



Universidad de la República

Facultad de Psicología

La adicción como síntoma emergente de una problemática familiar: análisis desde un enfoque sistémico

Trabajo Final de Grado - Monografía

Estudiante: **Nadia Elianne Cohen Suhami 5.242.462-6**

Tutor: **Prof. Adj. Jorge Cohen Bonomo**
Revisor: **Prof. Agr. Leonardo Peluso Crespi**

Montevideo, Uruguay
Diciembre 2021

ÍNDICE

Resumen.....	3
1. Introducción.....	4
2. Aproximación a la Teoría Familiar Sistémica	5
3. ¿A qué se remite con “familia”?.....	7
3.1 La familia entendida desde la Teoría Familiar Sistémica.....	7
3.1.1 Subsistemas.....	9
3.1.2 Límites o fronteras.....	10
3.1.3 Jerarquías.....	12
4. Drogas y Sustancias psicoactivas.....	12
5. Adicción	14
6. Abordajes Sistémicos y adicción a sustancias psicoactivas.....	16
7. El síntoma en la familia	20
8. La adicción como síntoma de una problemática familiar desde diferentes enfoques sistémicos.....	22
8.1 Modelo Estructural	23
8.2 Modelo Estratégico	26
8.2.1 Terapia Familiar Breve Estratégica	28
8.3 Modelo Estructural-Estratégico	29
8.4 Los modelos construccionistas, constructivistas y posestructuralistas	31
8.4.1 Identidad Narrativa: la importancia de no etiquetar al sujeto como “adicto”	32
9. Evidencia científica	36
10. Reflexiones finales	39
Referencias bibliográficas	44
Anexo.....	54

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas ha logrado ubicarse como una de las problemáticas contemporáneas más relevantes a nivel mundial. Este trabajo se centrará en el entrecruzamiento de estas con el plano familiar. La presente monografía procura, a través del análisis de diferentes modelos enmarcados dentro de la Terapia Familiar Sistémica, dilucidar el fenómeno de la adicción como un síntoma emergente de una problemática familiar. Se comprende que la conducta adictiva cumple un rol funcional dentro del sistema. El cometido de su manifestación está en mantener la homeostasis familiar, procurando desviar la atención de aquellas problemáticas que podrían ocasionar grandes movimientos en su sistema.

Para emprender dicho análisis se partirá de un preciso recorrido sobre generalidades relevantes de la terapia sistémica, siguiendo por el desarrollo de conceptualizaciones relacionadas a las sustancias psicoactivas y del fenómeno de *adicción*. Posteriormente se desarrollarán algunos de los modelos y sus formas de entender y justificar la presencia de una conducta adictiva en un determinado entramado familiar. Se connota que la organización disfuncional y las formas de comunicación y significados compartidos presentes entre los diferentes miembros de una familia, se encuentran estrechamente vinculadas al origen y mantenimiento de una conducta adictiva. Se desarrollarán los factores fundamentales que se deben trabajar para lograr que la adicción como síntoma se torne prescindible. Para finalizar se presentará una breve sistematización de investigaciones que permitirá evidenciar la eficacia de la Terapia Familiar Sistémica para el abordaje de adicciones.

Palabras claves: adicción, síntoma, sistema familiar

1. Introducción

El consumo de drogas ha estado presente desde tiempos remotos, sin embargo, es evidente que en las últimas décadas el uso de estas sustancias y el abordaje de las mismas han tomado dimensiones nunca antes cuestionadas. El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) ha aparecido vinculado a propósitos religiosos, culturales, recreativos e incluso medicinales. Fue punto central de análisis de múltiples enfoques y disciplinas debido a su gran relevancia e impacto en diversos aspectos de la vida (a nivel de consumo, producción, narcotráfico, etc). La drogadicción no solo abarca zonas marginales carenciadas, como algunos creen, sino que su presencia pandémica; ha ido apoderándose- de forma expansiva e indistinta- cada vez más; sobre la totalidad de los sectores sociales- y vigentándose en el marco de edades cada vez más tempranas (Centro Nacional de Reeducación Social, 1995). Siendo que abarca todas las aristas y dimensiones vitales; y que afecta la universalidad de la coyuntura actual política, social, económica, cultural, etc- así como también la singularidades de cada sujeto-; es que se torna crítico y fundamental, desde el campo de la psicología, el análisis del impacto subjetivo que mismo tiene sobre el sujeto consumidor y su sistema familiar.

El presente trabajo tiene como objetivo principal realizar una revisión y articulación bibliográfica procurando comprender cuáles son los fenómenos que subyacen e inciden en la génesis del uso adictivo de sustancias psicoactivas. Se partirá de los sustentos de la Teoría Familiar Sistémica, y de múltiples modelos que derivan de ella (Terapia Estructural, Estratégico, Estructural-Estratégico, Constructivista, Construccinismo y el postestructuralismo) procurando comprender dicho fenómeno. Serán relevantes también los aportes de la Terapia Narrativa (White y Epston) que proponen pensar las narrativas conversacionales predominantes en la familia como herramienta vigorosa de configuración de identidad- factible de incidir directamente sobre el sostenimiento de la conducta adictiva (Riveros y Garzón, 2014). Todo este recorrido y su articulación abrirá un gran abanico de posibilidades para re-pensar la complejidad del fenómeno “adicción”; así como la pertinencia de su oportuno abordaje.

La familia marca significativamente el constructo de la identidad, por lo que la inclusión de ésta en los procesos terapéuticos se torna clave para el éxito del tratamiento. El consumo de SPA se encuentra estrechamente ligado a las relaciones y al contexto que el individuo habita (Riveros y Garzón, 2014). El sujeto es miembro de una sociedad, una cultura e integra una familia. Habita diversos sistemas con los cuales se encuentra en

constante interacción. Nada de lo que ocurre en él es ajeno a lo que ocurre en su entorno, por tanto será imprescindible y fundamental pensar qué sucede en estos espacios que se encuentran estrechamente vinculados al sujeto.

Por tanto, con este trabajo se pretende desarrollar cuáles podrían ser las principales causas de las adicciones, por qué estas ocurren en determinados sujetos y en determinadas familias y no en otras (Arias, Fernandez, Calina y Pierini, 1990). Comprender que la adicción tiene un rol funcional, y que su labor está en mantener la homeostasis del sistema encubriendo otros problemas existentes dentro de la familia (Cancrini, 1991; Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999; Juan, 2006), proporcionará una visión y comprensión más amplia del fenómeno. Asimismo, será a partir del análisis de los modelos desarrollados que se pensará una posibilidad sistematizada de abordajes que habiliten la descristalización del síntoma y el desprendimiento de las conductas adictivas. Para ello será pertinente empezar por un recorrido breve sobre conceptualizaciones centrales respecto a: *la familia, las adicciones y las sustancias psicoactivas*; que permitirán una adecuada aproximación al entendimiento del fenómeno.

2. Aproximación a la Teoría Familiar Sistémica

Para comenzar a desarrollar el trabajo, será oportuno introducir de dónde se parte para comprender el fenómeno “*adicción*” como síntoma emergente de una problemática familiar. Para esto se propone una breve introducción teórica sobre la Teoría Familiar Sistémica.

Bertalanffy- biólogo fundador de la Teoría General de los Sistemas- concibió la noción de sistemas como totalidades, constituidas por partes no independientes, que interactúan y se organizan mediante un orden jerárquico (Vidal, 2001). Se considera que los sistemas son más que la suma de todas sus partes; se estructuran y funcionan de acuerdo al *principio de totalidad*, “[...] en el sentido que lo que sucede a uno de sus miembros afecta al otro” (Ortiz, 2008, p. 58). A partir de estos aportes, desde diferentes corrientes psicológicas, surge un replanteamiento sobre el modo de comprender la subjetividad humana. La Teoría General de los Sistemas abre paso a una nueva forma de pensar al sujeto; deja a un lado los esfuerzos por comprender al individuo exclusivamente desde lo intrapsíquico y de forma aislada, para pensarlo en base a sus tramas interrelacionales (Juan, 2006). Viaplana, Muñoz Cano, Compañ Felipe y Montesano del Campo (2016) sostienen que en los sistemas familiares las funciones y acciones “forman parte de una danza o patrón interaccional en el que las acciones de cada miembro son interdependientes de las de los demás” (p. 4).

Desde la perspectiva de Vidal (2001) “lo intrapsíquico y lo intersubjetivo quedan enlazados por los intercambios en los que se organizan y a los que organizan” (p. 22). Los sistemas humanos tienen cualidad de sistemas abiertos, lo que indica que cada sujeto será determinado y determinante para su sistema; “[...] la interacción misma hace al sistema, lo constituye, lo estabiliza, a la vez que determina cambios” (p. 33). El sujeto en sí mismo ya es un sistema abierto que existe enlazado a otros por interacciones, y que a su vez, en su conjunto, configuran sistemas abiertos más complejos.

La Terapia Familiar Sistémica encuentra sus sustentos teóricos a raíz del giro paradigmático ocurrido a mediados del siglo pasado. Fue a partir de los desarrollos de la Pragmática de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), La Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1964), conceptos Cibernéticos (Wiener, 1948) y las observaciones realizadas en estudios sobre la esquizofrenia (Bateson, Jackson, Haley y Weklan, 1956) que este modelo toma potencia. A partir de estos desarrollos es que surge esta nueva corriente de pensamiento, la cual otorga gran relevancia al contexto y sucesos familiares para el entendimiento de la subjetividad humana (Marcos, 2010). Es por lo tanto, a raíz de estos planteamientos sistémicos, desarrollados en el siglo XX, que se ponen en marcha nuevas formas de abordajes psicológicos- tomando en cuenta los fenómenos contextuales e intersubjetivos para una mayor comprensión del análisis subjetivo. La vida familiar y el espacio “entre sujetos” se tornan protagonistas dentro de este enfoque.

La Teoría General de los Sistemas plantea que todos los elementos que se encuentran en relación “[...] se sostienen entre sí, se intrincan mediante intercambio, de modo que interno y externo tienden a difuminarse uno en el otro. El encuentro entre partes modifica a las partes y a las totalidades[...].” (Vidal, 2001, p.48).

En contraste con el Psicoanálisis, la Teoría Familiar Sistémica se basará principalmente en aquellos fenómenos y cuestiones observables para la explicación de los diversos sucesos. Desde este modelo, las deducciones tienen lugar; principalmente; desde la presencia o ausencia de ciertas observaciones. “El universo semántico de una familia es concebido como un conjunto abierto con un lleno y un vacío de significado y de operaciones de significación individuales y compartidas” (Vidal, 2001, p. 55) los cuales son pertinentes de aprender a descifrar.

3. ¿A qué se remite con “familia”?

¿De qué hablamos cuando hablamos de familia? Esta pregunta podría parecer simple, sin embargo, su aparente sencillez esconde un gran nivel de complejidad. Es notorio, y más evidente en nuestros días, la diversidad de modos de familias existentes; el contexto histórico y cultural son claves en el intento por conceptualizarla. “La familia” no es, no fue ni será la misma. La posibilidad de definir “familia” de forma unívoca es difícil. Se debe tener cuidado de no caer en taxonomías que dejen formatos de familias fuera de dicha definición. Sin lugar a dudas, los nuevos planteamientos feministas, los cambios conceptuales respecto al género dentro de las sociedades occidentales, el mundo laboral, la globalización- la revolución tecnológica- que permiten separar la procreación de la sexualidad- entre tantas otras cosas, conllevan cambios rotundos en las diferentes formas de habitar la sociedad y habilitando nuevas formas de familia.

Por su parte, La Real Academia Española, brinda diversas acepciones, tales como: grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas; conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje; hijos o descendencia; conjunto de personas que comparten alguna condición, opinión o tendencia, etc (2020). La familia es considerada como el núcleo base de la sociedad, es en ella y con ella que el sujeto aprende; mediante esta se reciben las primeras informaciones, se aprenden actitudes y se comienza a percibir y a significar el mundo que nos rodea. También es entendida como institución, la cual tiene una estructura de normas y donde se fija y mantiene un juego de roles sociales definida (Suárez y Vélez, 2018).

Chaparro Manosalvas (2015) propone que las familias constituyen la unidad básica de la sociedad, es constituida por un grupo de personas unidas por vínculos (de afinidad o consanguinidad) mantenido a lo largo de los años. Desde este sistema es que se cumplen funciones como las de cariño, protección, crianza y es el marco desde donde se prepara a los individuos para afrontar la vida adulta. La familia contribuye al proceso de socialización, procurando que sus integrantes consigan estabilidad emocional, social y económica.

3.1. La familia entendida desde la Teoría Familiar Sistémica

Los aportes de González Tornaría, Wagner y Saraiva Junges (2015) ayudan a entender y delimitar la familia, sin necesidad de una definición exacta. Para ello, las autoras hacen una diferenciación entre la configuración familiar y su estructura. Con **configuración** se

refieren al conjunto de personas que componen el núcleo de una familia, la cual puede variar ampliamente, incluso sin necesidad de seguir parámetros biológicos y/o legales. Por otro lado, definen la **estructura** como el conjunto de exigencias funcionales que tienen el cometido de organizar las formas en las que los diferentes miembros de un sistema familiar interactúan y se relacionan. Minuchin (1979) por su parte define la estructura como el “[...] conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales” (p. 86). Serebrinsky y Fernández (2014) explica que: “[...] la estructura de un sistema es una organización que surge de un tipo de interacción tanto como la interacción configura una organización determinada” (p. 43). La estructura del sistema a su vez estará determinada por variables que permitirán ajustarse en momentos de desequilibrio, buscando nuevamente la homeostasis familiar.

Bowen en 1954 define a la familia como un sistema que incorpora una combinación de variables; *variables emocionales* que subyacen al funcionamiento familiar y *variables relacionales* que determinan el modo en que las emociones se expresan dentro de cada familia (Ochoa de Alda, 1995). A su vez, Espinal, Gimeno, y González (2006) siguiendo varios autores, definen a la familia como un conjunto organizado e interdependiente de personas que se encuentran en constante interacción, las cuales regulan su funcionamiento mediante reglas y dinámicas previamente “pactadas” intersistemáticamente y con el exterior.

Autores como Cohen (2010) optan por considerar que, con “familia” se alude a cualquier tipo de nucleamiento, en el cual haya presencia de algún tipo de relacionamiento en donde se comparta un proyecto en común sin necesidad de convivir bajo un mismo techo. En nuestra sociedad es posible encontrar diversos tipos de familias, algunas como familia: a) nuclear (formada por padre, madre e hijo/s), b) monoparentales (un progenitor y hijo/s), c) monoparental extendida (a diferencia de la anterior se suman otros integrantes de la familia), d) monoparental compleja (en una misma casa viven familiares y otras personas), e) ensambladas (es una familia en la que se produjo una ruptura en la pareja y cada miembro forma una familia nueva), f) constituida por grupos con afinidad entre ellos, g) etc

Más allá de cómo sea su configuración, toda familia es un sistema abierto en tanto intercambia información con el medio que lo rodea; y como todo sistema dispone una estructura organizacional, Vidal (2001) la define como sistema abierto que:

[...] incluye una estructura organizada de individuos que constituyen vínculos estables, que implican relaciones sexuales prescritas entre los esposos y prohibidas entre los otros miembros, unidos por necesidades de sobrevivencia, pertenencia, identidad bienes afectivos y que comparte una dimensión témporo-espacial de cotidianeidad, un cierto trecho de historia, un proyecto de cierto futuro y un código singular. (p. 73)

A su vez, cada familia tiene una trama intersubjetiva la cual le otorga un sentido de pertenencia, reconociéndose como tal y diferenciarse de otras. Además, estos sistemas, suelen tener un proyecto en común con la expectativa de mantenerse unidos y disponiendo un código singular con el propósito de sellar el espacio privado. Este otorga sentido de pertenencia y exclusión para quienes no forman parte; marca un límite entre el sistema familiar y lo exterior (Vidal, 2001).

Rivas (2013) define que: “[...] un sistema es al mismo tiempo un subsistema y un suprasistema, es decir, un sistema es a la vez un elemento que forma parte de un sistema mayor” (p. 8). El sistema familiar está compuesto por un conjunto de sujetos relacionados entre sí que forman una unidad frente a un medio externo. Para poder definir quiénes forman parte de un sistema es necesaria la marcación de límites. Existen límites extrasistémicos e intrasistémicos. Los primeros se encargan de delimitar al sistema de su medio exterior, y los segundo de demarcar los diferentes subsistemas que componen al sistema familiar (Ochoa de Alda, 1995). Los límites intrasistémicos están definidos por subsistemas, esta es una reagrupación de los integrantes de una misma familia.

3.1.1 Subsistemas

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas. Los subsistemas son conjuntos de elementos que se agrupan y se separan dentro del mismo sistema familiar (Serebrinsky y Fernández, 2014). Si bien pueden existir varios, los más relativos para este trabajo son: el *sistema conyugal*, *el parental* y *el fraterno*. Un sujeto puede pertenecer a varios subsistemas, en cada uno de ellos ocupará diferentes roles, en los cuales tendrá diferentes funciones y grados de poder.

Siguiendo los aportes de Minuchin (1979) el ***sistema conyugal*** es aquel conformado por una pareja. Para darle sentido y pertenencia a un vínculo se requiere reciprocidad y acomodación mutua, por lo que será necesario dejar de lado contenidos subjetivos singulares. Tejer una trama vincular es poder tolerar una tensión yo-otro, yo-nosotros que requiere renunciaciones; algo del orden individual debe ser perdido. La presencia de un otro en la pareja requerirá de un trabajo psíquico constante (González Tornaría et al., 2015).

El **sistema parental** refiere a una pareja, o una persona, que toma las funciones parentales, conocidas como la de “amparo, protección, educación, socialización, orientación y a inversiones narcisistas, sexuales, códigos valorativos, normativos y de significación” (Vidal, 2001, p. 80). Desde el sistema familiar es posible aprender del poder y de la autoridad, así como de lo permitido y lo prohibido. Desde esta asimetría se logra la discriminación, elemento fundamental para el desarrollo de la identidad. Vidal (2001) señala que el sistema parental logra cumplir sus funciones cuando se percibe la capacidad de transmisión de determinados factores a cada hijo/a, dejando de forma manifiesta que es un ser singular, que como tal tiene valor, identidad y pertenencia a esa familia y al conjunto social. En este vínculo es necesario la presencia de límites y reglas, es imprescindible que puedan ser explicadas adecuadamente.

Por último, el **subsistema fraterno**, es aquel compartido entre hermanos/as. Vínculo mediante el cual podrán experimentar relaciones con sus iguales, donde aprenden a apoyarse, protegerse, descargar sus culpas mutuamente. Se dice que en el mundo fraterno es el primer laboratorio social. Es en la relación donde se aprende a negociar, cooperar, competir, resolver conflictos, reconocer habilidades, etc (González Tornaría, et al., 2015). La vivencia fraterna será significativa para el desarrollo posterior e inclusión a la vida en sociedad (Minuchin, 1979).

3.1.2 Límites o fronteras

Para que un sistema familiar mantenga buenos niveles de salud, debe contar con fronteras nítidas. González Tornaría et al. (2015) definen las fronteras como aquellas barreras invisibles que tienen la función de delimitar, ya sea los subsistemas, como las familias del resto que no lo son, y tienen el cometido de cumplir con la delimitación emocional. Dependiendo de cada familia se verá si existen barreras que regulan la permeabilidad de las emociones entre los diferentes sujetos o no. Serebrinsky y Fernández (2014) plantean que éstos son líneas imaginarias que tienen como función separar a los integrantes del sistema de su contexto, así como delimitar la información que ingresa y egresa de él. Toda persona está inmersa en un contexto, y es parte de diversos “sistemas contiguos” con los que intercambia información constantemente. Se debe prestar especial atención a la “información entrópica” que ingresa al sistema ya que tiene la capacidad y poder de alterar el equilibrio preexistente del sistema. El ingreso de esta información puede generar efectos significativos, pudiendo modificar, “[...] no solamente la manera en que se organizan e interactúan, sino también su modalidad de resolver los conflictos, sus creencias

y valores, sus costumbres, rituales, el paradigma familiar” (Serebrinsky y Fernández, 2014, p. 91).

Para Fernandez (2015) lo funcional estaría en que las familias cuenten con fronteras “maleables y abiertas” que les permitan mantener contacto con otros sistemas y proveerse de nuevas informaciones a la vez que preservan autonomía. La función principal de estos reside en proteger la diferenciación del sistema; ocupan un lugar sustancial en el funcionamiento de la dinámica familiar. Cada subsistema familiar cuenta con funciones y demandas específicas para con sus miembros. Los límites de los subsistemas están constituidos por reglas que definirán quiénes participan en la familia y de qué manera lo harán.

Los límites deben ser claros para que el funcionamiento familiar sea adecuado y sin interferencias inadecuadas. En las familias donde los límites se presentan predominantemente difusos, se hablará de familias “**aglutinadas**”, y en aquellas donde los límites son extremadamente rígidos de familias “**desligadas**” (Minuchin, 1979). Los fenómenos de *dependencia* e *independencia* quedan estrechamente ligados con lo anteriormente mencionado. Aquellos sistemas familiares donde predomina excesivamente la dependencia serán comprendidos como familias aglutinadas, y en contrapartida, los sistemas sumamente independientes como desligados. En las primeras (aglutinadas y dependientes) las fronteras suelen ser frágiles y fácilmente atravesables. Generalmente existe presencia de intromisión y poca distancia entre los sujetos. En ellas los miembros podrían verse perjudicados debido a que para sostener el sentido de pertenencia se requiere de un importante grado de abandono de la autonomía, imposibilitando una adecuada independencia (González Tornaría et al., 2015; Minuchin, 1979). La dependencia sistémica marca una influencia extrema sobre las personas, en este sólo se permite sentir, pensar y actuar de forma similar al resto (Serebrinsky y Rodríguez, 2014). En las segundas (desligadas e independientes), los miembros de estas familias pueden funcionar de forma altamente autónoma; poseyendo un desproporcionado sentido de independencia, y suelen carecer de un sentimiento de lealtad y de pertenencia. La comunicación entre los integrantes suele ser difícil, y la función protectora hallarse profundamente debilitada; existiendo distancia emocional entre los integrantes- no acostumbrando recurrir a su familia en busca de ayuda (Minuchin, 1979; Serebrinsky y Rodríguez, 2014; González Tornaría et al., 2015).

Siguiendo lo planteado, ambos polos podrían conducir a posibles patologías y problemas familiares. En las familias aglutinadas se suele responder, ante las irrupciones de

la cotidianeidad, con gran rapidez e intensidad. Por el contrario, en las desligadas, posiblemente, en los momentos necesarios haya carencia de respuesta. Por consiguiente la disfuncionalidad reside en las posiciones extremas de la aglutinación y el desligamiento (Linares, 2012). Serebrinsky y Fernández (2014) propone la “distancia media” como aquella distancia que permite a los integrantes moverse dentro del rango de autonomía sin llegar a los extremos patológicos. La distancia media permite un balance *-flexible-* entre lo individual y lo compartido, entre la autonomía y la pertenencia, que permitirá un sano desarrollo individual, tanto como el familiar.

3.1.3 Jerarquías

Las jerarquías marcan una escala de autoridad y poder dentro de un sistema. Dentro de los sistemas familiares quien posea una mayor jerarquía será quien determinará la mayor cantidad de reglas. La función de las jerarquías reside en establecer una cadena de mando con el fin de marcar reglas que gobiernan y controlan el sistema. El grado de jerarquía que posee cada integrante, y su flexibilidad, es importante para evaluar el funcionamiento y las problemáticas emergentes de cada sistema en particular (Serebrinsky y Rodríguez, 2014). El poder opera en los vínculos mediante un pacto, consciente o inconsciente, y puede estar expresado de formas evidentes y/o camufladas pudiendo producir malestar (Vidal, 2001).

4. Drogas y Sustancias psicoactivas

Se denomina “drogas” o “sustancias psicoactivas” a todas aquellas sustancias químicas, de origen natural o sintético, que una vez ingresada al organismo inciden en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (Fernández y Lapetina, 2008). No todas las SPA conllevan a los mismo efectos, sino que estos pueden variar en las diferentes personas e incluso diferir en un mismo sujeto en distintos momentos ya que sus efectos no son constantes. Su impacto no estará dado exclusivamente por la composición química de la sustancia, sino que el organismo y el entorno del sujeto también marcarán significativamente esta experiencia (Schreck, 2018).

Se entiende que las SPA son susceptibles de generar tolerancia y dependencia ya sea física y/o emocional. Cuando se habla de **tolerancia** se hace referencia a la adaptación neurofisiológica del organismo a una determinada sustancia- su uso permanente podría generar adaptación y por tanto, la necesidad de consumir cada vez más cantidad de sustancia para producir los mismos efectos. Si el uso se extiende y se hace habitual, aparecerá posiblemente el fenómeno de **dependencia**, lo que provoca que un sujeto

necesite la administración de la sustancia para evitar los efectos negativos de su ausencia, lo que podría dar lugar al síndrome de abstinencia y craving (deseo intenso por consumo) (Junta Nacional de Drogas, 2020). En estas circunstancias la SPA ha tomado un carácter central en la vida del sujeto, vulnerando su comportamiento de forma *física* cuando se hace necesario el consumo para funcionar con “normalidad”- y/o *psíquica*- cuando aparece la necesidad compulsiva de consumir determinada sustancia para hacer posible un estado afectivo agradable o liberarse de un estado afectivo displacentero (Fernández y Lapetina, 2008).

Los efectos que pueda llegar a tener el consumo de SPA en un sujeto dependen de varios factores: de la *sustancia consumida*; la *vía de consumo* (de ingreso al organismo), la *cantidad consumida* (cantidad y pureza); el *set*, que remite al ambiente, las condiciones en las que se encuentra la persona a la hora de consumir (lugar, compañía, etc) y principalmente el *setting*, que serían la “preparación” y las condiciones del mundo interno del sujeto a la hora de llevar a cabo el consumo (Escohotado, 1995).

Las drogas pueden clasificarse de diversas formas, las más habituales son según su condición de legalidad, su uso, y sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central.

Las drogas *lícitas* o *legales* son aquellas que se encuentran disponibles mediante motivos médicos, o jurídicos que permiten su comercialización (alcohol, el tabaco, el café, la marihuana, etc). Las drogas *ilícitas* o *ilegales* son aquellas drogas cuya producción, porte, transporte y comercialización están prohibidas (Barreto, Pérez, Roa, López, y Rubiano, 2015).

Siguiendo con las clasificadas respecto a los efectos que tienen sobre el Sistema Nervioso Central, algunas sustancias pueden ser **depresoras**, otras estimulantes y otras alucinógenas. En la primera clasificación entrarían aquellas sustancias (como el alcohol, opiáceos, benzodiazepinas y solventes) que obstaculizan el funcionamiento normal del cerebro provocando reacciones que podrían ir desde la desinhibición conductual hasta el coma. Dentro de las sustancias **estimulantes** nos encontramos con aquellas (como anfetaminas, cocaína, nicotina, xantinas) que, a la inversa de las anteriores, aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, de forma que podrían afectar el sueño hasta provocar estados de hiperactividad. Cuando se habla de sustancias **alucinógenas** se habla de aquellas sustancias (cannabis, LSD, atropina y escopolamina, psilocibina y psilocina y mescalina) que modifican el funcionamiento del cerebro pero de forma neuroquímica, afectando principalmente la percepción. También existen las drogas de diseño, como el

éxtasis, que son sustancias análogas de las anfetaminas y la mescalina que comparte propiedades estimulantes y alucinógenas (Fernández y Lapetina, 2008). Sin embargo, en este trabajo se abordarán indistintamente, puesto que el foco estará situado en la adicción, más allá de la sustancia consumida.

Además de la diversidad de sustancias disponibles, existen diferentes modos de relacionarse con ellas. Los modos pueden ser clasificados en: *uso*, *abuso* y *dependencia*. El consumo de drogas puede formar parte de la vida de una persona sin necesidad de entrañar una conducta abusiva y/o problemática. Una persona puede hacer **uso** de sustancias psicoactivas sin que esto conlleve efectos negativos (o inapreciables) para su vida. El **uso problemático** aparece cuando el consumo deja efectos nocivos sobre la vida del sujeto. Dentro de los usos problemáticos se puede ubicar el uso por **dependencia**, psíquica y/o física; aquí los usuarios invierten tiempo, voluntad y dinero para la obtención de dicha sustancia, surge del uso excesivo de la misma. Otro uso problemático, es el uso **abusivo**, reconocido por ser perjudicial y/o riesgoso para la vida de la persona. Dicho consumo también puede ser ejercido por un sujeto que consume esporádicamente, pero cuando lo hace, lo hace de forma abusiva; sin necesidad de esté vinculado con un consumo dependiente (Becoña y Cortés, 2010).

5. Adicción

Becoña y Cortés (2010) definen adicción como aquella: “[...] necesidad imperiosa de realizar una determinada acción buscando placer, euforia o alivio de ciertas sensaciones displacenteras, aún sabiendo que a medio y largo plazo dicha conducta produce efectos negativos a diferentes niveles [...]” (p. 33). Asimismo explican que ésta se establece a raíz de un consumo repetitivo de una SPA y que genera una intoxicación en el sujeto que la consume. Escohotado (1995) denomina adictivas a aquellas sustancias que al consumirse durante un tiempo relativamente largo producen un cambio metabólico y que su suspensión daría lugar al síndrome de abstinencia. No todas las drogas necesitan la misma cantidad y/o tiempo de consumo para llegar al nivel de adictividad. Apud y Romaní (2016) explican que:

[...] para que una droga sea adictiva su potencia debe ser mayor a la de los neurotransmisores naturales, produciendo no solamente placer sino también tolerancia, síndrome de abstinencia, y finalmente “dependencia física” (Stoehr, 2006). Durante la exposición prolongada a la presencia de la droga el cerebro se habitúa a funcionar bajo elevados niveles de dopamina que el sistema nervioso compensa produciendo una menor cantidad de receptores dopaminérgicos. (p. 118)

El mayor problema que tienen las adicciones no está dado a corto plazo sino, que los efectos que producen a mediano y largo plazo pueden llevar a consecuencias letales. Sin lugar a dudas existen otras cuantas consecuencias sociales, económicas, laborales, etc, causadas por el sostenimiento de una conducta adictiva (Becoña y Cortés, 2010). Levin (2010) asimismo menciona que la adicción:

[...] ha venido a definir tanto una enfermedad como un síntoma. Una conducta individual como un modo colectivo. Una rareza de ciertos grupos sociales como un flagelo ampliamente extendido. Una dependencia, una habituación, un síndrome (de abstinencia), una manía (toxicomanía), un ismo (alcoholismo), un “ansia”, una necesidad de algo físico, químico, biológico o comportamental. (p. 102)

Para Narcóticos Anónimos (1991 en Lorenzo, 2012) la adicción es vista como una enfermedad física, mental y espiritual que afecta a todos los aspectos de la vida de un sujeto. La describen como una *enfermedad progresiva, incurable y mortal*. Vinculan el aspecto físico con el consumo compulsivo y la incapacidad de abandonarlo; el aspecto mental con el deseo abrumador de consumir teniendo en cuenta sus terribles consecuencias; y el aspecto espiritual con el egocentrismo total.

5.1 Las adicciones desde diferentes paradigmas

Existen una gran cantidad de discursos que pretenden explicar el fenómeno de la adicción a las SPA desde diferentes aspectos. El tema acerca de si las conducta adictiva es o no una enfermedad está presente en varios discursos, es discutido desde múltiples disciplinas sin lograr establecer consenso alguno. Hay paradigmas que apoyan la postura de que la adicción es una enfermedad, y otros; que por el contrario, la desvalidan. La forma en la cual se conciba marcará profundamente su abordaje. Desde el **Paradigma de la Enfermedad** se supone que hay personas que nacen con una predisposición a desarrollar conductas adictivas. Para este paradigma, la adicción se presenta como una *enfermedad y entidad absoluta*, irreversible y sin cura: se es o no se es adicto. Esta sólo podría ser detenida mediante la abstinencia de por vida (Fernández y Lapetina, 2008).

A diferencia, el **Paradigma del Aprendizaje Social** establece que la adicción forma parte de un *continuum*- y es considerada como uno de los tantos modos de relacionamiento que pueden establecerse en relación a las SPA. Dicha relación puede ir modificándose a lo largo de la vida mediante un proceso de re-aprendizaje. Según este paradigma las personas

pueden desarrollar dependencia- que puede estar asociada a una variabilidad de factores y fenómenos complejos; que a su vez se encuentran intrincadamente ligados a su respectivo contexto situacional. Por tanto, desde esta línea, si bien el consumo dependiente de sustancias puede llevar a múltiples enfermedades, no es el consumo en sí mismo considerado una enfermedad. Adicionalmente este paradigma se distingue del primero al postular que la abstinencia no es posible para todos; sino que en la mayoría de los casos esta no se logra, por lo que en determinadas circunstancias es más eficaz establecer un consumo controlado de SPA. Por esta razón es que en los últimos tiempos se ha hecho mayor hincapié en el desarrollo de estrategias de prevención del uso problemático de sustancia, mediante las cuales no se apunta a la privación total del consumo de SPA, sino a un consumo más controlado que permita reducir los daños y efectos negativos del uso de sustancias (Fernández y Lapetina, 2008).

Así, como en el Paradigma de la Enfermedad, el **Paradigma Biomédico** explica la adicción como una enfermedad. El mismo busca explicar, en un lenguaje neurobiologista, a la *adicción* como una enfermedad cerebral. Desde aquí se intenta explicar cómo la capacidad congénita de la neuroplasticidad del cerebro humano- así como sus estrategias de supervivencia que le permiten adaptarse a las adversidades- puede tornarse perjudicial en la vida de un sujeto consumidor de SPA. Considerando que la habituación del cerebro a la presencia de SPA en la cotidianidad del sujeto puede llevar al mismo a quedarse aferrado a comportamientos que vayan deteriorando su propia capacidad adaptativa (Apud y Romaní, 2016).

Sin embargo, estos estudios no fueron suficientes para explicar y justificar el fenómeno de la adicción como consecuencia de algo meramente ocurrido a nivel cerebral. Se debe tener especial cuidado a la hora de definir una adicción como enfermedad. Al definirla como tal, corremos riesgo de encasillar al sujeto de enfermo, lo que lleva a un recorte identitario, obstaculizando el corrimiento de tal representación identitaria. En definitiva, existe una multiplicidad de factores de riesgo que inciden en la gestación de una conducta adictiva, pudiendo ser estos de índole neurobiológico, económico, psicológico y social- de modo integral y no excluyente (García, 2015 en Apud y Romaní, 2016).

6. Abordajes Sistémicos y adicción a sustancias psicoactivas

Previo al desarrollo de la Teoría General de los Sistemas se pensaba que la drogodependencia era consecuencia de cualidades propias del sujeto; era visto como un

aspecto intrínseco del mismo, por lo que el abordaje individual era el predominante. Sin embargo, con el paso de los años la eficacia del tratamiento individual para este tipo de problemáticas se ha evidenciado circunscrita. Por lo que se vuelve pertinente un replanteo de visión que apunte a un mejor entendimiento del fenómeno, que dé lugar a una mayor eficacia en el tratamiento y que comprenda de manera más abarcativa la realidad del sujeto (Marcos, 2010). Si bien el enfoque sistémico intenta abarcar la multiplicidad de factores que influyen en la vida de los sujetos, el mismo se focaliza principalmente en las cuestiones ligadas al entramado familiar, las cuales entiende poseen un lugar crucial para el entendimiento de cualquier fenómeno subjetivo.

Siguiendo en esta línea, a la hora de trabajar con sujetos que consumen SPA de forma adictiva resulta pertinente preguntarse: ***¿qué diferencia a estas familias de otras en las cuales no hay presencia de adicciones?***

Arias, Fernandez, Kalina y Pierini (1990) postulan que ciertas estructuras familiares producen con mayor facilidad conductas adictivas- así como patológicas- que otras que poseen un nivel de organización más funcional. Para los autores existe una “estructura pre-adictiva” ya que no todos hacen del uso una dependencia. Agregan que la adicción puede producirse también hacia conductas y/o comportamientos de índoles diversos (ej.: relaciones de codependencia, trabajo, Internet, etc.)

Minuchin (1979) y Stanton y Todd (1988) postulan que la organización de los sistemas familiares, donde se exhiben comportamientos adictivos, se presenta similar a la de aquellas familias que comprenden un integrante con disfunciones severas. Las mismas tienen en común la recurrencia del enmascaramiento y desplazamiento de los conflictos y tensiones familiares de base, que suelen ser depositados en el síntoma de adicción manifestado en uno de los integrantes. La conducta adictiva, por tanto, podría surgir en pos de evitar determinados conflictos interfamiliares (Stanton y Todd, 1988).

A su vez, en las familias donde las adicciones imperan, puede observarse una mayor frecuencia de dependencia química multigeneracional; lo que lleva a que diferentes miembros de estos sistemas puedan encontrarse más propensos a desarrollar conductas adictivas que en otro tipo de familias. Además los padres de los sujetos con adicciones se caracterizan por tener una conducta “conspicuamente no esquizofrénica”. Predominantemente dentro de estas familias pueden verse, explícitamente, alianzas entre determinados miembros. Son familias que se caracterizan por ser “fusionalmente unidas”. Las madres de estos sujetos suelen evidenciar múltiples prácticas de crianza y necesidades

simbióticas, tratando a sus hijos generalmente como si estos fueran más pequeños. La aculturación y la disparidad cultural presente entre padre-hijos parece desempeñar en varias oportunidades un papel importante en los casos de adicción. A su vez, en estudios realizados se encuentra que otro fenómeno que incide de manera predominante en estas familias es el contacto estrecho con la muerte (muertes prematuras, inesperadas y repentinas dentro de su seno). Eventualmente se observó que el momento inicial del consumo de drogas se asocia con la muerte de alguno de sus progenitores u otras personas significativas para el sujeto (Stanton y Todd, 1988).

Antiguamente se consideraba la existencia de un patrón prototípico de familia “adicta” (Seldin en Cocola, 2018). Cuando la conducta adictiva se hacía presente en varones, se observaba que la madre de estos sujetos se encontraba “[...] involucrada en una relación indulgente, apegada, sobreprotectora, abiertamente permisiva con el adicto, que ocupa la posición de un hijo favorecido. A menudo es ‘malcriado’ [...] Fue el hijo más fácil de criar y generalmente era ‘bueno’ cuando era niño” (Stanton y Todd, 1988, p. 27). Por el contrario, el padre de estos era distante e incluso en varios casos ausente. Los varones solían describir la relación con su padre negativamente, siendo una figura muchas veces ruda e incoherente (este tipo de relacionamiento no era precisamente el que -estos describían- que llevaba con sus otros hermanos). En el caso de las mujeres la relación con sus madres era caracterizada por la competencia, las consideraban sobreprotectoras y autoritarias. A su vez, los padres aparecían como ineptos, indulgentes, sexualmente agresivos, y muchas veces tenían problemas con el alcohol (Stanton y Todd, 1988). Cocola (2018) siguiendo aportes de Seldin (1972), menciona que anteriormente se postulaba que el funcionamiento de estas familias por lo general era inestable, con historia marcada por divorcios y separaciones, donde la madre se presentaba como predominante y ambivalente en su rol, y el padre, por lo general, se encontraba ausente de forma física y/o emocional.

Arias et al. (1990) reafirman algunas de estas ideas evaluadas por Masterson el cual propone que en la mayoría de las familias donde toman presencia las adicciones se pueden identificar padres pasivos, donde la mujer tienen un rol dominante y estos se encuentran distanciadas de ellas debido a que están muy centrados en el trabajo- descuidando su rol de paternidad (Masterson, 1975 en Arias et al., 1990).

Sin embargo, con el paso de los años, este análisis ha perdido validez. Las adicciones también se encuentran en modelos familiares más variados, y no necesariamente en familias con cualidades como las anteriormente expuestas (Stanton y Todd, 1988). Con el pasar de los años y muchas investigaciones realizadas en este campo se ha encontrado

que, si bien la mayor incidencia en la génesis y mantenimiento de las adicciones se sitúa en las formas de relacionarse que sostienen las familias, no necesariamente son las anteriormente mencionadas las que predominan y tienden a explicar dicha conducta. Ramírez Fernández (2019) destaca a partir de los postulados de Alvarado (2018) que en estas familias se evidencia con gran facilidad la desorganización y el caos. Son familias donde los roles de sus miembros aparecen distorsionados y/o confusos, apareciendo las funciones parentales inconsistentes. En estas familias suelen predominar los problemas en la comunicación, la negligencia, los estados de ánimo sumamente cambiantes, y la presencia de maltrato físico, verbal y psicológico, que provocan períodos intensos y prolongados de tensión.

En una investigación longitudinal realizada por Shedler y Block (1972-1990) (citada en Cirillo et al., 1999, p. 27), cien sujetos fueron evaluados según parámetros psicológicos durante 15 años (desde los 3 hasta los 18 años). Esta investigación encontró que el 24% de los sujetos llevaba un consumo habitual de SPA con evidencia marcado, más o menos, por la dependencia. Se observó que estos sujetos “[...] habían manifestado problemáticas importantes a lo largo de la evaluación de su desarrollo emocional, con dificultades de relación y en el control del comportamiento impulsivo, desde los 6-7 años” (p. 45) Esto se vinculó con la incapacidad de dichos padres a la hora de expresar adecuadamente sus propias emociones, transmitiendo; en muchas ocasiones; emociones de forma contradictoria. A partir de este estudio, los autores consideraron que la principal causa de la adicción debe situarse en la fragilidad del joven como resultado de un desarrollo familiar insatisfactorio (Cirillo et al, 1999).

Siguiendo con lo traído por Ramírez Fernández (2019) es posible observar un paralelismo entre las familias en las que se encuentra presencia de adicciones y en aquellas donde se presentan enfermedades físicas crónicas, pacientes terminales, familias con enfermos mentales, etc. La autora plantea que todas estas familias comparten la presencia de algún tipo de trastorno físico y/o psicológico, como común denominador, que afecta de alguna forma el funcionamiento de todo el sistema familiar. Encuentra que en todas estas familias hay una gran dificultad para la reorganización ligada a la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas, dificultades en los diferentes miembros para mantener su autonomía, predominancia de la sobrecarga emocional, física y/o económica, y la presencia de alteraciones en el ámbito emocional, física y/o social, etc.

7. El síntoma en la familia

Vidal (2001) sostiene que el síntoma es entendido desde el paradigma sistémico como la expresión de los conflictos gestados por toda la familia en conjunto. Argumenta que aparecen como formación de compromiso a consecuencia de los deseos y/o temores que se encuentran en constante relación con los diferentes modos de defensa producida y sostenida por todos los miembros de una familia, los cuales se encuentran en constante interacción. Trae la idea de coproducción por interacción que permite pensar los síntomas manifiestos en un integrante de la familia como el resultado de una producción intra e intersubjetivamente. Menciona que: “El síntoma de un miembro de una familia es concebida entonces como un producto colectivo, y regulador del equilibrio familiar” (p. 105).

Es posible decir que en la teoría prevalece una concepción del síntoma como funcional, sirve para otorgar estabilidad al sistema familiar, por lo que funciona como regulador del sistema asumiendo un rol homeostático (Cirillo et al, 1999). Juan (2006) por su parte sostienen que el síntoma cumple con una función esencial en el mantenimiento del equilibrio del sistema al cual se pertenece, siendo éste considerado como una “patología de la relación” (p. 18) y no como conflicto meramente individual. Hace énfasis en remarcar que todo síntoma posee valor comunicacional y para comprenderlo se debe pensar **para qué** se hace presente.

Para comprender el síntoma se debe comprender no solo al portador del síntoma, sino también a la familia y al sistema familiar [...] Se podría establecer una regla empírica: Cuando el “por qué” de un fragmento de conducta permanece oscuro, la pregunta “para qué” puede proporcionar una respuesta válida. (Juan, 2006, p. 20)

Debido a que para el enfoque sistémico la causa del síntoma podría estar situada en la familia, se pone gran atención en la observación de las interacción entre los diferentes miembros que inhiben y promueven el funcionamiento de los individuos y la familia en su conjunto. El objetivo de la terapia familiar estará centrado en la posibilidad de cambiar las formas de relacionarse entre los diferentes miembros y no sobre la conducta y experiencia de un único individuo (Rivas, 2013).

La concepción de circularidad y de retroalimentación son determinantes en el proceso terapéutico; tenerlos en cuenta permitirán un mejor entendimiento del síntoma como fenómeno en su complejidad. Contemplar a la familia como unidad, con mutuas influencias, tomando todos los elementos del sistema y sus relaciones, permitirá una visión holística, que posibilitará una comprensión más integral del problema. Se buscará que la familia de cuenta que “[...] todos participan en lo que está sucediendo y que el cambio no es sólo de

uno de sus miembros, ya que el cambio de uno es retroalimentación para el otro y éste también va a cambiar” (Ortiz, 2008, p. 60). Algunos autores utilizan el concepto de “repartir el síntoma” para hacer referencia a la idea de que el síntoma no es únicamente producto de un sujeto sino que surge a partir de una dinámica familiar y por tanto cada integrante tiene una cuota de responsabilidad en el desarrollo del síntoma, Ortiz (2008) expresa que:

Durante el proceso sistémico, el paciente identificado deja de ser tal y se logra poner a todos en la misma situación o al menos en una situación similar, que permite que cada uno tenga una nueva comprensión del problema que está viviendo. Algunos autores llamarán a esto una “redefinición del problema”, abriéndose así grandes posibilidades de alcanzar niveles de co-responsabilidad, ya que cuando las personas se sienten implicadas en el proceso, empiezan a poner algo de sí mismas, para modificar la situación que están viviendo. (p. 60)

La familia es un sistema autorregulado, la cual procura su homeostasis mediante la retroalimentación negativa. La autorregulación está influenciada por todos los miembros de la familia y sus reglas (Palacios Ajuria, 2009). Es la *causalidad circular o feedback* lo que habilita el movimiento- o no- en las familias; mediante el feedback negativo el sistema busca la homeostasis y por medio de los positivos el cambio, y por ende, su transformación (Vidal, 2001). Por lo general, los sistemas, tiende a mantenerse por sí mismo, ofrece resistencias al cambio, procura conservar las pautas preferidas cuanto tiempo sea posible (Minuchin, 1979). Es por esto, que a consecuencia de grandes movimientos ocasionados por el atravesamiento de una fase del ciclo vital- especialmente la adolescencia- las familias recurren a mecanismos homeostáticos para hacer frente a las posibles modificaciones. Serebrinsky y Fernández (2014) definen el fenómeno de la homeostasis como un estado de equilibrio dinámico. En sus palabras se define la homeostasis de un sistema humano como “[...] un estado de equilibrio dinámico logrado por diferentes conductas que responden y recursivamente determinan el rango de valores de la variable, llamado rango de ajuste. Esta autorregulación es la que mantiene equilibrado el sistema” (p. 46).

La adolescencia es un momento crucial para toda la familia, y es en este período es que suelen aparecer con mayor facilidad problemas relacionados con el consumo de SPA, ya que como plantean Stanton y Todd, los adolescentes se encuentran tras sus primeras búsquedas de independencia. Esto lleva a conflictos intrafamiliares, provocando en algunos casos, una inadecuada reestructuración. A través de las drogas se pretende la diferenciación y distanciamiento emocional con las figuras parentales. Los adolescentes se podrían encontrar inmersos en el consumo de sustancias como forma de quebrantar aquellos puentes que unen su presente con su infancia (Cirillo et al, 1999). Dando como

resultado “conquistas inadecuadas”, observándose una “pseudoindividualización”. Esto es paradójico ya que más que generar una independencia a adicciones, provoca mayor apego y dependencia de los padres. Stanton y Todd (1988) explican que la drogadicción se presenta como una *resolución paradójica*:

[...] la drogadicción tiene muchas características adaptativas y funcionales además de sus rasgos placenteros inmediatos. Nuestra conclusión principal consiste en que ofrece al adicto y su familia una *resolución paradójica* de su dilema de mantener o disolver la familia, es decir, de su permanencia o partida [...] **En síntesis, la drogadicción sirve de varios modos para resolver el dilema adicto en cuanto a ser o no un adulto independiente. Es una solución paradójica que permite una forma de pseudoindividualización.** (p. 34) (subrayado propio)

Por tanto, según el enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas problemáticas manifestadas en adolescentes son síntomas que señalan que el sistema familiar no funciona adecuadamente (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003 en Marcos, 2010) Por lo que se establece que la misma familia puede presentarse como autora y creadora del problema.

8. La adicción como síntoma de una problemática familiar desde diferentes enfoques sistémicos

A lo largo de la historia han surgido diferentes modelos enmarcados en el enfoque familiar sistémico. Tales modelos fueron enriqueciendo el estudio del campo de las adicciones de forma que con sus diferentes propuestas, consideraciones, y herramientas habilitaron una comprensión más holística de la “adicción”.

Marcos y Garrido (2009) toman prestada la clasificación realizada por Rolland y Walsh en 1996 donde diferencian los modelos en dos categorías según sus principales cometidos. Los autores proponen la agrupación de los diferentes modelos en a) *modelos orientados a la resolución de problemas* y, b) *modelos intergeneracionales*.

Dentro del primer modelo se encuentran aquellos enfoques centrados en la resolución de problemas de forma breve, focalizada y práctica. Estos son: el modelo estructural, el modelo estratégico, el modelo estructural-estratégico, los modelos sistémico-constructivista, los modelos conductuales y psicoeducativas (Marcos y Garrido, 2009). Este trabajo tomará los aportes más relevantes de los primeros cuatro modelos que permitirán, a través de su sistematización, entender el fenómeno de la adicción como síntoma emergente de lo que ocurre dentro del sistema familiar.

Los enfoques han postulado diferentes propuestas para el trabajo con familias que presentan comportamientos sintomáticos. Los múltiples procedimientos muestran que es posible ayudar a las familias mediante el trabajo de su estructura organizacional (perspectivas estructurales-estratégicas), así como por medio del cuestionamiento de los discursos predominantes, creencias y significados compartidos (perspectivas construccionista, constructivista y postestructuralistas). Por tanto, trabajar y cuestionar estos grandes pilares familiares, permitirá que la familia logre visualizar la realidad de forma distinta; propiciando el surgimiento de nuevas versiones y visiones que posibiliten la reconstrucción organizacional y la reconfiguración de significados. Por consiguiente, dichas transformaciones habilitarán que los comportamientos sintomáticos que encontraban origen en las viejas formas de interaccionar pierdan sentido. La adicción, en este caso, ya no encontrará motivo necesario para su existencia (Fernández, 2015).

Cada uno de los modelos estudiados plantea una forma de entender la expresión sintomática en la familia. Si bien todos los enfoques entienden a la adicción como una conducta sintomática- producto de una interacción insatisfactoria; no todos ubican la causa del síntoma exactamente en los mismos factores.

Por ejemplo, el **modelo estructural** ve al síntoma como una *reacción desadaptativa de los cambios ambientales o evolutivos de la familia* (Minuchin, 1979). Por otro lado, el **modelo estratégico** entiende su expresión como *respuesta a interacciones familiares disfuncionales* (Marcos y Garrido, 2009). A su vez, el **modelo estructural-estratégico** también ubica en las interacciones insatisfactorias de una familiares parte del motivo de la necesidad de expresar dicho síntoma (Stanton y Todd, 1988). En cambio, los **modelos constructivista, construccionista y postestructuralista** no solo relacionan el motivo de la manifestación del síntoma con el plano de los *significados compartidos*, además de con las formas organizacionales de la familia (Montesano, 2012). Por consiguiente, es observable que, a pesar de sus diferencias, todos los modelos relacionan el motivo del síntoma con factores vinculados a la trama intersubjetiva- donde el Otro ocupa un lugar sustancial en su conformación. A continuación la descripción de dichos modelos

8.1. Modelo Estructural

El Modelo Estructural fue propuesto por Minuchin (1979), y fue de los primeros estudios realizados sobre la Terapia Familiar Sistémica. Desde sus postulados se entiende que el síntoma puede ser producto de una *reacción desadaptativa de los cambios ambientales o*

evolutivos de la familia. Minuchin, a mediados del siglo pasado, desarrolla este enfoque, que como su nombre adelanta, se centra en el estudio de las estructuras familiares. El mismo considera que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras (Ochoa de Alda, 1995).

Como fue mencionado, la “familia” es un sistema abierto, conformado por subsistemas. El mismo cuenta con límites (claros, rígidos o difusos) que tienen por cometido delimitar, ya sea, los subsistemas, como el sistema familiar del exterior- con quienes se encuentra en constante interacción y cambio (Minuchin, 1979). Cuando nos enfrentamos a un sujeto que padece un síntoma, como el de la adicción, es importante entenderlo bajo estos dominios de interacción, comprendiéndolo *in situ*, abarcando la totalidad del sistema y no sólo al *paciente identificado* como portador de un síntoma (Ochoa de Alda, 2004).

Todo sujeto es parte de un contexto, y como tal, se encuentra en constante interacción y bajo mutua influencia con el ambiente. Por esta misma razón, para entender la presencia de una adicción, mirar a su alrededor se torna indispensable. Se vuelve pertinente observar de qué manera está organizada la familia a la cual pertenece; procurando por este medio el motivo del síntoma. Cuando una familia se presenta con un miembro que muestra una conducta adictiva, posiblemente se esté frente a “un sistema que funciona mal” (Minuchin y Fishman, 2004, p. 80). Se entiende que el sistema puede ser comprendido como funcional o disfuncional en base a patrones organizacionales. Se denomina sistema disfuncional a aquel sistema que presenta [...] límites difusos o rígidos, coaliciones, triangulaciones, hijos parentales, un miembro central (permanente) o periférico” (Rojas, 2013, p. 25). Ante estos casos el cometido del terapeuta estará en estremecer la homeostasis que sostiene determinada disfuncionalidad familiar, produciendo una crisis que impulse al sistema a elaborar una nueva organización. La reestructuración se buscará por medio del cuestionamiento de su organización; para que esta se logre también será importante impulsar a la familia a reconceptualizar el problema en relación a la adicción que presenta uno de sus miembros, motivando a los diferentes integrantes a buscar diferentes respuestas, tanto afectivas, cognitivas como conductuales (Minuchin y Fishman, 2004).

A su vez, ante los casos relacionados a consumos problemáticos de SPA, frecuentemente se suelen percibir alianzas excesivas o escasas entre los integrantes. Por lo general, “[...] en los tratamientos de las adicciones se ha observado un funcionamiento familiar caracterizado por la implicación de uno de los progenitores (generalmente el del sexo opuesto) y el papel periférico del otro” (Marcos y Garrido, 2009, p. 343). De modo que, la terapia se vuelve una instancia oportuna para trabajar la proximidad y el distanciamiento

entre los diferentes miembros, que posiblemente estén incidiendo en el mantenimiento de la adicción. Frecuentemente el síntoma ocupa un papel funcional en el sistema de transacciones familiares- incluso este podría haber sido originado y mantenido por la misma familia debido a un propósito. El síntoma aparece como una pieza fundamental del sistema, tiene la “responsabilidad” de mantener la estabilidad familiar; lo que puede producir que el resto de los integrantes de la familia- de forma inconsciente-, busquen el refuerzo y mantenimiento de la conducta adictiva, y de manera sistemática, de modo que la homeostasis no se vea amenazada (Minuchin, 1979).

Si bien, en repetidas ocasiones, la familia estima que el problema pertenece a un único individuo, es importante entender que generalmente esto es una falacia; puesto que, por el contrario, en algún punto todos son “responsables” e igualmente sintomáticos (Minuchin y Fishman, 2004). Tomando en consideración este punto central, se hace evidente que, trabajar con el sistema en su conjunto sería una estrategia idónea. El síntoma podría estar encontrando su propósito en la desviación de las verdaderas problemáticas del sistema. Por ejemplo, puede ser que una conducta adictiva de sustancia psicoactivas, tome presencia en un período de tensión parental. El síntoma en uno de los hijos podría estar desviando la atención de esta problemática, llevando el foco de atención a su problema con el consumo de drogas. En este ejemplo se observa con gran nitidez la función que viene a cumplir la adicción; esta busca mantener la homeostasis del sistema imposibilitando el conflicto parental, apareciendo el hijo como una figura que “[..] actúa de regulador de feedback del sistema, ‘ofreciendo’ a la familia la amenaza de la droga a cambio de una mayor estabilidad de la vida conyugal” (Cirillo et al, 1999, p. 39).

En suma, lo que plantea este modelo es procurar nuevos patrones organizacionales, que permitan que el síntoma deje de encontrar motivos prescindibles. Es así que, mediante el análisis y el trabajo con los subsistemas familiares, los límites y las jerarquías reinantes, se hará posible la reestructuración organizacional. Lograr una organización funcional permitirá a una familia afrontar las adversidades y obstáculos de la vida cotidiana sin necesidad de acudir a mecanismo sintomáticos para hacer frente a las distintas tensiones que puedan surgir dentro de la familia (Minuchin, 1974; Marcos y Garrido, 2009). Particularmente en los casos de adicciones establecer una jerarquía adecuada, con límites claros y en donde las figuras parentales mantengan una unidad de liderazgo, es crucial, ya que por lo general estas no se presentan de forma clara y pueden originar inconvenientes (Marcos, 2010).

8.2. Modelo Estratégico

El modelo estratégico ha sido principalmente impulsado por Haley y Madanes. Desde este modelo se observa a los síntomas *como resultantes o como concomitantes de intentos fallidos- que buscan enfrentar las dificultades presentadas en el sistema* (Stanton y Todd, 1988). Desde este modelo se intenta indagar cuales son las estrategias disponibles en la familia para resolver sus problemas, ya que la réplica de estrategias ineficaces podrían desembocar en la reafirmación, o incluso, agravación del problema (Marcos y Garrido, 2009). Asimismo, Haley (1987), ha postulado que la conducta sintomática señala la existencia de conflictos jerárquicos dentro del sistema familiar; donde pueden estar habiendo- entre sus miembros- una lucha por el poder. Desde aquí se entiende que los síntomas son una expresión metafórica de lo que ocurre implícitamente en la familia; sería una forma de comunicación analógica que en verdad oculta otro problema familiar. Esta cumple una función protectora, que busca la estabilidad familiar mediante soluciones *disfuncionales* (Haley, 1987 en Ochoa de Alda 1995).

Además, se ha planteado que el sistema puede convertirse en patológico cuando se establecen coaliciones permanentes entre miembros pertenecientes a diferentes niveles jerárquicos, lo que lleva a una incongruencia jerárquica llamada "triángulo perverso". El triángulo tendría la función de disminuir la tensión de la díada, desviando el conflicto hacia una tercera persona. Se caracteriza por un clima emocional muy intenso, una rigidez en los movimientos y los límites de los miembros del sistema, se torna patológico cuando conduce a comportamientos inadecuados y a relaciones de violencia entre sus miembros. Se explica que los síntomas psicopatológicos aparecen cuando la coalición no se reconoce o es negada; lo que supondría un problema serio para el desarrollo de la individualidad y las relaciones sociales (Haley, 1987).

Madanes (1984 en Anselmo et al. 2015) comparte la idea de que el síntoma viene a ejercer una función dentro del sistema familiar. Considera importante procurar el motivo por el cual se ha elegido determinado síntoma. Cuando un hijo es quien manifiesta una conducta adictiva habría que indagar qué se está queriendo enmascarar y respecto a qué sucesos se quiere desviar la atención. El niño/ adolescente, posiblemente se esté situando por encima de sus padres con la intención de "protegerlos", desviando la atención de los "verdaderos" problemas mediante la conducta sintomática. En otras palabras, se podría indicar que el efecto del síntoma sería lograr que los padres se unan en el proceso de afrontación de la adicción que atraviesa al hijo, dejando momentáneamente a un lado sus propios conflictos conyugales.

Por ello; desde este modelo, el terapeuta intentará interrumpir aquellas soluciones ineficaces empleadas por las familias y establecer nuevas estrategias, de modo que sea posible romper con los antiguos patrones disfuncionales que mantienen al síntoma. Para esto se necesitará “conocer las creencias de cada familia, su lenguaje, sus ideas, de manera que permita ver el problema a través de la visión de sus miembros, y tomar en consideración sus valores y esperanzas” (Marcos y Garrido, 2009, p. 344) dado que son estas quienes definirán cómo manejar sus problemas.

Haley ha centrado sus estudios en el diseño de tratamientos para la esquizofrenia, delincuencia y drogadicción; y sostuvo que estas pueden surgir como una interrupción en el desarrollo normativo del ciclo vital familiar. Frente a un caso de adicción es importante evaluar el proceso de independencia que se está atravesando (o se atravesó) dichos sujetos. La emancipación de un hijo es un proceso que afecta a todos los miembros de una familia. No son sólo los hijos que deben independizarse de sus padres, sino que también sus padres deben hacerlo de sus hijos. Se ha observado que adolescentes con toxicomanías no solo dependen de la sustancia, sino que por lo general muestran una dependencia mayor del núcleo familiar que otros sujetos que no presentan conductas adictivas (Cirillo et al., 1999). Asimismo, se sabe que la adolescencia puede ser una etapa muy difícil de atravesar; ya que se presenta como el primer paso hacia la independencia, e irse de casa implica muchos cambios; más aún cuando aquel hijo fue quien actuó de puente entre ambos padres. Esto se torna un tanto más arduo cuando existe una incongruencia a nivel jerárquico, ya que cuando esto se ha observado la comunicación también muestra inconsistencias; lo que puede llevar al sujeto a procesos de pensamiento anómalos (Haley, 1989).

A su vez, frecuentemente en estas familias (donde aparecen comportamientos adictivos) suelen presentarse reglas rígidas e inmutables y una comunicación caótica, indirecta, vaga e incluso inexistente; además suelen ser familias con pobres estrategias para hacer frente a las adversidades (Belart, 2008) lo que dificulta enormemente afrontar una problemática como la de la adicción una vez instaurada. Por ende, la terapia estratégica buscará reorganizar la familia, trabajar la jerarquía y los límites intergeneracionales, así como las estrategias de afrontación, para habilitar el camino hacia la independencia de forma saludable. “Los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se disloca o interrumpe. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa de su ciclo vital” (Haley, 1989, p. 33), por lo que lograr que este se ponga en marcha nuevamente es un factor central. En suma, resolver el

problema con la adicción como síntoma, exige un cambio en la forma organizacional de la familia.

A partir de este modelo se fueron desarrollando diversas terapias basadas en sus principios. Una de las que se destaca por su eficacia para el abordaje de adicciones es la *Terapias Familiar Breve Estratégica* (BSFT, Brief Strategic Family Therapy)

8.2.1 Terapia Familiar Breve Estratégica

La Terapia Familiar Breve Estratégica es un modelo integrado que combina aportes desarrollados por Minuchin (1974), Haley (1976) y Madanes (1981). Como su nombre indica, se trata de una terapia breve (entre 8 y 24 sesiones) y estratégica en el sentido que es planificada y focalizada en el problema y pragmática. Desde esta perspectiva se concibe que el síntoma es una señal de *malestar del funcionamiento sistémico*, por lo que la terapia se centrará en escuchar qué función viene a cumplir determinada conducta sintomática en el sistema familiar. El terapeuta reforzará los comportamientos funcionales de las familias con el fin de que estos prevalezcan, permitiendo generar habilidades de interacción más adaptativas (Marcos, 2010).

El enfoque de este tratamiento está dirigido hacia la implementación de estrategias que permitan guiar a la familia hacia una reestructuración que posibilite transformar la relación entre los sujetos, y construir herramientas para la afrontación de problemáticas. Este trabajo incluye: (a) dirigir, redirigir o bloquear la comunicación; (b) cambios en las alianzas familiares; (c) ayudar a las familias a desarrollar habilidades para la resolución de conflictos; (d) desarrollar habilidades efectivas para el manejo del comportamiento; y (e) fomentar la crianza y las habilidades de liderazgo de los padres (Robbins et al., 2011b).

Desde esta modalidad la focalización está dada entonces en la implementación de estrategias que apunten a la eliminación de todos aquellos patrones interactivos que se encuentran ligados al sostenimiento de la conducta adictiva. Desde aquí, el objetivo está en trabajar con las interacciones desadaptativas y la relación que estas tienen con el síntoma. Se procura diseñar una intervención que permita resolver la problemática a partir de cambios en la estructura familiar, así como en las formas de interaccionar y de las estrategias de afrontación que mantienen las familias. Se entiende que a partir de estos cambios la disolución del síntoma podría estar cerca (Szapocznik y Williams, 2000; Becoña y Cortés, 2008); ya que una vez disuelto aquellos patrones causantes del origen y/o

sostenimiento de la conducta adictiva se habilita la posibilidad de resignificar el síntoma permitiendo su posible desaparición.

8.3 Modelo Estructural-Estratégico

Stanton y Todd (1988) proponen un modelo que definen como “estructural-estratégico”, ya que toman aspectos de los modelos anteriormente mencionados. Se apoyan en el modelo estructural como paradigma orientador; utilizan sus técnicas, al mismo tiempo que toman aspectos centrales del modelo estratégico para la intervención (Marcos y Garrido, 2009). Desde este enfoque se determina que la adicción no es un síntoma exclusivamente de predisposiciones fisiológicas o biológicas, sino que en la conformación de esta conducta, *las interacciones entre los diferentes miembros de la familia juega un rol etiológico* (Marcos y Garrido, 2009). Para que una conducta sintomática, como la de la adicción, desaparezca, algo en la familia debe cambiar, ya que para que se produzcan cambios individuales deben producirse cambios a nivel interpersonal (Stanton y Todd, 1988).

Un punto a destacar dentro de este modelo es el hecho de que el uso de drogas es la parte más importante en el tratamiento, por lo que se considera sustancial empezar por un proceso de desintoxicación. Esto debe ser negociado con las familias, teniendo en cuenta que hasta que no se observe mejoría en este aspecto, y se mantenga al menos un mes de abstinencia, no se abordarán otros objetivos como los relacionados al proceso de emancipación y autonomía del sujeto (Stanton y Todd, 1988). Para que esto sea posible, el terapeuta buscará establecer una alianza con ambos padres en la etapa inicial del tratamiento, facilitando de esta forma, hacer frente común y firme al consumo de droga. Para lograr que el consumo decline se deberá hacer especial énfasis en señalamiento de límites y reglas en el hogar (Marcos y Garrido, 2009).

Cabe destacar que, este modelo comparte con el anterior que muchas veces pacientes que manifiestan conductas adictivas, acarrear con ellos cuestiones fuertemente relacionadas a las dificultades asociadas al proceso de individuación. El consumo en estos sujetos aparece como aquel que- falsamente- lo sacará de este conflicto, “ser o no ser adulto”; “[...] mediante el consumo de drogas el adicto no está totalmente dentro ni totalmente fuera de la familia” (Marcos y Garrido, 2009, p. 248). El ser adulto, lleva a la persona a distanciarse de alguna forma de su casa y ser más independiente; lo que en muchos casos provoca un gran malestar para la familia. Stanton y Todd (1988) observan que determinados sujetos muestran un fuerte apego con su familia de origen aún después

de establecer una familia propia. Por esto desde este enfoque terapéutico se hará gran hincapié en que el sujeto que consume se sienta adulto (Castillo, Pérez y Rábago, 2018). Uno de los primeros objetivos de la terapia estructural-estratégica reside en favorecer el proceso de individuación; puesto que si la familia logra sobrellevar este proceso del ciclo vital de forma saludable, el consumo de drogas podría perder su significado relacional en la familia (Fernández, 2015).

A su vez, se hace necesario, abordar a la familia en su conjunto para poder conocer el problema a través de su visión; indagando sobre el ciclo adictivo familiar, las intervenciones terapéuticas que han fracasado, así como la estructura familiar y la crisis actual (Castillo, et al., 2018).

Por lo tanto, el abordaje desde el enfoque propuesto por Stanton y Todd, procura tomar aspectos relevantes de los modelos presentados por Minuchin, así como Haley y Madanes, para conseguir una mayor eficacia en el tratamiento con sujetos que llevan un uso problemático de SPA. De modo que, el trabajo apuntará a transformar la secuencia disfuncional de conductas que presentan las familias que solicitan tratamiento. Se buscará generar la crisis con el fin de producir un cambio beneficioso en relación a la estructura familiar. Se procurará consolidar una jerarquización de poder apropiada, sin coaliciones incongruentes y límites claros. Es importante en el tratamiento de adicciones, lograr que ambos padres trabajen en conjunto (Castillo, et al., 2018), ya que la alianza entre ellos es una estrategia que favorecerá significativamente el cambio (Stanton y Todd, 1988).

Al igual que los otros modelos, este también considera que la función del síntoma está en distraer a los miembros del sistema de aquellos conflictos interpersonales que podrían ser más amenazadores para la familia. En el caso del consumo adictivo en adolescentes, se considera que la influencia que puedan tener los pares es menor que la influencia que puede llegar a tener la familia, pero de todas formas, es importante que puedan participar del tratamiento otros sistemas implicados como pueden ser los amigos y otras personas cercanas (Stanton y Todd, 1988).

En conclusión, Stanton y Todd (1988), creadores del modelo estructural-estratégico, postulan que la naturaleza crónica de la adicción a las SPA puede ser entendida desde el punto de vista de los sistemas familiares. La drogadicción es comprendida como un mecanismo homeostático que permite regular las transacciones conyugales y familiares. Postulan que “[...] el ciclo adictivo forma parte de un patrón familiar que involucra un complejo sistema homeostático de mecanismos de retroalimentación entrelazados que

sirven para conservar la adicción y, en consecuencia, la estabilidad familiar general" (Stanton y Todd, 1988, p. 43).

8.4. Los modelos construccionistas, constructivistas y posestructuralistas

La **Perspectiva Narrativa** surge a partir del entretrejimiento de los desarrollos construccionistas, constructivistas y posestructuralistas que engendraron un nuevo paradigma para el entendimiento de la, diversa y compleja, subjetividad humana. La Terapia Narrativa se encuentra entre las terapias posmodernas; las cuales se adentran en los discursos compartidos para entender los sucesos familiares, y no tanto en la estructura y los patrones de interacción- como lo hacen los modelos anteriormente mencionados- para explicar las problemáticas emergentes. La misma fue creada por Michel White y David Epston a principios de los años 80, la cual se tornó sumamente relevante a la hora de trabajar con sujetos y familias con conductas adictivas.

Diaz Negrete et al. (2017) afirman que el sujeto: "[...] no es un receptor pasivo sino un constructor activo de realidad, un creador de sistemas de significado que dan sentido al mundo y a la experiencia" (p. 1542). Uno de los principales principios narrativos es que vamos atribuyéndole sentidos -que antes no tenían- a los diferentes fenómenos y acontecimientos. En definitiva, la propuesta de este modelo se basa en un nuevo proceso de acción y creación de sentido.

Desde estos planteamientos se entiende que determinadas narrativas podrían estar incidiendo en el sostenimiento de la conducta adictiva en un miembro del sistema familiar (Diaz Negrete et al., 2017). Por tanto, el cometido de la Terapia Narrativa se encuentra en procurar la resignificación y reconstrucción de aquellos significados dominantes (a nivel interpersonal, social y cultural) que probablemente hayan estado implicados en el origen- y el sostenimiento- de una adicción. Asimismo, la cualidad que plantean estos modelos, de creador activo de la propia realidad, es la misma que habilitará, a su vez, la posibilidad del corrimiento del lugar acotado de "adicto"; permitiendo así, una resignificación más amplia y no tan limitante de la identidad subjetiva.

Por consiguiente, la mitología familiar (red de narrativas compartidas que aloja las creencias, afectos, legados, rituales y polaridades semánticas) comienza a ser considerada un factor implícito que afecta profundamente la subjetividad y el padecimiento humano. A partir de estos desarrollos es que se comienza a prestar atención a los circuitos intersubjetivos de diálogo y co-construcción humana a la hora de intentar comprender las

problemáticas emergentes dentro de los sistemas familiares . Por consiguiente, la narrativa conversacional presente en el entramado familiar puede clasificarse como parte de un proceso mediante el cual las familias organizan y dan sentido a los sucesos familiares. Mediante este proceso se adjudican identidades, dinámicas relacionales y semánticas familiares, que configuran y sostienen versiones privilegiadas del sí-mismo dentro de un contexto determinado (Montesano, 2012).

En relación a lo desarrollado, Sluzki (1996 en Montesano, 2012), menciona que la conflictiva del *problema* reside en su descripción misma como tal; de modo que el motor del cambio estaría dado en la posibilidad de reescribir la narrativa que mantiene en pie la problemática vigente. Para que esto se vuelva posible, se torna pertinente el traslado del foco de atención hacia otras historias más ventajosas, resididas en los espacios virtuales de conversación, así como en las narrativas construidas (singulares y compartidas)- que permita la posibilidad de apertura hacia lo novedoso y ampliando el abanico de posibilidades de ser de los sujetos- transformando colectivamente los significados compartidos (Marcos y Garrido, 2009; Ortiz, 2008).

En definitiva, para estos modelos el lenguaje adquiere un protagonismo crucial, siendo que plantean posee un gran poder constitutivo a nivel identitario. Al tener la capacidad de anclar al sujeto en una representación limitante, así como de habilitar el florecimiento de futuros alternativos (Montesano, 2012). En suma, desde esta perspectiva, la tarea del terapeuta será la de propiciar un espacio comunicacional que posibilite un contexto de diálogo, menos patologizante (Marcos y Garrido, 2009), buscando que los sujetos tomen conciencia de los patrones interaccionales que sostienen a la adicción cómo síntoma funcional dentro de la dinámica familiar- y brindándoles el espacio para que puedan construir narrativas del orden de lo novedoso ligadas a la línea de lo vital.

8.4.1. Identidad Narrativa: la importancia de no etiquetar al sujeto como “adicto”

¿Cuántas veces hemos escuchado decir que alguien “es”: adicto, drogadicto, drogodependiente, toxicómano, etc? Al denominar a un sujeto como “adicto”, lo estamos anclando, limitando dentro de la etiqueta de un “diagnóstico”. Hablar en términos de *adicto* es estigmatizar y correr el riesgo de sesgar la complejidad abarcativa del sujeto, reduciéndolo a una mera patología. Sin lugar a dudas, más allá de su condición de adicto, el sujeto es un ser biopsicosocial atravesado por múltiples circunstancias; siendo la adicción simplemente una más de ellas.

La narrativa conversacional prevaleciente en algunos sistemas familiares, tienen la suficiente capacidad para anclar a alguno de los miembros en una determinada representación; la cual puede ocasionar gran sufrimiento, a la vez que impide una reconfiguración identitaria, semántica y de las dinámicas familiares (Riveros y Garzón, 2014).

Por tanto, una de las ideas primordiales de este enfoque está en diferenciar a la persona del problema mediante lo que ellos denominan un proceso de **externalización**. Si el problema se encuentra adherido a la identidad del sujeto, de forma simbiótica, dejar de ser el problema se convierte en un trabajo difícil. Luchar contra lo que uno es, sería extremadamente complicado; por tanto, separar el síntoma como parte central de la identidad se vuelve primordial para afrontar la problemática de la adicción (White y Epston, 1993). La externalización permite que, sin desconocer lo problemático, el foco esté orientado a la deconstrucción y reconfiguración de todas aquellas ideas y creencias de base que estén estigmatizando la identidad del sujeto como adicto. La externalización aparece como un proceso curativo, un antídoto contra el proceso patologizante- y rótulo negativo- que muchas veces pasa inadvertido (Tomm, 1994 en Montesano, 2012).

Uniendo la narrativa y la identidad, se puede hablar de una identidad narrativa, Anderson (1999) explica el “sí-mismo” como una autobiografía en desarrollo, la cual se va escribiendo construyendo y reconstruyendo constantemente. El sujeto es lector y escritor de su propia vida. A través de esta es que procuramos establecer un sentido a nuestra vida, por lo cual forjamos un relato coherente de ella y del mundo que nos rodea. Es en esta búsqueda de sentido que se van omitiendo y privilegiando determinados sucesos. El sujeto elige algunas de las narraciones como definitorias de sí mismo y es desde donde se va a apoyar la integridad de su self (Linares, 2012, p. 98). Por consiguiente, la identidad no tiene un valor absoluto (Páramo, 2008; Linares, 2012); por ende el cambio es posible.

Díaz (2007) expresa que el self surge del diálogo entre los individuos y las instituciones, por lo que éste en verdad es producto de narrativas fraccionadas; y se compone por múltiples voces.

Pero, ¿qué ocurre cuando el entorno y el mismo sujeto se cataloga de “adicto”? “La etiqueta diagnóstica se convierte así en una matriz de identidad, alrededor de la cual cristalizan papeles convencionales y expectativas congruentes” (Ugazio, 2001 p. 45). Cuando nos encontramos con un sujeto encapsulado en el etiquetado de “adicto” (por él mismo y por contexto) es importante tener presente, que las narraciones seleccionadas

como identitarias son relativas, lo que quiere decir que el sujeto podría reconocerse en otras narrativas (Linares, 2012), pero a veces es necesario recibir ayuda para reconocerlas. Cuando se logran visualizar aquellas narraciones que hasta el momento se encontraban subyacentes, se viabilizan nuevas identidades, que pueden ser favorecedoras y ayudar al sujeto a desvincularse con aquel lugar en el cual estaba inserto, sin perder de vista la importancia de abordar la problemática de base que ha ocasionado la conducta adictiva.

En relación a las narrativas familiares, Riveros y Garzón (2014), exponen que cuanto más rígida sea la narrativa privilegiada que da sentido a la adicción como problema, menos diverso será el self, no solo de quien porta el síntoma sino de la familia en general. Es así que un gran desafío de la terapia familiar es “generar procesos narrativos conversacionales posibilitadores de derivas semánticas y de relatos reconfigurantes del carácter diverso del self narrador y de las dinámicas relacionales asociadas al consumo de SPA” (p. 219). De esta forma la identidad podrá recobrar aquello que también la define, el cambio. Distar el centramiento del problema de la adicción permite actualizar versiones antiguas del sí-mismo posibilitando un estilo de vida más autónomo.

Por lo tanto, para lograr nuevas alternativas, la Terapia Narrativa propone 1) detectar las narrativas dominantes saturadas por el problema; 2) deconstruir aquellas narrativas dominantes relacionadas con el estilo de vida insatisfactorio, para luego 3) construir nuevas narrativas alternativas que contradigan al relato que dominaba opresivamente, de forma que, se recuperen dimensiones de competencia y satisfacción personal.

Siguiendo con esta idea, Riveros y Garzón (2014), siguiendo postulados de Ugazio (2001), explican que “el modo en que cada sujeto construye su realidad es coherente con la posición particular que el sujeto ocupa en su sistema de relaciones e interdependiente respecto a la posición de los otros miembros de la familia” (p. 219). Uno se “com-pone” con los otros miembros de la familia. Las autoras explican que cada organización psicopatológica se desarrolla dentro de un contexto familiar caracterizado por una polaridad semántica específica, como puede ser depender/independizarse, pertenencia/exclusión, éxito/fracaso, capacidad/incapacidad etc. El síntoma puede ser fruto de la intransitividad entre los diferentes niveles de significado.

Los planteamientos de Ugazio (2001), Garzón y Riveros (2009) dan cuenta de la manera cómo en la familia cada miembro ensambla su propia identidad con la de los otros miembros del grupo, haciendo interdependientes sus identidades y garantizando en la intersubjetividad el

mantenimiento de un sistema de relaciones en las que el consumo de SPA se constituye como problema. (Riveros y Garzón, 2014, p. 221)

Volviendo a lo planteado anteriormente respecto al rol primordial que tiene romper aquella ligazón rígida que une de forma inseparable a la persona del problema; Riveros y Garzón (2014) han observado que muchas familias cuando buscan ayuda e ingresan a un proceso terapéutico, se encuentran atrapadas en una narrativa saturada del problema. White y Epston (1993) hablan de que estas familias acuden a terapia porque sus historias “se quebraron” y ya no hay una diferencia clara entre la persona y el problema, y por tanto la identidad ha quedado restringida a las circunstancias problemáticas que se viven. Centrar la problemática en el consumo de drogas, la adicción y los discursos apuntados en esta, reduce la posibilidad de una actualización subjetiva; lo que limita el posible despliegue del carácter múltiple del self y las nuevas posibilidades de interacción. Un relato se vuelve problemático cuando se rigidiza, se cierra y se fija en el tiempo ya que reduce las posibilidades de ver o vivir otras realidades posibles. Por tanto es imprescindible tomar en cuenta que la vida de cada sujeto es mucho más que aquellos discursos reproducidos-detrás de estos subyacen historias alternativas, trabajarlas abrirán puertas a nuevas alternativas.

Retomando la externalización, Montesano (2012), establece que una forma de externalizar el problema se puede encontrar mediante la personificación del mismo. Esto conlleva ponerle nombre, dibujarlo, definirlo. A modo de ejemplo, el autor trae el caso de un joven que tenía problemas de adicción con la cocaína y el cannabis, el cual definía el problema como un impulso irrefrenable que le dirigía una y otra vez al mismo lugar. Éste lo llama Mr. Comecocos, y lo describe como: “Despreocupado, liante, malo, descontrolado”. “Mr. Comecocos pasa de todo, es un despreocupado que entra en mi vida para liarme y entrar en su mundo, me aísla. Es un mundo descontrolado y malo que rige él” (p.25) (Para ver mas ir al anexo). Al describirlo uno puede ver cómo el problema está influyendo en cada una de las esferas (conductual, emocional, física y relacional), otorgándole los efectos negativos que derivan del problema al personaje y atribuyendo lo positivo a la persona.

Así pues, generar una narrativa alternativa, consiste en encontrar puntos de entrada a la historia personal y familiar que posibiliten la construcción de nuevos significados que permitan sostener una identidad libre del problema y que potencien un sentido de agencia personal. Cuantos más acontecimientos extraordinarios sean detectados, el tejimiento de una nueva narrativa será más fácil. Para esto también es importante prestar atención en lo

no dicho, en lo ausente pero implícito, desde donde las narrativas se saturan y obstaculizan al sujeto. En definitiva, La Terapia Narrativa procura que los sujetos re-escriban su historia, provocando una “migración de identidad”, siendo también importante compartir, festejar, notificar, incluso declarar por escrito el cambio con otros significativos para el individuo (Montesano, 2012).

9. Evidencia científica

¿Por qué abordar desde un enfoque sistémico las adicciones? - Valoración de la eficacia de la terapia familiar sistémica respecto a la drogodependencia.

Dentro de la literatura se encuentran diversas investigaciones científicas realizadas sobre las diferentes terapias familiares, sin embargo evaluar la eficacia de cada una de ellas es una tarea compleja. En este tipo de estudios el aspecto metodológico se presenta como principal limitación, motivo por el cual no se ha podido encontrar evidencia científica de cada uno de los modelos expuestos. Sin embargo, a partir de la sistematización de trabajos realizados es posible demostrar que el abordaje familiar otorga grandes beneficios para el tratamiento de sujetos que llevan un consumo problemático de SPA. En la actualidad, los modelos basados en la familia están indiscutiblemente reconocidos entre los enfoques más eficaces para el tratamiento- de adultos y adolescentes- con problemas en relación a las SPA (Rowe, 2013). Las diversas investigaciones, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas realizada por diferentes autores -con el fin de evaluar la eficacia de las intervenciones familiares en el tratamiento con adolescentes y jóvenes que presentan adicciones- han logrado poner en manifiesto que los abordajes sistémicos consiguen establecer un mayor grado de compromiso, lo que favorece a la adherencia y permanencia a la terapia, propiciando mejores resultados (Stanton y Shadish, 1997; Ozechowski y Liddle, 2000; Becoña y Cortés, 2008; Lindstrom, Filges, y Jorgensen, 2015; Szapocznik, Muir, Duff, Schwartz y Brown, 2015).

Por otra parte, estudios exhaustivos realizados por diversos autores lograron develar que una vez culminado el tratamiento, el consumo se ve disminuido, mostrando más eficacia en comparación con otros enfoques (Ozechowski y Liddle, 2000; Santisteban et al., 2003; Hogue y Liddle, 2009; Tanner-Smith, Wilson, Lipsey, 2013, Robbins, et al., 2011a; Horigia et al., 2015; Szapocznik et al., 2015;) Sin embargo, otros estudios no pudieron establecer este mismo criterio; si bien el consumo se había visto disminuido, este no necesariamente había sido mayor que en otros tratamientos. De todas formas los autores expresan que los resultados no fueron suficientes para tomar conclusiones rigurosas al respecto (Lindstrom, Filges, y Jorgensen, 2015).

Otro punto fundamental está dado a nivel organizacional; las terapias familiares enmarcadas desde enfoques sistémicos han conseguido, en la mayoría de los casos, establecer un mejoramiento en el funcionamiento familiar. Los resultados indican que luego del proceso de intervención las familias se mostraron más flexibles, la comunicación fluida de forma más eficaz y los conflictos se vieron disminuidos. A su vez, múltiples autores relacionan la disminución del consumo de sustancias con los cambios producidos a nivel interaccional (Stanton y Shadish en 1997; Ozechowski y Liddle 2000; Becoña y Cortés, 2008; Robbins, et al., 2011a; Szapocznik, Schwartz, Muir, Brown, 2012; Horigia et al., 2015; Szapocznik et al., 2015). Es por esto que varios autores plantean la hipótesis de que la disminución en el consumo de SPA está ampliamente vinculada con el beneficios obtenido de la reestructuración del funcionamiento familiar (Robbins et al., 2011b; Horigia et al., 2015).

A partir de la búsqueda realizada; de lo que más se ha hallado evidencia científica es respecto a la Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT). Las investigaciones han conseguido poner en evidencia su eficacia (Szapocznik y Williams, 2000; Coatsworth, Santisteban, McBride y Szapocznik, 2001; Austin, Macgowan y Wagner, 2005; Thompson y Pomeroy, 2005), incluso en los casos más severos (Coatsworth et al., 2001). Además, se ha demostrado que los efectos logran persistir en el tiempo (Becoña y Cortés, 2008); si bien pueden darse recaídas la atención continua logra disminuirlas (Horigian et al., 2015b).

Por lo tanto, los estudios han podido demostrar que las familias que habían trabajado desde esta terapéutica se vieron beneficiadas con una mejoría significativa en su funcionamiento; lograron establecer dinámicas más funcionales, organizaciones más saludables; su nivel de comunicación había mejorado y sus herramientas de afrontación de problemas eran más eficaces (Foote, Szapocznik, Kurtines, Perez-Vidal y Hervis, 1989; Santisteban et al., 2003). En la investigación realizada por Santisteban et al. (2003) se expresa que los mejores resultados fueron reportados en familias donde el grado de desestructuración era mayor antes de comenzar el proceso. A partir de esto, concluyen que el abordaje desde este modelo sería especialmente aconsejable en aquellos casos donde el consumo podría estar ocasionado por la presencia de conductas disfuncionales.

Los cambios generados a nivel intrafamiliar permitieron que el consumo problemático de SPA se redujera (Stanton y Shadish, 1997; Ozechowski y Liddle, 2000; Szapocznik y Williams, 2000; Becoña y Cortés, 2008). Los hallazgos permiten suponer que al tratarse ahora de familias más funcionales, que cuentan con un repertorio más amplio de estrategias

eficaces para la afrontación de los diversos aconteceres, el síntoma ya no encuentra motivo para ser expresado. Al momento de comenzar el tratamiento, la adicción era el síntoma manifiesto de la familia que encubría problemas interaccionales, y su rol estaba en desviar la atención de aquellas problemáticas que podrían llevar a un desequilibrio del sistema; procurando de esta forma- inapropiada- la homeostasis. Lo hallado permite de una forma aproximada (aún) afirmar la hipótesis de que la adicción podría ser un síntoma emergente de una problemática familiar, fruto de un inadecuado funcionamiento que al ser abordado adecuadamente, permitirá que el “verdadero problema” deje de estar enmascarado detrás de una adicción y posibilite resolver los sucesos de una forma saludable.

Asimismo, otro factor que se debe tener en cuenta a la hora de analizar los resultados de las investigaciones, es el del terapeuta y su formación, ya que estas condiciones podrían incidir enormemente el tratamiento. Muchas veces los terapeutas habían sido escogidos al azar, hecho que puede impactar de diversas formas la eficacia y así los resultados del tratamiento (Robbins et al., 2015b). Por ejemplo, en una investigación realizada por Lebensohn-Chialvo, Rohrbaugh y Hasler (2019) donde la fidelidad se vio generalmente baja se decidió revisar los casos de forma cualitativamente con la finalidad de evaluar los motivos. A raíz de esta investigación se encontró una gran cantidad de fallas en la aplicación del tratamiento, lo que pudo haber socavado la eficacia de la intervención.

No obstante, todas las investigaciones comparten la idea de que existen muchas lagunas a nivel científico; por lo que se necesitan más estudios para llegar a conclusiones que permitan afirmar cuáles serían los tratamientos más apropiados para abordar las problemáticas relacionadas al consumo de SPA. Por tanto, se hace necesario seguir desarrollando investigaciones que sigan rigurosos parámetros metodológicos, con muestras más amplias, con poblaciones más heterogéneas, que permitan validar la eficacia de los diferentes tratamientos existentes para el abordaje del consumo de droga (Robbins et al., 2011a; Tanner-Smith et al., 2013; Horigian et al., 2015; Lindstrom et al., 2015). Sin embargo, no cabe duda que la familia tiene una incidencia importante dentro de la etiología de la adicción y en su mantenimiento; por lo que su implicación debe ocupar un lugar importante en el tratamiento (Pedroza Molina, Taborda Mazo, y Varela Chacón, 2020).

Sin embargo, existe otro punto central que nunca debe ser perdido de vista. La adicción es un fenómeno con múltiples aristas, por lo que debe ser abordado desde diferentes dimensiones. Las terapias familiares se ocupan de los contextos sociales, en el que tanto el individuo como la familia están incorporados (Lindstrom et al., 2015). Debido a la complejidad del fenómeno de la adicción, se hace necesario una “lectura multidimensional y

multifactorial, visibilizando la singularidad de los individuos y las familias, los aspectos identitarios, la búsqueda de autonomía e independencia, separando el consumo de sustancias psicoactivas de la persona y promoviendo otras formas de intervención” (Pedroza Molina et al., 2020, p. 56). A esta altura, ya es indiscutible que el consumo de drogas es producto de múltiples factores que interactúan con el individuo. También queda en evidencia que el funcionamiento familiar se encuentra significativamente enlazado con el comportamiento adictivo- manteniendo un corrosivo y, a menudo, multigeneracional ciclo de adicción y problemas afines. En definitiva se ha demostrado que el consumo de drogas y las relaciones e interacciones familiares están íntimamente relacionadas (Rowe, 2013).

10. Reflexiones finales

A modo de conclusión, el trabajo realizado ha procurado analizar las diferentes dinámicas familiares que puedan influir en el desarrollo de una conducta adictiva. La sistematización de información recabada permitió advertir que existe una vasta correlación, entre las formas disfuncionales de organización de una familia, y las posibilidades de desarrollar una conducta adictiva como síntoma emergente de dicha problemática. A partir del análisis de los modelos estudiados, es observable, que más allá de sus diferencias, existe una gran similitud entre ellos que permite pensar que cada uno de los desarrollos han venido a aportar algo novedoso para el entendimiento de la subjetividad humana, los sucesos familiares y sus padecimientos. Sin lugar a dudas, no son modelos opuestos, contradictorios o adversos; sino que por el contrario pueden ser aliados y en su conjunto ofrecer una mirada más holística para la reflexión de la subjetividad humana. Así pues, el entretrejimiento de los diferentes modelos brinda una lectura más completa y compleja de los hechos; así como de los motivos de la emergencia de una adicción como síntoma en un miembro de la familia.

En esta misma línea, al Stanton y Todd optar por desarrollar un modelo llamado “estructural- estratégico”, ya adelantan la gran similitud que pueda existir entre estos modelos. En definitiva, los modelos estructurales estratégicos, proponen un abordaje principalmente centrado en la organización familiar para lograr que el sistema consiga atravesar, y ganar herramientas, para el afrontamiento de diversas problemáticas. Cuando se presenta un caso relacionado a adicciones se torna especialmente importante descubrir las formas en la que la familia se organiza y se relaciona; debido a que se entiende que su disfuncionalidad podrían estar estrechamente implicadas en la causa de la manifestación del síntoma. Por esto se hará fundamental trabajar las jerarquías que se encuentran en

disputa, las estrategias- eficaces como ineficaces- que las familias ponen en acción, los subsistemas y cómo están planteados los límites (intrafamiliares y extrafamiliares). Asimismo, también es importante tener en cuenta el ciclo vital que está atravesando la familia, ya que la adolescencia juega un papel crucial y la emancipación de los hijos es un proceso que puede afectar a todos los miembros del sistema. Abordar el tratamiento teniendo en cuenta todas estas cuestiones habilitará nuevas realidades. Mediante el proceso de cuestionamiento y cambios a nivel interaccional, estructural, cognitivo y afectivo, se podrá alcanzar una reorganización más funcional del sistema, que permitirá que la adicción como síntoma se resignifique y perezca.

Por lo general familias que llegan manifestando una problemática como la de la adicción, suelen traer con ellas una demanda paradójica; *pretenden cambiar sin cambiarse*. Estas desean que el síntoma manifiesto se disuelva, pero no quieren cambiar las formas de relacionarse. Sin embargo, para que se habilite el cambio en un sujeto, es necesario que surja un cambio en su contexto. En definitiva, la evaluación de la estructura familiar será de gran utilidad, ya que sirve para generar hipótesis diagnósticas en relación a la etiología y mantenimiento del comportamiento sintomático y su función dentro de un determinado sistema familiar. El síntoma viene a cumplir una función homeostática; en la mayoría de los casos surge con el cometido de desviar la atención de otros problemas presentes en el sistema. Este puede ser producido colectivamente en busca de regular el equilibrio familiar (Stanton y Todd, 1988; Vidal, 2001; Marcos y Garrido, 2009; Fernandez, 2015; Castillo et al., 2018) por lo que se puede entender que cada integrante tiene una cuota de responsabilidad en el desarrollo del síntoma (Ortiz, 2008).

Sumado a lo planteado, la Terapia Narrativa, ha demostrado que si bien los problemas surgen en el espacio entre sujetos, un síntoma no sólo puede ser explicado en relación a la estructura y patrones interaccionales, sino que los significados compartidos también tienen un valor particularmente crucial en la etiología y mantenimiento de la adicción como síntoma. Por esta razón, es sumamente importante, describir los problemas de formas diferentes, remover el foco de atención, apuntando a transformar colectivamente los significados compartidos. Desde aquí el lenguaje comienza a tomar gran protagonismo. Es con él y a través de él, que la realidad podrá cobrar otros sentidos; es a partir externalización del problema que se permitirá que, tanto el sujeto como su familia, adopten nuevas narrativas, habilitando la gestación de novedosas configuraciones que a su vez permitan la disolución final de la conducta sintomática.

Otro punto de gran relevancia, que tienen en común los distintos modelos desarrollados, es que al ser parte de modelos sistémicos, nunca pierden de vista que el sujeto es un ser en construcción que se encuentra en constante interacción e intercambio de información con su contexto histórico, cultural y social. Por lo que comprender la existencia de la multiplicidad de factores de riesgo (neurobiológicos, económicos, psicológicos, sociales y culturales) que pueden incidir en la gestación de una conducta adictiva- de modo integral y no excluyente- se vuelve primordial para hacer posible su abordaje.

En suma, se puede decir que todos los modelos son eficaces a la hora de trabajar conductas adictivas. Sin embargo, el trabajo del terapeuta está en ser lo suficientemente sabio para poder entrelazar de forma funcional las múltiples herramientas ofrecidas por los diversos desarrollos teóricos. Es importante lograr integrar los diferentes conocimientos que fueron surgiendo en el avance de la historia, con el fin de dar con el tratamiento más idóneo para cada caso en particular. Escuchar las necesidades de cada familia se torna particularmente importante, ya que es a partir de sus necesidades que se irá construyendo el tratamiento más adecuado. Si bien el trabajo terapéutico se suele apoyar en una teoría; el carácter dinámico y flexible también es un punto clave para el éxito del tratamiento. Trayendo a colación los postulados de Haley (1991):

A medida que aumenta la destreza de los terapeutas, las metas del tratamiento se van formulando con más precisión y las técnicas terapéuticas se tornan más eficientes. El hecho de comprender que no hay un único método terapéutico adecuado para todos los adolescentes con problemas introdujo un cambio fundamental; cada individuo está en un contexto que le es singular, y la terapia debe ser suficientemente flexible como para adaptarse a las necesidades de la situación particular. (p.40)

Por ende, acotarse a un único modelo, sería disminuir el potencial que podría llegar a tener un tratamiento. Fernández (2015) sostiene 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” (p. 137); es por esta misma razón que se hace necesario y provechoso adaptar el tratamiento a la realidad singular de una familia.

Siguiendo con lo planteado, si bien, en dicho trabajo, se han desarrollado algunos modelos enmarcados dentro de los modelos orientados a la resolución de problemas de forma breve, focalizada y práctica, en un futuro trabajo sería interesante trabajar en la posibilidad de entrelazarlos con las propuestas desarrolladas por los **modelos**

intergeneracionales. Desde estos modelos la emergencia del síntoma se explica mediante posibles procesos proyectivos familiares compartidos. El síntoma no siempre encontraría su origen en la generación presente, sino que, pueden surgir de conflictos pasados no resueltos y/o a pérdidas familiares significativas (Marcos y Garrido, 2009). Marcos (2010) apuesta que la presencia de pérdidas significativas no resueltas en el momento apropiado, podrían afectar, en el futuro, a un sistema familiar. Es por este motivo, que desde este paradigma, se plantea como objetivo central la posibilidad de resolver los conflictos y las pérdidas de la familia de origen procurando establecer nuevas formas de relacionarse. Cirillo et al (1999) plantearon que los padres de los “toxicodependientes” transmiten de forma intergeneracional una cultura afectiva y relacional aprendida en su relación con sus propios padres “[...] cargadas de vicisitudes carenciales y traumáticas, pero impensables como tales, no elaboradas e inexpressadas, que es un grave obstáculo para una adecuada asunción del rol paternal” (p. 61). En definitiva, podría ser oportuno indagar respecto a aquellas problemáticas que yacen en tiempos pasados, debido a que estas podrían estar repercutiendo en la dinámica familiar, apareciendo estrechamente vinculadas con la problemática actual manifiesta.

Antes de finalizar, y trayendo a colación los postulados del paradigma del Aprendizaje Social, y del Paradigma de Riesgos y Daños- desde donde se postula que el porcentaje de sujetos que consiguen la abstinencia es una minoría- se podría poner en cuestión la necesidad de lograr una abstinencia absoluta, tal y como lo plantean Stanton y Todd (1988), a la hora de poner en marcha el tratamiento. Sabemos que el problema no reside específicamente en el consumo de una sustancia en sí, sino más precisamente en el uso abusivo y/o nocivo que de la misma se da. Por consiguiente, sería adecuado indagar más sobre esta cuestión; de modo que se consigan desarrollar nuevas estrategias que permitan una mayor eficacia en el trabajo de la mayor cantidad de casos posibles.

A raíz de lo postulado a lo largo del trabajo, es que se entiende la importancia de disminuir el consumo- sin la necesidad de prohibirlo por completo-; de forma que la atención pueda dejar de estar fijado únicamente en el consumo, lo que abrirá paso para el abordaje de la problemática de base- que de algún modo se entiende sostiene y engendra la problemática del consumo.

A modo de cierre, es menester seguir indagando respecto a las diferentes terapias existentes para el afrontamiento de las adicciones. Será pertinente generar nuevas investigaciones que permitan dilucidar los grandes beneficios que se desprenden de los tratamientos familiares sistémicos. A medida que se vayan realizando nuevas

investigaciones y se planteen nuevos modelos, será pertinente considerarlos en su conjunto, poniéndolos en cuestión y evaluando su posible articulación. De esta forma, se aspirará a construir un abanico cada vez más amplio, enriquecedor y complejo de herramientas que permitan una comprensión más adecuada de la etiología, así como, del mantenimiento de una adicción, de modo que se logren desarrollar tratamientos cada vez más eficaces para el abordaje de las adicciones a SPA.

En otro orden de ideas- por más que exceda los objetivos específicos de este trabajo- resulta pertinente remarcar la importancia de también poner especial atención en el trabajo de la prevención- desde un primer nivel de atención de salud. De modo de descentrarse del monopolio de los abordajes asistencialistas- cuyos planes de acción se encuentran únicamente enfocados en el trabajo de cuidados paliativos y de las problemáticas del sujeto una vez ya consolidadas- para adquirir a su vez, un abordaje más alineado a lo preventivo y a la detección precoz de las problemáticas tanto como a la promoción de hábitos saludables- que habilite, a su vez, la anticipación al consumo problemático de SPA.

Referencias bibliográficas

- Anderson, H. (1999). *Conversación lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno en la terapia.* Recuperado de: https://www.academia.edu/24557473/Anderson_Harlene_Conversacion_Lenguaje_y_Posibilidades_LIBRO
- Apud, I. y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16 (2), 115-125. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>
- Anselmo, C., García, J., Guarneros., H. y Rodríguez., A., K. (2015) *Terapia Estratégica de Jay Haley.* Trabajo Final. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Recuperado de: https://www.academia.edu/16788098/HALEY_TERAPIA_FAMILIAR
- Arias, J. A., Fernandez Labriola, R., Kalina, E. y Pierini, C. D. (1990). *La familia del adicto y otros temas.* Buenos Aires: Nueva visión SAIC.
- Austin, A. M., Macgowan, M. J., y Wagner, E. F. (2005). Effective Family-Based Interventions for Adolescents With Substance Use Problems: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 15(2), 67–83. doi: [10.1177/1049731504271606](https://doi.org/10.1177/1049731504271606)
- Barreto Bedoya, P., Perez Prada, M., Roa Robayo, G., López, A., y Rubiano Díaz, G. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: estado actual. *Revista Investigación En Salud Universidad De Boyacá*, 2(1), 31-50. doi: [10.24267/23897325.128](https://doi.org/10.24267/23897325.128)
- Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (Coords.). (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en Adicciones.* Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/260882943_Guia_clinica_de_intervencion_psicologica_en_adicciones
- Becoña Iglesias, E., y Cortés Tomás, M. (Coords.). (2010). *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.* Recuperado de: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12830/Manual%20de%20>

[adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011%20\(1\).pdf?sequence=1](https://elibro.net/es/ereader/ucu/47621)

Belart, A. (2008). *El ciclo de la vida: una visión sistémica de la familia*. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/ucu/47621>

Bruner (1996) en Díaz Negrete, D. B., García Gutiérrez de Velasco, S. E., y Fernández Cáceres, C. (2017). Terapia narrativa, una alternativa para el tratamiento del uso de drogas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1539-1569

Cancrini, L. (1991). *Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Castillo, G., Pérez, L., y Rábago, M. (2018). Adicciones desde un enfoque de terapia sistémica familiar: aportaciones del modelo de Stanton y Todd. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. México. 21. 03. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83174>

Centro Nacional de Reeducción Social (1995). Curso de Capacitación y Estadía de Entrenamiento en Servicio para Personal Sociosanitario de los Drogodependencia, Material Bibliográfico del Módulo III: Aspectos Psicológicos

Chaparro Manosalvas, M, E. (2015). *Indicadores de la disfunción familiar que influyen en el autoestima de las adolescentes embarazadas de 14 a 19 años de la sala "A" del Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora*. Informe final del trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica. Carrera de Psicología Clínica. Quito: UCE. 89 p. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7164>

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., y Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós

Cócola, F. (2018). Funcionamiento familiar y abordaje de los Trastornos por el Uso de Sustancias: una revisión sistémica y una necesidad de actualización. *Revista REDES*, (38). Recuperado de: <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/249>

- Coatsworth, J. D., Santisteban, D. A., McBride, C. K. y Szapocznik, J. (2001). Brief Strategic Family Therapy versus Community Control: engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom. *Family Process*, 40, 313-332. doi: [10.1111/j.1545-5300.2001.4030100313.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2001.4030100313.x)
- Cohen, J (2010). Cambios de la familia occidental y desafíos actuales. En Cohen, J y Peluso, L. (Coord.), *Familias y sistemas* (p. 9-20) Montevideo: Psicolibros.
- Diaz Negrete, D. B., García Gutiérrez de Velasco, S. E., y Fernández Cáceres, C. (2017). Terapia narrativa, una alternativa para el tratamiento del uso de drogas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1539-1569. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70118>
- Díaz, R. (2007). El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista. *Círculo de Psicoterapia Cognitivo Constructivista*, 7(2), 1-12. Recuperado de: <http://www.cipra.cl/documentos/NarrativaPsicoterapiaConstructivistaConstruccionista-DiazOlquin.pdf>
- Escohotado, A. (1995). *Aprendiendo de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Recuperado de: <https://www.edu.xunta.gal/centros/iesmontecastelo/system/files/Antonio+Escohotado+-+Aprendiendo+de+las+drogas.pdf>
- Espinal, I., Gimeno, A., y González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*, 14(4), 21-34. Recuperado de: http://www.observatoriosocial.com.ar/images/articulos/Material_de_Consulta/El_Enfoque_Sistemico.pdf
- Fernández, M (2015) *Modelo de Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género para la Atención de las Adicciones y la Violencia Familiar*. Tesis de maestría. Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia. Ciudad de México, México. Recuperado de: <https://www.ilef.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/ILEF-TESIS-2015D.pdf>
- Fernández, S., y Lapetina, A. (2008). Contacto: Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el Primer Nivel de Atención en Salud y otros contextos clínicos y comunitarios. *Frontera*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de :

http://archivo.mides.gub.uy/innovaportal/file/27351/1/guia_contacto_fernandez_lapetina.pdf

Foote, F. H., Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Perez-Vidal, A., y Hervis, O. K. (1985). One-person family therapy: a modality of brief strategic family therapy. *NIDA research monograph*, 58, 51–65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3929126/>

García (2015) en Apud, I. y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16 (2), 115-125. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>

González Tornaría, M. L., Wagner, A., y Saraiva Junges, L. A. (2015). *La colaboración entre familias y escuelas. Una guía para docentes*. Montevideo: Grupo Magro Editores.

Haley (1991) *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson/ Jay Haley*. Buenos Aires: Amorrortu

Haley (1987) en Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Recuperado de: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBROEnfoquesenterapiafamiliarisist%C3%A9mica.pdf

Hogue, A. y Liddle, HA (2009). TFamily-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy. Revista de terapia familiar*, 31 (2), 126-154. doi: [10.1111 / j.1467-6427.2009.00459.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2009.00459.x)

Horigian, V. E., Feaster, D. J., Robbins, M. S., Brincks, A. M., Ucha, J., Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., Bachrach, K., ... Szapocznik, J. (2015). A cross-sectional assessment of the long term effects of brief strategic family therapy for adolescent substance use. *The American journal on addictions*, 24(7), 637–645. doi: [10.1111/ajad.12278](https://doi.org/10.1111/ajad.12278)

Juan, L. C. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Recuperado de: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/33512090/introduccion_-_sistemica-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1629294561&Signature=RUT0zwul9B~7C8xG8n5rr-GXMsgIcycORT~QucWJ~jSZEJx~spOf0PPUABDzP9cAayMWwS9VtORm1cET1KK-JYvEqn~-fne3zp~RHIFOkppHEH3ZPHdJ23E71hinFwBMNG7ubp1uS26UJbQH~WDuCF7ncBXeggLRC8hGSZHU-LHj391brADi-QOib7DoGoCKnEiuhxJBGpWNEmJ2dZiu2hcC8K

[cVeGfgzCT5guznb8hKsglidP5U~8JqmoeTvzclPO5y6xDjp5VJFrih7KY-jW8UfKEecM
dJQ8pzzqEgzLvBhw96Mef~0baPaDvKUWgZGu2qME3Di2iQ5ZggnJkVYA__&Key-P
air-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/infodrogas-infomacion-menos-riesgos#dropdown)

Junta Nacional de Drogas (2020) Infodrogas. *Más información, menos riesgos*. Recuperado de:

<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/infodrogas-infomacion-menos-riesgos#dropdown>

Lebensohn-Chialvo, F., Rohrbaugh, M. J., y Hasler, B. P. (2018). Fidelity Failures in Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: A Clinical Analysis. *Family Process*. doi: [10.1111/famp.12366](https://doi.org/10.1111/famp.12366)

Linares (2012) Terapia Familiar Ultramoderna. La inteligencia terapéutica. Recuperado de: <https://psicologiasantacruz.com/wp-content/uploads/2018/08/TERAPIA-FAMILIAR-ULTRAMODERNA-Juan-Luis-Linares.pdf>

Lindstrom, M., Filges, T., y Jorgensen, A.-M. K. (2014). Brief Strategic Family Therapy for Young People in Treatment for Drug Use. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 61–80. doi: [10.1177/1049731514530003](https://doi.org/10.1177/1049731514530003)

Levin, L. (2011). La construcción de la adicción como problema de conocimiento neurobiológico y las perspectivas de tratamientos. Una crítica al modelo médico hegemónico. *Redes*, 17(32), 95-132. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/907/90722371004.pdf>

Madanes (1984) en Anselmo, C., García, J., Guarneros., H. y Rodríguez., A., K. (2015) *Terapia Estratégica de Jay Haley*. Trabajo Final. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Recuperado de: https://www.academia.edu/16788098/HALEY_TERAPIA_FAMILIAR

Marcos Sierra, J. A., y Garrido Fernández, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología*, 27 (2-3), 339-362. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/151>

Marcos Sierra, J. A. (2010). *Evaluación de la eficacia de un programa de psicoterapia multifamiliar con equipo reflexivo en adictos a opiáceos en tratamiento con*

- metadona*. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Sevilla, Sevilla. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11441/16000>
- Masterson (1975) en Arias, J. A., Fernandez Labriola, R., Kalina, E., Pierini, C. D. (1990). *La familia del adicto y otros temas*. Buenos Aires: Nueva visión SAIC.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de psicoterapia* , 89 (13), 5-50. doi: [10.33898 / rdp.v23i89.638](https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.638)
- Minuchin, S. y Fishman J., L. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Recuperado de: <https://ns1.clea.edu.mx/biblioteca/files/original/042d5ead5802c0aa81b54a43364df0d4.pdf>
- Narcóticos Anónimos (1991) en Lorenzo, G. (2012). *La adicción es una enfermedad física, mental y espiritual. Concepción de enfermedad y tratamiento de sujetos bajo consumo problemático de cocaína*. *Gazeta de Antropología*, 28 (2), artículo 09. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/22925>
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Recuperado de: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBROEnfoquesenterapiafamiliarisist%C3%A9mica.pdf
- Ortiz, D. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Recuperado de: <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/6096>
- Ozechowski, T., J. y Liddle, H., A. (2000). Family-Based Therapy for Adolescent Drug Abuse: Knowns and Unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 269-298. Family-based treatments for adolescent. doi: [10.1023/A:1026429205294](https://doi.org/10.1023/A:1026429205294)
- Palacios Ajuria, L. en Sirvent, C. M., Rodríguez-Díaz, F.J. (2009). *Drogodependencias: sociología, evaluación y proceso*.. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/271511735_Drogodependencia_sociologia_evaluacion_proceso_Drug_dependence_sociology_evaluation_and_process

- Páramo, P. (2008). La construcción psicosocial de la identidad y del self. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (3), 539-550. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80511493010.pdf>
- Pedroza Molina, D. Y., Taborda Mazo, D. P., y Varela Chacón, J. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de la terapia familiar. *Poiésis* (39), pp. 53-74. doi: [10.21501/16920945.3752](https://doi.org/10.21501/16920945.3752)
- Ramírez Fernández, A. L. (2019). *Terapia sistémica familiar y su eficacia como herramienta en el abordaje de los trastornos por uso de sustancias* (Doctoral dissertation, Universidad de San Carlos de Guatemala). Recuperado de: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/id/eprint/13071>
- Real Academia Española (2020). Diccionario. *Familia*. Recuperado de: <https://dle.rae.es/familia?m=form>
- Rivas, S. G. (2013). *Enfoque sistémico: una introducción a la psicoterapia familiar*. Recuperado de: https://www.academia.edu/37729816/Enfoque_sist%C3%A9mico_una_introducci%C3%B3n_a_la_terapia_familiar_sist%C3%A9mica_Salvador_Garibay_Rivas
- Riveros, M.C. y Garzón, D.I. (2014). Terapia familiar en problemas de adicción: narrativa conversacional y reconfiguración de identidades. *Revista latinoamericana de Estudios de Familia*, 6, 211-223. Recuperado de: http://190.15.17.25/revlatinofamilia/downloads/Rlef6_12.pdf
- Robbins, M. S., Feaster, D. J., Horigian, V. E., Rohrbaugh, M., Shoham, V., Bachrach, K., ... Szapocznik, J. (2011a). Brief strategic family therapy versus treatment as usual: Results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 713–727. doi: [10.1037/a0025477](https://doi.org/10.1037/a0025477)
- Robbins, M. S., Feaster, D. J., Horigian, V. E., Puccinelli, M. J., Henderson, C., y Szapocznik, J. (2011b). *Therapist adherence in brief strategic family therapy for adolescent drug abusers*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 43–53. doi: [10.1037/a0022146](https://doi.org/10.1037/a0022146)

- Rojas, J.,L. (2013). *Reestructuración familiar, a través de la intervención psicoterapéutica sistémico familiar estructural en el estado psíquico de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual*. Tesis de maestría. Universidad Central del Ecuador. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1265>
- Rowe, C. (2013). Terapia familiar para el consumo de drogas: revisión y actualizaciones 2003-2010. *Revista de Toxicomanías y Salud Mental*.(70),24-44. Recuperado de: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret70_3.pdf
- Seldin (1972) en Cocola, F. (2018). Funcionamiento familiar y abordaje de los Trastornos por el Uso de Sustancias: una revisión sistémica y una necesidad de actualización. *Revista REDES*, (38). Recuperado de: <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/249>
- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A., y Szapocznik, J. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 17(1), 121–133. doi:[10.1037/0893-3200.17.1.121](https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.1.121)
- Schreck, H. (2018) *Soltar las muletas: de lo no dicho a lo no escuchado de las drogas y la adicción*. Montevideo, Uruguay. Psicolibros Waslala.
- Serebrinsky, H. y Rodríguez, S., (2014). *Diagnósticos Sistémicos. El diagnóstico de los sistemas humanos*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro.
- Sluzki (1996) en Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de psicoterapia* , 89 (13), 5-50. doi: [10.33898 / rdp.v23i89.638](https://doi.org/10.33898 / rdp.v23i89.638)
- Suárez, P., Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista Psicoespacios*, 12(20): 173- 198, doi: [10.25057/issn.2145-2776](https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776)
- Stanton, M., D. y Todd, T. (1988) *Terapia Familiar del abuso y la adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.

- Szapocznik, J., Hervis, O. E., y Schwartz, S. (2003). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse (NIH Publication No. 03-4751). *NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. doi: [10.1080/105754](https://doi.org/10.1080/105754)
- Szapocznik, J., Muir, JA, Duff, JH, Schwartz, SJ y Brown, CH (2015). Szapocznik, J., Muir, J. A., Duff, J. H., Schwartz, S. J., y Brown, C. H. (2013). Brief Strategic Family Therapy: Implementing evidence-based models in community settings. *Psychotherapy Research*, 25(1), 121–133. doi: [10.1080/10503307.2013.856044](https://doi.org/10.1080/10503307.2013.856044)
- Szapocznik, J., Schwartz, S.J., Muir, J.A. y Brown, C.H. (2012). Brief strategic family therapy: An intervention to reduce adolescent risk behavior. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(2), 134–145. doi: [10.1037/a0029002](https://doi.org/10.1037/a0029002)
- Szapocznik, J., y Williams, R. A. (2000). Brief strategic family therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical child and family psychology review*, 3(2), 117-134. doi: [10.1023/a:1009512719808](https://doi.org/10.1023/a:1009512719808)
- Tanner-Smith, E. E, Wilson, S. J., y Lipsey, M., W (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(2), 145-158. doi: [10.1016/j.jsat.2012.05.006](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.05.006)
- Thompson, S. J., Pomeroy, E. C., y Gober, K. (2005). Family-Based Treatment Models Targeting Substance Use and High-Risk Behaviors Among Adolescents. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2(1-2), 207–233. doi: [10.1300/J394v02n01_12](https://doi.org/10.1300/J394v02n01_12)
- Tomm (1994) en Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de psicoterapia* , 89 (13), 5-50. doi: [10.33898 / rdp.v23i89.638](https://doi.org/10.33898 / rdp.v23i89.638)
- Ugazio, V. (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas*. Madrid, España: Paidós.
- Viaplana, G., Muñoz Cano, DE., Compañ Felipe, V., y Montesano del Campo, A. (2016). El modelo sistémico en la intervención familiar. *Barcelona, España: Universidad de Barcelona*. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemico_Enero2016.pdf

Vidal, R. (2001) *Conflicto psíquico y estructura familiar: Sistemas abiertos*. Montevideo: Psicolibros.

White, M. y Epston, D. (1993) *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires. Paidós.

Anexo

Material extraído de Montesano (2012)

Ejemplos de metodologías para de externalizar el problema:

- Personificación del problema: Puesta de nombre y definición

Terapeuta: ¿Cómo definirías ese impulso que no puedes frenar?

Carlos: pues... no se... como eso, un impulso, no lo sé. Pues que me llama y no puedo dejar de escucharlo... es una mierda... luego me arrepiento.

Terapeuta: entiendo... ¿Entonces quieres decir que de alguna manera hay una voz que te invita a seguir ese camino que siempre te lleva al mismo sitio?

Carlos: Sí, algo así. Pero cuando escucho esa voz... es que no escucho otra sabes, se me va la pinza.

Terapeuta: ¿Y cómo llamarías tú a esta especie de voz?

Carlos: no te entiendo ¿Que cómo se llama?

Terapeuta: Sí, para que podamos entendernos tú y yo, si fuese una persona y tuvieras que ponerle un nombre ¿Cómo la llamarías?

Carlos: Pues... no sé (pausa.) La verdad que te come la olla. Si fuese una persona se llamaría Mr. Comecocos.

Terapeuta: (risas) ¡Qué bueno! Parece que Mr. Comecocos es un auténtico experto en convencerte de que hagas cosas que no quieres.

Carlos: Ya te digo ¡Menudo listillo!

- Dibujarlo y describir sus características

“Despreocupado, liante, malo, descontrolado”. “Mr. Comecocos pasa de todo, es un despreocupado que entra en mi vida para liarme y entrar en su mundo, me aísla. Es un mundo descontrolado y malo que rige él.”

Figura 2. Dibujo de externalización



Figura 3. Presente, pasado y futuro de la relación con Mr. Comecocos



Al finalizar la terapia se espera que el paciente haya logrado una “migración de identidad”. Para darle solvencia, se entrega un documento metafórico, donde se certifica y reafirma este cambio. Se llama “Rito de pasaje” o “Rito de paso”, y algunos ejemplos son las cartas, documentos y declaraciones personales. A modo de ejemplo:

Certificado:



La **celebración** de los cambios a través de rituales, también son utilizadas como herramientas eficaces y enriquecedoras a la hora de darle cierre al proceso terapéutico. Tales se encuentran marcadas por un gran valor cultural simbólico. Montesano (2012) trae a modo de ejemplo el caso de Bruno, un joven 23 años de edad que tenía una larga historia de consumo de cocaína, el cual comenzó cuando era un adolescente pre púber, donde para dar el cierre final a la terapia se realizó una carta. Al comenzar el proceso terapéutico mostraba una gran interés en abandonar ese estilo de vida y comenzamos un trabajo terapéutico individual y familiar. Al principio del tratamiento la familia aparentaba estar dividida con respecto al problema. El padre culpaba por dicho problema y no mostraba gran interés en ayudarlo. En cambio la madre, trataba de compensar la actitud del padre, sobreprotegiendo al hijo. En definitiva, Bruno actuaba sin que nadie le pudiera poner un

límite. Tras unas sesiones conjuntas los padres consiguieron alinearse y ayudar a Bruno poniéndole límites, ofreciéndole a su vez contención en los momentos de mayor dificultad. Al aproximarse la finalización de la terapia, si bien Bruno había conseguido la abstinencia y un cambio significativo, la familia lo seguía señalando como “chico problemático” que en verdad no había cambiado, sino había aprendido a controlarse más. Hecho que bloqueaba la consolidación de la historia alternativa de Bruno. El equipo terapéutico piensa en una estrategia particular para ayudar a la familia a completar la migración de identidad transmitiendo el siguiente mensaje para facilitar la etapa de reincorporación del rito de pasaje:

Estimada familia, hemos estado luchando conjuntamente durante once largos meses contra una fiera salvaje, un león, que había destrozado las cualidades tan fascinantes que posee vuestro hijo y que son un reflejo de los valores que vosotros como padres le habéis sabido transmitir. Entendemos que la fiereza del león resulta muy amenazante para vosotros por todas las cosas que habéis tenido que pasar. Sin embargo creemos con total firmeza que Bruno ha sabido dar caza a la fiera salvaje y ha terminado con el peligro que antes acechaba constantemente. Seguro que habéis escuchado la historia de los Masais en África. Los niños de esta tribu llegados a una edad deben cazar un león para demostrar su valor como guerreros. Para ello deben adentrarse en la selva y seguir el rastro de un macho hasta darle caza. Una vez que vuelve a la tribu, se realiza una gran celebración a partir de la cual el niño deja de serlo para siempre y pasa a ser un hombre más de la tribu. Pues pensamos que eso es justo lo que ha sucedido en vuestra familia. Bruno, no sin la ayuda de vuestras enseñanzas, ha conseguido matar al León, y está deseoso de volver a casa para ser un hombre más de vuestra tribu. Es por eso que creemos que es injusto para todos vosotros no celebrar vuestra victoria y que os privéis de disfrutar del fin de la guerra, por mucho que en la selva haya más leones. Así que os animamos encarecidamente a que celebréis vuestra victoria con todas aquellas personas que significan algo para vosotros sin escatimar en gestos que expresen el amor que sabemos que os procesáis los unos a los otros. Habéis matado al León, es tiempo para celebraciones ¿Cómo podríais empezar?

Montesano (2012) expresa que luego de ser compartido el mensaje y tras una breve pausa el padre y el hijo se levantaron dubitativamente de sus sillas y se dieron un abrazo que llevaba esperando casi una década. Seis meses después en la sesión de seguimiento nos contaron que aún seguían celebrando el logro,