b>	222
<b>5.7 DIEZ ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO COMUNES QUE SE EMPLEARON EN LA TERAPIA FAMILIAR DE LOS CASOS PARTICIPANTES</b>	224
5.7.1 Involucrar la percepción de todos los miembros (recuperar las voces marginadas y abrir un espacio multivocal)	224
5.7.2 El reconocimiento de los aspectos positivos de la familia	225
5.7.3 Explorar los roles de cada integrante	226
5.7.4 Externalización del problema	227
5.7.5 Incorporación o inclusión de los miembros periféricos o marginados	229
5.7.6 Fortalecer el subsistema entre el usuario y su pareja	230
5.7.7 Límites claros y la valoración de cada individuo	231

5.7.8 Identificar el aspecto paradójico de la interacción familiar	232
5.7.9 Incluir las creencias de género en la comprensión de la familia	233
5.7.10 Deconstrucción de las historias familiares	234
<b>5.8 EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN: CAMBIOS EN EL PATRÓN DE CONSUMO Y EN LA DINÁMICA RELACIONAL</b>	236
<b>5.9 NUTRICIÓN AFECTIVA EN LA TERAPIA FAMILIAR</b>	242
5.9.1 Construcción de un marco interpretativo común	246
<b>5.10 APLICACIÓN DEL TRABAJO CON LAS REDES DE APOYO SOCIAL</b>	246
<b>5.11 LOGROS</b>	251
<b>5.12 DIFICULTADES</b>	256
<b>VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	259
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	265

## Lista de Gráficas, tablas e imágenes

Elemento	Título	Página
Gráfica 1	Consumo alguna vez en la vida de drogas ilícitas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Segundo semestre de 2004 – Segundo semestre de 2012	10
Cuadro 1	Correspondencia entre la tipología de toxicomanías propuesta por Cancrini y los recorridos del proceso de las adicciones propuestos por Cirillo y colaboradores	40
Figura 1	Familiograma, familia Pérez	102
Figura 2	Familiograma, familia Aceves	105
Figura 3	Familiograma, familia López	107
Figura 4	Familiograma, familia Cruz	109
Figura 5	Familiograma, familia Ruiz	111
Figura 6	Familiograma, familia Leyva	113
Figura 7	Tríada rígida	140
Figura 8	Coalición intergeneracional entre subsistemas	141
Cuadro 2	Diferencias entre los Grupos psicoeducativos (GPE) de hombres y mujeres	167
Cuadro 3	Canción cannabis	250



# **Modelo de Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género para la Atención de las Adicciones y la Violencia Familiar**

## *Resumen*

*Se realizó un análisis del proceso de intervención familiar a partir de observaciones relacionales y narrativas de seis familias que presentaban violencia familiar y consumo de drogas en, al menos, uno de sus miembros, con el objetivo de construir y evaluar la eficacia de un Modelo de Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género para la Atención de las Adicciones y la Violencia Familiar, que incluye 4 áreas de trabajo: a) equipo terapéutico con profesionales de ambos sexos; b) intervención en 10 sesiones para el cambio de organización relacional y co-construcción de realidades en la familia; c) grupos psicoeducativos con técnicas reflexivas para tratar historias de género; d) ampliación de redes sociales de apoyo para la reconstrucción de un tejido social más sano alrededor de la familia. Los resultados muestran la eficacia del modelo con indicadores de mejoría en todas las familias para las áreas médica, psicosocial familiar, desarrollo educativo/laboral/cultural/recreativo, remisión o disminución de consumo de drogas, remisión de la violencia y pautas de negociación.*

El objetivo de este trabajo es el desarrollo de un modelo de terapia familiar que articule la atención de dos de los más importantes problemas de salud pública que demandan atención: las adicciones y la violencia familiar. Contempla el abordaje en la estructura, organización relacional y narrativa de la familia, desde una perspectiva de género y con el desarrollo de redes sociales de apoyo más sanas y necesarias para el cambio familiar. Pondera fundamentos del socioconstruccionismo, con técnicas narrativas, diferentes modelos sistémicos de terapia familiar y técnicas psicoeducativas.

Se definió como Terapia Familiar Multidimensional (TFM) en virtud de que se atienden: el problema de las adicciones y la violencia desde una diversidad de dimensiones, desde el análisis de la construcción de la subjetividad, las prácticas identitarias de género, el cuestionamiento de las historias dominantes y los marcos interpretativos, pasando por la redefinición de las relaciones intersistémicas, la organización y estructura familiar, hasta la re(des)estructuración de una matriz social menos disfuncional para la familia. En el análisis cualitativo del proceso terapéutico de los 6 casos, se observaron resultados favorables en la dinámica de las familias, en los objetivos planteados al inicio de la terapia y en todos los indicadores de éxito terapéutico que se establecieron.





## INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas y la violencia familiar son problemas sociales complejos, con tendencias de crecimiento que requieren intervenciones igualmente complejas. A pesar de su importancia y evidente emergencia conjunta, existen pocos estudios que presenten explicaciones que logren articularlos. Es común que la información disponible relacione, desde la perspectiva de la salud pública, un gran número de factores de riesgo que hacen más probable el consumo de drogas o la presencia de violencia en la familia.

Con relativa frecuencia se encuentran investigaciones con datos aislados ya seleccionados como significativos, principalmente de factores de riesgo de uso de drogas o de violencia en la familia, que excluyen otras referencias acerca del contexto en el que se presentan y que terminan ofreciendo explicaciones simplistas que se aceptan como ideas únicas (*baja autoestima, déficit de atención, redes disfuncionales, familias desintegradas, etcétera*), o en el mejor de los casos se habla de multicausalidad, de tal forma que llegan a obviarse situaciones que se conjugan e interrelacionan. Aspectos como el contexto sociocultural, económico o político en el que se encuentra inmersa una familia, no necesariamente se consideran factores que influyen en el consumo de drogas, sin embargo, sí tienen una gran influencia en las condiciones que se asocian a la vulnerabilidad del sujeto, las relaciones familiares y la disponibilidad de las sustancias y su percepción de riesgo.

Las adicciones y la violencia no son producto de un evento único determinante en la vida del sujeto, sino el resultado de un proceso que incluye aspectos psíquicos, familiares, históricos, culturales, económicos y políticos que hacen necesarias explicaciones que articulen el conocimiento desde distintas disciplinas. El consumo de drogas y la violencia al interior de una familia exigen marcos explicativos y estrategias de atención desde múltiples perspectivas. Exigen la transdisciplinaridad y el uso de diversos modelos teóricos y perspectivas que permitan el abordaje desde múltiples dimensiones, con una amplia diversidad de técnicas.

La idea de la perspectiva se ha tomado del arte; se relaciona con la manera en la que se plasmada una perspectiva, es el modo en cómo el espacio, el volumen, la luz, un objeto, un modelo, etcétera, se trasladan a la tela o la arcilla (cada corriente artística ha buscado una manera propia de expresar esa multidimensionalidad).

Para atender los problemas de violencia y adicciones en la familia, en este modelo terapéutico se han tratado de articular una multidimensionalidad de perspectivas o “miradas”, para construir una peculiar interpretación de la realidad y de la manera en cómo podemos abordarla. El objetivo es ofrecer la articulación de perspectivas simultáneas, que permitan una percepción más compleja de los problemas de consumo de drogas y de la violencia y de las múltiples posibilidades de atención, dado el potencial impacto de estos dos fenómenos sobre la salud de la población en general.

El seguir ortodoxamente un modelo puede ser útil en algunos casos, pero en otros no funciona para el paciente o la familia que demanda ayuda. Es necesario adaptar técnicas y estrategias que sean acordes a la familia, que sirvan para entender y elegir una manera de pensar, sentir y actuar. Salir de los parámetros establecidos por el mismo modelo; utilizar otros; ser espontáneos, sensibles y creativos ante las personas que tenemos enfrente, resulta una condición necesaria para hacer terapia.

El modelo multidimensional terapéutico que aquí se propone, demanda una importante actividad creadora al terapeuta y, al mismo tiempo, una humildad ante el conocimiento que los consultantes tienen de sí mismos, de tal forma que el terapeuta, la familia y el paciente puedan co-construir historias alternativas que sirvan al objetivo propuesto.

En el trabajo terapéutico, ante la imposibilidad de explicación y control de totalidades complejas, el terapeuta debe tener claro el marco conceptual desde el cual trabaja, tener presente su propia historia, conocimiento de la posición que ocupa en su familia, conocer sus propias construcciones respecto al género, la historia familiar del consumo y establecer una posición ética ante los problemas de consumo de drogas y violencia.

La diversidad y multidimensionalidad de la realidad requiere del uso de diferentes lentes explicativas y la posibilidad de escucha de multivoques, para poder cuestionar lo que se presenta como verdades en consenso, bajo un discurso dominante en nombre de la ciencia y poder hacer una terapia útil a quien nos solicita ayuda.

En el capítulo uno se presentan los datos epidemiológicos recientes de la prevalencia y tendencias del uso de drogas en nuestro país, así como aquellos datos disponibles referentes a las violencias de género, y los indicativos de prevalencia de pareja y de familia en diferentes estados del país.

En el capítulo dos se sintetizan investigaciones previas, realizadas en los Centros de Integración Juvenil, relacionadas al género y la organización familiar de usuarios de drogas, así como de indicadores de éxito terapéutico en casos atendidos en terapia familiar con uno o varios de los integrantes consumidores de drogas.

En el capítulo tres se recuperan los principales enfoques en terapia familiar para la atención del consumo de drogas y los referentes teóricos a los que se recurre para la construcción del Modelo de Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género para la atención de las Adicciones y la Violencia Familiar, como la teoría de la complejidad, la construcción sociocultural del género y la subjetividad, el construccionismo social, los enfoques en terapia familiar sistémica, la construcción de género y subjetividad, y las distintas formas de violencia y género.

En el capítulo cuatro se detalla la metodología empleada para el estudio cualitativo de casos, la composición de las familias muestra del estudio y los componentes seleccionados para la construcción del Modelo de Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género para la atención de las Adicciones y la Violencia Familiar. Este modelo otorga una especial importancia a la conformación del equipo terapéutico integrado con la visión masculina y femenina desde una base de construcción de género,

integra distintas perspectivas teóricas y dimensiones de intervención, pondera fundamentos del construccionismo social y utiliza técnicas narrativas, diferentes modelos sistémicos, y algunos correspondientes a la teoría de la complejidad. Se trabaja tanto con discursos como con las relaciones familiares. Se recurre también a técnicas psicoeducativas y de reflexión en el trabajo de las construcciones de género en grupos de usuarios de drogas y familiares, hombres y mujeres por separado, como actividades complementarias a la terapia familiar. También intenciona la creación y ampliación de una matriz social más funcional para la familia, que permita tejer redes que apoyen su cotidianidad y favorezcan estilos de vida saludable.

En el capítulo cinco se presenta un análisis del proceso terapéutico de los casos monitoreados y finalmente, en el capítulo seis se reseñan los resultados del estudio, su discusión y conclusiones, así como las recomendaciones para futuros estudios.

De esta forma se presenta una propuesta policromática y llena de perspectivas para realizar un tipo de terapia que recupera múltiples posibilidades articuladas para un trabajo terapéutico colegiado, sin perder de vista una dimensión más en este estudio: la temporalidad, la cual supone en toda producción que las situaciones que ahora aceptamos como útiles, serán poco convincentes en el futuro o requerirán un mayor estudio. Por ello, es importante actualizar este estudio en razón de que el consumo de drogas y la violencia obedecen también a una temporalidad social, son problemas cambiantes que se modifican en los diferentes contextos histórico sociales.

# CAPÍTULO I

## SITUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y LA VIOLENCIA FAMILIAR EN MÉXICO

### 1.1 EL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

El uso de sustancias psicoactivas constituye un problema de salud en el país, debido a que la magnitud, forma y complejidad con que se presenta, expone a la población en general al deterioro de su calidad de vida.

En la actualidad se distinguen importantes variaciones en la población que consume drogas; por ejemplo, se observa un aumento en el consumo de drogas en las mujeres, se ha reducido la edad de inicio, ha incrementado el policonsumo y son visibles las discrepancias en su uso a nivel nacional y entre las distintas regiones del país. Las drogas ilegales de mayor consumo son la marihuana, la cocaína y los inhalables, observándose una tendencia creciente en el consumo de crack y metanfetaminas.

Enseguida se describen algunos datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (SS, 2011), la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (INP, 2003), la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes de la Ciudad de México 2012 (SEP-INPRFM, 2013) y los datos del Sistema Epidemiológico del Consumo de Drogas (SIECD) entre los solicitantes de los servicios de tratamiento de CIJ recibidos en el segundo semestre de 2012.

De acuerdo con la *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*, 71.3% de los mexicanos han bebido alcohol alguna vez en la vida y alrededor de 26.1 millones (32.8%) lo hacen de manera riesgosa, es decir, más de cinco copas por ocasión los hombres y más de cuatro copas por ocasión las mujeres.

En cuanto a la población adolescente (entre 12 y 17 años), 42.9% han consumido alcohol

alguna vez en la vida y 14.5% consumen en altas cantidades. Resalta el incremento significativo en el índice de dependientes (de 2.1% en 2008 a 4.1% en 2011); en los hombres se duplicó (de 3.5% a 6.2%) y en las mujeres se triplicó (de .6% a 2%).

Con respecto a la población adulta (18 a 65 años), se encontró que 77.1% había consumido alcohol alguna vez en la vida, 55.7% había consumido alcohol en el año previo al estudio y 35% en el último mes. Por sexo, en los hombres de 2008 a 2011 la prevalencia alguna vez (80.8% a 88.1%) y del último año (62.6% a 69.3%) creció significativamente, mientras que el consumo en los últimos 30 días aumentó de manera importante entre las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas en 2002 y 2011: (39.7% a 50.0%). En las mujeres adultas el aumento del consumo de alcohol fue significativo en las tres prevalencias de consumo de 2002 a 2011 (58.8% a 67% alguna vez, 37.1% a 43.2% último año y 8.5% a 21.2% últimos 30 días).

El porcentaje de adultos dependientes al alcohol aumentó significativamente entre 2002 y 2011 al pasar de 4.6% a 6.6%; los hombres incrementaron su nivel de dependencia, (9.6% a 11.8%) al igual que las mujeres (.7% y 1.7%).

En cuanto al consumo de tabaco, 17.3 millones de mexicanos son fumadores activos (21.7% de la población), 12 millones son hombres y 5.1 millones son mujeres. Un dato sobresaliente es que 12.5 millones están expuestos al Humo de Tabaco Ambiental (HTA), de estos, 3.8 millones son adolescentes.

En población de 12 a 17 años, hay 1.7 millones de fumadores activos, inician su consumo a los 14.1 años y consumen en promedio 4.1 cigarros por día. 65 mil adolescentes que reportaron haber fumado en el mes previo a la entrevista, encienden el primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de despertar (57 mil hombres y 8 mil mujeres), lo que evidencia adicción a esta sustancia.

El consumo de drogas alguna vez en la vida (incluyendo drogas de uso médico fuera de prescripción), mostró un incremento importante: de 5.7 en 2002 a 7.8% en 2011, lo que

equivale a más de 6.2 millones de personas. En cuanto a drogas ilegales, 5.7 millones de personas las ha consumido alguna vez en la vida (7.2%), siendo notoriamente más alto el porcentaje de hombres (12.5%) que de mujeres (2.3%).

Cabe destacar la tendencia creciente de consumo entre las mujeres en los últimos veinte años. El comparativo de datos que nos ofrecen las Encuestas Nacionales de Adicciones, muestran que en 1993 consumían drogas ilegales 13 hombres por cada mujer, en 1998 la relación era de 8 hombres por cada mujer, en 2002 se observó una proporción de 4 hombres por cada mujer, en 2008, 4.6 por cada mujer y en 2011, 4.2 hombres por cada mujer.

La marihuana es la droga que más consume la población, con una prevalencia total de 6.0% de consumo alguna vez (4.7 millones de personas), seguida por la cocaína (3.3%), lo que equivale a 2.5 millones, el crack 1.0% (808 mil consumidores), inhalables 0.9% (727 mil personas) y estimulantes anfetamínicos 0.8% (651 mil consumidores).

Los datos de la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003*, permiten detectar prevalencias elevadas, variaciones en los trastornos de uso de sustancias en las diferentes regiones del país, así como diferencias entre hombres y mujeres. Dentro de la encuesta se identificó que 9.2% de la población presentó *trastornos por el uso de sustancias alguna vez en la vida* (CIE-10), principalmente los varones. De tal forma que el uso de sustancia se colocó en el segundo tipo de trastorno mental y de comportamiento detectado como más común. Cabe aclarar que este rubro ocupa el tercer lugar de los trastornos más frecuentes, en los últimos 12 meses y 30 días.

En general, los hombres presentan prevalencias globales más altas de trastorno alguna vez en la vida de cualquier padecimiento en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%, respectivamente). Sin embargo, las mujeres reportan prevalencias globales más elevadas que los hombres en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%) y en los últimos 30 días (6.5% y 5.1%). Los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias los padecen más los

hombres.

Al analizar los trastornos individuales en la población general, la dependencia al alcohol (5.9%) ocupa el tercer lugar, sólo después de las fobias específicas (7.1% alguna vez en la vida) y los trastornos de conducta (6.1%), seguidos por la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Este orden es muy diferente al analizar los trastornos específicos por sexo. Los tres principales trastornos para las mujeres fueron: las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, fueron la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia). En general, al hacer el análisis de los trastornos individuales en los periodos de los últimos 12 meses y los últimos 30 días, se observa que en las mujeres las fobias tienen un gran peso, mientras que en los hombres los trastornos por uso de sustancias y conducta pesan más.

De acuerdo a la *Encuesta de consumo de drogas en estudiantes de la Ciudad de México 2012*, 68.2% de los estudiantes ha usado alcohol alguna vez (hombres 67.7%, mujeres 68.7%) y 40.1% lo ha consumido en el último mes (hombres, 40.0%; mujeres, 40.1%). Con respecto al abuso de alcohol (haber consumido 5 o más copas por ocasión, al menos una vez), la prevalencia es de 22.5% y se presenta de manera similar en hombres (23.9%) y en mujeres (21.1%), presentándose con mayor frecuencia en los estudiantes de bachillerato (33.9%). La edad de inicio promedio de consumo de alcohol es 12.6 años; en hombres se mantuvo en 12.5 años con relación a 2009, mientras que en mujeres se incrementó de 11.8 años a 12.8 años. El consumo de tabaco alguna vez ha afectado a 41.0% de los estudiantes (42.1% hombres, 39.9% mujeres); 14.9% son fumadores actuales (16.2% hombres, 13.5% mujeres), y se presenta con mayor frecuencia en estudiantes de bachillerato, (26.4%). En 2012 la edad de inicio se incrementó con relación a 2009: en hombres pasó de 12.6 años a 13 años; en tanto, en las mujeres se mantuvo en 13.2 años. Lo anterior, puede ser indicativo de que las políticas implementadas en la Ciudad de México para el control de tabaco han dado resultados; estas políticas son: la promoción de los efectos dañinos en el uso y exposición al humo de tabaco ambiental, prohibición total de la publicidad de los productos o patrocinios,

implementación del uso de pictogramas y advertencias sanitarias en cajetillas, promoción de lugares 100% libres de humo de tabaco y la prohibición del consumo en escuelas públicas y privadas de educación básica, media y media superior.

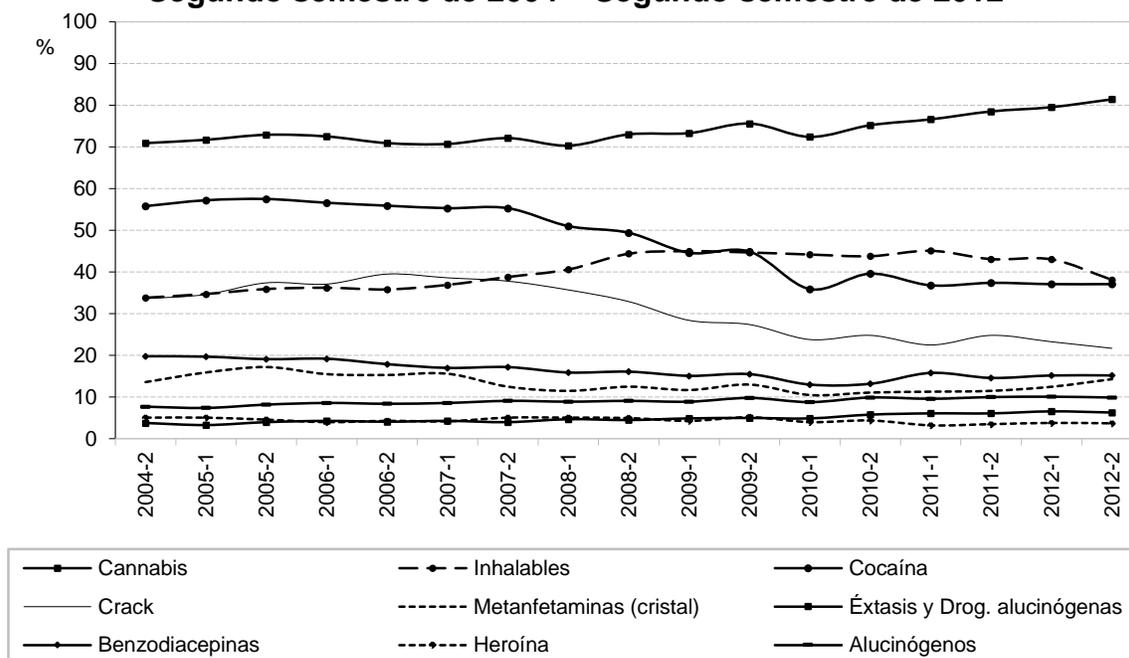
El consumo de drogas ilegales alguna vez entre estudiantes ha ido en incremento en los últimos años: en 2006 fue del 15.2%, para 2009 21.5% y en 2012, 24.4%, afectando con mayor frecuencia a los hombres (25.7%), que a las mujeres (23.1%).

La preferencia por tipo de droga varía en cuanto a sexo: los hombres prefieren la marihuana (18.8%), después los inhalables (9.7%), y la cocaína (6.0%); las mujeres también prefieren la marihuana (12.9%), seguida de los inhalables (10.3%), y los tranquilizantes (5.6%). Las prevalencias de consumo de marihuana, cocaína, crack y alucinógenos han aumentado tanto en hombres como en mujeres, mientras que el consumo de inhalables y las drogas médicas (tranquilizantes y anfetaminas) se ha mantenido estable con respecto a 2009.

Los informes disponibles del *Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas*, muestran en los años recientes que entre los usuarios de sustancias solicitantes de los servicios de tratamiento de CIJ la marihuana es la droga de mayor consumo. Después de haberse mantenido relativamente estable entre 2004 y 2008, el consumo alguna vez en la vida de esta sustancia muestra un sostenido aumento, hasta alcanzar 81.4% en el segundo semestre de 2012. Por el contrario, después de haberse situado en un primer lugar de consumo al inicio del decenio, entre 2004 y 2010 la cocaína, en sus dos presentaciones de clorhidrato de cocaína y *crack* o cocaína de base libre, presentó una disminución, manteniéndose posteriormente relativamente estable. Por el contrario, entre 2004 y 2009, el uso de inhalables registró un aumento de más de diez puntos porcentuales para mantenerse, a partir de 2009, como segunda sustancia de uso. En menor medida se reporta el uso alguna vez en la vida de benzodiazepinas y metanfetaminas, el cual ha oscilado entre 10 y 20 por ciento, con una ligera tendencia creciente. Por su parte, el uso de alucinógenos y de éxtasis registra un incremento de

cerca de tres puntos porcentuales en el período, para situarse en cerca del 10 por ciento el primero y por arriba de seis puntos porcentuales el segundo.

**Gráfica 1. Consumo alguna vez en la vida de drogas ilícitas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil Segundo semestre de 2004 – Segundo semestre de 2012**



**Total de casos en el período: 155,386 pacientes.**

Fuente: *Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas*. CIJ, México, 2013.

La información epidemiológica de los 11,941 usuarios de drogas ilícitas atendidos por primera vez en CIJ en el segundo semestre de 2012, muestra una creciente demanda de tratamiento por parte de las mujeres, alcanzando una razón de una mujer por cada 4.1 hombres (en los años noventa la razón era de una mujer por cada diez o doce hombres).

En promedio, los usuarios inician el consumo de drogas ilícitas a los 16.3 años, 47.5% lo inició entre los 15 y 19 años). Sin considerar tabaco o alcohol, la primera droga de inicio fue la marihuana (64.3%), seguida por los inhalables (18.0%; principalmente los solventes y removedores, que alcanzaron un 12.8%) y la cocaína en polvo (8.6%).

La mayoría de los casos (73.2%) fueron diagnosticados como dependientes a sustancias.

Entre las principales sustancias utilizadas alguna vez en la vida destacan el alcohol (88.8%) y el tabaco (84.2%), así como la marihuana (81.4%), inhalables (38.1%), cocaína en polvo (37.1%), *crack* (21.7%), metanfetaminas (14.3%) y benzodiazepinas (14.2%). El 90.3% de los casos reportó el uso de sustancias en los treinta días previos a su ingreso a tratamiento, siendo la marihuana la droga de curso ilegal que presentó el mayor porcentaje de uso (45.7%), seguida por los inhalables (16.7%), la cocaína en polvo (9.1%), el *crack* (7.9%), las metanfetaminas (5.7%) y las benzodiazepinas (5.2%). Por primera vez desde que se tiene registro de los usuarios de drogas que acuden a CIJ, la droga de mayor impacto fue la marihuana (36.1%), lo que puede ser indicativo de la potencia que hoy tiene el THC, sustancia activa del cannabis.

## **1.2 LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO EN MÉXICO**

Desde principios de los años noventa a través de investigaciones epidemiológicas se visibiliza y documenta la magnitud del problema social y de salud pública que representa la violencia en los contextos familiares y la necesidad de tomar acciones para la atención y prevención de este problema.

En nuestro país, el estudio de la violencia de género, en particular en lo que se refiere a la violencia contra la mujer, es ejercida casi siempre por el varón, intensificándose bajo los influjos de alcohol u otras drogas. Cabe mencionar que estadísticamente se asocia la violencia y el consumo de alcohol u otra droga, resultando que a mayor consumo de sustancias se exagera la violencia; sin embargo, las drogas no son la única causa de la conducta violenta, ésta es mucho más compleja. Desde la mirada del género las relaciones se basan en el poder asimétrico, donde los varones casi siempre ejercen poder abusivo sobre las mujeres con la intención de control y dominio de sus cuerpos y mentes.

La violencia representa un problema de salud global. La OMS, en su reciente informe de la violencia contra la mujer (2013) muestra los siguientes datos a nivel mundial: 35% de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja; 30% de las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de ésta; 38% del número total de homicidios femeninos se debe a violencia conyugal; 7% de las mujeres han sido agredidas sexualmente por una persona distinta de su pareja. Entre los efectos de la violencia sexual no conyugal en la salud es que las mujeres son 2.3 veces más propensas a padecer trastornos relacionados con el consumo de alcohol (OMS, 2013).

A nivel nacional, en la *Encuesta Nacional sobre Violencia Contra las Mujeres (ENVIM) 2006*, se exploraron las diferentes formas en que se expresa la violencia en la vida de las mujeres usuarias de los servicios de salud de instituciones del sector público. El propósito es determinar la violencia a lo largo del ciclo de vida, haciendo énfasis en la relación de pareja actual. Asimismo, la encuesta explora la violencia sufrida en la infancia debido a que esta es un predictor de la violencia en la vida adulta, particularmente en la pareja. El 37.6% de las mujeres entrevistadas sufrió maltrato infantil: 29% mencionó que fue humillada por algún miembro de la familia y 33.3% informó ser golpeada.

Del más de millón de mujeres entrevistadas, 117, 986 (es decir el 11.6%) tuvieron una relación violenta con su pareja: 3 de cada 10 mujeres sufre violencia de pareja actual; 4 de cada 10 ha sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida y 6 de cada 10 mujeres ha sido víctima de un acto violento alguna vez en la vida. Por tipo de violencia en los últimos 12 meses las mujeres han padecido más violencia psicológica (28.5%), seguida por física (16.5%), sexual (12.7%) y económica (4.4%).

Del total de las mujeres encuestadas, 38.85% refirió que en alguno de sus embarazos sufrió algún tipo de maltrato. La violencia se expresó con humillaciones (12.7%) y golpes (9.4%). Cabe destacar que el 8.3% de las mujeres embarazadas fueron obligadas a tener

relaciones sexuales con su pareja y el 5% recibió golpes y patadas en el abdomen mientras estuvo embarazada. El 43.4% de las mujeres que sufrieron violencia durante el embarazo dijeron que ésta continuó pese al estado de gravidez, en 39.4% incrementó la violencia y en 13.9% disminuyó. La persona que ejerció la violencia casi siempre fue el padre del bebé (96.5%).

En la ENVIM 2006 se identificaron y documentaron diferencias importantes en las prevalencias de consumo de alcohol: los hombres consumen en una mayor proporción (86%), comparativamente con las mujeres (16%). El 56% de las mujeres reportaron que sus parejas consumen alcohol, el 46% reportó que su pareja bebe una vez al mes, problema que se asocia a la violencia ejercida contra las mujeres. La encuesta encontró que hay más problemas cuando el varón (19%) consume alcohol que cuando son las mujeres (6%) quienes lo hacen. Los problemas debido al consumo de alcohol de las parejas son de tipo familiar (15%) y económico (13%).

Esta misma encuesta refiere la importancia de estudiar poblaciones específicas como es el caso de las mujeres que hablan una lengua indígena ya que son una población vulnerable a la violencia de pareja: 5% de las usuarias de los servicios de salud hablan alguna lengua indígena. De éstas, 31% declaró violencia de pareja actual; 44%, violencia de pareja en todo su ciclo de vida, y 60%, violencia alguna vez en la vida.

Según la *Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007*, realizada en población entre 15 y 24 años de edad por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de la Juventud, el tipo de violencia que se ejerce con mayor frecuencia es la psicológica (76%), seguida por violencia sexual (16.5%) y violencia física (15%) acentuándose más en las mujeres (61.4%) que en los hombres (46%); las dos terceras partes de las personas son mujeres a las que han tratado de forzar o que han forzado a tener relaciones sexuales y en ambas situaciones, la agresión ha sido en su propia casa.

También se investigó sobre los antecedentes de la violencia: en el 21.3% de los hogares de las personas jóvenes había insultos; el 9% fueron objeto de violencia en la infancia

(hasta los doce años había golpes) siendo más frecuente en hombres (55%) que en mujeres (44%).

La encuesta da a conocer que en relaciones de noviazgo donde no se consume alcohol y tabaco, es menor la prevalencia de la violencia de cualquier tipo. El reporte es que sin consumo, la violencia física es de 8.9% y se incrementa al 17.2% tras el consumo; la violencia psicológica del 64% al 78.9% y la violencia sexual pasa de 6.5 a 8.2%.

Adicionalmente, se puede citar la *Encuesta Nacional sobre Exclusión, Intolerancia y Violencia en escuelas de educación media superior* (ENEIVEEMS, 2009), donde las personas que estudian en este nivel reportan que han enfrentado violencia de carácter verbal por parte de su novio(a): 41% se pone celoso, 29% recibe acusaciones por coquetear, 20% se le prohíbe tener ciertas amistades, 15% le dicen que es tonto(a), 14% le insultan, 10% se han extendido rumores falsos, 6% se le ha ridiculizado en público y 3% ha recibido amenazas de golpearle. Las personas jóvenes que consumen alguna droga en los últimos 12 meses han tenido discusiones familiares (32.8%), discusiones con sus amistades (35.7%), problemas en la escuela (21%) y arrestado o reprendido por la policía (12.6%).

La *Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI), 2008* explora diferentes formas de expresión de la violencia en dos etapas fundamentales en la vida de las mujeres, la infancia y la vida adulta. Las entidades federativas estudiadas fueron: Chiapas, San Luis Potosí, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán.

La violencia en la etapa de la infancia se exploró en función de dos tipos de maltrato: las humillaciones (92%) y los golpes (87%). Por lo general, el padre es el agresor de humillaciones reportadas por las mujeres entrevistadas (48.5%), seguido de la madre (45.2%); en menor proporción se menciona a otra persona (familiar, otro no-familiar, abuelos y padrastro/madrastra). En total, 34% de las entrevistadas reportó golpes y/o humillaciones en la infancia. La prevalencia del abuso sexual es de 7% (se refiere a

tocamiento o coacción sexual antes de los 15 años); de éste (53.08%) el agresor fue un familiar y 57.8% un no-familiar (incluyendo novio).

En la adultez, la violencia de pareja en los últimos 12 meses se presentó de la siguiente manera: psicológica 21.1%, física 9.8%, económica 10.0%, negligencia 6.1% y sexual 6.7%. La condición de habla<sup>1</sup> repercute en la mayor prevalencia entre las mujeres indígenas monolingües (28.4%). Las mujeres monolingües reportan una mayor prevalencia de violencia: física (11.2%), económica (13.5%), negligencia (9.4%) y sexual (7.2%); cabe destacar que es menor la severidad de la violencia sexual cuando las mujeres sólo hablan español. La violencia psicológica es mayor en las mujeres que sólo hablan español (22.89%) que las mujeres con habla bilingüe.

Esta encuesta también exploró lo relacionado al maltrato en estado de embarazo donde 17% de las mujeres indígenas fueron maltratadas con humillaciones (13%), amenazas (9%), golpes (9%) y relaciones sexuales obligadas (8%). Quien las violentó frecuentemente fue el padre de su bebé. Es frecuente que las mujeres no reporten a autoridades la violencia (76%), y una minoría se lo menciona a un familiar o a otros.

La *Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas 2008* también explora la relación entre violencia, alcohol y drogas donde el 42.7% de la violencia ocurrió cuando la pareja (novio, esposo o compañero) estaba bajo los efectos del alcohol y 1.7% bajo los efectos de alguna droga. El 1.27% de las mujeres maltratadas dijo que sus parejas habían consumido drogas y alcohol en el momento de la agresión. La violencia es más severa cuando sus parejas consumen alcohol con frecuencia.

La *Encuesta Nacional de Dinámica de Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011*, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Instituto

---

<sup>1</sup> Del total de mujeres encuestadas ( $n=3\ 972$ ), sólo 15.12% requirió de traducción al aplicar el cuestionario ( $n=597$ ), ya sea porque fueran monolingües o porque su dominio del español no les permitiera la comprensión de las preguntas.

Nacional de las Mujeres (Inmujeres), examina las experiencias de las violencias en diferentes ámbitos: familiar, comunitario, institucional, laboral y educativo.

Por cada 100 mujeres de 15 años y más que han tenido pareja o esposo, 47 experimentaron situaciones de violencia emocional, económica, física o sexual durante su actual o última relación.

La violencia de pareja más padecida por parte de las mujeres es de tipo emocional (43.1%), es decir recibieron insultos, amenazas, humillaciones y ofensas de tipo psicológico o emocional; 24.5% la violencia económica ya que refieren el control de sus ingresos y el flujo de los recursos monetarios del hogar, así como cuestionamientos con respecto a la forma en que se gasta; 14% fue violencia física y el 7.3% violencia sexual con diversas formas de intimidación o dominación para tener relaciones sexuales sin su consentimiento.

Al analizar el estado civil de las mujeres, tenemos que aquellas actualmente casadas o unidas han sido violentadas por su pareja o esposo al menos una vez a lo largo de la relación (44.8%) siendo principalmente en las edades entre 30 y 59 años. Las mujeres separadas, viudas y divorciadas registran mayores niveles de violencia (64.3%), de ellas 2 de cada 10 reconocieron que fueron abusadas sexualmente por su pareja o esposo; mientras que las solteras reportan menores niveles (37.2%). Las mujeres con segundos o terceros matrimonios o uniones presentan altos niveles de violencia (50.1%).

De acuerdo con la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*, en los últimos 12 meses previos a la entrevista, en las personas adolescentes, la violencia en el hogar se registró en 11.3%, siendo mayor en las mujeres 18.6% que en los hombres 5.8%; en cambio, en las personas adultas, la violencia se presentó en 24.2% (más del doble que en el caso de adolescentes); en los hombres 13% y en las mujeres (38%).

Si bien hoy en día es cada vez mayor el número de mujeres, antes víctimas calladas de actos de violencia familiar, que ya no aceptan sufrir el silencio y se animan a denunciar a sus agresores, la cantidad de mujeres y niñas que son víctimas de violencia, podría resultar mucho más alta de lo que arrojan las cifras, ya que este silencio es una batalla que aún no termina.



## **CAPITULO II**

### **ANTECEDENTES**

#### **2.1 INVESTIGACIONES DE CIJ SOBRE FAMILIA, GÉNERO, ADICCIONES Y VIOLENCIA**

Entre los hallazgos que reportan las investigaciones previas relacionadas al programa de familia, género y adicciones de los Centros de Integración Juvenil, así como aquellas que se refieren a los indicadores de éxito terapéutico en casos de usuarios de drogas atendidos en terapia familiar, se pueden distinguir los siguientes:

En un estudio realizado para averiguar la relación que existe entre el uso de drogas en adolescentes y la ansiedad, la depresión, el consumo de alcohol y la relación con sus padres, se reporta un alto índice de severidad del consumo de drogas (sin diferencias significativas entre hombres y mujeres) asociados a niveles altos de depresión y ansiedad (significativamente mayor en mujeres). Los adolescentes acusan una deficiente nutrición emocional, la presencia de pautas de interacción desligadas, autoritarias e intrusivas y pobre comunicación en sus familias (González, Córdova, García y Jiménez, 2003a).

#### **2.2 USO DE DROGAS EN ADOLESCENTES, SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y LA PERCEPCIÓN DE SUS RELACIONES FAMILIARES**

Es otro estudio similar al anterior, en el que se presentan modelos estocásticos para explicar el uso de drogas en hombres y mujeres adolescentes. En los varones la intensidad del consumo se incrementa cuando el adolescente, además de la depresión experimentada, percibe que su madre se muestra intrusiva con él; al mismo tiempo su madre lo percibe como intrusivo y dominante, pero extrañamente, también percibe en él una actitud evitativa, aparentando que todo va bien entre ellos. En cambio, entre las

mujeres usuarias basta con sentirse deprimida y tener una relación distante con su padre para incrementar la probabilidad de que el patrón de consumo de drogas se intensifique. Para explicar el abuso de alcohol en las adolescentes, el modelo se configura agregando el antecedente del consumo de drogas en el padre, la depresión de la propia usuaria y, curiosamente, una percepción de la usuaria de su madre como cercana y que la cuida. Los dos primeros factores son fáciles de entender, sin embargo, el último resultó contrario a lo esperado (González, Córdova y García, 2004a).

### **2.3 LA FAMILIA DEL USUARIO DE DROGAS DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA ESTRUCTURAL**

De acuerdo con Sánchez, González, Fernández y Yashiro (2003) entre las familias de usuarios de drogas prevalece una organización relacional que propicia límites difusos entre el usuario y el subsistema de los padres, influido por el conflicto parental y el sobreinvolucramiento del progenitor del sexo opuesto con el hijo(a) usuario(a) de drogas. A su vez, la relación del usuario(a) con el progenitor del mismo sexo es conflictiva o por lo menos distante. Se plantea la posible influencia de creencias ligadas al género, se sugiere atender este aspecto para que las familias resignifiquen sus relaciones. Asimismo, se reporta el consumo excesivo de alcohol en el padre, sin que esto sea un motivo importante de conflicto conyugal. Cuando hay parientes cercanos consumidores, existe una mayor demora en la búsqueda de ayuda para atender el problema. La función del uso de drogas puede tener dos interpretaciones, sin ser excluyentes: postergar la fase de separación de los hijos y desviar la tensión familiar generada por el conflicto relacional de los padres.

### **2.4 LA EXPERIENCIA DE VIDA Y VIOLENCIA EN EL HOGAR EN MUJERES FAMILIARES DE USUARIOS DE DROGAS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL**

En otro estudio, donde se exploró la historia de vida de madres o esposas de abusadores de drogas, se encontró que las condiciones en las que vivieron en sus familias de origen

fueron muy desfavorables, caracterizadas por condiciones de maltrato y explotación infantil, e inclusive de violencia sexual por parte de familiares. Esta situación no cambió cuando hicieron vida en pareja, ya que la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, ha sido una constante en sus relaciones conyugales. Cabe señalar que la precaria economía en la que viven ha obligado a estas mujeres a salir a trabajar, ofreciendo su mano de obra y vendiéndola de forma muy barata, básicamente como empleadas domésticas. Cuando se incorporaron a la vida laboral fueron sancionadas moralmente por renunciar a “su lugar” en el hogar, junto a la pareja y sus hijos. No obstante, ahora ellas aportan los mayores ingresos al hogar, mientras sus esposos comienzan a renunciar a su rol de proveedor, pero no al de autoridad y control. Es frecuente que sus parejas tengan simultáneamente otras familias, lo cual representa una aguda competencia con la “otra”; así la esposa compite por el amor, el tiempo y las atenciones de su cónyuge. Cuando son abandonadas asumen la jefatura familiar con toda la responsabilidad económica, socialización y educación de los hijos. Todas carecían de una red de apoyo consistente para poder salir de esta situación. Ninguna de ellas reporta el consumo de sustancias; sin embargo, invariablemente, son quienes deben afrontar el consumo del hijo o el marido. En este problema hay una serie de representaciones que definen socialmente el ser mujer y el ser hombre: ellos se drogan, ellas deben buscar la solución. Todas ellas acusan la carga de preservar “la unión familiar”, así que terminan por llevar a su familiar a tratamiento al tiempo que se responsabilizan por su rehabilitación (González, Ramón Contreras, 2004b).

## **2.5 PROBLEMÁTICA Y CONDICIONES DE VIDA DE MADRES DE USUARIOS DE DROGAS, EN FAMILIAS CON JEFATURA FEMENINA**

En otro estudio realizado con familias monoparentales con jefatura femenina se reporta que estas familias presentan menores condiciones de posibilidad y mayor vulnerabilidad porque cuentan con menos alternativas para enfrentar las demandas internas y externas de su familia, además de que la infraestructura institucional y social no las mira. Las entrevistadas son mujeres con cierto aislamiento social y emocional, ya que carecen de redes de apoyo, y porque al ser la única fuente económica y de cuidado familiar están

saturadas de actividades y de culpa por contraponer el trabajo al ejercicio de la maternidad socialmente valorada. Todo esto se asocia con un mayor nivel de estrés.

Todas relataron antecedentes personales de privación, dificultades en su familia actual, estados de contradicción, negación y saturación. Estaban inmersas en condiciones y formas de respuesta adversas, relacionadas con el incremento de su problemática y con el detrimento de sus relaciones familiares que posibilitan que sus integrantes se incorporen a situaciones escalonadas de mayor deterioro, como el uso de drogas. También, asociaban los acontecimientos adversos narrados con su malestar permanente. El estudio propone que las situaciones relatadas, mantienen relación con la contradicción que les provoca estar fuera del esquema socialmente aceptado y atribuido al ser madre y tener una familia. Esto refleja la limitación que tienen los estereotipos de género y familia en nuestra sociedad, ya que operan como elementos normativos del deber ser, también parecen impedir que ellas, reconozcan como válidos algunos de sus estilos de vida. Estos estereotipos sociales funcionan como un mecanismo de interpelación que restringe la posibilidad de que la mujer se desempeñe de forma más flexible. Se consideró que la narrativa de estas mujeres incorpora y reproduce los discursos de su grupo social de pertenencia para identificarse, definirse y actuar. Sin embargo, éstos favorecen la reproducción de identidades deterioradas, construyéndose como personas fuera de lo socialmente esperado y aceptado, y juzgando su desempeño como endeble, en especial en sus tareas parentales, obstaculizando el despliegue de sus capacidades para responder a las exigencias de su medio y signando de forma negativa su forma de percibirse a sí mismas (Castillo, Chacón, Díaz y González, 2005).

## **2.6 IMPACTO DE LA EMIGRACIÓN DEL PADRE EN LA CONYUGALIDAD Y PARENTALIDAD EN FAMILIAS DE JÓVENES USUARIOS DE DROGAS**

Por otro lado, al analizar el impacto de la emigración del padre en la conyugalidad y parentalidad en familias con uso de drogas, los resultados indican que al emigrar el padre a Estados Unidos se genera una crisis familiar que exige un alto esfuerzo de ajuste y deriva en la agudización de conflictos o en la emergencia de nuevos problemas. Se

observa una reestructuración de los roles familiares tradicionales, principalmente los asignados a la madre, quien enfrenta profundas contradicciones de rol, y un impacto afectivo generalizado, asociado con una situación de “pérdida ambigua” del padre que se traduce en un duelo congelado. La afectación del ejercicio de la parentalidad deriva porque son trastocados los esquemas de autoridad y control familiar, con reglas poco claras y, en general, caotización de la vida familiar. Las condiciones de deprivación psicosocial y los factores disfuncionales preexistentes implican una mayor vulnerabilidad, en tanto que la predominancia de un modelo patriarcal rígido y naturalizado obstaculiza el proceso de ajuste (Pérez, Díaz y Arellánez, 2004).

## **2.7 SISTEMA DE GÉNERO Y SU ARTICULACIÓN CON LAS RELACIONES CONYUGALES Y PARENTALES EN FAMILIAS DE MUJERES ADOLESCENTES USUARIAS DE DROGAS**

En un estudio realizado con adolescentes usuarios de drogas se observó la preponderancia de esquemas de socialización orientados a la formación de roles instrumentales y sociales en el caso de los varones, y de roles afectivo-expresivos y de menor reforzamiento de la autonomía en el de las mujeres. Si bien en algunos casos las mujeres tendían a asumir actitudes menos tradicionalistas que los hombres, por lo general aceptan y asumen los estereotipos familiares y de género sin cuestionarlos, atribuyéndolos a la “naturaleza misma de las cosas”. No se observó necesariamente la relación entre patrón de consumo y estereotipos de género postulada en otros estudios, aunque los hallazgos apoyarían la relación del uso de drogas en mujeres con antecedentes de maltrato y privación parental, depresión y estrés postraumático y una mayor reactividad a la problemática familiar. El uso de drogas aparece, asociado con relaciones paterno-filiales conflictivas o sobreinvolucradas, así como con vínculos familiares desligados, deprivados afectivamente, con aislamiento o exclusión de uno de los miembros, parentalización de los hijos, triangulación, desconfirmación y caotización. Asimismo, se corrobora que el modelamiento parental no juega un papel determinante en el uso de drogas entre mujeres, el cual en cambio, parece asociarse con la presencia de trastornos depresivos y de ansiedad en la madre. Los resultados reflejan la presencia

de trastornos de personalidad más o menos severos en los padres, así como claros indicios de crisis de los modelos hegemónicos de la masculinidad (Díaz, Flores, Rodríguez y Castillo, 2003).

## **2.8 ATENCIÓN A FAMILIAS MULTUESTRESADAS CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE DROGAS Y VIOLENCIA FAMILIAR DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA**

En otro estudio comparativo de familias que acuden a un servicio terapéutico en demanda de atención al consumo de drogas, con familias que solicitan atención a la violencia familiar, se encontró que sólo reconocen como el problema el motivo que genera su demanda a pesar de que en todas las familias se presentan ambos problemas en forma simultánea, tanto el de consumo de drogas por algún miembro de la familia, como algún tipo de violencia familiar. También resalta que las estructuras y la organización familiar son similares, aunque en el caso del consumo de drogas en los hijos, se encontraron relaciones conyugales evitadoras de conflicto y que el discurso familiar se focalizaba en el usuario de drogas como el generador de los conflictos familiares. A diferencia de los casos cuya demanda fue la violencia, estaban inmersos en el conflicto cotidiano sin la posibilidad de solución ni de reconocer como problema el consumo de alguno de los integrantes de la familia. Ambos problemas se encuentran articulados en la trama familiar, pero separados en los discursos. El contexto relacional de consumidores de drogas es violento y en los ambientes familiares con esas características existe presencia de consumo. Se propone otorgar atención de manera articulada, no sólo focalizarse en resolver la demanda de los consultantes, valorar las creencias ligadas al género y deconstruirlas dada su importancia en la organización relacional de las familias (Fernández y González, 2006).

## **2.9 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE INTERVENCIONES DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA EFICACES EN EL TRATAMIENTO DE USUARIOS DE DROGAS: LA VOZ DE CLIENTES Y TERAPEUTAS**

Por otro lado, también se estudiaron los factores de éxito terapéutico mencionados por las familias con uso de drogas y sus respectivos terapeutas. Las familias reconocieron que aceptar el problema no estuvo exento de dolor, temor, culpas, etcétera. Además, intentaron resolver el problema con sus propios recursos (consejos, ruegos, sanciones, creencias religiosas, etcétera), pero terminaron por reconocer que éste los rebasaba y buscaron apoyo profesional. La fase inicial del tratamiento se caracteriza por una mezcla de altas expectativas y enojo. En la fase intermedia se da un reconocimiento de que el cambio es posible, pero que implica trabajar y esforzarse, lo que los enfrenta al dilema del cambio o de “realidades confrontadas” donde el síntoma cobra significado. Cuando lograron sobreponerse a esta confrontación aparecen los primeros cambios significativos (de segundo orden). En la última fase se consolidan las experiencias de cambios, el consumo de drogas ha dejado de ser el problema y se privilegian otras cosas, se evidencia un cambio real. Todos estos cambios no son sólo instrumentales, sino también afectivos y organizacionales. En esta misma investigación las familias reconocen que no fue cosa fácil pero al final se encuentran muy satisfechas por lo logrado. También señalan que parte del éxito terapéutico se debe al intercambio con otras familias y a la atención recibida por el terapeuta siempre dispuesto a la escucha y de trato cálido.

En resumen el éxito de la terapia las familias lo atribuyen a: que ante los múltiples intentos fallidos de lograr cambios por sí mismos acudieron a la terapia, la mayor de las veces a iniciativa de la madre; el reconocimiento de situaciones que podrían cambiar y eventos excepcionales que muestran que el cambio es posible y ensayos de cambio; los referentes a la calidez, escucha, confianza, reconocimiento de logros y buen trato otorgado por los terapeutas; que cuando reconocen que el consumo de drogas no es el problema, privilegian otras cosas y se ocupan de todos y que las experiencias de otras familias favorecieron el cambio.

Por su parte, los terapeutas reconocen que han renunciado a un modelo teórico único, ninguno es suficiente para alcanzar a entender y atender el problema, por el contrario la experiencia clínica les ha permitido crear su propio estilo de intervención. En general, prefieren ser directivos, prescribir ante el poco tiempo que saben que tienen, sin obviar que no hay respuestas universales. El trabajo conjuntamente con la familia y el sentirse cómodos con la familia, permite el establecer un nuevo sistema terapéutico, parece ser que tanto al terapeuta como a la familia les es necesario un proceso de acomodo para trabajar, que en un inicio es la capacidad de empatía. Todos se basan en la premisa de que el cambio es posible, que todos pueden cambiar y que si logran contener el sufrimiento familiar, podrán después orientar los cambios. Se concentran, en principio, en el consumo y en las situaciones que lo mantienen (foco e intensidad). Privilegian la alianza terapéutica basada en un genuino interés por ayudar a la familia. En un segundo momento confrontan versiones y expectativas, a fin de redefinir el problema e identificar objetivos viables. En un tercer momento redefinen límites y jerarquías generacionales, apuntalando la reestructuración de la familia. El uso de técnicas estructurales es más común y sienten como necesario el mayor desarrollo de técnicas de deconstrucción y co-construcción de realidades. Todos coinciden en que el uso de múltiples recursos como la terapia familiar, la grupal y el grupo de padres, usados simultáneamente en cada caso, resulta ser más eficiente. Al final del tratamiento solamente acompañan a la familia en el ejercicio y generalización de los cambios logrados. Todos los terapeutas coincidieron en que atender familias con este problema exige un trabajo conjunto, en equipo, con el resto del personal y también fuera del ámbito institucional (González, Flores y Díaz, 2003b).

## **2.10 EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA FAMILIAR CON ENFOQUE DE GÉNERO PARA ADOLESCENTES ADICTOS**

En un estudio realizado por Balanzario y colaboradores (2003) con 17 familias en terapia familiar en las que alguno de los integrantes del sistema filial presentaba dependencia a drogas, cuya edad estaba comprendida en el rango de 12 a 20 años y que al momento del estudio vivía con la familia nuclear, se realizaron registros cuantitativos y cualitativos para evaluar el programa de tratamiento y la evolución de los casos, entre los

instrumentos empleados destacan: el Inventario California para la Evaluación Familiar (CIFA, por sus siglas en inglés), que evalúa aspectos clínicamente relevantes de intrusión, cercanía y cuidado, así como la apertura de la comunicación en díadas familiares (Werner et al., 2001); y la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento Relacional (GARF, por sus siglas en inglés), instrumento que deriva de los criterios y mecanismos diagnósticos del DSM IV y que permite evaluar el funcionamiento interpersonal de una unidad relacional, por medio de la observación clínica desde tres dimensiones: 1) solución de problemas, 2) organización y 3) clima afectivo (Group for the Advancement of Psychiatry Committee on the Family, 1996).

El trabajo confirma la relación del consumo de drogas entre los adolescentes y una mayor prevalencia de trastornos afectivos, de ansiedad y depresión, en sus madres. Se comprobó la alta prevalencia de abuso de alcohol entre los padres de las familias estudiadas, lo cual confirma la tesis del modelamiento familiar del uso de sustancias por vía, principalmente, del padre.

Además se ratificó que la percepción que los adolescentes usuarios de drogas mantienen con respecto a sus relaciones con sus padres es, en general, negativa, lo cual refleja la existencia de vínculos afectivos más bien distantes, problemas de comunicación y de confianza y, por el contrario, pautas de intrusividad que alteran el equilibrio entre los sistemas. De igual modo, la percepción de los padres de sus relaciones entre sí refleja la existencia de desligamiento y conflictos conyugales.

En la segunda fase el tratamiento, se registró un notable progreso en la mayoría de las familias participantes, transitando hacia condiciones que sugieren un estado habitualmente satisfactorio, lo que parece acreditar el valor de las estrategias y técnicas empleadas desde la fase inicial del proceso: esclarecimiento y re-significación del consumo de drogas, contención de la situación de emergencia, establecimiento y fortalecimiento de límites, pautas de interacción funcionales, entre otras que constituyeron el soporte de la segunda fase en la que los terapeutas reportan fórmulas de intervención dirigidas a promover la viabilidad de cambios y la resolución del problema

a partir de reducir el bloqueo del cambio, impulsar la diferenciación (individuación, autonomía) entre los miembros de la familia, así como el fortalecimiento del intercambio familiar por la vía del reconocimiento del lugar del otro.

En este estudio destaca la enorme vigencia y eficacia de los estereotipos de género y su innegable impacto en las pautas de interacción e intercambio entre los miembros de la familia. También resalta la mayor maleabilidad y mayor capacidad de las mujeres para identificar los estereotipos de género, así como para asimilar y poner en práctica actitudes y roles que les permiten redefinir su lugar en la familia (Balanzario et al., 2003).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 ENFOQUES EN TERAPIA FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS**

La investigación acerca de las familias con problemas de adicción tiene una historia relativamente corta, que inició a finales de los setenta en Estados Unidos, justo cuando se desarrollaba una enorme difusión de este problema social en aquel país (Cirillo et al., 1999).

Entre los diversos estudios que han informado acerca de la importancia de factores familiares con respecto de la adicción a las drogas de ciertos individuos, encontramos dos enfoques distintos que contribuyeron al avance en este tema. Por un lado, algunas investigaciones se desarrollaron con base en datos cuantificables, en ellas se analizaron diversos factores frecuentes en el contexto familiar de los consumidores de drogas, tales como las edades de los integrantes, la relación del miembro consumidor con su padre y madre, con el orden de nacimiento con relación a sus hermanos, etcétera. Por otro lado, algunos terapeutas familiares empezaron a presentar trabajos clínicos realizados con familias de pacientes adictos. En su primera etapa, la relación familiar de los usuarios de drogas solía ser descrita en términos más bien parciales y no suficientemente integrativos, de manera que se enfocaban en casos como los de *madres sobreprotectoras*, *hijos sobreinvolucrados*, *padres periféricos*, etcétera. Sin embargo, posteriormente algunos autores empezaron a trabajar en el sentido más sistémico. Justamente aquí se considera que la introducción de una explicación sistémica al problema de la adicción a las drogas constituyó una gran contribución de estos autores en el área: la de que el problema de adicción a drogas de un individuo tiene una función en la estructura relacional de su familia entera. Por medio de esta hipótesis fundamental aquellos primeros autores plantearon que si no cambia la estructura relacional de la

familia del paciente, es difícil hacer que desaparezca su síntoma. Diversos terapeutas familiares trabajaron bajo esta visión con familias de pacientes adictos e informaron de su efectividad terapéutica. Entre los terapeutas familiares que han realizado estudios con familias con problemas de uso de drogas se destaca los trabajos de L. Cancrini (1988, 1996, 1990) en Palermo, M. D. Stanton y T. Todd (1985) en Filadelfia, T. Todd (1991) en New York, S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso y R. Mazza (1996) en Milán y Pisa, M.C. Ravazzola (1997) en Buenos Aires y C. Fernández y cols. (2004, 2006) en la Ciudad de México, entre otros. A continuación se presenta una breve síntesis de sus investigaciones.

### **3.1.1 El estudio de Luigi Cancrini: La tipología de los toxicómanos**

El autor distinguió cuatro tipos de adicción propios de la estructura familiar. La tipología propuesta señalaba la posibilidad de que no todos los casos de adicción correspondían a la dinámica relacional “prototípica” de las familias de los pacientes adictos.

Las cuatro categorías que distingue este autor son: A) *Toxicomanías “traumáticas”*; B) *toxicomanías de neurosis actual*; C) *toxicomanías de transición*, y D) *toxicomanías sociopáticas*. El autor estableció que de entre estas cuatro categorías, solamente en las categorías B y C el uso de drogas se comprende mejor en relación con la estructura relacional de la familia actual. Por otro lado, se planteó que la adicción en las otras dos categorías no se explicaba bien en función de la estructura relacional actual de la familia, sino que intervenían otros factores. Revisaremos brevemente cada una de estas categorías.

A) *La toxicomanía “traumática”*. En el contexto familiar de los usuarios de esta categoría no se observaba una característica típica, sino más bien cierta diversidad. El síntoma del paciente no constituye una función principal; es decir, no es crucial producir un cambio estratégico en la estructura relacional de la familia del paciente adicto. La adicción se explica en relación con la dificultad del individuo de verbalizar

la experiencia del “trauma” o de su problema dentro de una relación percibida como “confiable” y “segura”. Se trata de adolescentes que acaban de definir su identidad, o formar una pareja, y para quienes la nueva red de relaciones son inadecuadas en el momento de dolor, duelo u otros casos similares. A veces se trata de un hijo(a) ejemplar, pero acostumbrado a guardarse sus problemas. Cuando este tipo de individuo se encuentra con un grave trauma, se derrumba y consume drogas desarrollando una adicción en un periodo relativamente corto. En otros casos, por ejemplo, se trata de individuos que recientemente han superado la fase de individuación y al enfrentar algún trauma entra en crisis porque pierde su equilibrio. Sumado a ello las relaciones anteriores ya no le proporcionan un soporte adecuado, y las nuevas, por ser todavía demasiado precarias no le otorgan apoyo suficiente.

B) *La toxicomanía de neurosis actual*, en este caso “*la estructura familiar donde se desarrolla este tipo de toxicodependencia es la que describen con mayor frecuencia los terapeutas familiares que han trabajado con toxicómanos*” (Cancrini, 1990). Las características principales de la estructura familiar son: 1) La fuerte implicación de uno de los padres (generalmente el del sexo opuesto) en la vida del hijo y en su enfermedad; 2) el papel “periférico” del otro padre; 3) la evidencia de la estructura (alianza transgeneracional negada) definida como “triángulo perverso” y la tendencia del padre cómplice a proteger y cubrir los problemas planteados por el comportamiento del hijo; 4) el límite difuso intergeneracional; 5) el desarrollo de una polaridad que define la figura del hijo toxicómano como “malo” en relación con otro hijo “bueno” (un elemento cuya importancia debe captarse sobre todo en relación con la situación que se verifica en la familia del toxicómano del tipo C), y 6) un modelo comunicativo que se caracteriza por lo contradictorio (no paradójico) de los mensajes, por la rapidez y la violencia del desarrollo de los conflictos. Para esta categoría el autor describió su observación desde tres visiones distintas: la visión sistémica familiar, la visión de la “emergencia subjetiva” y la clínica. Es decir, aparte de los puntos descritos de la estructura familiar, el autor cita otras características de esta categoría. Este trabajo se limita a la descripción de los puntos relacionados con la estructura familiar Respecto de la terapia para este tipo de paciente, Cancrini (1991)

justamente sugirió consultar el trabajo de Stanton y Todd (op. cit) y también el de Grupo Albedo (1984). Mencionó que es inútil trabajar con los usuarios de esta categoría de manera individual, por el contrario es indispensable realizar una terapia familiar porque si no se modificaba la estructura relacional familiar no se podría eliminar efectivamente el “síntoma”. En pocas palabras, las familias de esta categoría tienen triangulado al usuario.

C) *La toxicomanía de transición*. La organización relacional de las familias de estos usuarios se parece mucho a la de las familias de transición psicótica o a las de anoréxicos. En primer lugar, ellos manejan frecuentemente mensajes paradójicos e incongruentes y hacen esfuerzos por no definir las relaciones interpersonales; los miembros familiares ostentan una tendencia difusa a ignorar el significado del mensaje de los otros miembros. Usan la enfermedad para resolver el problema del liderazgo, moviéndose en términos de autosacrificio. En tales casos los padres están involucrados en la vida y la toxicodependencia del hijo. En las familias de *neurosis actual* se observa la existencia de una polarización diversificadora entre hermanos, tal como la del bueno *versus* el malo. En cambio, en las familias de las *toxicomanías de transición* se observa una diversificación en términos del exitoso *versus* el fracasado. El paciente adicto evade o fracasa en la separación de su familia, lo cual suele coincidir con la separación incompleta del hermano bueno o prestigioso. Por otro lado, estas familias son diferentes a las de los anoréxicos en el sentido de que las primeras tienen una mayor tendencia de involucrar en los problemas familiares o manipular a los terapeutas, amigos o parientes. Al mismo tiempo tiende a repetir dramatizaciones muy intensas, pero de breve duración. Los padres entran frecuentemente en conflictos llegando a separaciones incompletas. Algunos pacientes de estas familias alternan su disposición psíquica entre fases maníacas y depresivas, siendo profundamente modificadas por el efecto propio de las drogas. Hay otros que tienen un comportamiento toxicómano ritualista, compulsivo y autodestructivo, donde lo único importante parece ser la necesidad de estar aturdido de modo crónico, antes que el placer que provocan los efectos propios de la droga. Ante estos pacientes, el autor propone dos tipos de intervención. Por un lado, el

terapeuta puede oponerse resueltamente al comportamiento toxicómano redefiniéndolo como manifestación extrema de un problema interpersonal más relevante y trabajando de forma directa sobre el control del síntoma. Por otro lado, se puede realizar una intervención contraparádójica. Esta intervención supone que el terapeuta prescribe a la familia entera resistencias concretas al cambio.

D) *La toxicomanía sociopática*. Los pacientes de este tipo pertenecen a familias caracterizadas por una desorganización caótica. Entre las características de estos usuarios se mencionan: a) Comportamientos antisociales que preceden el comienzo del consumo de drogas, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes que viven en condiciones de desventaja social y cultural; b) rápida y natural asimilación de la adicción dentro de un estilo de vida que se adapta a ella; c) actitud de desafío del usuario que se comporta con la frialdad y como una persona *incapaz de amar y aceptar amor*, con una percepción del ambiente como frío y hostil, y d) desapego al hablar de su hábito y un embotamiento anestésico de las sensaciones que se buscan con el uso de la droga, subestimando los efectos y los prejuicios de la misma. Los adictos de esta categoría carecen de relaciones sociales y familiares. El pronóstico de la terapia es negativo porque muchos de ellos no piden ayuda espontáneamente sino que la solicitud le llega al terapeuta cuando ellos se encuentran con problemas vinculados con un patrón de consumo severo, como hospitalización o encarcelamiento, y no propiamente para liberarse de su adicción. Para este tipo de toxicómano, la intervención comunitaria es especialmente útil, porque así puede acogerlo un grupo “sustituto” de la familia.

### **3.1.2 El trabajo de M. Duncan Stanton y T. Todd: el problema de adicción a las drogas como un proceso de “pseudoindividuación”**

Stanton y Todd (1985) trabajaron con familias de adictos bajo un enfoque estructural-estratégico.

Los autores compararon sus observaciones clínicas con una amplia revisión bibliográfica

y concluyeron que la adicción no se desarrolla únicamente en razón de que el individuo obtiene efectos fisiológicos placenteros e inmediatos, sino también en razón de que la adicción de algún integrante, ofrece a la familia entera una falsa resolución respecto del dilema relacional desarrollado en su contexto familiar. En su trabajo nos ofrecen una descripción detallada y concreta acerca de la dinámica familiar de los consumidores de drogas que ellos atendieron en su clínica.

Los autores observaron que las familias de adictos que atendieron mostraban miedo a la separación y una alta interdependencia emocional entre sus miembros, lo cual les llevó a considerar que el problema de adicción estaba ofreciendo tanto al mismo adicto como a la familia una resolución paradójica de su dilema: el mantener intacta la dinámica familiar unida o propiciar la independencia del hijo. Con base en esta observación, los autores establecieron el término “pseudoindividuaación”, que describe diversas funciones del síntoma, en este caso la adicción a las drogas, en la vida tanto del sujeto como de su familia.

En comparación con los individuos que tienen otros problemas, tales como un trastorno psicosomático o esquizofrenia, los adictos aparentan una mayor independencia de su familia. Cuando ellos se enfrentan a un conflicto familiar, tienden a crear fuertes relaciones externas y refugiarse en ellas. Es decir, las personas con adicción tienen una mayor “ilusión” de independencia que aquellas que presentan otros síntomas. Observaron también que quienes desarrollan adicción suelen formar relaciones con miembros de la subcultura de la droga, e incluso llegan a traficar y ganar mucho dinero para mantener su hábito. Por medio de esta interacción social logran cierta experiencia de éxito, lo cual les da una sensación de ser competentes e independientes. No obstante, esto es un proceso contradictorio, porque cuantas más drogas utilizan, más inútiles y dependientes resultan ser. Entran en una lógica que funciona sólo dentro del limitado reino de la subcultura de las drogas, lógica que no es adecuada para ser reconocido como competente e independiente en ámbitos más amplios de la sociedad. En este sentido, el usuario de drogas logra una “pseudoindependencia”.

Aparte de lo anterior, observaron que las familias de los pacientes adictos suelen mostrar una característica típica: no han logrado la individuación. Bajo la visión estructural-estratégica, los autores consideraron que el problema de drogas que presentaban sus pacientes tenía una función en su contexto familiar, en términos de que la preocupación de los miembros por este problema mantenía a la familia “unida”.

En contraste con la visión individualista, en la que se pone énfasis en el efecto placentero que el adicto obtiene al ingerir drogas, estos autores señalaron que dicho aspecto tiene una experiencia secundaria respecto de su función en la relación familiar. El problema de adicción del hijo se comprende simbólicamente en la familia como una comprobación de su incompetencia, lo cual justifica su incapacidad de abandonar a la familia. Al basarse en esta idea, la familia también se libera de la responsabilidad de reconocer y promover la independencia de su hijo.

Para sustentar la importancia del significado del problema en el contexto relacional, los autores describieron la siguiente observación clínica: muchas personas con adicción muestran tolerancia a la disminución del nivel de metadona, incluso en grandes cantidades, pero tienen dificultades para dar el último paso, el de la disminución de 5 mg. o 1 mg. a la total supresión. Este paso debiera ser farmacológicamente fácil, pero es simbólicamente difícil en el contexto interaccional, porque el individuo pierde su identidad de “adicto”.

Por otro lado, también mencionaron que las drogas le dan al hijo adicto una sensación de poder y de omnipotencia. Bajo el efecto de las drogas el usuario se anima a rebelarse ante sus padres; así tiene una falsa sensación de independencia, porque hay oportunidades de actuar agresivamente con sus padres sin preocuparse por su sentimiento. Según los autores, en estos momentos el hijo adquiere cierta sensación de autonomía y de libertad respecto de sus padres. Sin embargo, esta sensación forma parte de la *pseudoindividuación*, porque lo mismo la familia que el usuario de drogas pueden anular el significado de este movimiento en el momento en que le atribuyen la responsabilidad del fenómeno solamente a las sustancias psicotrópicas. Los padres

podrían decir: *mi hijo estaba dopado, sin drogas él no es así*, mientras que el hijo adicto diría que *el efecto de las drogas me hizo actuar así, en realidad no estoy en absoluto en contra de mis padres*.

El concepto de *pseudoindividuación* abarcaba también la descripción del contexto relacional de los usuarios casados o el de los que viven con su pareja fuera de su familia de origen. En razón de que estos pasan más tiempo en el contexto conyugal, aparentan ser más independientes respecto de su familia de origen que otros usuarios solteros. Stanton, Todd y otros (op. cit) señalaron que cuando se interviene únicamente a la familia nuclear del usuario de drogas que está casado fracasarían en su tratamiento, puesto que, según ellos, la aparente independencia del adicto es falsa y en realidad este paciente sigue perteneciendo a la organización relacional de la familia de origen como un miembro medular, incluso después de establecido su matrimonio. Esto quiere decir que en cuanto la terapia de pareja avanza, se presenta una sutil presión de la familia de origen para que el marido regrese con el grupo. El tratamiento del individuo casado debe ser realizado tomando en cuenta la influencia de los padres en él.

Junto con estas descripciones, los autores propusieron que la adicción forma parte de un proceso cíclico que involucra tres o más individuos, comúnmente el usuario de drogas y sus dos padres. Cuando los padres entran en conflicto conyugal y llegan al extremo de una separación inminente, el usuario muestra una conducta dramática que hace que la atención de los padres se concentre sobre él. Por ejemplo, exhibe un ataque de furia, llega a la casa drogado, comete un delito serio o sufre una sobredosis, etcétera. Sea cual fuere la forma, este acto permite a los padres asumir su función parental, haciendo a un lado el conflicto conyugal. Si la relación conyugal logra eludir la crisis de separación, el hijo adopta una actitud menos provocadora y comienza a comportarse en forma más competente. En el área de la terapia familiar, este tipo de estructura relacional se conoce como triangulación del hijo “sintomático” por parte de sus padres.

Por otro lado, con el paso del tiempo una persona con adicción puede adquirir una mayor competencia en la vida logrando una posibilidad de independizarse. A medida que crezca

esa posibilidad, se incrementa el riesgo de que los padres deban enfrentarse al conflicto conyugal irresuelto. Nuevamente surge la amenaza de separación entre ellos, lo cual propicia que el hijo se comporte de un modo llamativo o autodestructivo, así el ciclo de la triada disfuncional se mantiene. Con base en estas observaciones, los autores plantearon una *triangulación rígida* entre los padres y el hijo consumidor de sustancias como parte importante de la *pseudoindividuación*.

Bajo esta visión, los autores establecieron como etapas críticas para el problema de adicción en el hijo a la adolescencia y la independencia, puesto que en ellas el hijo y la familia se enfrentan al dilema entre mantener el mecanismo protector de la unión familiar o respetar los impulsos biológico-socioculturales que incitan al hijo a establecer relaciones íntimas fuera de la familia.

Esta visión de la terapia familiar permitió comprender el uso de drogas en relación con la estructura interaccional a la que pertenece cada sujeto. Los hallazgos son particularmente importantes ya que presentan la dinámica familiar de las personas con adicción de manera sistemática por medio del análisis de diversos casos clínicos, al mismo tiempo que comparan su postura con los trabajos de otros autores.

### **3.1.3 Los ciclos evolutivos y el abuso de drogas: el modelo conceptual de Thomas C. Todd**

El autor destaca dos etapas del ciclo vital predominante particularmente en el desarrollo de la adicción juvenil: la adolescencia y la etapa de emancipación (Haley, 1989).

La adolescencia suele ser una época en que el individuo empieza a asumir responsabilidades de adulto y a encaminarse hacia el grupo de pares, especialmente hacia las relaciones heterosexuales. Las estructuras y reglas familiares que fueron suficientes cuando el usuario estaba más involucrado con la familia y era más dócil a su influencia empiezan a fracturarse y el abuso de drogas puede ser una de las formas adoptadas por los síntomas.

Por su parte, la etapa de emancipación es la que presenta el mayor riesgo de adquisición de síntomas, especialmente el abuso de heroína, la anorexia y la psicosis (Haley, op. cit). La participación de los padres y de los otros miembros de la familia de origen en la terapia es sumamente importante, aunque el paciente sea un joven adulto, casado y con hijos.

Si el abuso de drogas ha asumido un rol funcional en el trámite del atascamiento en cualquiera de estas etapas el autor sugiere una gama de intervenciones familiares: 1) Las intervenciones estructurales tendientes reforzar los desplazamientos evolutivos apropiados y a reducir la necesidad del síntoma; 2) intervenciones de reencuadramiento y otras estrategias que bloqueen la función del síntoma, y 3) intervenciones más paradójicas que fomenten un *rechazo asqueado* de las pautas de conducta precedentes.

El autor describe siete etapas de adicción y recuperación: a) *La pre-adicción* en la que no existe adicción fisiológica ni las consecuencias negativas del uso de sustancias; b) *la adicción temprana* en la cual se presentan algunas o todas las características de la adicción, aunque el usuario las desmiente, además de que el patrón de consumo aún no es severo lo cual facilita la negación de la familia. El terapeuta debe enfrentar dos grandes trampas: en un extremo están los miembros de la familia que sostienen que de nada valdrá cuanto ellos puedan hacer si el usuario no quiere aceptar ayuda, en el otro están los familiares (y los profesionales de la salud) que se responsabilizan demasiado de “curar” al “adicto aunque éste no haya admitido tal condición; c) *tocar fondo*, es donde habitualmente se solicita tratamiento para el adicto por complicaciones médicas o dificultades legales, porque ha perdido el empleo o enfrenta una amenaza de divorcio; tales sucesos suelen impactar tanto que abren una brecha en la negación del adicto; d) *pre-tratamiento*, corresponde a aquella en que el “cliente” no es el usuario sino su progenitor, cónyuge u otra persona interesada; aquí se sugiere alentar al principal prestador de ayuda a “reclutar” a otras personas con el fin de hacerles participar de una intervención familiar; e) *tratamiento temprano*, aparece cuando el usuario admite la necesidad de un tratamiento y se somete a él; en esta etapa es fundamental la terapia familiar, además de otras alternativas terapéuticas como el empleo de medicamentos, el

internamiento, los grupos de autoayuda, etcétera; f) *en el post-tratamiento o sobriedad temprana* se ha completado “el programa” pero aún queda mucho por hacer debido a la posibilidad de recaídas, así que la abstinencia ininterrumpida es la meta principal de la terapia y cualquier otra meta debe relegarse claramente a segundo plano, y g) *la verdadera sobriedad* en la que el paciente empieza a experimentar una menor necesidad del “programa”, cualquiera que éste sea, y disminuye su participación en el mismo, lo cual supone un ensanchamiento de sus perspectivas de vida y en un sentido estricto, en esta etapa es donde se puede aplicar una verdadera terapia familiar o de pareja.

El autor invita a apreciar la interacción compleja entre las etapas del ciclo vital y otros procesos evolutivos individuales y familiares, con las etapas evolutivas de la adicción y recuperación que él propone.

#### **3.1.4 Los estudios de S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso y R. Mazza: el modelo etiopatogénico relacional de la adicción. Un enfoque diacrónico por estadios**

El trabajo del *Nuevo Centro para el estudio de la familia*, coordinado por Stefano Cirillo, tuvo como característica distintiva la inclusión de una visión diacrónica (Selvini, 1995) en la explicación de la dinámica relacional de las familias de los adictos, especialmente a la heroína. Ellos plantearon que existe una transmisión intergeneracional de traumas y carencias en las familias de los adictos. Observaron que los padres de los adictos solían vivir ciertos traumas y carencias en su infancia, los cuales fueron escasamente reconocidos y elaborados en su vida posterior. Con base en esta idea general los autores buscaron identificar y describir la historia de la relación familiar en la que el hijo llegó a consumir drogas a partir de la cual propusieron sus siete estadios de la etiopatogénesis adictiva en donde incluyeron en la terapia el conocimiento acerca del proceso familiar a través del cual el hijo llegó a heredar ciertas carencias padecidas por los padres.

Los siete estadios básicos para analizar el proceso diacrónico de la evolución de la relación familiar son: 1) Las familias de origen; 2) la pareja paterna; 3) relación madre-

hijo en la infancia; 4) la adolescencia; 5) el paso al padre; 6) el encuentro del paciente con las sustancias estupefacientes, y 7) las estrategias basadas en el síntoma y los mecanismos que contribuyen a cronificarlo, mismos que incluyeron tres recorridos diferentes en el desarrollo del proceso patológico de las adicciones: Recorrido 1: *abandono disimulado*; recorrido 2: *abandono desconocido*, y recorrido 3: *abandono activo*.

Los autores propusieron la posible correspondencia de cada uno de estos tres subgrupos con las cuatro categorías planteadas por L. Cancrini (op. cit).

**Cuadro 1. Correspondencia entre la tipología de toxicomanías propuesta por Cancrini y los recorridos del proceso de las adicciones propuestos por Cirillo y colaboradores**

	<b>Categoría A</b>	<b>Categoría B</b>	<b>Categoría C</b>	<b>Categoría D</b>
Tipología de Cancrini	Toxicomanías traumáticas	Toxicomanías de neurosis actual	Toxicomanías de transición	Toxicomanías sociopáticas
Recorridos de Cirillo y colaboradores	<b>Recorrido 1</b>		<b>Recorrido 2</b>	<b>Recorrido 3</b>
	El abandono disimulado		El abandono desconocido	El abandono activo

El Recorrido 1 o abandono disimulado se presentó con más frecuencia en los casos del estudio realizado. Los autores plantean una explicación al respecto *se trata de las familias más fácilmente seleccionadas para un programa de intervención terapéutica en tanto mantienen una estructura adecuada en el plano social y, en el plano psicológico, presentan un suficiente nivel de competencia autobiográfica* (Cirillo y cols., op. cit, p. 77).

En el primer estadio del Recorrido 1, ambos padres sufrieron una relación carencial dentro de sus familias de origen, sin que pudieran reconocer el daño recibido. El recorrido típico para el padre es ser prematuramente *adultizado*, quedando marcado por la falta de una relación con su propio padre, que estaba ausente, era incompetente o excesivamente rígido, y sin que su madre hubiera reconocido los esfuerzos hechos por

él para sustituir sus funciones (organizativas y/o emocionales) dentro de la familia. En cambio, la madre del futuro usuario estuvo paralizada dentro de una relación conflictiva con su propia madre, conflicto que su propio padre había activado o al menos no había sabido solventar.

En el segundo estadio, estos futuros padres forman una pareja que se caracteriza por un *matrimonio de interés* porque cada cónyuge está particularmente interesado en la *dote afectiva* que su pareja lleva consigo y lo ve como instrumento para satisfacer las propias necesidades de realización social, de redención o de emancipación (lo que se revelará como una *pseudoemancipación*) respecto de la familia de origen.

En el tercer estadio, la calidad de la relación madre-hijo en la infancia del futuro usuario de drogas es tal que tiene efectos de privación y carencia sobre el niño respecto de sus necesidades afectivas primarias. La madre realiza las funciones asistenciales de manera aparentemente inobjetable, pero en realidad más funcional a sus propios deseos, tendiendo al mantenimiento de una adecuación social relativa a su matrimonio y en busca de confirmación por parte de sus propios padres. Por esta característica, el hijo no llega a darse cuenta de la carencia afectiva a la que se vio sometido.

Para el cuarto estadio, el hijo reclama mayor autonomía al entrar en la adolescencia. Ante este cambio, la madre no reconoce las exigencias evolutivas del hijo, sino que sólo lo acepta como hijo-niño fácilmente subyugable y al que transfiere la resolución de los nudos problemáticos que caracterizaron su relación con su propia madre. Ante esto, el hijo adolescente empieza a comportarse agresivamente y hasta con ira, siendo que no puede volverse contra su madre. Así aparecen algunos comportamientos negativos que no alcanzan a ser todavía sintomáticos, como fracaso escolar, experimentación con drogas blandas, episodios de embriaguez o identificación con grupos de pares disfuncionales.

El quinto estadio se define como el paso al padre. El hijo, al sentir que la madre lo infantiliza, se acerca cada vez más al padre, motivado por una necesidad de

reconocimiento que legitime sus propios sentimientos y sus derechos de individuación. Es el caso que en general el padre de este tipo de familia rechaza a su hijo, y cuando lo acoge lo hace de manera ocasional para la resolución de situaciones cotidianas, sin ser confirmativas de su identidad. Es decir, el hijo sufre carencias afectivas respecto tanto de la madre como del padre.

El sexto estadio, *encuentro con las sustancias estupefacientes*, el hijo adolescente vive una miscelánea de sentimientos tales como soledad, malestar, autodesvalorización, que aparecen cuando se da cuenta que en realidad siempre ha estado emocionalmente solo. En este contexto, empieza a asumir que los efectos psicofarmacológicos de la sustancia son una manera de modificar artificialmente su propio sufrimiento, de manera que la droga le ayuda a contener el riesgo de depresión.

Los autores plantean como último *estadio las estratégicas basadas en el síntoma*. En esta etapa, en la que el hijo consume drogas crónicamente, la madre evita deprimirse y entrar en crisis exacerbando sus cuidados infantilizantes, mientras que el padre se contacta débilmente con la familia. En ese contexto el hijo asume como ventaja y asistencia el empleo de las drogas, teniendo para sí que el síntoma es la única expresión de una autonomía propia (lo mismo que la agresividad).

El Recorrido 2 o *abandono desconocido* se diferencia del anterior en la contradicción de sus marcos comunicacionales. La pareja vive una relación que en un nivel determinado es irrenunciable e indisoluble, pero en otro nivel resulta amargamente insatisfactoria. En el tercer estadio, la madre construye con su hijo una relación profundamente penetrada por los contradictorios y ambivalentes sentimientos que abriga hacia su marido. Nunca y de ningún modo reconoce las necesidades de su hijo, e igualmente niega su condición de abandono. En el cuarto estadio, el adolescente empieza a sentir una progresiva decepción hacia la madre, antes fuertemente idealizada. El hijo obtiene mayor interacción con el mundo exterior y se percata de la sustancial indiferencia de la madre, que sigue manteniendo su atención enteramente enfocada en la relación conyugal. En el Recorrido 1 la madre se enoja con su hijo adolescente en el momento en que éste

desea independizarse, mientras que la madre del Recorrido 2 se mantiene indiferente ante la misma circunstancia. En el quinto estadio, el hijo busca el apoyo del padre, pero éste le responde a su hijo de manera decepcionante. Por un lado, el padre no quiere alterar los complejos equilibrios de la relación de pareja con su esposa y por otro, percibe a su hijo como un rival respecto de su pareja. Así desconoce las condiciones de carencia que se encuentran en la base del malestar del hijo y las necesidades naturales de sus impulsos evolutivos, aumentando la confusión de aquel hasta un nivel crítico. En el sexto estadio, el hijo experimenta con droga, pero en este caso no la emplea como antidepresivo, sino que aquí lo emplea para darle una forma al propio Yo, en tanto que lo percibe en riesgo de fragmentación o dispersión. El hijo sufre de ansia, lo que se liga a su confusión. En el séptimo estadio, el síntoma de dependencia a las drogas del hijo le ofrece a la pareja de padres las condiciones para no enfrentar sus propios problemas de pareja. Los aspectos disfuncionales de la pareja no emergen y, por tanto, el hijo está obligado a mantener su adicción con fines auto-terapéuticos respecto del peligro de dispersión de la propia identidad.

El Recorrido 3, *abandono activo*, caracteriza a las familias con una desorganización relacional. Los padres han experimentado un abandono en sus familias de origen y reproducen ese mismo abandono tanto en la relación de pareja como en la que se da entre padres e hijos. En el segundo estadio, estas dos personas forman pareja pero se trata de un *matrimonio inexistente* puesto que el intercambio emocional dentro de la pareja prácticamente no se da y la relación se estructura de manera inercial y casual, con expectativas de reciprocidad muy bajas: la pareja queda decepcionada rápidamente. En el estadio 3, el hijo crece padeciendo el mismo abandono que sufrió su mamá, siendo ésta incapaz de evitar que el hijo repita las carencias sufridas por ella en su infancia. El niño crece confiándose a otras personas, tales como sus abuelos o incluso algunas figuras institucionales. En el cuarto estadio el hijo entra a la adolescencia de manera prematura, busca entonces pertenecer a tribus de barrio para obtener funciones familiares sustitutas. En las familias el padre generalmente está ausente, por lo que el hijo no puede orientar sus impulsos evolutivos hacia él. Por esta falta, el hijo encausa su impulso en dirección de conductas antisociales. En el sexto estadio la condición de

marginalidad social facilita el contacto con la droga como vehículo de fáciles ganancias y de adhesión a la cultura dominante del grupo. La experimentación del poder sedante de la droga permite contener la ira que ha madurado en el proceso de abandono afectivo y le permite disminuir la frecuencia de comportarse violentamente al interior de la familia. Así, en el último estadio la madre continúa con su falta de compromiso y sigue delegando su responsabilidad, trasladándola, junto con su culpa, a la sociedad. La permanencia del síntoma le proporciona una justificación concreta para seguir dando un sentido a la propia e intransferible delegación de responsabilidad, con una consiguiente mitificación de la comunidad terapéutica como único remedio posible.

Respecto a la terapia, los autores plantearon que estos recorridos juegan un importante papel en la deconstrucción de las historias emocionales de la familia. Consideran que una óptica trigeracional no culpabiliza a nadie, sino que facilita el que los miembros de la familia se consideren como parte de un sistema en sufrimiento. Así, alivia a la familia del peso de responsabilizarse individualmente, lo que favorece una mejor y mayor colaboración en la terapia.

La deconstrucción de la historia busca dar sentido al malestar experimentado por el usuario en su recorrido vital –ya que se conecta con el sufrimiento de una carencia– y ofrece a la familia la oportunidad de dar un paso evolutivo importante, fundándolo en la conciencia de lo ocurrido y en el mutuo reconocimiento de sufrimiento padecido y de las respectivas responsabilidades.

Su enfoque emergió con todo su interés en la co-construcción de las historias emocionales de la familia fungiendo como un motor de la terapia, distinguiéndose de las intervenciones “correctivas” en cuanto que se orientan únicamente a los aspectos disfuncionales de la organización familiar de los pacientes.

Esta reflexión, enfocada a la recuperación de significados que permitan comprender la realidad del consumidor de drogas de una manera diferente, presenta cierto parecido con tendencias nuevas de la terapia familiar llamadas terapias narrativas o de segundo

orden. Aunque se observan diferencias importantes entre el marco epistemológico del trabajo de Cirillo y colaboradores, con el de las terapias narrativas, nos ha parecido interesante el aspecto común entre ambos trabajos: el enfocarse en la reorganización del significado construido alrededor de la realidad del usuario de drogas y de la familia como el punto central de la terapia. Quizá la diferencia más importante entre ambos enfoques sería que estos autores tienen una tendencia a plantear un prototipo de recorridos relacionales para las familias de los usuarios, mientras que la terapia narrativa se concentra en la recuperación de una historia particular para cada caso, poniendo énfasis en la descentralización del *discurso dominante* y en la recuperación de los significados *locales*.

### **3.1.5 M. Cristina Ravazzola y su trabajo con mujeres, parejas de varones adictos: “condicionadas para ser incondicionales”**

Deseamos incluir en este capítulo la experiencia clínica del “Proyecto Cambio” que coordina y supervisa M.C. Ravazzola (op. cit). La autora destaca cómo la socialización de las mujeres –ser condicionadas para ser incondicionales– es algo que se encuentra sumamente vinculado con la conducta adictiva ya sea de los esposos o de los hijos.

Varios puntos pueden dar constancia de este hecho; por ejemplo, las drogas de preferencia entre hombres y mujeres son diferentes. Para las mujeres jóvenes, las sustancias más usadas resultan ser aquéllas que no causan descontrol, sino que funcionan como estabilizadoras o reguladoras del estado de ánimo, como los tranquilizantes. En cambio, los varones consumen sustancias que les permiten hacer frente a sus contrariedades y que los hacen ser activos y violentos, como alcohol o cocaína.

Los varones, en muy escasas ocasiones acuden solos a tratamiento, y generalmente lo hacen con una persona del sexo femenino. Para las mujeres, la inserción en las drogas está asociada a un estar *bien con el otro*, para acompañarlo, para estar con él, para saber que siente etcétera. Además, habitualmente el consumo de drogas en las mujeres

es mucho más estigmatizado por no cumplir estereotipos sociales. En cambio en los varones el consumo de alcohol, por ejemplo, no sólo es permitido, incluso esperado, para confirmar estereotipos de masculinidad como fortaleza o “aguante”, por lo que llegan a exponerse a situaciones de mayor riesgo como accidentes, riñas o abuso.

Las esposas de hombres adictos ubican el origen de la adicción en factores y condiciones externas, lo que implica que los eximen de la responsabilidad de su conducta.

Tradicionalmente, la atención para adicciones, también está matizada de prescripciones sexistas; por ejemplo, pedirle a las mujeres que no provoquen conductas inadecuadas en sus parejas, implica imponer a ellas la responsabilidad de tales conductas en vez de promover el “autocontrol” en los hombres. Asimismo, la responsabilidad del mantenimiento de la rehabilitación es depositada en las mujeres.

La conducta adictiva encuentra reforzadores también en los otros miembros de la familia, permitiéndoles transgredir abiertamente las reglas de convivencia, pretextando factores externos, por lo que se le quita a la persona la responsabilidad de su propia conducta y a los miembros de la familia como transgresores de límites. Esto se da en forma común (aunque no exclusivamente) en las mujeres, las cuales consecuentan a través de conductas permisivas al adicto, lo cual corresponde con el estereotipo femenino.

Un riesgo potencial son las relaciones abusivas que se generan a partir de los modelos tradicionales de socialización, en los que, como se mencionó antes, las mujeres fungen como las cuidadoras, lo que impide que el usuario de drogas se haga responsable de sí mismo, que tenga control de sus impulsos, lo cual ayudaría a que adquiriera habilidades sociales adecuadas y manejo de sus emociones.

Es común que los adictos evadan sus responsabilidades dejándoselas a otros, a quienes culpabiliza de su conducta, y de esta forma se genera una rivalidad entre el paciente y aquellos que fungen el papel de cuidadores.

Aquí el punto sería que el terapeuta rompiera con estos circuitos abusivos donde la

esposa, por ejemplo, toma el papel de madre, auxiliar, salvadora, detective, educadora, etcétera. Todos estos son desiguales matices de un rol maternal que las lleva a suponer que si hacen méritos suficientes, pueden lograr convertirse en las mejores cuidadoras.

Uno de los trabajos que la autora destaca en sus programas es la inclusión de los grupos de mujeres en los programas de rehabilitación y subraya en él la importancia del trabajo en equipo con los profesionales y los distintos operadores que lo integran.

En estos grupos de parejas de varones adictos, se promueve tener una percepción amplia de las vivencias de malestar y de los conflictos en la vida cotidiana, muchas veces ignorada o disimulada por ellas mismas, a través del análisis y el cuestionamiento permanente de los elementos de la comunicación, mediante intervenciones verbales, con el juego de escenas psicodramáticas a partir de temas de reflexión como el amor, el trabajo, el dinero, el tiempo libre, el placer y el sexo. En las sesiones, y a través de “tareas” que hay que realizar en el hogar, las mujeres tienen que confeccionar listas de diferentes elementos, como escenas de maltrato de ellos hacia ellas y viceversa, de diversos servicios que prestan a sus maridos y de los reconocimientos que reciben a partir de ellos y de las veces que logran decir NO en situaciones en las que no están de acuerdo con sus mandos, etcétera.

Otro factor importante es analizar cómo esperan que la terapeuta funja a su vez como cuidadora e incondicional, que se asemeje a su forma de proceder; cuando esto no sucede se llegan a crear conflictos y conductas encaminadas a esa expectativa.

El hecho de que asistan a estos grupos está mediado en un principio como complemento de la ayuda que pueden dar a sus esposos adictos, y hasta algún tiempo después logran ver la ayuda que representa para sí mismas.

### **3.1.6 C. Fernández y colaboradores (2004 y 2006). La incorporación de una perspectiva de género en la atención del consumo de drogas y la violencia familiar**

Entre los antecedentes que el presente estudio tiene, vale mencionar que en las familias con problemas de consumo de drogas atendidas en Centros de Integración Juvenil, se han encontrado características comunes en sus formas de relación, sus patrones de género y las construcciones explicativas de su situación. Entre éstas destacan el alto nivel de tolerancia en las familias con respecto al abuso de alcohol, la tolerancia mostrada frente al uso de drogas, la escasa percepción de riesgo en que se encuentran los hijos frente a la oferta de consumo, la baja percepción de daño asociado a la experimentación con drogas legales y “blandas”, algún tipo de violencia familiar y una serie de trastornos psicosociales asociados al consumo de drogas. De éstos destacan la depresión y la ansiedad entre las madres de los usuarios, el abuso de alcohol y los malestares físicos crónicos en los padres, antecedentes de trastorno por déficit de atención en los usuarios, trastornos de conducta antisocial en el usuario o en alguno de los hermanos, trastornos de la alimentación, sobre todo en las mujeres de la familia, entre otros.

El trabajo de estos estudios ha sido con familias de clases marginadas que han estado expuestas a situaciones psicosociales desfavorables, como vivir en zonas de pobre urbanización, con alta disponibilidad de sustancias psicoactivas, presencia de violencia urbana e incluso conductas delictivas, bajas oportunidades educativas y laborales, y un limitado acceso a los servicios de salud. Todas estas situaciones favorecen la pauperización familiar, disminuyen las condiciones de posibilidad e incrementan la vulnerabilidad familiar; de igual forma, se incrementan las probabilidades de deterioro de las relaciones familiares y de que los integrantes se incorporen a situaciones escalonadas de mayor complejidad, como el consumo de drogas.

Entre las características relacionales que definen estas familias se observa la repetición de patrones disfuncionales que se han incorporado a su vida cotidiana en por lo menos tres generaciones, como el abuso de alcohol o drogas en el padre o algún adulto varón

significativo en la familia, la depresión materna, la formación de coaliciones intergeneracionales para enfrentar los conflictos, los roles estereotipados de género y la violencia conyugal y/o familiar.

La experiencia con estas familias nos ha devuelto que una de las principales dificultades para abandonar el consumo y buscar nuevas alternativas de relación ha sido la ausencia de una matriz social que les brinde contención y apoyo social, la carencia de redes sociales ya sean informales (comunitarias) o formales (institucionales) son una constante, o por el contrario los integrantes de la familia están inmerso en una matriz social disfuncional caracterizada por la distribución y consumo de drogas, patrones de violencia, etcétera.

Por su parte, hemos podido constatar el doble estigma de la mujer que consume drogas, a quien no sólo se le juzga socialmente de manera desigual que a los hombres, sino que cuando se decide buscar un tratamiento para su adicción, con frecuencia tiene que enfrentar en las instituciones de salud, la misma ideología sexista que la condena.

Así pues, en las familias en las que se presenta una adicción, se observa que existen múltiples y diversos factores generadores de estrés psicosocial, por lo que se ha reconocido la imposibilidad de atender el problema específico de la adicción de manera independiente, sin considerar una multiplicidad de aspectos que entran en juego.

En anteriores propuestas los autores han apuntalado la creación de una estrategia de abordaje terapéutico que cuestione los discursos sociales hegemónicos en la construcción de la subjetividad femenina y masculina, que han contribuido por años a mantener la violencia de género y familiar, basada en los estereotipos de género. Abogan en estos estudios por una nueva construcción de la identidad femenina y masculina, la desmitificación de los estereotipos, la equidad de género, la libre elección de identidad, la tolerancia y el respeto, etcétera.

Propusieron desde entonces recuperar las virtudes de las dos estrategias terapéuticas

de la terapia familiar, la sistémica-estructural y la narrativa-constructivista, nombrándola *terapia familiar sistémico-narrativa*, en la cual se busca no sólo la comprensión de la estructura y la organización relacional del sistema familiar, sino también la deconstrucción del discurso de cada sujeto y de la familia. También se planteó desde entonces la inclusión de un equipo terapéutico conformado por profesionales de ambos sexos, bajo el supuesto de que el análisis de la construcción de género de cada terapeuta ayudaría a evitar los sesgos sexistas durante el proceso terapéutico.

Cabe señalar que en una fase previa, se realiza un diagnóstico por un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. En dicho diagnóstico se realiza: entrevista inicial, historia clínica, entrevista psicológica (en la que se incorpora el familiograma como recurso visual para identificar aspectos importantes en las relaciones familiares), examen físico neurológico y estudio socioeconómico; servicios en los que se da seguimiento a los hallazgos correspondientes, por ejemplo, si se identifica comorbilidad asociada, alteraciones neurobiológicas, síntomas que sugieran diversas enfermedades, entre otras, se programan citas médicas de manera alterna a las intervenciones de terapia familiar, como farmacoterapia y diferentes modalidades de psicoterapia individual.

Todos estos estudios que anteceden este trabajo permitieron continuar ampliando la comprensión sobre el problema del consumo de drogas, especialmente entre los jóvenes mexicanos. Al mismo tiempo, el compromiso y preocupación por el fenómeno de las adicciones, obliga a continuar con la búsqueda de nuevas ideas y experiencias para seguir desarrollando un modelo teórico y técnico que pueda enriquecer el trabajo terapéutico con las personas que abusan de las drogas y sus familias.

## 3.2 REFERENTES TEÓRICOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL MODELO DE TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL

### 3.2.1 La Teoría de la Complejidad

El pensamiento de Edgar Morin es sin duda un referente necesario para la aproximación de cualquier fenómeno social. Hemos resumido en esta sección las ideas centrales que él desarrolló y que consideramos fundamentales para cuestionar y organizar un discurso teórico.

La teoría de la complejidad engloba el pensamiento simple y lineal a la vez que sustenta visiones multidimensionales, plantea la necesidad del orden y el desorden, de la armonía y la contradicción. Señala la tendencia de la ciencia a organizar ideas y la necesidad de aceptar que ninguna explicación está acabada. Da cabida a la importancia del azar, la causalidad y la recursividad. Intenta articular lo físico, biológico, antropológico, psicológico y cultural en el conocimiento del ser humano, reconociendo que siempre será un intento inacabado.

Morin dice que el paradigma de la simplificación ha dominado nuestros discursos científicos y cotidianos desde la época de Descartes hasta fines del siglo XX. Descartes fue el primero que formuló el principio de la disyunción de donde parte el paradigma de la simplicidad; él separó al sujeto que conoce del mundo que es conocido y de acuerdo con este paradigma el hombre se ha dedicado a dividir la realidad con la que interactúa. Todo lo cognoscible se convirtió artificialmente en un objeto determinable, aislable y manipulable por el hombre. Se redujo en su explicación a ideas simples.

La *superespecialización*, valuarde de nuestra época, fragmenta el conjunto de fenómenos interactuantes que constituyen las realidades que explica, olvidando que esta operación de distinción se llevó a cabo con el fin de acceder con mayor facilidad a los fenómenos y ahora nos hace creer que este desmembramiento arbitrario representa la realidad misma. Este saber nacido de la división es incapaz de pensarse a sí mismo, de

reflexionar sobre lo que conoce y sus implicaciones en ese conocimiento, además, pierde la conciencia de la interacción entre los fenómenos que estudia y de éstos, consigo mismo.

De acuerdo con E. Morin (1998) el principio de simplicidad separa lo que está ligado (disyunción) o unifica lo que es diverso (reducción). La primera operación distingue los datos significativos de los que no lo son, disocia de su contexto al fenómeno que está conociendo: al planeta de la galaxia, al ser humano de su cultura, a la célula de los órganos, etcétera. La división que realiza el sujeto cognoscente lo alcanza a sí mismo: el hombre también se encuentra parcelado en mente y cuerpo. Siguiendo esta operación, el hombre ha llegado casi hasta el infinito distinguiendo y al mismo tiempo, reduciendo. La segunda operación implica la división del sistema de estudio en partes más simples y pequeñas que son al mismo tiempo, más fáciles de estudiar. Esta forma de conocer tiene por consigna que el todo sólo puede ser explicado a través de la suma de sus partes.

Con este conocimiento que tiende al reduccionismo y simplificación de lo que se pretende explicar, la humanidad ha sido capaz de desarrollar aplicaciones que han forjado nuestro mundo actual. La gran mayoría de los avances de la ciencia y la tecnología han surgido bajo esta forma de conocer. El descubrimiento de las moléculas ha permitido entender la estructura de la materia y construir materiales útiles; el conocimiento de los microorganismos ha impulsado el desarrollo de la medicina y ésta, la salud y el bienestar del ser humano. La construcción simbólica de la estructura mental que realizó Freud ha conseguido, entre otras cosas, desarrollar un tratamiento para las patologías de la mente.

Sin embargo, hace algunos años se ha puesto atención en que esta forma de relacionarnos con la realidad nos ha llevado también a una degradación del entorno y por supuesto, de nosotros mismos. Esto se debe a que el paradigma de la simplificación y del reduccionismo no nos permite entender los procesos complejos de los fenómenos complejos que suceden a cada instante. Para entender la complejidad es indispensable partir de otro paradigma, uno que tome en cuenta las propiedades emergentes generadas a partir de las variables olvidadas y sobre todo, las interacciones entre los

elementos simples que constituyen un fenómeno. Las relaciones interdependientes son imposibles de explicar a través de las características individuales de los elementos más simples.

### **3.2.1.1 Complejidad: Principio dialógico de la recursividad organizacional y hologramático**

A primera vista la complejidad es un tejido (complexus: lo que está tejido en conjunto) de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados: presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple, del orden y el desorden. Al mirar con más atención, la complejidad es, efectivamente, el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones y determinaciones, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que la complejidad se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre... De allí la necesidad, del conocimiento, de poner orden en los fenómenos rechazando el desorden, de descartar lo incierto, es decir, de seleccionar los elementos de orden y certidumbre, quitar ambigüedad, clarificar, distinguir, jerarquizar, organizar... Pero tales operaciones, necesarias para la inteligibilidad, han generado una miopía al eliminar los otros caracteres de lo complejo.

El pensamiento complejo integra, lo más posible, ideas simples pero descarta el reduccionismo, las ideas únicas; por el contrario aspira a explicaciones multidimensionales y acepta la contradicción.

La ciencia clásica separa los objetos del sujeto y entonces pueden ser observables; la complejidad considera que sujeto y objeto son inseparables y se auto organizan.

Morin (op. cit.) cita tres principios que pueden ayudarnos a pensar la complejidad. El primero de ellos es el *dialógico* que nos permite mantener la dualidad en el seno de la unidad. Asocia dos términos a la vez complementarios y antagonistas; por ejemplo, el fenómeno de la adicción a las drogas puede explicarse como un acto autodestructivo y también como un intento del consumidor de ser autónomo e independiente de sus

padres. Ambos conceptos o explicaciones son antagónicas, una nos lleva en la dirección de la patología y la otra de la salud mental y sin embargo, ambas coexisten simultáneamente, entendiendo que la coexistencia de estas realidades nos permite entrar al terreno de la complejidad.

El segundo principio es el de la *recursividad organizacional*. Un proceso recursivo es aquél en el que los productos y los efectos son, al mismo tiempo, causas y productores de aquello que los produce. Esta idea de recursividad rompe con la linealidad que ha explicado los fenómenos en la ciencia positivista. El pensamiento complejo sostiene que todo lo que es producido retroactúa en aquello que lo produjo en un ciclo auto-constitutivo, auto-organizador y auto-productor. Un ejemplo en el terreno de las relaciones familiares es el vínculo que existe entre la *intrusividad* materna con hijo sintomático, la lejanía del padre y la conducta sintomática del segundo. La relación entre los padres y el hijo es recursiva: el hijo intenta obtener cierta autonomía e independencia, en parte por su ciclo vital y también como reacción a la *intrusividad* de su madre y a la periferia de su padre; sin embargo, su comportamiento retroalimenta la actitud sobreprotectora de la madre. Una conducta es causa y efecto de la otra, creando un proceso recursivo.

El tercer principio, el *hologramático*, sostiene que la parte más pequeña de un todo contiene la casi totalidad de la información del objeto representado. No sólo la parte está en el todo, sino el todo está en la parte. La complejidad sostiene que habrá que considerar lo uno y lo múltiple, el primero no perderá sus peculiaridades, no se disolverá en lo múltiple y lo múltiple será parte del uno, sin que éste pueda explicarse exclusivamente a partir de la suma de todas las unidades que lo componen. Esta idea trasciende el reduccionismo que atiende sólo a las características de las partes y al holismo, que se preocupa por lo global del fenómeno. Un ejemplo lo tenemos con la familia; cada integrante del sistema es portador de las reglas, las creencias, los mitos, y la organización de la familia. En este sentido, contiene en sí mismo el todo al que representa, al mismo tiempo, tiene características individuales que son diferentes del todo. La familia, por su parte, está constituida por sus integrantes y las relaciones entre

éstos. Como terapeutas tenemos que considerar tanto lo uno como el todo; el individuo con sus recursos, dificultades, motivaciones particulares e historia, como la familia con sus patrones de interacción, creencias, valores, etcétera. Ambos inscritos y constituyentes de una realidad más amplia como la cultura.

Así, debemos pensar las adicciones como un fenómeno complejo. Para entenderlo hay que atender múltiples variables que se entremezclan y generan emergencias.

Debemos incluir una mirada compleja para entender un fenómeno complejo. Generar un conocimiento integrador, contextualizado, sistémico, capaz de entender el problema amplio y contradictorio que plantean las adicciones. Una comprensión que no se limite a sumar enfoques y técnicas; que no se conforme con la explicación causal; que tolere la ansiedad de la contradicción y la incertidumbre y no intente utilizar la disyunción como operación única en el proceso de conocer.

El paradigma de la complejidad trae consigo también una visión autoreferencial pues si asumimos que objeto y sujeto son inseparables, tendremos que reflexionar sobre nuestros propios supuestos e implicaciones; examinar nuestra metodología y procedimientos, estar preparados para identificar los factores que llevan a la parcialidad, a los prejuicios y al autoengaño. Al mismo tiempo debemos renunciar a la fantasía de la completitud, de alcanzar a través de una mirada compleja el conocimiento acabado y perfecto. Nuestra única intención será abrir la posibilidad de un conocimiento más rico y menos cierto, donde se incluya la razón y la emoción, el orden y el caos.

### **3.2.2 Género y subjetividad**

Aunque el término género y su diferencia con el de sexo, fue integrado en los años cincuenta (Money, 1955), el debate entre la posición biologicista y culturalista estaban ya en escena desde los años treinta.

Las conductas sexuales son asignadas y aprendidas en sociedad, y al paso del tiempo se transforman en identidades psicológicas. Así entonces, surgió una nueva pregunta: Si

los papeles sexuales son construcciones culturales, ¿por qué las mujeres están excluidas de ciertas áreas instrumentales de la organización social?; en otras palabras, ¿por qué la diferencia sexual implica desigualdad social?

A partir de la década de los setenta, el término género se incorpora a las ciencias sociales como una categoría de análisis. El movimiento feminista nace en Estados Unidos de América y Europa, y se caracteriza por una fuerte postura política e ideológica en contra de la desigualdad social entre hombres y mujeres.

El debate naturaleza-cultura respecto a la diferencia sexual, es el tema principal del movimiento feminista que centra su objetivo en la defensa de los derechos de la mujer exhibiendo la supremacía masculina.

Los estudios sobre la feminidad y la masculinidad en diferentes culturas mostraron que si bien en todas se daba una división de roles y funciones, existían diferencias importantes respecto a lo que una cultura y otra validaban como femenino o masculino (Lamas, 1986, 1996).

El *sistema de género* constituye un conjunto de prácticas, representaciones y prescripciones sociales. El género es la simbolización social y cultural de la diferencia sexual, permeando la división del trabajo, las prácticas cotidianas, el ejercicio del poder y las formas de relación, identidad y experiencia subjetiva. El género opera como un sistema lógico-atributivo que asigna a cada sexo características y cualidades distintas, con un efecto de “naturalización” de los atributos asignados, a través de la formación de estereotipos masculinos y femeninos y de una serie de categorías dicotómicas (pasivo/activo, fuerte/débil, afectivo/racional, objetivo/subjetivo, autónomo/dependiente, productivo/reproductivo, responsabilidad pública/doméstica, interés social/privado, etcétera). El género implica además una organización jerárquica y relaciones de dominio y subordinación entre ambos sexos, así como una valoración diferencial de los atributos asignados a lo masculino y a lo femenino.

La implantación social se inicia con la *asignación de género* al momento del nacimiento, de acuerdo con los caracteres sexuales del individuo. En segundo lugar, comprende la formación de una *identidad de género* a partir de la cual el individuo estructura y significa la totalidad de su experiencia. Finalmente, la construcción y reproducción de roles de género, social y culturalmente sancionados, tiene lugar a lo largo de la existencia, a través de normas y prescripciones institucionales y simbólicas acerca del comportamiento masculino y femenino. La instauración del sistema de género se concreta –con un efecto regulador y normativo– en formas específicas de conducta, identidad y experiencia subjetiva, que derivan en la diferenciación psicológica y social de hombres y mujeres, y en la cristalización de particulares condiciones de desigualdad entre ellos. Así mismo, sobredetermina y se articula con las relaciones entre los sexos en la familia, configurando pautas relacionales y esquemas narrativos que regulan la conducta, la interacción y las expectativas mutuas entre sus miembros, las cuales contribuyen, retroactivamente, a la reproducción del propio sistema de género.

Aunque para muchos, aun ahora, hablar de género o perspectiva de género significa reivindicar exclusivamente la visión de las mujeres, lo cierto es que este análisis conlleva no al desmantelamiento de prohibiciones y privilegios estereotipados atribuidos según el género. Pues si retomamos lo expuesto en el apartado anterior sobre pensamiento simplificante, entendemos que esta división arbitraria de géneros está también instaurada en la disyunción que excluye: lo femenino o lo masculino. Con esta división no sólo a la mujer se ve limitada en su forma de conceptuarse, actuar y sentir, sino que también el hombre tiene serias restricciones sociales que determinan su participación en el mundo.

No obstante, no debemos obviar que las diferencias culturales de género colocan a las mujeres en una situación de desventaja frente a los hombres. Tal vez ello tenga relación con el hecho de que la feminidad está construida dentro de la heterosexualidad y en el territorio masculino, aun cuando este territorio sólo existe con el consentimiento de la feminidad y la colusión, y cuestionarlo necesariamente suena a traición o deserción del esquema organizador como lo señala Holland (1998).

Sin embargo, es indispensable entender que la complejidad de las interconexiones de género determina que no es posible comprender el poder masculino si no tomamos en cuenta la organización social y la articulación de las relaciones sociales, políticas y económicas.

Es por ello que la teoría feminista de hoy está centrada en preguntar *cómo pensamos acerca del poder, más que responder qué es el poder masculino y su supremacía sobre el femenino* (Holland, op. cit). Es necesario, pues, que nos cuestionemos sobre el poder, identificar qué es, cómo se sostiene y reproduce.

La acepción de género como construcción social es un tema que también preocupó e interesó a la psicología desde los años sesenta. Stoller (1968), examinó casos en los que había divergencia entre la asignación de género y las características genitales, concluyó *La adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y biológica.*

Así pues, se sabe hoy que el género se asigna (aún antes de nacer); su identidad se afianza (entre los dos y tres años) y estructura la experiencia vital. El género se encuentra asociado a manifestaciones, sentimientos o actitudes específicas; su rol emana del conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad; es estereotipado y condiciona los papeles, y puede limitar las potencialidades humanas, pues estimula o reprime los comportamientos según las expectativas de consenso.

Se ha señalado anteriormente (Fernández, et al., 2004), la importancia de las relaciones tempranas con padres y hermanos que intervienen de manera significativa en la construcción de la identidad de género. Las creencias de género, de lo que deben ser y hacer los hombres y las mujeres, imperantes en la sociedad y la familia serán centrales en el desarrollo de la identidad y de la subjetividad femenina y masculina.

En la terapia familiar el concepto de género es retomado por M. Walters, O. Silverstein, P. Papp y B. Carter (1986) del Instituto Ackerman de Nueva York, a fines de la década

de los setenta. Ellas observaron que en la terapia misma hay paradigmas e intervenciones que refuerzan o sostienen una perspectiva masculina que más bien entrapa, lejos de apoyar a las mujeres consultantes.

Las autoras trabajaron en el *Proyecto de Mujeres en la Terapia Familiar* y definen el feminismo como: una visión humanista cuyo objeto (de estudio) son los roles, reglas y funciones que organizan las interacciones hombre-mujer. Sus planteamientos buscan incluir las vivencias de las mujeres en las formulaciones de la experiencia humana y eliminar el predominio de las premisas masculinas. No culpabilizan al hombre del sistema patriarcal sino que exploran los procesos de socialización que determinan que hombres y mujeres piensen y actúen dentro de un marco sexista dominado por el varón.

De las grandes aportaciones que hicieron estas terapeutas fue poner en evidencia cómo muchos de los conceptos e intervenciones en terapia familiar fueron pensados y expuestos desde una visión masculina. Desde esta perspectiva las patologías en las relaciones familiares estaban más asociadas con modos de pensar y actuar atribuidos al género femenino. Se habló por ejemplo de *sobreinvolucración* casi siempre refiriéndose a la relación estrecha entre la madre y los hijos, pero no se otorgaba la misma importancia (en términos de disfuncionalidad) cuando existía un aislamiento emocional por parte del padre. De igual manera, estas autoras revisan conceptos tales como *complementariedad, triangulación, fronteras y jerarquías*, entre otros, para señalar que deben ser utilizados desde una perspectiva sensible al género a fin de valorar las formas diferentes que tienen uno y otro género de conducirse respecto a la autoridad, expresión de sentimientos, conflictos, etcétera. Con ello se evitaría reproducir en el espacio terapéutico las desventajas que sufren las mujeres respecto a su posición social y familiar.

Con este enfoque, temas tales como: pareja, violencia, depresión y adicciones, son planteados desde una nueva perspectiva e implican la necesaria consideración de aspectos socio-políticos del contexto en que viven las personas y sus familias (Hare-Mustin, 1978), así como la exploración de los mitos, expectativas y creencias que las

sostienen.

Por ejemplo, datos duros como el que registra que el matrimonio tiene un efecto protector para el hombre en términos de su salud física y mental, pero no así para la mujer, lo cual tiene que ver con la premisa de responsabilidad que se le exige a éstas *cuidar y dar, antes que cuidarse y recibir* (Sobel y Russo, 1981) son descripciones que han sido posibles sólo desde esta lente de género. Otro ejemplo, lo podemos ver en las prácticas de violencia. Aquí la intención primaria de la terapia sensible al género apuntaría a llevar al agresor a asumir antes que todo su responsabilidad por la misma. Dicho manejo supondría cuestionar la organización androcéntrica que estructura nuestra sociedad y que tiende a disculpar, justificar y/o naturalizar las agresiones de aquéllos en posturas de jerarquía superior (poder) hacia los que no la tienen (subordinados).

### **3.2.2.1 Género y poder en la familia**

De acuerdo con Michel Foucault (1985, 1998) el poder es la capacidad y el modo de dirigir las acciones de otros, es *un modo de acción sobre las acciones de los otros*. El poder no es una posesión sino un ejercicio de unos sobre otros. Es siempre una relación, relación de parejas y, diría Andolfi (1985, 1992), de tríadas. Esta concepción del poder como ejercicio más que como posesión, amplía la mirada y permite observar todas y cada una de nuestras relaciones como relaciones de poder. El poder es un ejercicio que reprime, violenta, pero también se lleva a cabo a través de la seducción, la omisión, la manipulación, la capacidad de facilitar o dificultar algo; es una manera de actuar sobre la acción de los otros.

### **3.2.2.2 Poder y dinero**

Para tener una mejor comprensión de las relaciones de poder entre hombres y mujeres debemos incluir el tema del dinero. De acuerdo con García Canal (s/f) la ecuación que define al poder es *masculinidad más dinero*, pues la acumulación de este último legitima la acción del poder y reafirma la masculinidad. Respecto a la relación de la mujer afirma

*En esta ecuación la mujer, como género femenino, se halla imposibilitada para el ejercicio del poder y, al mismo tiempo, excluida del uso y acumulación de dinero. La ausencia de la mujer en esta ecuación afirma y confirma la feminidad, entendida como pasividad y dependencia.*

Históricamente el dinero ha tenido varias acepciones, una de ellas lo considera un elemento deseado cuya posesión legitima el ejercicio del poder. Esto explica la razón por la cual dinero y feminidad se han mantenido alejados. El sistema patriarcal argumenta una protección a la mujer, quien por su naturaleza débil y limpia debe mantenerse lejos de su obtención y manejo. Esta supuesta consideración hacia la figura femenina también la apartan de los beneficios que otorga la posesión del dinero. Si bien es cierto que en la actualidad se le otorga a la mujer la responsabilidad de administrar parte del ingreso familiar, éste normalmente corresponde al requerido para la alimentación de la familia, pero con frecuencia la mujer queda marginada de decisiones sobre los gastos familiares de inversión o posesión de bienes. El gasto corriente que se acota a una cantidad específica y limitada está a cargo de la mujer, mientras que el hombre se hace cargo y dispone del resto del ingreso familiar.

Con el argumento de proteger de la dificultad que implica el manejo y la obtención de tan deseado elemento, se ha asumido como natural, que el trabajo de la mujer no tenga una retribución económica. Esto explica en parte el hecho de que el trabajo doméstico no sea remunerado o que los salarios femeninos sean menores en comparación a los recibidos por los hombres, aun cuando realicen labores similares. Gran parte del trabajo de voluntariado en instituciones o de trabajos comunitarios son realizados por mujeres, quienes de acuerdo con el mandato social deberían sentirse satisfechas por su contribución social, pero con la prohibición implícita de ganar dinero por ello. El trabajo remunerado es una posibilidad que tienen las personas de acceder a recursos que brindan bienestar individual y colectivo, pero el hecho de que se maneje como una oportunidad que el hombre puede otorgar o negar a la mujer, acentúa y mistifica su opresión.

A pesar de que la mujer ha incrementado su participación económica en nuestro país desde los años setenta, esto no ha permitido registrar distribución más equitativa de los recursos; el hombre mantiene mayor oportunidad de acceder a los bienes de la familia y de decidir sobre éstos para su propio bienestar y el de sus hijos y esposa. En este sentido se señala que la mayor carga de la pobreza de nuestro país la resienten las mujeres, pues la pobreza no se define como la carencia de recursos, sino más bien como la posibilidad de tener acceso y control de los mismos. Las horas de trabajo doméstico y extradoméstico que actualmente realizan las mujeres no guardan proporción con el acceso a los recursos familiares o con la capacidad que se les brinda para la toma de decisiones.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2012 (citada en INEGI, 2013), 43.5% de las mujeres de 14 años y más forman parte de la población económicamente activa (PEA) en el país, de las cuales, 91.9% combina sus actividades extradomésticas (trabajo y estudio) con quehaceres domésticos, situación que resulta contrastante con la de los varones, entre los cuales 54.5% cumple con esta condición.

En todos los niveles educativos, los hombres ganan más que las mujeres, por ejemplo las mujeres con instrucción media superior y superior ganan en promedio 45.9 pesos por hora, mientras que los varones del mismo nivel de escolaridad, perciben 47.6 pesos por hora (INEGI, 2013).

### **3.2.2.3 Espacios de poder, el ámbito público y el privado**

Los discursos y las prácticas que van constituyendo la atribución de género han delimitado espacios de poder entre hombres y mujeres. El ámbito privado, el del hogar y la familia ha sido destinado a la mujer, mientras que el público, el de la producción del dinero, ha sido reservado para el hombre. Si bien las prácticas respecto a la participación de la mujer han cambiado, las atribuciones simbólicas del ejercicio del poder en cada espacio se han mantenido. Aunque las mujeres aumentan día con día su participación en el ámbito público, la diferencia en las oportunidades que tienen para acceder a un

ingreso y puesto similar al de los hombres, aun realizando las mismas funciones, hablan de que en el espacio público siguen dominando los hombres. Las mujeres que acceden a puestos directivos y que tienen ingresos económicos altos son vistas con recelo tanto por hombres, como mujeres, con frecuencia se duda de su capacidad o se asume que utilizó la seducción sexual como medio para obtener ese espacio de poder.

Por su parte, el movimiento de inserción que realizaron las mujeres en el ámbito público, no se registra en igual proporción en el caso de los hombres y se lleva a cabo también con cierta resistencia femenina. La mujer reclama constantemente la participación del hombre en las tareas domésticas, la educación y el cuidado de los hijos; sin embargo, no es excepcional que la mujer viva con ambivalencia esta intervención por ser percibida como una intromisión a su único coto de poder. En estos casos, ella descalifica y relega la participación del hombre, especialmente cuando se relaciona con la crianza de los hijos. Las mujeres defienden su espacio utilizando los mismos argumentos biologicistas que las han apartado de los espacios públicos. El discurso social plantea que la *intuición femenina, el amor de madre o la sensibilidad de la mujer* otorgan un saber inalcanzable para el hombre únicamente por su condición sexual; de acuerdo con esta atribución, los hombres estarían impedidos, o tendrían siempre una capacidad menor que sus compañeras, para realizar actividades que requieren un vínculo cercano y tierno con sus seres queridos.

#### **3.2.2.4 Género y consumo de drogas**

Estudios realizados en México y el mundo refieren que existen diferencias atribuibles al género en el consumo y adicción a las drogas. Las formas de comportamiento, pensamiento y emoción atribuidas a cada uno de los géneros traen como consecuencia que el tipo de droga consumida, las motivaciones, la estigmatización, la respuesta familiar, etcétera, difieran cuando es el hombre o la mujer quienes son los consumidores.

Hombres y mujeres se inician por curiosidad, recreación y en la mayoría de los casos por invitación de un amigo.

Respecto a los motivos por los que se mantiene una adicción se ha observado que los hombres adultos consumen más por aspectos relacionados a su masculinidad, rendimiento, expectativas sociales y laborales, por ejemplo, un ingreso alto. Es de destacar que encontramos más hombres consumidores de heroína, cocaína y alcohol que mujeres. En las mujeres adultas en cambio, está más relacionado a carencias afectivas o alguna pérdida y a procesos de ansiedad y depresión, por lo que utilizan drogas para tranquilizarse, para estabilizar emociones, especialmente antidepresivos y ansiolíticos, que en un momento fueron recetados por el médico y que después son utilizados mediante la automedicación (SS, 2002; CIJ, 2005; Fernández, 2004). Esto en la actualidad está cambiando, ya que se están igualando los patrones de consumo entre hombres y mujeres.

Otra diferencia importante es la estigmatización: la percepción social de las mujeres adictas es mucho más negativa que la de los hombres, especialmente cuando las drogas son ilegales o cuando las mujeres son madres. En el caso de varones consumidores, aunque sufren por el estigma, con frecuencia este síntoma es disculpado argumentando las presiones, falta de oportunidades o “malas influencias” (Ravazzola, op. cit; Fernández, op. cit).

La respuesta familiar también es diferenciada en el caso de que el adicto sea hombre o mujer. En el primer caso, la mujer busca ayuda para su hijo, esposo o padre, además, generalmente se queda a su lado para hacerse cargo de la familia y de la rehabilitación del consumidor. Mientras que en el segundo caso, la mujer es abandonada por su esposo y separada de sus hijos, por ser “mala madre”. En este sentido, la reacción familiar y social responden a una concepción distinta del síntoma: es una enfermedad en el caso masculino, es maldad para el femenino. El hombre debe ser comprendido y atendido y la mujer es señalada y expulsada del contexto familiar (Fernández, op. cit).

Estos son sólo algunos aspectos significativos de las diferencias en el uso de drogas entre hombres y mujeres, y que acentúan la importancia de integrar la perspectiva de

género en la comprensión y tratamiento de las adicciones, pues la finalidad de éste implica el entendimiento de las motivaciones y condiciones que llevaron a uno y otro al uso o abuso de sustancias.

### **3.2.3 Terapia Familiar**

Los orígenes de la Terapia Familiar (TF) se remontan al trabajo clínico de la psiquiatría de principios del siglo XX en los Estados Unidos, lo mismo que al desarrollo de enfoques psicoanalíticos importados a ese país por médicos europeos inmigrados. Sin embargo, no es sino hasta la *postguerra* (mediados del siglo XX) que la TF se vislumbra ya como método clínico fundamentado en un cuerpo teórico propio.

El paso no fue sencillo y la época y lugar, nada fortuitos. Existían antecedentes como la Child Guidance Clinic, institución que probaba métodos de intervención novedosos como reunir a las familias del niño con problemas y prescribirles tareas profilácticas; las clínicas de Asistencia Social, que venían desempeñándose desde fines del siglo XIX y el *National Council of Family Relations*, fundado en 1938 con el interés primario de promover la institución matrimonial y la salud sexual (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Por otra parte, la llegada de psicoanalistas y psiquiatras de la envergadura de H. S. Sullivan (1964, 1977) y F. Reichmann (1948, 1978) entre muchos más, aportaron ideas nuevas a la clínica y estimuló la práctica de nuevos encuadres terapéuticos. Este fue el caso de las terapias con familias bajo un enfoque psicoanalítico y el de la psiquiatría interpersonal, propuesta por Sullivan.

En lo relativo al contexto social, tras la Segunda Guerra Mundial, la demanda de ayuda psicológica por parte de los veteranos rebasa exponencialmente los recursos clínicos que hasta entonces se habían desplegado en los Estados Unidos de América. En esos momentos es menester continuar en la praxis, pero también es hora de dar el paso hacia la investigación para encontrar métodos generales que provean de fuentes de apoyo eficaces y masivas a bajos costos económicos.

Es en este ambiente de enorme inquietud intelectual donde se gestaron teorías que van a revolucionar la mirada del hombre sobre su mundo inmediato y que contribuyeron al cambio epistemológico del área de la salud mental. Además, no es sólo el devenir de la psicoterapia clínica el que va a dar lugar a esta transformación. Otros campos ajenos a la materia, como la cibernética, la ecología, la teoría de la comunicación, la antropología, las matemáticas y la sociología, entre los principales, generaron reflexiones que iluminarían a los pioneros de la terapia familiar.

### **3.2.3.1 La Terapia Familiar Sistémica**

Los fundamentos epistemológicos que dieron origen a las distintas escuelas de TFS son: la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1981) y la Cibernética (Wiener, 1948).

Los conceptos procedentes de enfoques comunicacionales (Jackson, Beavin y Watzlawick, 1967, 1997) y estructurales (Minuchin, 1974) resultan claves para la concepción sistémica de la familia. La resultante de estas aportaciones teóricas aplicadas a la terapia familiar constituye el denominador común de la TFS.

### **3.2.3.2 La teoría general de los sistemas**

En 1934 L. Von Bertalanffy postuló la Teoría General de Sistemas, un entramado de principios relativos al funcionamiento y estructura de órganos y entidades complejas –sus reglas de interacción, procesos reguladores y ordenamientos, entre otros– como síntesis de las observaciones y postulados descritos por la biología y la fisiología a lo largo de décadas de ciencia.

Un sistema es definido como un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Un sistema es cerrado cuando no intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Por el contrario un sistema es abierto cuando intercambia materia, energía y/o información con su entorno, y por lo tanto, es modificado por éste y

al mismo tiempo lo modifica.

Algunos de los conceptos que los terapeutas familiares recuperaron de esta teoría fueron los siguientes:

- *Totalidad o no sumatividad.* El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. Por ejemplo, la independencia de un hijo puede desequilibrar las relaciones entre sus padres si éste cumplía la función de mediador en los conflictos que se producían entre ellos (totalidad); sin embargo, por separado ninguno de los miembros del sistema familiar desempeña el rol que le caracteriza en el sistema familiar (no sumatividad).
- *Circularidad.* Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales, sino circulares en el sentido que “B” refuerza retroactivamente la manifestación de “A”. Por ejemplo, las demandas de mayor intimidad de un miembro de una pareja pueden chocar con las reticencias del otro, cosa que aumenta las demandas del primero y así sucesivamente.
- *Equifinalidad.* Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales. Por ejemplo, por cuestiones meramente pragmáticas o contextuales, dos parejas pueden llegar a una forma de organización doméstica sumamente similar a pesar de que las familias de origen de los cuatro miembros que las componen sean extremadamente diferentes.
- *Isomorfismo:* Concepto matemático que tomaron en préstamo los teóricos sistémicos. Hofstadter observó que este término se utiliza cuando “dos estructuras complejas pueden proyectarse una sobre otra, de modo que para cada parte de una de ellas exista una parte equivalente en la otra, donde ‘equivalente’ significa que las dos cumplen funciones similares en su estructura respectiva” (citado en

Simon et al., 1997). Este concepto permite comparar a familias que se encuentran en situaciones distintas a fin de identificar similitudes presentes en diversos sistemas, y también nos permite conocer cómo algunas situaciones familiares son isomórficas, aun cuando aparentemente sean distintas.

### 3.2.3.3 La cibernética

Término acuñado en 1949 para referirse al estudio de los sistemas de control automático de las armas de guerra. Además de ofrecer la información de interés original aportó luz sobre otros temas, tales como asuntos relacionados con la *auto organización*. El estudio de la cibernética se divide en dos momentos: Primera y Segunda Cibernética. La primera asigna el acento a la homeostasis de un sistema, así el orden funciona con una meta a priori: el equilibrio, y aunque múltiples fuerzas incidirán en el desvío (*feedback* positivo) otras tantas trabajarán para mantener su estabilidad (*feedback* negativo). Este enfoque asume que un sistema puede ser operado desde fuera, porque entiende a sus elementos como una realidad independiente del observador, por tanto, con la capacidad de ser manipulados por éste. Algunos de los conceptos de la Cibernética aplicados a la terapia familiar son los siguientes.

- *Feedback* (retroalimentación): En un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (*feedback* positivo) o las corrigen (*feedback* negativo). Una pareja puede prestar especial atención (*feedback* positivo) a su hijo adolescente cuando éste manifiesta una actitud de oposición, así, favorecen el mantenimiento de dicha actitud. Sin embargo, le ignoran o reprenden (*feedback* negativo) cuando plantea temas con connotaciones sexuales, corrigiendo así al sistema en cuanto a su desviación de un parámetro del tipo *en esta familia no se habla de sexo*.
- *Homeostasis*: Proceso de mantenimiento de la organización del sistema a través de *feedback* negativo. En una familia, el incremento de la intensidad de las discusiones entre una pareja parental puede ser detenido por la demanda de ayuda de un hijo sintomático; por ejemplo, mediante la manifestación del consumo de

drogas. De esta forma, el *feedback* negativo que proporciona el síntoma mantiene la organización del sistema familiar impidiendo que las discusiones entre la pareja parental alcancen un punto de ruptura.

- *Morfogénesis*: Proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante *feedback* positivo. En una familia, sus integrantes apoyan activamente la decisión de una hija adolescente de salir de casa por cuestiones de estudios, cosa que fomenta una postura de mayor independencia mutua.

En 1951, Gregory Bateson y Jurgen Ruesch publicaron “Comunicación, La matriz social de la psiquiatría”, en donde equiparan por primera vez conceptos cibernéticos y psiquiátricos, tales como el de retroalimentación positiva y síntoma. Bateson postula que el síntoma puede ser considerado como una fuerza que empuja hacia el desequilibrio del sistema y que por tanto, se le debe remitir. La tarea del terapeuta entonces, sería definir –luego de observar los patrones de relación entre los miembros de la familia– el problema y aplicar técnicas que eliminaran o redujeran el síntoma.

En este mismo libro tratarían la comunicación como un problema central en la cultura y organización humanas en la enfermedad mental y la psicoterapia. Proponen a la comunicación como un sistema único para comprender los múltiples aspectos de la conducta humana. Subrayan que la mayoría de los fenómenos denominados psicopatológicos son en realidad “trastornos de la comunicación” y que están definidos en parte por la cultura donde acontecen. La comunicación no es sólo transmisión verbal, explícita e intencional de un mensaje, sino que también incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente. Tan pronto como un individuo percibe acciones y sucesos éstos son comunicación; implica que esa percepción va a modificar la información que el individuo poseía y por lo tanto actúa sobre él.

#### **3.2.3.4 La teoría de la comunicación humana**

Investigaciones realizadas en la Escuela de Palo Alto, California (Bateson, 1972; Jackson, Beavin y Watzlawick, op. cit) permitieron postular los axiomas de la

comunicación humana:

- *Es imposible no comunicarse.* En un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.
- En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (*nivel digital*) y relacionales (*nivel analógico*). Mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel analógico cualifica cómo se ha de entender el mensaje; es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor. Por ejemplo, el mensaje: *Cierra la puerta de una vez*, transmite un contenido concreto (la instrucción de cerrar la puerta), pero a la vez cualifica al tipo de relación entre emisor y receptor (de autoridad del primero). En este sentido, *¿podrías cerrar la puerta, por favor?*; transmite la misma información en el nivel digital, pero muy diferente en el nivel analógico.
- La definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes. Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin principio ni final claro. Así, la definición de cualquier interacción depende de la manera en que los participantes en la comunicación dividan la secuencia circular y establezcan relaciones de *causa-efecto*. En una familia por ejemplo, una hija adolescente se queja de que su madre la trata como a una niña porque intenta *sonsacarle* información y ella reacciona ocultándole todo lo que puede. Obviamente, la puntuación de la madre es diferente: se queja de que su hija no confía en ella y de que le oculta cosas porque no es lo bastante madura como para gestionar su propia vida. Como resultará evidente, la puntuación de una refuerza la puntuación de la otra, de forma que resulta imposible decir quién es la “responsable” del problema interaccional.
- Toda relación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia, respectivamente. Cuando la interacción simétrica se cronifica hablamos de *escalada simétrica*; cuando se cronifica la interacción complementaria se habla de *complementariedad rígida*. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos. Una pareja puede basar su relación en la igualdad de *estatus*

profesional (relación simétrica) de forma que cualquier mejora en las condiciones laborales de uno de sus miembros obliga subjetivamente al otro a igualarlo. En el caso de una escalada simétrica, la competencia entre ambos puede llegar a desestructurar el sistema. Por otra parte, algunas parejas se estructuran en roles complementarios tales como “racional” versus “emocional”. Si esta complementariedad se vuelve rígida puede dar lugar a una relación disfuncional en la que uno de sus miembros debe siempre actuar de forma racional (y por tanto no se puede permitir expresar sus emociones) y el otro debe siempre actuar de forma emocional (y por lo tanto no se puede permitir reflexionar sobre sus acciones).

### **3.2.3.5 Los conceptos evolutivos y el ciclo vital de la familia**

De acuerdo con Haley (1967, 1989 y 1996) la familia como sistema atraviesa una serie de fases más o menos normativas y propias de su ciclo vital (noviazgo y matrimonio; procreación; adolescencia, maduración y emancipación de los hijos, y nido vacío). La importancia de las nociones evolutivas en la terapia familiar sistémica no radica sólo en cada fase en sí misma, sino en las crisis a que puede dar lugar el paso de una a otra. En este sentido, el proceso óptimo de superación de tales crisis consiste en modificar la estructura del sistema familiar manteniendo su organización.

### **3.2.3.6 Los conceptos estructurales**

Por su parte Minuchin (1979, 1981, 1998), Montalvo (en Minuchin, 1979), Fishman (1994) y Umbarger (1993), entre otros, desarrollaron el *enfoque estructural* en la terapia familia en donde postularon algunas ideas para el estudio de las familias, a saber:

- Un sistema se compone de subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él. En un sistema familiar se dan los siguientes subsistemas: a) *Conyugal*: entre los miembros de la pareja funciona la complementariedad y

acomodación mutua, negocian, organizan las bases de la convivencia y mantienen una actitud de reciprocidad interna y en relación con otros sistemas; b) *Parental*: tras el nacimiento de los hijos, el subsistema conyugal ha de desarrollar habilidades de socialización, nutritivas y educacionales, se ha de asumir una nueva función, la parental, sin renunciar a las que se caracterizan al subsistema conyugal; c) *Filial*: la relación con los padres y entre los hermanos ayuda al aprendizaje de la negociación, cooperación, competición y relación con figuras de autoridad y entre iguales.

- Los límites familiares internos son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares. Las reglas que se aplican a la conducta de los padres (subsistema parental) suelen ser distintas de las que se aplican a la conducta de los hijos (subsistema filial). Así, normalmente los padres tienen más poder de decisión que los hijos. Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser *difusos* (difíciles de determinar), *rígidos* (difíciles de alterar en un momento dado) y *claros* (definibles y a la vez modificables). Se considera que los límites claros sostienen una adaptación ideal. Los límites difusos caracterizan a las familias *aglutinadas*, quienes al carecer de límites claramente establecidos no saben cuál es el papel de cada uno de sus miembros, sus características son: a) exagerado sentido de pertenencia, b) ausencia o pérdida de autonomía personal, c) poca diferenciación entre subsistemas con poca autonomía, d) frecuente inhibición del desarrollo cognitivo/ afectivo en los niños, y e) el estrés repercute intensamente en la totalidad de la familia. Los límites rígidos caracterizan a las familias *desligadas*, sus límites son demasiado rígidos de forma que prácticamente cada individuo constituye un subsistema, comparten muy pocas cosas y, por lo tanto, tienen muy poco en común, sus características son: a) exagerado sentido de independencia, b) ausencia de sentimientos de fidelidad y pertenencia, c) no piden ayuda cuando la necesitan, d) toleran un amplio abanico de variaciones entre sus miembros, e) el estrés que afecta a uno de los miembros no es registrado por los demás, y f) bajo nivel de ayuda y apoyo mutuo.
- Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del

sistema del exterior. Los límites exteriores se denominan *fronteras*. Las fronteras del sistema familiar vienen determinadas por la diferencia en la conducta interaccional que los miembros de la familia manifiestan en presencia de personas que no forman parte de la familia.

- El concepto de *tríada rígida* se refiere a las configuraciones relacionales paterno-filiales en las que el hijo se usa rígidamente para desviar o evitar los conflictos conyugales. Se pueden dar tres configuraciones de tríada rígida: a) *Triangulación*: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro; b) *Coalición estable*: uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor, esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del otro cónyuge; y c) *Rodeo*: se produce cuando se define a un hijo como «malo» y los padres, a pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en su esfuerzo para controlarlo o bien se le puede definir como «enfermo» y se unen para cuidarlo y protegerlo.

### **3.2.3.7 La segunda cibernética**

El avance máximo de la cibernética, su más alto grado de complejidad, se alcanzó cuando ésta se aplicó a sí misma. Es decir, en el momento en que se desarrolló una epistemología de los sistemas que involucran a los mismos observadores. Según Foerster (1991), el impulsor de esta “cibernética de la cibernética”, la historia de esta ciencia se puede observar como un proceso que se desarrolla en dos niveles de complejidad: el primero se corresponde con la “cibernética de primer orden” (cibernética de los sistemas observados), una reflexión desarrollada en la obra de Wiener (1948); mientras que el segundo momento está constituido por el advenimiento de una “cibernética de segundo orden”, es decir, una reflexión sobre la reflexión de la cibernética (cibernética de los sistemas observantes).

Fue Maruyama (1963) quien definió esta segunda etapa del pensamiento cibernético y sistémico como “segunda cibernética”. Sin embargo, el desarrollo de esta nueva

epistemología se debe, sobre todo, a los nuevos desarrollos de la física cuántica, a los aportes del neurofisiólogo Mc. Culloch (citado en Sluzki, 1987), del físico, ciberneta, biomatemático y filósofo Von Foerster (1991) y de los biólogos chilenos Maturana y Varela (1990). Todos ellos se erigen como los pilares sobre los que descansa el ideario de la cibernética de segundo orden (Hoffman, 1992).

Se da el paso de la epistemología tradicional, según la cual la realidad existe de forma independiente de quien la observa, a una epistemología que incluye al observador en todo acto de observación. El observador, el sujeto cognoscente, pasa a formar parte del mundo observado. La incorporación del observador, que descansa en una relativa pérdida de neutralidad y objetividad, es esencial para la construcción de una epistemología reflexiva o de segundo orden.

La cibernética de segundo orden nos introduce en la observación del observador. El objeto de conocimiento es el observador, observando su propia observación. Dicho de otra forma, esta nueva epistemología amplía, y hasta cierto punto inaugura, el espacio para la reflexión sobre el propio acto de observar, algo en lo que Foerster (op. cit) vio, además de implicaciones científicas, consecuencias morales o éticas.

Un nuevo lenguaje y pensamiento (del positivismo cartesiano lineal al universalismo circular) ofrecen la posibilidad de revolucionar a las primeras terapias. Son los tiempos en que se implementa el uso del espejo unidireccional en el trabajo con familias, así como modos de intervención nunca antes aplicados. Surge también la modalidad del “equipo terapéutico” y “la supervisión”, ejemplos claros del cambio y la nueva cara de este estilo de terapia que tuvo que recorrer tan largo camino para al fin definirse como terapia familiar de segundo orden.

Este ha sido un desarrollo posterior, aunque directamente derivado de la primera cibernética y marca las bases de las corrientes de terapia familiar posmodernas. Surge a partir de un momento de mayor complejidad y profundidad epistemológica, en el que el problema ya no es el individuo, ni las relaciones de familia, sino más bien, la

construcción social del mismo: *El problema es el problema*, postularían los nuevos terapeutas, distinguiendo a la persona del conflicto que lo lleva a terapia y, que en ocasiones, satura su identidad.

Su abordaje en la terapia familiar se centra en la construcción de la realidad basada en creencias, mitos y postulados de orden social de escalas mayores a la del ámbito familiar. En este enfoque se cuestionan, entre otros, el valor y la pertinencia de las intervenciones para encauzar al sistema hacia algún lugar, pues entra en juego la idea de subjetividad.

Entonces la TF se transforma en una red de conversaciones alrededor de un problema en donde el terapeuta es participante activo e inherente a la situación planteada, y en el que la meta final es co-construir realidades alternativas. La “intervención” se hace a través de preguntas circulares, conversacionales y reflexivas; asimismo, se está atento al sistema de creencias de los terapeutas y se les cuestiona.

Todas estas ideas fueron incluidas en la Terapia Familiar Narrativa. Con la influencia de la corriente socioconstruccionista, las reflexiones de Foucault sobre conocimiento y poder, y de Derrida respecto a los mecanismos de deconstrucción, la terapia narrativa se originó a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa. La narrativa ya había sido expuesta en psicología por Gergen (1996) y Bruner (1986) pero los terapeutas que consolidan su elaboración fueron White y Epston (1993).

### **3.2.3.8 Posmodernismo**

Los modos de construir teorías psicológicas, los supuestos básicos acerca de la naturaleza humana que fundamentan dichas teorías y las herramientas para modificar la conducta, han sufrido y sufren periódicamente profundos cambios relacionados con múltiples factores (Molinari, 2003).

Estos cambios dieron origen al término posmodernismo para referirse a un movimiento artístico y teórico que pronto se extendió a diversos ámbitos, haciendo alusión a un

período de *desilusión*, a otra perspectiva dejando atrás las *verdades absolutas*, dando paso a los múltiples significados y en el caso particular de la psicología, un nuevo lugar para mirarla (Follari, 2000).

El posmodernismo es una postura epistemológica que se desarrolla como reacción a una tendencia sociocultural y tecnicientífica homogeneizadora, conocida como modernismo. Durante éste último se asumía la existencia de principios subyacentes a la realidad manifiesta que eran el origen de la realidad, y a los cuales sólo un experto podía acceder. Por el contrario, el posmodernismo promueve un escepticismo sobre la validez universal de las teorías de la condición humana. Considera que la realidad es producto de situaciones construidas a través de una o varias historias singulares y que en ese proceso no intervienen principios universales, ni esenciales.

Desde una visión moderna, la psicología clínica parte de la idea de que existen distintas versiones de *la realidad*, jerárquicamente ordenadas, de forma que las intervenciones terapéuticas consisten en una sustitución gradual del discurso del paciente, por el discurso del terapeuta (Villegas, citado en Molinari, 2003), mientras que desde una perspectiva posmoderna, no hay una realidad única; mediante el intercambio de discursos se deconstruyen las historias, no hay jerarquías, no prevalece *la verdad* del terapeuta, ambas visiones tienen valor y abonan al proceso terapéutico.

El posmodernismo, sustenta sus bases en conceptos centrales de la filosofía de Michel Foucault tales como sus disertaciones relacionadas con la práctica del saber y el poder. Por ello, entiende que cualquier problema está previamente construido a través de *marcos invisibles* de la cultura, así como de fuerzas de dominio que en ella imperan.

En *Poética y Micropolítica*, Marcelo Pakman (2002) explica que la transformación del rol de la historia con respecto a la comprensión de hechos y realidades, pasó de un nivel con carácter de *esencial*, a uno de envergadura menos pretenciosa y al que nombró como *mito de origen*. El mito de origen, explica, el autor *es la historia que se construye retrospectivamente según los intereses sociales y políticos del momento*.

Respecto a la psicoterapia, la epistemología posmoderna cuestionó los modelos de comprensión e intervención (de casos patológicos) hasta entonces prevalecientes. Éstos afirmaban la existencia de procesos universales que daban cuenta del mal funcionamiento de una persona o sistema familiar (Pakman, op. cit). Luego los modelos clínicos, proponían una metodología que lleve hacia la solución de los problemas por medio de ciertas técnicas y lógica de acción.

Con la corriente intelectual posmoderna, la comprensión de la realidad experimenta un giro, se parte de la idea de que no hay verdades absolutas, de acuerdo con Richard Rorty (citado en Diéguez, 2008): *en el espacio terapéutico las verdades que ni se descubren ni se encuentran, han de ser sustituidas por narrativas convincentes, transformadoras y creativas; en otras palabras, historias que nos proporcionan modos de vernos mucho más interesantes, modos de re-imaginarnos en nuevas personas, caracteres, objetivos, solidaridades y lealtades más expansivas.*

Desde esta perspectiva, el lenguaje cobra particular relevancia, ya que no sólo se comunican ideas, a través de él se organiza e incluso construye la realidad, las realidades de cada participante (Ward, 1997).

Por otro lado, esta postura epistemológica deja lugar a una nueva intención –de tolerancia y respeto– por aceptar la existencia de lecturas multidiversas y de realidades alternativas. Además, el enfoque incluye una reflexión de conciencia que alerta sobre la presencia de “hiperrealidades” –representaciones que los medios de comunicación, de acuerdo con los intereses de las grandes instituciones económicas y de poder, difunden a la sociedad como realidades únicas y científicas– y asume cada hecho o problemática desde un enfoque de mayor complejidad y responsabilidad moral.

Para el posmodernismo, la realidad sigue siendo objeto de exploración y reto, siempre y cuando el investigador, terapeuta o médico, utilice *procesos reflexivos* que tomen en cuenta el contexto sociocultural en que dicha situación se manifiesta. *Los procesos reflexivos* se refieren a la observación en espejo de uno mismo y son aquellos a través

de los cuales los profesionales pueden observar la estructura institucional desde la cual ejercen su práctica, con la intención de liberarlos de la intrincada red de influencias socioculturales que intervienen en su propia lectura de hechos. Se le conoce también como *el conocimiento desde la situación o el conocimiento en acción* (Shotter, 1993 y Shön, 1983; en Pakman, 2002).

De esta manera, los observadores operarían en diferentes, aunque igualmente legítimos, dominios de realidad y están explicando diferentes aspectos de sus respectivas praxis del vivir (Diéguez, 2008).

Surge así un abanico de nuevos modelos de trabajo, tales como las terapias centradas en soluciones, la narrativa, el equipo reflexivo, la terapia conversacional o colaborativa, cuyo rasgo distintivo es la postura del terapeuta que se coloca en un lugar de *no saber*, reconociendo que la persona que tiene enfrente, es experta en su propia vida, mientras que el terapeuta tiene distintos saberes, entre los cuales, el saber-hacer, se pone al servicio de la práctica clínica a fin de construir historias en conjunto.

### **3.2.3.9 Constructivismo y construccionismo social**

Estas corrientes de pensamiento posmoderno aparecen en la década de los ochenta del siglo pasado y estudian la relación entre conocimiento y realidad. El constructivismo enfatiza el tema del conocimiento y los procesos cognitivos, entendiéndolos como el resultado de la interacción entre un organismo y su medio. Desecha la idea de que las realidades existen por sí mismas y anota que todo conocimiento es más bien de índole autorreferencial. Es decir, que la comprensión de las cosas y las ideas que tenemos de éstas, las construimos sobre la base de la experiencia y la interacción, así como con importantes ingredientes de subjetividad.

El construccionismo por su parte, es una corriente que llega a nutrir el bagaje de la Terapia Familiar algunos años después del constructivismo. El construccionismo centra su atención en el valor de la cultura a través del lenguaje como medio de construcción

de la realidad y discrepa con otras tesis acerca de que el conocimiento es sólo una representación mental. Tal axioma le resulta insuficiente, toda vez que conocer una realidad no se reduce a una dinámica de orden neurobiológico, sino que implica componentes de índole moral, ético y cultural. Es decir, mientras que el constructivismo pone el acento sobre el observador y sus constructos mentales; el construccionismo lo hace en las relaciones, el contexto cultural y los sistemas de lenguaje y el significado.

Anderson y Goolishian (1988), hablando de construccionismo social, afirman que *El lenguaje no refleja la naturaleza; el lenguaje crea la naturaleza que conocemos.*

Es Gergen (1996a) quien desarrolla la teoría socioconstruccionista enumerando algunos de sus supuestos centrales. Uno de ellos señala que los términos con que describimos el mundo no tienen una correspondencia unívoca con los objetos hipotéticos de tales descripciones; es decir, que no hay esencias ni principios de origen y la relación significado-significante es arbitraria. Así, el lenguaje está creado por símbolos consensuados culturalmente y es el mismo que utilizamos para nombrar y aproximarnos a la realidad, que es símbolo consensuado, producto histórico y cultural mediado por las palabras.

La ciencia y las teorías son también consensos sociales y su valor, por encima de las descripciones que haga de observaciones empíricas, está en las vicisitudes del proceso social del que emanan. Es decir, no hay ciencia neutral ni descripciones objetivas, sino multiplicidad de voces alternas. El lenguaje con que se nombra una realidad tiene significado en tanto corresponda a un medio social y no por la semántica simple de las palabras.

Gergen también señala que la importancia de evaluar un discurso y sus formas, radica en que nos provee de información acerca de la cultura que lo contiene, sus modos y criterios, y quizá nos evoque a modos culturales diferentes.

Los principios socioconstruccionistas son adoptados por terapeutas familiares como

Lynn Hoffman, Cecchin y Boscolo, entre otros, aunque es Michael White y David Epston quienes a partir de ellos elaboran un modelo narrativo que ha encontrado nichos a lo largo de muchas instituciones de terapia familiar en el mundo.

Bertrando y Toffanetti (2004) plantean en siete puntos los principales aspectos de las terapias construccionistas:

1. La realidad es una realidad de significado, producida, entre otros, por el acto cognoscitivo del terapeuta.
2. La metáfora de la vida como texto es un recurso eficaz para describir la vida.
3. La verdad objetiva deja el espacio a una multiplicidad o pluralidad de ideas.
4. La idea de familias homeostáticas cambia por la de sistemas sociales generativos, en donde los estados de desequilibrio son útiles y normales.
5. La familia es un sistema social organizador de problemas que después serán mediados a través del lenguaje.
6. La metodología de base para la terapia es *la mutua construcción de lo real*.
7. El terapeuta ocupa ahora un lugar horizontal junto con el cliente, con quien va a recrear el texto de la historia revisada.

L. Hoffman (1995 y 1996) considera fundamental la inclusión del contexto del terapeuta para el trabajo terapéutico, así como una actitud más colaborativa que jerárquica por parte del mismo. Propone apuntar hacia el cambio mediante la evitación de un exceso de instrumentalidad y subraya el beneficio de hacer una evaluación circular del problema. Habla del respeto y de un abordaje desde la *curiosidad*, pero nunca desde una jerarquía de superioridad con respecto al cliente. Por último, recuerda que el problema existe en la conversación terapéutica, y que terapeuta y familia constituyen un sistema de mutua influencia.

De acuerdo con Aceros (2012), en la actualidad, al referirnos al socioconstruccionismo o construccionismo social, no se trata de una escuela unificada, el término hace alusión al trabajo de una diversidad de autores interesados en los procesos culturales,

sociolingüísticos y contextualizados de generación de significados.

### **3.2.3.10 El modelo narrativo de White y Epston (discurso, narración y subjetividad)**

La terapia familiar narrativa sostiene que las personas, al narrar su vida, definen al mismo tiempo su identidad. La persona cuenta estos relatos a otros (y a sí misma) eligiendo ciertos sucesos y atribuyéndoles significados particulares con los cuales se comprenden los eventos pasados y se visualizan los futuros. Este relato enmarca la concepción de sí mismo y del papel que cumple socialmente.

Estas historias son poderosas pues limitan la vida de las personas a la narración dominante que de ellos han construido y que está sojuzgada por ideas sociales hegemónicas. Como menciona White (citado en Payne, 2002) *vivimos de acuerdo con las historias que contamos a partir de nuestras vidas; en realidad, estos relatos cincelan nuestra vida, la constituyen, la engloban.*

White afirma que las personas otorgan un significado a lo que les sucede pues es la manera de relacionarse con el mundo. De acuerdo con el construccionismo social y que comparte la narrativa, no existe una relación “objetiva” entre la persona y su realidad, sino que ésta entiende su contexto de acuerdo con las ideas concebidas que ha construido. Estas ideas que van conformando historias, se elaboraron históricamente por las experiencias subjetivas previas y las normas de la sociedad en la que viven las personas.

Los seguidores de la terapia narrativa también afirman que estas narraciones son sólo parte de lo que aconteció a la persona, por lo que están llenas de huecos y contradicciones; por ello, uno de los objetivos de la terapia consiste en recuperar lo no dicho por la persona y que también forma parte de esa historia. Este escudriñamiento, pausado y escéptico sobre los relatos de las personas, incluyendo la versión inédita, es lo que conforma la deconstrucción.

Un elemento importante en la TFN es la concepción del “síntoma” en la vida de las personas. White (op. cit) afirma: *el problema es el problema*, no la persona. De esta manera se contrapone a la visión sistémica de encontrar una función del síntoma en la familia o en el individuo. White lo concibe como un elemento opresivo contra el cual hay que luchar. En este sentido, el autor concibe la terapia como una acción política, en la cual se establece una batalla para desmitificar las creencias de las personas relacionándolas con las condiciones y el contexto que les dieron origen. Estos procesos de deconstrucción permiten que se haga consciente el moldeamiento social de las creencias, los sentimientos y los comportamientos de la gente, y devuelve la capacidad de elegir la forma en que se quiere vivir y pensar.

Una de las aportaciones más importantes de White es el abordaje terapéutico conocido como *externalización del problema*. Por medio de éste se separa al problema de la persona y se le objetiviza a través de concebirlo como una cosa o personaje (el fondo se convierte en figura). Los problemas así planteados son más fáciles de resolver pues se lucha en contra de ellos, como seres que oprimen y atentan contra los deseos de las personas.

Cuando la familia o el consultante acuden a terapia presentan su narración o discurso dominante, es decir, la historia saturada del problema; se pide entonces que se nombre al problema, con lo cual comienza a tener una identidad propia, distinta y separada del consultante. Posteriormente se insta a que le vayan dando vida describiendo detalladamente sus formas, costumbres, reglas, comportamientos, etcétera. También se pide que se trace la historia del problema, con lo cual se le está temporalizando y se le otorga un carácter no permanente: si tuvo un inicio, es más fácil pensar que podrá terminar. Durante la *externalización* es importante que se pregunte por los efectos que tiene el problema en la vida de las personas, pero también, la influencia que éstas tienen sobre la vida del problema. Estas preguntas de influencia relativa, recuperan la agencia personal de las personas, es decir, la capacidad que tienen de dirigir su vida con sus recursos.

Como puede verse todos los cuestionamientos que surgen en la externalización están enfocados a crear en las personas la percepción de que existen posibilidades para liberarse de aquello que les aqueja y que en algún momento sintieron como inmutable.

Como se había mencionado, las personas construyen historias dominantes sobre sus vidas, generalmente narraciones que se encuentran saturadas de problemas, pero que dejan lagunas y elementos que contradicen este discurso. Estas rupturas del discurso dominante son los *eventos excepcionales* de los que hablan los autores. Ellos encuentran que estas situaciones en las que las personas actuaron, pensaron o sintieron de manera diferente a como está estipulado en su discurso, son las llaves para entrar a los discursos alternativos o preferidos de las personas.

La curiosidad del terapeuta sobre esos eventos excepcionales promueve una reflexión y cuestionamiento de los significados que la persona les había otorgado. White, influenciado por Bruner (1986), distingue dos elementos en los discursos: el panorama de acción y el de conciencia. El primero se refiere principalmente a los hechos y el segundo al significado o interpretación que se le dieron a esos hechos. Las preguntas que el terapeuta hace al consultante fluctúan entre estos dos niveles, de tal forma que se va *bordando* y engrosando el hecho excepcional hasta constituirlo en una historia preferida. Esta narración engrosada está más relacionada con el conocimiento de la experiencia de la persona y desmitificado de los supuestos micro o macrosociales que lo oscurecieron.

Cuando las personas responden a las preguntas referentes al panorama de acción y de conciencia, reescriben su historia y ésta se transforma en un discurso diferente, en el que sus recursos, valores y creencias cobran importancia. La narración que se cuentan a sí mismos y a los demás estará engrosada por sus historias preferidas y se volverá *rala* la historia dominante que oprimía sus vidas.

En nuestra experiencia clínica, los discursos dominantes de las familias con problemas de uso de drogas son apabullantes. Una vez reconocido el síntoma, el miembro de la

familia es visto sólo a través de los lentes de la adicción, es como si su identidad se redujera exclusivamente a la relación con las drogas, creándole una *identidad deteriorada* (Goffman, 1970). La familia misma se siente saturada por este problema y se dificulta afrontar sus vicisitudes o identificar los aspectos positivos del paciente y de ellos mismos como familia. “La droga” los atrapa y los domina. Por ello nos parece importante hacer uso de esta visión terapéutica que posibilite una deconstrucción y co-construcción de los discursos individuales y familiares que determinan las vidas de los consultantes.

Los terapeutas narrativos otorgan mucha importancia en la postura que tienen respecto a sus clientes, rechazan una posición jerárquica superior, prefiriendo una colaboración horizontal. La forma respetuosa de dirigirse hacia sus consultantes incluye por ejemplo, el no llamarles “pacientes”, pero sobre todo, en confiar más en los recursos que tienen que en sus dificultades. Los narrativos conciben a las personas como expertas en sus propias vidas; privilegian su conocimiento experiencial, en lugar de dar prioridad a las explicaciones teóricas del terapeuta; y mantienen una genuina curiosidad por los acontecimientos y significados que la gente proporciona a sus vidas. El trabajo del terapeuta narrativo consiste en hacer preguntas a los consultantes a fin de que éstos se separen del problema; encuentren cómo éste ha influido en su vida, pero también cómo pueden ellos afectar al problema; descubran los hechos excepcionales que contradicen sus historias dominantes y construyan historias alternativas más acordes con lo que ellos eligen pensar de sí mismos y del contexto en el que viven.

### **3.2.3.11 La Terapia Familiar Colaborativa**

La TFC también nació a partir del pensamiento socioconstruccionista, por lo tanto asume la existencia de realidades múltiples, así como el hecho de que cada realidad está socialmente construida y consensualmente validada.

Como herramienta principal utiliza la hermenéutica, que es la ciencia que se ocupa de entender y dar sentido a los textos; y es que en la TFC se aplica la metáfora de la

narrativa, en el sentido de que se asume que las problemáticas humanas son como narraciones (o textos) que se han repetido por cierto periodo y que han caído, por tanto, en vicios o estadios rígidos. Así, existe la posibilidad de flexibilizar tales historias siempre y cuando se apuntale la complejización (ampliación) de las mismas.

Uno de los aspectos estructurantes del modelo es que el terapeuta busca navegar (lo promueve) dentro de una conversación que contemple diferentes contextos para una problemática planteada. Esto es porque los colaborativos entienden que cualquier apreciación humana es parcial y delimitada por la lectura que se da a las circunstancias y el contexto.

El trabajo del terapeuta, la investigación y promoción de conversaciones abiertas, se hace factible en la medida que la curiosidad (postura de *un no saber*) y la intuición sean los puntos guía del proceso terapéutico (sistemas de lenguaje colaborativo), lo que conducirá a comprender el significado y el sentido de la historia narrada e incluso de lo “no dicho” en la misma, que por cierto, es el principio de significados alternativos.

Así, la TFC invita al consultante a ver, oír y sentir más posibilidades en una determinada situación. Estos nuevos aspectos estimulan el establecimiento de distinciones y éstas a su vez contribuyen a que la persona agregue a su propia visión otras perspectivas. Ampliar la visión y crear nuevas posibilidades es un trabajo minucioso que se entreteje en la conversación entre consultante-terapeuta y que se sustenta en un principio de respeto, pero sobre todo, de otorgar primacía a las descripciones del cliente por encima de cualquier explicación o descripción del terapeuta. Al respecto, Bacigalupe (2003) sostiene *Escuchar más que hablar o preguntar, es una escucha generosa...en la que aprendemos a entender.*

Las nuevas historias posibles emanan de constantes y nuevas conversaciones externas e internas que ocurren entre sesiones y nuevos encuentros. Existen conversaciones internas, las reflexiones o reacciones íntimas que surgen como resultado de algo que se oyó o se dijo durante la conversación o el relato de una persona o grupo. Conversaciones

externas, por tanto, son las verbalizaciones y acciones de alguien en respuesta a algo que se dijo o escuchó. Andersen (1994) concluye que el proceso interno y el externo suceden simultáneamente en la interacción de las personas y este proceso conjunto amplía la visión que las personas tienen de la situación que enfrentan; asimismo, esto propicia la creación de nuevos significados en la vida de las personas.

Para Andersen (op. cit) es muy importante que durante la conversación terapéutica los clientes tengan la oportunidad de decir “no” a lo que el terapeuta plantea, incluyendo la forma, el contenido o el contexto de la conversación. Aunque el terapeuta asume una postura de respeto y evita los juicios y críticas hacia los clientes, asume que éstos siempre deben tener la posibilidad de expresar su desacuerdo con la perspectiva del terapeuta, pues no existe alguien con mayor autoridad para hablar sobre los consultantes, que ellos mismos.

#### **3.2.4 Nutrición afectiva**

Entre las condiciones que aseguran la estabilidad emocional de la vida humana, se considera particularmente relevante la sensación de ser aceptado, amado, reconocido y valorado por las personas que nos rodean cotidianamente. Aun cuando un individuo goce de condiciones económicas óptimas, si no tiene la vivencia de ser amado y valorado por las personas más significativas para él, experimenta desequilibrio emocional, inseguridad en sí mismo y vacío sobre su existencia en el mundo.

Hemos adoptado el término nutrición afectiva o nutrición relacional planteado por Linares (2002) para analizar y comprender el contexto afectivo-relacional en el que se ubica cada individuo. El autor puso énfasis en la importancia del “amor” en la dimensión social y la vida humana, y explica que la interacción social psicológicamente nutricia es base de la salud y el crecimiento de cada individuo (Linares, 2002, pp. 23-24).

La gente lucha por lograr el reconocimiento de sus próximos, al tiempo que trata de escapar de la idea de que las personas claves en su vida no la comprenden o no la

quieren suficientemente. En tanto que aceptación y reconocimiento son imprescindibles para la vida humana, la gente hace un gran esfuerzo por obtenerlos, al grado de poner en riesgo su salud o renunciar a algunas condiciones que la lógica racional le indica que serían benéficas para su crecimiento y desarrollo. Atrás de una conducta problemática se encuentran discursos que reclaman la necesidad de lograr y mantener un lazo humano que les brinde la sensación de ser aceptado y reconocido.

#### **3.2.4.1 La emoción como relación: el amor es una relación**

Antes de definir y reflexionar acerca de los componentes de la nutrición afectiva, es conveniente revisar el concepto de emoción. Resulta importante subrayar que las emociones se generan dentro de las relaciones humanas y que estos dos componentes son igualmente indispensables.

Una de las aportaciones más importantes de la visión sistémica en la psicoterapia, ha sido la inclusión del contexto en la comprensión de la conducta de las personas. Si atendemos las diferentes formas de reaccionar de una persona, dependiendo de los contextos relacionales, es fácil comprender que muchas de las conductas problemáticas de una persona no necesariamente le pertenecen como individuo en particular, sino más bien, responden al contexto relacional en el que se ubica, y en todo caso, a los integrantes del mismo. De esta manera, la perspectiva sistémica ha promovido la importancia de analizar en qué tipo de contextos relacionales las personas *muestran* ciertas conductas. Esto nos lleva a pensar en el indisoluble vínculo que existe entre la relación interpersonal y las emociones.

Por su parte, Gergen (1996a), quien cuestionó el concepto individualista de la emoción sostenida por largo tiempo tanto en la cultura occidental como en la tradición de la psicología positivista, hace la siguiente observación: el vocabulario de las emociones, y las pautas que los occidentales han llamado “expresión emocional”, han variado espectacularmente de una cultura a otra o de un período a otro. Con esto quiere decir, que ciertas “emociones” sólo se entienden entre los integrantes de una comunidad

cultural, pues comparten un marco interpretativo común. Gergen postuló que la expresión emocional es, esencialmente, una creación de la relación, o mejor, de una historia cultural particular.

El autor hace referencia a un principio básico del socioconstruccionismo: los seres humanos comprenden y organizan cada una de sus experiencias en forma de narración, de tal manera que cada acontecimiento tenga relación temporal con los otros. En esta secuencia de acontecimientos, las personas descubren y construyen los significados de cada experiencia, para su vida. De ahí la consideración de que *las acciones individuales [...] adquieren su significación del modo como están incrustadas en el interior de la narración* (1996a).

Para comprender el concepto de afecto como una nutrición indispensable en las relaciones humanas, es muy importante tomar en cuenta tanto la visión sistémica como la socioconstruccionista. La primera nos hace ver que las emociones se sostienen dentro de los vínculos humanos y son vivencias afectivas que siempre se manifiestan en la interacción directa o indirecta con otros individuos. La segunda, por su parte, señala que las emociones se desarrollan de acuerdo con las creencias sociales respecto al significado que tiene cada suceso de la interacción en la vida de las personas. Existe una variedad del marco interpretativo que ayuda a comprender los acontecimientos interaccionales dependiendo de la comunidad cultural a la que se haga referencia. El enfoque socioconstruccionista señala también que la interpretación de las vivencias se realiza en forma de narraciones, puesto que cada persona, para adquirir el significado de un evento, lo enlaza temporalmente con otros; y complementariamente, las emociones se desarrollan siempre, conforme a las narraciones compartidas con otros integrantes de la sociedad.

En este proceso, un factor que no se debe olvidar, es la construcción del marco interpretativo que permite registrar ciertos acontecimientos en las relaciones humanas como señales de “amor” o “desamor”; es decir, que en ocasiones no es suficiente el hecho de que una persona ame a otra, sino que para que este movimiento emocional se

vuelva nutricio, debe ser aceptado y comprendido como tal, por los otros integrantes del mismo. Sin este proceso indispensable, el amor puede volverse una vivencia frustrada, un monólogo o un juego incompatible con las realidades de los demás. En este sentido, resulta desafortunado enfatizar el aspecto individual de dicha actividad emocional; lo adecuado, en este caso, es enfocar su significado en las relaciones humanas. De igual manera, se debe recalcar que el amor no es simplemente producto de la intención individual de una persona, sino debe ser comprendido como un componente primario de una relación. Es frecuente que los terapeutas escuchen comentarios defensivos de los padres al revisar sus relaciones familiares: *¿Entonces, me dice que yo no amo a mi hijo? ¡Pero yo siempre le he dado el suficiente cariño a él!* El terapeuta “sabe” muy bien que mamá o papá ama a su hijo, sin embargo, es probable que no se haya construido un marco interpretativo que haga sentir a los integrantes de la familia una nutrición afectiva.

La *nutrición afectiva*, pues, tiene que ver con la construcción de un marco interpretativo común en la familia, el cual permite a los integrantes ver y sentir en su interacción los signos de amor. Para que una persona se sienta amada por otra, es necesario que compartan marco interpretativo sobre la codificación de los actos que representan amor. Por lo tanto, el intercambio continuo de percepciones abre la posibilidad de co-construir tal marco interpretativo. Desde la perspectiva de la terapia de segundo orden se considera que el proceso terapéutico ayuda, precisamente, a generar el espacio en donde se co-construyen constantemente nuevos significados.

Linares también define el amor como una relación *Un juego relacional en el que [...] amando nos convertimos en personas amadas. Amar es, en efecto, producir amor, pero hay un paso intermedio de crucial importancia que consiste en hacer que el otro se sienta amado. [...] haciendo que el otro se sienta amado nos sentimos amados, encuentro e intercambio de subjetividades que constituye el eje de la experiencia humana y, más aún, del juego amoroso. Y es en esa subjetividad compartida donde acción y pasión se encuentran combinándose en fórmulas múltiples, según las proporciones de dar y de recibir que utilicen* (2002, p. 23).

En su definición del amor, *un juego relacional psicológicamente nutritivo* (op. cit., p. 23), Linares analiza descriptivamente los componentes básicos del amor en tres niveles: cognitivo, emocional y pragmático:

En el nivel cognitivo, los elementos más importantes son el reconocimiento y la valoración, ambos sustanciales tanto para el amor conyugal, como para el amor parento-filial. El reconocimiento es un movimiento perceptivo del individuo, cuando descubre en el otro a alguien *revestido de su propia singularidad y no como un instrumento utilizable* (op. cit., p. 25), y por lo tanto, si un individuo es incapaz de reconocer al otro de esta manera, el amor no puede ser pleno, sino sólo una forma de utilizar al otro a conveniencia. La negación del reconocimiento es la desconfirmación. Por su parte, la valoración está relacionada con la posibilidad de apreciar adecuadamente las cualidades del otro participante de la relación. En este sentido, el autor menciona un posible obstáculo del amor pleno *las cualidades del otro pueden entrar en contradicción con las propias, tanto si son distintas, por consiguiente, generadoras de incomprensión y rechazo, como si son iguales y, en consecuencia, cuestionadas de la propia singularidad*. La negación de una valoración se comprende como una descalificación.

En el nivel emocional se encuentra el cariño y la ternura como componentes indispensables del amor, y hace hincapié en que, en el amor pleno, cada integrante de la relación muestra implicaciones emocionales y entrega a la otra persona. Sin embargo, al mismo tiempo, debe existir suficiente reconocimiento y valoración, pues sin esta condición intrínseca, nadie se atrevería a entregarse a sí mismo. Por lo tanto, cuando una persona se entrega a otra, está demostrando también que la reconoce y la valora. Esto tiene que ver, a su vez, con la preocupación por atender las necesidades del otro. El amor no es, de ningún modo, un tema trivial, porque implicarse con otro significa cierta renuncia a sí mismo y la postergación de las necesidades propias. Si este movimiento emocional no es mutuo, los deseos se convierten en exigencias e invariablemente se espera que sea el otro el que cambie.

En el nivel pragmático, el autor diferencia el amor conyugal y el parento-filial, pues los

elementos constitutivos más relevantes para la relación conyugal son el deseo y el sexo, mientras que para la relación parento-filial, son el cuidado y la sociabilización. En la relación conyugal es sustancial el reconocimiento recíproco de la pertenencia entre uno y otro; esta reciprocidad en la posesión de la pareja hace que el deseo y el sexo se conviertan en actos amorosos, pues acoplarse bajo esta confirmación, implica compartir el placer con el otro. Existen otros componentes pragmáticos del amor conyugal, pero suelen ser menos específicos y más teñidos aún de factores culturales, tales como las tareas domésticas, el trabajo invertido en la educación de los hijos, etcétera. En cuanto al amor entre padres e hijos, el autor destaca que los padres deben involucrarse con la supervivencia y adaptación social de sus hijos. Esto es interesante porque muchas tendencias culturales delimitan las manifestaciones pragmáticas del amor, como la verbalización del mismo, el contacto físico, etcétera. En cambio, este autor pone énfasis en que el amor parental debe fundarse en la preocupación por la socialización de los hijos.

En toda expresión de amor existe una suerte de confirmación del otro, un reconocimiento a su existencia y valía. Este reconocimiento es fundamental para el desarrollo de la estima propia, la valoración de uno mismo y para la salud mental en general. En la práctica psicoterapéutica es de suma importancia tener presente que todos los miembros de la familia cuenten con nutrición afectiva, que exista la confirmación y reconocimiento recíproco.

#### **3.2.4.2 Diferencias entre hombres y mujeres en las formas de resolver el conflicto: las complicaciones relacionadas con las vivencias del amor**

En términos generales, entre los hombres y las mujeres hay una diferencia sustancial en las formas de tratar al estrés relacional. Con frecuencia, cuando los hombres se sienten estresados en su relación, buscan un espacio fuera de la familia que les permita olvidarlo, por ejemplo, en su trabajo, en sus amistades, en relaciones extramaritales, en el alcohol, etcétera.

La forma como el hombre ha aprendido a enfrentar los conflictos difiere de la utilizada por la mujer; él regularmente recurre a la disminución de los diálogos. Contra esto, las mujeres tienden a servirse más de las palabras como método de resolución del problema. Explican minuciosamente sus sentimientos y se interesan también en saber las emociones de su esposo. Al igual que los hombres, las mujeres no entienden que su esposo procesa de una manera distinta el conflicto relacional. Por eso, la reacción de él les parece evasiva y la toman como una señal de desinterés. En realidad, en este proceso, ambos sienten rechazo por el otro, pero las mujeres habitualmente manifiestan más abiertamente sus emociones.

La falta de comprensión de las diferencias de género, es un factor importante en la intensificación del conflicto de pareja. Cada persona construye una interpretación distinta de la reacción del otro, y con base en esta interpretación “fabricada” en su pensamiento, muestra enojo o se siente lastimado.

Entonces, cuando una persona se siente desesperada porque a pesar de su esfuerzo no logra resolver su conflicto marital, empieza a dudar del amor de su cónyuge. En los escenarios terapéuticos escuchamos frecuentemente las siguientes expresiones: *Mi esposo no me entiende, él me tiene por conveniencia, pero no me ama... Siempre hace lo que quiere sin importarle lo que yo deseo y nunca trata de hablar conmigo, Mi esposa siempre está quejándose de mí, nunca me ve positivamente. No entiende que no soy romántico, pero eso no significa que no la quiero...*, etcétera. De ésta y otras maneras, las dificultades para resolver su conflicto relacional son interpretadas por cada uno de los cónyuges como falta de amor.

Al mismo tiempo, cuando ambos se esfuerzan por comprenderse mutuamente, con base en los parámetros acostumbrados, se intensifica la sensación de rechazo, porque, como ya se ha mencionado, los códigos utilizados por el hombre y la mujer, en este sentido son muy distintos.

Estas formas de relación y expresión están signadas por lo que socialmente se espera

de cada género. Generalmente de los hombres se espera que sean fuertes, autosuficientes y que no expresen debilidades emocionales, en cambio de las mujeres se espera que sean amorosas, románticas, expresivas y que sean sensibles a las emociones del otro. Estas formas estereotipadas sobre la represión o expresión de las emociones asociadas al género, ha originado que muchos hombres que buscan afrontar sus emociones de malestar o euforia lo hagan a través del alcohol, o bien que expresen sus frustraciones a través de la violencia contra las personas que las rodean. Se puede decir que los hombres no tienen autorización social para sentirse deprimidos y lo manifiestan de otras maneras tales como abusar del alcohol, con las consecuencias físicas que esto trae para la salud, o a través de malestares psicosomáticos como las cefaleas, gastritis, problemas respiratorios, urticaria, etcétera. Por el contrario, las mujeres suelen acusar más bien trastornos de ansiedad y depresión, así como trastornos asociados con la alimentación y su imagen corporal (Fernández, 2006).

### **3.2.5 Violencia Familiar y de Género**

Referirse a la violencia en contra de las mujeres es abarcar un conjunto de hechos y situaciones vinculados a la condición femenina en el mundo actual. La falta de derechos en el plano de lo económico, social, político y cultural convierte de facto a las mujeres en “seres de segunda clase”, dependientes y vulnerables frente a los demás. Esto es más claro respecto a la violencia doméstica, que, vista por la psicóloga dominicana Dinnys Luciano (1997), constituye *la expresión de una política sexual represiva que utiliza múltiples mecanismos tanto en los espacios denominados públicos como los privados para controlar la vida, el cuerpo, la sexualidad y las capacidades emocionales, intelectuales y afectivas de las mujeres.*

La violencia ejercida dentro del recinto familiar ha merecido especial preocupación tanto por las organizaciones de mujeres, como por investigadoras(es), organismos de gobierno y agencias de desarrollo. Y es que este tipo de violencia afecta no sólo a las mujeres sino al entorno familiar, especialmente a niñas y niños.

Entre los tipos de violencia reconocidos se destacan los siguientes:

- **Violencia física:** Es toda acción que implique el uso de la fuerza contra otra persona; consiste en golpes, patadas, pellizcos, lanzamiento de objetos, empujones, cachetadas, rasguños y cualquier otra conducta que atente contra la integridad física, ya sea que produzca marcas o no en el cuerpo.
- **Violencia verbal:** Es una de las manifestaciones de la violencia emocional. Se da cuando una persona insulta, ofende o le dice cosas ofensivas a otra. Por ejemplo, cuando el esposo o compañero, ya sea en privado o en público, dice “estás loca”, “no sirves para nada”, “eres una inútil”, en cualquier forma verbal que denigre a la mujer como ser humano.
- **Violencia emocional:** Es todo acto que realiza una persona contra otra para humillarla y controlarla. Esto se puede producir mediante intimidación, amenazas, manipulación, humillaciones, acusaciones falsas, vigilancia, persecución o aislamiento. Se produce por ejemplo cuando se le prohíbe a otra persona salir de casa, trabajar o estudiar; no se le permite tener amistades o visitar a familiares; se le amenaza con quitarle a las hijos(as), cuando vive bajo intimidaciones de herir o atacar a seres queridos, cuando se le descalifica, etcétera.
- **Violencia sexual:** Es toda acción que implique el uso de la fuerza, la coerción, el chantaje, el soborno, la intimidación o la amenaza, para hacer que otra persona lleve a cabo un acto sexual u otras acciones sexuales no deseadas. Por ejemplo cuando una persona es obligada por otra a mantener relaciones sexuales cuando no quiere, a hacer cosas durante el acto sexual que no le gusta, la violación sexual, comentarios y gestos sexuales no deseados, burlas acerca del cuerpo de la pareja, agresiones sexuales con armas u objetos, etcétera.
- **Violencia patrimonial:** Es aquella que está dirigida contra los bienes y pertenencias de una persona, por ejemplo: destruir su ropa, esconder su correspondencia o documentos personales, quitarle su salario, vender o destruir los enseres domésticos, en fin, que se disponga de sus bienes sin su consentimiento.

Es muy común que las mujeres sometidas a violencia la sufran en varias o en todas sus manifestaciones. En todos los casos la violencia lesiona su identidad, autoestima y autodeterminación como seres humanos.

Creer en un ambiente familiar de violencia tiene un impacto en la construcción de la subjetividad, la cual es frágil y se puede perder fácilmente por la acción de otra persona, acción en la cual el sujeto es tratado como objeto. Ya Freud (1930) afirmaba *ante los hechos violentos y traumáticos de origen social, los sujetos pueden reaccionar defensivamente presentando estupor inicial, paulatino embotamiento, abandono de toda expectativa, o con las formas groseras o finas de la narcotización de la sensibilidad frente a los estímulos desagradables...*

Alejarse de los demás es el método de protección más inmediato contra el sufrimiento susceptible de originarse en las relaciones humanas.

El mismo Freud (1926) recalca que la palabra clave para entender los efectos de las experiencias traumáticas es *desamparo* – que proviene del latín *ante parare*– ante una situación que no se puede prever, y que altera las posibilidades de prevenir que ello no suceda en el futuro.

Expuestas e indefensas ante los deseos de daño y hasta de muerte –real o simbólica del otro– este desamparo traumático las enfrenta con la crueldad del otro, del que se esperaba recibir amor y afecto. Ante la violencia familiar, y precisamente como resultado de estas pautas de violencias ejercidas, la persona violentada puede ir perdiendo la humanidad, se va deshumanizando, es decir, se va des-subjetivando por las acciones de otro u otros contra ella.

La violencia doméstica puede venir de uno o varios espacios (parental, conyugal, filial, hombre, mujer, etcétera), y por supuesto, las representaciones y acciones impunes en el espacio social de este país han favorecido la impunidad de la violencia dentro del ámbito familiar y conyugal, con el argumento del concepto mal entendido sobre la “vida privada”.

Las experiencias de haber sido violentada(o), sin duda, pueden provocar anestesia afectiva, insensibilidad, conformismo... Cuando la posibilidad del futuro se vuelve incierta, entonces surge la amenaza y el terror, terror de ser destituido como persona, como humano, terror de ser objeto de otro, familiar (o social), y quedarse sin recursos para defenderse: pensar, hacer, elegir, recibir...

El victimario, por su parte, desconoce las condiciones de posibilidad de su víctima, o si las conoce las desmiente con algún tipo de explicación racional que utiliza contra su víctima: *lo hago por tu propio bien* (Puget, 2002). Éste es el fenómeno de la mistificación del que nos habla Boszormeny (1976, 1983), hacer pasar un acto de violencia por uno de amor.

Pese a que las características de la violencia conyugal son conocidas, creemos importante reiterar cómo se constituye el ciclo de la violencia: 1) *Acumulación de tensión*: caracterizándose por un comportamiento posesivo (habitualmente del hombre, con agresiones psíquicas y golpes menores en que la mujer racionaliza la situación; 2) *fase aguda de golpes*: determinada por el descontrol y la imposibilidad de evitar los golpes frente a situaciones cotidianas por triviales que sean; 3) *luna de miel*: se distingue por una conducta de arrepentimiento seductora de parte del hombre y de la aceptación de la mujer que cree en su sinceridad; en esta etapa predomina una imagen idealizada de la relación acorde con los modelos convencionales de género. Luego tarde o temprano todo recomienza y la fase uno vuelve a escena.

Debemos estar atentos a estas fases, pues la demanda de consulta suele presentarse cuando las víctimas están cursando las dos primeras fases del ciclo, mientras que en la tercera fase son más usuales las ausencias en las sesiones terapéuticas e inclusive la deserción del tratamiento.

Uno de los grandes obstáculos para que este problema sea reconocido y atendido adecuadamente lo constituyen las concepciones dominantes de género en la sociedad, que tienden a perpetuar un vínculo de pareja caracterizado por la inequidad de género,

a favorecer y legitimar la aparición y práctica de la violencia hacia las mujeres (González, Ramón y Contreras, 2004). Estas concepciones son compartidas por las propias víctimas que forman parte de la cadena de transmisión de estos valores y estas creencias a lo largo de las generaciones, y que fueron socializadas con ellas desde sus familias de origen (Ramírez, 2003).

Este contexto social, más la frágil situación emocional en la que se encuentran, impide a las mujeres tomar la difícil decisión de buscar una salida a la violencia. Por ello, todas las instituciones que se dedican a atender este problema, así como los organismos no gubernamentales y las redes sociales, son clave en el proceso de apoyo de las mujeres que deciden denunciar las situaciones de violencia en las que viven. Para ello, se requiere instrumentar distintas estrategias.

Se debería empezar por una serie de actividades y programas dirigidos tanto a mujeres como a hombres, a fin de que puedan desnaturalizar la violencia. Una más sería atender la urgente necesidad de establecer mecanismos de coordinación entre las diferentes instituciones por las que una mujer debe pasar en su trayectoria de búsqueda de solución a este problema, con ellos también estaríamos protegiéndola contra la victimización secundaria (Corsi, 2003). Desde esta perspectiva, la colaboración interdisciplinaria es básica a través de la convergencia del problema y aportando cada profesional sus cualidades y capacidades para asumir un riesgo en común, que se caracteriza por el establecimiento de estrategias puntuales.

Asimismo, debemos aplicar los resultados de los distintos estudios con los que se cuenta para sustentar programas de atención especializada a las víctimas (y, desde luego, a los agresores), ya que con frecuencia obviamos la responsabilidad que adquirimos junto con este conocimiento. Nuestra propuesta de intervención terapéutica es también un intento de responder a esta urgente necesidad.

Por lo demás, y más allá de las estrategias concretas que podamos enumerar, todas las mujeres y los hombres tenemos el compromiso de apuntalar la creación de una sociedad

más democrática con la instauración de una mayor equidad social entre los géneros, así como una creciente igualdad de oportunidades para ambos sexos.

Sabemos que la violencia no se va a terminar con decretos institucionales. En este sentido, los procesos psicoeducativos son, sin duda, un recurso para cuestionar modelos hegemónicos que sostienen una concepción tradicionalista de la familia y de los roles de género. Esto significa que para construir una sociedad más equitativa se requiere de un nuevo tipo de educación (Carrillo 2003). Los procesos de educación, a través de políticas, de programas y de discursos sociales específicos, pueden contribuir a cuestionar las desigualdades, a documentar sus contradicciones, a participar en la transformación de los significados de género o en la recreación de otros nuevos, y a legitimar mediante ello, formas más solidarias de intercambio entre las personas, al margen de sus diferencias biológicas.

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1 OBJETIVO**

El objetivo de este trabajo es construir y evaluar un modelo para la atención articulada del consumo de drogas y la violencia en la familia, dirigido a disminuir o suprimir el uso de drogas y las conductas violentas.

#### **4.2 JUSTIFICACIÓN**

Diversos estudios antecedentes en la atención del consumo de drogas en Terapia Familiar, muestran que el foco del terapeuta suele estar en los patrones que generan y mantienen el consumo de sustancias, sin observar la construcción de género y el contexto familiar, así como la presencia de violencia al interior de la familia, que en la mayoría de los casos se presenta. De ahí la necesidad de realizar intervenciones articuladas en el abordaje de estos dos problemas de salud pública. Desde esta visión de complejidad en este trabajo se construye un modelo multidimensional que hace uso de múltiples enfoques de primer y segundo orden de terapia familiar, con estrategias dirigidas a mostrar las creencias de género que influyen en las relaciones familiares e intervenir en el contexto más amplio que pueda apoyar a las familias.

Se definió como Terapia Familiar Multidimensional (TFM) en virtud de que se atienden: el problema de las adicciones y la violencia desde una diversidad de dimensiones, desde el análisis de la construcción de la subjetividad, las prácticas identitarias de género, el cuestionamiento de las historias dominantes y los marcos interpretativos, pasando por la redefinición de las relaciones intersistémicas, la organización y estructura familiar, hasta la re(des)estructuración de una matriz social menos disfuncional para la familia, pues todas estas dimensiones configuran el problema y sólo una atención holística podría contribuir a deconstruir y co-construir una nueva realidad familiar alternativa, libre del uso de drogas y de las prácticas de violencia.

Este modelo aspira a lograr una comprensión compleja del fenómeno que nos ocupa, entendiendo que la explicación de la totalidad siempre estará inacabada, atendiendo las distintas experiencias subjetivas que lo configuran a través de una modalidad terapéutica coparticipativa.

#### **4.3 TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio cualitativo de un análisis del proceso de intervención familiar. Se trabajó con familias que presentaban violencia y consumo de drogas en al menos uno de sus miembros, a partir de la observación de algunas pautas de dinámica relacional y elementos narrativos del discurso durante sesiones de terapia familiar.

Estos casos fueron atendidos en 10 sesiones de terapia familiar, que fueron filmadas en video y el contenido verbal se transcribió para su posterior análisis.

El modelo se construyó a partir de estudios previos realizados para tal fin que se resumen en el capítulo dos de esta tesis; los modelos en terapia familiar para atender las adicciones desarrollados previamente por diferentes autores y los fundamentos de distintas perspectivas teóricas y dimensiones de intervención, entre las que destacan el socioconstruccionismo, con técnicas narrativas y los modelos sistémicos orientados a las relaciones y organización familiar. Además se incorporó un eje transversal de género y la ampliación de redes sociales de apoyo familiar.

De esta forma se formularon cuatro componentes para el desarrollo de este modelo de abordaje: la formación del equipo terapéutico con terapeutas de ambos sexos; la intervención propiamente dicha de la terapia familiar con técnicas de primero y segundo orden; grupos psicoeducativos y de reflexión para las intervenciones de género y la ampliación de redes sociales de apoyo más saludables para la familia y todos sus miembros.

Para el análisis de información se distinguieron tres momentos del proceso de

intervención: inicial, intermedio y final, en los cuales se valoró la presencia y posibles cambios en los siguientes indicadores:

I Área Médica: Control de padecimientos comórbidos; adherencia terapéutica; hábitos de higiene y autocuidado.

II. Área Psicosocial: Tolerancia a la frustración; control de impulsos; niveles mínimos de ansiedad y depresión; aumento de percepción de riesgos; control de emociones.

III. Área Familiar: Funcionamiento de la organización relacional; nutrición afectiva; control de violencia y ampliación de redes sociales de apoyo.

IV. Área socio-laboral y/o educativa: Integración laboral/educativa; participación en actividades deportivas y/o culturales.

V. Remisión total de consumo de drogas o disminución del consumo.

VI. Adicionalmente otro indicador considerado en esta tesis fueron los cambios en el sistema de creencias alrededor del género y construcción de nueva narrativa familiar respecto a su propia realidad.

La eficacia terapéutica se valoró al cumplirse al menos un indicador de cada área mencionada.

## **4.4 MUESTRA**

### **4.4.1 Criterios de selección de la población**

Se trató de un muestreo no probabilístico, seleccionando a seis familias (en las que por lo menos un integrante acudiera a tratamiento a CIJ debido a problemas relacionados con su consumo de drogas), que participarían a lo largo de 10 sesiones, las edades de los pacientes identificados oscilaron entre los 19 y 38 años.

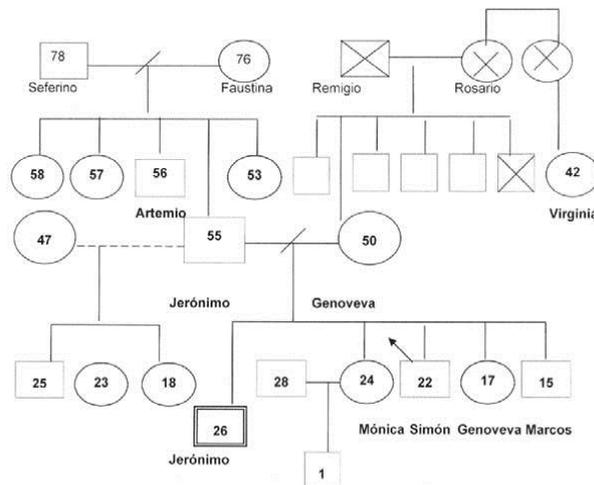
A continuación se describirán la composición y los datos sociodemográficos de las familias participantes, así como los principales resultados terapéuticos, es importante destacar que los nombres utilizados para este trabajo son ficticios a fin de conservar el anonimato y confidencialidad correspondientes.

#### 4.4.2 Presentación de casos. Descripción de la composición de las familias en la etapa inicial del tratamiento

##### 4.4.2.1 CIJ Aguascalientes. Familia Pérez

En esta familia, el padre, Jerónimo, se dedica a la tapicería de muebles y la madre, Genoveva, a las labores domésticas. El hijo mayor, Jerónimo, usa drogas y se encuentra desempleado, Mónica vive con su esposo, Simón emigró a Estados Unidos y vive en Chicago desde hace 5 años; Genoveva tuvo que dejar la escuela y trabaja como empleada en una tienda, y Marcos estudia el bachillerato. La pareja se encuentra en proceso de separación pues el papá tiene otra familia con la cual vive la mayor parte del tiempo, aunque eventualmente también la pasa en casa de esta familia.

**Figura 1. Familiograma, familia Pérez**



Jerónimo, hijo, empezó a fumar a los 13 años de edad, a los 15 consumía bebidas alcohólicas, y desde los 19 ingiere drogas ilegales, inició con cocaína y tres años después

ya fumaba marihuana de forma habitual. Para desintoxicarse, estuvo internado durante un mes en un centro de rehabilitación de la localidad; cuando fue dado de alta se mantuvo en abstinencia por 15 días y luego reincidió en el consumo.

Jerónimo fue referido a CIJ por la Procuraduría General de la República (PGR), por posesión y uso de drogas. Cuando se presentó a CIJ era usuario actual de tabaco y alcohol, con un patrón severo de consumo de cocaína.

Hace tres años la familia se enteró del problema de adicción de Jerónimo por su novia. La familia atribuye el problema de Jerónimo a los constantes conflictos y peleas que tiene con su padre, quien es muy hostil con él.

El señor Jerónimo también es consumidor de alcohol y uno de sus hermanos mayores murió por una sobredosis de droga. Es una persona impulsiva y desinteresada con la familia, a decir por Genoveva, es atribuido a que proviene de una familia *muy desunida*, ya que los padres de su marido se separaron cuando la señora Faustina *se fue con otro señor*.

Cuando los hijos eran pequeños, el señor Jerónimo agredía físicamente a su esposa y a Jerónimo con regularidad. *Yo le tenía mucho miedo así que evitaba hacerlo enojar*, dice la señora Genoveva. Ahora, cuando está en casa, es impulsivo e insulta a los hijos, ellos prefieren evitarlo, sólo Jerónimo lo reta.

Jerónimo refiere que no siente ningún afecto por su padre, sólo *le traigo mucho coraje*. Él fue quien descubrió que su padre tenía otra familia, pues cuando trabajó con él en la tapicería lo iban a buscar “su otra señora o sus otros hijos para pedirle dinero”. Refiere que le daba mucho coraje que a ellos sí les diera y a sus propios hermanos se los negara.

El señor Jerónimo tiene su propio negocio de tapicería y donde también trabaja el hijo mayor de su segunda familia. Al parecer esta situación ha prevalecido por años y todos han preferido evadir el tema. La señora Genoveva ha iniciado una demanda de divorcio en el Sistema para el Desarrollo Integrar de la Familia (DIF) de su localidad; señala que

lo decidió el día de su último cumpleaños, ya que él llegó alcoholizado y la trató con violencia; acepta que aún le tiene miedo a su marido, pero está decidida.

Varios de los hermanos de la señora Genoveva tienen problemas de alcoholismo y su hermano menor murió por una sobredosis de droga. Una prima de ella, Virginia, quien es soltera y la conocen como la “*tía Virgi*”, convive mucho con la familia y habitualmente pasa su tiempo en casa de ellos.

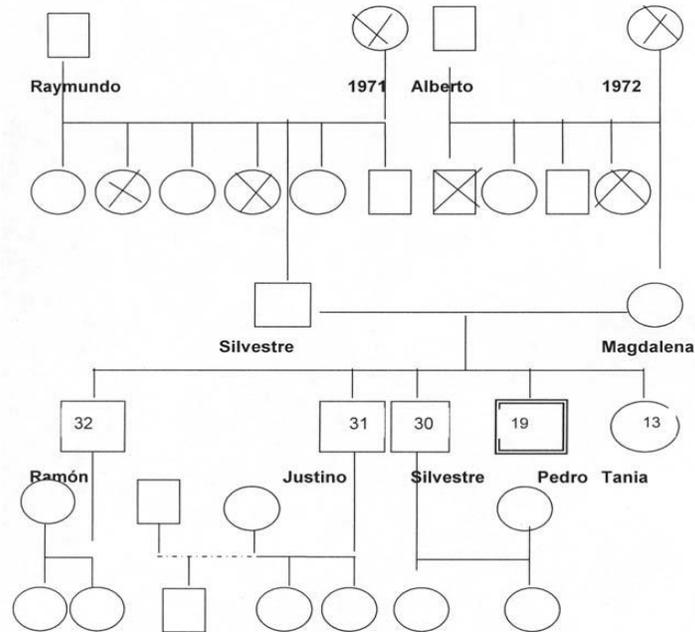
La familia es muy conservadora, mantiene sus tradiciones religiosas, viven en una zona de clase media baja y de alto riesgo para el consumo de drogas. Tienen problemas económicos pues el padre sólo eventualmente les da dinero. Genoveva comenta que se han distanciado de su familia de origen y de los vecinos para evitar comentarios molestos sobre la adicción de su hijo.

A las sesiones de terapia familiar acuden la señora Genoveva, y todos sus hijos, excepto Simón, aunque Jerónimo sólo lo hizo en las primeras sesiones. También asiste de forma regular la tía Virginia, en cambio el padre nunca se presentó a las sesiones.

#### **4.4.2.2 CIJ Guadalajara. Familia Aceves**

La familia está formada por los padres, Silvestre de 48 años de edad y Magdalena de 49 años, y sus cinco hijos. Los tres mayores, Ramón, Justino y Silvestre, están casados y viven de manera independiente; les siguen Pedro, usuario de drogas, y Tania, ambos son estudiantes y viven con sus padres. El padre es contratista de obra y la madre se dedica a las labores domésticas.

**Figura 2. Familiograma, familia Aceves**



La madre de Magdalena muere de cáncer cérvico-uterino, y una de sus hermanas presenta un trastorno mental no especificado. La madre de Silvestre fallece de diabetes, y uno de sus hermanos es dependiente al alcohol y padece diabetes. Ramón, Justino y Silvestre, son bebedores, de moderados a excesivos, y el segundo fuma marihuana de forma regular.

Pedro consumió *tonzol* a la edad de 9 años, a los 12 años ya consumía alcohol. Un año después empezó con la cocaína y al siguiente la combinaba con la marihuana. Además experimentó con éxtasis y hongos alucinógenos a los 18 años. Al iniciar el tratamiento era usuario actual de tabaco, alcohol y marihuana, con un patrón severo de consumo de las dos últimas drogas.

La familia había optado por la agresión física contra el usuario a fin de que abandonara las drogas. Aparentemente esto dio resultado cuando Pedro tenía 9 años, pero cuando empieza a consumir alcohol, marihuana y cocaína, los padres sólo se molestan con él y le advierten del riesgo de usarlas. Le insisten para que busque ayuda especializada, pues no quieren forzarlo argumentando que “llevarlo a la fuerza en lugar de ayudarlo lo

perjudicaría”. Finalmente, después de cinco años de consumo y arengas de los padres, Pedro menciona la posibilidad de acudir a consulta, entonces su padre comienza a buscar un lugar para que lo atiendan.

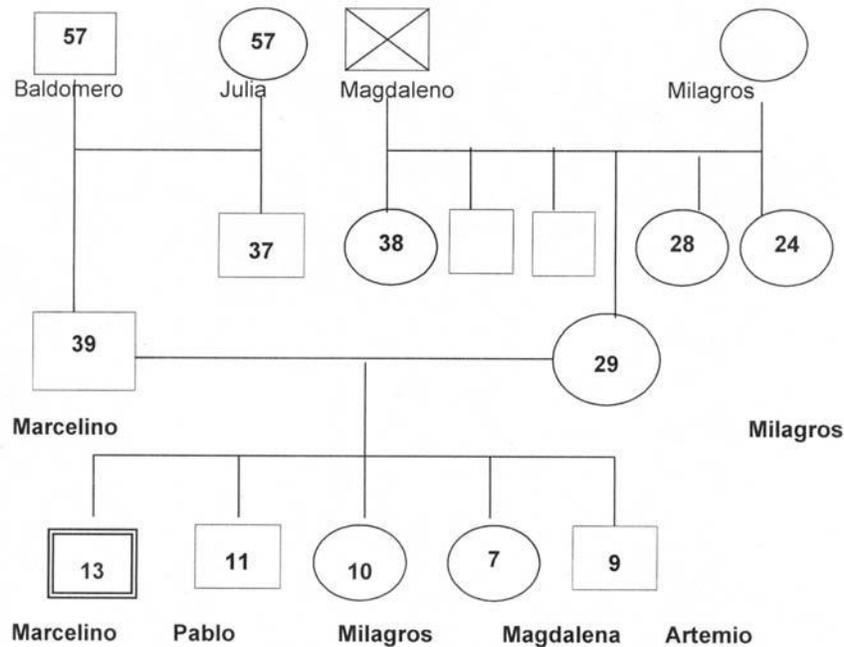
La familia es de clase media baja y vive en una zona donde el consumo de drogas es usual y tolerado socialmente, razón por la cual conviven poco con los vecinos. Pedro tiene amigos que también consumen drogas; sin embargo, empieza a distanciarse de ellos con el ánimo de buscar otros amigos que no lo presionen para consumir, ocasionándole muchas dificultades en el vecindario. Los padres se muestran dispuestos a colaborar en el tratamiento y rehabilitación de su hijo. Silvestre refiere que buscará la manera de tener más recursos económicos para lo que haga falta, y Magdalena dice que va a estar más al pendiente de su hijo, y hará lo que haga falta para ayudarlo.

A las sesiones de terapia familiar acudieron los padres y los dos hijos menores.

#### **4.4.2.3 CIJ Iztapalapa. Familia López**

Familia conformada por los dos padres, Marcelino y Milagros, y sus cinco hijos, tres varones y dos mujeres. El usuario de drogas, Marcelino, es el mayor y tiene 13 años de edad. La familia es originaria de Puebla; emigraron a la ciudad de México desde hace varios años. El padre trabaja para la alcaldía, en el sistema de agua potable y drenaje, y terminó su educación secundaria; la madre se dedica al comercio informal y no concluyó su educación básica; todos los hijos están estudiando. Su nivel socioeconómico es bajo y la zona donde viven es de alto riesgo para el uso de drogas.

**Figura 3. Familiograma, familia López**



Marcelino empezó a consumir solventes inhalables (tolueno y disolvente de pinturas) y bebidas alcohólicas casi de forma simultánea a los 13 años de edad. Al momento de la consulta había consumido por un periodo de un año, aunque con irregularidad. La señora Milagros, solicitó apoyo en la escuela de su hijo, donde la derivaron a CIJ. Al principio el padre se opuso ya que, en su opinión, podían darle solución al problema sin la intervención de terceros. Sin embargo, la madre insistió con firmeza y decidió llevar a Marcelino a tratamiento.

La familia presentaba una serie de particularidades, una de ellas es la precaria situación en la que viven, pues a pesar de que el padre tiene un trabajo estable, su situación económica es muy modesta. Otra de las particularidades es el idioma, la familia provenía de una zona de Puebla donde no se habla español, lo cual dificultaba no sólo su vida cotidiana, sino también el tratamiento, pues en muchas ocasiones se reducían las posibilidades de comunicación entre los padres y el equipo terapéutico. Por otro lado, el hijo menor nació con labio leporino y paladar hendido, y fue intervenido quirúrgicamente durante el proceso del tratamiento, lo que llevó a la familia a suspender la terapia por

más de dos meses.

La madre es quien se da cuenta del consumo de Marcelino, siente que si ella no lo trae a tratamiento nadie en la familia hará nada, pues su esposo *es muy atenido*. El señor Marcelino se muestra indiferente ante el tratamiento, incluso acude con cierto disgusto.

El matrimonio de la pareja se dio en condiciones muy peculiares, Marcelino pide en matrimonio a Milagros con sus padres, quienes la tenían viviendo con su madrina; ellos acceden, la recogen de casa de la madrina y la casan con Marcelino sin pasar por algún periodo de noviazgo. Milagros refiere que fue imposible oponerse a la decisión de su madre, pues era una mujer muy autoritaria y dominante.

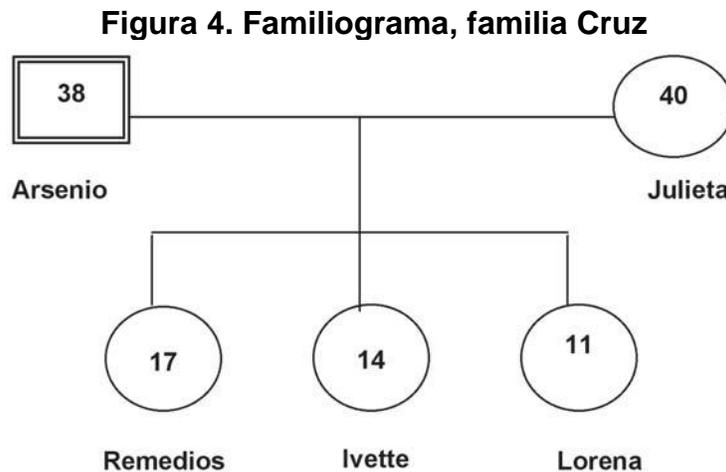
Actualmente la relación de pareja está muy deteriorada. Marcelino se muestra muy celoso y controlador con su esposa. Milagros manifiesta que tiene mucho resentimiento contra su marido, y ha considerado la idea de separarse de él, pues dice sentirse muy decepcionada, ya que no satisface las necesidades económicas mínimas de la familia, y muestra un total desinterés por mejorar esta situación. Usualmente ella lo descalifica frente a sus hijos por este motivo.

La familia carece de redes de apoyo social, pues en su condición de emigrantes, no cuentan con familiares en la ciudad además de que los padres no dominan el español, ambas condiciones les han creado cierta dificultad para adaptarse y establecer relaciones sociales amplias, además de que no salen mucho de casa. No obstante, Milagros siempre se ha empeñado en que sus hijos vayan a la escuela, ha enfrentado con éxito una serie de vicisitudes en su vida y con sus hijos. Marcelino, el hijo, es un joven inteligente y la madre suele apoyarse mucho en él.

Toda la familia acudió a las sesiones de terapia familiar, menos cuando tuvieron que interrumpir el proceso por la intervención quirúrgica de Artemio.

#### 4.4.2.4 CIJ Ciudad Juárez. Familia Cruz

La familia formada por los padres, Arsenio, quien trabaja como mecánico, Julieta, como sastre, y sus tres hijas; Remedios, quien se hace cargo de la casa, y sus dos hermanas menores, Ivette y Lorena, quienes estudian.



Arsenio es derivado a CIJ por el consumo de marihuana y alcohol, bajo amenaza de que si no acude perderá el empleo.

Arsenio es el noveno hijo de una familia formada por 11 hermanos, además de sus padres. El padre de ellos era un hombre muy violento, usualmente golpeaba a su esposa, muere a la edad de 55 años por cirrosis hepática secundaria debido al consumo de alcohol. El mayor de los hermanos es alcohólico, y el quinto de ellos es usuario consuetudinario de marihuana. Dos hermanos mayores fueron asesinados por problemas asociados al uso de drogas cuando Arsenio era niño. Comenzó a consumir drogas desde muy temprano, influenciado por su hermano mayor y por amigos. En su juventud Arsenio estuvo en el ejército mexicano. Julieta presenta síntomas de hipertensión arterial e IRC.

Los padres creen en la “unión familiar” y refieren que se han esforzado por trabajar y proveer a su familia de “lo que haga falta”, por esta razón pasan la mayor parte del tiempo

trabajando. Esto influyó para que Remedios haya dejado la escuela, ya que tenía que hacerse cargo de la casa y de sus hermanas menores.

Los padres también reconocen que uno de los principales problemas que tienen es la violencia conyugal. Arsenio ha llegado a golpear a su esposa y con mucha frecuencia se muestra violento también con las hijas, a quienes amenaza, insulta y golpea. Arsenio dice que “la rarra (cannabis) es un escape para tranquilizarme” cuando se pone violento.

Toda la familia acudió a consulta, los padres pedían permisos en sus trabajos para acudir a las sesiones y las hijas lo hacían después de salir de la escuela.

Este fue el único caso en que el paciente identificado no fue el hijo, sino el padre de familia.

#### **4.4.2.5 CIJ Tampico. Familia Ruiz**

Familia semiextensa conformada por los padres, el señor Fermín, director de una escuela primaria; la señora Teresita, profesora, y sus tres hijos, Maribel, Fermín y Arturo; ella es zoóloga, Fermín está desempleado y Arturo terminó la preparatoria.

Fermín y su pareja Irma, viven con Néstor, padre de Irma. Ella es la única hija de sus padres, Néstor –contador público– e Irma, quienes actualmente están divorciados. Ambos venían de matrimonios disueltos y cada uno tuvo hijos en estos matrimonios. Así, Irma tiene tres medios hermanos.

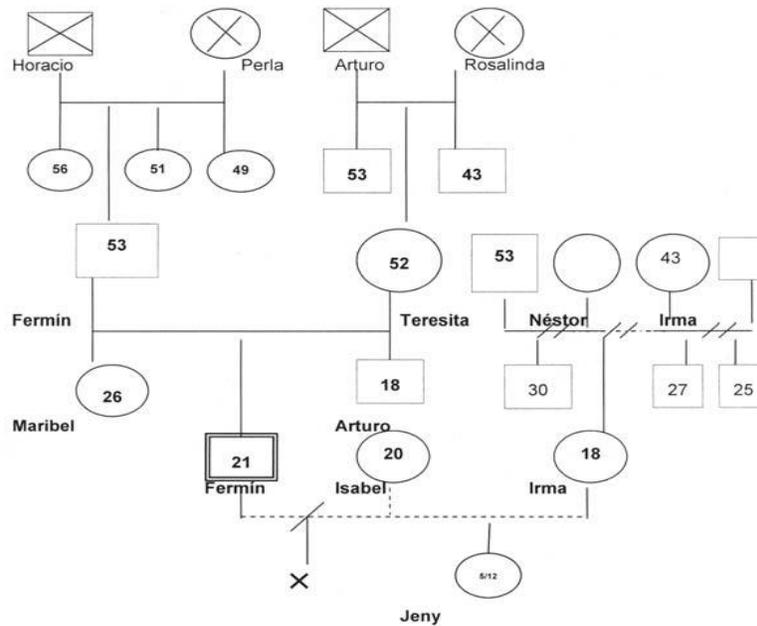
Fermín y su pareja pasan la mayor parte del tiempo en la casa de los padres de Fermín, son ellos y Néstor quienes les proporcionan el apoyo económico a esta joven pareja.

Antes de estar con Irma, Fermín e Isabel –su anterior novia– se embarazaron, pero los

padres de Isabel decidieron suspender su embarazo sin consultar a Fermín.

Se reporta abuso de alcohol en Horacio y Fermín, abuelo paterno y padre del PI.

**Figura 5. Familiograma, familia Ruiz**



Fermín empezó fumando marihuana cuando tenía 17 años de edad. A los 18 comenzó a consumir alcohol, cocaína y *crack*. Un año después experimentó con LSD. Actualmente consume alcohol, marihuana y cocaína. Fuma un cigarro de marihuana por día y 5 gramos de cocaína cada tercer día. Habían pasado tres días desde su último consumo cuando se presentó a consulta en CIJ.

Arturo empezó a consumir a la misma edad en que su hermano mayor, sin embargo en una ocasión tuvo que ser atendido de urgencia debido a una sobredosis de droga. Actualmente se encuentra en tratamiento psiquiátrico y psicológico sin que se reporten resultados favorables. No trabaja y se pasa la mayor parte del día en casa. No obstante la familia va a consulta por Fermín.

Fermín (PI) empezó a consumir drogas, a decir de él mismo, debido a que se sentía muy

controlado por sus padres, *no me dejaban ir a fiestas, no me dejaban salir con mis amigos*; por esta razón *empecé a echarles mentiras y me iba con mis amigos*. El refiere que se sentía muy bien con sus amigos; son ellos precisamente quienes lo invitan a drogarse. Él acepta un poco por “curiosidad y diversión” y otro poco por sentirse aceptado en este grupo.

En este periodo la pareja de Fermín se embaraza inesperadamente, y la adicción de Fermín origina que su relación se vuelve disruptiva. El consumo se agrava cuando termina su relación con Isabel, más tarde él se enteraría que los padres de Isabel habían decidido interrumpir el embarazo. La noticia generó un fuerte impacto para Fermín, refiere que a partir de este momento empezó a consumir con mayor frecuencia *tratando de dimitir el dolor con el efecto del alcohol y las drogas*. En esta carrera adictiva conoció a Irma, quien entonces también era usuaria de drogas. Al poco tiempo la joven pareja se embaraza.

A solicitud de Fermín, sus padres habían buscado varias alternativas para atender su adicción. En un principio lo llevaron a consulta privada con psiquiatras y psicólogos, pero no se logró la remisión del consumo ni modificar su conducta disruptiva.

Los padres de Fermín provienen de familias de pocos recursos económicos. El señor fue el único hijo varón de su familia, razón que lo obligó a asumir diversas responsabilidades parentales cuando aún era muy chico, incluyendo renunciar a sus estudios para trabajar y apoyar a la economía familiar. La señora fue la única hija de su familia, así que desde pequeña asumió sola todas las tareas domésticas de su casa.

Cuando la pareja se casó, el señor Fermín no había podido concluir su carrera; su esposa lo apoyó los primeros años del matrimonio, mientras ella trabajaba, él terminaría su carrera. El joven matrimonio tuvo que pasar muchas vicisitudes económicas antes de poder aspirar a una mejor calidad de vida. Uno de los relatos que los padres refieren constantemente es la serie de *sacrificios* que tuvieron que hacer para proporcionarles a sus hijos de lo que ellos carecieron. Maribel ha tenido problemas para conseguir un

empleo, pues refiere que en los trabajos prefieren un zoólogo varón. Arturo concluyó la preparatoria y ha decidido darse un año *sabático*. Fermín no es responsable de la manutención de su esposa e hija y suele manipular a sus padres para obtener dinero.

La familia asistió de forma constante a las sesiones de terapia familiar, todos se presentaron incluyendo a Irma, la pareja de Fermín.

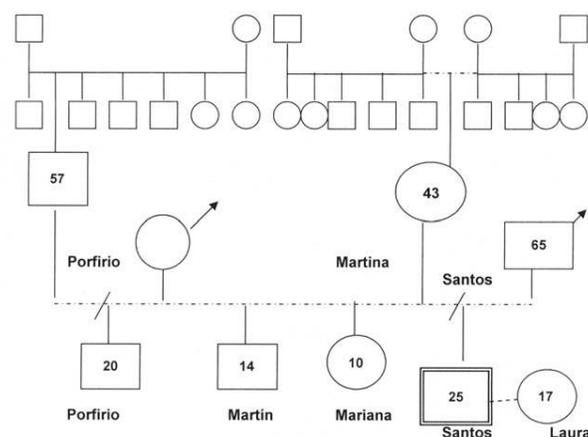
#### 4.4.2.6 CIJ Tijuana. Familia Leyva

Se trata de una familia reconstituida, y está conformada Porfirio y Martina. Porfirio tiene un hijo homónimo de su anterior pareja, quien es estudiante, y Martina tiene un hijo, Santos, quien es el usuario de drogas. Porfirio y Martina tienen 18 años haciendo vida en pareja y han procreado dos hijos, Martín, y Mariana, ambos estudiantes.

Santos considera a Porfirio como su papá pues nunca conoció a su padre biológico, quien es usuario de drogas hasta la fecha, a decir de Martina. El señor Porfirio y Santos se dedican al negocio de los gallos de pelea, y Martina atiende un restaurante, propiedad de la familia, donde a veces trabajan también los hijos varones, Porfirio, Martín y Santos.

La familia vive en una zona segura, pero la novia de Santos vive en una zona donde es habitual el consumo y tráfico de drogas.

**Figura 6. Familiograma, familia Leyva**



Santos consume mariguana desde los 15, empezó a usar cocaína a los 17 años, y un año después ya consumía metanfetaminas; más tarde se inició en el consumo de tabaco y experimentó con crack a los 22 años. Es usuario actual de cristal, mariguana y tabaco.

Santos fue llevado a CIJ por su familia ante el temor de que volviera a delinquir, pues estuvo recluso en la cárcel por robo de motocicletas, de cuya venta conseguía dinero para comprar drogas. La familia reconoce que la situación ha salido de su control y que Santos ha dejado de respetar cualquier regla que le pidan. Por el contrario, se muestra desafiante con sus padres, así que el señor Porfirio decidió forzarlo a buscar tratamiento. Estuvo internado en tres ocasiones en un centro de rehabilitación de la localidad, la primera vez estuvo sólo dos meses y las otras dos ocasiones fueron cuatro o cinco meses.

Ante el patrón de consumo tan severo el ET decidió internarlo en la Unidad de Tratamiento residencial de CIJ, que trabaja bajo el modelo de comunidad terapéutica.

El señor Porfirio es originario de Oaxaca, donde cría los gallos de pelea, viaja a esa entidad cada año durante el invierno, para supervisar la cría, y también porque no tolera el frío de Tijuana. Se pasa de tres a cuatro meses en esta entidad.

La señora Martina fue la única hija de una relación eventual que tuvo su madre, así que nunca convivió con su padre, quien ya tenía una familia formada. Posteriormente su madre se casaría y tendría más hermanos. Cuando Martina tenía 17 años conoció a Santos, con quien mantuvo una relación esporádica hasta que se embarazó. De esta relación nació su hijo Santos.

La familia se mantiene económicamente del restaurante, pero es Martina quien es responsable del mismo y se encarga de administrarlo.

Toda la familia mostró constancia en asistir a las sesiones de terapia familiar, esto gracias a la persuasión de la señora Martina. El usuario de drogas se mantuvo internado durante el tiempo que duró el proceso terapéutico.

#### **4.5 COMPONENTES DEL MODELO DE TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y LA VIOLENCIA FAMILIAR**

La teoría de la complejidad dice que se deben tomar en cuenta todos los niveles pertinentes y simultáneos de la realidad, si se desea alcanzar una comprensión más amplia del hecho en estudio, pero también hay que tratar de integrar, lo más posible, todos los conocimientos disponibles. Una visión compleja incluye distintos niveles de realidad, aun cuando éstos aparenten ser antagónicos, pues la complejidad se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre, como sucede con el consumo de drogas y la violencia familiar.

Los resultados de distintas investigaciones, tanto de otros autores como las propias, han llevado a considerar la posibilidad de construir un modelo de abordaje terapéutico multidimensional, sostenido en el principio de recursividad organizativa, en el cual se reconozca el abuso drogas y la violencia familiar dentro de su compleja dinámica social (hologramático) y cuya aplicación se realice desde una perspectiva dialógica.

Así, se diseñó, desarrolló y aplicó un modelo de atención que incluyera distintos niveles de la realidad en su estrategia configurativa. Para ello se seleccionaron especialmente cuatro dimensiones terapéuticas:

1. Conformación de un Equipo Terapéutico (ET) constituido por profesionales de ambos sexos.
2. La Terapia Familiar (TF) con el uso de modelos sistémicos estratégico estructural y modelos de construccionismo social, principalmente la narrativa.

3. Los Grupos Psicoeducativos y de reflexión (GPE) por género.
4. La construcción y ampliación de Redes de Apoyo Social (RAS).

Todas estas dimensiones enmarcadas dentro de una perspectiva sensible al género.

Se definió este modelo como Terapia Familiar Multidimensional (TFM) en virtud de que se atienden, el problema de las adicciones y la violencia, desde una diversidad de dimensiones, desde el análisis de la construcción de la subjetividad, las prácticas identitarias de género, el cuestionamiento de las historias dominantes y los marcos interpretativos, pasando por la redefinición de las relaciones intersistémicas, la organización y estructura familiar, hasta la re(des)estructuración de una matriz social menos disfuncional para la familia, pues todas estas dimensiones configuran el problema, y sólo una atención holística podría contribuir a deconstruir y co-construir una nueva realidad familiar alternativa, libre del uso de drogas y de las prácticas de violencia.

Este modelo aspira a lograr una comprensión compleja del fenómeno que nos ocupa, entendiendo que la explicación de la totalidad siempre estará inacabada, atendiendo las distintas experiencias subjetivas que lo configuran a través de una modalidad terapéutica coparticipativa y desde una perspectiva sensible al género.

Los terapeutas familiares participantes en la aplicación del modelo de TFM fueron previamente capacitados. A todos ellos se les proporcionó el material necesario, así como los formatos donde consignaban la información requerida para su evaluación.

Todas las sesiones de terapia familiar y de los grupos psicoeducativos fueron videograbadas, previo consentimiento de las familias.

Durante la aplicación del modelo se estuvo monitoreando el trabajo terapéutico, el proceso psicoeducativo y la ampliación de las redes de apoyo social. En este tiempo se tuvo oportunidad de reunir a todos los terapeutas participantes, a fin de supervisar su trabajo y abrir un espacio de intercambio de experiencias.

Al final de la aplicación y una vez que las familias participantes concluyeron su tratamiento, se realizó una reunión de trabajo con todos los terapeutas en la cual, cada uno de ellos presentó la forma como instrumentó el modelo en sus respectivos casos, los avatares y vicisitudes del proceso de aplicación, las virtudes y dificultades encontradas en el modelo, y los resultados logrados en los casos atendidos. Todos ellos coincidieron en que el modelo resultó muy eficiente para abordar los problemas que presentaban estas familias, sobre todo si consideramos que varias de ellas ya habían asistido a otras instituciones sin lograr resultados favorables. Después de esta reunión se convino en realizar una sesión de seguimiento, en razón de que habían pasado entre 10 y 12 meses de que las familias concluyeron su tratamiento.

En la primera parte de este capítulo se describirá la conformación del Equipo Terapéutico y la importancia de que se constituya por profesionales de ambos sexos; enseguida se explicará una propuesta para trabajar la Terapia Familiar; después expondrá el trabajo que suponen los Grupos Psicoeducativos, y más adelante se discute la importancia de ampliar y construir Redes Sociales de Apoyo, todo ello enmarcado siempre en la perspectiva de género.

Finalmente, se abunda en un punto conocido en la práctica clínica como la importancia de la supervisión del proceso terapéutico; sobre todo al reconocer la enorme demanda personal que exige trabajar con problemas de salud mental tan complejos, y tomando en cuenta que los terapeutas participantes trabajaron con una estrategia de atención relativamente nueva para ellos.

#### **4.5.1 El equipo terapéutico en el Modelo de Terapia Familiar Multidimensional**

El modelo multidimensional propone que el abordaje terapéutico lo lleve a cabo un equipo integrado, al menos, por una pareja formada por un hombre y una mujer, quienes alternarán los roles durante el proceso: mientras uno de los miembros trabaja directamente con la familia, el otro participa como apoyo terapéutico atrás del espejo

unidireccional.

En el proceso terapéutico se ha detectado que el género no es un elemento neutral en la interacción que se establece entre el terapeuta y los consultantes. Esto puede observarse principalmente en las reacciones diferenciadas de los integrantes del sistema, cuando son atendidos por un terapeuta o una terapeuta; de igual manera, los terapeutas ponen en juego tanto vivencias como creencias de género al interactuar con la familia; es decir, consultantes y terapeutas reproducen en dicho proceso, sus valores y convicciones.

Si bien es cierto que hoy sabemos que los prototipos masculino y femenino son construcciones culturales, también lo es que con mucha frecuencia los terapeutas reproducen su propio sistema de género en la terapia sin tener conciencia de ello.

Las terapeutas mujeres se centran más que los hombres en la expresión de sentimientos, la involucración emocional en la vida de las personas, la importancia de discutir los desacuerdos, etcétera. Por su parte, los terapeutas, en general, se enfocan en la solución de problemas, la importancia de la autonomía e independencia, y privilegian la razón sobre las emociones. Hombres y mujeres reproducen las creencias respecto al género de manera invisible y se permean todas las relaciones con expectativas de lo comúnmente esperado que sea y haga un hombre y una mujer. La visión de terapeutas de diferente sexo, entonces, puede ser complementaria para ampliar el entendimiento de la familia y diversificar sus intervenciones. La idea de incluir a un hombre y una mujer dentro del equipo terapéutico, responde precisamente a la conveniencia de utilizar ambas visiones en la interacción con la familia.

Los posicionamientos de las personas, respecto al género, imposibles de evitar en cualquier relación, tampoco son ajenos a la interacción terapéutica y pueden servir como elementos de análisis, deconstrucción y coconstrucción. Con esta modalidad terapéutica, se plantea el trabajar con una visión sensible al sistema de género de la familia, utilizando el material que la interacción familia-terapeuta va proporcionando recurrentemente.

El hecho de que la visión de género interviene en la forma de entender el mundo, posicionarse en él, y organizar las relaciones, es el punto nodal que se quiere atender a través de este dispositivo específico. Se considera que al contar con un hombre y una mujer en el equipo, la tarea se facilita, pues los posicionamientos de género naturalmente se revelan en el proceso terapéutico, y lejos de ser un obstáculo, pueden utilizarse como herramientas de trabajo.

El equipo terapéutico alterna las posiciones dentro de la sesión y atrás del espejo unidireccional. Mientras uno trabaja directamente con la familia, el otro observa la relación de su coterapeuta con la familia, atrás del espejo unidireccional, que lo coloca en un nivel metaanalítico. Dichas posiciones se alternarán en cada sesión; de tal modo que, aunque ambos estén involucrados en el proceso, su propia ubicación les propicia perspectivas diversas, mismas que al compartirlas y metacomunicarlas entre sí, les permitan complejizar la comprensión de la familia y de su trabajo con ella.

El terapeuta que participa atrás del espejo falso tiene un compromiso emocional distinto que el que se encuentra directamente involucrado en la interacción, que le ayuda a registrar los intercambios verbales y no verbales de la familia, que pueden pasar inadvertidos por su compañero, más enfocado a escuchar y entender los discursos familiares. Por otro lado, la vivencia directa del terapeuta que se encuentra inmerso en la conversación, otorga información diferente al que está del otro lado del espejo al introducirse en las relaciones con los diferentes integrantes de la familia.

La información que recopila cada uno de los terapeutas del equipo, es complementaria e igualmente importante: uno haciendo foco en el nivel de experiencial y el otro, inmerso principalmente en un nivel metacomprensión. Las conversaciones que sostengan posteriormente, sobre su participación en los diferentes niveles, serán muy enriquecedoras no sólo para ellos, sino para el proceso terapéutico de la familia. En un momento dado pueden decidir el incluir las reflexiones entre ellos en las conversaciones con la familia. Pero aun cuando decidieran no introducir dichas discusiones en las sesiones terapéuticas, el hecho mismo de que las metacomuniquen entre ellos, amplía

su comprensión y la familia se beneficia de esta perspectiva binocular.

#### **4.5.2 La autoobservación como abordaje terapéutico**

De acuerdo con la cibernética de segundo orden, la realidad que percibimos fuera de nosotros no es otra cosa que la versión que tenemos de ella. En este sentido, es una realidad personal, de la cual debemos responsabilizarnos.

Según Maturana *toda percepción es una ilusión* (1982), pues todo lo percibido por una persona está necesariamente condicionado, entre otros factores, por su cultura, historia, limitaciones y recursos. Además, si no se tiene conciencia de estas restricciones, se impone una más grave, la de la omnipotencia intelectual que hace creer al observador que lo que define y estudia “existe” como única verdad.

Este planteamiento transforma totalmente la forma de articular el trabajo entre consultante y terapeuta, pues supone, como habíamos mencionado, una renuncia a la búsqueda de la verdad como una entidad inalcanzable y a fin de cuentas, inexistente.

En la terapia la relación terapéutica se transforma en un juego dialéctico de participantes que se complementan y se influyen mutuamente en un movimiento recursivo, donde *el observador es parte de lo que observa, y toda descripción acerca de observaciones y modelos es necesariamente una descripción acerca de quien genera esta descripción* (Foerster, 1991).

Desde la perspectiva socioconstructivista, no sólo la familia, sino los terapeutas son susceptibles de cambio. La inclusión del terapeuta en el sistema que observa, no sólo modifica las relaciones y conversaciones de la familia, sino que le permite acceder a un metanivel de observación que enriquece y complejiza la visión y el trabajo terapéutico. A este proceso se le llama visión autorreferencial.

Mediante la visión autorreferencial es posible relacionar la experiencia inmediata que se

tiene cuando el terapeuta interacciona con la familia, y las reflexiones organizadas en un metanivel, lo cual proporciona otra visión más compleja.

La irrenunciable inclusión del terapeuta en el sistema terapéutico, se traduce ante todo como una actitud o posición ética, más que como una forma estratégica de intervenir. La forma de la inclusión es diversa y se articula con los factores que estructuran al terapeuta, tales como el marco teórico al que se apega, su propia historia y estilo de relación, la construcción institucional que lo enmarca, su posición respecto al género, etcétera. Es decir, se pone en juego lo que Pichón Riviere (1966) llamo el esquema conceptual, referencial y operativo (ECRO).

La propuesta de este modelo respecto a la postura del terapeuta, consiste precisamente en que éste considere su trabajo desde un metanivel de autoevaluación y autorreferencia, mediante el cual la conciencia de su intervención es tomada en cuenta como variable crucial en la terapia.

El hecho de trascender la experiencia inmediata para verse a sí mismo desde la distancia que ofrece el metanivel, transforma tanto la percepción que se tiene de sí mismo como de la familia. Todo esto trae consigo un reencuadre de la escena que amplía tanto los referentes racionales, como los emocionales. La flexibilidad se incrementa, al mismo tiempo que se cuestionan los presupuestos únicos o “verdaderos”. Si las reflexiones resultantes de la autoobservación se transparentan con la familia, se convierten, a su vez, en elementos de metacomunicación que permiten la deconstrucción de supuestos, creencias y emociones, en todos los miembros del sistema terapéutico, abriendo posibilidades y flexibilizando las concepciones.

Existen varios aspectos del proceso terapéutico en los que puede influir favorablemente la utilización de la autorreferencia como método de intervención, nosotros queremos hablar de tres que nos han parecido importantes:

### 4.5.3 Marco teórico, historia y sistema de creencias

La actitud reflexiva sobre sí mismo, promueve naturalmente el crecimiento del terapeuta como persona y como profesional, pues lo obliga a cuestionarse sobre su posicionamiento en la vida, contrariamente a dar por hecho los constructos que lo determinan. El incluir la visión autorreferencial, modifica la percepción que se tiene de sí mismo y promueve el cambio. El ejercicio de reflexión sobre sí mismo, realizado por el terapeuta, valida y modela este mismo proceso en la familia; por el contrario, cuando el terapeuta intenta suscitar una actitud reflexiva en los demás, sin actuar sobre sus propias ansiedades, concepciones, y en general, sobre sus significados, la familia percibe dicha intervención como un movimiento estratégico (poco auténtico).

Es necesaria la autorreflexión del terapeuta acerca del marco conceptual en el que sustenta su trabajo, que reconozca cuáles elementos de su propia historia intervienen en sus relaciones, qué papel jugó en su propia familia, sus creencias de género y su posición respecto al género, la violencia y las adicciones. El estar atento a cuáles alianzas establece, a quién de la familia apoya, con quién no está de acuerdo y en qué momentos debe favorecer los discursos de quién y darle menos peso a otros. Al mismo tiempo reconocer qué esperaría de cada integrante de la familia, qué le provoca cada uno y qué posición toma, por ejemplo ante el sometimiento de una mujer, o ante la persona que tiene mayor poder en la familia.

Mac Kune-Karrer y Weigel (2004) señalan la importancia de que los terapeutas en formación desarrollen una mayor sensibilidad acerca de los aspectos contextuales y específicamente los de género.

Los autores plantean que los terapeutas pueden tomar cuatro posiciones respecto a la perspectiva de género: 1) La tradicional, que comparte los postulados del sistema patriarcal donde existe la creencia de la supremacía masculina; 2) la enterada del género, en la que el terapeuta se cuestiona sobre las relaciones de poder entre géneros y la desigualdad que trae consigo, estas reflexiones le acarrearán confusión acerca de su

forma de pensar y actuar respecto al género, 3) la polarizada, se caracteriza por el firme convencimiento de que los pensamientos y formas de actuar tradicionales respecto al género son inaceptables, el terapeuta que se encuentra en esta posición increpa abiertamente a los consultantes y a veces trata de imponer su concepción del mundo, y 4) la de equilibrio en la que el terapeuta cree que la igualdad de los seres humanos proporciona el contexto favorable para su desarrollo; considera en su comprensión las constricciones de género asignadas a hombres y mujeres e incluye estos elementos en sus intervenciones; además, parte de la identificación de la posición de género de cada miembro de la familia para dirigirlos hacia una posición de equilibrio.

La primera posición niega las inequidades que viven los géneros y especialmente la mujer, sin embargo la polarizada lleva a terapeuta a negar el derecho inalienable de los consultantes a definir sus relaciones personales.

Nuestra estrategia propone que es imprescindible que el terapeuta considere en su análisis, planeación e intervención, las construcciones de género tanto de la familia como las del propio terapeuta y que desarrolle una posición equilibrada.

Cuando el terapeuta no toma conciencia de sus concepciones de género es más fácil que las imponga a los consultantes, reproduciendo la constricción que intenta evitar. Es importante que el terapeuta considere que es la familia quien debe determinar los cambios que requiere hacer respecto a las construcciones de género, así como el ritmo y el momento de hacerlos; en caso contrario, cuando estas modificaciones parten de la historia y marco teórico del terapeuta, se vuelven un elemento intrusivo en lugar de ser terapéutico, y esto puede traer conflictos adicionales a la familia.

Lo que el terapeuta está llamado a hacer es crear junto con la familia un espacio de reflexión sobre cómo influyen las construcciones culturales y familiares en los hombres y mujeres de la familia, qué demandan unos de otros y cómo organizan sus relaciones en torno a sus creencias.

En la aplicación de este modelo hubo espacios de reflexión donde los terapeutas que participaron comentaron acerca de sus creencias de género y sus sentimientos respecto a situaciones particulares de la terapia, por ejemplo algunos mencionaron *Sentí las diferencias existentes entre hombres y mujeres de la familia, lo que no me parece justo, ya que no va con mi manera de formación familiar... A mí me ocurre que empatizo más fácilmente con los hombres que con las mujeres y esto se debe a mi historia personal de mayor cercanía con mi padre.* Estos aspectos del terapeuta forman parte de la terapia, en tanto lo llevan a una visión particular y las posibilidades de mayor cercanía con algunos integrantes de la familia que con otros.

Estas reflexiones entre el equipo terapéutico, les permiten redefinir las estrategias que se utilizarán en su intervención; por ejemplo, en una de las sesiones un terapeuta le mencionó a su compañera de equipo *sentí que excluía a la esposa del paciente identificado*, y después de una reflexión conjunta en otra sesión la coterapeuta dijo: *En esta sesión mi coterapeuta pudo establecer una alianza terapéutica con la esposa del paciente identificado ubicándola como la voz más fuerte en su discurso...* El equipo pudo percatarse de la exclusión que la familia de origen del paciente identificado mantenía con su esposa y el isomorfismo de esta relación en el sistema terapéutico, y deciden trabajar dándole fuerza y voz a la esposa del paciente para establecer un espacio conyugal más sólido.

En ocasiones las observaciones entre coterapeutas pueden no coincidir o ser totalmente opuestas, lo que da la posibilidad de reflexionar desde qué lugar cada uno concluyen sus hipótesis y con ello ampliar las perspectivas mutuas. Incluso hay equipos que se atreven a compartir experiencias personales que se relacionan con visiones que tienen con la familia. Los terapeutas participantes en la aplicación de este modelo en varias sesiones discutieron sus discrepancias con respeto y con escucha a la visión del otro.

Si bien el crecimiento del terapeuta no es el objetivo primordial del proceso terapéutico, el enriquecimiento del consultante no es factible si el terapeuta no escucha, no ve, no siente la rica experiencia que le otorga las interacciones que tiene durante el proceso.

Cuando el terapeuta se deconstruye a sí mismo, se presenta como un modelador natural de la familia, y ambos se inscriben en un mismo proceso que propicia el crecimiento mutuo. Es decir, la familia puede entender la utilidad que refiere el cuestionarse continuamente sobre los propios supuestos al ver que éste es un ejercicio constante que hace el terapeuta respecto a sí mismo y a su entorno.

#### **4.5.4 Distancia terapéutica**

Se ha estudiado mucho acerca de la distancia terapéutica óptima. Minuchin (1981), por ejemplo, habla de la instrumentación del terapeuta, a través de la cual maneja su proximidad con la familia para coparticipar con ella. De acuerdo con Minuchin, la coparticipación puede ser cercana, intermedia o distante, y permite al terapeuta conectarse, entender y evaluar a la familia, así como planear las estrategias terapéuticas, dependiendo de la cercanía clínica requerida en cada momento del proceso. Andolfi (1985), en sus primeros trabajos, planteó la necesidad de “entrar” y “salir” del sistema, más o menos con la misma intención: entender el mundo de cada uno de los miembros de la familia, para luego dar un paso atrás, manteniéndose como director escénico del drama familiar.

Una proximidad muy cercana o demasiado lejana, rígidamente establecida, puede generar inmovilidad en el proceso, aunque en determinados momentos ambas resulten recomendables. Lo que se desea destacar es que resulta imprescindible que el terapeuta mantenga una reflexión sobre cuándo y cómo está más lejano y más cercano, y qué le lleva a esa distancia con cada miembro de la familia.

En ocasiones, por ejemplo, la familia o alguno de sus miembros requieren de una validación mayor para romper la sensación de no ser escuchado. En ese tipo de situaciones conviene estrechar los lazos con el fin de consolidar el interés por el tratamiento del miembro más periférico. Sin embargo, cuando el consultante se siente amenazado por una familia que le impide el crecimiento a través de la sobreprotección, la ayuda del terapeuta será más efectiva si no reproduce este tipo de cercanía, que el

consultante la perciba también como una intromisión; quizá en este caso resulte mejor, el impulso para que el consultante genere espacios propios y que la proximidad sea moderada. La distancia que establece el terapeuta con los distintos consultantes, no sólo información de cada integrante del sistema, sino que se utiliza como recurso terapéutico.

Al respecto uno de los terapeutas que participó en la aplicación del modelo comentó *Me vi en la necesidad de crear una alianza con la hija mayor debido a la desconfirmación de que era objeto en la familia*. En otro caso, la coterapeuta comenta sus observaciones acerca del compañero de equipo: *Existió una actitud de solidaridad con la esposa del paciente identificado brindando confirmación a su sentir, debido a que la ha percibido como poco valorada por la familia de éste*.

#### **4.5.5 Incremento de la flexibilidad**

Cuando el equipo terapéutico identifica sus sentimientos, pensamientos, y construcciones respecto a la familia y luego los metacomunica con su compañero, la comprensión se complejiza. Juntos entienden las razones por las cuales adoptaron actitudes específicas respecto a algún miembro de la familia; naturalmente amplían su rango de entendimiento y de actuación. Por lo tanto, las respuestas que el terapeuta obtenga de su participación, le otorgan información útil para contextualizar y flexibilizar sus supuestos y modificar estrategias de intervención de acuerdo con los requerimientos de la misma familia.

#### **4.6 EJERCICIO DE AUTOOBSERVACIÓN DEL TERAPEUTA**

Para que el ET identifique constantemente su posición frente a los consultantes y recupere esta información como una herramienta de trabajo, se sugiere que se metacomunique, sesión tras sesión, sobre los siguientes puntos:

#### **4.6.1 La posición del terapeuta respecto al sistema terapéutico**

Detectar la posición emocional de los integrantes del ET en relación con la familia brinda información muy importante sobre el proceso en general, y de cada uno de los miembros del sistema terapéutico.

Los cuestionamientos acerca de sus posiciones pueden realizarse a nivel global o individual con los miembros de la familia, por ejemplo: *¿Con qué persona le resulta difícil ser empático?; ¿con quién se siente identificado, cercano, lejano, etcétera?; ¿el discurso de qué integrante le resulta atractivo, aburrido, molesto, etcétera?; ¿con quién se siente cómodo?; ¿a quién desea proteger, ayudar, impulsar, abandonar?; ¿en qué posición jerárquica lo coloca la familia?; ¿qué tipo de creencias o teorías lo colocan en cierta posición?, etcétera.*

Se podrá realizar este ejercicio sin importar si se ha trabajado directamente con la familia o detrás del espejo.

#### **4.6.2 Reflexiones surgidas a partir de la identificación de su posición**

El diálogo interno permanente propicia reflexionar acerca de las razones que lo mantienen en cierta posición respecto a la familia, con el fin de compartirlas con su compañero(a), ya que el intercambio de las versiones dará como resultado una explicación más amplia y contextualizada sobre su posicionamiento. Al respecto, Marcelo Pakman (2002) enfatiza la importancia del *giro reflexivo* que permite a los profesionales de la salud, enfocar y entender lo que él llama su *conocimiento en acción*, es decir lo que saben y conocen que hacen. Este “conocimiento en acción” que surge con fluidez y espontaneidad en el terapeuta, está constituido por los modelos teóricos con los que se formó académicamente, pero también por otras fuentes de conocimiento como las condiciones étnicas, históricas, de género y familiares con las que creció. El *giro reflexivo* permite, en parte, hacer consciente estas partes de sí mismo.

La autorreflexión y la metacomunicación con el coterapeuta ofrecen la oportunidad de

abandonar supuestos únicos.

Estas reflexiones están dirigidas a entender el conocer del terapeuta: ¿Qué de mi historia me lleva a aliarme con el paciente identificado?; ¿en qué concepto teórico me estoy apoyando para explicarme este hecho?; ¿qué creencias de la familia y mías me impulsan a darle voz a las mujeres?, etcétera.

El tener un diálogo interno y luego compartirlo con su compañero de equipo posibilita la aparición de acercamientos distintos a los percibidos en primera instancia.

#### **4.6.3 Posibilidad de articular las reflexiones con el trabajo terapéutico**

En tanto que lo que reúne a la familia y a los profesionales es una labor terapéutica, lo esencial es usar todas las reflexiones posibles para facilitar la comprensión cabal del problema, y cuando se considere pertinente, asumirlas como una intervención específica. Los terapeutas decidirán cómo pueden incluir sus reflexiones en el espacio terapéutico. Una alternativa es modificar la distancia terapéutica con alguno de los integrantes de la familia con quien se había mostrado excesivamente cercano o distante. Otra opción es modificar el plan de trabajo, en tanto las consideraciones sobre la posición del terapeuta, pudieron generar nuevas hipótesis no vislumbradas hasta ese momento. La tercera posibilidad es atender las creencias y visiones de algunos miembros de la familia que no se habían escuchado.

El identificar la posición del terapeuta en el sistema terapéutico, e introducir esta información en el proceso terapéutico, puede abrir caminos que se encontraban invisibles hasta ese momento para el sistema.

#### **4.6.4 Reflexión y supervisión con el equipo terapéutico**

En este modelo terapéutico debemos subrayar la importancia de preservar un espacio indispensable y privilegiado, que se refiere al acompañamiento reflexivo y supervisión de

los terapeutas.

No podemos obviar que los terapeutas estamos implicados en la trama social, somos también sujetos socio-históricos, sujetos en y del conjunto social. Esa implicación es el conjunto de relaciones (conscientes o no) y representaciones que existen entre nosotros, el orden institucional (social y científico) y la base racional de las técnicas de intervención.

Como terapeutas y actores sociales es difícil ser ajenos a la situación de violencia familiar. No es posible ser sólo espectador de esa escena: la escena de la deshumanización de otro, de la devastación personal. Son vivencias de incertidumbre desamparo, desesperanza y odio que requieren de un terapeuta implicado que contenga, relacione y signifique lo vivido.

Los terapeutas como operadores sociales en las situaciones de violencia familiar también estamos incluidos en el conjunto. Los terapeutas necesitamos de un lugar –un grupo de pertenencia profesional– donde podamos elaborar, tramitar y relacionar cómo estas vivencias repercuten dentro de nosotros y de nuestros vínculos.

Para ello se abrieron espacios de supervisión entre los equipos terapéuticos y el equipo de investigación dentro de las reuniones de monitoreo que se realizaron en la ciudad de México, en estos espacios se buscó tramitar los sentimientos de malestar, congoja y perplejidad que sacudían a los terapeutas y que amenazaban con dificultar su capacidad de plantear el tratamiento de manera objetiva.

Así pues, en las sesiones de reflexión y supervisión se trabajó no sólo sobre los aspectos teóricos y técnicos del modelo, sino también sobre el impacto emocional que produce trabajar con situaciones tan difíciles a fin de que los terapeutas no reprodujeran dentro de sí mismos los efectos de la violencia.

En estos espacios se pretendió investigar y resolver el impacto que en la tarea producen los procesos generados y no siempre conscientes, a partir del trabajo con personas violentas y violentadas. Quien ha trabajado con este problema sabe que se adentra a un

mundo de sufrimiento y destrucción.

Estos espacios cobraron doble importancia. Si reconocemos que la violencia atenta contra el andamiaje intrapsíquico, intersubjetivo y contextual, sus efectos alcanzan también a las instituciones, y sería difícil suponer que nuestro campo profesional pudiera estar exento de ello. Así, tenemos que reconocer que los terapeutas también formamos parte de esa cultura del miedo, tan frecuente en las familias que atendemos, y cuanto más se niega la violencia más se dogmatiza el miedo y se puede fragmentar y disociar más nuestro campo profesional. Si no podemos reconocer esto, corremos el riesgo de caer en la ilusión de la “neutralidad ideológica” de nuestras intervenciones.

No es excepcional que los terapeutas, por efecto de estas experiencias no elaboradas, dejemos de lado la dimensión transubjetiva y nos refugiamos en teorías que nos llevan a intelectualizar la violencia y el miedo. Así, podemos defensivamente pensar que los afectados son los otros, no nosotros, no nuestro cuerpo teórico.

Estos espacios de formación profesional, monitoreo, supervisión y contención, ayudaron a mantener el andamiaje psíquico del equipo terapéutico, prioridad indispensable para poder abordar temáticas tan nocivas y difíciles de sostener, ayudando y protegiendo a fin de evitar la misma problemática que se aborda en la clínica.

#### **4.7 INTERVENCIÓN. TERAPIA FAMILIAR CON EL USO DE MODELOS SISTÉMICOS ESTRATÉGICO Y ESTRUCTURAL Y MODELOS DE CONSTRUCCIONISMO SOCIAL, PRINCIPALMENTE LA NARRATIVA**

##### **4.7.1 Visión incluyente de la terapia familiar: la complejidad y la coexistencia de diversos enfoques terapéuticos**

En la terapia familiar, como se explicó anteriormente, se han desarrollado distintas escuelas, unas basadas en la visión sistémicaestructural (terapia de primer orden) y otras basadas en la visión socioconstruccionista (terapia de segundo orden).

La familia, como unidad de análisis, puede tener varios rasgos característicos, dos de

ellos son:

1) En la familia siempre se presentan relaciones, nunca aparece de forma aislada ninguno de sus elementos, sino mostrando sus vínculos con los demás. Por ello, cuando nos referimos a la terapia de primer orden siempre aludimos a la intervención que remite a las relaciones entre los integrantes y entre los subsistemas. Desde esta postura, se pone el énfasis en cómo estas pautas de relación organizan y estructuran la vida de una familia. Se trata de relaciones que estructuran a los sujetos. Para nuestros fines, nos interesa analizar cómo se establecen estas relaciones dentro del ámbito de la familia y las huellas que dejan en la construcción de la subjetividad femenina y masculina, y por supuesto la forma como se pueden reestructurar estas relaciones durante el proceso terapéutico.

2) La familia siempre es una construcción histórico-social, es decir, se va configurando a lo largo del tiempo de distintas maneras. En este proceso de construcción, el discurso histórico ha implicado relaciones de dominación y subordinación tanto en la familia como en cada una de las personas que la conforman, debido a que los discursos sociales totalizantes invariablemente signan la construcción de esa historia familiar o personal. Se trata, de cómo el discurso histórico construye a los sujetos, tal es el objetivo de la terapia de segundo orden. Desde esta perspectiva estamos interesados en analizar cómo estos discursos totalizantes (dominantes) construyen la subjetividad y la inscripción genérica de los sujetos.

Ambas características se entrecruzan con otras tantas particularidades como la raza, la religión, la clase social, etcétera, y van entretejiendo la constitución familiar. La familia jamás podrá estudiarse como forma pura, sino entrecruzada con todos estos aspectos determinantes de la subjetividad humana.

Siendo congruentes con este planteamiento, debemos considerar las posibilidades que ofrecen las estrategias de las terapias de primer orden y las posturas de las de segundo orden, atendiendo la validez de cada una, pero ante todo, escuchando las necesidades

y características de la familia, así como su comprensión de la realidad familiar y el propio estilo del terapeuta, lo cual coincide con el cambio teórico y filosófico de la posmodernidad.

Así, partimos de una visión incluyente que acepta la utilidad de distintas perspectivas teóricas en el proceso terapéutico, ya que, como lo muestran algunos estudios citados, la flexibilidad de los terapeutas para buscar constantemente un nuevo pensamiento terapéutico en cada momento del proceso, favorece la eficacia del tratamiento.

Consideramos como natural que existan momentos durante el proceso terapéutico cuyo trabajo estará permeado más por un marco teórico específico, porque la situación familiar así lo exija; sin embargo el proceso es dinámico y va cambiando conforme encuentra nuevas posibilidades. En consecuencia, el equipo terapéutico tendrá que flexibilizar su práctica terapéutica.

La propuesta de este modelo multidimensional es trabajar al mismo tiempo dos planos: uno relacional, utilizando técnicas de diversos modelos sistémicos como el estructural y el estratégico; y otro que se refiere al discurso, utilizando estrategias conversacionales y de la terapia narrativa. Pensamos que la relación se establece con las construcciones que elaboran los sujetos mediante el lenguaje y que los discursos cobran sentido a través de los vínculos; por lo tanto, al incidir en una relación se modifica el discurso y al co-construir nuevas narraciones, se modifican también las relaciones.

Se expondrán brevemente algunos de los postulados teóricos y técnicos de las distintas escuelas que resultaron significativos para la propuesta de atención al consumo de drogas y violencia familiar.

#### **4.7.2 Encuadre terapéutico, diagnóstico y el uso de diversas modalidades en la terapia**

El objetivo primordial de los servicios clínicos de CIJ es disminuir o suprimir el consumo de drogas en los consultantes. Por lo tanto, la función del terapeuta siempre estará encaminada a lograr este objetivo. El modelo de TFM sostiene que el acto de drogarse se inicia y se sostiene a través de las articulaciones de factores psicológicos, familiares y sociales que se construyen y reproducen en el interjuego de relaciones y discursos intrafamiliares. El cambio, entonces, puede lograrse mediante intervenciones directivas encaminadas a reestructurar la organización familiar, a la vez que de intervenciones dirigidas a resignificar los discursos de los consultantes, donde el terapeuta coconstruye junto con la familia una realidad diferente. Es decir, este modelo demanda que los terapeutas integren diferentes perspectivas terapéuticas en la práctica clínica.

En el inicio de trabajo con las familias el ET se enfoca al establecimiento de un contrato terapéutico y explicitación del encuadre –entendiendo éste como la estructura terapéutica que genera el contexto necesario para la eficacia terapéutica–. El encuadre se expresa a través de reglas respecto al tiempo, duración y frecuencia de las sesiones, así como el rol de los integrantes del futuro sistema terapéutico. Los acuerdos que se plantean en él, incluyen también las normas institucionales a las que todos deben ceñirse. En CIJ, una de las reglas planteadas en el encuadre terapéutico es que el tratamiento se interrumpirá si los usuarios asisten a terapia drogados o venden droga en la institución. Esta regla, que parece rígida y coloca temporalmente al terapeuta como agente de control social, está planteada atendiendo al objetivo principal de la institución y de la propia demanda de los consultantes, que es el abandono del uso de drogas. Los usuarios de los servicios terapéuticos de CIJ provienen de contextos familiares donde existe poca claridad de las reglas y límites en que deben actuar los hijos, así que el establecimiento de normas y su estricto cumplimiento permite al sistema terapéutico la generación de estructura acorde al objetivo que el nuevo sistema terapéutico persigue y enseña a la familia la importancia del establecimiento de reglas. Por el contrario, la flexibilidad en este aspecto reproduce el ambiente familiar caótico y genera dificultades

para encarar un problema de la envergadura de las adicciones y la violencia.

Desde la perspectiva del modelo de TFM el terapeuta, en primer término, elabora un diagnóstico de la familia, tomando en cuenta el estadio del desarrollo en que se encuentra la familia (ciclo vital familiar); los patrones relacionales que prevalecen en la familia; pautas de comunicaciones, verbales y no verbales de sus miembros; el discurso de la demanda de atención; sus creencias de género; si existe violencia intrafamiliar y cuál es el patrón de consumo de drogas. Con estos elementos los coterapeutas establecen hipótesis que articulen las relaciones que existen entre el consumo de drogas, la violencia, el sistema de género y la organización familiar. Indaga con la familia cuáles son las circunstancias que desean cambiar en sus vidas.

Con esta información establece un contrato terapéutico con la familia que incluye las metas que se persiguen con el tratamiento, así como el encuadre que les permitirá trabajar juntos sobre bases definidas.

Algunas escuelas de primer orden enfocan su trabajo en el cambio de la estructura familiar, realizando intervenciones para incidir en las alianzas, las fronteras, límites, etcétera; otros, dirigen su atención al análisis de las pautas de transacción repetidas a través de las generaciones; unos más emplean estrategias paradójicas, que aparentemente promueven la misma dinámica familiar que da sentido al síntoma, con la intención real de provocar un fortalecimiento del sistema en la dirección que ellos consideran más funcional para la familia. Así, a pesar de que las formas adoptadas sean diversas, el terapeuta tiene como objetivo principal propiciar el cambio en la familia, a fin de que abandone las relaciones disfuncionales que, desde la perspectiva sistémica, sostienen los síntomas que aquejan a la familia.

Al mismo tiempo en este modelo, el terapeuta hará uso de herramientas de la terapia de segundo orden. Diversos terapeutas de la escuela narrativa y colaborativa, como Andersen, Anderson, Goolishian, Hoffman, White y Epston hablan más de postura del terapeuta que de función. Se hace hincapié en la importancia de generar una

organización horizontal en el proceso terapéutico, en la cual familia y terapeuta aporten sus visiones conjuntamente; renuncien a la búsqueda de la verdad única que explique la “realidad” y en su lugar, postulan que ésta se construye socialmente a través del lenguaje; consideran que el proceso terapéutico avanza al conjuntar el conocimiento de sí mismo, por parte de la familia y la especialización del terapeuta.

En consecuencia, el profesional debe ser un experto en abrir espacios para el cuestionamiento de las creencias, concepciones, pensamientos y explicaciones de los consultantes, sin menospreciar el conocimiento profundo que la familia tiene sobre su propia vida; respetando, en este sentido, su sabiduría. Estos espacios generan, algunas veces, por sí mismos, el surgimiento de nuevas visiones o significados sobre las creencias prejuiciadas de los adictos. En otros casos es necesario el uso de técnicas de deconstrucción, externalización y búsqueda de eventos excepcionales, para que terapeutas y familias coconstruyan una nueva realidad. Durante la conversación entre la familia y el terapeuta, surgen distintos significados de la realidad, lo cual propicia que se construyan otras narraciones, y por lo tanto, posibilidades de vida.

El uso de terapia de primer y segundo orden, permite por un lado enfocarnos en los patrones de relación al mismo tiempo que atender discursos de los integrantes de la familia que cobran y dan significado en y a esas relaciones. El cambio se logra a través de propiciar el surgimiento de otras visiones y versiones que posibiliten la transformación de los significados y de las relaciones que han mantenido los síntomas. A través de técnicas de diferentes modelos es posible incidir en las relaciones y en la reconstrucción de los discursos que sustentan los sistemas de relación que propician comportamientos problemáticos que aquejan a la familia y a las personas.

En especial deconstruyendo los significados de género que organizan la familia y coconstruyendo nuevos, los consultantes tienen mayores posibilidades de generar, cambios que posibiliten otras realidades y formas de organización distintas que les resulten más satisfactorias.

La postura para este modelo respecto a posibilidades teóricas que se esbozan como excluyentes, es que, atendiendo al planteamiento de la totalidad, no es posible incidir en un nivel, sin que se generen cambios en los otros. De este modo, si se reestructura la organización familiar, cambiará la narrativa de sus miembros; y por lo tanto, al deconstruir los significados que sustentan una forma de posicionarse en el mundo, se alterarán las conductas y los patrones de interacción congruentes con estos discursos.

El modelo de TFM sostiene que es imposible incidir en la relación sin cambiar los discursos y viceversa, ya que un aspecto retroactúa en el otro.

En este modelo se retoman postulados y técnicas de diferentes autores de terapia familiar. De Minuchin tomamos técnicas del modelo estructural que propone el cambio en alianzas, coaliciones, límites intergeneracionales, jerarquías, etcétera. El concepto de pseudoindividuación de Stanton y Todd, terapeutas, también de corte estructural con amplio trabajo con familias de usuarios de drogas, nos permitió ver la importancia de trabajar elementos de las familias de origen de los padres. Empleamos el uso de metáforas al estilo de Andolfi, así como paradojas y técnicas de cuestionamiento circular a la manera del grupo de Milán, quienes nos hicieron ver la importancia del equipo terapéutico. De Jackson elementos de la comunicación y de técnicas interaccionales-estratégicas. Murray Bowen nos otorgó la posibilidad de centrarnos en la repetición de pautas de relación transgeneracionales, al igual que Cirillo, quien trabajo estas repeticiones en familias de adictos. El trabajo de Peggy Papp y de Olga Silverstein nos mostró las diferencias de enfermar entre hombres y mujeres, como también las diferencias de actuar de terapeutas hombres y mujeres. El trabajo de Ravazzola con mujeres de adictos nos muestra la realidad que ellas viven. Fueron útiles también las aportaciones de tipologías de usuarios de drogas realizadas por Luigi Cancrini, para diferenciar el inicio de consumo en un contexto de trauma, transición o relaciones caóticas; como el concepto de nutrición relacional que otorga Linares y su experiencia en violencia intrafamiliar. De K. Gergen, White, y Anderson tomamos las técnicas de construccionismo social, narrativa y grupo reflexivo. La teoría de género nos aportó los fundamentos para nuestros trabajos precedentes que introdujeron la perspectiva de

género a la comprensión del uso de drogas diferenciado entre hombres y mujeres; y en particular para plantear hipótesis explicativas del aumento de consumo de drogas en la mujer durante los últimos 15 años, así como la articulación que guardan los problemas de consumo de drogas y la violencia intrafamiliar. Todo ello enmarcado dentro de la teoría de la complejidad.

Desde la perspectiva incluyente del modelo, el terapeuta trabaja simultáneamente en distintos niveles:

- a) Dialoga, consulta y se autoobserva a través de un equipo terapéutico con un profesional del sexo opuesto.
- b) Coconstructor de nuevas realidades con la familia, poniendo énfasis en la generación de nuevos significados que posibiliten diferentes y múltiples visiones, permitiendo que los objetivos terapéuticos surjan de la misma conversación, antes que imponerlos unilateralmente. Al mismo tiempo enfoca su trabajo a cambios pragmáticos que lleven a la familia a espacios de menor riesgo y mayor estabilidad; modificando patrones relacionales en la familia que sean útiles para evitar que el síntoma que los trae a consulta se perpetúe.
- c) Recurre elementos psicoeducativos, brindando conocimientos desde su especialidad y promoviendo un proceso reflexivo entre familiares de usuarios de drogas.
- d) Teje nuevas redes sociales de apoyo que generan una matriz social más sana para la familia.

El modelo que se presenta plantea básicamente que la utilización rígida de un enfoque, puede restringir las posibilidades del sistema terapéutico en su totalidad, al grado de afectar negativamente el tratamiento.

La premisa para trabajar este modelo es que no existe una verdad ni objetiva ni única –ni personal o familiar, ni tampoco teórica o técnica–. En la relación terapéutica, como en cualquier otra “realidad”, existen *múltiples versiones y dimensiones* que pueden convivir sin subordinar una a otra. Lo que es útil a una familia podría no funcionar con

otra, por lo que es necesario adaptar el modelo a la realidad familiar. Al tiempo, este modelo sostiene la importancia del contexto individual y familiar, y desde un paradigma holístico, sabe que el cambio en cualquiera de los múltiples elementos promoverá un movimiento en el sistema total.

La posición que toma el terapeuta respecto a su participación en el trabajo clínico, articula factores tanto de sí mismo, tales como la creatividad, la historia personal, sus rasgos de personalidad, el modelo teórico y técnico de referencia, como factores específicos y contextuales de la familia, tales como sus pautas de interacción, su sistema de creencias, su manera de transmitir el afecto, respuesta familiar al tratamiento, etcétera, sin obviar las características del problema.

Las adicciones y la violencia familiar responden a cuestiones complejas y sería muy simplista pensar que un solo planteamiento podría responder satisfactoriamente a las demandas que este problema conlleva. Por ello, resulta imprescindible para crear un abordaje holístico, que el ET tenga una visión compleja y amplia, capaz de moverse de manera flexible en el abanico de posibilidades que le dan estos referentes, atendiendo a las necesidades que la familia presenta.

El contexto institucional, posibilita, entre otras cosas: el acceso de sectores poblacionales de escasos recursos económicos al tratamiento; debido a que es una organización sin fines de lucro los servicios son accesibles, la atención es multidisciplinaria y los profesionales de la salud que conforman el ET son especialistas en adicciones. En el marco institucional se cumplen recomendaciones y normativas tanto nacionales como internacionales. Otro aspecto que limita el trabajo en el marco de una institución, es que al ser “controlado”, deben cumplirse horarios establecidos y normas de operación, lo que a veces podría implicar la “pérdida” de oportunidades de intervención con algunas personas que requieren una conversación específica fuera de los tiempos asignados, situación que al mismo tiempo representa una ventaja en la mayoría de los casos ya que como se ha visto, una de las características de las personas que desarrollan adicción a las drogas es la dificultad para autocontrolarse y respetar límites, de manera que la

estructura del tratamiento se constituye en una suerte de “entrenamiento” para la reinserción en sus actividades cotidianas.

Por lo demás, es conocido que no existen modelos puros ni ortodoxia en su aplicación. Cualquier modelo, por preciso que sea su planteamiento, es coconstruido por el marco institucional y el profesional que lo conocen y lo hacen suyo, interpretándolo de acuerdo con lo que su sesgo institucional y personal les permite conocer; lo adecuan a su estilo, a su forma de entender la teoría y la práctica clínica. Asimismo, el modelo influye al terapeuta, lo impacta y modifica su conocimiento previo. Ambos, modelo y terapeuta, se coconstruyen mutuamente, en un movimiento recursivo, donde ninguno es independiente del otro.

La responsabilidad del ET radica en tener claridad de la visión y la postura que elige, y explicarse la razón que lo lleva a tomar esa alternativa, sabiendo de antemano que dicha explicación no implica tampoco una verdad absoluta, sino una versión de la realidad que toma para sí mismo y para los demás; una forma de entenderse y posicionarse como terapeuta.

#### **4.7.3 La Terapia de Primer Orden: la perspectiva estructural-estratégica**

Cuando las familias asisten a consulta es habitual que todos ellos centren su demanda sobre el usuario de drogas. El usuario, cuando acude a terapia, trae consigo mismo todos estos reclamos familiares. Los modelos de la TF de primer orden nos proporcionan una visión que nos permite, en principio, analizar el contexto relacional del usuario de manera sistémica.

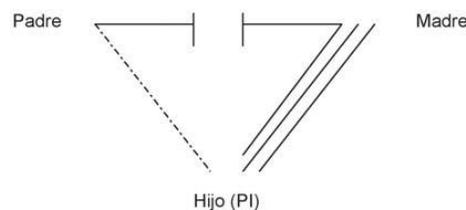
Entre las diversas escuelas de terapia de primer orden que incorporamos en nuestra propuesta, el enfoque estructural desarrollado por Minuchin (1979, 1981, 1998) ocupa un lugar importante.

Durante la fase diagnóstica, cada terapeuta debe realizar una evaluación de la estructura familiar basada en este enfoque, incluyendo la presencia de pautas de violencia, sin embargo no necesariamente se realiza una intervención totalmente comprometida con este modelo.

Los conceptos de la terapia estructural, que distinguimos para este modelo enfatizan que un sistema familiar se compone de subsistemas (conyugal, parental, fraternal, filial, por sexo, etcétera) entre los que existen *límites intersistémicos e intrasistémicos*, cuyo objetivo es proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él. Estos límites varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser *difusos, rígidos o claros*; los primeros caracterizan a las familias *aglutinadas*, y los segundos a las familias *desligadas*. Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior (*fronteras*). La conducta se regula a través de la *jerarquía familiar* identificable por las distintas reglas de conducta (marco normativo) aplicables a los distintos subsistemas familiares; esta jerarquía o poder familiar se mantiene a través de las alianzas. Finalmente el concepto de *tríada rígida* se refiere a las configuraciones relacionales paterno-filiales en las que el hijo se usa para evitar o desviar los conflictos conyugales y pueden ser de tres tipos, *triangulación, coalición estable y rodeo*.

Una de las ventajas más importantes del modelo estructural es que, de acuerdo con su propia nomenclatura, podemos representar gráficamente la dinámica familiar en un *mapa relacional*, facilitándonos ubicar la posición y función de cada uno de los integrantes de la familia dentro de las *pautas transaccionales* que caracterizan la estructura familiar, y de esta manera comprender el oficio del síntoma.

**Figura 7. Tríada rígida**

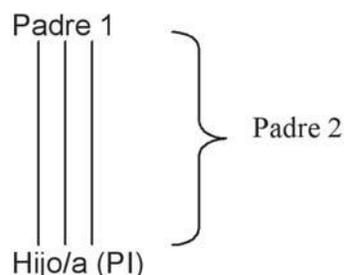


Ésta es una de las formas más usuales en que se estructuran las familias nucleares de los usuarios de drogas, cuando éstos forman parte del subsistema filial. Se caracteriza por un conflicto no resuelto del subsistema conyugal que se desvía hacia el subsistema filial, triangulando a uno de los hijos, casi siempre el usuario de drogas. Esta tríada se completa con una relación distante entre el triangulado con uno de sus padres, sino es que conflictiva y una relación imbricada con el otro. Entonces, el subsistema parental se vuelca sobre el hijo triangulado, quien puede mostrarse sumamente desafiante y agresivo, o por el contrario, claramente indefenso e incompetente, lo cual perpetua la evitación del conflicto entre los esposos.

El concepto de la tríada rígida planteado en el modelo estructural muestra que el consumo de drogas juega cierta función para la organización familiar, y justo como lo describen diversos terapeutas familiares sistémicos (Ackerman y Andolfi, 1994, Papp, 1994; Selvini y otros, 1995, Andolfi y Angelo, 1989), las familias que buscan atención para el síntoma del hijo triangulado vienen con una demanda contradictoria: *Queremos que desaparezca el síntoma de nuestro hijo, pero no queremos que cambien nuestra forma de relacionarnos, en palabras simples, cámbienos sin cambiar.*

Asimismo, el ejercicio y distribución de la jerarquía en una familia puede trastocarse y dejar de operar para beneficio de sus integrantes, derivando en un problema del abuso de poder sostenido por un juego de coaliciones. Es usual que en estas familias, el usuario se vea comprometido en un juego de lealtades establecido entre los distintos subsistemas de la familia (Yusa, 1984, Umbarger, 1983).

**Figura 8. Coalición intergeneracional entre subsistemas**



Uno de los riesgos principales que tienen estos juegos de poder y lealtades es que, en términos afectivos, el hijo(a) involucrado ocupa la posición del cónyuge de su progenitor, con las consecuencias que esto tiene, colocándolo de frente a un conflicto severo contra el otro progenitor, el cual termina disecado emocionalmente en la familia.

En el modelo de TFM, es importante valorar qué función cumple cada subsistema y si esto es útil a la familia para satisfacer al menos, la parte de organización para la cotidianidad y la nutrición afectiva. Es usual que en las familias que acuden a CIJ, las funciones han sido trastocadas y alguno de los cónyuges no satisface con las funciones que el otro le demanda, lo que genera inconformidad y disgusto en la pareja; o bien, alguno de los hijos, habitualmente el mayor, es parentalizado y opera como una pequeño padre/madre de sus hermanos. Esto se repite en varias generaciones por estereotipos culturales de género que han sido frecuentemente reproducidos, como por ejemplo en el hombre ser jefe de familia y en las mujeres ocuparse del hogar.

En esta situación los límites intergeneracionales se vuelven difusos y la autoridad paterna se ha perdido. Sin reglas relacionales no es posible generar un contexto emocional constructivo y amable; por el contrario, en este desorden intergeneracional, padres e hijos discuten desde un nivel jerárquico de igual a igual en la defensa de sus intereses, o bien, las diferencias entre los miembros se evaden eludiendo los conflictos. En este contexto, los hijos no aprenden a negociar constructivamente para que las reglas se adapten al ciclo vital de la familia. Tal situación genera una frustración emocional en todos los integrantes y la sensación de ser incomprendidos porque carecen de estrategias efectivas para resolver los conflictos emergentes en la vida cotidiana.

Finalmente se sugiere valorar las *fronteras* de la familia. Lo *funcional* sería que la familia cuente con fronteras maleables y abiertas, a fin de mantener un contacto con otros sistemas sociales y proveerse de ellos de nueva información que alimente su propia organización, pero al mismo tiempo preserve su autonomía. No es raro encontrar que en las familias de los usuarios de drogas, especialmente en aquellas donde hay violencia familiar, estas *fronteras* sean demasiado rígidas e impermeables generando una

convivencia endogámica e imposibilitando la oportunidad de buscar apoyo o la salida de sus integrantes hacia el exterior. O bien, las fronteras suelen ser demasiado permeables exponiendo a la familia a la intervención indiscriminada de los sistemas sociales (escolares, sanitarios, jurídicos, religiosos, etcétera) originando un caos relacional interno; esta extraordinaria debilidad de las fronteras entre la familia y el exterior, no favorece la necesaria cohesión afectiva entre sus integrantes, lo que los lleva a establecer relaciones centrífugas y exogámicas, debido a la sensación de desarraigo familiar que padecen.

La evaluación de la estructura familiar resulta de gran utilidad, ya que le proporciona al equipo terapéutico importantes indicadores para generar hipótesis diagnósticas acerca de la formación y mantenimiento de un comportamiento sintomático y su función dentro de la organización de un sistema familiar. Al mismo tiempo, provee de indicadores para evaluar los cambios logrados en la estructura relacional de la familia conforme transcurre el proceso terapéutico.

#### **4.7.4 Estrategias de la Terapia Familiar de primer orden para la reestructuración de pautas de relación**

Entre los autores que han aplicado los conceptos de las terapias de primer orden para el tratamiento familiar de los consumidores de drogas, es particularmente reconocido el trabajo de Stanton y Todd (1985) quienes sugieren un enfoque “estructural-estratégico”. Entre las técnicas terapéuticas que adoptaron del enfoque estructural están la conexión, la reestructuración, el acomodamiento, la verificación de límites, entre otras. Del enfoque estratégico rescatan la prescripción de ejercicios fuera de las sesiones, la generación de otros síntomas, la promoción de la colaboración entre sistemas, entre otras.

Un punto original e importante del trabajo de estos autores fue su atención a la individuación del usuario de drogas, quienes muestran un fuerte apego con su familia de origen aún después de establecer una familia propia. Su proceso de independencia queda inconcluso, ha habido una *pseudoindividuación*, es decir, la creencia de que se

diferencia del grupo familiar, cuando el consumo de drogas le hace más dependiente del mismo. El consumo de drogas les brinda la oportunidad de seguir unidos al considerar al usuario como una persona incompetente que necesita la ayuda de sus padres.

En consecuencia, uno de los primeros objetivos de la terapia es favorecer el proceso de individuación, bajo la premisa que si la familia logra tolerar este proceso del ciclo vital el consumo de drogas perderá su significado relacional en la familia. Una de las dificultades para lograr este proceso de individuación, es que el usuario se encuentra triangulado en un conflicto conyugal de sus padres.

Reconociendo que el planteamiento terapéutico cambia de una familia a otra, en términos generales sugerimos los siguientes puntos para trabajar en la terapia, cada uno de ellos se inscribe en tres dimensiones –pragmática, cognitiva y afectiva– y el orden en que se presenta no coincide necesariamente con el orden en que se puede trabajar:

- 1) Trazar límites firmes y claros entre el subsistema conyugal, parental y filial, ya que cumplen funciones muy diferentes clarificando que existe una sustancial diferencia entre sus funciones como padres y su relación como pareja (dimensión pragmática).
- 2) Crear una alianza sólida en el subsistema parental, los padres deben hacer un equipo para apoyar al hijo en este proceso de emancipación (dimensión pragmática).
- 3) Fortificar el subsistema individual para los hijos, especialmente para el usuario, cuestionado las premisas del sí mismo, lo que le permitirá asumirse como una persona independiente y autónoma (dimensión cognitiva).
- 4) Desarrollar nuevas interacciones familiares basadas en el cuidado, la nutrición afectiva y el respeto mutuo (dimensión afectiva).
- 5) Redefinir las pautas transaccionales de la familia en términos de jerarquía, valores, normas, sistema de creencias, expectativas y deseos (dimensión cognitiva).
- 6) Trabajar el conflicto de los cónyuges.

Cada punto está asociado con los demás; no se trabajan de forma aislada o secuencial; de hacerlo se pierde la mirada sistémica. La familia se irá guiando por cada uno de ellos

en momentos diferentes.

Sin embargo, la experiencia ha mostrado que no se podrá trabajar con la familia si no se empieza por diferenciar las dos dimensiones relacionales que definen a una pareja, la conyugalidad y la parentalidad, que son dos dimensiones que convergen en las mismas personas pero que son independientes entre sí. La primera se fundamenta en una reciprocidad emocional, cognitiva y pragmática, ambos dan y reciben de manera equilibrada; la segunda se apoya en una relación básicamente complementaria, es decir, los padres dan a sus hijos.

Es frecuente encontrar que la pareja traslapa su conflicto conyugal al terreno de la parentalidad, ocasionado que los papeles parentales se pierdan en el fragor del combate conyugal (Linares, 2002).

Lo que se hace entonces es promover el desarrollo de responsabilidades parentales buscando que sean independientes de los conflictos conyugales. Para esto, es importante que los padres recuperen la jerarquía parental y definan un marco normativo que legisle la conducta de los hijos. Se puede trabajar a solas con los padres para la construcción de este marco normativo que incluya además el desarrollo de estrategias efectivas de resolución de conflictos y de negociación. Los padres deben armar un equipo; padre y madre deben apoyarse frente a sus hijos, así les dan la oportunidad de aprender respetar la autoridad. Los padres también pueden convertirse en promotores de negociaciones constructivas dentro de la familia. En este proceso es importante que el equipo terapéutico cuide la motivación y la autoestima de los padres. La probabilidad del éxito terapéutico aumenta cuando el equipo logra hacerles sentir a los miembros de la familia que las diversas actividades que les plantea es para apoyarlos, en consecuencia al construir este sistema de autoridad, se debe cuidar que no amenace el concepto que cada uno de ellos tiene de sí mismo. Los padres deben ser tratados como los promotores para generar el cambio en la familia. Diversos terapeutas estratégicos (Haley, 1967, 1989, 1993, 1996; Stanton, 1985; Pittman, 1995) subrayaban ya la importancia de utilizar la alianza entre los padres como una estrategia efectiva de

cambio.

Cuando se logra mantener independientes estas dos dimensiones, se favorece el trazo de límites generacionales claros. Los padres deben buscar establecer límites semipermeables con sus hijos. Si se desea recuperar la jerarquía generacional entre padres e hijos, debe haber confianza entre ellos. Es decir, no se puede apuntalar la jerarquía y el trazo de límites familiares sino es sobre relaciones afectuosas. Cuando los hijos aprecian el cuidado y la cercanía de sus padres tratan de mantenerlas mostrando respeto por ellos y sus directrices. En las sesiones, el equipo terapéutico buscará promover la autoridad parental en diversos aspectos de la vida familiar y no únicamente con el hijo *problemático*.

Si se avanza en los propósitos entonces se estará en condiciones de abordar la *tríada rígida*. Pero, qué supone sacar al usuario de la triangulación en el que se encuentra metido. Quienes tienen experiencia en este terreno saben que sacar a un hijo del “lecho conyugal” nunca ha sido tarea sencilla. Se prefiere empezar por fortificar el subsistema individual de los hijos, especialmente para el usuario, cuestionado *las premisas de sí mismo*. Para ello, se puede trabajar exclusivamente con los hijos, aun con los padres presentes, o inclusive, si los padres no pueden mantenerse al margen, invitar sólo a los hijos con el fin de ofrecerles un espacio para sí mismos. Otra alternativa es invitar sólo a los padres y al usuario de drogas con el fin de discutir el desarrollo personal del hijo, sobre todo si éste es menor de edad. En este proceso, se busca que el usuario encuentre una nueva imagen para sí y que se creen oportunidades de pensarlo de una manera diferente, no como hijo problemático. Todo esto irá apuntalando la individuación, independencia y autonomía del joven. Este trabajo con el subsistema filial, especialmente con el usuario de drogas, no excluye la posibilidad de discutir el subsistema individual de la madre o del padre, ya que si alguno de ellos no se sienten bien en su vida personal suelen involucrar a sus hijos buscando, por ejemplo, apoyo emocional para sí; entonces se puede plantear alternativas específicas para ellos, independientemente del término en que esté la relación conyugal.

En todo este proceso, una visión que le sirve al proceso terapéutico es la de desarrollar nuevas posibilidades de interacción familiar. Por ejemplo, en las familias de consumidores de drogas es muy común que se encuentren lo que algunos llaman patología de las fronteras (Umbarger, op. cit.), es decir que se presenten coaliciones de género o intergeneracionales, lo que puede derivar en relaciones amalgamadas e inclusive *intrusivas*. En este caso el equipo buscará posibilidades de desarrollar nuevas relaciones familiares. Si antes se apuntaló la creación de límites semipermeables, ahora se buscará el aumento de la flexibilidad relacional. Si se logra hacer esto junto con la familia, la propia familia reconocerá aspectos relacionales que no habían podido ser desarrollados hasta ese momento, lo que dinamiza, a decir de la experiencia, diversas fuentes de fortaleza familiar.

En la medida en que se va abordando y cambiando todas estas pautas transaccionales en la familia y se redefinen nuevos límites intergeneracionales, jerarquía generacional, marcos normativos que legislen la conducta, y las funciones nutricias y afectivas, se trabaja también con la microcultura familiar, es decir, sus valores, sistema de creencias, expectativas y deseos. La familia va reconsiderando una serie de ideologías y formas de pensar que les fueron útiles durante los primeros períodos del desarrollo del ciclo de vida familiar, pero que empieza a darse cuenta que no pueden seguir operando bajo esos mismos sistemas de creencias. La tarea del equipo no se circunscribe a debatir sus creencias, sino ayudarles a crear formas de pensar diferente, más acordes con la realidad familiar que están viviendo.

Paulatinamente se conoce con mayor detalle el conflicto de los cónyuges, y la función que había jugado el hijo. En principio, es claro el *desplazamiento o evitación del conflicto* entre los involucrados. El equipo terapéutico valorará el tipo de tríada rígida que se ha configurado, misma que puede tomar distintos arreglos:

- 1) En la *triangulación* cada uno de los cónyuges le pide a uno de los hijos que se alíe contra el otro, entonces se tiene al hijo atrapado en un conflicto de lealtad. Ante tal disyuntiva, los padres le envían mensajes requiriendo su colaboración, y la oferta

que completa el mensaje puede consistir en más atención, más comprensión, mejores condiciones materiales, entre otras (*triangulación manipulatoria*). Es frecuente que este hijo –el usuario de drogas– termine tomando partido por uno de ellos y confrontado directamente con el otro.

2) En la *coalición estable*, el hijo permanece coludido con uno de los progenitores contra el otro, pero esta condición lo expone a situaciones generadoras de maltrato, incluso con violencia física, generando un *sesgo parental*, donde lo que el progenitor coligado da no alcanza a compensar lo que el otro le quita. En nuestra experiencia, el hijo tras ser invitado a participar en este juego conflictual o *impasse* de los padres se ve abandonado o traicionado (Fernández, 2006), ya que resulta mucho más importante para los cónyuges este conflicto que nunca termina, que la transitoria alianza de la que el hijo ha formado parte. Esta desafiliación o *desconfirmación* resulta devastadora para el hijo; la traición de su aliado lo coloca en *tierra de nadie*, mientras los padres siguen en el fragor de la batalla. Debido a la incapacidad de los padres para percibir su sufrimiento, el hijo termina desconfiando radicalmente de los adultos, lo que lo llevará a relacionarse exclusivamente con sus iguales, sus pares; a la larga esta precaria y marginal sociabilidad los condena a una adolescencia eterna.

3) Finalmente el rodeo consiste en el acuerdo de los padres por la preocupación del problema del hijo, pero no para apoyarlo sino para controlarlo, porque es “malo”, o para protegerlo porque está “enfermo”. Con esto se busca someter al hijo, el mensaje es *guarda silencio*.

Durante el proceso terapéutico se constató que el usuario –el Paciente Identificado (PI) para los padres– intentó invariablemente protestar, sin ignorar el peligro de tal tentación debido a la hostilidad de sus padres.

La experiencia ha mostrado que intervenir directamente en una tríada no siempre es lo más recomendable. Finalmente los padres acudieron porque tienen problemas con un hijo, no porque ellos tengan conflictos. Si no se respeta en principio su posición se puede violentar esta organización familiar, originando que los padres abandonen el tratamiento

con lo cual se contribuye a perpetuar el problema. Por eso es preferible ser congruentes con la demanda familiar, y hacer eco a la preocupación paterna por el hijo.

Cuando finalmente se puede trabajar el antagonismo de la pareja, es habitual encontrar que la pareja está viviendo en una relación que por un lado es irrenunciable e indisoluble, pero por otro resulta amargamente insatisfactoria. Los padres acusan experiencias de privación en sus familias de origen y reproducen ese mismo abandono tanto con su cónyuge como con sus hijos. El matrimonio ya casi se ha disuelto y el intercambio emocional entre ellos es casi inexistente; su relación funciona de manera casual, casi por inercia. Ambos se hayan sometido por historias de dominación y sometimiento.

Estas estrategias y técnicas terapéuticas suponen una intervención directiva por parte del equipo de terapeutas familiares, cualidad del modelo de primer orden.

Tales intervenciones han resultado efectivas en los casos que se han atendido, sin embargo, la experiencia, las investigaciones y los nuevos conocimientos adquiridos, señalan que una intervención basada en *el funcionamiento homeostático del sistema* familiar alcanza para trabajar una de las características de la familia, las pautas transaccionales que configuran el problema. El análisis de los discursos dominantes que reclutan la inscripción subjetiva supone recuperar la segunda visión.

#### **4.7.5 La Terapia de Segundo Orden: la perspectiva socioconstruccionista**

La terapia familiar de segundo orden está muy relacionada con la perspectiva socioconstruccionista y el trabajo de deconstrucción.

La visión socioconstruccionista sostiene que la “realidad”, en la que se vive, se construye y se deconstruye constantemente en relación con la interacción social (White y Epston, 1993; White, 2000, 2002; Gergen, 1996b, 1996c; Anderson, 1999; Morgan, 2000). Es decir, se considera que la forma de ver el mundo está relacionada con percepciones

acerca del mismo establecidas dentro de cada grupo cultural al que se pertenece; esa forma de ver influye y define las formas de actuar en los diferentes contextos en los que se interviene. Por ejemplo, en una cultura en la que se considere que las mujeres son débiles, los hombres las tratarán de maneras específicas acordes con esa perspectiva, protegiéndolas, dominándolas, etcétera, y en otra cultura en la que se les considere de una manera opuesta se desarrollarán hábitos relacionales muy diferentes. Es decir, una realidad que es “obvia”, “única”, y/o “incuestionable” para un grupo cultural, no necesariamente será la misma para otro grupo social.

Los socioconstruccionistas se interesaron en esta diversidad respecto de nuestra definición de “realidad” y enfocaron su análisis en el proceso mediante el cual se construyen diversas realidades, dependiendo de los fondos culturales propios de cada grupo social. Asimismo, propusieron que nosotros percibimos el mundo gracias a que hemos adoptado los sistemas de significado establecidos dentro de los grupos sociales a los que pertenecemos.

A su vez plantearon que se puede estudiar el proceso social que construye la realidad si analizan los factores contextuales de los discursos dominantes establecidos en cada grupo cultural. Es decir, los socioconstruccionistas propusieron que la noción de la realidad se construye cuando un tipo específico de discurso adquiere una fuerza extraordinaria tal, que llega a marginar otros discursos alternativos para describir el mundo. Por ejemplo, cuando un discurso como el de que *los padres deben proteger a sus hijos*, llega a dominar, y marginar otros posibles discursos del mundo, tales como: *los padres ayudan a la independencia de sus hijos* o el de que *los hijos pueden desarrollar sus propias opiniones*; el primer discurso se vuelve una realidad única e indiscutible para las personas que constituyen este grupo social. Dicho de otra manera, los socioconstruccionistas plantean que para generar cambio en la realidad en la que se vive se deben recuperar los discursos marginados (las otras formas de ver la vida) por el discurso dominante.

A pesar de que entre las escuelas de terapia de segundo orden se observan ciertas

diferencias en sus planteamientos, en términos generales todos comparten como base epistemológica esta visión socioconstruccionista. Desde esta perspectiva, lo que se debe trabajar en el proceso terapéutico es la recuperación de nuevos discursos alternativos en la vida de los consultantes, puesto que esto permite la construcción de nuevas realidades vitales. Es decir, los terapeutas trabajan con base en los discursos existentes en el contexto social de sus consultantes. Por esta razón a este modelo terapéutico se le identifica con el nombre de corriente narrativa.

En el abordaje clínico de la terapia de segundo orden, la *deconstrucción* constituye un aspecto fundamental. La deconstrucción se comprende como una actividad destinada a la recuperación de *lo todavía no dicho* respecto del tema de interés (Yashiro, 2005). Se considera que al recuperar diversas descripciones de la vida del consultante, aquellas mismas que fueran marginadas por el discurso dominante, se abren nuevas posibilidades en la manera de vivir. Con base en esta idea en la conversación terapéutica, se intenta recuperar diversas descripciones, visiones, discursos, respecto del tema de interés.

La visión socioconstruccionista cuyo marco interpretativo permite a los terapeutas familiares sensibilizarse con la forma como la familia construye, significa e interpreta su realidad. Al incorporar esta visión en el marco teórico del trabajo clínico, se empezó a tener una nueva alternativa para recuperar diversos discursos que nunca fueron contados en el proceso terapéutico. Uno de los discursos ocultos no tratados en terapia es el discurso de género que articula la problemática de la violencia y las adicciones.

Entonces, los terapeutas familiares no sólo contaron con la posibilidad de crear, junto con la familia, nuevos patrones interaccionales, también tenían la posibilidad de recuperar las historias no contadas en el contexto actual como un método por el cual se construían nuevas posibilidades y realidades en y para la vida familiar. La estrategia de abordaje se enriqueció; se podía ser directivo buscando “el cambio” en las relaciones familiares, o también adoptar una postura curiosa y sensible respecto de diferentes construcciones sociales con las que vive cada integrante de la familia.

## **4.7.6 Intervenciones que buscan deconstruir las realidades familiares**

### **4.7.6.1 Buscando recuperar las múltiples voces de la familia**

La visión que buscaba la recuperación de las múltiples voces de la familia fue planteada por los investigadores del instituto de Galveston, tales como H. Goolishian y H. Anderson (Anderson, op. cit). Ellos plantearon que dentro de un sistema social, si son escuchadas las distintas voces de cada uno de los integrantes con el mismo peso e importancia, cambia la descripción de la “realidad” de este grupo social, puesto que en términos generales en cualquier tipo de grupo social algunas voces o discursos tienen una fuerza mayor a la de las otras. De esta manera se “deconstruye” la “realidad” establecida anteriormente en este grupo social. La deconstrucción de la realidad preestablecida es automáticamente una construcción de nuevas realidades.

Bajo este concepto teórico, en el proceso terapéutico se busca recuperar las diversas voces, las dominantes y las que habían sido marginadas. Es decir, se atienden las voces de todos los integrantes de la familia, y también de las personas significativas para la misma, tales como los abuelos, los parientes, la tradición contextual de cada región, los amigos, los maestros de la escuela, etcétera. Lo que se busca con este tipo de “deconstrucción” es abrir un espacio en el que se examina el origen y la lógica de cada una de las voces existentes en el contexto, sin tratar de evaluar la veracidad de cualquiera de ellas. Más bien se suspende este tipo de evaluación y se busca recuperar la diversidad de las voces y reflexionar desde una metavisión las múltiples posibilidades de ver el mundo. Se consideran importantes no solamente las voces de las personas existentes, sino también las voces alternativas de personas imaginarias. Es decir, es posible y válido suponer las posibles voces de personas imaginarias, en lógicas como las siguientes: *¿Si escuchara esta conversación una persona del campo/ciudad, cómo crees que pensaría?, ¿si te escuchara tu difunta abuela, qué opinaría?, ¿si escucharan personas del siglo XVIII, cuál sería su opinión?, ¿si escucharan las gentes del siglo XIX, con qué opiniones estarían de acuerdo?, etcétera.*

Al recuperar todas las otras voces alternativas se deconstruye la realidad de esa familia. Por ejemplo, si en una familia se observa una alianza entre la mamá y el hijo, y otra entre el papá y la hija, pueden deconstruirse las creencias relacionadas con esas alianzas. Por ejemplo, puede haber creencias tales como *las mujeres deben atender las necesidades cotidianas de los hombres y los hombres deben proteger a las mujeres tomando decisiones por ellas*. En este caso, se pregunta la opinión de cada miembro respecto de esta creencia, cuestionándosele en términos como los siguientes: ¿Tú qué crees respecto de esta regla familiar?, ¿desde cuándo crees que estas ideas están en la familia?, ¿son medianamente compartidas con otras familias de esta región?, ¿todas las familias se organizan de esta manera? ¿cuáles son los pros y contras de estas diferencias de ideas entre los miembros de la familia? En el caso de que las opiniones de los hombres y las mujeres sean distintas, por ejemplo, se podrían hacer las siguientes preguntas: ¿Por qué creen que existen estas diferencias de pensamiento?, ¿qué significa para la familia esta convivencia de personas que tienen distintas ideas y convicciones?, ¿es positivo para todos?, ¿creen que la gente de la ciudad/el campo pensaría lo mismo?

En este proceso lo importante es que se hable algo relacionado con el tema de interés de manera distinta de lo que se había discutido anteriormente. La metáfora de incluir múltiples voces, es efectiva porque al hacer que se dialogue y reflexione teniendo en cuenta las distintas visiones de varias personas, naturalmente se genera una descripción más compleja de la realidad. *Me dices que no te sientes como hombre cuando estás ayudando en los quehaceres familiares. Entonces, ¿en qué momentos sí te sientes como hombre?* En este proceso no se debe evaluar cuáles ideas son mejores o peores, sino tan sólo se debe invitar a reflexionar acerca de la realidad tal cual acontece y se da en la familia, hay que invitar a reconocer si sólo hay una voz particular la que domina, dónde hay diversas voces, etcétera. Debe cuidarse el no recargar algún sentimiento de culpa de cualquiera de las personas. Lo importante es “deconstruir” la realidad, buscando flexibilizar el límite establecido en la realidad respecto de las posibles alternativas de la familia con relación al futuro. Por ejemplo, en el caso anterior, los hombres pueden verbalizar sus ideas de que cuando su esposa, mamá o hermanas no les sirven de comer se sienten rechazados por ellas, etcétera. Esta conversación ya representa una

deconstrucción de la realidad familiar, ya que refleja una complejización de descripciones de la realidad.

Muchas veces, el dominio del hombre hacia la mujer está asociado con ideas relativas al orgullo masculino, por medio de la deconstrucción de la realidad se ponen de manifiesto semejantes ideas, dominantes en contextos determinados, lo cual abre posibilidades de examinar otras alternativas de vida, que pueden consistir en formas distintas de sostenimiento del orgullo personal en un contexto dado. Este tipo de deconstrucción de la realidad posibilita el surgimiento de nuevas formas de actuar en el mundo. El cambio se dará conforme nuevas realidades sean construidas en el contexto familiar por medio de conversaciones deconstructoras.

#### **4.7.6.2 La conversación externalizante de problemas como una deconstrucción de los discursos dominantes**

Entre los planteamientos de White y Epston es especialmente famosa la *conversación externalizante* del problema. Esta conversación se considera como una especie de deconstrucción del discurso dominante, porque con ella se recuperan las descripciones nunca contadas acerca del problema. White explica que la “*externalización*” es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía. Los problemas considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a personas o relaciones se hacen así menos constantes y restrictivos (White & Epston, 1993).

Es un proceso en el que los consultantes y el terapeuta comparten conversaciones en las que se visualiza el problema consultado como una entidad externa a ellos. Esto les genera a los individuos la idea de que cada quien es capaz de seleccionar el tipo de relación que quiere mantener con el problema. Al considerar que el problema no constituye una parte de sí mismo, al consultante se le abre más fácilmente la posibilidad

de considerar algo como transformable, o que puede resistirlo habiéndose decidido a contrarrestarlo. Los consultantes son alentados a decidir qué relación quieren llevar con el problema externalizado. La externalización propicia el que la gente escape activamente del ser subyugada por el problema. En este proceso, la historia dominante empieza a ser considerada como una narración impuesta por el problema. De esta manera también por su iniciativa propia la gente indaga y desarrolla narraciones excepcionales con relación a la historia dominante de subyugación (Yashiro, 2005).

La *conversación externalizante* comprende básicamente seis momentos (Morgan, op. cit.):

1. *Nombrar el problema.* El primer paso es nombrar el problema. Es importante que los consultantes mismos seleccionen un nombre para su problema. El terapeuta puede construir los siguientes tipos de preguntas: *¿Hay algún nombre que puedas ponerle a este problema?, ¿cómo podrás llamar esta situación?,* etcétera. Se debe cuidar mucho que esta denominación no sea una imposición. En el caso de que se le ocurra al terapeuta un nombre conveniente, le debe preguntar al consultante *¿qué te parecen nombres tales como “ansiedad” o “preocupación”?* Se pueden externalizar sentimientos, problemas relacionales, prácticas sociales o culturales, por ejemplo, pueden ser temas tales como culpa, preocupación, depresión, queja, desesperación, pelea, racismo, dominio heterosexual, etcétera. A su vez, se pueden poner nombres más personificados, tales como: la nube traidora de preocupación, el fantasma de la soledad, el demonio de la cólera, la tiranía de la droga, etcétera. Después de nombrar el problema es más fácil realizar una conversación externalizante a través del planteamiento de los siguientes tipos de preguntas: *¿De qué manera te convence “el orgullo masculino” en cuanto a que no debes apoyar a tu esposa?, ¿qué argumento usa “la nube traidora de preocupación” para ordenarte que no debes intentar algo nuevo en tu vida?, ¿cuánto tiempo “la inseguridad” ha logrado separar la relación entre tú y tu esposo?, ¿qué es lo que “la desesperación” te dice sobre ti?, ¿con qué frecuencia se mete “el fantasma de la soledad” en su conversación?,* etcétera. Para fortalecer el que la imagen del problema aparezca fuera de cada persona es favorable

construir una imagen lo más concreta y detallada posible de él. El tipo de preguntas que pueden ayudar en este proceso es el siguiente: *¿Qué truco usa “el problema” contigo?, ¿qué apariencia tiene?, ¿cuál será su modo general de operar las cosas?, ¿qué intención tiene?, ¿qué plan tiene “el problema” para su futuro?, ¿qué cosa hace crecer al “problema”?, ¿qué cosa le hace debilitarse?, ¿qué apariencia tiene?, ¿cuántos años tiene?, ¿qué sueño tiene?, ¿qué tipo de mentira ha dicho?, etcétera.*

2. *Describir la historia del problema.* Después de que el problema adquiere una ubicación fuera de las personas y un nombre propio, el terapeuta les pregunta a los consultantes la historia por la que el problema se ha insertado en sus vidas, de la manera siguiente: *¿Cuándo te diste cuenta por primera vez sobre el problema?, ¿qué recuerdas de tu vida antes de que se metiera en ella ese problema?, ¿cuándo es que el problema se volvió más fuerte?, ¿cuándo era más débil?, ¿de qué manera ha venido creciendo?, ¿cómo era ese problema para ti hace seis meses (un año, dos meses)?, etcétera.* El hablar sobre la historia del problema les permite pensar a los individuos varias descripciones alternativas del problema. Esto abre oportunidades para cambiar la idea del carácter estático y fijo que la gente suele tener del problema. Es importante hacer preguntas que les permitan reflexionar cómo ha cambiado la influencia del problema en su vida a través del tiempo; ello abre esperanzas para el futuro en cuanto a la transformación del problema (Yashiro, op. cit).

3. *Explorar los efectos del problema en la vida de los consultantes.* Es muy importante realizar una exploración amplia y detallada del impacto del problema en la vida de las personas. Al ir respondiendo a estas preguntas, las personas pueden sentir que el terapeuta escuchó y comprendió de manera adecuada las experiencias relacionadas con el problema (Yashiro, 2005). Ejemplos de las preguntas propias de ese momento son las siguientes: *¿Cómo es que la “depresión” ha afectado la relación con tu esposa?, ¿cómo ha afectado la “depresión” tu pensamiento acerca de ti mismo?, ¿cómo es que las “voces hostiles” han afectado tu estado de ánimo?, ¿de qué manera la “desesperación” ha influido en tu confianza hacia otras personas?, ¿de qué manera “la confusión” se ha relacionado en tu relación familiar?, etcétera.* En este

proceso también es importante evaluar los efectos del problema: *¿Estos efectos han sido positivos o negativos para ti?, ¿ha habido algo que te guste dentro de todos estos efectos?, ¿qué han sido estas experiencias para toda la familia?, etcétera.*

4. *Situar el problema en su contexto.* Éste es un momento indispensable para que emerja una historia alternativa para la vida y con respecto del problema de cada individuo. Es un paso en el cual se atienden las relaciones entre la construcción de la historia dominante y las creencias sociales difundidas en un contexto dado. Sin tomar en consideración la influencia de las diversas creencias sociales es difícil esperar que la gente empiece a creer en nuevas posibilidades de cambio, porque para ellas ciertos actos son naturales y congruentes con su contexto cultural. A través de la respuesta a las preguntas acerca del contexto cultural de cada consultante en relación con su problema, se abre la posibilidad de profundizar en la comprensión de la historia de las diversas creencias que le permiten al consultante sostener ciertas conductas. Ejemplos de estas preguntas son: *¿Cuál sería el contexto en el que haría sentido esta historia?, ¿qué tipo de contexto cultural hace que esta historia se mantenga funcionando?, ¿qué tipo de verdades que aceptas incuestionablemente son las que están apoyando la vida del problema?, ¿en tu vecindad generalmente se considera así?, ¿ha habido alguien que ha pensado de otra manera?, etcétera.*

5. *Descubrir los sucesos excepcionales.* Por medio de las anteriores exploraciones se adquiere claridad con respecto a la historia dominante de cada persona, en la cual el problema le ha hecho creer que es impotente ante su situación, por lo que se vuelve más fácil la detección de los sucesos excepcionales que contradicen la historia dominante de los consultantes. Los sucesos excepcionales pueden ser cualquier acontecimiento que no concuerde con la historia dominante. Pueden ser algo muy cotidiano que la gente suele pasar por alto. Por ejemplo, el hecho de estar hablando con el terapeuta acerca de su problema frecuentemente representa por sí mismo una excepción de vida. El terapeuta le puede preguntar al consultante *¿la “preocupación” no intentó obstaculizar el que vinieras a la terapia, hoy?, etcétera.* A partir de esta pregunta se abre la conversación acerca de cómo ha logrado esta persona escapar

de la influencia del problema. El terapeuta, por ejemplo, le puede preguntar al consultante: *¿En qué otras ocasiones has logrado este tipo de excepción?* Cuando se lleguen a descubrir sucesos excepcionales es importante que se hagan varias y diversas preguntas que sirvan para dar una mayor fortaleza a estos acontecimientos. Los ejemplos de lo que puede preguntarse en este momento son: *¿Qué has hecho para lograr que el problema se vuelva más débil que en otras ocasiones?, ¿cómo me puedes explicar el hecho de que el problema estuvo a punto de detenerte, pero no lo lograste?, ¿qué pasó?, ¿cómo lo has logrado?, ¿me puedes contar algún otro episodio en el que lograras resistirte a la influencia del problema e hiciste lo que tú mismo decidiste?, etcétera.*

6. *Describir los sucesos excepcionales y ponerle nombre a la historia alternativa.* Una tarea importante es enriquecer las descripciones de los sucesos excepcionales, dándoles, por ejemplo, un orden temporal o asignándoles una secuencia, con lo que se especifican los significados de estos acontecimientos en la vida de los consultantes. White plantea dos tipos distintos de panorama para realizar las preguntas en este momento: uno corresponde al de acción y otro al de conciencia. Conforme el panorama de acción, el terapeuta les pide que describan de manera concreta las acciones que realizaron durante los sucesos excepcionales. Por ejemplo: *¿Dónde estabas cuando lo lograste?, ¿estabas con alguna otra persona?, ¿la última vez que ocurrió, cuánto tiempo te mantuviste haciéndolo?, ¿qué te sucedió justo antes y después de esos sucesos excepcionales?, ¿qué te dijeron tus amigos cuando eso sucedió?, etcétera.* Respecto al panorama de conciencia, el terapeuta les pregunta acerca de ideas relacionadas con los actos descritos. Pueden preguntar sobre los deseos, las preferencias, los valores personales, las cualidades relacionales, las habilidades personales, etcétera. Los ejemplos de preguntas para el panorama de conciencia son del tipo siguiente: *¿Cuándo procediste de esa manera excepcional?, ¿qué tipo de cosas esperabas para tu vida?, ¿qué relación tiene tu acto con tus valores acerca de la vida?, ¿qué dice este hecho sobre tu personalidad?, ¿cuándo lograste este paso?, ¿qué crees que estabas intentando para tu vida?, ¿qué te dice tu conducta sobre lo que es importante para ti?, etcétera.*

La conversación externalizante resulta muy útil especialmente cuando se observa en los discursos del consultante un problema concreto, identificable y persistente que les hace sentir impotentes a todos los que están involucrados con la terapia. Incluso nos ofrece una vivencia lúdica que reactiva el ambiente terapéutico prosiguiendo con la prueba de nuevas alternativas para resolver problemas.

Algunos problemas observados respecto de la conversación externalizante del problema radican en que hay veces en las que tanto el equipo terapéutico como las familias consultantes se sienten forzados por esta forma de hablar. La fuerza de la historia dominante es tan tenaz, que no le permite a la familia jugar al hablar, negándoseles a sus integrantes la posibilidad de enfocar el problema de manera distinta a la preestablecida. Ciertamente se trata de una forma de hablar que requiere de convicción y destreza de parte del equipo terapéutico, si pretende continuar con esa forma de describir la situación de sus consultantes.

#### **4.7.6.3 Interesarse en las creencias de los miembros de la familia**

Presentamos dos formas distintas y más reconocidas de deconstruir las realidades en el área de la terapia familiar socioconstruccionista. La postura terapéutica de CIJ, inspirada por los abordajes presentados, es la de atender las creencias sociales que sostienen las condiciones actuales de la vida tanto del usuario de drogas como de la familia.

Eventualmente las dos metáforas terapéuticas, tanto la que llama a la recuperación de las múltiples voces como la de la externalización del problema, son muy efectivas en el proceso terapéutico. El punto común en ambos tipos de abordajes, según nuestra visión, corresponde a la consideración y el interés en los discursos y las creencias que sostienen los comportamientos de cada integrante de la familia, con los que se puede propiciar la generación de ideas relacionadas con nuevas posibilidades y alternativas en las vidas de los pacientes. Esta forma de plantear la intervención terapéutica ayuda a que la familia se sienta reconocida y acompañada por el terapeuta en su búsqueda de encontrar

solución para los problemas de su vida.

Para motivar a la familia a que se involucre en el proceso conversacional, la relación terapéutica propia del segundo orden es más favorable que lo que suele generarse con la definición de la relación terapéutica del primer orden, en la que el terapeuta se esfuerza por encontrar los aspectos disfuncionales de la familia para estar en posición de dirigirla hacia una corrección. En la terapia de segundo orden, el terapeuta asume el papel de quien invita a la familia a que reflexione de manera distinta acerca de la realidad construida en su vida, construcción que condiciona su forma de actuar en este mundo. En este proceso, naturalmente se propicia que la familia participe activamente en la búsqueda de nuevas posibilidades para su propia vida.

Por último es necesario reiterar que el modelo de TFM contempla como un elemento imprescindible que el ET considere tanto las posibilidades que ofrecen las estrategias de las terapias de primer orden como la postura de las terapias de segundo orden, atendiendo la validez de cada una, pero ante todo, que sean sensibles a las necesidades y características de cada familia, y a la forma como tejieron sus relaciones y construyeron sus realidades.

#### **4.8 GRUPOS PSICOEDUCATIVOS Y DE REFLEXIÓN (GPE)**

Un elemento más de trabajo simultáneo del modelo multidimensional son los Grupos Psicoeducativos y de Reflexión (GPE). Estos grupos son espacios donde sesionan padres, madres, hermanos, hermanas, esposos, esposas y otros familiares de los usuarios de drogas, a quienes también se incluyen en ocasiones.

Se constituyen dos grupos con personas del mismo sexo cada uno, de tal forma que en uno encontramos a las mujeres familiares del usuario(a) y en otro a los hombres. Los grupos se integran por un mínimo de 4 personas y un máximo de 15. El GPE conformado por varones será coordinado por el terapeuta, mientras que la terapeuta será la facilitadora del grupo de mujeres.

El objetivo de estos grupos es el entendimiento y la deconstrucción de los discursos culturales relacionados con el género. Así que los temas centrales se refieren a la construcción cultural de la masculinidad, la feminidad y cómo se genera y mantiene la violencia intrafamiliar.

Aspiramos a lograr este propósito general a través de los siguientes objetivos específicos:

- Reflexionar sobre el malestar emocional que puede generar en hombres y mujeres los estereotipos de género.
- Sensibilizar a los participantes en la escucha del discurso de multivoces o discurso policromático, con especial énfasis en el discurso del género.
- Deconstruir los discursos estereotipados de género que propician exigencias, demandas y conflictos entre hombres y mujeres, y aquéllos que legitiman la violencia.

La importancia de estos grupos radica en el hecho de que muchos de los problemas de violencia intrafamiliar y los conflictos de pareja están relacionados con sus concepciones de género, es decir, con la dificultad de negociar sus diferencias respecto a roles; el ejercicio del poder; sus expectativas; el poder adquisitivo y manejo del dinero; el cuidado de los hijos; las tareas domésticas cotidianas; la diferencia en la expresión de sentimientos, y la sexualidad.

En consecuencia, es necesario abrir espacios grupales para abordar los temas sobre las creencias de género que contribuyen en los conflictos conyugales más frecuentes y perpetúan las condiciones de inequidad y la violencia de género. En los GPE, los participantes reflexionan sobre estos temas, analizando la relación que tienen con el problema que los lleva a consulta. Idealmente los hombres y las mujeres que participen en ellos podrán expresar libremente sus pensamientos y emociones, sin que se sientan juzgados o poco escuchados por otros miembros de su familia, como la experiencia clínica ha demostrado que sucede.

Son grupos psicoeducativos donde el coordinador expone en forma didáctica un tema y abre un espacio para su reflexión en términos de discusión analítica; ello con el uso de técnicas reflexivas que invitan a verse a uno mismo en espejo a través del discurso del otro. El poder mirar la propia experiencia reflejada en los otros permite un metanivel de autoobservación que da paso a la deconstrucción de creencias de género y a la posibilidad de alternativas que cuestionen y modifiquen estereotipos de género que ocasionan violencia.

Se propone promover la discusión creativa y la retroalimentación a través de intercambio de experiencias concretas que recuperen la riqueza de cada uno de los integrantes del grupo, y amplíen las perspectivas de abordaje de los problemas que se plantean. No tienen como fin último el aprendizaje pues encuentran su riqueza en el intercambio de múltiples voces, todas ellas válidas.

Estos grupos son coordinados por un facilitador que estimula la comunicación entre los participantes y evita discusiones polarizadas que dificulten la consecución de la tarea.

Como cualquier otro grupo organizado, estos espacios tendrán un encuadre que incluye una serie de objetivos, un lugar y horario específico para trabajar, normas que den contención y estructura al grupo.

La razón principal de organizar el trabajo grupal dividiendo a los participantes por género, es porque se ha encontrado que las creencias de género tan firmemente arraigadas se miran en el espejo con personas del mismo sexo; los discursos entre mujeres son diferentes a los de los hombres, y es posible un intercambio de experiencias similares con personas del mismo sexo; además, de que cada grupo se permitirá la apertura de situaciones personales sin la amenaza de sentirse juzgado por el otro sexo.

En ocasiones, al discutir temas relacionados con el ejercicio del poder en casa, tanto hombres como mujeres se niegan a reconocer que con frecuencia en sus familias prevalecen condiciones donde uno o varios miembros abusan del poder y que desde ahí,

mantienen pautas de violencia con los otros integrantes. Esta negación obtura el proceso de reflexión y análisis.

Hay tanta resistencia y muchas veces miedo, entre las mujeres víctimas de violencia, a expresar públicamente el sufrimiento padecido, porque las remitiría a denunciar condiciones de injusticia y explotación, y nombrar a los causantes de dicha explotación, usualmente sus esposos. La exposición de experiencias con otras mujeres crea un clima de confianza y comprensión donde, quizá por primera vez en su vida, podrán hablar de los sentimientos que les produce la inequidad y sometimiento en que viven ellas y sus hijos.

Los hombres, por su parte, tendrán la oportunidad, probablemente inédita también, de discutir acerca de qué entienden por masculinidad, e identificar sentimientos de minusvalía o depresión y plantear los efectos que tiene sobre su vida el que sean evaluados por su desempeño como proveedores económicos de su familia. El contactarse con estos sentimientos quizá les permita reconocer las formas violentas que frecuentemente utilizan para reafirmar su masculinidad y ejercer el poder y daño que causan con estos actos a las personas que quieren.

El ambiente relajado y de metaobservación que surja en los grupos permite la aceptación empática del discurso del otro, y la claridad del contexto de la propia situación de vida, con mayores elementos que permitan la deconstrucción de creencias anteriores y el surgimiento de nuevas narraciones.

Una de nuestras aspiraciones en el trabajo con los GPE es que las personas que han sufrido de experiencias de violencia familiar o de género, puedan darse cuenta de cómo los discursos totalizantes construyeron su identidad estereotipada.

Lo dicen nuestros refranes populares en México: Más vale poco que nada; Más vale malo conocido que bueno por conocer; Unos nacen con estrella y otros nacen estrellados; Es la cruz que me tocó vivir; Cuando estés muerta, todos dirán que fuiste buena; Lo que no

te mata, te hace más fuerte; No hay mal que por bien no venga; El que nace pa' tamal, del cielo le caen las hojas; Todos nacemos llorando y nadie se muere riendo, etcétera. Todos estos dichos han operado como argumentos del discurso hegemónico tradicional, es decir, como hiperrealidades, y han contribuido a construir la subjetividad de muchas personas y a perpetuar las condiciones de dominación y violencia social en que están sometidas.

Elaborar la experiencia de haber sido violentada pasa por el trabajo de la intersubjetividad *más precisamente por una pluralidad de voces y discursos* (Kaes, 2002). Este autor afirma que sólo con otros, entre otros y a través de otros es como la persona violentada podrá recuperar su dignidad, subjetividad y humanidad desmentida.

Los GPE son un proceso de coexistencia de muchas voces, en el cual empieza a destejer las experiencias de violencia sufrida en el pasado de la posibilidad de un porvenir mejor. El discurso totalizante empieza a deshilarse dando paso a un tejido más policromático construido a partir de la polifonía de voces.

En el caso de hombres violentos, reflexionar acerca de lo que implica la masculinidad y verse reflejado en otros que han ejercido violencia, permite entender desde un metanivel la imposición de estereotipos que asocian el ser hombre con el dominio y el poder, y a partir de esta experiencia encontrar otras formas de asumir y construir su masculinidad.

En la medida en que todos los participantes están implicados, hacen posible la puesta en práctica de acciones reparadoras, preventivas y transformadoras de la violencia. Es aquí donde la propuesta de los GPE se vuelve fundamental.

#### **4.8.1 Ventajas de los GPE**

Una de las principales ventajas del trabajo en grupos es que los participantes pueden entender más fácilmente su situación observando en el *espejo* las experiencias de los otros, similares a las suyas. Al mismo tiempo, pueden reconocer y validar sus

pensamientos y sentimientos cuando encuentran que otras personas en situaciones parecidas reaccionan de manera similar.

El sentimiento de cohesión y confirmación, tan deteriorado en este tipo de familias, resulta ser un elemento muy enriquecedor para los participantes de estos grupos. Entre más empatía y escucha tengan hacia los otros y reciban de los otros más, se sentirán confirmados y motivados a encontrar alternativas.

Además, los grupos proporcionan una demostración patente de comportamiento alternativo: descubriendo cómo enfrentan otros las situaciones problemáticas, los participantes pueden aprender de ellos y construir sus propias soluciones.

El hecho de que los participantes debatan sobre sus puntos de vista, trae consigo ya un aprendizaje, pues les obliga a repensar sus posiciones y a contrastarlas con personas con las que no sienten un compromiso emocional importante. La posibilidad de comprender, ceder, negociar y ser empático, se potencia pues la discusión se realiza en torno a temas de interés para ellos, pero con personas distintas y ajenas al conflicto que viven cotidianamente. Los participantes de GPE pueden trasladar los aprendizajes obtenidos en el diálogo grupal al ámbito familiar. En este sentido, los grupos ofrecen la posibilidad de que los integrantes se muestren más flexibles y dispuestos al diálogo al participar en una relación diferente.

#### **4.8.2 Fases del trabajo de GPE**

El trabajo grupal completo incluye 10 sesiones divididas en tres fases:

- 1) Establecimiento del encuadre de trabajo y búsqueda de integración grupal. En la sesión inicial se expondrá el encuadre, se trabajará en la integración del grupo y se acordarán los temas a tratar. El tiempo asignado a estas actividades es importante, pues se ha comprobado que el trabajo grupal potencia el análisis y la reflexión, siempre y cuando las ansiedades generadas por esta situación de expresión e

identificación colectiva, sean contenidas a través de reglas claras y un clima de confianza y respeto. Por ello, es imprescindible que antes de iniciar propiamente con el trabajo grupal, los participantes acuerden las reglas del juego. Como parte del encuadre se menciona el lugar y horario; la frecuencia de las sesiones; la puntualidad; la asistencia; la confidencialidad con la que será tratada la información compartida en el grupo, y el carácter grupal del trabajo. Se explicitará también el papel del facilitador y los lineamientos de participación de los integrantes.

2) Sesiones para la discusión e intercambio de experiencias, opiniones e ideas. Comprende propiamente las sesiones donde se discuten los temas acordados. Abajo se presentan algunos temas que pueden proponerse en el trabajo grupal; sin embargo, será importante que cada grupo elija los tópicos que mejor se adapten a su situación actual.

Se sugiere buscar una sesión para realizar un intercambio de perspectivas entre ambos grupos, reflexionando acerca de las semejanzas y diferencias de estas visiones, así como las razones que encuentran para explicar los diferentes discursos. Los facilitadores podrían exponer un resumen de la visión de género del grupo opuesto y presentarla como material de discusión.

Otra posibilidad para debatir los temas de género es dividir a cada grupo en dos equipos, donde un subgrupo defienda los planteamientos que asumen como masculinos y el otro los femeninos. Esta actividad escenificaría desde una posición empática la conversación acerca de un problema radicado en las diferencias de género que los participantes viven en su cotidianidad. En este tipo de actividad, los participantes pueden reflexionar acerca de qué tipo de sentimientos se están jugando en este intercambio de opiniones, y también sobre una forma diferente de plantear su idea con una persona que tiene una opinión diferente.

Los temas sugeridos para el trabajo con ambos GPE son:

- El significado de ser hombre o de ser mujer en esta sociedad
- Qué significa ser hombre o mujer en mi familia

- Subjetividad femenina y subjetividad masculina
- La violencia familiar y de género
- Parentalidad y nutrición emocional
- La autoestima y el respeto personal

**Cuadro 2. Diferencias entre los Grupos Psicoeducativos (GPE) de hombres y de mujeres**

<b>GPE con mujeres</b>	<b>GPE con hombres</b>
Depresión y autoestima Reconocimiento de recursos Autonomía e independencia	Masculinidad poder y abuso de poder El malestar de los varones: las otras adicciones Identificación y expresión de sentimientos

Los facilitadores deben iniciar las sesiones haciendo un resumen de la reunión precedente y recordando lo que se trabajará ese día. La revisión del tema podrá realizarse con una breve exposición del facilitador o la aplicación de una técnica grupal. Estas tres actividades son complementarias y pueden usarse secuencialmente o decidir realizar sólo una (excepto la exposición teórica del facilitador). La idea es, que independientemente de las actividades que el grupo elija llevar a cabo, se estimulen los procesos de cambio, basados en el análisis y la reflexión.

3) Cierre del proceso y la evaluación de las experiencias adquiridas. El facilitador pedirá a los participantes que expresen las conclusiones del proceso; lo que pensaron y sintieron dentro y fuera de las sesiones, como producto de este trabajo.

#### **4.8.3 Uso del Equipo Reflexivo en los GPE**

Los supuestos y lineamientos del Equipo Reflexivo (Andersen, 1994) pueden ser utilizados en los GPE.

Ya sea por demanda del participante o indicación del facilitador, se entrevista a un miembro del grupo; mientras los otros integrantes, que fungirán en adelante como equipo reflexivo, escuchan la conversación que sostienen el facilitador y el participante entrevistado. La entrevista deberá apuntar a uno de los temas acordados para tratar en el proceso grupal y a pesar de que la entrevista sea individual, la dirección de ésta atenderá los intereses grupales.

Mientras la entrevista se realiza, los integrantes del equipo reflexivo escuchan, sin conversar entre sí, más bien manteniendo un diálogo interno sobre lo que escuchan, preguntándose: ¿Por qué ve así las cosas quien se encuentra hablando?, ¿de qué otra manera podría verlas?, ¿qué es lo que yo escucho?, ¿por qué lo escucho de esta manera?, ¿de qué otra forma podría entenderlo?, ¿qué no se dice o no se pregunta?, etcétera.

El equipo reflexivo se refiere a reflejar como espejo, los distintos discursos y relaciones que ocurren en la sesión, más que promover un proceso de pensamiento de reflexión. Esto permite verse a uno mismo desde otra perspectiva y abre opciones de discurso, pensamiento y relación.

Una vez que la entrevista o conversación termina, los integrantes del equipo reflexivo conversan entre sí sobre lo que escucharon. El facilitador dará los lineamientos para la conversación; pide por ejemplo, que al hablar no se dirijan al entrevistado o al facilitador, sino que conversen entre sí. Este punto es importante, pues permite al entrevistado sentirse sin el compromiso de responder a alguien que le habla directamente. Se entiende que es una forma más de democratizar la conversación; las visiones se amplían, se introducen nuevos significados e historias, pero nadie tiene la jerarquía para decir qué es lo correcto o quién debe hacer algo en específico. En este mismo sentido, se pide que no se juzgue, ni aplauda, critique, aconseje o interprete al entrevistado, pues ello significaría ponerse en una posición de superioridad frente al otro, a quien se le puede evaluar y calificar en algún sentido. Siempre debe enfocarse a elementos que le sean de ayuda a éste.

Finalmente, entrevistado y entrevistador charlan nuevamente entre sí, comentando lo que este último escuchó de la conversación reflexiva: ¿Qué le hizo sentir?; ¿qué le pareció nuevo, diferente, interesante?, ¿con qué elementos no está de acuerdo?; ¿qué sentimientos les provocó lo que escuchó?, ¿cómo puede cambiar o ampliar lo que piensa a partir de lo que escuchado?, etcétera.

El facilitador estará atento a que las posiciones mostradas no sean valorativas, en donde se juzgue o sancione la experiencia de los participantes, ya que esto puede favorecer un ambiente percibido como hostil. Puede, a través de la curiosidad, validar todas posturas como diferentes, pero no necesariamente contradictorias.

Este trabajo tiene la intención de generar conversaciones que permitan la creación de un discurso inclusivo, donde se exploren nuevas realidades. Estas posibilidades alternativas facilitan la creación de nuevos significados en todos los integrantes de la conversación.

#### **4.8.4 Aplicación y resultados de los Grupos de Psicoeducativos y de Reflexión**

De los 6 casos monitoreados, en 4 se constituyeron los grupos y se complementó la terapia con esta estrategia, aun cuando en 2, la asistencia no fue constante por problemas de horario.

El número de participantes con el que iniciaron los grupos osciló entre 4 y 8 personas. Durante el desarrollo de las sesiones algunos participantes se ausentaron y en otras ocasiones, también llegaron a integrarse nuevos elementos, después de la primera reunión.

Por otra parte, se observó que los grupos integrados por mujeres registraron un mayor número de asistentes y más continuidad durante el proceso: en el CIJ Tampico, 6 mujeres iniciaron el grupo y lo concluyeron 5; en el CIJ Iztapalapa, finalizaron 6 de las 8 mujeres que asistieron a la primera sesión; en el CIJ Guadalajara, la deserción fue un

poco mayor, pues de las 7 que comenzaron el proceso, lo terminaron solamente 3; sin embargo, incluso en este caso, la participación durante las 7 sesiones fue nutrida, reportando de 5 a 6 participantes por sesión.

En cambio, la participación y continuidad de los hombres en los espacios grupales fue menor: de los cuatro grupos que se llevaron a cabo, 2 de ellos iniciaron con 5 participantes y terminaron con menos.

Otra diferencia importante entre los grupos conformados por hombres y mujeres de la población estudiada, fue la actitud con la que iniciaron el proceso grupal. La mayoría de las mujeres mostraron una actitud aceptable, varias de ellas estaban entusiasmadas por participar en el grupo de reflexión, a diferencia de los hombres quienes aun cuando aceptan asistir, están más escépticos dado que es una nueva experiencia que los confronta con sentimientos.

Al respecto, se puede concluir que a los hombres les resulta más difícil aceptar la invitación a reflexionar sobre temas relacionados con el problema de las drogas, debido a las creencias sociales acerca de lo que significa ser hombre. Estas creencias tienden a priorizar la individualidad sobre la vinculación, como métodos para resolver problemas. Con frecuencia, los varones resuelven los conflictos a través de ejercer su autoridad con la familia; dispositivos de reflexión como los utilizados durante estas intervenciones, pueden ser totalmente ajenos a su cotidianidad, por lo que su participación difiere en relación con los grupos de mujeres. En el GPE del CIJ Guadalajara fue muy clara esta posición. En la segunda sesión, el facilitador comentó que hubo dificultad en la escucha y en establecer una conexión del discurso de los compañeros con sus vivencias.

A pesar de las diferencias señaladas, se considera que el trabajo propuesto en los grupos es muy importante tanto para hombres como para mujeres; aunque al inicio el ejercicio pueda resultar lejano a los varones; si el grupo es capaz de generar un espacio de contención con ausencia total de juicios y descalificaciones, es muy probable que los varones continúen asistiendo a las siguientes sesiones. Asimismo, puede ser de gran utilidad explicitar en una sesión, las creencias sociales que podrían obstaculizar el trabajo

grupal.

Otro dato destacable, es que los 38 asistentes a los 6 grupos que se formaron, pueden distribuirse de la siguiente manera: 19, eran las madres o los padres de los usuarios de drogas; en segundo término, se encuentran 7 esposas del usuario; 6 más eran los propios usuarios; sólo 2 eran hermanos; una era prima; otra más era tía; y los restantes no tenían relación alguna con los pacientes identificados.

Las expectativas que tenían los participantes al inicio del proceso grupal se pueden dividir en tres tipos:

a) Obviamente, la mayor parte buscaba orientación para enfrentar el problema de drogas de su familiar. La ayuda que solicitan en un principio, a veces es muy específica y se expresa de manera precisa: *quiero saber qué hacer cuando mi hijo me pide dinero para comprar drogas o cuando viene drogado; quiero saber cómo actuar con mi hijo porque no quiere ningún tratamiento*; mientras que en otras ocasiones, son más generales y sólo plantean el deseo de apoyar en la rehabilitación de su familiar. En general, dichas expectativas se combinan con una actitud de dependencia hacia el conocimiento y la autoridad del especialista. Por ejemplo, en el CIJ Guadalajara, una de las participantes mencionó que esperaba que *hablen los expertos que sí saben tratar a un usuario de drogas*. Esta demanda de que los psicólogos resolvieran sus dudas sobre la farmacodependencia de sus familiares, se presentó tanto en el grupo de mujeres, como en el de hombres; incluso en ocasiones, representó una dificultad para el desarrollo del grupo, pues algunos participantes centraban la discusión sólo en sus problemas y les resultaba difícil abrirse a las experiencias de los demás.

b) Aunque en menor proporción, algunos participantes también plantearon sus expectativas en función de compartir sus experiencias, crecer como personas, ayudarse a sí mismos, etcétera. Aquéllas que manifestaban estos intereses, regularmente tenían cierta experiencia en terapia y aunque fueran familiares del P.I.,

la centralidad del síntoma se había perdido.

c) Un tercer grupo combinaba las dos expectativas. Pretendían por un lado ayudar a su familiar, y por otro atender sus propias necesidades personales.

Los integrantes más reflexivos y con menos demandas claras a los facilitadores, corresponden al segundo y tercer grupo; sin embargo, el primero es el más numeroso y los facilitadores deben tomar en cuenta sus exigencias para exponer y negociar, desde el inicio del proceso, el objetivo general y la forma de trabajo.

#### **4.8.5 Proceso Grupal**

En la primera sesión, todos los grupos establecieron el encuadre que implicaba acordar los objetivos y las reglas con los que trabajarían, así como los temas que se iban a revisar a lo largo del proceso grupal. En este primer momento, se especificó también la importancia de evitar juicios, críticas y dar consejos, lo que resultó ser uno de los elementos más importantes de la dinámica grupal, como se detallará posteriormente.

Aunque, como mencionó un facilitador, el encuadre resta tiempo para la discusión del tema que corresponde tratar ese día; resulta imprescindible detenerse en ese punto, pues el acuerdo de las reglas y el establecimiento del plan de trabajo, a través de una percepción empática de las necesidades grupales, influyen en la continuidad de la asistencia.

Esto pudo observarse en la primera sesión de un grupo integrado por hombres, quienes estaban interesados en discutir sobre el problema de drogas, a pesar de que se les había dicho que el objetivo estaba enfocado a reflexionar sobre la equidad de género.

El facilitador intentó orientar el trabajo hacia el tema de género, y lo logró en la parte final de la sesión. No obstante, la siguiente sesión se canceló porque nadie asistió al grupo.

En oposición a esto, se vio que cuando los facilitadores escuchaban las expectativas del grupo y adecuaban el trabajo en relación con éstas, la respuesta era activa. En tales casos los participantes mostraban deseos de compartir sus experiencias y aprender de las de sus compañeros.

Es importante mencionar que en ocasiones la insistencia del facilitador por dirigir la discusión grupal en algún sentido, se debía a que el grupo había acordado tratar un tema, y se enfrascaba en otro. En estos casos parece que es de utilidad replantear los acuerdos con la idea de atender las necesidades cambiantes del grupo, reflexionando si realmente la resistencia los lleva a evadir algún contenido, o es porque sus expectativas no fueron escuchadas, o que el propio desarrollo del grupo requiere de un replanteamiento del plan de trabajo.

Por ejemplo, fue interesante que en la primera sesión casi todos los grupos hablaran sobre el problema de consumo de drogas, a pesar de haber pactado tratar otro tema. En algunos grupos, se intentó redirigir la discusión para circunscribirse en lo convenido, pero los facilitadores se encontraron con cierta resistencia, pues las historias saturadas de problemas eran el foco principal en ese momento. Esto nos lleva a plantear la hipótesis de que al igual que en la terapia familiar, el motivo de consulta se convierte en un imán que crea adherencia hacia el tratamiento.

Los participantes requieren, al inicio del trabajo grupal, de un espacio donde puedan sentirse escuchados respecto a las dificultades cotidianas que enfrentan por el abuso de drogas de uno de sus familiares, y sólo después, pueden reflexionar sobre otros temas. El encontrar un espacio de contención y desahogo, en temas que han causado tanto conflicto emocional y han acaparado la atención de la familia durante mucho tiempo, puede ser vivido como un gran alivio para los participantes a nivel personal, a la vez que crea un sentido de identidad grupal, ambos importantes en el desarrollo del proceso de trabajo posterior.

Las participantes reconocieron, al final del trabajo que “existen diferentes posibilidades

para enfrentar el consumo de drogas, y no una sola respuesta a sus preguntas, sino varias que pueden surgir del grupo y no necesariamente del experto”.

Por su parte, la facilitadora reflexionó constantemente sobre lo que le hacía sentir el grupo y sus demandas, con el fin de tomar en cuenta estas ideas en sus intervenciones con el grupo, lo cual definitivamente ayudó a que su participación fuera empática, flexible y útil.

Las participantes aprendieron a través de la experiencia, lo significativo que puede ser el apoyo de una red, y que ellas mismas pueden proponer soluciones a sus problemáticas, sin depender permanentemente de un experto.

La estrategia de trabajo en los grupos fue variada: algunos adoptaron una postura reflexiva, mientras que otros utilizaron una combinación de enfoques, iniciando la sesión con la psicoeducativa, y concluyéndola con la reflexión sobre sus experiencias y la nueva información que se había expuesto. El desarrollo de los distintos procesos y los resultados obtenidos, confirman la importancia de utilizar estrategias diferentes acordes con las personas que tenemos frente a nosotros. Los facilitadores mencionaron que esto depende en gran medida, de las características de los participantes del grupo: aquéllos que ya tienen experiencia terapéutica, son en general más participativos y reflexivos; por el contrario, los que inician el tratamiento muestran una actitud de mayor dependencia hacia el experto.

En cada sesión se trabajó sobre un tema elegido previamente, y la última sesión también se utilizó, para el cierre del proceso. Este ejercicio final, hizo posible que los participantes retroalimentaran a los facilitadores sobre el trabajo grupal y evaluaran su trabajo no sólo de manera personal, sino grupal.

#### **4.8.6 Temas significativos**

El trabajo en grupos permitió abordar temas nodales que se articulan con el abuso de

drogas, tales como: autoestima; sobreprotección; solución de conflictos; depresión; feminidad y masculinidad; violencia; equidad de género; diferencia entre diálogo y debate; ansiedad; sobreprotección; manifestaciones del poder y formas de control; nutrición emocional; expresión de emociones; relaciones complementarias, y conyugalidad-parentalidad.

Los temas más significativos y que de manera recurrentemente eligieron los grupos fueron: violencia, sobreprotección, feminidad y masculinidad, autoestima, depresión y ansiedad.

Algo que llamó la atención es que los grupos de los hombres eligen el tema de la violencia, lo cual indica que aun cuando ésta es ejercida principalmente por ellos, existe cierta conciencia del daño que causa en su familia y de lo importante que es tratar este asunto para detenerlo.

La posibilidad que tuvieron de reconocer sus actos de violencia, sin que se les culpara, les permitió en un segundo momento evitar la justificación y plantear distintas alternativas de solución a los conflictos. Lo que podemos observar entonces, es una fluctuación entre el reconocimiento de la responsabilidad por la violencia. La reflexión grupal brinda a los participantes la contención necesaria para deconstruir, sin amenaza ni culpa, sus concepciones sobre la violencia.

Igualmente fue interesante que los grupos de mujeres eligieron el tema de la sobreprotección. Las participantes identificaron la influencia de la perspectiva de género en sus actitudes sobreprotectoras, y pudieron reconocer las formas como éstas impiden el crecimiento de sus hijos e hijas y cómo la sobreprotección adopta diferentes matices y métodos, atendiendo a las diferencias sexuales. Como se observa, la revisión de este tema se realizó articulando el género y también otros aspectos igualmente importantes en familias con problemas de drogas, como son: establecimiento de límites; confusión recurrente entre la sobreprotección y el amor, y relación entre la sobreprotección y el consumo de drogas.

Otro de los temas que resultaron más significativos tanto para hombres, como para mujeres fue la autoestima. Los participantes pudieron reflexionar el carácter relacional de la autoestima y la influencia de la perspectiva de género en la misma. Por ejemplo, en uno de los grupos de mujeres, mencionaron que los hombres tenían la posibilidad de recibir reconocimiento por parte de sus compañeros de trabajo, mientras que ellas, que primordialmente permanecían en la casa, estaban a merced de la valoración de sus esposos, de quienes recibían más juicios negativos que reconocimiento, situación que influía sobre su autoestima. En otro grupo, también de mujeres, plantearon que por tener profesiones preponderantemente asociadas a los varones, eran discriminadas por sus colegas y esto las hacía sentir devaluadas no sólo a nivel personal, sino profesional.

Respecto al tema de la feminidad y masculinidad, en varios grupos se logró destacar las conductas de riesgo asociadas con la mayor permisividad que se brinda a los varones. Es importante señalar que en dos de los grupos, los facilitadores mencionaron que las concepciones sobre género fueron expuestas por los participantes, pero en uno de ellos, no sólo no fueron cuestionadas, sino que las participantes las reafirmaron. Las integrantes confirmaban así, su rol de cuidadoras de la familia y se sentían muy satisfechas por cumplir satisfactoriamente con él. De igual manera, en una sesión los hombres defendieron su posición desde una postura patriarcal, y aunque al final de la sesión pudieron vislumbrar ideas diferentes sobre su participación en la familia, resultó difícil que generaran nuevas visiones. Entre las creencias más firmemente arraigadas tanto en los hombres, como en las mujeres, están las relacionadas con su identidad de género. Si bien en alguna sesión los participantes se quejaban de los obstáculos que conllevaban en su vida estas concepciones, paradójicamente en otro momento las defendían. Parece que resulta muy amenazante atentar contra lo que se percibe como un elemento que brinda identidad.

Estos temas en ocasiones fueron abordados paralelamente en la terapia familiar, en tanto se ha demostrado, con el trabajo clínico e investigaciones anteriores de CIJ, que son aspectos relacionales de la familia que frecuentemente requieren ser revisados cuando se tratan problemas de adicción.

Sin embargo, el diseño del trabajo grupal permitió que dichos temas se trataran desde una perspectiva diferente a la de la terapia familiar. Un elemento distinto fue que las reflexiones se generaban con personas ajenas a la familia, pero que cursaban por situaciones análogas. Esto provocó que los participantes pudieran expresarse con soltura sobre temas que cotidianamente provocan dudas o conflictos personales y relacionales. Al respecto, una de las facilitadoras comentó que un aspecto positivo del trabajo grupal fue: *participar en un espacio de confianza, confidencialidad y con personas del mismo género, donde no fueron criticadas y se respetó la opinión de todas, con un trato amable y agradable.*

En algunos casos los participantes señalaron que nunca se habían puesto a pensar en esos temas, o que no tenían con quién comentarlos. En el caso de los hombres, creemos que ellos tienen la prohibición social de externar sus dificultades emocionales, pues eso los hace sentirse vulnerables y va en contra de las expectativas que se generan sobre ellos. La experiencia del trabajo grupal fue, para algunos, una situación inédita, que en ocasiones provocaba simultáneamente, cierta resistencia y el aprendizaje de visiones diferentes a las suyas.

#### **4.9 PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL MODELO DE TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL**

El género como construcción cultural en contextos históricos sociales, influye significativamente en la forma en que se organizan las familias, en la cosmovisión de sus integrantes y en su conformación de proyectos de vida; es el encargado de normar y dirigir la conducta de los individuos de acuerdo con las representaciones sociales que asignan atributos a los hombres y las mujeres.

Las construcciones sociales de género se han consagrado en los hombres: la razón, la sabiduría, la fuerza, la legitimidad en el ejercicio del poder y el control de las emociones son sus características principales y naturales. A la mujer se le han impuesto atributos tales como: la sensibilidad, la abnegación, la sumisión, la cercanía emocional y el

cuidado de los demás.

Aún ahora se argumenta que estas características son el resultado natural de sus diferencias biológicas y por lo tanto son imposibles e inmutables. El discurso androcéntrico plantea que la naturaleza no capacitó a los hombres en el cuidado paciente y constante que requiere la crianza de los hijos o para expresarles cariño. En oposición a esto, se plantea que naturalmente los hombres están dotados de la capacidad para tomar las decisiones y proveer económicamente a su familia. Este mismo discurso hegemónico plantea que la mujer está obligada a expresar su instinto materno a través del afecto, el cuidado y la educación de sus hijos.

A partir de la segunda mitad del siglo pasado y a la par de las transformaciones económicas, políticas y culturales han ido cambiando también las maneras de comprender lo “masculino” y “femenino”, y en consecuencia, el modo de relacionarse entre hombres y mujeres. La transformación de los atributos culturales asignados a hombres y mujeres se hace evidente en los últimos veinte años, con la elevación del nivel educativo de las mujeres, su mayor incorporación al trabajo remunerado y la diversidad de estilos de vida familiar. La generación joven actual ya ha crecido con esta transformación y encontramos nuevas e innovadoras formas de relación entre las y los jóvenes mexicanos. Sin embargo, la inequidad y la desventaja para las mujeres aún persiste, tanto en lo público, con la falta de oportunidades laborales y el acceso a puestos de toma de decisión, como en lo privado donde un gran porcentaje de mujeres viven en situación de violencia.

Ante este escenario en transformación es necesario impulsar programas sociales dirigidos a la deconstrucción de estereotipos y hacia la libre elección de estilos de vida, e incorporar a la práctica clínica esta visión que examina la construcción de género. A pesar de los grandes avances científicos y tecnológicos, y del desarrollo de teorías posmodernas que dan cuenta de la complejidad de los fenómenos, aún en muchos sectores profesionales de la salud mental, se mantiene una profunda resistencia a mirar estos procesos que imponen normativas identitarias y que influyen de manera significativa en la subjetividad femenina y masculina, y en las relaciones familiares y

sociales entre hombres y mujeres.

Trabajos como los de Burin (1998 y 2000), Tarragona (1990) y Fernández (2004) hacen referencia al sesgo patriarcal de los planteamientos teóricos de la terapia familiar, en los cuales pasan inadvertidos la condición de devaluación de la mujer en la familia y su diferente acceso al ejercicio del poder sobre ellas mismas y sobre sus seres queridos, y en cambio, se hace énfasis en su potencial capacidad de “enfermar”, al categorizarlas como madres esquizofrenizantes, sobreinvolucradas, intrusivas, culpígenas, etcétera.

Con frecuencia, la cercanía emocional atribuida a las mujeres sigue siendo traducida como negativa, fundamentada teóricamente como una necesidad simbiotizante que impide el crecimiento de los hijos. En cambio, las características asignadas a los hombres, como la autonomía, y más aún las conductas que los mantienen alejados de la vida familiar y de los hijos, no han sido planteadas como falta de apego, sino que son valoradas e incluso justificadas como necesarias en su condición de proveedores.

El problema de la diferencia no radica en sí misma, sino en la manera en que se valora, se jerarquiza y constriñe la vida de las personas. La diferencia sexual, no debería ser tomada como un sello que marque y limite sus vidas, que aliente ciertos comportamientos en unos y repruebe los mismos en otros.

Las investigaciones de CIJ han reportado además, una serie de articulaciones entre el uso de las drogas, la violencia familiar y las construcciones sociales de género. Señalan la necesidad de incorporar a la atención terapéutica una visión sensible al género.

El modelo multidimensional, por tanto propone utilizar diferentes referentes teóricos que den cuenta de la articulación de los problemas de la violencia familiar y las adicciones, y de las posibilidades de un proceso terapéutico que atienda estos problemas integralmente. Este modelo sostiene la importancia de trabajar la terapia familiar con perspectiva de género y complementarla con estrategias psicoeducativas que permitan que hombres y mujeres tengan información acerca de la influencia cultural en nuestro

sentir, pensar y actuar, y reconozcan su propia historia desde esta perspectiva, reflexionen y cuestionen sus propios discursos.

El analizar en el ámbito de la familia la forma específica en que las construcciones de género organizan sus relaciones, permitirá entender de una manera más amplia, las alianzas, coaliciones, jerarquías, roles, funciones, patrones familiares y la forma en que se instaura la violencia.

El abordaje terapéutico incluye el análisis de los arreglos familiares y cómo se articulan con construcciones estereotipadas de género. Sólo así será posible “deconstruir” los significados subyacentes a las nociones y normativas naturalizadas, a favor de una mayor flexibilidad en el cumplimiento de las funciones conyugales y parentales.

El trabajo terapéutico y psicoeducativo comprende deconstruir aquellos discursos que obstruyen el camino de la equidad entre los géneros, atendiendo tanto los derechos de las mujeres, como de los hombres al cuestionar pesadas cargas y responsabilidades asignadas a ellos asociadas con masculinidad y al otorgar la posibilidad de desarrollo en ámbitos que les han sido negados, como por ejemplo, el emocional. Este modelo al cuestionar los roles de género, beneficia de igual manera a hombres y mujeres, y permite revalorar y reorganizar las funciones familiares que impiden el crecimiento de los miembros de la familia y sostienen el síntoma de la adicción.

En estos espacios se debe abogar por relaciones más democráticas al interior de la familia y que aseguren la nutrición afectiva de todos los integrantes. Creemos que la familia es el ámbito privilegiado para la transmisión y la construcción de principios éticos, valores y creencias, que definen el actuar de hombres o mujeres. Al mismo tiempo, cada integrante de la familia contribuye en la producción y reproducción de los conceptos de género. Tomar conciencia de cómo producimos estas concepciones que luego consideramos naturales requiere un esfuerzo de distanciamiento y reflexión, tal como plantea White cuando habla de deconstruir los discursos que reclutan nuestra identidad.

#### 4.9.1 Feminidad, masculinidad y drogas

Los factores de riesgo de consumo de drogas, la edad de inicio del consumo, el motivo de consumo, la elección de la droga utilizada, el acceso al tratamiento, el estigma social del adicto y otros aspectos de la adicción están diferenciados por géneros y se articulan con las atribuciones culturales y estilos de vida de hombres y mujeres. Por lo cual es imprescindible incluir los conceptos de género en la comprensión de la problemática y en los recursos técnicos utilizados en el tratamiento familiar.

Las diferencias asignadas culturalmente y luego naturalizadas a través de argumentos biologicistas, articulan la masculinidad y el consumo de alcohol y drogas de diversas maneras, algunas de ellas son capaces de aseverar que el hombre reafirma su masculinidad realizando actividades riesgosas que son asociadas con fortaleza y valentía, como la ingestión de bebidas alcohólicas o el uso de drogas. Es frecuente que los hombres tengan expresiones tales como: *Yo aguanto (consumir alcohol) más que mis amigos,...es difícil que yo me ponga mal, casi siempre me siento normal...bien, como siempre*. El discurso subyacente es que el hombre es más poderoso que los demás hombres, más que las drogas. Muchos adolescentes inician el consumo de alcohol como una forma de identificación con sus propios padres. Los hijos aprenden lo que los hombres deben hacer para ser hombres. Encontramos frecuentemente que los padres de adolescentes con problemas de uso de alcohol o drogas han sido consumidores de alcohol y se observa un patrón repetido de consumo al menos en tres generaciones.

En ocasiones la ingesta extrema de alcohol o el inicio del consumo de drogas es utilizada como un rito de transición de la niñez a la adolescencia o como una forma de sentirse aceptado por los pares. La presión que ejercen los amigos para el consumo de drogas está vinculada con el concepto de masculinidad que los hombres sienten que deben reafirmar constante e interminablemente.

Si bien la adicción es un problema que trae consigo discriminación a quien la padece, en el caso de la mujer ésta es mayor, el rechazo social incluye a su propia familia, de la que

difícilmente recibe apoyo y atención, es decir, la ley moral es diferente para hombres y mujeres, siendo más severa con éstas. En estudios sobre drogas y género realizados en CIJ (Fernández y cols. 2004) se planteó que la usuaria de drogas sufre una *doble estigmatización*, asociándole características tales como la promiscuidad sexual o “madre desnaturalizada”.

La mujer adicta se convierte de facto en “puta” que, dicho sea de paso, es una de los adjetivos más peyorativos que puede recibir una mujer en nuestra sociedad. No es excepcional escuchar aseveraciones como: *Ya drogada, segurito que se iba con uno y con otro, le gustaba la droga, pero también el relajo.*

Además, como el valor de la mujer está cimentado en su capacidad de vivir para otros, de responsabilizarse por la crianza de los hijos, ancianos y personas enfermas, y debido a que el consumo de drogas le dificulta esta función, la mujer es calificada exclusivamente según la “eficacia” que muestra en su rol de madre o cuidadora. Su desempeño en otras funciones importantes para sí misma o para la sociedad no son valoradas cuando la mujer desafía los mandatos y desatiende las asignaciones sociales de velar por su familia. Una mujer con hijos que usa drogas y no cumple con los “estándares sociales” que se esperan de ella, es vista como una “mala madre”, que es otra de las descalificaciones más severas para una mujer en esta sociedad: *¡No es posible que no le importen sus hijos!, ¡Estaba tan drogada que no sabía si sus hijos habían comido, los dejaba solos, por eso son como son!*

Se sabe que muchas mujeres iniciaron el consumo de drogas por invitación de su pareja y que este consumo es sostenido por el miedo a perder su compañía. La experiencia compartida del consumo les hace creer que se fortalece el vínculo, pero la misma historia adictiva va degradando su relación.

Las condiciones de opresión que frecuentemente vive la mujer en esta sociedad es uno de los factores que influyen para que éstas consuman alcohol y/o drogas, y con ello tolerar una situación que les resulta ansiógena y/o deprimente. Las mujeres perciben su

situación de opresión, pero al mismo tiempo es difícil que tengan la capacidad de actuar para acceder a un clima de mayor bienestar y seguridad. La construcción de género les lleva a pensar que la violencia, el aislamiento y la desventaja son naturales y que no tienen la capacidad de cambiarlos. La única opción que en tales condiciones de sometimiento pueden visualizar para apuntalar su valía, es acentuar las características que socialmente se han permitido a las mujeres y que le acrecientan su desventaja y la posibilidad de dirigir su vida hacia espacios de bienestar.

Es frecuente que las mujeres adultas que sufren depresión o ansiedad, sean medicadas psiquiátricamente con el conocimiento o, incluso, solicitud de la familia (más frecuentemente del esposo). Posteriormente esta medicación se realiza sin prescripción, iniciando un ciclo adictivo. Aunque es conocido que ciertos tipos de depresión y trastornos de ansiedad se atienden eficazmente con fármacos, no podemos obviar que en ocasiones esta prescripción se realiza sin atender las condiciones de género con las que están vinculadas. El *Tafil* no puede disminuir la sobrecarga emocional de una mujer que tiene que atender simultáneamente las funciones económicas y domésticas de su familia. El *Prozac* tampoco modificará la valorización de la mujer en el ámbito familiar, ni le permitirá entender que también ella tiene el derecho y la capacidad de decidir sobre su vida. Los medicamentos psiquiátricos pueden servir de ayuda cuando se atiende simultáneamente las condiciones que llevan a una persona a sentirse desesperada y abatida, pero cuando se tornan en la única salida de esta condición, el proceso adictivo sólo agudiza el problema.

Respecto al acceso que las mujeres tienen a los tratamientos de rehabilitación, su identidad de género también la sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad, pues la figura femenina que es visualizada como agente de salud familiar y comunitaria no tiene permiso social para enfermarse y ser cuidada por otros. La mayor parte de las ocasiones el hombre adicto es acompañado por una mujer a su tratamiento o es excusado de sus funciones productivas para que atienda su adicción. En el caso de la mujer adicta, la situación es diferente: los hombres no están atentos de la salud de las mujeres, ni reorganizan su trabajo para facilitar que ésta participe en programas de rehabilitación.

Las etapas en que la mujer es atendida médicamente están relacionadas con su función reproductora, pero se pierden de vista todos los otros riesgos a los que la mujer está expuesta, como el de la adicción a las drogas.

El modelo de TFM con perspectiva de género propone reconocer y respetar la diferencia, desmitificar estereotipos sociales que se reproducen, cuestionar permanentemente la naturalización de las atribuciones sociales a hombres y mujeres, razonar sobre la jerarquía, sobre todo en el vínculo conyugal, analizar quién ostenta el poder y discurso dominante en la familia, y fortalecer la autoestima y la nutrición afectiva de todos los integrantes.

Algunos de los cuestionamientos que pueden resultar útiles en el proceso de deconstrucción de estas concepciones de masculinidad y feminidad, podrían ser los siguientes:

*¿Cuáles son las características más valiosas del ser humano?, ¿cuáles de ellas se asocian con las mujeres?, ¿cuáles a los hombres?, ¿por qué imaginan que esto es así?, ¿cómo se sienten cada uno con estas atribuciones?, ¿qué privilegios les brinda y que obstáculos les impone?*

*Si un día amanecieran habiendo cambiado de sexo, ¿qué pasaría?, ¿cómo se sentirían?, ¿qué actividades diferentes tendrían que realizar durante el día?, ¿cómo imaginan que serían mirados por el género contrario?, ¿cómo cambiaría esto la relación con sus hijos?, ¿qué sentimientos y pensamientos serían los predominantes?*

*¿Qué tendrían que hacer los miembros de la familia para que cada uno se sintiera valorado, querido y reconocido?, ¿qué piensan acerca de que socialmente se valore más al género masculino que al femenino?*

*¿Para quién creen que es más difícil dejar de consumir drogas, para el hombre o la mujer?, ¿por qué?, ¿cómo podría ayudar la familia para vencer estos obstáculos?, ¿por qué creen que las mujeres consumen más drogas médicas y los hombres marihuana o*

*cocaína?, ¿por qué creen que ha aumentado el consumo de drogas en las mujeres en los últimos años?*

#### **4.9.2 Manejo de las emociones y trastornos asociados al género**

La expresión de emociones es una característica que socialmente se le permite a las mujeres, no así al hombre. El hombre tiene prohibido admitir que siente tristeza, vulnerabilidad, desesperanza y cansancio, que en muchas ocasiones no puede ni siquiera registrarlo internamente, pues ello supondría atentar en contra de su hombría. El enojo, en cambio, que denota fuerza, es un sentimiento que los hombres puedan expresar sin ningún cuestionamiento y que ha llevado incluso a justificar la violencia que ejercen. Sin embargo, la experiencia en la clínica nos ha mostrado que se requiere de mucha paciencia y empatía por parte del terapeuta para lograr que los hombres puedan reconocer que muchas veces se han sentido solos, tristes, confundidos, envidiosos, vulnerables o con ternura.

En el caso de las mujeres el enojo es una de las emociones que los estereotipos de género le han negado. En una investigación sobre la vida emocional de las mujeres casadas, Eguiluz (2003) encontró que la mayor parte de las mujeres entrevistadas comentaron que son muy pacientes y rara vez se enojan. Ella plantea la hipótesis de que el coraje sea descargado de manera encubierta o se transforme en depresión, que es un trastorno autorizado socialmente para ellas. También en el trabajo terapéutico se encuentra con frecuencia que la depresión de la mujer tiene muchos ingredientes de enojo que no han podido ser expresados por temor a ser abandonadas por sus familiares y en especial por sus parejas sentimentales. De esta manera, las mujeres también se enfrentan con percepciones y sentimientos que no pueden expresar tal como los registran por cumplir con las expectativas que su condición de género les asigna. Las drogas en el caso de las mujeres también se entrelazan con estos trastornos. La mujer deprimida puede recurrir a la ingesta de drogas de uso médico como un medio de mitigar su insatisfacción y dolor. El incremento en la ingesta de alcohol por parte de las mujeres en los últimos años puede ser un indicador de esta misma situación. El uso de drogas y

la presencia de episodios de insatisfacción o dolor emocional, sin la posibilidad de comprenderlos y tomar decisiones que la lleven a un mayor bienestar, son elementos que funcionan como disparadores de una adicción.

Ya en publicaciones anteriores, hemos citado que los motivos de la depresión para hombres y mujeres son distintos. Las mujeres son educadas y centran más sus vidas en vivir para los otros, sus relaciones afectivas tienen más peso en su vida que sus logros personales y profesionales. Para los hombres la principal fuente de valía es su trabajo, su productividad y sus mediciones de éxito personal, comúnmente asociadas con ser proveedor de la familia y tener suficiente dinero. Así que las mujeres se deprimen más por situaciones relacionadas a pérdidas de relaciones afectivas y duelos no resueltos, mientras que los hombres por problemas relacionados al trabajo y su rendimiento.

Dentro de los espacios terapéuticos y psicoeducativos valdría cuestionarse:

*¿Qué situaciones de tu vida cotidiana te proporcionan alegría, coraje, tristeza, desesperanza, etcétera?, ¿por qué imaginas que pocas situaciones te provoquen enojo, tristeza, alegría, etcétera?, ¿qué caminos tomas para expresar tus emociones y sentimientos?, ¿cuáles de ellos te causan molestia identificarlos en ti?, ¿cómo explicas esto?, ¿qué efectos tienen en tu vida expresar estos sentimientos, pensamientos y percepciones?, ¿de qué otra manera podrías hacerlo para que te sintieras bien?*

#### **4.9.3 Reorganización de roles y funciones**

Con la inserción de la mujer en el área laboral, las funciones y los roles que ella ha venido desempeñando de manera casi exclusiva en el hogar, han cambiado. Sin embargo, continua con las responsabilidades que se le atribuyen cuando se le juzga como principal cuidadora del núcleo familiar, tales como la alimentación y la crianza de los hijos, la limpieza y el orden en el hogar, el cuidado de la salud de los integrantes, etcétera. La inclusión de los hombres al ámbito doméstico ha sido paulatina pero con mayor resistencia de lo que las mujeres lo han hecho al ámbito laboral. Esta situación hace que

se perpetúe la dicotomía de los roles en las prácticas cotidianas de la familia: el papá-proveedor (ausente emocional) y la mamá-cuidadora (responsable de los hijos), con la doble carga para ellas de trabajo-hogar.

Hoy en día, las nuevas familias están asumiendo y afrontando estos cambios, pero no siempre logran acceder a transformaciones estructurales que permitan una distribución diferente de las funciones parentales y una modificación de las jerarquías y el poder entre los géneros.

La organización familiar regida por la estructura patriarcal se acomoda a las nuevas situaciones y responde de manera homeostática, cambiando sin cambiar. Los actores que han sufrido principalmente esta situación son las mujeres y los hijos. Ellas se han incorporado a la fuerza de trabajo fuera de casa, pero han tenido que enfrentar la doble jornada laboral, es decir, cubrir los roles reproductivos y productivos simultáneamente. Estas mujeres experimentaron procesos de sobrecargas de trabajo, contradicciones y estrés. Las sobrecargas de trabajo, cuidar a los hijos y las actividades domésticas llevan a una saturación de esfuerzo y desgaste emocional y físico, que genera estrés y ansiedad. Además de que viven la contradicción que implica que las actividades laborales remuneradas, que sienten como logros, limitan la función materna de cuidado y apoyo afectivo, y la confrontan con preocupaciones, temores y sentimientos de culpa por el abandono de los hijos.

La falta de redes sociales de apoyo ante la necesidad de actividad femenina fuera del hogar y la resistencia a la redistribución de tareas al interior del hogar hace que hoy día, muchos niños y adolescentes sufran lo que se conoce como violencia por negligencia, es decir, un maltrato que se asocia a la omisión de protección y amor necesarios para su desarrollo.

Muchos otros niños y adolescentes viven con un ejercicio de violencia emocional que podríamos llamar de sobre-exigencia o incluso explotación y que consiste en atribuir el cuidado de hermanos menores y de las tareas del hogar a los hijos mayores, quienes

todavía son menores de edad, sin importar si tienen cinco o quince años. Así encontramos en muchos hogares que niños de seis, ocho, diez o doce años cuidan a hermanitos y son maltratados si suceden accidentes (lo cual es muy común), no hicieron la comida o no limpiaron su casa.

Por lo anterior, es importante que en los espacios terapéuticos y psicoeducativos se reflexione con los integrantes de la familia acerca de nuevas formas de redistribución de roles, para realizar las labores instrumentales de casa y cumplir las funciones parentales en general.

Se exponen nuevamente algunos planteamientos que pueden servir como puntos de reflexión con la familia sobre este tema:

*¿Qué hicieron sus padres para mostrarle cuáles eran sus responsabilidades como hombre o como mujer?, ¿qué piensa sobre eso?, ¿qué hacen ustedes para mostrar eso mismo a sus hijos?*

*Si usted pudiera decidir trabajar sólo en la casa o afuera, o combinar ambas funciones, ¿qué decidiría?, ¿por qué?, si siente que no puede decidir, ¿qué cree que se lo impide?*

*Si se pagara económicamente el trabajo doméstico a las mujeres, ¿qué cambios provocaría en la dinámica familiar?, ¿cómo se sentiría quien realiza ese trabajo?, ¿cuánto habría que pagar por este trabajo para que el salario fuera justo?, ¿por qué imaginan que la sociedad ha determinado que ese trabajo no sea remunerado?*

*Al papá y a la mamá: ¿Podrían hablar de los momentos más significativos con sus hijos?, ¿cómo se relacionan estos momentos con los roles asignados socialmente?, ¿como hombre y como mujer, podrían hablar de las mayores satisfacciones en su vida?, ¿con qué se relacionan estas satisfacciones?, ¿por qué imaginan que es así?, ¿podría ser de otra manera?*

#### 4.9.4 Aplicación y discusión de perspectiva sensible al género

La comprensión y las intervenciones realizadas por los terapeutas reflejaron una constante perspectiva sensible al género. La conformación del equipo terapéutico, constituido por un hombre y una mujer, permitió que, naturalmente, los terapeutas y la familia trabajaran tomando en cuenta las diferencias en las interacciones que provocan uno y otro género.

Con frecuencia los terapeutas encontraron que la identificación entre ellos y los consultantes era consecuencia de su pertenencia al mismo género y por tanto, compartían los roles asignados a éste. Esta situación permitía a los terapeutas tener un acercamiento empático y confirmar a los consultantes, por ejemplo, en uno de los casos, el terapeuta comentó: *En esta sesión me he sentido cercano al P.I., debido a que ha sido difícil (su situación), en la historia que cuenta, el sentir el deseo de estar cerca de su familia o sus hijas y tener que trabajar mucho para proveer a la familia, esto lo entiendo desde una postura de padre.* En otro caso, el coterapeuta mencionó la actitud que tuvo su compañera con las mujeres de la familia: *Existe una actitud de solidaridad de mi compañera con las mujeres jóvenes de la familia en esta sesión, pues se interesa y da oportunidad de que se escuche su sentir respecto a la desventaja que se ha manejado entre los hombres, pienso que con la intención de que se valore lo que han hecho por la familia.*

Además de esta identificación y empatía como resultado de ser del mismo género, el hecho de que hubiera una terapeuta mujer y un hombre en cada equipo, permitía que las visiones masculinas y femeninas estuvieran presentes y destacadas por uno y otro terapeuta. Si bien es cierto que no es indispensable ser mujer para entender el punto de vista femenino y viceversa, lo cierto es que la cultura marca a hombres y mujeres de diferente manera y resulta más fácil la comprensión de una perspectiva cuando ésta ha sido vivida en carne propia, lo que propicia un natural acercamiento.

Esto pudo observarse en varias ocasiones en que los consultantes buscaron la

aprobación de sus ideas viendo al terapeuta de su mismo género: *...por momentos la madre volteaba a ver a la coterapeuta, no sé si buscando alguna alianza que pudiera tener con el género, buscando la aceptación, entendimiento o de alguna manera como esperando también confirmación.* Es importante mencionar que en este último caso, los terapeutas tuvieron algunas dificultades técnicas, lo que les obligó a permanecer a ambos en el consultorio con la familia, de manera que aunque sólo uno trabajaba directamente con la familia, los dos tenían contacto físico con ésta.

Por otro lado, se habla de que la perspectiva de género estuvo presente en todos los equipos terapéuticos porque se dio voz a los discursos femeninos y también a los masculinos. Se podía entender el sufrimiento de la madre de la familia López por haber vivido violencia ejercida por su esposo. En este caso, los terapeutas la escucharon, le dieron contención y la validaron, sin embargo, también pudieron entender, sin culpabilizar, la posición periférica del padre. Ellos pudieron identificar que este lugar de lejanía se sostiene por las creencias de género que determinan el lugar y los roles para los hombres y las mujeres; así como por la dinámica familiar en donde se pide al padre que se comprometa con la familia, pero continuamente se le descalifica. Por su parte él sufre por estas descalificaciones pero contribuye con su poca involucración con la familia y de esta manera, su esposa, aliada con sus hijos tienen buenas razones para seguir descalificándolo. Como podemos observar, la visión de género complejiza la comprensión sobre la estructura de la familia, pues logra articular aspectos sociales e intrapsíquicos con los familiares.

En el caso de la familia Pérez también fue clara la integración de la perspectiva de género. Los terapeutas escucharon las quejas que tenían los hijos contra el padre, sin embargo también pudieron rescatar sus aspectos positivos y propiciar una narrativa distinta respecto a esta figura. Los hijos pudieron reconocer que aunque el padre no fuera asertivo en la forma de comunicarse con ellos, lo cierto era que sí tenía interés por su familia. El hecho es que la educación que se brinda a los hombres con frecuencia les incapacita para expresar sus sentimientos de cariño y en ocasiones incluso los sanciona cuando se atreven a hacerlo, pero luego se pretende que desaprendan por sí mismos y

actúen de forma contraria a su educación. Por supuesto lo mismo sucede con las mujeres, primero se les prohíbe ser independientes y luego, cuando viven en función de su esposo o hijos se les acusa de intrusitas y sobreprotectoras.

El caso más representativo respecto del trabajo con perspectiva de género fue el de la familia Ruiz, pues se puede decir que propiamente todo el proceso se desarrolló desde esta visión. En este caso ambos terapeutas destacaron las diferencias rígidamente establecidas en la familia respecto a los hombres y las mujeres. Mientras a ellas se les exigía responsabilidad, a ellos se les permitía tener conductas de riesgo. Las mayores obligaciones las tenían las mujeres y los hombres gozaban de mayores privilegios, aunque, a fin de cuentas el gran costo para los varones era la dificultad para hacerse adultos. El trabajo terapéutico logró señalar a las voces femeninas como valiosas; identificó que las creencias familiares sobre género propiciaban inequidad entre sus integrantes, y finalmente, consiguió entender como los privilegios gozados por los varones de la familia también les llevaban a sufrir una desventaja, pues la sobreprotección, de la que eran objeto, incapacita a las personas para enfrentar los problemas, como el de la adicción. A final de cuentas el gran logro fue haber comprendido la articulación existente entre las creencias sobre género y el síntoma del consumo de drogas.

La aplicación del modelo de TFM, arroja como una conclusión el que los terapeutas hayan desarrollado una sensibilidad especial respecto a la perspectiva de género. El modelo permitió que los terapeutas ampliaran su visión en la lectura de las dinámicas de las familias que tienen problemas por el consumo de drogas. Ofrecieron también diferentes posibilidades de intervención en el que incluyeron las asignaciones de género como un factor de riesgo en el abuso del consumo de drogas.

Además, se puede decir que el planteamiento del Modelo de TFM incidió sobre la conformación del equipo terapéutico y facilitó a los terapeutas el reflexionar sobre sus propias construcciones y la manera en que éstas se pueden convertir en determinantes en el proceso terapéutico. Además brindó elementos que permitieron que los terapeutas

registraran la distancia terapéutica y, en ocasiones, modificarla en beneficio del sistema terapéutico.

#### **4.10 CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DE REDES DE APOYO SOCIAL**

Este modelo de intervención se basa en el interés por contextualizar el problema de abuso de drogas y de la violencia familiar dentro de un amplio escenario social.

Si empezamos por cuestionar el mito de la vida privada, podremos pensar que concebir el consumo de drogas o la violencia como dependientes solo de la vida privada contribuye, a nuestro juicio, al mantenimiento de la alineación en la que está inscrito el sujeto.

En el mismo sentido, no podemos pasar por alto la importancia de la ideología “familiarista” en la cual se percibe a la familia como el único lugar posible de felicidad, concibiéndolo a menudo como el único marco aceptable para las relaciones de intimidad y de apoyo válido, y en consecuencia, se convierte en la principal culpable cuando estallan los problemas de salud mental, lo que ayuda a que se mantengan enmascarados factores del orden socio-ambiental.

La pertenencia de una persona a un contexto social específico nos permite entender los complejos procedimientos que construyen a los sujetos y constituyen una cierta manera de ser social, y de forma de existencia.

No existe persona alguna que desarrollara su problema aislado de la sociedad. Para poder apoyar al sujeto en su búsqueda de resoluciones para el problema de abuso de drogas o de violencia, consideramos importante comprender el contexto social y relacional del que forma parte.

#### **4.10.1 El abuso de drogas y la violencia se configuran y desconfiguran siempre en un contexto social**

El abuso de las drogas es una conducta problemática relacionada con el contexto social. Es un problema que está vinculado con toda la dinámica social en la que existe el suministro de drogas. Esto es así desde el momento en que estas sustancias están al alcance de los jóvenes dentro del contexto y tienen relación a las dinámicas de la sociedad actual.

Para que alguien pueda usar drogas debe conseguirlas de otras personas. En términos generales, las personas se inician en el consumo por influencia de personas emocionalmente cercanas a ellas, quienes les introducen en esa práctica como señal de amistad, confianza e incluso de ayuda, es decir, alrededor del hábito de consumo de drogas también se construye un vínculo social.

Si bien las redes sociales forman parte importante para que alguien se inicie en el consumo de drogas, también pueden operar de forma inversa, favoreciendo su recuperación. Las relaciones interpersonales son constituyentes básicos que dan pie a las personas, tanto para iniciar su consumo de drogas como para dejar de consumirlas.

Si este proceso de curación confronta al sujeto con los marcos sociales donde está inserto, para curarlo es preciso situarlo en un nuevo cuadro, religioso, étnico e ideológico, con otro sistema de valores diferentes, que le suscite un nuevo sentimiento de adhesión y pertenencia. Para que el usuario de drogas pueda concentrarse en sus esfuerzos por abandonarlas debe haber también un cambio significativo en su red social.

Si nos apegamos a la lectura sistémica que sostiene que el paciente identificado cumple una función homeostática para el sistema familiar, es probable que la familia tenga problemas para permitir que sus integrantes, especialmente el PI, desarrollen otros lazos relacionales fuera de la familia. Alrededor del usuario de las drogas frecuentemente se observan miembros de la familia que también están atrapados en el patrón interaccional

estereotipado de los “salvadores” y “salvados”. Uno de los factores que coadyuvan en la generación del cambio en este tipo de organización es el que los integrantes de la familia amplíen sus redes sociales. La admisión familiar de nuevas relaciones interpersonales y de apoyo del exterior del grupo, propicia que sus integrantes encuentren nuevas y diferentes posibilidades de redefinir sus relaciones interiores.

También en situaciones de violencia conyugal, si la pareja cuenta con apoyo externo a la familia, disminuye la posibilidad de que se requiera involucrar a los propios hijos en el señalado conflicto, con o sin una conciencia clara del hecho. Por ello, es importante reconocer las relaciones con las familias extensas, los vecinos, los compañeros de trabajo, los grupos de autoayuda, etcétera, donde la víctima y/o cada uno de los integrantes pueda adquirir nuevos recursos, aprender nuevas formas de convivencia y de interpretar la realidad, además de la sensación de ser aceptados en otros grupos distintos a la familia, lo que posibilita el despliegue de nuevas habilidades y capacidades. Este tipo de sensación es básica para estabilidad emocional de cada sujeto.

Por otra parte si nos apegamos a la lectura socioconstruccionista, estamos en posibilidad de pensar que nuestra realidad, aquella en la que vivimos, se construye y se deconstruye siempre en la interacción social. Es decir, para la construcción de nuestras realidades siempre existen influencias directas e indirectas que están en relación con las expectativas de las personas que nos son significativas dentro de nuestro contexto social.

En este sentido, es fácil comprender que si el usuario se colocara en un escenario social en el que existe una fuerte voz que apoya ser reclutado por las drogas, es casi seguro que la persona terminará reclutada por este discurso. Por el contrario si la voz apoya el abandono de las drogas, aumentan las posibilidades de que él recupere para sí esta alternativa. Así, si queremos invitar a los jóvenes a que construyan su vida desestimando el uso de drogas debemos acompañarlos también a que ellos adquirieran un criterio acerca de una estética de vida que les convenza de que no las necesitan. Para esto, debemos preocuparnos de una nueva construcción de redes sociales que sirvan de

apoyo a quienes usan drogas, que les ayuden a abandonar su hábito. Tal construcción debe ser más fuerte que el vínculo social establecido a favor de la ingesta de aquellas sustancias. El establecimiento de una red social que apoye que los abusadores de drogas abandonen su hábito, es uno de los factores de protección más importantes.

De la misma manera, frente a la violencia familiar o de género, como ya mencionamos, una de las defensas frecuentes ante tal imposición es el intentar transformar en semejante lo que es distinto (proceso de naturalización) así, se acepta la violencia como algo ineludible, se connota como algo favorable frente a nuestros ojos y a los ojos de los demás, o de plano la negamos.

#### **4.10.2 La re(des)estructuración de la subjetividad**

Si reconocemos que los sujetos se constituyen en vínculos sociales, entonces la vincularidad y la pertenencia a un vínculo son componentes necesarios para la construcción de la subjetividad. Es decir, el sujeto se construye no sólo a partir de las representaciones de la presencia de otro, el plano intersubjetivo, sino también de las representaciones generadas a partir de la relación de un sujeto con un conjunto de sujetos, el plano transubjetivo, el escenario de las relaciones sociales.

Arriba comentamos que las personas que consumen drogas y las que están sujetas a condiciones de violencia están atrapadas en una trama de discursos totalitarios. También afirmamos que estos discursos no admiten lo que es distinto ni a sujetos deseantes, en consecuencia, en el plano transubjetivo de las adicciones y de la violencia no hay sujetos de amor, solo hay objetos de complacencia. Si estas personas quisieran pensar de forma distinta sería violentar el orden de las cosas, así cuestionar el discurso dominante o rechazar lo nuevo, serían ejemplos de la dificultad de aceptar lo que puede ser distinto, el cambio.

En este modelo, postulamos que el rol político de la intervención en red consiste en cuestionar la ideología dominante en que vive el sujeto, en desenmascarar el

funcionamiento de esa doctrina autoritaria que lo mantiene alienado.

Si reconocimos que la subjetividad se construye y deconstruye permanentemente, la intervención en red nos da la oportunidad contribuir con ese proceso estructurante de la subjetividad en un momento de la vida de las personas. Entonces, la persona dominada y violentada, debe empezar por preguntarse:

*¿Quién soy yo para los otros?, ¿quién soy para mi pareja?, ¿quién soy para mis hijos?, ¿quién soy para mis padres?, y sobre todo ¿quién soy yo para mí?*

Si reconocimos que la subjetividad es una cualidad transubjetiva, postulamos que el papel de los grupos sociales ante estas situaciones de opresión y violencia sería, en principio, la de acreditar la existencia social del otro, ese quien siente amenazada su subjetividad, sus deseos y su capacidad de decidir, asimismo, de legitimar sus aspiraciones de un porvenir mejor. Sobrevivir es sobrevivir a la amenaza de otro, es resistencia a su opresión, a su destructividad. Para sobrevivir a las adicciones y a la violencia es necesario re(des)stablecer la polifonía y la plurirreferencialidad.

Reconociendo que la subjetividad se construye a partir de su ser en sociedad, que la instituye, podemos admitir que no hay subjetividad que se construya de una vez y para siempre, no existe, pues, un sujeto adicto para siempre, ni una persona violenta o violentada para siempre.

En consecuencia, debemos empezar por movilizar funciones figurativas y representaciones paralizadas por las adicciones y la violencia. Las redes sociales, comunitarias e institucionales, brindan esta posibilidad.

Si aspiramos a que nuestros consultantes puedan rescribir una nueva subjetividad, sin drogas y sin violencia, es necesario trabajar en cada entramado social específico, es decir, con el conjunto de prácticas que puedan reconstituir a nuestros consultantes, que los modelan, que lo sostienen y reproducen (Bozzolo, 1999).

La subjetividad no se reduce, pues, al psiquismo o a la persona individual, el sujeto se inscribe en una red plurisubjetiva que puede modelarlo y remodelarlo permanentemente. Su red social será constitutiva de la subjetividad y será ocasión de advenimiento de una nueva identidad.

En situaciones de desafiliación, descalificación y desconfirmación crecientes a los que está expuesta gran parte de nuestros consultantes, las redes pueden estar al servicio de develar esos procesos de deshumanización –sea por abuso de drogas o por situaciones de violencia– de confusión o libertad vaciada, de apatía, conformismo y aislamiento que los segrega de la posibilidad de participar en la construcción de una historia personal alternativa.

En lo general, el propósito de la creación de una nueva red social sería restablecer con y en conjunto lo que fue dispersado y fragmentado en el sujeto, en sus vínculos. Lo que pretendemos es renovar o establecer un nuevo contrato social con los otros. Esta nueva práctica se produce por y en las redes sociales.

#### **4.10.3 Redes sociales y salud relacional**

En este modelo estratégico incluimos el trabajo con las redes sociales ya que estamos convencidos que el apuntalamiento y la pertenencia que brinda la presencia de una red social protege la salud del individuo manteniendo la red social, así la salud relacional y vincular del sujeto, y sus redes sociales, están íntimamente interrelacionados. Las redes sociales favorecen la configuración de una identidad a través de los ojos (y las acciones) de los otros.

Entendemos la red social de apoyo como una entidad miro-sociológica que provee no sólo de un sostén emocional, sino que también puede aportar nuevos recursos psicosociales que pueden contribuir a la colectivización de los problemas. Este conjunto de relaciones personales constituye, por lo demás, las primeras mallas del tejido social cuando una persona se decide por el cambio.

C. Sluzki (1996) señala que existe una amplia evidencia de que *una red social personal estable, sensible, activa y confiable, protege a la persona en contra de enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia.*

¿Cuáles son entonces las prácticas que podemos instrumentar para fortalecer las redes sociales en los procesos de co-construcción de nuestros consultantes?

Postulamos la generación de nuevas redes sociales para apuntalar la salud relacional de los sujetos que han sido pescados (o reclutados) por una red disfuncional.

Muchas variables son posibles en esta intervención, no proponemos específicamente una sola estrategia, cada equipo terapéutico, junto con la familia, debe considerar la mejor estrategia para ampliar o generar una red de apoyo social. Se puede incluir en esta estrategia desde una intervención terapéutica individual, hasta la estimulación de las habilidades sociales necesarias para desarrollarlas, desde la importancia de desconectar al sujeto del tejido *enfermo* hasta la investigación de redes inadecuadas o disfuncionales a las que pertenece y la posibilidad de transformarlo por una red que le dé un nuevo sentido a su vida.

No obstante que cada caso demandará una estrategia diferente, sugerimos empezar por analizar la información referente a las redes sociales en las que está inscrito el sujeto (pares, vecindad, comunidad, escuela, trabajo, etcétera) y sus posibles influencias e implicaciones para el consumo de drogas. Si reconocemos que las redes sociales de apoyo siempre se inscriben en una dimensión espacio-temporal, entonces podremos diseñar una serie de estrategias específicas para que cada persona, de acuerdo con el nivel de adicción y daños secundarios o al impacto psicosocial de la violencia vivida. Estas estrategias apuntalarán a promover estilos de vida saludables a través de diversas actividades, por ejemplo: a) *Educativas* encaminadas a estimular el inicio o continuación de estudios académicos interrumpidos por el consumo de drogas; b) *laborales*, para impulsar la incorporación de conocimientos, habilidades, y destrezas laborales,

propiciando las condiciones para la capacitación para el trabajo y favoreciendo el acceso o reincorporación al área productiva; c) *físico-deportivas*, con el fin de favorecer la desintoxicación, fomentar y/o reforzar la condición física (energía, fortaleza corporal, etcétera), desarrollar hábitos de salud y cuidado personal, e impulsar el desarrollo de destrezas deportivas, d) *culturales y recreativas*, a fin de habilitar al paciente en la estructuración y aprovechamiento del tiempo libre, estimular el desarrollo de actividades de carácter lúdico–recreativas y promover la convivencia familiar. Para instrumentar todas estas actividades debemos emplear la red de recursos comunitarios con la que se cuenta en cada localidad. Como parte de esta estrategia debemos reconocer las situaciones de riesgo que el sujeto vaya superando de manera exitosa, así como identificar situaciones sociales que propicien posibles recaídas.

La construcción o ampliación de una nueva red busca revivir o recrear una matriz social sana, capaz de ocuparse del infortunio y las situaciones angustiosas de sus miembros con mucho más eficacia, rapidez y perdurabilidad que las que podría esperar obtener cualquier terapeuta ajeno a ella.

En lo específico nuestra intervención terapéutica sería re(des)construir un tejido social que apunte a la configuración de una realidad alternativa para el o los consultantes, sin perder de vista que la red es la que transforma, el terapeuta es sólo un catalizador.

Con la mediación de la red social apuntalamos la puesta en marcha de las fuerzas *curativas* que existen dentro de la trama social viva formada por los sujetos cuyo infortunio ha llevado a la sociedad y también a ellos mismos a rotular de “patológica” su conducta.

Al mismo tiempo, el efecto de la red puede trastocar el clavijero sistémico de la familia, abriendo nuevas conexiones de retroalimentación y haciendo de todos sus miembros experimentadores y covalidadores a la vez de nuevas opciones. Asimismo, los lazos simbióticos se aflojan o cortan y van cediendo su lugar al desarrollo de un mayor sentido de sí mismo y de individuación.

La experiencia clínica también nos ha mostrado que, ocasionalmente, el efecto de red revive a una tribu fosilizada, es decir, se reviven relaciones que habían perdido fuerza pudiendo ahora combinar las funciones y relaciones tradicionales con las innovadoras.

Igualmente, un seguimiento atento y sensible al efecto de las redes nos ha devuelto que muchas veces el cambio o *curación* del sujeto puede resultar de una simple redefinición de su conducta abreactiva y de un reconocimiento de su discurso, de lo que quiso decir tantas veces y no pudo hacerlo. Nos dimos cuenta de que el sujeto estaba hambriento de diálogo, no de terapia. Entonces, necesidades que se expresan por primera vez promueven que se comparta la experiencia práctica, y así, de pronto, nadie está *enfermo*.

A la sazón, es posible exorcizar antiguos fantasmas, lograr quitar el cerrojo a viejas puertas clausuradas, y lo mejor de todo, redescubrir el goce y la diversión. Talentos que se aprecian por primera vez dotan de una nueva identidad y energía al sujeto.

Cuando comenzamos a conceptualizar las cosas de esta manera abandonamos el modelo del *enfermo* en el caso de los pacientes y también el del terapeuta como *curador*. Esto nos obliga a dejar nuestro papel seguro de espectadores y asumirnos como actores de transformación.

Ante problemas de salud pública tan complejos como la adicción a drogas y la violencia doméstica, los terapeutas no pueden darse el lujo de encerrarse o acotarse a una mirada unidimensional, deben buscar otras alternativas de atención. Cualquier campo de intervención en salud mental que pretenda abordar estos problemas debe inscribirse en un marco multidimensional.

## **CAPÍTULO V**

### **ANÁLISIS Y RESULTADOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO DE LOS CASOS MONITOREADOS**

#### **5.1 LA FLEXIBILIDAD EN LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS**

En cuanto al análisis del proceso terapéutico, no se observó una estrategia predominante, ni un desarrollo terapéutico esquematizado, sino una variedad de formas de articular las estrategias terapéuticas entre un equipo y otro, misma que coincidía con la diversidad de idiosincrasias expuestas en cada caso monitoreado. Sin embargo, fue posible identificar un factor que favorecía el proceso terapéutico en todos los casos: la flexibilidad de los terapeutas para articular distintas perspectivas de tratamiento de acuerdo con las reacciones de las diferentes familias.

Por ejemplo, en el caso de la familia Cruz, el equipo terapéutico intervino directivamente para definir límites claros entre el subsistema parental y el filial, a fin de ayudar a la hija parentalizada, como uno de los objetivos terapéuticos. Durante las primeras sesiones planearon varias estrategias terapéuticas con el fin de cuestionar directamente este aspecto relacional en el grupo familiar a través de técnicas como el desafío de la estructura y la realidad familiar, y decodificaron los mensajes paradójicos e igual, cuestionaron la funcionalidad de los roles asignados. También fortalecieron el subsistema parental, y cuestionaron la descalificación constante que hacían las hijas y la madre del padre. A pesar de que los propios terapeutas registraron que esta intervención no estaba ayudando del todo para que la familia desarrollara nuevos patrones relacionales en su dinámica, continuaron utilizando estrategias basadas en el mismo tipo de lógica terapéutica. Sin embargo, cuando el equipo terapéutico cambió la lógica de su estrategia en la séptima sesión, incluyendo una visión de género, observó un giro del contexto emocional de la familia ante la terapia, de “resistente”, a “reflexivo”.

En otro caso, la familia Aceves, el equipo terapéutico planteó utilizar la externalización del problema en la primera sesión; y a pesar de que la reacción de la familia no fue

favorable, el equipo continuó aplicando la misma estrategia en las sesiones posteriores, durante las cuales pudieron constatar que se trataba de una familia que no aceptaría una dinámica familiar diferente a la acostumbrada. La familia desertó después de la sexta sesión, y el equipo terapéutico describió en la evaluación final del caso que la dificultad principal de la terapia fue la rigidez del discurso paterno. Cabe señalar que este equipo en particular, estaba compuesto por dos terapeutas obligados a utilizar la visión narrativa que recientemente habían aprendido, lo cual los llevó a continuar basándose en este tipo de intervención, aun cuando no observaban buenos resultados.

El análisis anterior señala la importancia de la flexibilidad de los terapeutas al manejar el proceso de acuerdo con las reacciones de la familia, y no a la superioridad de un modelo terapéutico respecto a otros. Esto no quiere decir que el efecto terapéutico de la visión de género, por ejemplo, sea mejor que la visión estructural, ni que exista propiamente un carácter desfavorable de la visión narrativa en los casos de consumo de drogas; lo que se consideró en realidad, fue la limitación inherente a la articulación monotética de las estrategias terapéuticas.

En el caso de la familia Leyva, durante las primeras dos sesiones el equipo terapéutico buscó externalizar el problema y deconstruir las historias relacionadas con su consumo de drogas. Atender la generación de nuevos discursos respecto al problema del usuario, ayudó a que las figuras importantes en su vida, tales como su padre, su madre y su novia se involucraran naturalmente en la conversación terapéutica. Durante las mismas sesiones, el equipo realizó un diagnóstico estructural con base en el cual exploraron la posibilidad de generar los siguientes cambios relacionales en la familia: una mayor autonomía del usuario, disminuir la relación cohesionada entre el PI y su madre; comprometer más al padre con la familia, entre otros. El hecho de incluir a la novia del usuario en la conversación terapéutica, tenía la intención, por parte de los terapeutas, de explorar las posibilidades de que la familia aceptara finalmente que el usuario era capaz de construir, con su novia, su propia vida de manera independiente, y por lo tanto, fuera de la familia. A pesar de seguir una visión estructural, el equipo no aplicó estrictamente las técnicas planteadas en el modelo estructural, sino que aprovechó los abordajes

narrativos, tales como la externalización y la deconstrucción, como el principal método de intervención durante las primeras sesiones, lo que da como resultado una combinación de diversos abordajes terapéuticos que favorece el planteamiento de su intervención. En la fase intermedia del tratamiento, cuando el equipo observó que la familia y el usuario mostraban un mayor compromiso con la terapia, empezaron a usar métodos más directivos, por ejemplo confrontaron con posición periférica del padre. Además, el equipo planteó a la familia una hipótesis: que la señora percibiera al usuario como a su ex pareja, es decir, como al padre biológico de su hijo, la señora no sólo aceptó esta hipótesis, sino que ofreció datos que la confirmaban, entonces se trabajó esta dificultad que no estaba resuelta. Con base en esta idea, sondearon también la pertinencia de abrirle un espacio a la madre para que pudiese hablar sobre sus sentimientos de malestar, cosa que se logró en la cuarta sesión.

De esta manera, el equipo terapéutico, realizó intervenciones más estructurales a partir de la cuarta sesión. Se revisaron las reglas familiares, se fortaleció el subsistema parental; se pusieron límites coherentes entre el subsistema parental y el usuario; se apoyó un mayor compromiso del padre al subsistema parental, así como la disminución de la relación cohesiva entre la madre y el hijo; etcétera. Al mismo tiempo, por medio de estas actividades, el equipo terapéutico exploró junto con la familia, el patrón interaccional estereotipado que funcionaba como detonante para que el usuario consumiera drogas. En esta exploración, el usuario logró identificar que la constante confrontación con su madre lo llevaba al consumo de drogas.

En la quinta sesión, los terapeutas le indicaron directamente a la madre que se esforzara por no colocarse en medio del usuario y el padre; para ello hicieron un cambio en la geografía de la sesión. A su vez, le solicitaron al padre que tratara de dialogar con el hijo para definir junto con él los límites y normas que eran necesarios establecer para lograr la autonomía del paciente. Durante esta sesión, ante las reacciones exaltadas del paciente, el padre mostró cierta dificultad pues nunca lo había hecho, siempre había delegado esta función a su esposa, pero finalmente, bajo la insistencia del equipo terapéutico, logró ponerse de acuerdo con él respecto a la definición de límites, lo cual

fue aceptado por toda la familia de manera positiva. En la misma sesión, el equipo intentó introducir el tema de la distribución de la nutrición afectiva en la familia, y discutió sobre su importancia tanto entre los padres e hijos, como entre la pareja conyugal. Al final de esta sesión, el equipo sugirió al padre y al hijo la tarea de ir hacer algo juntos, como salir a comer, el padre prefirió salir a los gallos, pero dijo que era mejor incluir la participación de la madre y la hija pequeña, la madre estuvo de acuerdo con esto. En esta sesión, incluso, los terapeutas reconsideraron la tarea tomando en cuenta el parecer de la familia. Es importante señalar que este equipo manejó el proceso terapéutico atendiendo diversos aspectos de la familia tales como: *discursivo, interaccional, afectivo*, etcétera.

Ya para la sexta sesión, la familia aceptaba que el PI necesitaba establecer su vida con más autonomía y empezó a apoyar su independencia. El PI, a su vez, planeó casarse con su novia y trabajar en Estados Unidos. Durante el diálogo, el equipo terapéutico y la familia se pusieron de acuerdo para finalizar la terapia, ante la inminencia de la partida de la pareja hacia el vecino país del norte.

En el proceso antes mencionado, destaca la flexibilidad del equipo terapéutico en diversos sentidos. Por un lado, el equipo modificaba la dirección de su plan terapéutico, con base en los registros de las reacciones de la familia hacia la intervención; y, por otro lado, proponía un plan terapéutico integrando distintas perspectivas, posturas y técnicas terapéuticas –estructural, narrativa, estratégica, directiva, horizontal, cuestionamiento, externalización, visión sobre la nutrición afectiva, género, etcétera–. Durante todo el proceso terapéutico, el equipo estuvo pendiente de diversos aspectos de la realidad familiar, antes de hacer modificaciones a su plan terapéutico. Es decir, se observó que la flexibilidad multifocal del equipo terapéutico favorecía la generación de nuevas formas de relacionarse en la familia.

En el caso de la familia Ruiz, el equipo también combinó espontáneamente varias visiones terapéuticas durante el proceso, respondiendo sensiblemente a las reacciones de la familia, lo cual confirmó, nuevamente, que la flexibilidad favorece el desarrollo de la terapia.

Desde antes de la primera sesión, el equipo terapéutico identificó al usuario como el hijo sobreprotegido por su familia de origen, a pesar de que éste formaba ya una familia independiente con su esposa y su bebé. Con base en esta idea, en la primera sesión se invitó tanto a la familia nuclear del PI, como a la familia de origen del mismo, a la terapia; por lo tanto, el PI llegó a la primera sesión con su esposa, su bebé, sus padres, su hermana mayor y su hermano menor.

En esta sesión, el equipo planteó la hipótesis estructural de que el problema de la familia era que establecían límites débiles entre el subsistema parental y el filial. Con base en este diagnóstico estructural, se propuso preguntar a cada uno de los miembros de la familia sobre su rol y significado del mismo en su vida. Este cuestionamiento permitió al sistema terapéutico ubicar la posición de cada miembro dentro de la dinámica familiar, y al mismo tiempo, los ayudó a manifestar sus sentimientos y pensamientos a la familia. Asimismo, discutir acerca de los roles hizo que los miembros hablaran de creencias de género rígidamente establecidas en la familia: con las hijas debía haber estricto respecto del orden, responsabilidad y disciplina; con los hijos, no.

Al principio, el equipo pensó que este caso sería difícil, porque en la primera sesión el usuario se mostraba esquivo y la familia rígida respecto a sus roles preestablecidos. Por ejemplo, cuando en la primera sesión la hermana mayor expresó su enojo y tristeza sobre el rol que le tocaba en la familia, los demás mostraron total indiferencia frente a sus reclamos. Con base en esta observación, los terapeutas decidieron concentrarse más en preguntar acerca de sus creencias, en lugar de dirigir a la familia directamente hacia una nueva dinámica familiar, ya que les parecía que el cuestionamiento directo sobre la estructura familiar podría causarles resistencia. Entonces se trató de generar curiosidad en la familia respecto a qué tipo de ideas y discursos sostenían la interacción estereotipada entre ellos.

En el proceso terapéutico se hacía patente una combinación continua entre el diagnóstico estructural, que le permitía identificar las debilidades interaccionales de la familia del PI, y la realización de las intervenciones basadas en las creencias y los

discursos de la misma, encaminadas a que se generaran nuevas realidades. En el transcurso del proceso, la familia adquirió cada vez mayor claridad en cuanto a que los roles rígidamente establecidos entre sus miembros, limitaban las posibilidades de desarrollar una nueva dinámica familiar, que al mismo tiempo les permitiría a cada uno de ellos, tener más libertades. La articulación multifocal de este equipo favoreció que de manera paulatina, la familia tomara conciencia de la necesidad de que sus hijos varones fueran más independientes.

Es interesante señalar que aquí, el equipo terapéutico cuestionó la posición de mayor poder y libertad de los hijos varones y recuperó las voces marginadas de las mujeres de la familia, mismas que tenían una posición inferior. Por cierto que, dentro de la familia, las que tenían una visión crítica de la posición del usuario, de ser un hijo sobreprotegido por sus padres, fueron precisamente su esposa y su hermana. El equipo terapéutico se dio cuenta entonces, de que la esposa estaba verdaderamente marginada, y que la voz de la hermana a pesar de que constantemente expresaba sus puntos de vista, no eran considerados por los padres, entonces se buscó establecer una alianza entre estas mujeres. Como la terapeuta era mujer, el equipo aprovechó esta circunstancia para que se estableciera de manera suave y natural la alianza entre las tres mujeres jóvenes en el espacio terapéutico, con el fin de hacer que se escucharan sus voces. Así, la terapeuta le preguntó a toda la familia sobre la posición de la esposa del PI en la vida familiar, poniendo el foco en ella, cada integrante comentó sobre cómo la veía dentro la familia, lo cual le permitió a ella misma darse cuenta de que en general entendía en sentido opuesto los comentarios que los demás hacían de su persona. Por esta razón, ella respondía con una barrera o a la defensiva sin brindarse la oportunidad de escucharlos positivamente. Al hablar de ella con toda la familia, se generó, al mismo tiempo, un ambiente favorable para hacer respetar su punto de vista sobre lo que pasaba en la familia, de la cual había sido excluida anteriormente. A su vez, la terapeuta introdujo la visión de la hermana en la conversación a través de preguntas de curiosidad, lo cual obligó a la familia, especialmente a los padres, a darse cuenta que efectivamente, la forma de tratar al usuario favorecía su falta de independencia y responsabilidad, y la del otro hijo. Es destacable entonces, la sensibilidad y flexibilidad de nuestro enfoque

terapéutico, con esta perspectiva de género, para poder contribuir al cambio familiar. La familia que al principio pudo ser nominada como “rígida y resistente” a las nuevas formas de pensar, se volvió más reflexiva y autocuestionante durante el proceso. Cabe señalar que el equipo continuó esta estrategia terapéutica durante todo el proceso, con lo cual fue trazando paulatinamente un resultado positivo.

De manera simultánea a la recuperación de las voces marginadas, el equipo terapéutico trabajó con la familia de diversas maneras, tales como: reflexiones con el fin de relacionar la inmadurez y la falta de responsabilidad; realizar cuestionamientos hipotéticos relacionados con la independencia del PI; la externalización del problema, que había dificultado hasta entonces la comprensión y el respeto mutuo entre sus integrantes; la evaluación de la disposición de cada miembro para contribuir a aumentar la comprensión y el respeto mutuo en la familia; reflexiones sobre las cosas que cada uno puede hacer para ayudar al PI a asumir su responsabilidad, etcétera.

Por otra parte, fue posible establecer que el equipo fue capaz de tener tanto continuidad, como variedad en sus estrategias terapéuticas durante todo el proceso. Por ejemplo, la metáfora del “monstruo verde” que se introdujo en la tercera sesión para la externalización del problema, fue utilizada varias veces a lo largo del proceso; sin embargo, en ningún momento se sintieron comprometidos a usar esta línea terapéutica en todas las sesiones. En lugar de esto, simplemente se retomaba la analogía cada vez que se hablaba de la falta de comprensión y de respeto mutuo, puesto que el *monstruo verde* se definió como el que bloqueaba estos recursos en la familia. Con base en este recurso, el equipo en varias ocasiones planteaba la posibilidad de derrotar al “monstruo”, alentando a la familia a exponer qué podría hacer cada uno para lograrlo finalmente.

Cabe mencionar que para el caso de la familia López, el equipo terapéutico articuló su estrategia fundamentalmente en el sentido estructural-estratégico. Su intervención se caracterizó por un tono más monotético que variado; basado, en general, en el diagnóstico estructural, y en un trabajo continuo sobre temas tales como: inserción del padre en la dinámica familiar; cuestionamiento de la descalificación del padre por la

madre, y la mayor interacción del padre con sus hijos. Como el equipo reportó resultados positivos en cuanto a su línea terapéutica, la mantuvo hasta la octava sesión. Es posible afirmar entonces, que dependiendo del caso a tratar, es posible obtener soluciones favorables y generar una nueva dinámica familiar, aun cuando se utiliza una línea terapéutica monotética. Sin embargo, el hecho de que la familia recayera posteriormente debido a que estuvo sometida a situaciones estresantes; y al regresar a terapia, el PI se mostró todavía más desafiante con los terapeutas, cuando ellos intentaron impulsar una mayor participación del padre, nos hizo reflexionar acerca de la limitación de la terapia monotética, a pesar de que, como se señaló anteriormente, se obtuvieron buenos resultados durante el primer proceso terapéutico. Fue evidente que después de la recaída familiar, cuando el PI regresó a la terapia, tenía serias dudas sobre este tipo de intervención.

Al analizar el proceso terapéutico de este caso, se planteó la hipótesis de que la familia había aceptado una nueva interacción familiar mientras que estaba en terapia, gracias al intenso apoyo moral del equipo terapéutico; pero, al prescindir de él en una situación adversa, volvió rápidamente a refugiarse en la dinámica familiar acostumbrada. Se consideró, en consecuencia, que la familia cumplía con la nueva dinámica gracias a la dirección del equipo y no por convencimiento propio. Tomando en cuenta lo anterior, se analizó que era pertinente mezclar las actividades terapéuticas directivas con actividades terapéuticas horizontales que tienden a propiciar reflexiones propias en la familia: la deconstrucción de la historia dominante; la atención a las creencias y discursos de cada miembro, etcétera.

Con base en estas observaciones, se concluyó que uno de los factores más importantes en el proceso terapéutico consiste en articular flexiblemente las estrategias de acuerdo con las retroalimentaciones que se obtienen de la familia. Es decir, una terapia exitosa no depende necesariamente de realizar un tipo específico de estrategia terapéutica, sino más bien, se relaciona con el acierto de los terapeutas al visualizar diversas posibilidades estratégicas durante el proceso. También era importante subrayar el hecho de que los terapeutas impulsen las estrategias que les dan buenos resultados, con base en dichas

retroalimentaciones. Por otro lado, se ha vinculado el resultado desfavorable de la intervención con la insistencia de algunos terapeutas de seguir utilizando un tipo específico de la estrategia, aun cuando no se observaban los resultados esperados, incluso por ellos mismos. Asimismo, se pudo establecer que era imposible identificar la superioridad de un tipo de estrategia terapéutica respecto de las otras; porque una estrategia que funcionaba muy bien en un caso, no necesariamente funcionaba en otros. Dicho de otra manera, lo que en realidad favorece la terapia es la visión multifocal del equipo terapéutico, en tanto otorga una mayor posibilidad de atender a la familia flexiblemente de acuerdo con sus propias reacciones en cada una de las intervenciones planteadas. Fue posible constatar con claridad esta cualidad en los equipos que reportaron mejores resultados.

## **5.2 ORGANIZACIÓN RELACIONAL DE LAS FAMILIAS DE LOS CASOS Y LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS DE CADA EQUIPO TERAPÉUTICO**

Se analizaron los casos poniendo especial atención en la posición que ocupaba cada PI dentro de la organización relacional de su familia. A su vez, se examinaron las similitudes y diferencias en la organización relacional de cada caso, conforme a las estrategias terapéuticas seleccionadas por los equipos.

## **5.3 LA RELACIÓN ENTRE LOS CÓNYUGES Y SU IMPACTO RELACIONAL CON EL HIJO USUARIO: LA TRÍADA RÍGIDA**

En los cinco casos donde el usuario fue uno de los hijos, a pesar de que hubo ciertas diferencias en las situaciones en las que cada una de ellas, se observó, como característica común, que el PI mantenía una relación emocional más cercana, e inclusive amalgamada, con su madre y distanciada con su padre, con o sin conflicto visible. Aunque en el caso de la familia López, era evidente el conflicto del adolescente de 13 años con su padre. En todos los casos, el consumo de drogas ocasionaba una preocupación profunda e incluso enojo en la familia y, en general, en este problema se centraban las discusiones. La imagen del PI como “el problemático de la familia”, estaba

rígidamente asentada en este contexto, y en muchas ocasiones, alrededor del usuario se establecía una interacción estereotipada, en la que el rol de cada miembro estaba perfectamente determinado, a tal grado que daba la impresión de que para ellos, era muy difícil realizar un acto distinto del rol que jugaban en dicho contexto.

En todos los casos, la madre era la responsable principal de la organización de la casa y se percibía a sí misma como responsable de resolver los problemas de sus hijos, por esta razón, se sentía particularmente abrumada por el consumo de drogas. En este sentido, la principal forma de apoyarlo consistía en un exceso de vigilancia, hipertutoría, y hasta sobreprotección, con lo cual se establecía una pauta de interacción que perpetuaba el problema, puesto que al proporcionarle todas las facilidades en su vida, el hijo no terminaba por asumirse como una persona con capacidad de afrontar sus problemas y tomar sus propias decisiones.

En el caso de la familia López, el padre era devaluado en la familia, especialmente por su esposa quien lo descalificaba frente a los hijos, coligándose con su hijo mayor, el usuario de drogas. Los demás hijos también estaban afectivamente más cercanos a su madre y realmente muy distanciados emocionalmente del padre. En este contexto, la figura del padre era totalmente periférica. El padre realmente no tomaba opinión en los asuntos de la familia, sólo los dejaba pasar, pero si había algo que realmente no consentía, terminaba imponiendo su opinión aun a costa de la inconformidad de la familia; por ejemplo, cuando el padre de la señora falleció, ella le “pidió permiso” a su marido para ir a velarlo y sepultarlo; eso implicaba ausentarse por una semana y media de casa, y viajar al estado de Puebla; sin embargo el señor no consintió que su esposa saliera y lo dejara solo con los hijos, argumentando que era su responsabilidad quedarse en casa a cuidarlos. La señora terminó subordinándose a la palabra del marido y no fue al sepelio de su padre, aunque esto incrementó su malestar conyugal.

El padre de la familia Aceves ocupaba una posición central actuando como un pequeño dictador, tiranizando las relaciones con su esposa e hijos, ostentaba un poder absoluto desde donde convertía su albedrío en ley. La esposa sólo se preocupaba por cumplir las

instrucciones de su esposo-gobernante de manera sumisa. El padre intervenía mucho en la vida de su hijo, constantemente acotaba su iniciativa y por otro lado le exigía que se mostrara con iniciativa para la vida, el hijo se mostraba perplejo; también le exigía un rendimiento académico excepcional y se molestaba si traía malas calificaciones. El equipo terapéutico se planteó la hipótesis de que el padre estaba depositando en su hijo expectativas sobre lo que el mismo no había podido cumplir; en ese sentido, no obraba como un padre periférico, pero realizaba sus funciones desde una posición de autoridad indiscutible y no mostraba cercanía emocional ni con su esposa, ni con sus hijos. La señora ocupaba una posición jerárquica notablemente inferior respecto a su esposo. Es decir, a pesar de que ella era quien se encargaba de resolver los problemas de la familia, de supervisar la escuela de los hijos, la alimentación, la salud, de administrar el uso del tiempo libre y la economía familiar, no podía opinar sobre la educación de su hijo, sino sólo se atení a cumplir las exigencias de su esposo.

En el caso de la familia Ruiz, el padre argumentaba que su trabajo le impedía estar más tiempo con los hijos, en todo caso, sólo cuando eran niños los llevaba al fútbol, en cambio delegaba la tutoría de los hijos a su esposa, a pesar de que ella también trabajaba y tenía el mismo horario que su esposo. Así, ella tenía que hacerse cargo de la salud, tareas escolares, los reconocimientos, las sanciones, transmisión de afectos, etcétera, de sus hijos. Nunca consideró que las cosas pudieran ser diferentes, “hacía mi papel, y procuraba hacerlo bien”. El señor identificaba su papel de tutoría como secundario frente al de ella.

En el caso de la familia Leyva, el padre sentía que había cumplido con su función y que lo había hecho bien, al comprar un restaurante y dejar que su esposa lo administrara; desde esta posición es que podía argumentar “yo ya cumplí” mi papel, y con este discurso pretendía legitimar su afición por la crianza de sus gallos de pelea y ausentarse por meses de casa. En consecuencia, no apoyaba a su esposa en la educación de los hijos, sólo intervenía si ellos requerían de algo que demandara su rol de proveedor. La mamá, por su parte, se repartía su tiempo entre organizar la vida familiar, cuidar la salud de sus hijos, supervisar sus actividades escolares, vigilar su alimentación, etcétera, y la

administración de un negocio que cada vez se “ponía más celoso” de su tiempo.

Es interesante analizar las diversas estrategias seleccionadas por los equipos terapéuticos, de acuerdo con las características observadas en la estructura relacional de las familias.

En el caso de la familia Leyva, donde el padre intervenía muy escasamente en la educación de sus hijos, resultó de gran ayuda una intervención directiva para que participara más en la vida familiar, desde otra posición. A su vez, el equipo apoyó a la madre para que aprendiera a delegar una parte de la responsabilidad inherente a la organización familiar, en manos de su esposo. En una de las sesiones, el equipo terapéutico le indicó a la madre que se esforzara por dejar de colocarse entre su hijo y su esposo, y que tratara de permanecer al margen de las discusiones entre ellos. Al mismo tiempo, solicitaron al padre que intentara negociar con su hijo respecto a una serie de reglas familiares que el hijo quería replantear.

Asimismo, en el caso de la familia López, en el que el padre era descalificado e intervenía muy poco en la vida familiar, también se observó que el equipo buscó directivamente que participara más y a la vez intentaron deconstruir su rol tan devaluado. En este caso, antes de realizar su intervención, el equipo cuidaba mucho el aspecto emotivo de la madre, ofreciéndole un espacio donde ella pudiera expresar sus sentimientos –como enojo, resentimiento, frustración, inconformidad– hacia su esposo. Ella se mostraba francamente molesta contra él, por distintas razones: porque él decidió tener al último hijo, quien nació con labio leporino; porque no pudo ir al sepelio de su padre, debido a que él se mostró indiferente al respecto; porque no la apoyaba en la tutoría y crianza de los hijos; etcétera. A partir de su relación marital conflictiva, la madre se apoyaba emocionalmente en el mayor de sus hijos, por lo que el equipo categorizó esta relación como una triada rígida. Para resolver este problema de triangulación, el equipo los cuestionó paulatinamente sobre la figura devaluada y la participación censurada del padre en la familia, con lo cual logró promover una mayor interacción y afecto tanto entre él y sus hijos, como entre él y su esposa.

En la familia Ruiz el padre ocupaba un papel secundario en el subsistema parental, aunque apoyaba a la madre. Los terapeutas en lugar de incitar una mayor participación del padre, exploró los discursos y las creencias de cada miembro de la familia en la situación actual, lo cual ayudó a que se dieran cuenta de la necesidad de que los hijos varones aprendieran a asumir sus responsabilidades. Se trabajaron temas como: madurez y responsabilidad de los hijos; las diferencias existentes entre la educación de los hijos varones y la de la hija; la sobreprotección de los padres; y la necesidad de diferenciar la familia nuclear del usuario y su esposa. Al mismo tiempo, se discutió de qué manera cada uno de ellos podía contribuir a que el PI que asumiera una mayor responsabilidad. Como se señaló en la sección anterior, el equipo logró cuestionar la sobreprotección de los padres de manera paulatina e indirecta recuperando las voces de las dos mujeres marginadas en la familia, la hermana mayor y la esposa del PI.

El equipo terapéutico del CIJ Guadalajara tampoco intentó estimular la participación del padre en la organización familiar. El padre de este caso imponía su opinión sobre el hijo. Lo que se trabajó en la terapia fue que los padres pudieran reconocer los esfuerzos del hijo. Al inicio de la terapia, se observó que prevalecía un discurso rígido en la familia –impuesta por el padre– de que el joven usuario era un fracasado. La madre parecía adoptar esta visión como propia; sin embargo, en una de las sesiones en que el padre no asistió a la terapia, pudo reconocer abiertamente los esfuerzos que hacía su hijo. El equipo terapéutico identificaba que las altas expectativas puestas por los padres sobre el PI, condicionaban el aprecio que podían sentir por su hijo; lo cual, por supuesto, afectaba la autoestima del joven. El cambio en el discurso dominante del padre gracias al proceso del GPE en que participó a través de preguntas de bifurcación, como ¿qué tan fácil o difícil le ha resultado ser padre? En la quinta sesión de la terapia con su familia, se retomaron estas preguntas y el señor confesó entre lágrimas que él se sentía fracasado al ver los resultados que había logrado en la educación de su hijo. El equipo exploró entonces, las expectativas de su propia familia de origen sobre él. El padre explicó que no las tenían, o la única que él podía identificar como tal, era que trabajara, y que trabajara y que trabajara. En realidad, él quería estudiar medicina, pero nunca fue

algo que les interesara a sus propios padres. Cuando el padre lloró hablando de sus sentimientos, la reacción de la esposa y del hijo fue acercarse a él y darle su apoyo. Durante las sesiones subsecuentes, se observó una mayor disposición para mostrar el afecto a su familia.

En los casos Leyva y López se logró la adherencia del padre a la vida familiar a partir de una táctica estructural-estratégica; en el caso de la familia Ruiz, este resultado fue gracias a la recuperación de las voces marginadas; en la familia Aceves se prefirió cuestionar las premisas que sostenían la imagen negativa del PI rígidamente establecida en la familia.

Se considera que lo anteriormente expuesto, apoya la propuesta de que se pueden abordar situaciones similares desde múltiples perspectivas y sugiere las limitaciones de una visión monotética, que trata de definir un tipo específico y unificado de estrategia para el mismo tipo de problema.

Ahora bien, se analizarán otros dos casos subrayando ciertas diferencias que se identificaron respecto a su estructura familiar, en comparación con los casos descritos arriba.

En la familia Pérez el padre no asistió a la terapia ni a los grupos psicoeducativos, porque, a decir de su esposa, estaban legalmente divorciados; no obstante, el padre insistía en actuar ante la familia desconociendo tal divorcio, lo cual causaba un continuo conflicto, y por esta razón, no estaban dispuestos a incluirlo en la terapia. En este sentido, se observaba una estabilidad menor en el contexto relacional de esta familia en comparación con otros casos, ya que la ambivalencia de la figura del padre era considerable y generaba conflictos emocionales en todos los miembros. Especialmente la madre, quien se encargaba de la educación de los hijos, y cuyo discurso de sacrificio y de víctima dominaba el ambiente familiar, mostraba especial animadversión ante su ex esposo. El padre, como se mencionó, era un hombre violento tanto con su esposa como con sus hijos. En este caso, la imagen del usuario, el hijo mayor, no era “sobreprotegido”,

ni participaba de una tríada rígida. En esta situación, la primera intervención del equipo terapéutico fue redefinir el contrato terapéutico con la familia, ya que no habían buscado terapia por *motu proprio*. En la primera sesión fue importante determinar la situación actual de la familia respecto al modo de apoyarse y estar unidos. La familia manifestó claramente que deseaban ayudar al PI, pero no sabían cómo hacerlo. En la segunda sesión, el equipo preguntó sobre los sentimientos generados en ellos, a partir del conflicto de los padres, y se revisaron las respuestas adaptativas de cada persona, en dicha situación. Durante el proceso, fue evidente una mayor interacción en la familia; y al PI se le veía más optimista y convencido de seguir asistiendo a la terapia y mantener la abstinencia. En la tercera sesión, abordaron las supuestas opiniones del padre ausente, no con el fin, de acuerdo a la estrategia terapéutica, de ampliar la participación del padre en la tarea parental, sino de trabajar sobre los sentimientos de los miembros de la familia, a partir de los conflictos con el padre, para entonces, redefinir la relación de la familia con él. En este caso el PI dejó de asistir a la terapia familiar después de la quinta sesión, porque se internó en un centro de rehabilitación para poder mantener su estado de abstinencia. Sin embargo, la familia continuó la terapia sin él hasta la décima sesión, por lo que fue posible trabajar otros aspectos relacionales de la familia, por ejemplo: la historia de sacrificio y violencia de la madre; la redefinición de la participación del padre en la familia, ya que seguía yendo a casa; las creencias acerca de los roles de género que prevalecían en la familia; y la manera en que cada uno de ellos podría ayudar al PI a mantenerse fuera de las drogas.

Es interesante destacar que a pesar de que el equipo terapéutico no buscó involucrar al padre en la vida familiar, si se intencionó analizar la ambivalencia que sentían los hijos hacia su padre, dándoles contención emocional en el proceso, lo cual le dio al PI la tranquilidad necesaria para concentrarse en resolver su problema.

Por otro lado, la estructura relacional de la familia Cruz demandó otro tipo de intervención, pues el usuario de drogas era el padre de familia, quien también tenía una posición devaluada frente a la familia. Además, alrededor del síntoma del PI, se establecía una dinámica interaccional estereotipada, en la cual, la madre –quien no le

reconocía su posición parental– se apoyaba en su hija mayor para cumplir sus funciones maternas. Esta última, tenía que encargarse del cuidado de sus dos hermanas menores, lo que la hacía sentirse sobrecargada y deprimida; el padre, a su vez, sintiéndose expulsado de la dinámica familiar, prefería no llegar a casa y pasar a beber con los amigos, y cuando estaba ebrio, iba a casa y agredía a la familia; aparentemente de esta manera descargaba su molestia, lo cual provocaba que la familia confirmara su posición devaluada. De esta manera se establecía un patrón relacional que se perpetuaba a sí mismo. Lo que hizo el equipo terapéutico para cambiar esta dinámica estereotipada fue separar el problema de la persona, el problema no era el padre, el problema era el problema, es decir, había un problema que tiranizaba al padre al cual se le definió como la “tiranía de la rarra”. Esto sirvió mucho para que la familia lo viera de forma distinta y en consecuencia interactuara con él de una manera también distinta. Este trabajo les demandó varias sesiones, pero en este proceso la familia acudió a su consulta sin la hija mayor, argumentando que ella no quería participar más en la terapia pues se sentía muy deprimida; los padres estaban realmente preocupados pues la hija había manifestado el deseo de quitarse la vida. Este evento exigió un cambio de estrategia del equipo y empezó a trabajar la redefinición de los límites, roles y funciones del subsistema parental y el filial, con el fin de librar a la hija del rol parental e impulsar más la inserción del padre en esta tarea.

Como se observa en el análisis de los casos, entre ellos había ciertas características comunes respecto a la estructura relacional, pero las estrategias seleccionadas por el equipo terapéutico fueron distintas. A pesar de ello, se dieron cambios relacionales muy parecidos y favorables; lo cual confirma la importancia de la flexibilidad para incluir diversas alternativas terapéuticas, de acuerdo con el proceso de cada familia.

#### **5.4 EL SISTEMA DE CREENCIAS COMO PANÓPTICO DISCURSIVO PARA DEFINIR ROLES Y FUNCIONES EN LA FAMILIA**

En los casos se identificó una asociación entre la dinámica relacional estereotipada de cada familia y sus sistemas de creencias y discursos respecto al género, las drogas, la

autonomía e independencia. La singularidad de la estructura relacional de cada familia, parecía estar sostenida por creencias rígidamente establecidas, en cuanto a cómo debían actuar sus integrantes.

## **5.5 CREENCIAS DE GÉNERO Y LA DINÁMICA FAMILIAR**

En primer lugar, se observó que las creencias de género son las que se vinculaban con la sobrecarga de la madre respecto a la resolución del problema familiar y la periferia del padre en la misma.

En todas las familias existía la firme creencia de que las mujeres tenían el deber de responsabilizarse de la organización familiar, y en consecuencia del padre se exigían otras cosas.

Las madres de las familias Pérez y Aceves asumían este papel desde una posición de total sumisión a su marido, no sin inconformidad. Las esposas de la familias López y Cruz descalificando la participación de su marido al no cumplir con las expectativas de lo que un “jefe de familia” debe hacer. Las dos últimas, Ruiz y Leyva, lo asumían simplemente como una diferenciación de papeles entre hombres y mujeres, sin mostrarse sumisas o descalificadoras con sus esposos.

En el caso de la familia Pérez se cuestionaron los siguientes discursos acerca de la inscripción de género que existían en ella: las mujeres deben ser sumisas, dependientes de los hombres y sacrificar su vida por los otros; los hombres tienen mayor control y poder y hay que estar al servicio de ellos, hay que privilegiar sus necesidades sobre las mujeres. En el momento en el que la familia llegó a terapia, la mamá estaba divorciándose de su cónyuge, por iniciativa propia; en este sentido, era una persona que trataba de generar cambios en los discursos de género, pero parecía que todavía necesitaba el apoyo moral de otras personas para sostener su decisión. Por un lado, ella sostenía la dinámica familiar con el respaldo de su prima, “la tía Vicky”, y a través de la terapia buscaba la confirmación del equipo terapéutico respecto a su deseo de poner

límites a su ex marido. Cuando obtenía la aceptación del terapeuta, mostraba buen ánimo. A su vez, se definía a sí misma como una víctima de la violencia de su ex esposo, lo cual dominaba el ambiente emocional de la familia entera. En cuanto al padre, la familia guardaba un sentimiento ambivalente, pues era violento y tiránico con ellos, e incluso, tenía otra familia en secreto. Sin embargo, por otro lado, no había dejado de ser del todo el proveedor económico de la familia.

La familia Aceves también tenía creencias relacionadas con la hegemonía masculina. En términos generales, el discurso del padre dominaba en el ambiente familiar. Él consideraba que los hombres debían hacerse cargo de las mujeres; que debían ser proveedores de la familia; y las mujeres, encargarse de la casa. A su vez, afirmaba el poder y el control de los hombres y definía la posición sumisa de su esposa. Asimismo, si existía algún problema en la familia y/o en la educación de los hijos, quien debía de responsabilizarse era la madre, a pesar de no tener el poder de establecer reglas y menos de ejercer su autoridad.

Por otro lado, en el caso de la familia López y Cruz era evidente la similitud en las creencias de género, por ejemplo: la responsabilidad de las tareas del hogar era de las mujeres, sin embargo, la jerarquía o poder que ostentaba la madre era muy distinta a la de los casos anteriores, ya que ellas se mostraban más fuertes y podían descalificar a sus maridos y establecían alianzas con sus hijos, para marginar al padre.

En caso de la familia Cruz, bajo la creencia de que las mujeres deben responsabilizarse de las tareas del hogar y la crianza de los hijos, cuando la madre, quien además tenía un empleo, no pudo cumplir más con esta doble carga de funciones, fue fácil pedirle a la hija mayor que dejara la escuela para quedarse en casa, y hacerse cargo de las sus hermanas menores. En relación con esta parentalización de la hija mayor, se observa el establecimiento de las creencias de género: las mujeres deben cooperar y apoyar aun a costa de su propio bienestar. En esta familia, el padre se sentía molesto por la marginación vivida en su hogar, y cada vez que consumía alcohol se violentaba con su esposa y sus hijas, reclamando mayor respeto hacia su persona. Sin embargo, los actos

violentos llevados a cabo bajo el efecto del alcohol, funcionaban de manera opuesta, ya que les daba razones para no respetarlo.

En el caso de la familia López se observó algo parecido, puesto que la mamá tomaba el papel central en la familia y descalificaba fuertemente a su marido. El discurso de la madre parecía tener mucha influencia en la familia, junto con el del PI, quien se aliaba con ella en contra del padre. Sin embargo, a pesar de dicha centralidad, la madre se identificaba a sí misma como víctima de la violencia verbal y la indiferencia de su marido; y con base en ello, lo marginaba intensamente, propiciando el distanciamiento entre el padre y los hijos. Ella consideraba que las mujeres son fuertes, pero también sacrificadas. Describía a los hombres como inútiles, *abandonadores*, violentos y alcohólicos. El padre actuaba con poco poder, pero a su vez sostenía las creencias descalificativas hacia las mujeres: *las mujeres no tienen ni voz ni voto*. De esta manera, confirmaba el motivo de reclamo de su esposa; es decir que él era violento emocional y verbalmente. De esta manera se perpetuaba la escalada simétrica en esta pareja.

A pesar de que las madres de las familias Ruiz y Leyva, trabajaban fuera del hogar, también se observó que las creencias de que las mujeres tienen la responsabilidad de organizar el hogar y la crianza de los hijos. Sin embargo, estas mujeres no eran sumisas, ni descalificaban a sus maridos, sino que podían compartir el poder con su marido, pero era claramente definido lo que ellas podían decidir y lo que sólo le correspondía a su marido.

En el caso de la familia Ruiz, el padre asumía el papel secundario en cuanto a la función parental nutricia, sentía que con organizar el tiempo libre de sus hijos alrededor del fútbol, que era una afición que él tenía, cumplía cabalmente con esta función. Además, los padres tenían la firme creencia de que se debía educar de forma distinta a la hija. Era curioso como describían que cuando sus hijos estudiaban la escuela primaria, el padre llevaba a los varones al fútbol después de comer, y pasaba todas las tardes con ellos en los campos de entrenamiento o en los partidos del torneo local; argumentaba que *no quería saturar a sus hijos con tanta escuela*, quería que ellos la pasaran bien, que se

divirtieran pues él, en el ánimo de poder obtener su título de profesor había tenido que hacer muchos sacrificios y no había podido disfrutar su vida. En cambio, la hija no podía salir a ningún lado hasta que terminara la tarea, se le impedía asistir a sus clases de gimnasia si no había concluido satisfactoriamente sus deberes escolares; aun después de que sus padres, ambos profesores de primaria, le revisaban y aprobaban su tarea, muchas veces no la llevaban a la gimnasia argumentando que no era tan necesario, que podía lastimarse en la gimnasia o que se le veía ya cansada. La hija recuerda esto con cierto resentimiento pues realmente disfrutaba la gimnasia. Cuando los hijos empezaron a ir a la universidad no les fue difícil contar con el apoyo de sus padres, de hecho cuando dejaron la escuela, los padres accedieron a ello en el ánimo de no presionarlos. Para la hija fue más difícil convencer a sus padres para salir a estudiar la universidad fuera de la ciudad. Sin embargo, curiosamente cuando la hija tuvo que mudarse de la ciudad para estudiar su carrera, excepcionalmente los padres la visitaban, asumiendo que como era mujer necesitaría menos de ellos, ya que ella sí se podía cocinar, lavar, planchar y hacer la limpieza de casa, además de que “siempre había sido una buena estudiante”; en cambio los hijos siempre estuvieron más acompañados; a ellos se les llevaba al fútbol, les lavaban su ropa, preparaban su comida, etcétera. Ambas conductas eran “normales” para los padres, que la hija tuviera su departamento limpio y recogido y que obtuviera buenas calificaciones era lo normal, y que los hijos demandaran ropa limpia, dinero y más tiempo libre también era lo normal, aunque no aprobaban del todo que hubieran dejado los estudios “porque uno embarazó a esta muchacha” o “el otro se quería tomar un año sabático” debido a sus problemas con las drogas, no los presionaban a regresar a la escuela o a buscar un trabajo. Particularmente en esta familia existía la creencia de que los varones no expresaban su cariño “pues eran penosos, como el padre” y eso también les impedía comunicarse abiertamente.

Por otro lado, en la familia Leyva se había vuelto natural que el padre podía ausentarse por meses de la familia a fin de que atendiera *su rancho de gallos de pelea, pues le dejaba buen dinero* y que la madre se quedara sola a cuidar a los hijos y atender el negocio familiar. El padre se desentendía de sus funciones parentales argumentando que tenía que cumplir con su trabajo de gallero, e intervenía en los asuntos de familiares

sólo en caso de que la esposa no pudiese hacerlo sola. La madre, aparte de manejar el negocio familiar del restaurante, se encargaba principalmente de la organización familiar; es decir, para que el padre participe más en su papel, la familia debe tener problemas grandes que la mamá no pueda resolver por sí sola.

Como se puede observar en este análisis, atrás de la interacción estereotipada de cada familia, se observó cómo el establecimiento de creencias de género determinaba las características principales de cada miembro en su actitud hacia la familia. La definición de que principalmente la mamá debe resolver los problemas familiares y el hecho de que ella no podía repartir las responsabilidades con su marido, la llevaban a apoyarse emocionalmente en el PI.

En tres de los seis casos, la sobreprotección de la madre fue identificada en relación con la falta de responsabilidad del PI; misma que se relacionaba con su consumo de drogas (Leyva, Ruiz y Aceves). Cuando la familia empezó a impulsar la autonomía del PI, aumentó el interés de cuidarse a sí mismo, asumiendo una mayor responsabilidad. En los otros tres casos, donde era claro que las madres estaban distanciadas y cansadas de su marido, ellas acababan por refugiarse en la relación con sus hijos.

Este análisis sugiere la importancia de incluir las creencias de género para la comprensión y el tratamiento de los consumidores de drogas.

En el proceso terapéutico de los seis casos, se observó que la reflexión acerca de las creencias de género favorecía la generación del cuestionamiento de cada integrante respecto a su rol y comportamiento estereotipados.

Por ejemplo, en el caso de los Ruiz, la discusión acerca de la marcada diferencia entre la educación de los hijos varones y la hija, abrió una visión crítica al respecto. A partir de que se discutió este aspecto relacional de la familia, tanto los padres como el PI empezaron a reflexionar sobre los pros y contras de esta forma de interactuar.

En el caso de los Cruz, después de varias sesiones de lágrimas y reclamos, cuando

hablaron sobre las creencias de género en relación con los aspectos problemáticos de la dinámica familiar, como la parentalización de la hija mayor, se generó un ambiente más reflexivo en la familia.

En el caso de los Aceves, en la sexta sesión, la madre empezó a interesarse en realizar cosas, por su propio bienestar, diferentes a las asignadas a su género, en su familia, por ejemplo: estudiar, hacer ejercicio, plantear su propio proyecto de vida, etcétera.

En términos generales, incluir la perspectiva de género, para cuestionar los papeles asignados socialmente a hombres y mujeres, generó un impacto importante, ya fuese inmediato o paulatino, en el comportamiento de sus miembros. Al mismo tiempo, reflexionar sobre este tema, permitió que cada miembro hablara del porqué y el cómo de su comportamiento desde una perspectiva más libre del sentimiento de culpa, lo que propició que surgiera en ellos la curiosidad por nuevas y diversas alternativas de vida. Esta visión ayudó a que la familia se interesara en la posibilidad de cambiar la interacción acostumbrada entre ellos mismos, lo cual, a su vez, favorecía otros tipos de intervención terapéutica: el cuestionamiento de la estructura familiar, las tareas interaccionales, la deconstrucción, etcétera.

## **5.6 CREENCIAS RELACIONADAS CON LAS DROGAS Y LA INDEPENDENCIA**

En dos de las familias, había cierta tolerancia hacia el consumo de drogas. Es decir, a pesar de que ellos mencionaban que el consumo de drogas era su principal problema, algunas de sus opiniones mostraban su permisividad en este sentido. Por ejemplo, en el caso de los Pérez, la familia consideraba que las drogas le servían al PI para relajarse. Por otro lado, en el caso de los Aceves, al mismo tiempo que descalificaban al PI como irresponsable por consumir drogas, también se aceptaba la posibilidad de un consumo moderado. Esta actitud permisiva, como es claro, era también completamente contradictoria.

En otras dos familias, existían otro tipo de creencias: el consumo de drogas del PI es el

único problema de la familia: *Si vencemos este problema, podemos salir adelante, por lo que debemos apoyarnos*. Esta creencia validaba la sobreprotección de la familia hacia el PI. En estas familias, el problema a tratar, representaba también un motivo para reunirse y apoyarse. En el caso de los Leyva, el padre sólo participaba en la dinámica familiar cuando surgía un problema grave que la madre por sí sola no podía resolver. La conducta problemática del PI era la razón contundente por la que el padre podía intervenir en la familia. En el caso de los Ruiz, el problema del PI y de su hermano menor, justificaba no sólo el apoyo de los padres hacia ellos, sino también la exigencia impuesta a la hija mayor de seguir ayudando a la familia.

A su vez, en estas familias las creencias obstaculizaban la autonomía e independencia del PI, quien se ubicaba en la etapa de la dependencia.

En el proceso terapéutico de la familia Leyva, llegaron a expresarse de la siguiente manera: si el PI trabaja en el negocio familiar, puede resolver todas sus necesidades; el mejor apoyo hacia el PI es brindarle el dinero que necesite. La familia Ruiz, creía que la autonomía o la independencia podrían lograrse con que él consiguiera un buen empleo o una carrera. Es decir, para que los hijos varones lograran independizarse, debían brindarles las facilidades necesarias para que salieran adelante. A su vez, esta familia sostenía la idea de que los malos eran los amigos del usuario y no él. Con base en estas creencias, que alejaban al PI de la necesidad de asumir sus responsabilidades, las familias sobreprotegían a los PI y no buscaban formas de ayudarlos para que aprendieran a asumir sus responsabilidades.

Por otro lado, en el caso de los Aceves, también tenían la idea de que la sobreprotección ayudaba a que el PI pudiera dejar de consumir drogas. Al mismo tiempo, se exigía que la madre ayudara al PI. El padre decía: *Quien usa drogas debe decidir por sí mismo dejarlas*. En este contexto, aunque el PI dejara de consumir drogas, el mérito no se consideraba como suyo, sino de la ayuda familiar. A su vez, el equipo terapéutico pudo darse cuenta que en esta familia, cualquier intento del PI de individuarse se vivía de manera amenazante. La descalificación hacia la persona del PI, funcionaba para que

éste no lograra hacer algo por sí solo. A su vez, la familia se contradecía en cuanto a las altas expectativas de los padres puestas en el PI, y bajo estas circunstancias, nadie puede ser exitoso, porque nunca alcanza lo que esperan de ellos sus padres: La familia exigía que fuera exitoso, al mismo tiempo que le imponía condiciones inalcanzables. Por otro lado, la idea ambigua de la familia respecto a la independencia del PI, no lo ayudaba a lograrlo: *El hijo consigue ser autónomo al llegar a un punto (ser adulto)*. Cabe mencionar que el padre de este caso, pudo identificar en la terapia su propio sentimiento de fracaso como padre, lo cual ayudó a que cambiara la expresión que utilizaba con su hijo, de fracaso, a tropiezo.

De esta manera, se pudo constatar nuevamente la estrecha vinculación entre las creencias de la familia acerca de drogas y de la independencia y la interacción estereotipada de cada familia. Este análisis nos sugiere la importancia de trabajar el síntoma del PI en relación tanto con la dinámica familiar como con las creencias establecidas en la misma, identificando un patrón interaccional paradójico.

## **5.7 DIEZ ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO COMUNES QUE SE EMPLEARON EN LA TERAPIA FAMILIAR DE LOS CASOS PARTICIPANTES**

A continuación se describirán las estrategias que fueron claves en los procesos terapéuticos de los casos monitoreados, aunque es importante poner énfasis en que no todos los equipos utilizaron los mismos tipos de abordajes terapéuticos, sino que cada equipo combinaba diferentes elementos en su proceso terapéutico de manera original.

### **5.7.1 Involucrar la percepción de todos los miembros (recuperar las voces marginadas y abrir un espacio multivocal)**

Los equipos terapéuticos preguntaban a todos los miembros acerca de la situación actual de la familia y del problema del PI para que todos pudieran expresar su percepción desde su propia posición. Los terapeutas buscaban que todos los miembros de la familia se sintieran escuchados y respetados. En casi todos los casos acontecía que la voz de un

solo miembro adquiriría una posición predominante. Por ejemplo, la voz de una madre sobrecargada dentro de la organización familiar, o la voz de un padre tiránico que absorbían la atención de toda la familia y del equipo terapéutico. Bajo esta situación cada equipo terapéutico trataba de incluir las voces de los otros miembros de la familia, tales como las de un padre distanciado o periférico, o de una madre sumisa marginada; fuera las de algunos de los hermanos del PI y/o las del propio paciente. En general, este tipo de actividad, la de preguntar y explorar la visión de todos los integrantes de la familia, en sí era terapéutica, en tanto que propiciaba de manera natural una comprensión más compleja de la situación familiar y del problema del PI en el espacio terapéutico. Aparte de lo anterior, por medio de este tipo de actividad, el equipo terapéutico lograba hablar con la familia acerca de otros problemas relacionales que existían en ella, lo cual favorecía la descentralización del PI en la dinámica familiar.

### **5.7.2 El reconocimiento de los aspectos positivos de la familia**

Se observó que casi todos los equipos terapéuticos buscaron retroalimentar a la familia acerca de sus aspectos positivos, los de cada miembro y los del PI. Algunos equipos utilizaron el concepto de “redefinición”, y por parte de los terapeutas buscaban activamente una forma positiva de describir los esfuerzos y la forma de ser de la familia y de cada miembro. Por ejemplo, a una familia le dijeron que es “una familia unida y sobreviviente”, o a un padre descalificado por la familia se le hizo saber que era “un excelente proveedor de la familia”, etcétera.

En otros casos los equipos se basaron en la visión narrativa e invitaban a la familia a hablar acerca de excepciones con respecto de las descripciones negativas que cada miembro tenía firmemente establecidas de sí mismo, o las que tenían la propia familia de sí misma en su vida cotidiana (los llamados “sucesos excepcionales”). Es decir, los terapeutas no trataban de redefinir a la familia de manera positiva, sino que invitaban a la propia familia a que buscara los sucesos “excepcionales” que le sucedían cotidianamente en su vida, y que se diferenciaban con respecto a la historia dominante y negativa del PI o de la familia. En ambos casos estas actividades propiciaban la

generación de una nueva y más positiva descripción de la familia y de cada miembro, lo que favorecía notablemente el proceso terapéutico. Puesto que la familia y/o cada miembro se mostraba más liberado de la preocupación de ser señalado unilateralmente por el terapeuta en razón de sus aspectos negativos, se propiciaba el establecimiento de una relación de colaboración entre el equipo terapéutico y la familia. A su vez, parecía que este tipo de confianza terapéutica entre las personas y el equipo terapéutico le daba a la familia el ánimo de probar o buscar nuevas formas de actuar y relacionarse con otras personas, con base en la nueva visión desarrollada en la conversación terapéutica.

### **5.7.3 Explorar los roles de cada integrante**

Otra estrategia frecuente en los casos monitoreados fue la exploración de los roles familiares. En esta actividad la familia recibía la indicación del terapeuta de verbalizar los roles que cada miembro cumplía en la misma, y también debía reflexionar acerca de las responsabilidades y los compromisos esperados por cada persona en la dinámica. Por medio de esta actividad se generó naturalmente la visión de explicar el comportamiento de cada miembro en relación con los de otros miembros. En un caso esta actividad hizo que se generara una de las líneas centrales del proceso terapéutico, puesto que la familia empezó a cuestionar las diferencias en los tratos que existían entre los hijos y la hija; este cuestionamiento favoreció el que todos se interesaran en buscar otras alternativas de interactuar dentro de la familia. En términos generales, este tipo de actividad les ofrecía a todos los miembros oportunidades de expresar sus creencias, lógicas e incluso acuerdos y desacuerdos respecto de la dinámica familiar preestablecida. En este proceso toda la familia tenía la oportunidad de oír diversas visiones que existían en la familia relativas a su propia dinámica cotidiana, lo que les permitía a los distintos miembros reflexionar acerca del comportamiento típico de cada uno de los miembros desde una perspectiva diferente, y sin que necesariamente se buscara un “culpable” del asunto en cuestión, lo que ayudaba a bajar la defensa de los integrantes respecto de hablar acerca del cambio de costumbres o de otras alternativas dentro de la interacción familiar.

Es decir, se observaron diversos factores positivos de esta actividad, entre los que se encontraron los siguientes: involucrar a todos los miembros de la familia en la terapia, logrando descentralizar el problema del PI dentro del contexto familiar; ubicar al PI y su síntoma dentro de la dinámica relacional de la familia; explorar la organización y la interacción familiar estereotipada en la familia; indagar las creencias familiares que sostienen el establecimiento de los roles, etcétera. Asimismo se observó que preguntar acerca de los roles familiares favorecía que cada miembro expresara espontáneamente sus pensamientos y sentimientos, al mismo tiempo que se permitía al terapeuta verificar si cada miembro estaba conforme o inconforme con lo que ocurría en la familia.

#### **5.7.4 Externalización del problema**

En casi todos los casos se utilizó la externalización del problema, lo que se relacionaba directamente con el consumo de drogas del PI. Esta actividad favorecía las estrategias de redefinición del PI y de la familia, puesto que por medio de esta actividad tanto la familia como el PI lograban separar el problema de consumo de drogas de su propia identidad.

Por ejemplo, en un caso al explorar acerca de cómo la familia había logrado escapar de la “tiranía de la chela”, los miembros adquirirían una nueva forma de ver al PI, como hombre que se había preocupado de proveer a la familia (un excelente proveedor), a pesar del continuo ataque de tentación que tenía por consumir alcohol y marihuana, que era aquello en lo que consistía su problema. A su vez, los distintos miembros de la familia alcanzaban a verse a sí mismos como *sobrevivientes de esta historia* y en conjunto como *una familia fuerte que no se dejó vencer por el problema*.

En otro caso el equipo terapéutico utilizó la externalización del problema de tal manera que la familia se permitió redefinir la imagen negativa preestablecida del PI como alguien que *siempre está drogado*, por otra distinta, que expresaban en estos términos: *Hay momentos en los que el PI vence al problema, y es capaz de no drogarse*.

Por otro lado, es interesante señalar que la externalización del problema de consumo de drogas facilitaba el que cada terapeuta explorara el patrón interaccional que precedía el acto de ingestión de drogas del PI. Por ejemplo, el preguntar con base en la lógica acerca de qué tipo de cosas aumentaba la posibilidad de que el problema venciera al PI, invitaban a la familia y al mismo PI a reflexionar acerca de la interacción estereotipada que precede al consumo de drogas del PI. La conexión entre la dinámica familiar y el consumo de drogas del PI es un tema delicado, porque puede asociarse con la culpabilidad del acto de algún miembro en particular. En un caso, después de que el equipo terapéutico realizó las preguntas relacionadas con el ataque del problema externalizado, el PI identificó que la confrontación con su madre era lo que le provocaba deseos de consumir drogas. La externalización del problema le permitió al PI hablar de este tema sin preocuparse de que se generara una culpabilidad lineal a partir de la madre, tal como la idea de que era la madre la que le provocaba al PI su deseo de drogarse; en cambio, entonces se establecía una relación indirecta entre aquellos dos sucesos y ello les hacía ver que había algunos sucesos familiares que le daban más fuerza al problema, por lo que la familia debía unirse para cambiarlos. A su vez, la externalización le ayudaba a cada uno de los miembros a responsabilizarse más del cambio interaccional, puesto que se establecía una visión colectiva, que se expresaba de la siguiente manera: “¿Qué debe hacer cada miembro para que el problema no sea capaz de manipular malamente al PI y a la familia entera?”

En contraste con estos casos, hubo alguno en el que la externalización del problema se realizó sin estar directamente asociada con el consumo de drogas del PI, sino que el problema se definió como “el monstruo verde” que bloqueaba la comprensión y el respeto mutuo entre los miembros de la familia.

Es importante señalar que el lema frecuente en las familias de consumidores de drogas, “familias unidas”, concordaba muy bien con la filosofía establecida en la externalización del problema, propia de la terapia narrativa, puesto que esta actividad incitaba a la familia a que se unieran más para que juntos contrarrestaran el problema que les habían molestado por tanto tiempo. Esta visión de luchar con el problema es muy diferente de

otro tipo de pensamiento, aquél en el que se visualiza a la familia como una entidad que tiene “errores” que deben ser corregidos.

En contraste con estas descripciones positivas respecto del uso de la externalización en la terapia, cabe señalar que también hubo un caso en el que se observaron ciertas dificultades típicas en la aplicación de este abordaje terapéutico. En este caso la externalización no funcionaba bien debido a que al PI no se le ocurría un nombre que le diera sentido para describir su problema. El equipo terapéutico parecía estar más preocupado por ponerle un nombre al problema, que por atender el alivio emocional que debió acompañarle al PI en el momento en que éste pudiera visualizar fuera de sí, de su identidad, al problema. No fue un acierto terapéutico el pedirle al PI que pensara en un nombre para el problema, en casa y como tarea terapéutica, porque el PI de este caso, en lugar de sentir un alivio, sintió que fracasaba, en tanto que no era capaz de pensar en un nombre para su problema.

#### **5.7.5 Incorporación o inclusión de los miembros periféricos o marginados**

Como se señaló en la parte anterior, una forma de lograr la inserción en la dinámica familiar de un miembro periférico o ausente es la de realizar diferentes preguntas a los distintos miembros de la familia. La recuperación de sus voces deviene en la reincorporación de esos miembros dentro de la dinámica familiar de manera paulatina y natural. También resulta efectivo el que entre toda la familia se hable acerca de los miembros marginados. Por ejemplo, en un caso, el terapeuta les preguntó acerca de la esposa del PI, a quien se le ubicaba en una posición marginal. Esta actividad permitió que la familia pensara cómo se podía lograr la reinserción de la esposa. La expresión de las opiniones y sentimientos del miembro marginado ayudó a que la esposa conociera las percepciones de los otros miembros de la familia acerca de su propia persona, lo cual le dio la oportunidad de visualizar diversas posibilidades de transformar su posición dentro de la familia, y así recuperó el ánimo de asumir una mayor iniciativa dentro de la misma.

En otro caso, toda la familia guardaba un sentimiento ambivalente respecto del padre ausente, quien se divorció de la madre, por lo que el terapeuta los invitó a que hablaran sobre este padre, quien se encontraba físicamente ausente pero emocionalmente estaba presente. Por medio de esta actividad se trabajaron los aspectos positivos y negativos de la figura del padre en relación con cada miembro del grupo familiar, lo cual ayudó a que la familia se sintiera más tranquila respecto a sus conflictos. Es decir, no se resolvieron necesariamente los conflictos con él en términos concretos, si bien la familia logró tomar aquellos problemas ahora de manera más tranquila.

Por otra parte, en otros dos casos el equipo terapéutico trató de insertar al padre periférico más directamente en la dinámica familiar. En un caso, el equipo utilizó la escenificación, y le pidió al padre que se esforzara a ponerse de acuerdo con el PI respecto de las reglas familiares enfrente del terapeuta. En este proceso se le solicitó a la madre que se esforzara en no intervenir en esta actividad, ni siquiera como mediadora, y que dejara que el padre se esforzara en lograr un acuerdo. El padre, que hasta aquel momento se había mostrado incómodo respecto de dicha actividad, finalmente logró realizarla, y se sintió contento por este hecho. Entre el padre y el hijo se generó un nuevo acercamiento que fue percibido positivamente por todos los miembros. En otro caso el terapeuta trató de insertar al padre, involucrándolo continuamente en la conversación terapéutica, lo cual favoreció la generación de nuevas interacciones familiares, en las que el padre y los hijos se acercaron más.

#### **5.7.6 Fortalecer el subsistema entre el usuario y su pareja**

En los casos de dos PI que, a pesar de ya tener la edad propicia para incrementar su independencia, no dejaban de ser dependientes de su familia, se observó que a ambos les favorecían mucho las actividades encaminadas a fortalecer su subsistema de pareja.

En un caso el PI todavía no se casaba, pero en la terapia se le invitó a la novia, además de que se discutió con la familia la posibilidad de que él formalizara su relación con ella.

Esta nueva condición favoreció la discusión con toda la familia acerca de las responsabilidades del PI en su vida cotidiana, lo cual se relacionó con el desarrollo de su autonomía. En otro caso el PI estaba casado y tenía un hijo con su esposa; en la terapia se discutió acerca de la necesidad de que asumiera una mayor responsabilidad en su relación conyugal y en su papel parental. En ambos casos el hablar sobre la relación de pareja del PI ayudaba a que todos los miembros reconocieran la necesidad de apoyarlo para que fuera capaz de adquirir autonomía en la vida cotidiana, y ello propició la revisión de las reglas relacionales preestablecidas en la familia.

Cabe mencionar que en ninguno de los casos se trabajó directamente sobre la relación conyugal de los padres. Tampoco en el que el PI era el padre de la familia se trabajó su relación de pareja con la esposa. Esta observación sugiere la posibilidad de una cierta dificultad de los equipos terapéuticos de tratar los problemas conyugales, aun cuando se observa una desviación del conflicto conyugal hacia el PI, si bien buscan alternativas para destriangular al hijo, no tratan directamente la relación conyugal de estos padres.

### **5.7.7 Límites claros y la valoración de cada individuo**

Cuatro de los seis PI se ubicaban en la posición de hijo dependiente de la familia y/o sobreprotegido, a pesar de tener edades que les exigían ser más autónomos. En dichos casos era sustancial discutir acerca de los límites familiares en relación con el cambio del apoyo familiar, puesto que si los familiares, especialmente los padres, no llegaban a reconocer la importancia de que el PI aprendiera a ser más responsable, sería difícil que el mismo empezara a apreciar el desarrollo de este aspecto personal. El deseo de aprender a cuidarse a sí mismo es un punto crucial para que el PI estuviera lejos de las drogas, por lo que se revisaron cuáles límites familiares son los que favorecían el desarrollo de este tipo de interés en el PI.

Otro aspecto a considerar fue el de la relación entre el establecimiento de los límites claros y la valoración de cada uno de los miembros dentro del contexto familiar. En aquellos contextos en los que no hay límites claros es difícil desarrollar el reconocimiento

de los integrantes, puesto que ninguno de los miembros logra saber qué es lo que hay que apreciar de los demás. Si los límites son aplicados ambiguamente, aunque se llegue a estar sólidamente interesado en responsabilizarse de la vida familiar, no se sabe sin embargo qué debe o puede hacerse para lograrlo. Los hijos pueden pensar: *No me dicen nada mis padres, sea que cumpla o no las reglas familiares. De todos modos me protegen y me hacen regalos.* A su vez, si las reglas familiares están establecidas de tal manera que el hijo nunca puede llegar a alcanzarlas, éste tampoco puede llegar a obtener la oportunidad de ser valorado por esforzarse en cumplirlas. En un caso en el que los padres tenían una alta expectativa del PI, se revisaron los límites familiares en el sentido de cómo, tanto los padres como el mismo PI, podían darse cuenta de los pequeños logros que se obtenían en la vida cotidiana, que le permitían al PI no desmotivarse al esforzarse en mejorar su vida.

En este sentido, se puede decir que si no hay reglas claras y alcanzables respecto de qué se espera que cada persona hiciera en la interacción cotidiana, tampoco hay oportunidades de ser valorado a partir de su iniciativa por realizar cosas valiosas.

Por otro lado, en dos de los casos también se observó el problema de un hijo parentalizado, esto es, aquél que no llegaba a recibir reconocimiento alguno por su contribución a la familia. En los casos en que se daba este tipo de papeles, se observó el problema de límites rígidos, en tanto que las familias disponían claramente las tareas familiares que debían ser realizadas por las hijas parentalizadas, a la vez que no consideraban que era algo por lo que ellas debieran ser apreciadas, sino que esas tareas constituirían propiamente un deber. En la terapia se trabajó en flexibilizar esos límites rígidos con ellas, buscando posibilidades de desparentalizarlas.

### **5.7.8 Identificar el aspecto paradójico de la interacción familiar**

El cuestionamiento de interacción paradójica fue clave en algunos de los casos monitoreados. En dos de los seis casos se observó que los familiares del PI aceptaban el consumo “moderado” de drogas, a pesar de que descalificaban el PI con gran fuerza

en razón de que consumía drogas. Parecía que estos familiares, en lugar de esperar que el PI fuera capaz de dejar por completo las drogas, tenían la expectativa de que tuviera tan sólo un mayor control sobre ellas. Los PI de estos casos recibían dobles mensajes por parte de sus familiares: por un lado se les reprochaba el que fueran consumidores, pero por otro lado parecía que sus familiares no esperaban que los PI dejaran por completo las drogas. Los equipos terapéuticos trabajaron este aspecto paradójico de las expectativas y sobre los comentarios de los familiares del PI.

En otros dos casos la misma sobreprotección de los padres establecía una interacción paradójica. Los padres esperaban que los hijos se independizaran y que salieran adelante, pero para eso les daban un apoyo económico incondicional, hasta llegar al absurdo de que los hijos dejaran de valorar cualquier tipo de independización.

En estos casos fue importante el que el equipo terapéutico reconociera que la posición del PI era de carácter paradójico y que hablara con la familia sobre esta situación durante el proceso terapéutico.

#### **5.7.9 Incluir las creencias de género en la comprensión de la familia**

El tema de las creencias de género traspasaba todos los temas con los que se trabajó en el proceso terapéutico, ya fuera que se trabajara la sobrecarga de la madre, la periferia del padre, la sumisión de la madre, la tiranía del padre, la sobrecarga de las hijas, la sobreprotección de los hijos varones, la descalificación de los padres por las madres, etcétera. La atención de cada equipo terapéutico respecto de la influencia de las creencias de género en la dinámica familiar, favorecía el que se desarrollara una comprensión más rica y respetuosa respecto de la situación familiar y del problema del PI. Algunos equipos incluyeron activamente este tema en la conversación terapéutica, mientras que otros atendían los asuntos de género en las observaciones que vaciaban en los expedientes, aun cuando no las introducían directamente en dicha conversación. En ambos casos se observó que la comprensión de los terapeutas respecto de las creencias de género favorecía el proceso terapéutico, puesto que ningún terapeuta

quedaba atrapado por culpabilizar a cualquier miembro de la familia, a partir de un sentido lineal con respecto del problema familiar, sino que establecía una comprensión compleja y empática respecto del comportamiento de cada miembro de la familia. En todos los temas tratados en la terapia se identificaba la influencia de las creencias de género establecidas en y por el contexto social en el que se ubicaba cada familia. En los casos en los que el terapeuta invitaba a la familia a que reflexionara acerca de la influencia de las creencias de género en su propio comportamiento, se observó que al momento de buscar flexibilizar las visiones de cada miembro respecto de su acostumbrada forma de actuar con otras personas, ello se desarrollaba con mayor flexibilidad. En términos generales, el que los terapeutas invitaran a la familia a hablar sobre las creencias de género, propiciaba por sí misma el que cada miembro se diera cuenta de, o se interesara en, las mismas posibilidades del cambio, así como de otras alternativas de vida que hasta ese momento habían sido ignoradas.

#### **5.7.10 Deconstrucción de las historias familiares**

Se observó que la deconstrucción planteada en la terapia de segundo orden favorecía el proceso terapéutico de diversos casos. Con este concepto, los equipos terapéuticos plantearon preguntas que les permitían comprender de manera más rica los comportamientos problemáticos de los miembros de la familia.

Por ejemplo, en un caso, el equipo terapéutico tuvo la curiosidad de saber la historia de la relación del padre del PI con sus padres, y siguiendo el concepto de deconstrucción, les preguntaron acerca de cómo fue su relación con sus propios padres. En este proceso, la actitud de los terapeutas no era la de tratar de detectar una causa cualquiera del problema familiar, sino que se enfocaba en el enriquecimiento de la comprensión en relación con la actual actitud del padre. Por medio de las preguntas del terapeuta se generó una comprensión distinta con relación a la actitud estricta del padre para con el PI. Cuando el padre del PI era joven, sus padres no esperaban nada de él en sentido académico, ello a pesar de que él quería estudiar para llegar a ser médico; en cambio, no lo dejaron estudiar, y le obligaron a trabajar puesto que la familia contaba con un

ingreso limitado. Al escuchar esta historia dentro del espacio terapéutico se generó una visión distinta respecto de este padre, que anteriormente parecía ser “simplemente” estricto y tiránico, lo cual ayudó a que tanto este hijo como su esposa se acercaran más a él.

Por otro lado, el otro equipo deconstruyó la historia del problema de consumo de drogas por medio de la externalización del problema, lo cual permitió que la familia discutiera acerca del mismo problema asociándolo con diversos episodios en la historia familiar. Así mismo, en otro caso, el equipo terapéutico buscó deconstruir la figura del padre ausente, lo cual permitió el que la familia trabajara respecto de los sentimientos ambivalentes que ellos tenían para con este padre ausente. En ambos casos el concepto de la deconstrucción les permitió a los equipos terapéuticos interesarse en contextualizar el problema, sin que ello implicara buscar algún tipo específico de problema o las causas del mismo; con ello se favorecía la generación de un ambiente de curiosidad en la conversación terapéutica, así como la construcción de nuevas descripciones de la realidad familiar.

Hubo un equipo terapéutico que describió su terapia en los términos de una permanencia en el ámbito o nivel de los significados. Este equipo se interesaba continuamente en los discursos y creencias de cada miembro de la familia, e intentaba generar nuevas descripciones de la realidad dentro del proceso terapéutico, en lugar de preocuparse por “cambiar” estratégicamente algún aspecto específico de la familia. Se puede decir que su principal enfoque terapéutico fue la deconstrucción de los discursos familiares. A su vez, se enfocaron en recuperar las voces marginadas en la familia, lo cual ayudaba su proceso de deconstrucción de la realidad familiar de manera efectiva. En este proceso, el equipo planteó también algunas preguntas que se encaminaban al futuro de la familia y del PI. Dichas preguntas tenían el siguiente tenor: ¿qué pasaría si el PI viviera solo?; o, ¿cómo se sentiría el PI en tal circunstancia?, etcétera. Cabe señalar que esta estrategia favorecía muy bien el proceso terapéutico de la familia involucrada, al grado de que después de 10 sesiones, el PI logró la remisión total del síntoma, obtuvo un nuevo empleo y una mayor independencia respecto de sus padres.

## 5.8 EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN: CAMBIOS EN EL PATRÓN DE CONSUMO Y EN LA DINÁMICA RELACIONAL

En los seis casos atendidos, el usuario de drogas logró dejar de consumirlas de forma absoluta.

Asimismo, en todos los casos la aplicación del modelo propició que los usuarios lograran asumir una mayor responsabilidad respecto a sus propias vidas, incluyendo los esfuerzos necesarios para empezar a trabajar o retomar sus estudios.

En el caso de la familia Pérez, comenzó a trabajarse con los sentimientos ambivalentes que sentían la esposa y los hijos por el padre, especialmente Jerónimo, el usuario de drogas, a quien le guardaban un gran resentimiento. Durante el proceso terapéutico Jerónimo decidió internarse por *motu proprio* en un centro especializado en adicciones de la localidad, pero sin que esto implicara que la familia interrumpiera o abandonara su tratamiento. Curiosamente para internarse solicitó el apoyo de su padre, quien se encargó de averiguar en el lugar donde estaba ubicada la clínica y de financiar su estancia. Esto quiere decir que Jerónimo logró buscar para sí mismo un contexto terapéutico donde podía concentrarse para alejarse de los amigos que lo invitaban con frecuencia a drogarse, y para concentrarse en su abstinencia. Cuando pidió el apoyo a su padre se analizó la posibilidad de que la familia lo interpretara como una actitud desleal a ellos, pues todos estaban coligados contra el padre, por el contrario la familia calificó su decisión como favorable y como una buena oportunidad para que Jerónimo finalmente dejara las drogas. Después de concluir la terapia familiar, Jerónimo continuó internado por un mes más. En una sesión de seguimiento que se hizo con la familia Jerónimo había logrado renunciar a las drogas y estaba trabajando de manera independiente.

Respecto al caso de la familia Aceves, la familia dejó el tratamiento después de la sexta sesión. Este hecho creó ciertas reservas en el equipo terapéutico, en cuanto a la posibilidad de que la familia pudiera regresar a la dinámica anterior, debido a la fuerte

influencia del padre, a pesar de que durante las seis sesiones en las que participaron tanto en la terapia familiar como en los grupos psicoeducativos, lograron incluir nuevos repertorios relacionales en su interacción cotidiana. Por ejemplo, en la sexta sesión, la mamá, el papá y el usuario, plantearon un proyecto personal de vida, lo cual representó una diferencia sustancial si tomamos en cuenta que al inicio de la terapia todos se mostraban muy renuentes y escépticos al cambio. Asimismo, Silvestre, el padre, quien constantemente descalificaba a su hijo Pedro por sus problemas escolares, pudo modificar esta actitud violenta, y empezó a ver a su hijo de manera más positiva, confirmando los esfuerzos que hacía en la escuela e impulsando sus deseos de estudiar arquitectura. Al mismo tiempo, tanto la señora Magdalena, como sus hijos Pedro y Tania, pudieron acercarse más afectivamente al padre en una de las sesiones cuando el señor Silvestre lloró y pudo reconocer que no se sentía satisfecho con el papel que había hecho como padre, al mismo tiempo compartió que en su niñez su propio padre fue bastante violento con él, que hubiera deseado estudiar la carrera de medicina ya que siempre fue buen estudiante pero en *casa sólo era trabajar y trabajar* y nunca fue escuchado por sus padres, situación que lo ha tenido muy frustrado. Este desahogo favoreció una mayor flexibilidad en los integrantes para expresar sus sentimientos y sus afectos, favorecieron una mayor estabilidad en la familia y especialmente en Pedro, lo cual resultó de gran ayuda para mantenerlo lejos de las drogas.

En una sesión de seguimiento que se realizó con la familia 12 meses después del tratamiento, los terapeutas pudieron reconocer una mayor tolerancia en las diferencias y la expresión de opiniones de los demás; se identifican pautas de interacción sin descalificaciones, en particular entre Silvestre y Pedro, quienes han descubierto puntos de identificación entre ellos; el padre es contratista de obra y el hijo está estudiando arquitectura, y su interacción está basada en el respeto y en la escucha del otro. La familia se encuentra más adaptada al proceso de emancipación de Pedro, han dejado atrás la rigidez en los roles establecidos entre los padres, y después de ser una familia que era enemiga de pedir ayuda, fueron capaces de solicitar el apoyo de su familia extensa cuando tuvieron que intervenir quirúrgicamente a Pedro. Asimismo, lograron organizarse para redistribuir las tareas domésticas entre Silvestre, Pedro y Tania debido

a que Magdalena se fracturó la tibia, además Silvestre estuvo *al pendiente* del cuidado de su esposa, lo que favoreció una comunicación abierta y directa entre los cónyuges. Las narrativas alternativas que se esbozaban en forma incipiente al inicio del tratamiento se muestran más sólidas en esta sesión. El discurso del padre deja de ser dominante y acepta que puede equivocarse. Son claros las voces y discursos del resto de los miembros de la familia que antes estaban marginados y aportan su propio cuerpo discursivo al conglomerado del discurso familiar. Un discurso que apareció en la familia fue que *las personas pueden equivocarse y rectificar*, refiriéndose al consumo de drogas de Pedro y a la infidelidad conyugal de Silvestre. Además, el padre menciona que se puede ser exitoso de varias maneras, no sólo logrando una carrera, así que ahora se ve como un hombre exitoso en su trabajo. Reconocieron que los padres son guía y ejemplo de los hijos y no los que determinan su futuro, y que las funciones parentales y conyugales no son fijas sino que se van modificando con los años y las nuevas situaciones del transcurrir de la vida. Por cierto que Pedro tenía 14 meses de haber dejado de consumir drogas de forma habitual y 10 meses desde su último consumo.

En el caso de la familia López, para el final de tratamiento, prácticamente había incorporado una nueva pauta de interacción en la cual el padre participaba activamente más que antes en la organización familiar, y la madre aprendía a aceptarlo. Se observó entonces una mayor interacción afectiva entre el padre y sus cuatro hijos, incluyendo a Marcelino. Mientras que asistieron a terapia, Marcelino logró la abstinencia casi absoluta de las drogas y mostró notables mejorías en sus actividades escolares. Sin embargo, cuando la familia abandonó la terapia para atender la intervención quirúrgica del menor de los hijos, este evento logró desestabilizar la nueva forma de interacción familiar aprendida ya que fue un factor muy estresante para ellos. Por esta razón, cuando regresaron a terapia, la familia presentaba problemas relacionales evidentes, Milagros se sintió nuevamente sola enfrentado el problema del hijo menor, y en la relación de pareja aparecieron nuevos conflictos; sin embargo Marcelino pudo abstenerse del consumo de drogas.

En una visita de seguimiento realizada 10 meses después de concluir el tratamiento, se

constató que Marcelino se mantenía alejado de las drogas, continuaba sus estudios, y si bien se reconocían cambios en la relación de pareja, por ejemplo aquella forma de relación conyugal *donde cada uno era más necio que una mula* y de organización parental caracterizada por *tu por tu lado y yo por el mío a ver a dónde vamos a parar*, había dado paso a una relación donde se buscaban más acuerdos en conjunto, aunque se mantenía cierto escepticismo en Milagros sobre un cambio significativo en su esposo.

En el caso de la familia Cruz, se reportó una remisión total en el consumo de marihuana y el consumo de alcohol se redujo considerablemente. Arsenio reconoció que el consumo de la rarra (cannabis) era un escape para él, pero ahora ha dejado de necesitarlo. Asimismo, desapareció la conducta violenta que manifestaba Arsenio, especialmente dejó de descalificar a su esposa y a sus hijas.

En esta familia, el tratamiento apuntaló el fortalecimiento del rol parental de Arsenio, logrando una mayor involucración en la organización familiar y asumió más su papel de padre, mostrándose además más cariñoso con sus hijas. Además, se logró liberar a Remedios, la hija mayor, del rol parental en el que estaba atrapada, y que la mantenía bastante frustrada. Las hijas menores se han adaptado a la nueva distribución de responsabilidades en casa, que actualmente les exige una mayor participación dentro de las actividades domésticas. La familia reporta un cambio muy importante en Remedios quien a raíz de que deja de tener un rol parental es percibida con mayor autonomía e independencia. Actualmente se encuentra laborando en el ramo de la “maquiladora” lo que le ha permitido tener experiencias y contactos sociales nuevos y diferentes, convive más con el resto de la familia y apoya en la economía del hogar. Podemos afirmar que los padres lograron hacer un equipo y establecer acuerdos familiares en conjunto y, sobre todo, fueron modificadas las premisas de género en relación a que *las mujeres debían ser castigadas cuando desobedecían*. Se observa una mayor utilización de los recursos familiares para la resolución de los nuevos conflictos, así como una adecuada respuesta al afrontamiento al estrés, originado por situaciones tales como cambio de horario laboral, nuevos empleos y una nueva distribución de roles. Finalmente los miembros de la familia manifiestan sentir una mayor libertad para expresar sus

sentimientos y emociones sin sentirse agredidos, castigados o descalificados.

En el caso concreto de la familia Ruiz, al final de la intervención, Fermín decidió trabajar e irse a vivir con su esposa a un departamento. Para lograrlo, fue preciso que sus padres cambiaran la visión que tenían sobre el apoyo paternal y lo impulsaran a reconocer y aceptar su responsabilidad como marido y como padre. Fermín manifestó sentirse satisfecho de asumir su papel de padre y de responsabilizarse del cuidado y manutención de su familia y de buscar alcanzar sus logros personales. Toda la familia reconoció que no deberían invadir la relación de la joven pareja, los padres han respetado las decisiones que Fermín e Irma han determinado.

En una visita de seguimiento que realizaron los terapeutas con la familia, 12 meses después de concluir su tratamiento, se pudo identificar un el estilo de comunicación más claro y directo entre los integrantes, ya no se quedaban con las cosas ocultas sino que se daban la oportunidad de expresarlas, sin ser dominados o reclutados por *el monstruo verde* que los alteraba y los hacía explotar, actuando impulsivamente. La familia refiere una mayor armonía, menos preocupaciones, piensa mejor las cosas antes de actuar. Asimismo han renunciado a actitudes como *creer que sólo uno tiene la razón*, ahora se dan oportunidad de escuchar. Mencionan que antes *se reclamaba algo o se dirigían de forma violenta o con enojo, y hemos aprendido que no resolvíamos nada, así que mejor es escuchar, o no dejarse llevar por el reclamo del otro*. En este periodo la señora Teresita se enfermó y tuvo que ser internada para una operación, lo que llevó a la familia a resolver sus necesidades por ellos mismos, además de apoyar y atender la curación de mamá. Se dio una reorganización conjunta para enfrentar este evento crítico, por ejemplo, ante el hecho de que sólo podía tener ingreso a acompañar a la mamá en el hospital una mujer, los hombres de casa asumían el compromiso de hacerse cargo de las actividades domésticas de casa, mientras la hija se quedaba al cuidado de su madre. La familia logró discernir que los personajes antagonistas eran las barreras de la comunicación y el desapego entre cada uno de ellos, sin percatarse claramente de estos aspectos, pues se creía que se estaban dando por sí solos, tal pareciera que vivían en un mito. Ahora lo que se percibe en la deconstrucción de estos puntos dominantes es

una historia contemporánea, con tintes de aventuras no experimentadas, por ejemplo el deseo de los padres de estar solos, de irse a vivir a Poza Rica donde encuentran tranquilidad, recordar las comidas que la abuela paterna preparaba, y tomar un crucero e irse ambos a disfrutar su jubilación. En el caso Maribel se mostraba muy satisfecha con su nuevo empleo y narraba los medios que generó para lograr sobreponerse a los obstáculos sexistas laborales. Fermín narró su experiencia de sentirse autosuficiente y de ser valorado por su esfuerzo laboral y mantenimiento en el logro de objetivos, entre ellos, la abstinencia absoluta. Ricardo se mostraba muy complacido de estar estudiando una carrera profesional, además de que formaba parte activa de una agrupación de jóvenes cristianos donde se sentía muy contento con las actividades que realizaba, muy alejado de las drogas. Irma estudiaba cultora de belleza para emplearse en un negocio de su cuñada. Al final de la sesión la familia narró un cuento donde sintetizó todo el proceso que vivió desde que empezaron los problemas con el consumo de drogas hasta el momento en que se encontraban ahora; nombraron a este cuento *Nunca más*.

En el caso de la familia Leyva, durante la terapia se fortaleció tanto la relación entre el usuario y su padre, como la aprobación de la familia respecto a su matrimonio con la pareja. Antes del tratamiento el usuario dependía por completo de su madre, en lo económico y en cuanto a resolver los problemas en los que se metía, lo que favorecía que no asumiera su responsabilidad. El cambio de actitud del padre, al exigirle que cumpliera con algunas reglas familiares, ayudó a que el usuario empezará a aceptarlas. La señora Martina pudo enfrentar su culpa por no haber atendido a su hijo en su niñez, por cuestiones laborales, lo que le permitió que *lo corriera del restaurante* de la familia, porque como *hijo de los patrones, nunca iba a hacerse responsable*. Así que el hijo tuvo que conseguir otro trabajo. El usuario empezó a apreciar la importancia de ser independiente y planeó casarse con su novia, estableciendo su vida en Estados Unidos, a donde llegó con sus tíos maternos.

En una sesión de seguimiento con la familia 10 meses después de concluir el tratamiento, se pudo constatar que Santos, el usuario de drogas, fue capaz de dejar el consumo de drogas de forma absoluta durante todo este tiempo prolongado, aunque ahora estuviera

viviendo en los Estados Unidos a pesar de que varios de los primos con los que trabajaba eran consumidores consuetudinarios.

Finalmente, podemos decir que todas las familias evaluadas reconocieron los cambios logrados a través de este modelo de intervención.

## **5.9 NUTRICIÓN AFECTIVA EN LA TERAPIA FAMILIAR**

La necesidad de afecto, de ser reconocido y querido por otros significativos es una condición humana. La estima de sí mismo se desarrolla a través de las vivencias experimentadas en los vínculos primarios. Aunque existen múltiples definiciones de autoestima, en general todas se refieren a sus componentes básicos: una percepción del sí mismo, una evaluación de esta percepción que acepta o rechaza los elementos que la integran y un sentimiento ligado a esta valoración (Fernández, 2005).

Los adolescentes adictos tienen una pobre estima de sí mismos, se sienten poco apreciados por sus padres y hermanos y buscan constantemente la aceptación y valoración de otros; en esta etapa de la vida los pares se constituyen en significativos de quienes es necesario recibir reconocimiento, por lo que siguen las normas de su grupo. Es muy común que un adolescente se inicie en el consumo de drogas a invitación de un amigo. El consumo de drogas entre los pares es un factor predictivo de consumo. Si además el adolescente vive en un ambiente de violencia familiar que le provoca ansiedad y en el que se siente rechazado, hará más probable que se inicie en el uso de drogas con pares consumidores.

Es muy común escuchar entre los usuarios de drogas argumentos tales como:

*Sé que es malo, pero no podía dejar de hacerlo porque si me negaba totalmente a probar las drogas, mis amigos no me hubieran aceptado... Bien a bien, no me explico por qué necesité consumir drogas en aquel momento. Yo sabía que me iba a meter en problemas... Yo tenía problemas con mi mamá, con mi escuela y estaba muy frustrado. Mi amigo que me invitó a consumir drogas era el único que me comprendía... "Pensaba*

*que era mejor no consumir esas sustancias, pero no quería que mis amigos me vieran como un cobarde...Necesitaba mostrar a mi gente que no tengo miedo... En la casa, me sentía sólo, sentía que nadie me comprendía, la droga me ayudaba a olvidar...*

La necesidad de ser aceptados, valorados, reconocidos y amados es un factor común en estos casos. En múltiples publicaciones de CIJ, se ha hablado de la importancia del reconocimiento de los padres a los hijos, de la educación centrada en la valoración de logros más que en la crítica y el castigo de desaciertos, de la necesidad de que los padres se interesen por las actividades de los hijos. Todo ello favorece el desarrollo de autoestima en niños y jóvenes y son factores preventivos del uso de drogas.

De acuerdo con Linares (2002), la nutrición afectiva se comprende un nivel cognitivo, de reconocimiento y valoración; un nivel emocional, de cariño y ternura; y un nivel pragmático, el cuidado y la sociabilización, en la relación conyugal además, el deseo y el sexo.

Para que una persona se considere querida –“nutrida” emocionalmente– requiere de confirmación, en principio, sentirse escuchada, atendida y valorada. La descalificación es lo contrario a la confirmación, cuando una persona siente que no es apoyada, se le descalifica lo que dice o hace, a través de la crítica o la negativa a sus opiniones o sentimientos o acciones, también se siente poco estimada, poco querida.

Por ejemplo en la familia Aceves, los padres no se interesaban por los esfuerzos de su hijo, no le reconocían sus iniciativas y sí, por el contrario, le exigían constantemente, logros. En la terapia se trabajó en enseñarles a los padres a reconocer los logros de su hijo y expresarle su reconocimiento por ellos, lo que fortalecía la sensación de afecto del paciente identificado y motivó a nuevas iniciativas.

En la familia Cruz el paciente manifestó abiertamente su enojo por la falta de respeto de su familia hacia él. Decía: *El alcohol me ayudaba a sacar el coraje y la marihuana a olvidar la ira*. El ciclo recursivo de borrachera para fortalecerse, crítica familiar y

sentimiento de no ser respetado, mantenían la conducta adictiva. La sensación de falta de reconocimiento familiar influía su necesidad de consumir alcohol y drogas. El trabajo terapéutico introdujo nuevas formas de manifestar tanto la inconformidad, como los afectos.

En la familia Pérez, la madre y el paciente identificado mantenían una alianza contra el padre. La madre descalificaba con este apoyo al padre, y esa misma situación impedía el acercamiento del paciente con él. En la terapia se trabajó el reconocimiento, lo que ayudó a su inserción en la familia. El equipo terapéutico trabajó en el reconocimiento a la madre por sus esfuerzos y preocupación por la familia, al tiempo que introdujo reconocimiento al padre. La familia aprendió escenarios de valoración del padre y expresión de reconocimiento hacia él. El padre recuperó una posición en la familia que permitió mayor acercamiento con el hijo y una sensación de valoración mutua. La madre pudo observar los esfuerzos e interés del padre por su familia y sustituyó la descalificación por el reconocimiento. El apoyo y reforzamiento a los discursos y afectos manifestados por el equipo terapéutico, fueron un punto nodal en el cambio.

Para el desarrollo de autoestima, para que una persona se sienta querida y se valore a sí misma, necesita también conocer los límites de las conductas correctas que serán reconocidas, diferentes de aquellas otras acciones que serán sancionadas. De ahí la importancia del establecimiento de las normas familiares que den estructura a los sujetos.

Si existe ambigüedad respecto a qué comportamientos son esperados y apreciados por la familia, se generan dificultades en cuanto al reconocimiento y la valoración mutua. Sin embargo, muchas familias no saben de la importancia de verbalizar ni poner en claro las normas. En muchos casos, los usuarios de drogas manifiestan abiertamente el sentirse desprotegidos y sin control parental, demandan mayor monitoreo, cuidado y aceptación de los padres; piden directamente que les sea definido el límite. La falta de cuidado y control por parte de los padres lo viven como rechazo o indiferencia. Por lo que una de las formas de sentirse querido es precisamente con el establecimiento de reglas,

monitoreo y cuidado parental, que denota interés y afecto hacia ellos.

Este modelo considera entre los objetivos de la terapia en casos de violencia y adicciones, el que todos los integrantes se sientan valorados y queridos, así como la definición de normas familiares explícitas. El diagnóstico de la nutrición afectiva familiar y de la organización de normas es una de las tareas importantes de los terapeutas.

En terapia se trabaja con los afectos a través de las relaciones más que sólo hablar de lo que se siente. Para trabajar con los afectos es necesario crear la intensidad que genera la emoción, es necesario crear la emoción no hablar de ella. Las interacciones entre los integrantes de la familia y con el terapeuta, mostrarán el tono emocional de los diversos vínculos, es en esta puesta en escena que se trabaja con los afectos. Pueden mirarse, sentirse y valorarse las distintas posibilidades de expresión de afecto de cada persona. Sabemos que la educación masculina tiende a negar la expresión de emociones, del cariño, la ternura, el miedo, el llanto, todas ellas vividas como debilidades no permitidas a los hombres.

En las sesiones se escuchan frases como:

*Creo que a mi papá le cuesta trabajo manifestar su afecto porque es hombre; las mujeres deben ser afectuosas, pero los hombres afectuosos son simplemente maricas; en general, los hijos varones se acercan a su mamá para apoyarla y protegerla; en la familia de mi papá, todos eran serios y no eran cariñosos; la familia de mi mamá es muy afectuosa...*

Es posible metacomunicarse acerca de las formas en que cada quien expresa sus afectos. Las personas actuamos cotidianamente de acuerdo con nuestras propias ideas y formas de relación aprendidas; sin embargo, es factible enriquecer y flexibilizar el repertorio relacional. La terapia es un espacio de construcción y aprendizaje discursivo y relacional, en el que también se enriquece la expresión afectiva. El crear emociones en terapia genera un proceso de aprendizaje de expresiones alternativas de afecto. Por ejemplo, se puede modificar la lejanía emocional de un padre con su hijo a través de un

abrazo, una mirada, una palmada o palabras afectivas.

### **5.9.1 Construcción de un marco interpretativo común**

Cada cultura expresa e interpreta los afectos de distintas maneras. Un beso que podría ser una expresión de afecto universal, puede ser amenazante para algunas personas. Por ejemplo, es común el beso entre amigos hombres entre los europeos, pero en nuestra cultura podría interpretarse como un signo de falta de masculinidad. Una broma irónica que puede ser una señal de cercanía, confianza y afecto entre dos personas, puede interpretarse como agresión entre otras. Es importante construir un marco interpretativo común de los actos y palabras que denotan afecto.

Algunas preguntas que pueden abrir paso a una conversación de este trabajo:

¿Cómo expresa cada uno de ustedes, el amor al otro?, ¿cuándo reconocen que el otro está expresando su amor?, ¿En qué momento se sienten valorados por el otro?, ¿cómo muestran reconocimiento hacia el otro?; en concreto, ¿con qué palabras muestras tu afecto?, ¿en qué momentos, muestras tu amor?, ¿existe una comprensión mutua en la pareja respecto a cómo manifiestan su amor el uno por el otro?, ¿han cambiado con el paso del tiempo las expresiones de amor?, ¿debe ser diferente el afecto de la mamá hacia sus hijos, que el del papá? ¿por qué?, ¿debe ser diferente el afecto de pareja, y el afecto entre padres e hijos?, ¿cómo se expresan amor entre hermanos?, ¿es diferente la forma de expresar amor y cariño entre los hombres y las mujeres?

### **5.10 APLICACIÓN DEL TRABAJO CON LAS REDES DE APOYO SOCIAL**

A fin de ilustrar el trabajo de las redes de apoyo social se presenta el caso de Fermín Ruiz.

El ET decidió que Fermín, tomara a una psicoterapia de manera individual con personal de la misma institución. Esta decisión se tomó a partir de una demanda explícita de

Fermín: *Quiero dejar la droga, pero siento que no puedo*; refiriéndose además que poco antes de acudir a CIJ había estado en tratamiento con un terapeuta particular, del cual desertó sin saber en realidad el motivo. El ET consideró conveniente que Fermín retomara este espacio.

En este proceso Fermín pudo manifestar su angustia por no sentirse preparado para poder ser un buen esposo y un buen padre, se sentía muy culpable por no hacerlo bien. Esta angustia lo paralizaba y por ello pasaba la mayor parte del tiempo en casa de sus padres, para sentirse nuevamente un *hijo de familia, protegido*. También se trabajó la culpa que sentía Fermín por su adicción ya que refería *mis padres son buena onda y no se merecen esto*, señalándose como el único culpable de su adicción. También se discutió sobre las pautas de violencia que empezaban a configurarse en su relación de pareja, debido a que cada vez eran más graves las *descalificaciones* y *desconfirmaciones* mutuas que tenían en sus discusiones. Fermín pudo reconocer que sus sentimientos ambivalentes con respecto a su pareja y su confusión sobre seguir o terminar la relación, lo mantenían bastante ansioso y deprimido, no se sentía preparado para hacer frente a una responsabilidad familiar pero tampoco quería *abortar* a Irma y a su hija. Paradójicamente, buscaba las drogas para sentirse más fuerte y afrontar esta situación que amenazaba con desbordarse.

El ET también instrumentó un programa de actividades para Fermín dentro de Centro de Día del propio CIJ. Fermín y su familia estuvieron de acuerdo con esta propuesta, ya que esto le ayudaría a convivir e identificarse con jóvenes como él en su proceso de desintoxicación, pudiendo tejer con ellos un proceso de re(des)estructuración subjetiva.

Asimismo, desde el trabajo psicoterapéutico y el Centro de Día, se impulsó la posibilidad de que Fermín concluyera sus estudios de bachillerato, situación que lo tenía muy frustrado, a fin de que pudiera no sólo terminar su preparatoria sino impulsar su desarrollo intelectual. Más tarde, el paciente pudo retomar sus estudios.

Otra de las actividades de acompañamiento fue que se estaría monitoreando su proceso

de desintoxicación con pruebas de antidoping cada mes.

El programa del Centro de Día duró tres meses. Se empezó por el logro de la abstinencia y las posibilidades que ésta le ofrecía para desarrollarse de manera más sana. En un segundo momento se realizaron acciones para reactivar una serie de habilidades y capacidades, tanto físicas como mentales, que estaban obturadas por su adicción. El desarrollo de estas capacidades aportó mucha seguridad para retomar sus estudios, lo cual impactó favorablemente su estima personal. Finalmente, en su nueva incursión en la vida social, tanto escolar como laboral pudo identificar sus propias necesidades de crecimiento y la forma de llevarlas a la realidad, valiéndose de los dispositivos y los lugares adecuados para llevar a cabo sus metas.

En actividades al aire libre como deportes, ejercicios de relajación y periódico mural, se mostraba muy participativo y colaborador. Sin embargo en las actividades como cine-debate, grupos de confrontación, asamblea comunitaria, etcétera, tenía muchas dificultades para expresar verbalmente sus emociones y sentimientos. Cuando llegaba a sentirse mal emocionalmente sólo lloraba en silencio, sin lograr transmitir lo que le ocurría, prefería guardar su sentir, parecía temer a la crítica o a la burla de su grupo.

Gracias al apoyo de sus compañeros, se empezaron a dar cambios muy favorables, Fermín regreso a la escuela, empezó a realizar trabajos manuales y a participar más en el análisis grupal de temas como la tolerancia, la honestidad, el respeto, etcétera. Incluso llegó a dirigir la asamblea comunitaria, mostrando pautas discursivas distintas e inteligentes, y empezó a expresar verbalmente sus emociones con sus compañeros, siendo bien recibidas por éstos. Asimismo, la participación en actividades grupales estructuradas le permitió adquirir el respeto y el apego por las reglas, situación que impacto favorablemente en su convivencia familiar.

La posibilidad de ver como otros muchachos expresaban sus opiniones sin ser censurados logró que se desvanecieran sus miedos a hablar y que empezara a enfrentar situaciones por sí mismo, sin el apoyo de sus padres, como ir a buscar empleo y tener

entrevistas de trabajo, habilidad que consiguió después de una visita institucional al Servicio Estatal de Empleo, en donde aprendió cómo elaborar una solicitud, y cómo llevar un entrevista de trabajo.

Durante el monitoreo con las pruebas de antidoping, la primera ocasión salió negativo en los tres reactivos (mariguana, cocaína y anfetaminas), pero en la segunda, después de dos meses de tratamiento, salió positivo a mariguana, situación que trabajó con su grupo en la asamblea comunitaria; al siguiente mes volvió a salir negativo y se mantuvo así hasta el día de su alta.

Un aspecto sobresaliente fue que Fermín mostró mayor interés por conocer sobre el desarrollo de los niños y la forma más adecuada para mantenerlos sanos, ya que estaba muy preocupado por su hija y sentía que no la estaba atendiendo bien, o no como ahora lo está aprendiendo.

Un aspecto fundamental que apuntaló su proceso de rehabilitación fueron los referentes que obtuvo de todos los jóvenes que conformaban el grupo, Fermín reconoció que su grupo no sólo lo apoyó, sino que también lo confrontó consigo mismo y le ayudó a planificar y reflexionar sobre su proyecto de vida personal y familiar.

Finalmente, dentro de las actividades musicales, Fermín y otros jóvenes rescribieron la letra de la canción Cannabis, interpretada por un grupo de rock popular entre la juventud, dando un mensaje positivo y mostrando a la mariguana como *un actor dañino en la vida de los jóvenes*. Este trabajo, lo mostraron el día en que concluyeron su estancia en el Centro de Día, incluyendo la interpretación musical por parte de Fermín, quien cantó y rapeó como solista la canción ante los familiares asistentes y el equipo médico del CIJ.

Abajo se muestra la letra original y la manera en como Fermín, pudo reescribir su historia y deconstruir su subjetividad a través de ella.

**Cuadro 3. Canción: Cannabis**  
**Grupo: Cartel de Santa**

<b>Letra original</b>	<b>Letra re-escrita</b>
<p><i>Estrillo:</i> El humo flota y me  tranquiliza  si es alto el efecto tal vez me de  risa  mi mente aterriza siempre a la  deriva  quiero ir hasta arriba cannabis  sativa  <i>(se repite)</i></p> <p>Tu espíritu danza en mi habitación  no existe razón pa' que venga el  bajón  alma de mi tierra vas marcando el  son  de aliento sediento de extrema  pasión  situación que reclama ecos en mi  cerebro  a pesar del mareo no me siento  enfermo  quiero continuar con el momento  eterno  que me lleva hasta cielo fuera de  este infierno  en el que gobierno el viaje de la  serpiente  envuelta en papel sabes diferente  pero eso no importa no soy  exigente  llenaré mis pulmones hasta que  revienten</p> <p><i>Estrillo:</i> El humo flota y ...</p> <p>Dicen que tu esencia va  acabando con mi vida  mientras que mi boca se queda  sin saliva  yo tengo una duda cannabis  sativa  será esto cierto yo pienso que son</p>	<p><i>Estrillo:</i> La vida me espera y me  satisface  Pues voy en la calle y me gritan  cobarde  Mi mente se abre siempre hacia  lo bueno  Pues sigo de frente no caigo en el  suelo.</p> <p>Mi autoestima danza en altas y  bajas  pero no permite que al final me  caiga  alma de mi tierra vas marcando el  son  vengo a tratamiento con extrema  pasión  mi familia requiere yo me  encuentre bien  quiero compartirlo contigo  también.</p> <p>Que me lleva hasta el cielo fuera  de este infierno  en el que gobierna la paz y el  amor  pa' que en futuro se viva mejor  quiero compartir esto con mi  gente  que de tu futuro tú eres el  regente.</p> <p><i>Estrillo:</i> La vida me espera...</p> <p>Dicen que la droga va acabando  con mi vida  y yo pensaba todo esto era  mentira  yo tengo una gran esperanza de  vida  no quiero morirme inhalando  cocaína  desde la primera vez he asistido</p>

<p>mentiras  desde la primera vez he seguido  siempre fiel  con los ojos muy muy rojos pero  nunca con estrés  sigues siendo ilegal y yo creo que  sin razón  he visto morir más gente a causa  del alcohol  tal vez tú no entiendas lo que dice  mi rima  tal vez tú no sabes qué es  cannabis sativa  cannabis sativa es una esencia  sagrada  cannabis sativa es lo mismo que  mariguana</p> <p>Estrillo: El humo flota y...  Hierba...  Hachís...  Mota...  Mariguana...</p>	<p>siempre fiel  asistiendo a mis terapias y lo que  puede aprender  caminando por la calle y con  motivación  para no seguir muriendo con la  drogadicción.</p> <p>Tal vez tu no vivas lo que yo  estuve viviendo  como fue la droga que me estuvo  consumiendo  El centro de día es una alternativa  para que tú puedas cambiar tu  estilo de vida.</p> <p><i>Estrillo: La vida me espera y...</i></p>
--	--

La re(des)estructuración de la subjetividad masculina (como la inexpressión de sentimientos de dolor) y de sus prácticas de consumo (al identificarse con jóvenes como él en los que vio reflejados sus propios problemas y donde encontró alternativas para recuperar su salud relacional) nos permitió concluir el trabajo terapéutico con Fermín y su familia, con resultados muy favorables, como la remisión total del consumo, la reinserción a la vida laboral, la conclusión de sus estudios de bachillerato y el proyecto de mudarse a un departamento junto con Irma y su hija Jeny.

### 5.11 LOGROS

En los seis casos se observaron resultados favorables de mejoría con supresión del consumo de drogas y disminución de pautas de relación violentas e incluso, mayor control de impulsos y emociones, así como más escucha y mecanismos de negociación.

Fue posible desarrollo de un modelo de múltiples dimensiones de intervención,

articulando diversas perspectivas teóricas y técnicas. Esta forma de trabajo además de ofrecer resultados muy favorables, en la evaluación hecha de la eficacia del modelo, para los casos atendidos, permitió el desarrollo profesional en los marcos teóricos y técnicas utilizadas, de los terapeutas que intervinieron en el programa. Los terapeutas señalaron su mayor sensibilidad a los aspectos de género de las familias y la facilidad del trabajo en coterapia ya que esto permitió intervenciones de mayor comprensión entre las mujeres y entre los hombres del sistema terapéutico. Tanto terapeutas como las familias tuvieron la posibilidad de trabajar tomando en cuenta las diferencias de interacciones que se suceden y provocan las distintas visiones de uno y otro género. Además el análisis y revisión clínica de los casos entre terapeutas en conjunto, les permitió tener mayores perspectivas de lo que sucede en la trama discursiva de relaciones que acontecen en un grupo terapéutico.

La construcción de este modelo permite el abordaje de dos problemas de salud pública importantes que se presentan en nuestra sociedad de manera articulada con pautas recursivas, perpetuándose al menos por tres generaciones. Así, es frecuente que encontremos en las familias más de un problema por el que consultan. Aquellos casos que demandan atención por consumo de drogas, muestran patrones de relaciones violentas a su interior y a la inversa, aquéllas familias cuya realidad se ha construido alrededor de la violencia como problema, observan consumo de drogas al menos en uno de sus miembros. Una conducta es factor de riesgo para la otra.

El modelo permitió observar lo sucedido en las fases inicial, intermedia y final del proceso terapéutico. Tanto en el acontecer de la familia como en las preferencias de intervención por parte de los terapeutas. Así, al inicio se observó: escucha del discurso construido en la familia como demanda de atención, encuadre terapéutico e identificación de pautas relacionales por parte del equipo terapéutico y por parte de la familia: enojo, acusaciones, poca flexibilidad y poca confiabilidad en el cambio.

A medida en que se cambia el sistema de creencias de las familias, encontraron posibilidades de cambio y los terapeutas se tornaron más directivos en la fase intermedia

de la terapia mostrando eventos excepcionales, deconstrucción sobre todo de temas respecto a expectativas de género y co-construcción de realidades con alternativas viables de cambio. Esto los llevó al uso de técnicas más estructurales, con la revisión de límites, reglas para la organización de funciones familiares de tareas cotidianas, decisiones entre subsistemas y posibilidades de mayores expresiones afectivas.

Hacia el final de las sesiones sobresalen los planes de vida y ampliación de redes sociales, mayor autonomía de pacientes identificados y capacidad de imponer sus propios límites a la independencia de sus decisiones. De igual forma, se observaron más actitudes de respeto y escucha entre los miembros de la familia y los terapeutas, apoyando el reconocimiento de cambios utilizando más técnicas de connotación positiva que estimulen hacia el desarrollo y mantenimiento de nuevos patrones de relación. También en esta última fase los terapeutas plantearon más preguntas hacia el futuro de las familias por ejemplo: ¿qué pasaría si...? , ¿qué los haría volver a consumir...? , ¿qué los llevaría a comportarse agresivamente...? Preguntas con objetivos definidos a la anticipación de eventos futuros y recaídas.

Otro logro de este modelo fue que en todos los casos permitió a los usuarios de drogas, una mayor responsabilidad de sus decisiones y planes de vida, entre los que destacan: la educación formal o empezar a trabajar, la posibilidad de formación de pareja y ampliación de redes sociales.

También se pudo observar mayor participación paterna en la organización familiar, incluso de padres que se encontraban totalmente distantes, al final se involucraron con mayor afectividad en interacciones con sus hijos, planes futuros o actividades escolares.

En el proceso terapéutico resalta la posibilidad de los equipos terapéuticos de contar con flexibilidad de visiones e intervenciones de acuerdo a los movimientos de las familias atendidas.

Respecto a los Grupos Psicoeducativos, los principales logros se refieren a la posibilidad

de apoyar el proceso terapéutico y facilitar la deconstrucción del sistema de creencias de género que se encuentra articulado a las pautas relacionales de la familia.

Los GPE complementan la terapia familiar. Contribuyen a hacer más sensibles a los integrantes de las familias para las intervenciones en la terapia familiar y brindan elementos que favorecen la modificación de discursos y conductas.

La mayoría de los grupos pudieron integrarse como tales y acordar, tanto la forma de trabajo, como los temas a tratar (en muchas ocasiones la situación de un trabajo grupal fue inédita para los integrantes), lo cual arroja elementos enriquecedores de experiencia a pesar de que las discusiones en ocasiones fueran dispersas o se centraran en su problema, o que se les dificultara opinar. En este sentido, crear una unidad grupal, representa la posibilidad de vislumbrar el conflicto desde una perspectiva diferente, que permite verse a sí mismo desde un metanivel y muchas veces es el inicio para encontrar nuevas formas de entender y construir narrativas alternativas.

A través de la reflexión grupal, los participantes cuestionaron y deconstruyeron creencias sobre género, violencia, consumo de drogas, expresión de emociones, etcétera. La deconstrucción se generó de manera natural pues el objetivo del trabajo implicaba, precisamente, que a partir de un tema relevante para todos, los participantes expusieran sus ideas y vivencias desde su particular visión y contexto. De esta manera, cada persona tenía la oportunidad de escuchar diferentes opiniones, y a partir de ellas, ir deconstruyendo las propias. Los puntos de vista divergentes que escucharon, llegaron a provocar sorpresa, enojo, confusión o agrado; y los participantes, identificados o no con las posiciones vertidas por sus compañeros, pudieron contrastarlas con las propias y, lo que es más importante, darse cuenta de que no eran –como lo percibían al inicio-, las únicas posibles. Con frecuencia, este proceso les permitió flexibilizar sus posturas, y en un momento dado, aplicarlas a su vida cotidiana o a la terapia familiar.

En el mismo sentido, la deconstrucción de ideas llevó a los integrantes de los grupos a construir algunas soluciones alternativas a su problemática. Por ejemplo, al hablar de

autoestima en el GPE del CIJ Guadalajara, las mujeres primero tenían una actitud de queja, en la que la solución a su baja autoestima estaba totalmente fuera de su control, pues culpaban a los hombres por devaluarlas. Sin embargo, posteriormente pudieron concluir que ellas estaban en posibilidad de salvaguardarse y mejorar su imagen; y que podían, además, buscar redes que las ayudaran a fomentar una buena concepción de sí mismas. En el grupo de mujeres organizado en el CIJ Iztapalapa, se revisó el tema *Identificación y expresión de sentimientos* en la segunda sesión, las participantes comentaron los factores que consideraban que influían en ellas para deprimirse. Algunos de ellos tenían que ver con las desventajas inherentes a su condición de género, por lo que la conversación orientó a que plantearan posibles soluciones encaminadas a enfrentar la inequidad en la que se sentían atrapadas.

También en los GPE de hombres se trató el tema de *Violencia conyugal*, después de discutir sobre la legitimidad de su uso, comentaron que en algunas ocasiones habían optado por la negociación y la contención, obteniendo mejores resultados.

Otro de los logros fue el cambio sustancial en el discurso de los participantes. Esta modificación reenfocó su punto de atención respecto a la problemática que viven. Al inicio del proceso, su discurso era culpabilizador, rígido e incluso, agresivo contra sus familiares y el usuario. Al finalizar el trabajo grupal, los discursos se tornaron más conciliadores, pero también, más firmes y menos ambiguos. Fue posible generar reflexiones grupales que llevaron a los participantes a tomar conciencia de sus propias contribuciones a la dinámica familiar y que no era válido sólo a culpar a los otros. Varios asistentes comentaron que habían modificado sus actitudes hacia sus familiares, creando un clima de mayor escucha y aceptación.

Al interior de los grupos también se logró brindar un espacio de contención a los participantes, con un significado diferente para hombres y mujeres. Para ellas fue muy gratificante contar con alguien a quien confiar sus problemas, porque la mayoría, no tenía amigas.

Este modelo permitió articular la perspectiva de género y con patrones generacionales repetitivos de consumo y conductas violentas, así como de depresión y falta de nutrición afectiva en las familias. Se dio cabida a discursos femeninos de dolor y sufrimiento y a discursos masculinos de falta de control, violencia, arrepentimiento y al final también de sufrimiento. Mientras a las mujeres de las familias en general se les exigía mayor responsabilidad en las actividades instrumentales del hogar a los hombres les era más permitido conductas de riesgo y límites más laxos. Los hombres en general con mayores privilegios de atención femenina pero al tiempo sufriendo las desventajas de la sobreprotección y falta de independencia, sobre todo en los pacientes usuarios que los incapacita para enfrentar sus propias decisiones y problemas incluyendo la adicción. O bien padres cuya sobreexigencia masculina los lleva a excesos de consumo de alcohol.

Otro logro importante de este modelo fue el lograr un contexto de apoyo más amplio y saludable para las familias que además permitió contar con mayor información de recursos sociales y comunitarios y aprovechar la red interinstitucional para canalización a actividades educativas, laborales, culturales, deportivas e incluso recreativas, al tiempo de que se revalorara los grupos de pares de algunos usuarios de drogas y se reconstruyeran sus redes de apoyo.

Finalmente, y lo más importante, es que todas las familias reconocieron como positivos los cambios logrados con este modelo de intervención. Algunos discursos nuevos aparecieron en las familias como por ejemplo: “las personas pueden equivocarse y rectificar”, otra familia narró un cuento que elaboraron para sintetizar su proceso al que titularon “nunca más”.

## **5.12 DIFICULTADES**

El que los terapeutas fueran más sensibles a la perspectiva de género, contradictoriamente también llevó a la dificultad de que enfocaran el trabajo hacia explicaciones simples de la influencia de género, lo cual se tuvo que trabajar permanente en los equipos terapéuticos.

Aunque el análisis de los procesos mostró las ventajas de trabajar con los GPE para complementar las terapias y que estos permitieron la co-construcción con mayores elementos de los discursos de las familias, se corría el riesgo de que los cambios se atribuyeran al cambio de creencias de género. O bien, los análisis de casos llegaron a privilegiar una estrategia por otra, ya sea atribuían los cambios unos a la visión de género que se introdujo; otros al uso de técnicas estructurales, fundamentalmente al manejo de límites entre subsistemas y otros al cambio de narrativa que explica sus problemas atribuidos al consumo de drogas y con ello dificultando una visión holística de los cambios y procesos.

Otra limitación fue la experiencia misma de los terapeutas que participaron en el proyecto, donde había mayores conocimientos y prácticas de uno u otro modelo, otros no contaban con elementos teóricos de construcción de género. Esto se suplió con múltiples cursos de capacitación con expertos nacionales y extranjeros. Al final ninguno había trabajado con grupos psicoeducativos lo que se fue construyendo en una experiencia nueva y enriquecedora.

Una de las contrariedades que surgieron precisamente en los GPE fue que los participantes insistían en centralizar la discusión en la problemática del P.I., y se resistían a revisar otros temas, como el de género. Por ejemplo, en uno de los grupos las mujeres preferían no pensar en sus propios problemas, y al mismo tiempo, les parecía complicado reconocer sus recursos e identificar que la necesidad de cumplir con los atributos asignados a ellas, como madres, las hacía olvidarse de sí mismas. Algunas ocasiones, las participantes justificaban estos roles, y aunque se sentían molestas por tener que cumplir con las expectativas sociales, sentían que eran correctas o que no había posibilidad de hacer las cosas de manera diferente. Vemos aquí, cómo la *naturalización de las diferencias de género* cobra sentido cotidianamente en la forma de pensar y actuar de hombres y mujeres, quienes justifican algunas creencias que restringen su bienestar. Además, confirma la tendencia de las familias con problemas de uso de drogas, a centrar su atención en el P.I., negando o evadiendo el centrarse en cualquiera otra área de la

vida familiar.

Otro obstáculo fue lograr equilibrar la participación de los integrantes del grupo, ya que algunos intentaban acaparar la atención y dirigir la conversación únicamente hacia su problemática; mientras que otros, se negaban a expresar sus comentarios al grupo y apenas contestaban preguntas expresas. Aunque en momentos este hecho provocó inquietud en los facilitadores, en general fueron respetuosos de la forma en que cada quien utilizaba el espacio, ateniéndose a reorientar la discusión cuando se centraba demasiado en aspectos personales y no colectivos.

En este mismo sentido, a veces los participantes intentaban imponer sus puntos de vista, como si fuesen verdades absolutas. En esos casos, el grupo intervino con el fin de flexibilizar dichas posturas, o por lo menos, para validar otras. Las ideas que frecuentemente pretendían imponerse, eran las que sustentan el sistema patriarcal. Llegó a defenderse, por ejemplo, la violencia masculina como método de control conyugal y la necesidad de que las mujeres vivan sólo en función de su familia.

Por otra parte, la ausencia de participantes en algunas sesiones, dificultó la fluidez del trabajo grupal, al limitar la diversidad de opiniones y la integración de los grupos. Como se mencionó, en el caso de los hombres, la constancia fue menor y provocó este tipo de obstáculos. No obstante, cabe señalar que de acuerdo con las expectativas de algunas mujeres, los varones se comprometieron más con el tratamiento de lo que ellas habrían esperado.

Otra dificultad fue lograr la vinculación interinstitucional necesaria para lograr ampliar las redes sociales de las familias, lo cual se facilitó con coordinación con otras instituciones y la información de recursos comunitarios en los contextos sociales en los que se encontraban los casos tratados.

## **CAPÍTULO VI**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Esta tesis permitió la revisión de distintos marcos teóricos utilizados para el abordaje en la terapia familiar que se han desarrollado para atender específicamente el consumo de drogas, así como la revisión de investigaciones precedentes del programa de género, familia y adicciones de los Centros de Integración Juvenil. Además se resumieron diferentes enfoques en terapia familiar sistémica, principalmente estratégica y estructural y de terapias llamadas de segundo orden, desde la perspectiva del construccionismo social, principalmente la narrativa. También fueron revisadas teorías de construcción de género y violencia familiar, así como conceptos de redes sociales.

Con este bagaje teórico se propuso un modelo de intervención para los problemas de violencia familiar y las adicciones de manera articulada. Este modelo, que se ha denominado Terapia Familiar Multidimensional con perspectiva de género para la atención de las adicciones y la violencia familiar, fue aplicado en seis familias, de diferentes estados del país, quienes estuvieron en terapia durante 10 sesiones. En el análisis de resultados de cada uno de los casos, fue posible evaluar la eficacia del modelo aplicado. Todas las familias mostraron disminución o supresión de consumo de drogas y disminución o supresión de conductas violentas, se observaron mayores conductas de respeto, negociación y escucha que suplieron a las relaciones de violencia manifiestas al inicio de la terapia. Estos cambios se mantuvieron en el seguimiento que se realizó a los 12 meses siguientes a su atención.

Entre los indicadores de mejoría que fueron evaluados resalta:

La adherencia terapéutica de las familias, ya que casi todas concluyeron las 10 sesiones de tratamiento y un caso que sólo terminó hasta la sexta sesión, obtuvo alta con mejoría y abstinencia a los 10 meses de seguimiento, así como disminución de conducta violenta.

Además se observó disminución de los niveles de ansiedad y depresión en integrantes

de la familia; un mayor control de impulsos, más escucha entre los integrantes que agresiones y humillaciones u otras conductas de los diferentes tipos de violencias. Se observó una organización relacional más satisfactoria para todos los integrantes del grupo familiar asegurando la nutrición afectiva de cada uno de ellos.

Los pacientes identificados o bien se encuentran en labores formales, o se integraron, o mantuvieron su educación formal, también hubo iniciativas para la participación en actividades deportivas y/o actividades culturales. Cuentan con un plan de vida con metas realistas.

Las familias ampliaron sus redes de apoyo social a través de actividades educativas, laborales, deportivas, culturales y de convivencia que fueron generando en el transcurso de la terapia. Los grupos psicoeducativos y de reflexión, con el objetivo de revisar construcciones de género, constituyeron otra red útil para el cambio. Las familias comentan en este y otros estudios, que el estar en contacto con otras familias les permitió observar mucho mejor sus formas de relación y sus creencias alrededor de los problemas, así como encontrar alternativas para una mejor calidad de vida.

En opinión de los facilitadores de los grupos de reflexión, el trabajo realizado complementa sustancialmente la terapia familiar. Algunos comentarios fueron: *“contribuye a hacerlos más sensibles a las intervenciones que se realizan en la terapia familiar y les brinda elementos que pueden llevarlos a modificar su discurso y actuación”*; *“el trabajo grupal ayudó a tener mayor sensibilización y reflexión de diversas situaciones que son planteadas en terapia”*. En el grupo de mujeres, las participantes comentaron que estaban sorprendidas de la reacción de sus esposos ante el tratamiento, pues habían pensado que sólo asistirían a una sesión y luego lo abandonarían.

En cuanto a la perspectiva de género, ésta ofrece una comprensión más amplia sobre las relaciones entre hombres y mujeres, las oportunidades y limitaciones de cada uno, construidos socialmente. También es cierto que este enfoque corre el riesgo de caer en el reduccionismo y simplificación. No debemos olvidar que en las subjetividades de cada

integrante de la familia influye el sistema de género, pero que existen otras múltiples variables histórico sociales, familiares, psicológicas, biológicas que se encuentran articuladas y que construyen la subjetividad. La perspectiva de género no puede explicar todo lo que sucede en la dinámica familiar o en la problemática del consumo de drogas que ahora nos ocupa. Se ha hecho énfasis sobre esta perspectiva, debido a que se han encontrado las articulaciones entre las construcciones sociales de género y el inicio o mantenimiento de algunos problemas de salud personales y/o familia, como el consumo de drogas y la violencia familiar.

Un riesgo que se sugiere evitar es que se genere la ilusión de que los cambios se dan rápidamente y sin complicaciones. De acuerdo con el planteamiento de Burin (1998), la modificación hacia formas más equitativas de relación entre los géneros resolverá algunos problemas, pero probablemente traerá otros, tal como ha sucedido con los cambios en la educación y crianza de los hijos, que ha pasado de un estilo autoritario a otro permisivo.

Otro obstáculo importante que puede enfrentar un terapeuta que comienza a trabajar con la perspectiva de género, es que enarbore los derechos de la mujer y decida que es necesario empoderarlas, sin tomar en cuenta las decisiones de ellas mismas, sus parejas y las características de la familia, sus recursos y a fin de cuentas, el motivo de consulta.

No todas las personas ni familias se organizan con apego a estereotipos de género, cada persona es un sujeto activo que participa en las construcciones y asignaciones de género, y con sus respectivas particularidades.

Un abordaje integral de las adicciones y la violencia resulta fundamental, toda vez que se trata de fenómenos que se interrelacionan en contextos muy diversos, con consecuencias que permean en distintos grupos, en particular en la familia, para ello se emplearon dispositivos que promueven la deconstrucción y co-construcción de discursos alternativos que posibilitaron nuevos estilos de relación, incorporando como eje transversal, la perspectiva de género.

Al participar del diálogo, de las relaciones, los discursos, las emociones, entre otros elementos, los espacios de supervisión y retroalimentación específicamente diseñados para los terapeutas resultaron fundamentales, ya que se enfrentaron a la posibilidad de que dichos aspectos tuvieran impacto en la vida personal. Una sugerencia de este modelo es que los terapeutas deben trabajar en el reconocimiento de estas condiciones de género y violencia, en sus propias limitaciones y su elaboración para el abordaje de estos temas.

Ante el creciente número de personas que desarrollan adicciones, así como lo complejo de este fenómeno multifactorial, se hace necesaria la adopción de modelos que consideren las situaciones vinculadas, como la violencia en sus diversas modalidades y manifestaciones, así como aspectos socio culturales que perpetúan estereotipos de género que sin duda agravan las situaciones y contribuyen al deterioro de la calidad de vida de muchas familias. En la intervención con estas 6 familias se mostró como el cambio en las creencias de género influye en sus formas de relación, ya que suplen los estilos agresivos y violentos por mayor escucha, negociación y demostraciones afectivas.

Es por ello que en el modelo descrito en este trabajo, se articulan distintas perspectivas de ambas problemáticas, así como recursos teórico-metodológicos que si bien han mostrado eficacia respecto al abordaje de las adicciones y violencia, denotan factibilidad para implementarse en otros ámbitos de la terapia familiar.

Se pudo demostrar la efectividad de este modelo al encontrar útil la formación del equipo terapéutico para la revisión de las propias limitaciones del terapeuta, de acuerdo a su marco teórico, su historia, su propia construcción de género y experiencias personales de violencia y adicciones. Fue muy fructífera la retroalimentación de distintos terapeutas que pudieron mostrar su estilo y forma de intervención diferenciada con los hombres y las mujeres de cada familia. Este modelo privilegió el que hombres y mujeres tengan información acerca de la influencia cultural en su construcción de género y los estereotipos en sus relaciones, en su actuar, en su sentir, en sus pensamientos,

ofreciendo la posibilidad de reconocer la propia historia y reflexionando con otros acerca de estos procesos de construcción.

Permitió encontrar junto con las familias historias alternativas, modificando la narrativa y sus formas de relación. Las familias pudieron reconocer sus propios patrones de violencia y modificarlos, deconstruir creencias y patrones de conducta, para emerger otros discursos y estilos de relación más útiles a todos los integrantes de las familias.

La posibilidad de meta-observación que dieron los grupos psicoeducativos, se reflejó en nuevas construcciones de género que a su vez repercutieron en las relaciones familiares. De igual manera, la posibilidad de entretelar redes sociales más saludables de protección y estilos de vida más sanos, permitió experimentar nuevos vínculos sociales que apoyan a toda la familia y en especial a los que fueron señalados para acudir a la terapia. Los usuarios de drogas y las víctimas de violencia están atrapados en una trama discursiva que perpetúa los malestares. La generación de nuevas redes sociales propició el camino hacia la salud relacional, contando con referentes de información y actividades nuevas hacia estilos más saludables.

Entre las limitaciones destaca el hecho de que la intervención se realizó con familias nucleares que cuentan con la colaboración de ambos padres, sería interesante observar la eficacia del modelo en otros tipos de familias monoparentales, con jefatura femenina e incluso entre parejas homosexuales. También en familias donde alguno de los padres sea el paciente identificado, o bien en distintos grupos familiares de otras edades como parejas con niños pequeños o en usuarios de edad madura.

Sugerimos que se continúe el desarrollo de evaluación de este modelo en sus diferentes componentes: equipos de terapeutas, precisar las técnicas de intervención, mayor desarrollo en técnicas narrativas, el impacto del cambio de creencia de género en la familia, la eficacia de los grupos psicoeducativos y los beneficios de la ampliación de las redes sociales.

Como todos los fenómenos sociales, el consumo de drogas y las violencias que se manifiestan en la familia, son cambiantes de generación en generación y de lugar a lugar, lo que en algún momento es útil, siempre puede mejorarse con mayor entendimiento, con ampliación del conocimiento y con la evidencia que ofrece la investigación. Seguramente este trabajo se enriquecerá con planteamientos futuros.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aceros, J. C. (2012). Social construction and relationalism: A conversation with Kenneth Gergen. *Universitas Psychologica*, 11(3), pp. 1001-1011.
- Ackermans, N. y Andolfi, M. (1994). *La creación del sistema terapéutico. La escuela de terapia familiar de Roma*. Barcelona: Paidós.
- Alvarado, G., Salvador J., Estrada, S. y Terrones, A. (1998). Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango, *Salud Pública de México*, 40, 6: 481-486.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Anderson, H. y Goolishian, H.A. (1996). The Social Construction of Preferred Realities. En Freedman, J. y Combs, G. *Narrative Therapy*. W.W. New York: Norton.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Andolfi, M. (1985). *Detrás de la máscara familiar*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Andolfi, M. (1992). *Terapia familiar*. México: Paidós.
- Andolfi, M. y Angelo, C. (1989). *Tiempo y mito en la psicoterapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Bacigalupe, G. (2003). La terapia colaborativa como una práctica intercultural y poscolonial, *Psicoterapia y Familia*, 16,2: 25-37.
- Balanzario, M., Díaz, D., García, V. y Jiménez, K. (2003). *Evaluación de un programa de terapia familiar con enfoque de género para adolescentes adictos. Informe de Investigación 03-08a*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C. Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación.
- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente humana*. Barcelona: Gedisa.
- Bertalanffy, L. (1981). *La Teoría General de los Sistemas. Fundamentos desarrollo y aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bateson, G. (1990). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bateson, G. y Ruesch, J. (1951). *Comunicación: La matriz social de la psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Boszormeny-Nagy, I. (1976). *Terapia familiar intensiva*. México: Trillas.

- Boszormeny-Nagy, I. (1983). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Bozzolo, R. (1999). Los vínculos y la producción histórica de subjetividades. *Revista AAPPG*, XXII, 2, Buenos Aires.
- Bruner, J. (1986). *Realidad mental y mundos posibles: los actos de la imaginación que dan sentido*. Barcelona: Gedisa.
- Burin, M. y Meler, I. (1998). *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. y Meler, I. (2000). *Varones. Género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós.
- Cancrini, L. (1990). Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles. En Yaría J. *Toxicodependencias: Asistencia y prevención*. Buenos Aires: Nadir Editores.
- Cancrini, L. (1991). *La psicoterapia: gramática y sintaxis*. Barcelona: Paidós.
- Cancrini L. (1996). *La Caja de Pandora: manual de psiquiatría y psicopatología*. Buenos Aires: Paidós.
- Cancrini, L., Cingolani, S., Compagnoni, F., Constantini, D. y Mazzoni, S. (1988). Juvenile Drug Addiction: A Typology of Heroin Addicts and their Families, *Family Process*, 17: 3.
- Carrillo, M. (2003). Educar para la democracia, *Paedagogium. Revista Mexicana de Educación y Desarrollo*, Año 4, Núm. 19, p. 20-22.
- Castillo, N., Chacón, J. y Negrete, B. (2005). *Problemática y Condiciones de Vida de Madres de usuarios de droga, en Familias con Jefatura Femenina*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 05-16.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2006). *Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, enero-junio 2005*. México: Archivo electrónico. Informe de investigación 06-02a. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2006). *Uso de drogas alguna vez en la vida en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil de 1990 al primer semestre de 2004*. México: Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación.

- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2012). *Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas*. México: Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación.
- Cirillo, S., Berlini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Clarivel, P. M., y Castañeda A. I. (2006). Enfoque de género en salud. Su importancia y aplicación en APS, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 9 (3).
- Corsi, J. (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Buenos Aires: Paidós.
- Díaz, B. (2003). *Sistema de género y su articulación con las relaciones conyugales y parentales en familias de mujeres adolescentes usuarias de drogas: Estudio de casos*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 03-07.
- Diéguez, A. (2008). Neopragmatismo y posmodernidad en psicoterapia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XXVIII (101), pp. 147-164
- Duarte, P., y Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres. (1995). *Encuesta de opinión pública sobre la incidencia de violencia en la familia*. México.
- Eguiluz, L. (2003) La vida emocional de las mujeres dentro del matrimonio, *Terapia y familia*, 16(1).
- Fernández, C. y González, J. D. (2006). *Atención a Familias Multiestresadas con problemas de consumo de drogas y violencia familiar desde una perspectiva de género y la terapia familiar sistémica*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Fernández, C. (2005). *Diferencias de niveles de autoestima, aceptación de pares y rendimiento académico en estudiantes del sexo femenino*. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad Anáhuac, México.
- Filomeno, K. (2006). *De cibernética a teoría familiar sistémica*. (Monografía presentada como requisito parcial para obtener certificado de formación en terapia sistémica). Instituto y Clínica Sistémica de Florianópolis. Disponible en: <http://www.sistemica.com.br/docs/karina%20Filomeno.doc>
- Fishman, C. (1994). *Tratamiento de adolescentes con problemas, un enfoque de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Foerster, H. V. (1991). *Semillas de la Cibernética*. Barcelona: Gedisa.

- Follari, R. (2000) Estudios sobre posmodernidad y estudios culturales: ¿sinónimos? *Revista Latinoamericana de Estudios Avanzados RELEA*, (10), pp. 79-101.
- Foucault, M. (1985). El poder y la norma. *La nave de los locos*, Universidad Michoacana, (1), pp. 1-5.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. En Dreyfus, H. y P. Rabinow. *Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Freedman, J. y Combs G. (1996). *Narrative therapy: the social construction of preferred realities*. New York: W.W. Norton y Company.
- Freud, S. (1926) *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas. Tomo XX, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Obras completas. Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy, *Psychiatry*, 11, 263-273.
- Fromm-Reichmann, F. (1978). *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníacos-depresivos*. Buenos Aires: Hormé.
- García Canal M.I. (2006). Género y dinero en la vieja ecuación del poder, *Creatividad Feminista*. Disponible en: [http://www.creatividadfeminista.org/articulos/relac\\_2003\\_dinero.htm](http://www.creatividadfeminista.org/articulos/relac_2003_dinero.htm)
- Garza-Agullar, J. y Díaz-Michel, E. (1997). Elementos para el estudio de la violación sexual, *Salud Pública de México*, 39(6), pp.539-545.
- Gerarld, H. y Boszormeny-Nagy, I. (1985). *Terapia familiar y familias en conflicto*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gergen, K. (1996a). *Realidades y Relaciones. Aproximación a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1996b) Más allá de la narración en la negociación del significado terapéutico. En McNamee, S., y Gergen, K. (compiladores). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1996c) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1996d). La construcción social: emergencia y potencial. En Pakman, M. (compilador), *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.

- Goffman, I. (2001). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- González, J. D., Flores, E., y Díaz, B. (2003b). *Estudio retrospectivo de intervenciones de terapia familiar sistémica eficaces en el tratamiento de usuarios de drogas: la voz de clientes y terapeutas*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 03-10.
- González, J. D., García, V. R., y Córdova, A. (2004a). *Uso de sustancias entre adolescentes y su asociación con síntomas de depresión y percepción de sus relaciones familiares*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 04-03.
- González, J. D., Sánchez, E., y Trigos, R. (2004b). *Experiencia de vida y violencia en el hogar en mujeres familiares de usuarios de drogas atendidos en Centros de integración Juvenil*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 04-12.
- González, J. D., García, V. R., y Córdoba, A. (2003). *Uso de drogas en adolescentes y su relación con la ansiedad, depresión, consumo de alcohol y relación con sus padres*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 03-09.
- Group for the Advancement of Psychiatry Committee on the Family (1996). Global assessment of relational functioning scale (GARF). *Fam Proc* 35:155-172.
- Grupo Albedo (1984). *Terapia familiare dei tossicodipendenti*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Gutiérrez J.P., Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Haley, J. (1967). *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton Erickson*. New York: W.W. Norton.
- Haley, J. (1989). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires:

Amorrortu Editores.

- Haley, J. (1993) Ideas y conceptos que perjudican a los terapeutas. En Berger, M. (compilador), *Más allá del doble vínculo*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1996). *Strategy of Psychotherapy*. Tokio: Reimei Shobou.
- Hare-Mustin, R. (1978). A feminist approach to family therapy, *Family Process*, 17, 181-194.
- Hare-Mustin, R. y Marecek. J. (1994). *Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos*. Editorial Herder.
- Hoffman, L. (1990). Constructing Realities: An Art of Lenses, *Family Process*, 29(1), p. 1-12.
- Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1995). *Exchanging voices: a collaborative approach to family therapy*. London: Karnac Books.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En McNamee, S. y K. Gergen (compiladores). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Holland, J., Ramazanoglu, C., Sharpe, S., y Thompson, R. (1998). *The male in the head*. London: The Tuffnell Press. Disponible en: <http://www.tpress.free-online.co.uk/MIHwb.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012) *Boletín Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Eliminación de la violencia contra la Mujer*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). *Violencia Intrafamiliar. Encuesta 1999*. México.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). (2013). Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Mujer. Aguascalientes: Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/mujer0.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2009) *Primera Encuesta Nacional sobre Exclusión, Intolerancia y Violencia en escuelas de educación media superior (ENEIVEEMS, 2012)* México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Jackson, D. D. (compilador) (1967). *Comunicación Familia y Matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kaës, R. (2002). *Polifonía y trabajo de la intersubjetividad en la elaboración de la experiencia traumática*. Conferencia en la AAPPG, Buenos Aires.
- Knaul, F. M. y Ramírez, M. A. (2006). *El impacto de la violencia intrafamiliar en la probabilidad de violencia intergeneracional, la progresión escolar y el mercado laboral en México*. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/04%20ImpactoDelMaltrato.pdf>
- Labarthe, J. (2006). *Aproximación a dos abordajes psicoterapéuticos: la terapia familiar sistémica estructural y la terapia familiar construccionista*.
- Lamas, M. (1986). *Nueva antropología. Estudios sobre la mujer: problemas teóricos*. Ludka de Gortari (coordinador). Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa.
- Lamas, M. (1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa.
- Lamas, M. (1997). *La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad entre hombres y mujeres*. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, México.
- Linares, J. L. (2002). *El maltrato psíquico. Del abuso y otros desmanes el maltrato familiar*. Barcelona: Paidós.
- Luciano, L. (1997). *Aborto y políticas públicas en la República Dominicana*. Documento presentado en el XX Congreso Internacional de la Asociación de Estudios Latinoamericanos, Guadalajara 17 al 19 de abril de 1997, México.
- Mac Kune-Karrer, B y Weigel. C. (2004). El desarrollo de la sensibilidad del terapeuta en cuestiones de género: un modelo de supervisión, *Terapia y familia*, 17(1).
- Maldonado, I. (2005). *Experiencias en apoyo a políticas de prevención y tratamiento de la violencia familiar del gobierno del Distrito Federal*. Mecanograma de circulación interna. Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia.
- Maruyama, M. (1963). The second cybernetics: Deviation-Amplifying Mutual Causal Processes. *American Scientist*, 51(2), pp.164-179.

- Maturana, H. (1982). *El cerebro en acción*. Barcelona: Fontanella.
- Maturana, H. y Varela, F. (1990). *El Árbol del Conocimiento*. Madrid: Debate.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar, S. (2003). *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. (2ª ed.) Barcelona: Gránica.
- Minuchin, S. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Molinari, J. (2003). Psicología clínica en la Posmodernidad: Perspectivas desde el Construccinismo Social. *Psykhé*, 12(1), pp. 3-15
- Money, J. (1982). *Desarrollo de la sexualidad humana*. Madrid: Morata.
- Moreno, K. (1999) *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Moreno, K. (2004). *Mujer y Drogas*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy?* Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Morin, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Murdock, G. (1968) Comparative data on the division of labor by sex, *Social Forces*, 15.
- Nava-Castillo, A.M. (2004). Medios de comunicación y violencia de género. *Violencia contra las mujeres, Homicidios en Nuevo León 2000-2004*. Disponible en: [http://www.nl.gob.mx/pics/pages/iem\\_publicaciones\\_base/VIOLENCIA\\_LIBROIII.pdf](http://www.nl.gob.mx/pics/pages/iem_publicaciones_base/VIOLENCIA_LIBROIII.pdf)
- Olaiz, G., Uribe, P. y Del Río, A. (coordinación). (2009) *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, (ENVIM, 2006)*. México: Centro Nacional de Equidad y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013) *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en salud*. Resumen de orientación. Ginebra, Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13.06\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf)

- Pakman, M. (2002). Poética y micro-política: Terapia familiar en tiempos de postmodernismo y globalización, *Psicoterapia y familia*, 15(1).
- Papp, P. (1994). *El proceso de cambio*. Barcelona: Paidós.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Pérez, V. (2004). *Impacto de la emigración del padre en la conyugalidad y parentalidad en familias de jóvenes usuarios de drogas*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 04-06.
- Pichón-Rivière, E. (2006). *Introducción a la Teoría del Esquema Conceptual, Referencial y Operativo*. Clase dictada en la Escuela Privada de Psiquiatría Social el 18 de abril de 1966. Disponible en: <http://www.espiraldialectica.com.ar/18-4-66.htm>
- Pittman, F. (1995). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Barcelona: Paidós.
- Puget, J. (2002). Representaciones sociales, consagración de marcas, *Rev. AAPPG*, XXII, 1.
- Ramírez, P. (2003). *Características psicosociales de mujeres, parejas de usuarios de drogas*. Tesina de la Especialidad en Problemas de Farmacodependencia, Universidad Autónoma del estado de Morelos, Cuernavaca.
- Sánchez, R., González, J.D.; Fernández, C. y Yashiro, T. (2003). *La familia del usuario de drogas desde una perspectiva sistémica estructural*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 03-08b.
- Secretaría de Educación Pública (SEP) e Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) (2007) *Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007*. Resumen ejecutivo. México: SEP, IMJ.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco*,

- alcohol, y otras drogas. Síntesis Ejecutiva.* México.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría (2004). *Encuesta Nacional sobre Violencia en Mujeres 2003.* México. Disponible en: [http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc\\_pdf/encuesta.pdf](http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/encuesta.pdf)
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1995). *Los juegos psicóticos de la familia.* Barcelona: Paidós.
- Silverstein, O.; Walters, M.; Papp, P. y Carter, B. (1996). *La red invisible.* Barcelona: Paidós.
- Sluzki, C. (1987) Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo, *Sistema familiar*, vol. 3, núm. 2.
- Sluzki, C. (1996). *La red social frontera de la práctica sistemática.* Madrid: Gedisa.
- Sobel, S. y Felipe, N. (1981). Sex roles, equality and mental health, *Professional Psychology*. 12, 1-5.
- Stanton, D. y Todd, T. (1985). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas.* Barcelona: Gedisa.
- Stoller, Robert (1968). *Sex and gender: On the development masculinity and femininity.* New York: Science House.
- Sullivan, H. (1964). *Concepciones de la psiquiatría moderna.* Buenos Aires: Editorial Psique.
- Sullivan, H. (1977). *La entrevista psiquiátrica.* Buenos Aires: Editorial Psique.
- Tarragona, M. (1990). La mujer en la terapia familiar: Hacia una terapia sensible al género, *Psicoterapia y Familia*, 3:20-26.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Valdéz Santiago, R. (coordinadora). (2008) *Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI, 2008).* México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Valdez-Santiago R y Juárez C. (1998). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México, *Salud Mental*, 21(6).
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Amador, N., Bermúdez, P., Hernández, H., Fleiz, C., Gutiérrez, M. y Ramos, A. (2004). *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del DF: medición otoño 2003.* Reporte Global. México: INP-SEP.

- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Téllez, M., Mendoza, L., Romero, M., Gutiérrez, J., Castro, M., Hernández, M., Tena, C., Alvear, C., y Guisa, V. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud.
- Villatoro, J., Moreno, M., Oliva, N., Fragoso, D., Bustos M., Fleiz, C., Mujica, R., Mendoza, M., López, M., y Medina-Mora, M.E. (2013). *Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la ciudad de México. Medición 2012*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto para la Atención y la Prevención de las Adicciones, Administración Federal de los Servicios Educativos para el Distrito Federal.
- Von Foerster, H. (1991) *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Ward, G. (1997), *Postmodernism*. London: Teach yourself
- Watzlawick, P.; Beavin, J.B. y Jackson, D. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Werner, P. D., Green, R.-J., Greenberg, J., Browne, T. L., y McKenna, T. E. (2001). Beyond "enmeshment:" Evidence for the independence of intrusiveness and closeness- caregiving in married couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 459-471.
- White, M. (2000). *Reflections on Narrative Practice*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2002). *Rescribir la vida*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Wiener, N. (1949). *The Human Use of Human Beings*. Cambridge University Press.
- Yashiro, T. (2005). *La diversidad del pensamiento en la terapia familiar y el desarrollo de la terapia de Segundo orden*. Tesis de maestría. Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF), México.
- Yusa, Y. (1984). *Systems Approach in Family Therapy, Overview of theory and Practice*. Tokio: Seiwa Shoten.