



# **Terapia Familiar**

## **MANUAL**

### **DE APOYO AL TERAPEUTA**

**CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, AC**  
**DIRECCIÓN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN**  
**VIGENTE A 2016**

## ***Directorio***

***Dr. Jesús Kumate Rodríguez***

Presidente Honorario Vitalicio del Patronato Nacional

***Dr. Roberto Tapia Conyer***

Presidente del Patronato Nacional

***Sra. Kena Moreno***

Fundadora de CIJ y Vicepresidenta B Vitalicia del Patronato Nacional

***Lic. Carmen Fernández Cáceres***

Directora General de Centros de Integración Juvenil

***Lic. Iván Rubén Rétiz Márquez***

Director General Adjunto de Administración

***Dr. José Ángel Prado García***

Director General Adjunto de Operación y Patronatos

***Dr. Ricardo Sánchez Huesca***

Director General Adjunto Normativo

***Dra. Laura M. León León***

Directora de Tratamiento y Rehabilitación

**Coordinación**

Dra. Laura M. León León

**Actualización:** Lic. Virginia Ortiz González  
Mtro. Eugenio Hinojosa Céspedes

Elaboración: Mtro. Harry René Pereyra Christiansen

Revisión: Mtra. Laura Soubran Ortega  
Subdirectora de Consulta Externa

Lic. Graciela F. Alpízar Ramírez  
Jefa del Departamento Centros de Día

Mtro. Otto Berdiel Rodríguez  
Jefe del Departamento de Consulta Externa

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	5
ANTECEDENTES	9
LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO	11
MODELOS Y ESCUELAS DE TERAPIA FAMILIAR	13
TERAPIA ESTRATÉGICA	15
TERAPIA DE MRI DE PALO ALTO	19
ESCUELA DE MILÁN	22
TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES	25
TERAPIA ESTRUCTURAL	28
TERAPIA ESTRATÉGICA - ESTRUCTURAL	35
INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS CON ENFOQUE ESTRUCTURAL - ESTRATÉGICO	41
INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS DEL GRUPO DE MILÁN	56
RECONTRATACIÓN	58
SEGUIMIENTO	59
BIBLIOGRAFÍA	61

## INTRODUCCIÓN

La familia de la persona que consume drogas posee un registro histórico del proceso que se requirió para consolidar la adicción. “Escuchar” a los miembros de la familia es de vital importancia para llegar a una comprensión contextual de las fuentes emocionales primarias que participaron en la gestación del consumo. Otro aspecto relevante de la adicción es su “capacidad de mutación”, es decir, su presencia en cada entorno familiar posee un significado específico para la misma, es decir, para cada familia el impacto de la adicción es diferente y esta diferencia guarda una estrecha relación con su historia emocional. Así, la “capacidad de mutación” obedece a que los contextos sociales siempre están inmersos en procesos de cambio.

Los contextos no son estáticos constituyen sistemas de interacción y la familia, que es uno de ellos, de manera paralela está contenida dentro de un sistema mucho más amplio: lo social.

El acercamiento al problema adictivo deja ver un sufrimiento directamente relacionado y producido por la conducta de los consumidores sobre los demás miembros del grupo familiar. La familia se presenta con dolor y percibiéndose a sí misma como víctima de esta situación.

Una característica común de la demanda clínica es que las personas consumidoras aceptan un tratamiento tratando de responder más a la presión que en ocasiones se manifiesta en coacciones y amenazas de los familiares; en otras por el remordimiento y los sentimientos de culpa ante el daño que están ocasionando a sus seres queridos, que realmente por tratar de responder a una motivación propiamente sentida como la necesidad de cambio. Esa característica podrá traducirse a lo largo de la intervención en fracasos repetidos y en una persistente y dolorosa sensación de impotencia ante el problema de consumo.

CIJ estima que la participación y el involucramiento efectivo de la familia dentro del tratamiento para abandonar el consumo de drogas, son prioritarios debido a que el consumidor pertenece a un contexto social y emocional cuya fuente primaria está representada por la familia.

En la experiencia clínica se constata de manera reiterada como la teoría sistémica se vuelve una realidad. Se pueden observar individuos en procesos francos de recuperación, acumulando meses de abstinencia que de pronto sin una causa “objetiva” o aparente, recaen.

El consumo de drogas al tornarse en un problema para la familia hace que enferme también por lo que requiere de intervención, ésta se desarrollada de acuerdo con diferentes modelos, identificados dentro de la primera y segunda cibernética. El manual que se presenta contiene algunas de las diferentes escuelas de la terapia familiar de primer orden, entre ellas la estructural, estructural-estratégica y la de Milán.

El manual inicia con un marco teórico, que aborda el modelo biopsicosocial, constructivismo, la cibernética, la teoría de los sistemas y la teoría de la comunicación en el tratamiento de la familia, se mencionan antecedentes importantes de la terapia familiar desde la cibernética de primer orden y segundo orden, así como de las principales escuelas o modelos, correspondientes a la 1era. Cibernética y para finalizar se presentan ejemplos de cómo se pueden desarrollar diversas intervenciones terapéuticas con un enfoque estructural – estratégico y con la escuela de Milán.

Respecto a las escuelas de segundo orden de la cibernética o bien llamadas las terapias del posmodernismo sólo se mencionan y serán materia para un segundo manual.

Desde la primera cibernética, la mirada del entorno familiar, requiere de una comprensión clara sobre la búsqueda homeostática que cada familia pugna por recuperar, aunque está homeostasis no sea sinónimo de funcionalidad; sin la observancia de las coaliciones y las relaciones trianguladas, etcétera, no parece posible poder contribuir a erradicar la adicción y promover el crecimiento familiar, para que pueda arribar hacia otros estadios de su ciclo vital.

## MARCO TEÓRICO

### MODELO BIOPSIICOSOCIAL

El modelo biopsicosocial surge como una necesidad de cambio, cuando la atención clínica se centró sólo en el aspecto médico sin considerar elementos presentes de lo humano, visión aplicada en la concepción de la enfermedad e intervención de la misma. En donde el/la paciente no puede ser reducido a su enfermedad y la enfermedad no puede ser llevada únicamente al campo de la fisiopatología.

El modelo biopsicosocial se compone de los siguientes elementos<sup>1</sup>:

**Multidimensional y multicausal:** Los fenómenos se consideran dentro de una complejidad donde no pueden tener una causa única, sino que responden a muchos factores de muy diversa índole, donde a su vez estos factores múltiples no son homogéneos en su composición sino de naturaleza multidimensional en sí mismos.

**Multidisciplina-interdisciplina:** Las intervenciones desde este modelo es por medio de la construcción de estrategias interdisciplinarias que puedan producir estructuras para dialogar con problemáticas y fenómenos complejos.

**Proceso salud-enfermedad:** no se considera a la salud como la ausencia de lo patológico. Se piensa la salud-enfermedad como un proceso continuo. Se trata de elementos que interactúan desde diferentes grados de relación del sujeto con el medio y con él mismo, siempre en constante cambio.

**Sujeto–objeto:** Desde esta visión la subjetividad del observador es parte innegable del proceso que se desea investigar, ya que el observador también usará su historia, su bagaje cultural e ideológico y su marco teórico para observar, para definir el problema, para diagnosticar, en definitiva para intervenir.

**Indeterminación e incertidumbre:** Si pensamos que la causalidad de un fenómeno es múltiple, donde no existe una linealidad entre causa-efecto, sino que esto se da de manera compleja, es necesario tomar en cuenta que no podremos tener un control total para predecir las variables y los efectos de los eventos.

**Modelo centrado en el paciente:** El modelo advierte de la necesidad de incorporar al paciente como sujeto del proceso asistencial. Se da importancia de integrar la narrativa del paciente, escuchar lo que dice sobre su dolencia o padecimiento. Se trata de considerar el proceso de enfermar en relación a la subjetividad.

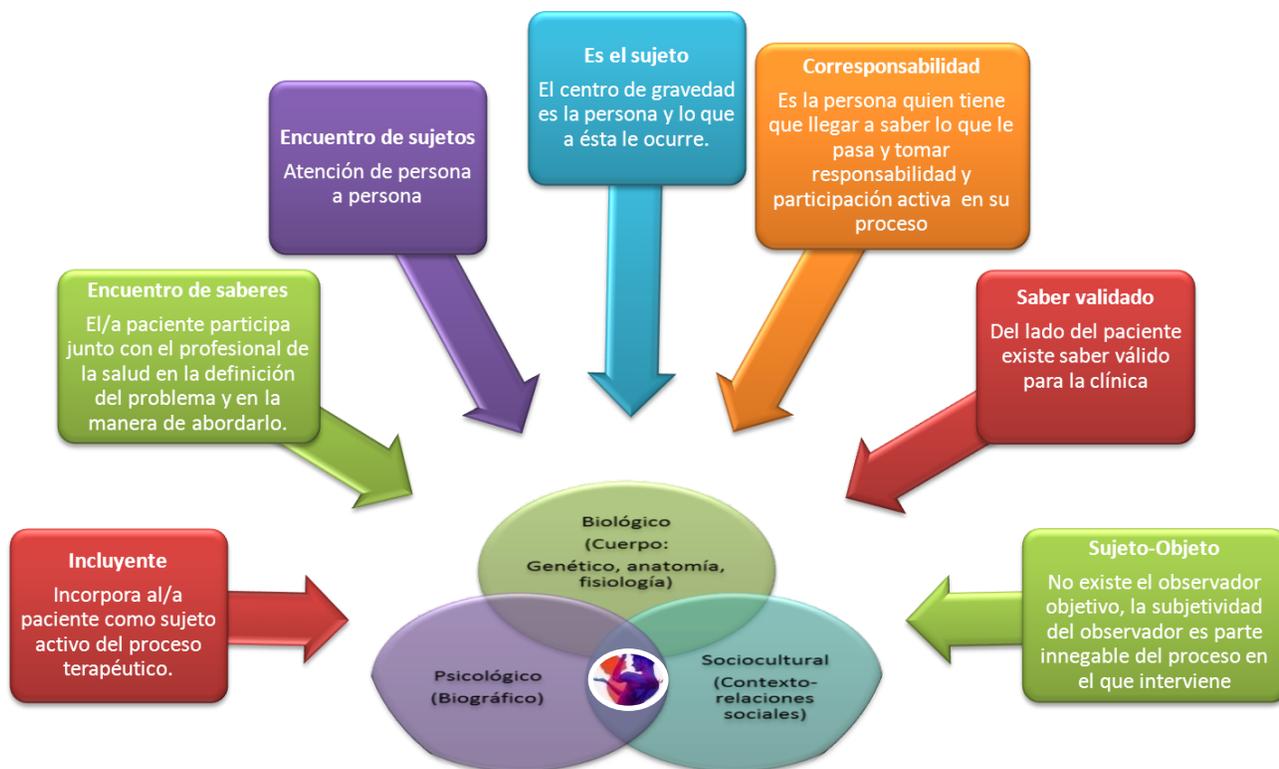
**Relación médico-paciente:** Se considera un elemento central en la evolución de una enfermedad. El/la paciente participa junto con el profesional de la salud en la definición del problema. El/la profesional interviene constantemente de forma explícita o no en el/la paciente, desde sus conocimientos, sus prejuicios, sus propios padecimientos, su forma de relacionarse, etc. Por lo tanto las intervenciones no se realizan sólo desde el aspecto profesional del que asiste sino también pasa por el campo de su subjetividad.

**Diagnóstico contextualizado:** desde los encuentros iniciales se tomará al paciente como un sujeto, inserto en relaciones dinámicas con su medio y con su propio psiquismo. Entran en escena diversos factores para considerar, todos relacionados con la vida del/la paciente, la historia, su medio social, político, económico, etc. Y a partir de esta diversidad de dimensiones, que atraviesan el sujeto, se tomarán los elementos propios para poder esbozar cada caso en particular.

**Tratamiento:** Se le tomará como un proceso donde el/la paciente tiene la autonomía y responsabilidad para participar, construir y tomar decisiones sobre tal proceso, es decir, lo implica y se realizará en sintonía con los procesos sociales del contexto en el que el/la paciente se encuentre.

---

<sup>1</sup> Huerta y Cols. Guía de Intervención Clínica para la Terapia Grupal. México: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Tratamiento, Subdirección de Consulta Externa. México. 2014.



**Figura 1. Modelo Biopsicosocial.**

Por lo tanto el Modelo Biopsicosocial aborda los problemas relativos de salud, tomando en cuenta las relaciones multidimensionales en la organización humana, que va desde lo biológico (molecular), psicológico (pensamientos) y lo social (contexto). Lo que lleva a identificar que la experiencia personal y el entorno social de una persona son aspectos sumamente importantes para la elaboración de un diagnóstico integral y personalizado para favorecer intervenciones significativas y eficaces.

#### **EL MODELO BIOPSICOSOCIAL EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES**

Desde la perspectiva biopsicosocial la dependencia a sustancias adictivas, se expresa simultáneamente en diferentes niveles de funcionamiento de las personas, que pasan por lo celular, los pensamientos, emociones, la familia, la sociedad y la cultura.

El Modelo Biopsicosocial proporciona un marco de referencia holístico para entender como el fenómeno de la adicción afecta a las personas en las dimensiones biológica, psicológica y social, enfatizando que la relación entre estas dimensiones es recíproca, por lo que cualquier cambio que ocurra en alguna de ellas, afecta a las demás.

A continuación se describe en forma breve, las metas que se pretende alcanzar en cada una de las dimensiones que aborda el modelo biopsicosocial<sup>2</sup>:

La dimensión biológica busca entender y atender los efectos fisiopatológicos derivados del consumo agudo y/o crónico de sustancias psicoactivas; para así tratar de restablecer la función normal, disminuir los efectos patógenos o detener el avance de los mismos cuando este es irreversible, en todos los tejidos, órganos y sistemas de la economía corporal; así como el coadyuvar en el manejo y disminución del síndrome de

<sup>2</sup> Op. Cit., Huerta y Cols. P. 18.

abstinencia proporcionando de acuerdo a las necesidades y características específicas de cada persona, el apoyo médico pertinente.

La dimensión psicológica busca trabajar la problemática psicológica asociada al consumo de sustancias psicoactivas a través de diversas intervenciones y técnicas, mismas que buscan incidir en el comportamiento de las personas (actitudes, creencias, emociones y conductas auto-destructivas), a través de un tratamiento individual, grupal y familiar.

La dimensión social propone una serie de estrategias que consisten en ayudar a el/la paciente a fortalecer sus habilidades personales en el ámbito social, laboral, escolar y recreativo, de modo tal que pueda sentirse satisfecha/o y exitosa/o en su entorno de pertenencia (Anthony, 1979; en Acuña, 1999). Para tal propósito, la Rehabilitación y Reinserción Social están diseñadas para ofrecer la recuperación del funcionamiento Bio-Psico-Social de un individuo, al mejor nivel posible a través de procedimientos de aprendizaje y apoyo social.

Bajo este marco de referencia, las modalidades de tratamiento; Consulta Externa Básica y Centro de Día junto con los servicios que se otorgan, tienen como objetivos primordiales:

- ✓ Suprimir o reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas;
- ✓ Incrementar el bienestar físico, psicológico y social promoviendo estilos de vida saludable y libre de consumo de drogas.

A manera de conclusión en el modelo biopsicosocial, la adicción es considerada como una intrincada y compleja interacción entre factores biológicos (funcionamiento del organismo), psicológicos (emociones y motivaciones de las personas) y sociales (sistema social en el cual interactúa la persona) .Por lo que la oferta de servicio debe ser integral, es decir encaminada a tratar cada una de las áreas.

Bajo el entramado de esta mirada compleja CIJ considera la participación activa de la familia dentro del tratamiento para favorecer la disminución o abandono del consumo de drogas del/la paciente, lo cual es fundamental para obtener resultados exitosos. La familia es la fuente primaria del contexto social y emocional de la persona que presenta problemas por el consumo de sustancias psicoactivas.

## **ENFOQUE SISTÉMICO EN LA TERAPIA FAMILIAR**

El enfoque sistémico es la aplicación de la teoría general de los sistemas en cualquier disciplina. En un sentido amplio, la teoría general de los sistemas se presenta como una forma científica y sistemática de aproximación y representación de la realidad, orientada hacia el trabajo interdisciplinario. Este enfoque se fundamenta epistemológicamente en la Teoría General de Sistemas y en la cibernética.

En 1936, Bertalanffy menciona que la teoría de los sistemas debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales. Siendo esta teoría un conjunto de principios relativos al funcionamiento y estructura de órganos y entidades complejas como reglas de interacción, ordenamientos y procesos reguladores<sup>3</sup>.

La teoría general de los sistemas se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, en donde se concibe el todo como algo que trasciende a la suma de las partes, destacando la importancia de la interdependencia entre cada integrante o miembro del sistema, es decir que los fenómenos y elementos se abordan como parte de un todo e interactúan de forma integral, lo cual genera nuevas cualidades con características diferentes y en donde los resultados son superiores al de los elementos que lo conformaron originalmente.

Desde esta teoría un sistema se define como un conjunto de elementos (subsistemas) en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de uno que forma parte de él. Siendo un

---

<sup>3</sup> Cibanal, L. Introducción a la sistémica y terapia familiar. Ed. Club Universitario. España. 2006.

sistema cerrado cuando no intercambia materia, energía y/o información con su medio ambiente y sistema abierto si intercambia materia, energía y/o información, por lo tanto es modificado por ello y a su vez modifica el entorno<sup>4</sup>.

A continuación se presentan algunos postulados que retoman las y los terapeutas sistémicos al momento de realizar psicoterapia:

Totalidad no es la suma de las partes. Las pautas de interacción y funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos que los constituyen.

Circularidad o retroalimentación: indica que las pautas de causalidad son circulares en el sentido que "B" refuerza retroactivamente la manifestación de "A" es decir todos los elementos influyen sobre los demás y a su vez son influidos por estos.

Equifinalidad: significa que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, lo importante aquí es la naturaleza de la organización. Sin embargo, diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas "causas".

Isomorfismo: se refiere a la proyección de dos estructuras complejas pueden proyectar una sobre otra de tal forma que cada parte de una estructura o familia, existe una parte equivalente en la otra familia o estructura.<sup>5</sup>

**El estudio de la Cibernética** se puede apreciar en dos momentos diferentes: primera y segunda cibernética, en la primera se enfoca en la homeostasis de un sistema, asumiendo que un sistema puede ser operado desde fuera, porque comprende a sus elementos como una realidad independiente del observador, por lo tanto, con la capacidad de ser manipulados por éste y la segunda, integra al observador en todo acto de lo observado, es decir se realiza la reflexión sobre el propio acto de observar.<sup>6</sup>

Algunos conceptos que los/as terapeutas familiares retoman de esta teoría son:

- Feedback: En un sistema, las acciones de cada uno de los miembros se convierte relativamente constantes mediante la autorregulación.
- Homeostasis: Se refiere al mantenimiento de la organización del sistema a través de feedback negativo.
- Morfogénesis: Proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante feedback positivo. Ejemplo: los miembros de la familia apoyan que uno de los hijos vaya a estudiar a otro país, acción que fomenta mayor independencia en la familia.

El proceso de conformación de la terapia sistémica ha sido de manera gradual; construyendo un trabajo arduo al retomar y conectar diversas disciplinas que dieran cuenta de los sistemas familiares, sociales y sistemas humanos, cuyo principal propósito es crear técnicas para la provocación de cambios en los sistemas reguladores disfuncionales.

---

<sup>4</sup> Becoña, I.E. y Cortés, T.M. *Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones: Terapias Centrada en la familia*. Sociodrogalcohol, 2010.

<sup>5</sup> Fernández, C. Modelo de terapia familiar Multidimensional con perspectiva de Género. Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección General. México. 2006.

<sup>6</sup> *op. cit.*, Becoña, I.E. y Cortés, T.M., p. 5.

## ANTECEDENTES

### LA TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar se puede concebir como un enfoque de tratamiento de los problemas humanos por medio de la reunión de los miembros de la familia, para ayudarlos a elaborar los conflictos en su origen. Así como comprender la conducta humana conformada por un contexto social. La terapia familia reconoce a los hombres y a las mujeres como parte de un todo más amplio – como subsistemas, aunque subsistemas significativos, de sistemas mayores (Minuchin, 1993).

Al revisar algunos de los textos acerca del desarrollo de la terapia familiar sistémica, se puede entender que esta disciplina no surgió como una práctica terapéutica en la psicología clínica, sino que surge al interior de la práctica psiquiátrica, lo que explica el por qué la gran mayoría de los pioneros en terapia familiar tenían formación psiquiátrica de bases psicoanalíticas (Gómez Mont, A.F. 1980; Hoffman, L. 1987<sup>7</sup>, Ochoa, A. I. 1995<sup>8</sup>; Sánchez, R.L.M. 2003<sup>9</sup>).

La Teoría General de los Sistemas, propuesta por el biólogo Ludwing Von Bertalanffy en 1947, la Cibernética y otras aportaciones de la *Teoría de la Comunicación Humana*. Han logrado una gran influencia en el impulso y desarrollo del campo de la terapia familiar.

El proceso de conformación de la terapia familiar fue gradual; construyendo un trabajo arduo al retomar y conectar diversas disciplinas que dieran cuenta de los sistemas sociales y por ende de los sistemas humanos. Es en el año de 1957<sup>10</sup>, durante el Congreso de la Asociación Ortopsiquiátrica en E.U.A, que la Terapia Familiar se define como tal, se considera como la fecha oficial de su bautizo. En dicho evento el Psiq. Murray Bowen presentó los estudios realizados con pacientes esquizofrénicos y sus familias en la clínica Menninger; dos meses después el Psiq. Nathan Ackerman presenta sus trabajos con familia a la *American Psychiatric Association* (Macías, 1988)<sup>11</sup>.

A finales de los años 50 y durante la década de los 60, se recogen las primeras cosechas de la ardua labor de años anteriores, teniendo como corolario, los estudios sobre comunicación realizados por el grupo Bateson: “La Teoría del Doble Vínculo en la Esquizofrenia” (1956), la Fundación del *Mental Research Institute* (MRI), en Palo Alto Cal., por Don D, Jackson , Gregory Bateson, Haley, uno de los primeros centros con un programa de formación en terapia familiar desde otra “mirada epistemológica”. Parte de esta cosecha son los centros e institutos de formación e investigación en terapia familiar principalmente en el territorio de la Unión Americana, por mencionar algunos tenemos: el Instituto de la Familia en Nueva York en 1960 con Nathan W. Ackerman como su fundador; el Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, en Filadelfia con A. Schafren, Borzormengy-Nagy, G. Spark, J. Framo y G. Zuk al frente de él; en esta misma área se ubica la Clínica de Orientación Infantil a cargo de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, quienes realizan un trabajo muy importante con familias de escasos recursos e inmigrantes latinos, también manifestó gran interés en el estudio de las familias que inducen problemas psicosomáticos como anorexia a partir de lo cual desarrollan el enfoque Estructural; Jay Haley en colaboración con Cloé Madanes funda el Instituto de Terapia Familiar de Washington, delineando lo que se conoce como el modelo Estratégico. El grupo de Milán (1967 -1979) se inició con Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, formado la escuela de Milán. Otro modelo que forma parte de la escuela estratégica es el modelo encabezado por De Shazer (1982) conocido como Modelo de terapia centrada en Soluciones, integrando aportaciones de Milton Erickson y de las escuelas de terapia breve y de la narrativa. Las escuelas antes mencionadas forman parte de la cibernética de primer orden, desarrollándose bajo postulados teóricos dentro de los cuales se consideran, la circularidad, la estructura, los sistemas abiertos, los sistemas cerrados y la retroalimentación, principalmente.

<sup>7</sup> Hoffman, L. Fundamentos de Terapia Familiar. Editorial F.C.E. Cap. III. 1984.

<sup>8</sup> Ochoa, A. I. Enfoques de Terapia Familiar Sistémica. Editorial Herder. Barcelona, España. 1995.

<sup>9</sup> Sánchez, R. L. Aspectos Históricos y Enfoques de la Terapia Familiar. Editorial Universidad del Valle, Colombia. 2003.

<sup>10</sup> Molina, V. B. Génesis, Desarrollo y Práctica de la Terapia Familiar. En Hospital Mental de Antioquía, Boletín Informativo N° 1, pp. 20-36. 1982.

<sup>11</sup> Macías, R. Notas para la Historia de la Terapia Familiar en México. Revista de Psicoterapia y Familia. Vol. 1 N° 1, pp. 18-25. 1988

En un segundo momento importante de la terapia familia, se gestaron cambios filosóficos con la aparición del posmodernismo impactando en la psicología y la psicoterapia. En donde se considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta; denominada como “Cibernética de 2do. Orden o de los sistemas observantes”, acompañada de diversos postulados que guían su práctica clínica<sup>12</sup>.

El posmodernismo es considerado un movimiento filosófico, que cuestiona la naturaleza del conocimiento y señala las limitaciones de la epistemología positivista para el estudiar y comprender la experiencia humana<sup>13</sup>.

Menciona Anderson (1997) que el posmodernismo es más una crítica, que una época en sí, considerándolo un movimiento filosófico que se sustenta en distintas propuestas, como las de Mihail Bakhtin, Jaques Derrida, Michel Foucault, Jean – Francois Lyotard, Richard Rorty y Ludwig Wittgenstein<sup>14</sup>.

Crítica las verdades fundamentales y se describe como una teoría lingüística en la cual el contexto social no puede ser abordado desde un sistema objetivo<sup>15</sup>. Y es desde lo social y a través del lenguaje que se construye el conocimiento, siendo que el lenguaje ocupa un lugar central en la crítica posmoderna.

Esta nueva forma de ver el mundo y sus relaciones ha tenido gran impacto en las disciplinas sociales, en la psicología y en la psicoterapia. Ya que el pensamiento posmoderno se mueve hacia el conocimiento como una práctica discursiva, hacia una pluralidad de narrativas que son más locales, contextuales y fluidas, se mueve hacia una gran cantidad de enfoques para el análisis acerca del conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, el Self y el poder, enfatizando la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza que da origen al lenguaje<sup>16</sup>.

El postmodernismo se interesa por observar como el lenguaje, el poder, los aspectos sociales y la historia permean nuestras visiones acerca de la realidad, la verdad y el conocimiento, proporcionando a la terapia familiar una nueva orientación sociocultural.

La práctica de esta filosofía tiende a ver a la familia como un sistema abierto influido por muchos sistemas sociales y otorga mayor reconocimiento del lenguaje en la terapia, así como incluir a acción social, la crítica cultural y social son parte del proceso terapéutico.

Es el caso de Michael White, David Epton y Lynn Hoffman quienes influenciaron para que se incluyera una perspectiva sociopolítica de la terapia, señalando la necesidad de la acción social como el principio del cambio en las narrativas dominantes, generadas por la opresión social y cultural.

Los terapeutas que han incorporado el posmodernismo a su práctica clínica usan una gran variedad de técnicas, sin embargo el foco principal es el cambio de significados y comprensiones, más que el cambio de conductas, sentimientos, o pensamientos. El/la terapeuta se interesa en los significados que son creados por las historias que rodean a las conductas, a los sentimientos y los pensamientos.

Las aproximaciones posmodernas a la terapia familiar están muy vinculadas con los modelos que se basan en el construccionismo social y se conocen por diferentes nombres, el modelo presentado por Michael White y David Epton ha sido llamado Terapia Narrativa; el modelo de Goolishian y Anderson, aproximación Colaborativa a Sistemas Lingüísticos, las ideas de Lynn Hoffman han sido nombradas Construccionismo Social y Tom Andersen es conocido por la terapia de Equipo Reflexivo.

---

<sup>12</sup> Sánchez, D. G. Terapia Familiar: modelos y técnicas. Editorial El Manual Moderno. México. 2004.

<sup>13</sup> Límon A.G. Terapias Postmodernas. Ed. Pax México. 2005.

<sup>14</sup> Tarragona, S.M. Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones (México). Psicología Conductual. 14 (3): 511 -532. 2006.

<sup>15</sup> Op.cit. Límon, A.G. p. 1.

<sup>16</sup> Tarragona, S.M., p. 513.

Ante esta nueva forma de hacer terapia familiar, los terapeutas consideran que es importante facilitar las conversaciones terapéuticas, en las que el terapeuta intenta, de manera activa, aprender acerca de las perspectivas y comprensiones del cliente. Siendo los problemas tal como son formulados por los clientes son el foco de atención en terapia. La postura terapéutica está caracterizada por la colaboración, el no saber, la curiosidad y la reflexión, lo cual aplica para cualquier aproximación posmoderna dentro de la terapia familiar.

Esta nueva forma de hacer terapia con una visión crítica y bien conocida como posmodernismo se podrá apreciar de manera más clara en el segundo volumen de este material, próximamente.

## LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

La terapia familiar con perspectiva de género en los años 90's, se inclinó hacia el modelo post- Milán, que es colaborativo, respetuoso e interesado en el significado y la ecología familiar.

Por lo que la terapia familiar con perspectiva de género busca liberar a los clientes masculinos y femeninos de limitaciones destructivas e innecesarias que surgen de una estructura social opresiva, para lo cual el terapeuta identifica de qué forma los roles de género y estereotipos afectan a cada miembro de la familia así como a sus relaciones con la familia, la sociedad y el/la terapeuta<sup>17</sup>.

Un señalamiento que hace este movimiento hacia los terapeutas familiares, es que tienden a ubicar la disfunción familiar en forma interpersonal, sin tomar en cuenta los patrones claros de patología que se estereotipan a través de la familia y fallan al no comprender la relación que existe entre éstos, el contexto social y la disfunción familiar.

Como parte de la intervención terapéutica con este modelo, se busca que los padres que no se involucran con la paternidad, se estimule para que se corresponsabilicen, no porque las madres sean incapaces en su maternidad, sino porque es una compromiso compartido.

El este modelo postula que los valores deberían ser reorganizados por los terapeutas familiares, en congruencia con las actuales generaciones y épocas. Ayuda al terapeuta a ver sus actitudes en una especie de espejo, a observarse a sí mismo y su vida, fuera del consultorio; permite reexaminar y a evaluar los valores (integridad, libertad y dignidad) y las estructuras del contexto social, para ser perpetuados o cambiados de acuerdo a las necesidades de la familia y respetando los fundamentos epistemológicos de la terapia familiar.



<sup>17</sup> Sánchez, D.G. Terapia Familiar: modelos y técnicas. Editorial El Manual Moderno. México. 2004.

Una de las aportaciones importantes de este modelo es la consideración de la coexistencia de diversos tipos de familias en la sociedad actual, las cuales tienen el mismo valor, aunque se modifique su estructura o dinámica:

- **La estructura familiar:** puede estar formada por una pareja (heterosexual u homosexual, por un padre (madre) soltero/a, con la familia extensa u hogares reconstruidos.
- **Igualdad de recursos y responsabilidades:** Se menciona que las tareas (no los roles) pueden ser aprendidas y cumplidas tanto por el hombre como por la mujer.
- **Jerarquía y salud:** Proponen la existencia de una adecuada diferenciación y establecimiento de límites generacionales entre los individuos y el subsistema familiar.
- **Identificar lo personal, lo interpersonal y lo político** analizando lo aprendido sobre lo femenino y masculino para compararlo con los intereses, necesidades y habilidades actuales.
- **Necesidades individuales y familiares:** El terapeuta familiar tiene la tarea de apoyar el cambio de estructura y redistribución de funciones, cuando las necesidades individuales y familiares entren en conflicto.

Desde el enfoque feminista (1990 -1999), la terapia familiar cuenta con una serie de puntos que guían al/a la terapeuta:

- ✓ Identificar los mensajes y constructos sociales que condicionan las conductas y los roles, según el sexo.
- ✓ Reconocer las limitaciones reales del acceso femenino a los recursos sociales y económicos, de manera que el terapeuta se abstenga de culpar a la víctima o mujer por causar o tolerar abusos físicos o psicológicos, y renuncie a incitarla a emprender precipitadamente acciones que la dejarán sola.
- ✓ Darse cuenta de la presencia de pensamientos o ideas sexistas que restringen las opciones de las mujeres para dirigir su propia vida.
- ✓ Reconocer que la mujer ha sido socializada para asumir la responsabilidad de mantener la estabilidad emocional de la familia.
- ✓ Reconocer el dilema y conflicto que implica para la mujer, el tener y criar hijos en nuestra sociedad, donde se le antepone este rol a cualquier otra aspiración.
- ✓ Darse cuenta de los patrones que dividen a la mujer en la familia.
- ✓ Reconocer que ninguna intervención está libre de género y que tendrá un significado diferente y específico para cada caso.

## **IMPLICACIONES E IMPACTO DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INTERVENCIÓN.**

Refiriéndonos al género, durante las primeras sesiones con la familia, se debe de realizar un examen detallado por medio de preguntas, de opiniones, tradiciones (historia) y actitudes (relaciones) acerca del significado que tiene el género para sus pacientes, las cuales guiarán a la familia a cuestionar sus propias definiciones sobre lo masculino y lo femenino, este es un paso muy importante para la identificación de los pensamientos y conductas que se convertirán en objetivos del cambio.

En relación a la opinión que el cliente tiene sobre el modo en que el género se relaciona con el problema presentado determina si el terapeuta aborda directa o indirectamente el asunto del género. *Cuando la familia no está preparada para abordar debe prescindir de la confrontación directa y enfocarlo de forma más indirecta.* El/la terapeuta debe mantener una postura curiosa pero no crítica mientras examina e identifica los patrones de pensamiento y conducta en relación a las diferencias de género.

Los y las pacientes poco a poco van adquiriendo la capacidad para actuar, legitimar y desmitificar, generando conductas, valores y sentimientos alternativos<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Midori, H., Brown, J. La práctica de la Terapia de Familia: Elementos clave en diferentes modelos. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao. 1998.

## Efectividad de las intervenciones familiares:

Durante las dos últimas décadas, la creciente investigación sobre la familia y el consumo/dependencia de drogas ha puntualizado el importante papel de la familia en el inicio y mantenimiento de este trastorno. Es por ello que diversos enfoques buscan conocer la eficacia de las intervenciones familiares bajo este contexto particular, por ejemplo<sup>19</sup>:

Hendricks (1971) encontró en un seguimiento de 1 año de personas dependientes a narcóticos que habían recibido terapia familiar múltiple por 5,5 meses, que tenían mayor adherencia al tratamiento, que personas que no habían recibido este tipo de intervención. Kaufman y Kaufman (1977) demostró que adolescentes dependientes a sustancias que recibieron terapia familiar, presentaban la mitad de recaída en comparación de aquellos que no recibieron este servicio. McCrady y cols. (1986) Compararon la eficacia de la terapia familiar en el comportamiento de beber y en la satisfacción vital en tres grupos de tratamiento y los resultados mostraron un mejor cumplimiento, un descenso más rápido de la tasa de ingesta de alcohol y una mayor probabilidad de seguir el tratamiento y de obtener una mayor satisfacción conyugal postratamiento en los sujetos que recibieron terapia de pareja para el alcoholismo<sup>20</sup>.

Stanton y Shadish (1997)<sup>21</sup> publicaron una meta-análisis en el cual muestran la eficacia de la intervención familiar en personas que presentaban problemas de adicción. Los/as pacientes que recibieron terapia familiar o de pareja manifestaban, de forma significativa, menor uso de drogas después del tratamiento que los que recibieron otro tipo de terapia no-familiar, tanto en adultos como en adolescentes consumidores:

- En los casos en los que se empleó terapia familiar aumentó la tasa de adherencia en tratamiento y hubo menos abandonos.
- Recibir terapia familiar fue más eficaz que recibir consejo individual, terapia grupal y otros tratamientos usuales. La terapia familiar, en comparación con la psicoeducación familiar, logra mejorar las relaciones conyugales y la integración social tras el tratamiento<sup>22</sup>.
- La terapia familiar consigue reducir el nivel de consumo de drogas y respecto a este punto, se muestra más eficaz que la terapia individual, la terapia de grupo de adolescentes, y la psicoeducación familiar. Los adolescentes consumidores de drogas que fueron tratados con intervenciones familiares lograron un mejor funcionamiento escolar que en los que se realizaron tratamientos alternativos.
- La terapia familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia en áreas como la comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etcétera, de los adolescentes consumidores de drogas.

Se puede apreciar el largo recorrido que ha tenido esta disciplina terapéutica hasta llegar a su conformación actual, notándose su amplio espectro de aplicación para diversos problemas de los individuos y de sus familias.

## MODELOS Y ESCUELAS EN TERAPIA FAMILIAR

A continuación se muestran las principales escuelas de terapia familiar que representan en esquema la ubicación de los diferentes modelos sistémicos familiares con sus respectivos cuestionamientos y formas de intervenir:

---

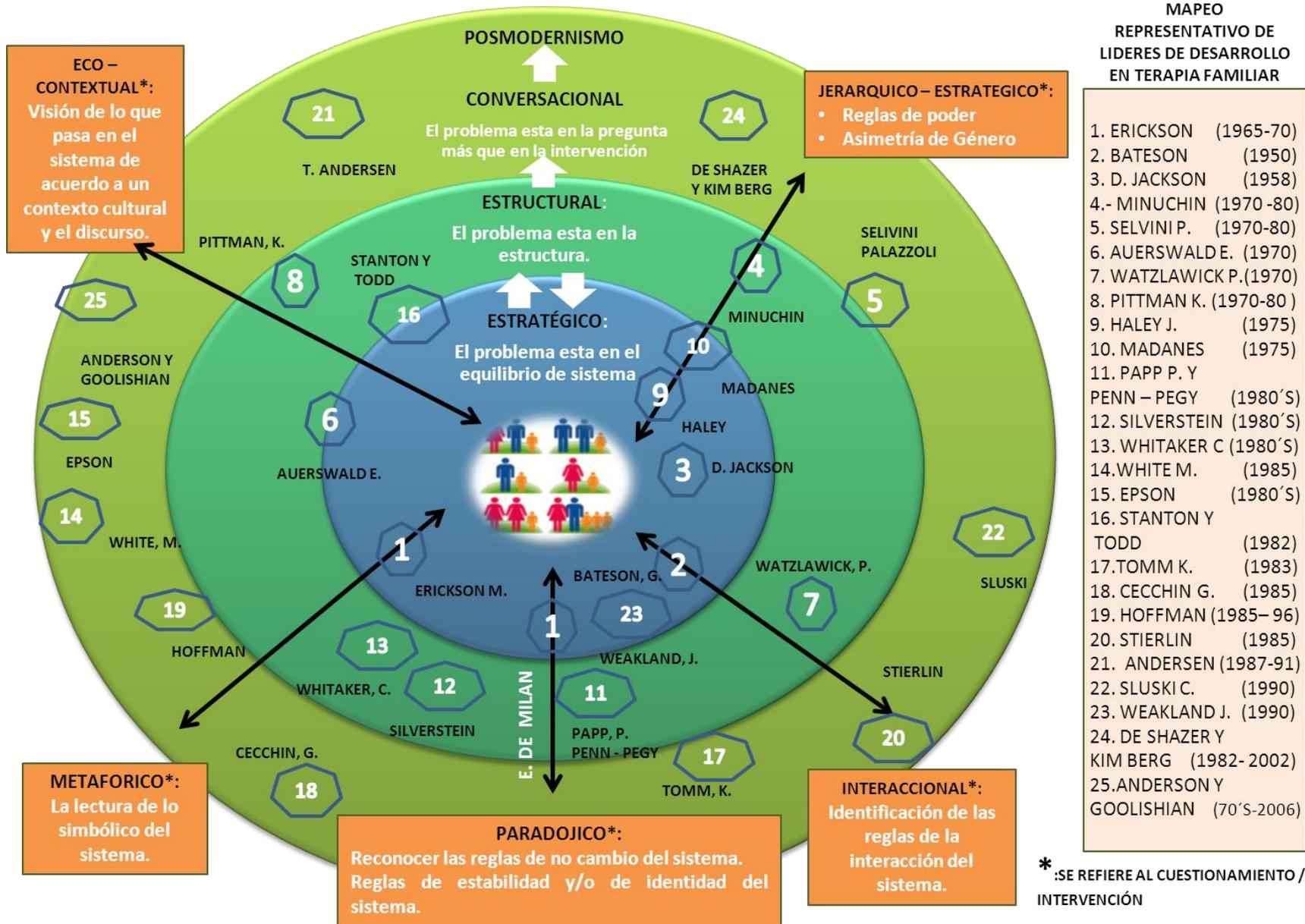
<sup>19</sup> Galanter, M., Kleber, H.D. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press. España. Ed. Barcelona. 1997.

<sup>20</sup> *op. cit.*, Galanter, M., Kleber, H.D., p. 210.

<sup>21</sup> Stanton, D., Shadish, W. Outcome, Attrition, and Family-Couples Treatment for Drug Abuse: A Meta-analysis and Review of the Controlled, Comparative Studies. *Psychol Bull* 122 (2): 170-191. 1997.

<sup>22</sup> Cabe mencionar que desde la postura de Centros de Integración Juvenil, el consejo individual, terapia grupal y psicoeducación familiar son tratamientos importantes que complementan la atención de adicciones.

# MODELOS SISTEMICOS FAMILIARES Vs CUESTIONAMIENTO E INTERVENCIÓN



\*Adaptado por el Dr. Javier Vicencio Guzmán.

Las escuelas de terapia familiar que se desarrollaron en este manual son:

1. Terapia estratégica.
2. Terapia de MRI de Palo Alto.
3. Escuela de Milán.
4. Terapia Centrada en Soluciones.
5. Terapia Estructural.
6. Terapia Estructural Estratégica.

## TERAPIA ESTRATÉGICA

La terapia estratégica son tipos de intervención en los que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en los problemas de las personas que acuden a solicitar consulta. Describe a los problemas como un síntoma y una respuesta a una interacción familiar disfuncional, por lo que en sus intervenciones busca conocer y comprender como la familia intenta resolver sus problemas, puesto que las soluciones intentadas sin éxito pueden incrementar el problema o convertirse en sí mismo en un problema mayor.<sup>23</sup>



### SUS PRINCIPALES REPRESENTANTES SON:

Haley (1974), Madanes (1981) y Milton Erickson.

### LOS POSTULADOS DE LA TERAPIA ESTRATÉGICA SON:<sup>24-25</sup>:

- ✓ Como estrategia se focaliza inicialmente en el problema, mientras paralelamente se van realizando cambios estructurales
- ✓ La observación de las secuencias permiten definir la estructura familiar
- ✓ Se centra en situaciones sociales inmediatas y en la comunicación en el presente
- ✓ Los síntomas son considerados una metáfora de lo que está ocurriendo, cumplen con una función estabilizadora o protectora en la familia
- ✓ Evita hacer más de lo mismo, para evitar perdurar el problema
- ✓ Se enfoca más en la técnica que en las teorías
- ✓ Las relaciones familiares se enfocan en términos de jerarquía e igualdad
- ✓ Cambiar la secuencia disfuncional de conductas
- ✓ Los síntomas aparecen por patrones de comportamiento secuencial cuyas pautas se retroalimentan entre sí estableciéndose ciclos repetitivos

### EN LA INTERVENCIÓN, EL/LA TERAPEUTA<sup>26</sup>:

- Identifica las secuencias organizacionales.
- Define con claridad el problema y establecer objetivos específicos.
- Conceptualiza el problema considerando la dinámica familiar.
- Plantea una intervención en forma de una directiva, para cambiar la secuencia disfuncional de conductas.
- Interrumpe las soluciones ineficaces intentadas.
- Practica la tarea en la sesión y luego en el hogar.
- Da seguimiento al cumplimiento de la directiva (tarea) y continúa prescribiendo la misma directiva.

<sup>23</sup> Marcos, J.A y Garrido, M. La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. Apuntes de Psicología, Vol. 27, número 2 – 3, págs. 229 – 362. 2009.

<sup>24</sup> *op. cit.* Sánchez, D., P. 76.

<sup>25</sup> *op. cit.* Marcos, J.A y Garrido, M., P.343.

<sup>26</sup> Droguett, V. Terapia familiar breve estratégica en el tratamiento de adolescentes con consumo perjudicial de drogas. Rev. Psiquiatría universitaria, págs. 64 – 70. 2014.

- A medida que sobreviene un cambio y desaparece la conducta problemática, abandona la cuestión del síntoma y empieza a abordar otros problemas de la misma o de otra manera o termina atribuyendo mejoría a la familia.

#### CÓMO SE ENTIENDE LA ADICCIÓN:

Desde la terapia familiar breve estratégica (BSFT) el uso de drogas es concebido como una señal de malestar del funcionamiento familiar y la terapia se centra en la función que cumple el síntoma en el sistema familiar.

- El consumo de drogas y otras conductas problema que realiza la persona son síntomas que señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente.
- Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia (consumidor/a de drogas).

De acuerdo a este enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas problemas que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente. Por lo que los patrones de interacción (se repiten en el tiempo) familiar influyen en el comportamiento de cada uno de los integrantes de la familia<sup>27</sup>.

#### INTERVENCIÓN EN ADICCIONES:

La intervención se orienta hacia la eliminación o modificación de los patrones interactivos que están vinculados a las conductas que muestra el/la adolescentes consumidor/a de sustancias y/u otras conductas problemáticas, buscando el cese del consumo de sustancias y de las conductas problemáticas, como la modificación de los patrones de interacción familiar que puedan estar manteniendo el síntoma<sup>28</sup>.

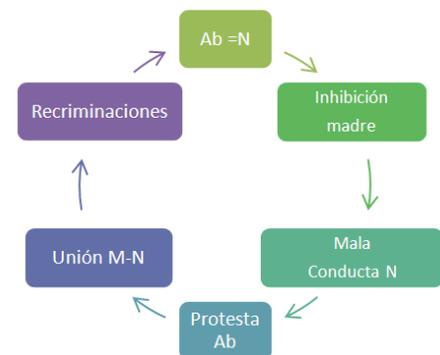
#### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

##### Secuencia sintomática:

Esta técnica ayuda a delimitar el encadenamiento de conductas dentro del cual aparece el síntoma y que se supone sostiene al (y es sostenido por el) síntoma; decide cuál será la conducta susceptible de cambiar con mayor facilidad; tratar de identificar las incongruencias a las está sometido cada miembro de la familia.

La secuencia describe la concatenación de conductas de todos los miembros de la familia dentro de la cual aparece el síntoma. A partir de esta definición y según los planeamientos sistémicos, bastaría elegir y cambiar una de las conductas para que todas las demás cambiaran. A veces la secuencia se utilizara para conocer únicamente dichas conductas.

En otras ocasiones sirve para estudiar otros tipos de fenómenos; por ejemplo Haley (1980) y Madanes (1981) la han utilizado para conocer cómo se define el poder. Característicamente quien porta el síntoma define su jerarquía de dos formas mutuamente incompatibles; estructuralmente ello significa que se halla, al mismo tiempo, por encima y por debajo de una misma persona.



Ab: Abuela; N: Nieta; M: Madre; =Coalición.

<sup>27</sup> op. cit. Droguett. V. p. 67.

<sup>28</sup> op. cit. Marcos, J.A. y Garrido, M., P.344.

En la secuencia de la figura, típica de las familias uniparentales, la nieta (e igualmente el resto de los familiares) se ve sujeta a dos definiciones de su jerarquía que son mutuamente excluyentes: en virtud de su alianza con la abuela está por encima de la madre, pero en virtud de su condición de hija está por debajo de ella. Desde el punto de vista de Haley (1980), la terapia ha de tener como objetivo fundamental y reinstaurar una definición congruente del poder.

Además de la definición del poder; la secuencia ilustra otras incongruencias. Por ejemplo, la madre se ve sometida a dos tipos órdenes mutuamente incompatibles: “hazte cargo de tu hija” y, cuando se hace cargo, “lo estás haciendo mal, déjame a mí”. La abuela también está sujeta a dos posturas incompatibles: estar en coalición con la nieta y verse postergada en las situaciones sintomáticas.

La secuencia muestra un patrón de conductas circular, en el diagrama anterior, el sistema de conductas se termina por mantener a sí mismo: empezando de un modo arbitrario ( un círculo no tiene un punto que sea su origen) la coalición abuela-nieta es seguida por la retirada de la madre, esta inhibición provoca una conducta sintomática, la abuela protesta porque, por ejemplo, para su edad ya resulta demasiado hacerse cargo de los problemas de la nieta, ello hace que la madre tome las riendas del control de la conducta de la hija, su forma de educar es criticada por la abuela que forma una coalición con la nieta y el círculo vuelve a dispararse de nuevo.

---

### Reencuadre:<sup>29</sup>

---

Consiste en cambiar el punto de vista conceptual o emocional de la problemática. Donde el terapeuta redefine la situación en términos positivos en busca que el paciente se descargue un poco y cambie su percepción que tiene de sí mismo y de la problemática.

Se puede utilizar en los casos donde el paciente es rotulado con una enfermedad como depresión o en casos donde existen triangulaciones en el cual el cliente es el que manifiesta el síntoma y por lo tanto se pueda ver la situación desde un punto diferente.

#### **Ejemplo:**

Una madre, viuda demasiado preocupada por su hijo y entonces el terapeuta sugiere “estoy seguro que a usted le importa mucho su hijo y a él le preocupara cuando se vaya de la casa pero no sabe cómo hacer que usted se sienta menos aislada. Esto para que ella se dé cuenta que el hijo está creciendo.

---

### Reestructuración:

---

Es codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona sin cambiar el significado de las cosas, aunque sí, su estructura.

---

### Tareas o Directivas:

---

Son intervenciones cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún/algunos componentes de la familia, especialmente aquellas relacionada con el mantenimiento del síntoma. Y consiste en proponer directamente la realización de otra conducta alternativa. Hay que tener en cuenta que la tarea directiva debe ser en aproximaciones sucesivas. Y cuando el terapeuta intuye que el cliente tiene la capacidad y la determinación para hacerlo.

1. **Directivas Directas:** Son aquellas que se piden con el propósito de que se cumplan.

- Ordenar a alguien que deje de hacer algo:

---

<sup>29</sup> Sánchez, D. G., P.261.

Se sugiere que vaya acompañada de otros mensajes, repetirla en varias ocasiones durante la sesión, magnificarla y/o pedir ayuda a los involucrados para que sea cumplida.

- Pedirle que haga algo diferente:

Da la oportunidad de crear nuevos hábitos.

2. **Directivas Indirectas:** Están conformadas por las tareas paradójicas. Se utilizan cuando las familias rechazan todas aquellas tentativas de solución que les son ofrecidas.

- Tarea paradójica:

Pedirle a toda la familia que permanezca igual, que no cambie, o, se le pide sólo a una parte de la familia que no cambie.

- Ordalías:

Hacer que a una persona le resulte más difícil tener un síntoma que abandonarlo; esto puede ser algo que la persona pueda ejecutar no ponga objeción y no le cause daño.

---

### Intervenciones Paradójicas<sup>30</sup>:

---

Es una técnica detonadora para promover el cambio; prescripción que contiene una contradicción, pues se prescribe aumentar el síntoma, es decir se hace una demanda contraria a la expectativa.

#### Ejemplo:

Supongamos que Juan es un niño de 9 años con buen nivel intelectual pero con muchas limitaciones en su funcionamiento social debido a que presenta obsesiones recurrentes acerca de lo bien o mal que realiza sus actividades, de forma repetitiva necesita la aprobación constante del adulto y si no lo obtiene o considera que ésta no ha sido suficientemente clara le crea un gran desosiego y ansiedad.

Aquí la intervención iría en pedirle al niño que ejecute mal deliberadamente alguna actividad a que deje de ser por un momento perfeccionista, en definitiva a que se enfrente con sus temores de una forma controlada y que aprendiera que no se producen las temidas consecuencias catastróficas.

---

### Metáforas:

---

La metáfora es un proceso por el que se le atribuye su nombre apropiado a una persona o cosa, con base en una analogía o en una comparación sobreentendida<sup>31</sup>, es decir, dar una historia de la que el paciente ha de sacar una moraleja relacionada con un problema. (Haley, 1976 y 1980; Madanes, 1981 y 1984). También sirve para describir aspectos específicos de las relaciones, terapeuta-cliente, terapeuta-familia, con la finalidad de informar, educar, curar y estimular el crecimiento interno y su principal objetivo es mandar mensajes de solución.

---

<sup>30</sup> Sánchez, D. G., P.260.

<sup>31</sup> Centeno, L. El uso de la metáfora en el trabajo de psicoterapia breve. Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán. Núm. 226. 2003

## TERAPIA DE MRI DE PALO ALTO

Es un modelo de terapia breve estratégica que se caracteriza por centrarse en el problema o dificultad de la persona que acude a terapia, e interviene en las “soluciones intentadas”, ya que estas son las que mantienen el problema que los lleva a terapia.



### SUS PRINCIPALES REPRESENTANTES SON:

Jackson (1958), Jay Haley, Watzlawick (1967) y John Weakland (1967)

### LOS POSTULADOS DE ESTA TERAPIA SON<sup>32-33</sup>:

- ✓ Es imposible no comunicar, por lo que en un sistema dado, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.
- ✓ En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) o semánticos y aspectos relacionales (nivel analógico) entre emisores y receptores.
- ✓ Toda relación de comunicación es simétrica o complementaria.
- ✓ Se busca la homeostasis en la familia.
- ✓ En la terapia no se etiqueta a los pacientes o familias como enfermos o sanos.
- ✓ El foco se centra en la interacción en el presente.
- ✓ En la terapia se consideran las quejas de los clientes como el problema a tratar.
- ✓ El terapeuta siempre acepta los objetivos terapéuticos del cliente, sus valores y creencias (desde su realidad y narrativa).
- ✓ Se estudian los cambios de los sistemas familiares.
- ✓ Que la terapia sea rápida y eficaz.

### EN LA INTERVENCIÓN, EL/LA TERAPEUTA<sup>34-35</sup>:

- Puede decidir realizar intervenciones individuales y familiares.
- Identifica cuál miembro de la familia es quien está motivado/a para el tratamiento.
- Identifica la queja o el problema, captando la mayor y más clara información acerca de este.
- Establece junto con el/la cliente objetivos concretos y tangibles.
- Analiza los patrones de conductas destructivas y se formulan preguntas.
- Es directivo, ya que es él/ella quién diseña las estrategias de manera creativa y flexible.
- Aplica la estrategia de dar un giro de 180°.
- Formula un plan para realizar cambios.
- Realiza intervenciones para interrumpir los intentos de solución (Soluciones intentadas sin éxito).
- Incluye retroalimentación positiva o negativa.
- Transforma la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros.
- Valora y evalúa la eficacia del tratamiento.
- Finaliza el tratamiento.

### CÓMO SE ENTIENDE LA ADICCIÓN:

Es importante mencionar que en los años 60's a partir de los estudios realizados por Bateson se centró la atención a la importancia las problemáticas en el contexto familiar y sus intervenciones destinadas a cambiar los patrones de interacción disfuncionales<sup>36</sup>. Y se observó que las interacciones ocurrían de manera cíclica, lo cual

<sup>32</sup> *op. cit.* Sánchez, D. G., p. 116.

<sup>33</sup> Sánchez, R. L. Aspectos Históricos y enfoques de la terapia familiar. Universidad Meléndez. Santiago de Cali. 2003.

<sup>34</sup> *op. cit.* Sánchez, D.G., p. 118.

<sup>35</sup> *op. cit.* Sánchez, R. L., p. 37.

<sup>36</sup> *op. cit.* Marcos, J.A. y Garrido, M., p.341.

mantenían o reforzaban la conducta alterada en el paciente y cierta causalidad circular que conectaba las acciones y reacciones de los miembros de la familia.

Para estas fechas las adicciones se concebían como el resultado de predisposición genética o fragilidad personal, enfocándose principalmente en los efectos de las drogas más que en las dificultades de las personas que consumían<sup>37</sup>.

Actualmente esta escuela considera que el consumo de drogas es un síntoma dentro del funcionamiento del sistema familiar principalmente.

#### **INTERVENCIÓN EN ADICCIONES:**

De acuerdo a lo mencionado si la familia acude a solicitar tratamiento y se presenta la queja (problema) de atención por consumo de sustancias, el/la terapeuta se centra en el problema y valora junto con el paciente y/o la familia la determinación de los objetivos que se desean alcanzar, recordando que estos deben ser claros, precisos y corto plazo. En este modelo se evita cualquier tipo de etiqueta hacia la persona que consume sustancias psicoactivas. Por otro lado el/la terapeuta analiza los patrones de conductas problemáticas, formula un plan de intervención para generar cambios, tratando de interrumpir los diferentes intentos de solución que pudieran estar reforzando el problema, así como de modificar la secuencia interaccional en la que se manifiesta el uso de sustancias psicoactivas (síntoma).

#### **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:**

---

#### **Tareas o Directivas<sup>38</sup>:**

---

Son intervenciones cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún/algunos componentes de la familia, especialmente aquellas relacionada con el mantenimiento del síntoma. Y consiste en proponer directamente la realización de otra conducta alternativa. Hay que tener en cuenta que la tarea directiva debe ser en aproximaciones sucesivas. Y cuando el terapeuta intuye que el cliente tiene la capacidad y la determinación para hacerlo.

3. **Directivas Directas:** Son aquellas que se piden con el propósito de que se cumplan.

- Ordenar a alguien que deje de hacer algo:

Se sugiere que vaya acompañada de otros mensajes, repetirla en varias ocasiones durante la sesión, magnificarla y/o pedir ayuda a los involucrados para que sea cumplida.

- Pedirle que haga algo diferente:

Da la oportunidad de crear nuevos hábitos.

4. **Directivas Indirectas:** Están conformadas por las tareas paradójicas. Se utilizan cuando las familias rechazan todas aquellas tentativas de solución que les son ofrecidas.

- Tarea paradójica:

Pedirle a toda la familia que permanezca igual, que no cambie, o, se le pide sólo a una parte de la familia que no cambie.

---

<sup>37</sup> *op. cit.* Marcos, J.A. y Garrido, M., p.341.

<sup>38</sup> *op. cit.* Sánchez, D. G., p.261.

- **Ordalías:**

Hacer que a una persona le resulte más difícil tener un síntoma que abandonarlo; esto puede ser algo que la persona pueda ejecutar no ponga objeción y no le cause daño.

---

### **Intervenciones Paradójicas<sup>39</sup>:**

---

Es una técnica detonadora para promover el cambio; prescripción que contiene una contradicción, pues se prescribe aumentar el síntoma, es decir se hace una demanda contraria a la expectativa.

---

### **La prescripción del Síntoma:**

---

Se aplica una prescripción paradójica de un cambio que ocurrirá en un futuro. Uno de los mejores momentos para utilizar esta técnica es en las primeras sesiones; al presentarse una pareja que al parecer se quejan mutuamente y se critican los defectos y hay poca apreciación de los logros.

---

### **Deshecho de conductas incomprensibles<sup>40</sup>:**

---

Esta técnica consiste en deshacerse de las conductas incomprensibles en las que se pretende evitar los términos que etiquetan o estigmatizan al cliente con el fin de lograr que la situación se normalice en todos los aspectos.

---

### **Sabotaje Benevolente:**

---

La técnica consiste en sorprender a la persona que presenta una conducta poco usual, molesta o frustrante para los demás. Por ejemplo en el caso de padres de familia que están cansados de ser agradables e inseguros. El/la terapeuta pide que se realice un reclamo a cualquier intención hacia una acción que provoque molestia hacia uno o todos los integrantes de la familia.

---

<sup>39</sup> *op. cit.* Sánchez, D. G., P.260.

<sup>40</sup> *Ibid.* Sánchez, D. G., P. 121.

## ESCUELA DE MILÁN

Es una intervención de tipo estratégico en donde se utiliza un estilo colaborativo, cuyo eje central es el interrogatorio circular, donde se pretende que los cliente se vean a sí mismos en contextos relacionales desde la perspectiva de los otros miembros de la familia.



### SU PRINCIPAL REPRESENTANTE ES:

Selvini Palazzoli, Gianfranco, Cecchin, Luigi Boscolo y Guiliana Prata (1982).

### LOS POSTULADOS DE ESTA TERAPIA SON:

- ✓ La terapia debe ser breve
- ✓ No busca patologías en las familias
- ✓ Las personas pueden cambiar rápidamente
- ✓ Busca preservar la cohesión del grupo familiar
- ✓ No desafía ni cuestiona ninguna posición de conducta
- ✓ Utiliza la paradoja con detonador
- ✓ Con los ritos o rituales

### EN LA INTERVENCIÓN, EL/LA TERAPEUTA:

- Pre-sesión, en donde el/la terapeuta prepara la información para trabajar en la sesión.
- En sesión, puede durar una hora aproximadamente y es interrumpida por el equipo de observadores (terapeutas) y por las preguntas del terapeuta (Interrogatorio circular)
- Con los ritos y rituales, enfatiza las conductas patológicas de la familia con la finalidad de motivar su cambio.
- Se retira de la sesión con la familia y discute con los expertos, para determinar sus conclusiones y prescripciones (utiliza paradojas, neutralidad con los miembros de la familia).
- Prescribe tareas para la familia, en donde puede utilizar rituales y prescripciones ritualizadas.
- Discute con los expertos; la reacción de la familia respecto de los comentarios y de las prescripciones, una vez que la familia se ha retirado.

### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

---

#### Preguntas Circulares:

---

En los diferentes momentos de la intervención, el cuestionamiento circular podrá proponerse por el terapeuta con el giro de temporalidad a las preguntas circulares, como presente pasado y futuro.

<u>Presente:</u>	¿Cuál creen que sea el problema actual de la familia? ¿Cuál es la razón por la que están aquí? ¿Cuál es la preocupación de la familia, ahora? ¿Qué creen que debe cambiar ahora en la familia?
<u>Pasado</u>	¿Cuál creen que era el problema entonces? ¿Cómo era la relación de ustedes, antes del problema? ¿Cómo se sentía la familia con el problema en el pasado? ¿Si pudieran olvidar el pasado, qué olvidarían?
<u>Futuro</u>	¿Qué pasaría con la familia si continuara el problema? ¿Cómo se podría ver en el futuro, una mejora del problema? ¿Cómo verían a la familia en el futuro, sin el problema? ¿Cuál sería su conducta en el futuro si el problema ya no existiera?

El cuestionamiento de las preguntas circulares, durante la interacción terapéutica, estará dirigida a cada miembro de la familia en relación **a quién hace qué, cuándo, dónde, cómo**, también sobre el encuadre, la hipótesis, el problema y el síntoma. A continuación se presenta algunas sugerencias sobre este tipo de preguntas, conocidas como preguntas de interacción:

1. Hacer preguntas relacionadas con la hipótesis planteada.
2. No formular la pregunta a las personas, en verbo “SER” sino de manera menos directa, en verbo “actuar”; por ejemplo, en lugar de “¿cuándo se convierte en animal” preguntar “¿Cuándo puede actuar como animal? Y así.
3. Cuando la familia se comunica a través de adjetivos calificativos, para indicar el comportamiento de alguien, pedir ejemplos para calificar o comprender dicha conducta.
4. Proponer diferencias espaciales sobre el problema o la hipótesis.

En el pasado: ¿Qué sucede ahora, que nos indiquen una diferencia con lo que ocurría anteriormente”

En el futuro: ¿Cómo quedaría la familia cuando él ya no esté con ustedes?

---

### Preguntas hipotéticas:

---

¿Qué sucedería si él dejara de actuar como hasta ahora?

¿Qué sucedería con ustedes si él regresara a casa?

¿Qué sucedería con ustedes si él ya no regresara en casa?

5. A través del cuestionamiento circular durante la intervención, conocer la rigidez o relajación de los límites, la ideología, los valores, la educación y la regla de la familia.
6. Hacer preguntas de interacción sobre la temporalidad de la familia, entre presente, pasado o futuro, o hipotetización, de diferenciación y explicativas; éstas pueden ser infinitas, de acuerdo a cada planteamiento, por ejemplo:

<b>Presente:</b>	¿Qué es lo que están haciendo? ¿Quién se encuentra más involucrado actualmente? ¿Quién están dispuesto a cambiar? ¿Quién no quiere involucrarse en la solución?
<b>Pasado:</b>	¿Qué ha intentado la familia? ¿Quién percibió el problema primero? ¿Cuándo se dio el cambio? ¿Quién se enfermó primero?
<b>De diferenciación</b>	¿Cuándo él no estaba, cómo se sintieron? ¿Cuándo llegó, qué sucedió? ¿Cuándo él llegó, que cambio? ¿Cuándo salen solos, quién se preocupan más?
<b>Explicativas:</b>	¿Qué opinas al respeto? ¿Qué significa esto para tí? ¿Por qué crees esto? ¿Quién te lo confirmo? ¿Quién te lo indico?
<b>Futuro o Hipotetización:</b>	¿Qué harían ustedes si él no hace el cambio?

---

### **Connotación positiva:**

---

Esta técnica postula que el terapeuta deberá brindar una connotación positiva a una conducta que es vista como mala o negativa (respecto al paciente identificado o a la familia), con el fin de promover la cohesión, el cambio y la participación, así como dar otra percepción del problema y disminuir la resistencia de la familia al tratamiento.

---

### **Ritual:**

---

Es una acción o una serie de acciones acompañadas por fórmulas verbales, en los que interviene la familia en conjunto; como todo ritual, debe consistir en una secuencia regular de pasos dados en el momento oportuno y en lugar adecuado. Es una prescripción específica para cada familia y no se podrá repetir en ninguna otra.

Para el grupo de Milán, el ritual es una acción que realiza la familia detalladamente en tiempo, lugar y orden para que sea ejecutado por ella, con el fin de ejercer una fuerza conjunta para romper o formar estructuras en la dinámica familiar, éstos serán únicos para cada familia y se generarán por la misma.

Al realizar preguntas circulares o reflexivas se puede evaluar el nivel de ritualización de las familias y de cada integrante.

---

### **Rituales terapéuticos:**

---

Es una técnica específica de la escuela de Milán. se prescriben tareas a los pacientes, con el fin de cambiar la perspectiva del problema y del paciente identificado. Esta técnica contiene una estructura formal que podrá utilizarse con cualquier otra familia, en diferentes circunstancias.

---

### **Paradoja<sup>41-42</sup>:**

---

Es una técnica detonadora para promover el cambio, prescripción que contiene una contradicción, pues se prescribe aumentar el síntoma. Las paradojas funcionan muy bien en sistemas familiares rígidos, repetitivos, circulares y muy resistentes, en particular los que han tenido ya muchos fracasos terapéuticos.

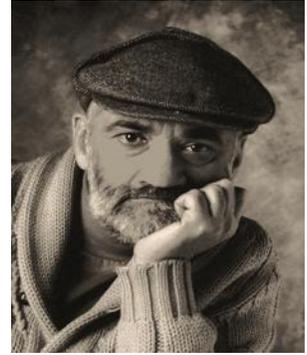
---

<sup>41</sup> *op.cit.*, Sánchez, D. G., p. 101.

<sup>42</sup> *op. cit.*, Galanter, M., Kleber, H.D., p. 350.

## TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES

Esta terapia desvía la atención de los patrones y problemas, a las soluciones que pueden funcionar, de forma que se presta poca atención a la naturaleza de los problemas o a la forma en que éstos aparecieron.



### SU PRINCIPAL REPRESENTANTE ES:

De Shazer (1982- 1988).

### LOS POSTULADOS DE ESTA TERAPIA SON<sup>43</sup>:

- ✓ El cambio es inevitable<sup>44</sup>
- ✓ Asegura que “nada ocurre por casualidad”
- ✓ Solo se necesita un pequeño cambio
  - Es posible cambiar el sistema familiar entero a través del cambio de uno sólo de sus miembros
  - No es necesario incorporar a todo los miembros de la familia para conseguir cambios en la conducta
- ✓ Los y las pacientes cuentan con la fuerza y los recursos necesarios para cambiar
- ✓ Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos (evitar hacer más de lo mismo)
- ✓ No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo
- ✓ Existen muchas maneras de enfocar una situación, ninguna es más correcta que la otra
- ✓ Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable

### EN LA INTERVENCIÓN, EL/LA TERAPEUTA<sup>45-46</sup>:

- Explica al cliente como trabaja el/la terapeuta
- Describe breve del problema, buscando lograr una descripción conductual del motivo de consulta.
- Averigua y amplifica lo que el/la cliente quiere (utiliza la pregunta del milagro) y se establecen metas
- Explora y busca las excepciones, identificando las ocasiones en que el problema no está presente (se utilizan las escalas)
- Construye situaciones hipotéticas y soluciones efectivas tomando en cuenta las fases previas
- Genera pequeños cambios en los integrantes de la familia
- Formula y ofrece retroalimentación al cliente
- Ve, amplifica y mide el progreso del paciente por medio de escalas de valoración del/la cliente

### COMO SE ENTIENDE LA ADICCIÓN:

La terapia Breve Centrada sobre la solución tiene cada vez más aplicación clínica en el tratamiento de pacientes con problemas de consumo de drogas y de sus familiares y con mejores resultados a través del tiempo. Tomando en cuenta que en esta terapia tiene un postulado “nada ocurre por casualidad” y es más útil centrar la atención sobre situaciones o cosas positivas más que enfocarse en el problema<sup>47</sup>.

En el caso del consumo de drogas la persona presenta excepciones en la cuales decide no consumir. Desde el punto de vista de este enfoque, el principal objetivo terapéutico que al cual se debe llegar es: ayudar al/a la consumidora a descubrir y a utilizar los modelos no problemáticos, con el fin de favorecer la repetición de los

<sup>43</sup> Sánchez, H. R. Enfoques de tratamiento en Adicciones. Centros de Integración Juvenil. México. 2003.

<sup>44</sup> Shazer, D. S. Entrevista, con “Perspectivas Sistémicas”. La nueva comunicación. Art. On line. N.28 Año 6 septiembre/octubre de 1993.

<sup>45</sup> *op. cit.* Tarragona, S. M., p. 519.

<sup>46</sup> *op. cit.* Sánchez, D. G., p. 202.

<sup>47</sup> Ulivi, G. Terapia Breve Centrada en la solución como modelo de Terapia familia de toxicómanos. Rev. Adicciones, 2000.

modelos que forman parte de la solución. Es decir cuando el consumo de drogas deje de ser un problema o conflictivo para la persona, esto generará nuevas perspectivas favorables al cambio.

### INTERVENCIÓN EN ADICCIONES:

O'Hanlon y Weiner-Davis (1989) proponen que durante el proceso terapéutico se debe modificar en la familia la "forma de actuar (ante el consumo de sustancias psicoactivas) y la forma de ver el problema (el consumo/dependencia a sustancias psicoactivas) para lo cual se deberán realizar tres cosas"<sup>48</sup>:

1. Cambiar la manera de actuar en la situación que se percibe como problemática.
2. Cambiar la percepción del paciente respecto al problema.
3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que pueden aplicarse a la solución percibida como problemática.

En el **primer** caso: se busca cambiar patrones de conducta que acompañan al síntoma, el fumador acompaña su cigarro con un café matutino, el alcohólico acompaña su socialización con la bebida, etc. La finalidad es modificar las acciones e interacciones que intervienen en el problema.

En el **segundo** caso: se busca cambiar la percepción hacia el problema, los pacientes frecuentemente sienten que no pueden hacer nada para cambiar su forma de beber o que no pueden, disminuir y/o dejar de consumir drogas, por las tantas veces que lo han intentado sin éxito, sin embargo si el/la terapeuta percibiera y expresará que no es algo imposible, es posible que el/la paciente puedan preocuparse menos por el consumo y ocuparse en trabajar otras áreas de su vida.

En el **tercer** caso: fortalece la idea de creer que las personas poseen los recursos para solucionar sus problemas, recordando que en el mismo problema está la solución. Por ejemplo: se ha demostrado en pacientes adictos a drogas que cuando se les permite participar en planear los objetivos y el tipo de tratamiento que desean recibir, se sienten más motivados y logran mejores resultados terapéuticos (Kaufman, E. Kaufman, P. 1979; Selekman, M. 1996).

Algunas recomendaciones para el trabajo específico con los/las jóvenes consumidores de drogas son<sup>49</sup>:

- ✓ Evitar el uso de etiquetas que estigmaticen y obstaculicen el cambio.
- ✓ Realizar alguna/s sesiones con solo el/la paciente para evaluar sus necesidades y expectativas de la terapia familiar.
- ✓ Ser flexible para el uso de técnicas y estrategias creativas por parte del/la terapeuta.
- ✓ Trabajar como coautores, ayudando al/la paciente a reescribir historias más satisfactorias.

### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

---

#### La pregunta del milagro<sup>50</sup>:

---

Es una pregunta que invita al cliente a que imagine qué sería distinto si el problema que le preocupa se solucionara. Es importante tomar en cuenta las siguientes recomendaciones para la utilización de esta técnica: La pregunta se debe formular correctamente y con calma y con cierta dosis de dramatismo, o es conveniente que se utilice frecuentemente o se tome a la ligera, de hecho se tiene que preparar al cliente, diciendo por ejemplo: "Sé que tienes mucha imaginación", "Te voy a hacer una pregunta que requiere de gran creatividad e imaginación", o "Te voy a hacer una pregunta algo rara, pero aunque sé que es rara me gustaría

---

<sup>48</sup> *op. cit.* Sánchez, D. G., p. 204.

<sup>49</sup> *op. cit.* Sánchez, H. R., p. 203.

<sup>50</sup> *op. cit.* Tarragona, S. M., p. 520.

que pudieras usar tu imaginación y darme tu opinión”, “sabes no hay respuestas ni buenas ni malas”. “*Suponte que después de realizar las labores del día, llegas a tu casa y decides descansar y te duermes como acostumbras, sin embargo esta noche es especial, ya que mientras duermes y toda la casa está en silencio, está ocurriendo un milagro. El milagro es que el problema que te trajo aquí y que tanto te preocupaba, se soluciona*”. Pero como estabas dormido/a no sabes que el milagro sucedió mientras dormías, Así que, cuando te despiertes mañana en la mañana, ¿Cómo te darás cuenta que el milagro ocurrió en ti?, ¿que será diferente en ti, que te haría darte cuenta que ocurrió el milagro y que el problema que te trajo a aquí, se ha resuelto?, se puede preguntar: ¿Qué sería lo primero que notarías?... ¿y después de eso, qué más notarías distinto?...

La pregunta del milagro es hipotética, lo cual permite que los/as clientes tengan la libertad de imaginar un escenario libre del problema sin censurar sus ideas. La respuesta/s de la pregunta del milagro contiene las claves para las soluciones al problema y las metas de la terapia.

---

### Uso de escalas<sup>51</sup>:

---

Es una herramienta donde se presenta al cliente, una escala subjetiva, con la que puede evaluar por ejemplo: la intensidad del problema, su grado de esperanza en que las cosas cambien, cuánta confianza siente en que cambiarán, el progreso que ha hecho desde la última sesión, en qué punto se sentirá satisfecho/a entre otras. El/la terapeuta dibuja una línea vertical en una hoja de papel y pone en un extremo de la línea el número 1 y del otro extremo coloca el número 10. El 1 representa el problema en su grado máximo y el 10 la ausencia del problema. Y se le pide al cliente que indique en qué punto está el problema en la actualidad, en donde se ha llegado a estar en su peor momento y en qué grado tendría que estar para saber y sentir que las cosas van mejorando o a que nivel quisiera llegar para saber que la terapia le está funcionando.

---

### La “pregunta experimental”:

---

Plantea que se deberá aminorar el problema del cliente y su origen, dirigiendo la atención únicamente hacia lo negativo de la imagen de éste por causa del problema. Se sitúa el paciente en el pasado y en el presente, cuando éste no presentaba el problema y se hace una comparación de conductas y actitudes antes y después del problema; por ejemplo “¿cómo era tu comportamiento antes de tener el problema? ¿Cómo te darías cuenta que el problema ya no existe?

---

### Asignación de tareas<sup>52</sup>:

---

Consiste en promover rutinas nuevas, alianzas nuevas, quebrar reglas... en la persona para lograr el cambio. La tarea tiene que encuadrar en los miembros de la familia para que estos acepten realizarla. Tienen un objetivo claro y preciso, un tiempo limitado, para poder luego ser evaluadas; y deben estar justificadas teniendo en cuenta los estados emocionales y códigos de la familia. En general las razones tienen que tener un sentido coherente y guardar relación con el problema-queja y con su elaboración.

---

### Connotación Positiva<sup>53</sup>:

---

Redefinición de una problemática en términos positivos en busca de resaltar los recursos del sistema. Se cambia la atribución del problema causas negativas a causas positivas o al menos que no supongan intenciones hostiles. No se connota positivamente la conducta sintomática en sí, sino su relación con otras conductas más importantes, para los cuales el síntoma es en realidad una solución.

---

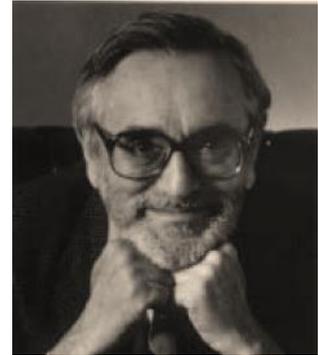
<sup>51</sup> op. cit. Tarragona, S. M., p. 520.

<sup>52</sup> op. cit. Sánchez, D. G., p. 203.

<sup>53</sup> Ibid. Sánchez, D. G., p. 254.

## TERAPIA ESTRUCTURAL

Se podrá definir al modelo estructural, como la acción de “desviar y minimizar las funciones de reto y alimentación de los síntomas presentes y la necesidad de sacudir a la familia hacia afuera de esta mala interacción establecida<sup>54</sup>. Basándose en la reestructuración del orden jerárquico familiar, de manera que los síntomas, no sigan reforzándose<sup>55</sup>.



El objetivo de la terapia familiar estructural es reestructurar el orden jerárquico en el sistema en la medida en que la familia lo permita o lo resista, para funcionar de manera más efectiva o funcional, competente y cooperativa<sup>56</sup>.

Minuchin (1977) menciona que “La estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”<sup>57</sup>.

### SUS PRINCIPALES REPRESENTANTES SON:

Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman y Schumer (1967).

### LOS POSTULADOS DE ESTE MODELO SON<sup>58</sup>:

- ✓ La terapia familiar estructural es una terapia de acción, modifica el presente y no explora ni interpreta el pasado
- ✓ Se basa en tres conceptos: la estructura, los subsistemas y los límites
- ✓ Fortalecer el subsistema parental
- ✓ La familia es un sistema autorregulador
- ✓ El síntoma es un mecanismo de autorregulación
- ✓ Reordena coaliciones
- ✓ Centra su atención en el equilibrio de la organización familiar
- ✓ Establece límites claros en los subsistemas para que funcionen adecuadamente
- ✓ Considera que la estructura familiar es una serie de demandas funcionales que se organizan en la manera en que sus miembros interactúan

### EN LA INTERVENCIÓN, EL/LA TERAPEUTA<sup>59</sup>:

- Analiza el campo transaccional en el que se relaciona con la familia, para lograr así un diagnóstico estructural.
- Realiza observaciones y plantea cierta cantidad de interrogantes.
- Cuestionar la definición que la familia del problema, así como su respuesta.
- Encuadra la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes.
- Señala los límites y pautas transaccionales (construye un mapa de organización familiar).
- Reestructura el orden jerárquico familiar, de manera que los síntomas, no sigan reforzándose.
- Trabaja en reestructurar diferentes configuraciones relacionales como: triangulación, coalición y desviación de conflictos.

<sup>54</sup> *op. cit.* Marcos, J.A. y Garrido, M., p. 342.

<sup>55</sup> Minuchin, S. Familias y terapia familiar. Barcelona, 2003.

<sup>56</sup> *op. cit.* Marcos, J.A. y Garrido, M., p. 343.

<sup>57</sup> *op. cit.* Minuchin, S., p. 86.

<sup>58</sup> *op. cit.* Sánchez, D. G., p. 90.

<sup>59</sup> *op. cit.* Minuchin, S., p. 138.

- Repara o modifica los patrones organizativos disfuncionales de forma que permita a las familias desarrollar eficazmente sus tareas funcionales básicas.
- Favorece el que la familia afronte con éxito las tensiones cotidianas.

#### **CÓMO SE ENTIENDE LA ADICCIÓN:**

Los síntomas, en el caso de las adicciones son reacciones desadaptativas a los cambios ambientales o evolutivos, como pueden ser las transiciones de los ciclos vitales. En este modelo consiste en asumir que el abuso de drogas acaba siendo un eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, y que por lo tanto cualquier solución a largo plazo requiere que la familia colabore y se implique en el tratamiento.

#### **PAUTAS DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES.**

Desde el modelo estructural la base de la intervención terapéutica es el fortalecimiento de los cimientos estructurales que permiten el funcionamiento de la familia; más concretamente en una jerarquía generacional adecuada, en la que los padres mantienen una unidad de liderazgo férrea, y con fronteras claras, ni demasiado difusas ni demasiado rígidas.

Este planteamiento resulta especialmente útil en el tratamiento de las adicciones en las que frecuentemente se observa un funcionamiento familiar caracterizado por la sobre implementación de uno de los progenitores del adicto (generalmente el del sexo opuesto) y el papel periférico del otro padre.

Dado que el tratamiento no se basa en la exploración de los orígenes del conflicto, sino en la reestructuración del orden jerárquico familiar, de manera que los síntomas no sigan reforzándose, este enfoque ha resultado especialmente útil en el tratamiento de familiares con problemas de adicción.

#### **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:**

---

##### **Dramatización<sup>60</sup>:**

---

En esta técnica el/la terapeuta pide a la familia que interactúe en su presencia y así él/ella puede obtener información que la familia no considera relevante. Esta dramatización puede ser: que la interacción se dé espontáneamente, que el/la terapeuta provoque la interacción pero cambiando el escenario y las secuencias de esta premeditadamente o que el/la terapeuta provoque la interacción y desarrolla una transición poco común en la familia, manteniendo cierta distancia en la interacción de la familia.

---

##### **Focalización:**

---

El/la terapeuta recibe información de la familia, visual y verbalmente, por lo que deberá seleccionarla y darle un significado. Se pueden observar límites, las fuerzas, los problemas, elabora el familiograma y la estrategia terapéutica, seleccionando el foco y, posteriormente desarrolla el tema terapéutico de trabajo.

---

##### **Intensidad:**

---

Los miembros de la familia tienen una sensibilidad auditiva discriminadora, que presenta campos de sordera selectiva regulados por su historia común. Puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta, pero sin asimilarlo dentro de su esquema cognitivo como una información nueva. Sin embargo un mensaje terapéutico tiene que ser «reconocido» por los miembros de la familia, lo que significa que deben recibirlo de un modo que los aliente a experimentar cosas según modalidades nuevas. Esto puede lograrse por medio de:

---

<sup>60</sup> *op. cit.* Sánchez, D. G., p. 101.

- *Repetición del mensaje:* la repetición del mensaje del/la terapeuta es constante y puede recaer sobre el contenido o la estructura.
- *Repetición de interacciones isomórficas:* en la estructura familiar, las interacciones que se guían por un mismo sistema de reglas y son equivalentes desde la dinámica familiar, al cuestionarse, esto produce intensidad por la repetición de los mensajes durante el proceso.
- *Cambio del tiempo o ritmo:* La técnica consiste en modificar la estructura propia del tiempo y del movimiento en la familia.
- *Cambio de distancia:* Con esta técnica el terapeuta puede o no acercarse a la familia con la intención de agudizar o relajar la intensidad.

---

### Reencuadre<sup>61</sup>:

---

El/la terapeuta inicia su encuadramiento tomando en cuenta lo que la familia considera importante. Pero ya el modo en que recoge información dentro del contexto de la familia encuadra lo recogido de manera diversa. Entonces la tarea del terapeuta es moldear la información con la finalidad convencer a los miembros de la familia de que el mapa de la realidad por ellos trazado se puede ampliar o modificar; es decir que sus problemas son claros y que tienen solución, dándole un nuevo sentido.

---

### Afiliación:

---

Esta técnica busca la aceptación y adaptación por parte del/la terapeuta en el sistema familiar. El/la terapeuta en las primeras sesiones debe contactar con todas/os los miembros de la familia de tal forma que realicen las tareas que se les pida aunque pudieran sentir que es injusto en un principio. Lo importante es que la familia se pueda sentir en confianza y cómoda.

---

### Desbalance<sup>62</sup>:

---

El objetivo principal de esta técnica es provocar cambios en la relación jerárquica de los/as miembros de la familia de un sistema.

Esta técnica podría ocuparse en cuatro diferentes momentos o circunstancias:

1. *Afiliación con miembros de la familia:* el/la terapeuta desde su posición de experto puede realizar intervenciones dentro de la familia.
2. *Alternando afiliaciones:* Alternar afiliación con dos subsistemas en conflicto es una técnica complicada pero muy eficaz.
3. *Ignorar a miembros de la familia:* Esta técnica va contra algunos principios terapéuticos, ya que consiste en ignorar a algún miembro de la familia, por lo que solo se utiliza en estructuras patológicas muy rígidas (el/la terapeuta valora clínicamente su aplicación o no).
4. *Coalición contra algún miembro de la familia:* Se utiliza cuando un miembro de la familia está en desventaja en relación a los demás, el terapeuta hará coalición con el primero para brindarle fuerza.

---

### Complementariedad:

---

En esta técnica el/la terapeuta guía a los y las integrantes de la familia para que se identifiquen como parte de una entidad tan grande como su yo individual. Apoyándose de dos aspectos:

---

<sup>61</sup> *op. cit.*, Galanter, M., Kleber, H.D., p. 348.

<sup>62</sup> *op. cit.*, Sánchez, D. G., p. 102.

*Desafía el problema:* Desafía la creencia, de que los síntomas familiares se presentan en una persona (paciente).

- *Desafía la puntuación de eventos:* Reta la epistemología de la familia e introduce el concepto de expansión temporal.

---

### **Poner límites<sup>63</sup>:**

---

Los límites definen el funcionamiento familiar, permiten a cada miembro y a la familia completa a delimitar sus funciones y responsabilidades. Los límites se pueden categorizar en ascendentes, descendentes, rígidos o flexibles.

Intervenir en la familia desde los límites estructurales. Partiendo de identificar que la disfunción acontece en los límites poco demarcados entre el consumidor y uno de los padres, que habitualmente están demasiado apegados. Muchas veces los límites establecidos entre subsistemas filial y parental tienden a ser disfuncionales y de una excesiva permeabilidad. Lo que favorece que asuntos de índole parental-conyugal lleguen a formar parte de los asuntos de interés y participación de los hijos. Ya que los/as integrantes de la familia se pueden relacionar en díadas, tríadas o prefieren mantener cierta distancia entre ellos. Por lo que el papel del terapeuta es aplicar sus conocimientos y realizar intervenciones que generen nuevos límites en la familia, lo cual fortalece y mejora el funcionamiento del sistema.

---

### **Paradoja<sup>64, 65</sup>:**

---

Es una técnica detonadora para promover el cambio, prescripción que contiene una contradicción, pues se prescribe aumentar el síntoma. Las paradojas funcionan muy bien en sistemas familiares rígidos, repetitivos, circulares y muy resistentes, en particular los que han tenido ya muchos fracasos terapéuticos .

---

### **Estrategias y Metas.**

---

Proceder por cambios graduales del síntoma y de la estructura de poder familiar; La meta final tiene que ver con alcanzar una definición clara del poder dentro de la familia.

#### Ejemplo:

En el caso de los adolescentes con adicción recomienda una estrategia que implica dar todo el poder a los padres y a la vez comprender la postura del adolescentes; la terapia pasa por poner a los padres de acuerdo en las conductas a imponer al hijo y una vez el hijo, empieza a funcionar correctamente resolver los problemas matrimoniales, permitiendo, finalmente, la emancipación del hijo problemático.

---

### **Genograma, familiograma o mapa de relaciones familiares:**

---

Es una técnica usada para crear la representación esquemática de la familia y su historia, en forma de árbol genealógico. Tanto la familia como el terapeuta trabajan en la creación de este diagrama. En él se registra la información rápida y esquemática de la familia (configuraciones, jerarquías, alianzas, coaliciones, pautas repetitivas generacionales, el territorio, los subsistemas y otros) de al menos tres generaciones. Este diagrama sirve de útil herramienta para el diagnóstico y objetivos del tratamiento

#### Esta herramienta tiene como objetivo:

---

<sup>63</sup> *op. cit.*, Sánchez, D. G., p. 102 y 258.

<sup>64</sup> *Ibid.*, Sánchez, D. G., p. 101.

<sup>65</sup> *op. cit.*, Galanter, M., Kleber, H.D., p. 350.

- ✓ Señalar quienes están implicados más directamente en el proceso del paciente;
- ✓ Definir el tipo de relación que media entre los miembros de la familia en términos de alianza y exclusiones;
- ✓ Evaluar la presión que las familias de origen ( y otros sistemas, como los asistenciales) ejercen sobre la que tiene el problema;
- ✓ Definir la naturaleza de los límites interna y extra-familiares;
- ✓ Evaluar la posible respuesta a una intervención de quienes están implicados en el problema.

A partir de este uso básico, el genograma permite realizar hipótesis de segundo nivel que sólo se revelan cuando aparece la información de varias generaciones (tres normalmente). Resumiendo podemos decir que esa información suele ser de varios tipos:

Primero, relación que media entre los miembros de la familia, sobre todo el esquema de alianzas y exclusiones. En las familias patológicas la relación entre dos suele interpretarse por el resto como un síntoma de exclusión. Conocer las alianzas equivale a conocer las relaciones sanas y de conflicto. Interesan sobre todo las alianzas intergeneracionales (las que se dan entre los miembros de dos generaciones diferentes) y las relaciones entre los cónyuges.

En el primer caso, porque las alianzas intergeneracionales provocan dos consecuencias perversas: la persona de menos status ve elevado su poder sobre sus pares, lo que es resentido por éstos; y porque la lealtad hacia el aliado termina por entrar en conflicto con las propias necesidades evolutivas (estar a disposición de uno de los padres dificulta crear vínculos sólidos fuera de la familia).

En segundo lugar, resulta importante conocer las relaciones entre los esposos porque sus conflictos tienen dos efectos: hacen que los hijos sean proclives a mediar para forzar una reconciliación y que los cónyuges se busquen aliados para vencer al otro esposo.

*Nota:* Se puede complementar solicitando que cada uno de los miembros lleve a las sesiones fotos que tengan un significado es otra de las técnicas usadas para juntar información sobre cómo esa persona percibe a los otros miembros del grupo. Por otro lado Otra de las técnicas es hacer que cada uno dibuje mapas del hogar. Así cada uno provee información sobre los problemas territoriales, las reglas y las zonas confortables entre los diferentes miembros.

Para la elaboración de un genograma básico es necesario realizar lo siguiente<sup>66</sup>:

1. **Mapeo de la estructura familiar:** Se describen las diferencias biológicas, de relación legal, edad y psicopatología, utilizando símbolos o cierta nomenclatura, la cual será interpretada por los/as terapeutas (figura 1 y 1.2).
2. **Recoger información familiar:** posteriormente se pueden añadir datos sobre la demografía, el funcionamiento y eventos críticos. Estos datos pueden ser edad, fecha de nacimiento, divorcios y muerte, ocupación, educación entre otros. El funcionamiento consiste en registrar conductas específicas, datos médicos y funcionales (figura 2 y 2.1).
3. **Delinear las relaciones familiares:** Estas se determinan de acuerdo con la observación directa del terapeuta y la información que aporte la familia. Se refieren a las alianzas, coaliciones, triangulaciones, límites, involucramiento, desviación, sobreinvolucramiento entre otros (figura 3).

---

<sup>66</sup> *op. cit.* Sánchez, D. G., p. 103.

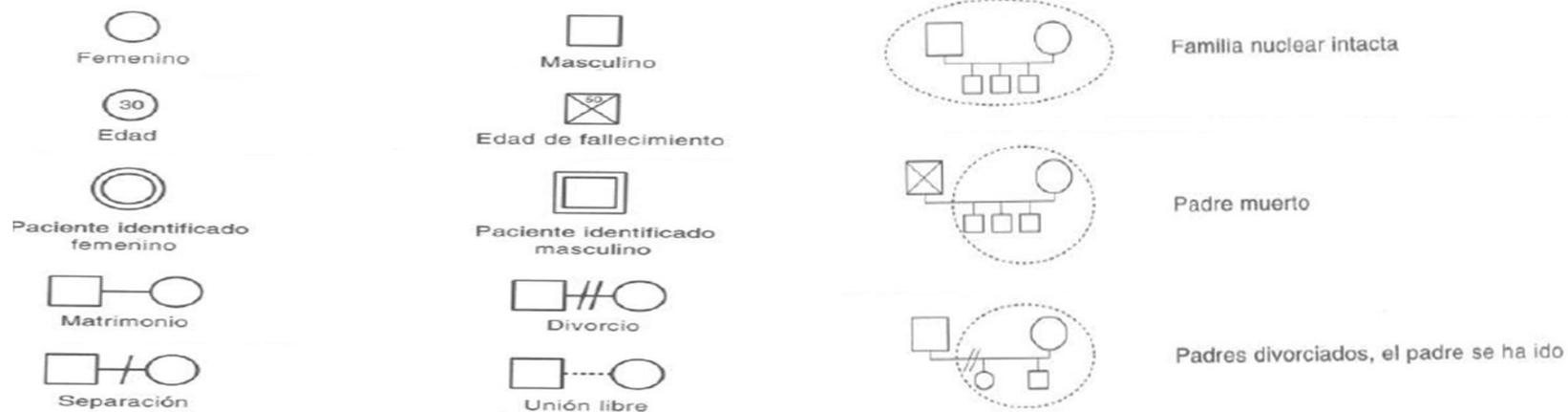


Figura. 1 Símbolos y nomenclatura.

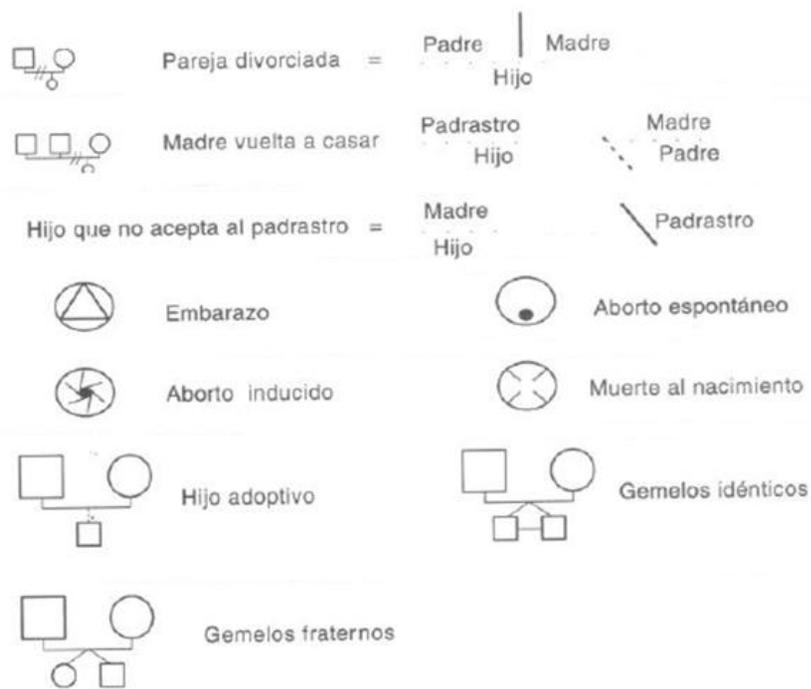


Figura 1.2 Símbolos y nomenclatura.



Figura 2. Nomenclatura de relaciones familiares de observación directa.

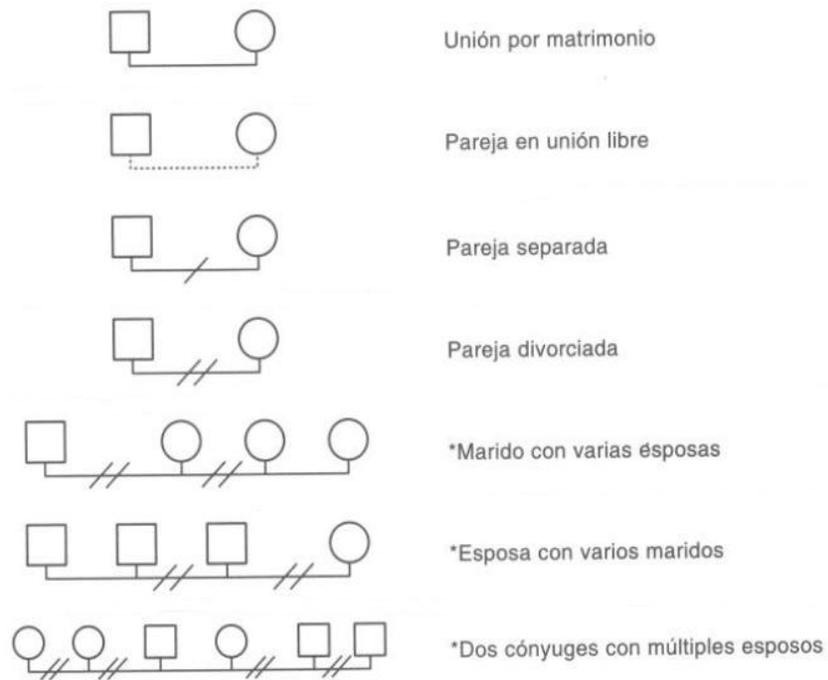


Figura 2.1 Nomenclatura de relaciones familiares de observación directa.

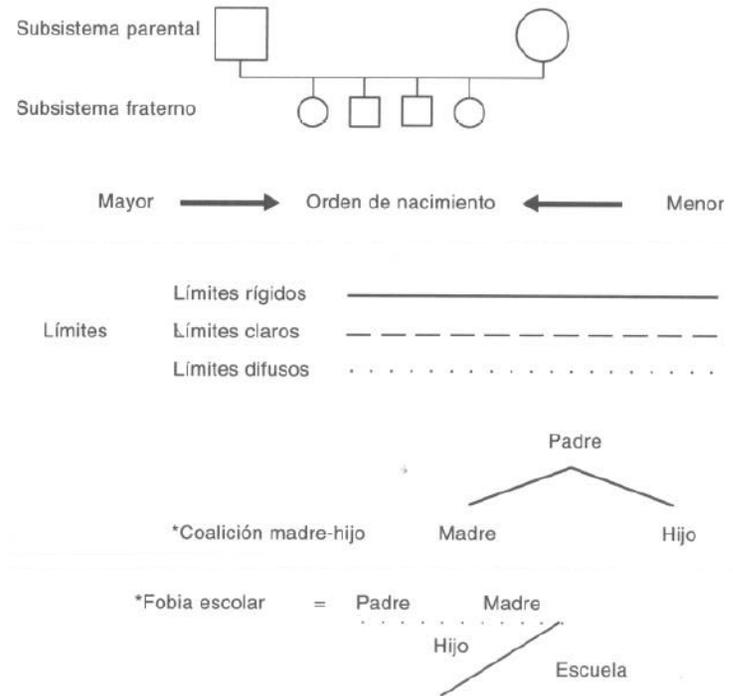


Figura 3. Sistema familiar.

## TERAPIA ESTRATÉGICA - ESTRUCTURAL

Este enfoque nace a partir de la combinación de técnicas y estrategias de la terapia estructural y estratégica, debido a necesidades de las familias que acudían a tratamiento, se realizaron diversos cruces entre ambas propuestas de intervención<sup>67</sup>.

El objetivo de la terapia estratégico – estructural es reestructurar el sistema creando cambios interaccionales en la familia, tomando el/la terapeuta participación activa dentro de la familia pero conservando su independencia.



### SUS PRINCIPALES REPRESENTANTES SON:

Minuchin, (1977), Jay Haley (1976), Cloé Madanes (1981), Stanton y Todd (1982).

### LOS POSTULADOS DE ESTE MODELO SON<sup>68</sup>:

- ✓ Se observa a las personas interactuando dentro de un contexto, afectándolo y siendo afectadas por él
- ✓ El ciclo vital y estadio evolutivo de la familia son importantes para el diagnóstico y para definir la estrategia terapéutica
- ✓ Los síntomas son intentos desadaptativos de enfrentarse a las dificultades que desarrollan una homeostasia propia y que regula la dinámica familiar
- ✓ Los síntomas son mantenidos por el sistema y mantienen el sistema
- ✓ La familia o pareja puede cambiar, permitiendo el afloramiento de nuevas conductas, si se cambia el contexto general

### EN LA INTERVENCIÓN, EL/LA TERAPEUTA:

- Evalúa la existencia de interacciones circulares.
- Conoce el ciclo vital de la familia considerando el contexto.
- Identifica el síntoma y su función e indaga en las jerarquías, límites, alianzas o coaliciones.
- Trabaja para sustituir los ciclos repetitivos destructivos por nuevos patrones de comportamiento.
- Plantea el problema de una forma objetiva y resoluble.
- Aprende a tomar el camino de menor resistencia, de modo que las conductas familiares existentes se utilicen positivamente.
- Reestructura el sistema estableciendo fronteras, diferenciados miembros apegados e involucrando a otros desapegados
- Favorece que el cambio se produzca por etapas
- Utiliza paradojas, incluyendo la restricción del cambio y la exageración de los papeles familiares
- Utilizan la técnica de la excepción
- Utiliza tareas con el terapeuta responsable para planear una estrategia que permita resolver los problemas que demanda la familia
- Utiliza directrices metafóricas hacia los miembros de la familia

<sup>67</sup> Marcos, J.A y Garrido, M. La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. Apuntes de Psicología, Vol. 27, número 2 – 3, págs. 229 – 362. 2009.

<sup>68</sup> Sánchez, D. G. Terapia Familiar: modelos y técnicas. Editorial El Manual Moderno. México. 2004.

## CÓMO SE ENTIENDE LA ADICCIÓN:

El/la terapeuta que trabaja con este enfoque promueve la participación activa por parte de la familia de origen del consumidor de drogas, con el propósito de volver a la etapa del ciclo vital de desprendimiento para ser resuelta de manera adecuada. Así lo primero que debe focalizarse es la triada relacional entre los padres y el hijo, para trabajar la individuación del consumidor de drogas<sup>69</sup>.

## INTERVENCIÓN EN ADICCIONES:

En caso de uso de drogas se considera que es una señal del funcionamiento familiar por lo que la intervención se centra en la función que cumple el síntoma en este sistema familiar principalmente, por lo que se utilizan las técnicas que ayude a identificar y trabajar con el síntoma y su función.

---

### Atribuciones nobles/positivas:

---

Consiste en atribuir motivos positivos tanto al consumidor de drogas como a los miembros de su familia.

El fundamento principal de esta técnica se debe a que la acusación, la crítica y los términos negativos tienden a generar conductas resistentes y defensivas de todos los miembros de la familia.

El posicionamiento no acusatorio ni peyorativo ha sido usado también por Haley, Minuchin, Erickson, el grupo de MRI. Sin embargo la propuesta de Stanton es transmitir a la familia que “todo lo que hacen todos es por buena razón y es comprensible” (Stanton). Las maniobras terapéuticas utilizadas las llaman “atribución de intenciones nobles” o “atribuciones nobles”. Este enfoque es muy similar al empleado por el grupo de Milán, que lo denomina como “connotación positiva”.

El empleo de esta técnica no significa que el/la terapeuta renuncie a retar y contrariar en sus deseos a la familia, sino que el esfuerzo constante por circunscribir la comunicación al margen de significados peyorativos, imprime en el proceso terapéutico mayor apertura y flexibilidad por parte del sistema terapéutico.

La técnica resulta sumamente útil para aliarse con los padres, quienes son los más sensibles a sentirse culpables por la adicción del hijo. Lo que los predispone a adoptar una postura defensiva en la consulta.

No sólo se trata del uso de una estrategia terapéutica, incluye transmitir aceptación por los esfuerzos hechos por la familia en la búsqueda de resolver el problema, esfuerzos que operan desde su sistema de creencias. Reconocer las intenciones nobles puede contribuir a la conformación de un contexto terapéutico de mayor apertura y confianza de exponerse.

---

### Concentración en la conducta concreta:

---

- *Para este modelo es importante que la familia se concentre en conductas específicas, partiendo del conocimiento de que una característica fundamental del usuario de sustancias es su tendencia a ser evasivos.*
- Proponen que los padres se concentren en establecer “reglas domésticas” que tengan un efecto directo sobre la conducta ante el consumo. Ayudándolos en diseñar metas positivas y alcanzables. Lo que se busca es generar confianza en los padres para restablecer su capacidad de conducir a la familia.
- La propuesta incluye que las reglas se negocien en la sesión con la finalidad de que el/la terapeuta pueda observar el proceso de negociación entre los miembros de la familia, ya que si se requiere intervenir lo haga con la finalidad de aumentar la posibilidad de acuerdos positivos.

---

<sup>69</sup> op. cit. Marcos J.A. y Garrido M. p. 347.

---

### Representación:

---

La estrategia consiste en identificar un patrón interaccional familiar disfuncional, con la finalidad de “traerlo” a la sesión y poder maniobrar en la introducción de patrones y estructuras más funcionales. La estrategia puede ser empleada, como dice Hoffman, sólo para alterar algunos aspectos de la secuencia repetitiva que ayuden a que el síntoma desaparezca.

---

### Reencuadre:

---

La idea fundamental que sostiene esta estrategia es que la realidad es sólo parcial. Cuando un miembro de la familia describe la realidad lo hace desde sus propios referentes subjetivos, mismos que llegan a encontrar cierto grado de aceptación en el núcleo familiar. *Para que la estrategia terapéutica funcione, el/la terapeuta debe hacer uso de su investidura con el propósito de proponer realidades alternativas a las que se plantea la familia en torno al consumo, con el objetivo de introducir cambios en la interacción de los miembros.*

Cuando en la consulta nos encontramos ante un caso donde los padres permanecen estacionados por sus sentimientos de culpa por la adicción del hijo, asumiendo que todo lo que deriva de ella es resultado de su *enfermedad*, por ejemplo: robos a la familia, robos en la calle, no llegar a dormir, etc.; funciona mucho reencuadrar la conducta como mala para introducir la distancia necesaria que ayude a los padres a restablecer una jerarquía funcional.

Cuando una conducta es definida como *enferma*, se asume en un cierto sentido que la persona es incapaz de modificarla ya que es algo sobre lo que no tiene control, sin embargo, cuando la misma conducta es percibida desde un marco conceptual diferente calificada de mala, de manera implícita significa que existe intención.

---

### Intensidad:

---

Para este modelo interesado en desafiar la organización familiar, es muy importante regular el impacto de los mensajes para remover la homeostasis del sistema.

Se pueden usar temáticas *relacionadas al incremento del afecto, prolongar una representación o polemizar ampliamente sobre un marco de ideas.*

---

### Desequilibrio:

---

Por medio de esta técnica el/la terapeuta altera la homeostasis familiar al mostrar cercanía por uno de los miembros de la familia o por determinado subsistema. Fundamentalmente consiste en establecer alianzas.

*Cuando el consumidor es un adulto, la estrategia que sugieren es formar una alianza con el subsistema parental para fortalecer la postura de control sobre el hijo, conformándose una jerarquía más sólida. Aquí es importante que el/la terapeuta ponga atención a los intentos de manipulación del usuario dirigidos tanto hacia él como hacia la familia.* Otros temas relevantes son los que tienen relación con la generación de un trabajo remunerado y aportación de dinero al gasto familiar, si el consumidor es casado el tema a trabajar es su responsabilidad para con la familia que formó.

*Cuando el consumidor es un adolescente, la estrategia que Stanton y Todd sugieren es atender tanto al subsistema parental como poner atención a la necesidad de autonomía del adolescente<sup>70</sup>.* Es una manera de atender a ambos sistemas con la finalidad de que el proceso terapéutico no se obstaculice. Evidentemente a lo largo del proceso terapéutico será necesario mostrar más apoyo de un lado que al otro, lo importante es no descuidar la atención del otro subsistema. El adolescente también buscará, por vía de la manipulación, no respetar límites y evadir responsabilidades, incluso puede llegar a generar un pleito conyugal que logre disipar

---

<sup>70</sup> Fernández, C. p. 47.

los intentos de los padres por normar su conducta. La combinación de técnicas de desequilibrio con atribuciones nobles, es una manera adecuada de mantener inalterada la jerarquía de los padres, al mismo tiempo que se respeta la autonomía del hijo.

---

### Búsqueda de fortaleza:

---

Esta estrategia también favorece que la interacción del sistema familiar *tome distancia de la conducta adictiva*, sobre todo de su protagonista, cobrando la seguridad suficiente de poder responsabilizar al hijo y dejar de respaldar el consumo. Estos cambios desequilibran los patrones familiares disfuncionales e introducen nuevas posibilidades (Stanton 1999).

---

### Complementariedad:

---

La estrategia terapéutica parte de un paradigma: “cada miembro de la familia es protagonista y antagonista, alguien que sufre reacciones y crea reacciones en los demás. Para cada conducta existe una conducta recíproca en otras personas significativas de un contexto que mantiene el status quo.” (Stanton 1999).

La técnica busca proveer al terapeuta de perspectivas sistémicas integradoras que lo ayuden a “leer” las conductas disfuncionales como resultado de aspectos que conjugan: contexto e interacciones inconscientes de los miembros de la familia. *Es decir, mientras que la familia se lamenta por el consumo de sustancias psicoactivas de un hijo, no se pregunta qué hacen para mantenerlo en esa posición; mientras la familia se siente culpable por la conducta delictiva de un hijo (frecuentemente asociado a la conducta adictiva) no se preguntan qué hacen para evitar que abandone el robo.*

La idea es que el/la terapeuta dirija su atención hacia identificar los modos en que el contexto- en este caso familiar- fomenta que se mantengan los síntomas de una persona.

Es una de las técnicas fundamentales que se emplean en terapia familiar. Cuando se emplea en el curso de las sesiones, de manera sutil se desliza en nuestra mente el cuestionamiento curioso, intrigante y lleno de desafíos de cómo hacer que cambie el contexto familiar para que afloren características más funcionales del individuo.

### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

---

#### Representación:

---

1. Es importante seguir de cerca la conducta sintomática de padres, hermanos y abuelos, puesto que imprimen una función dentro de las secuencias que giran en torno del consumo de sustancias.
2. Para evaluar la función que cumplen en la secuencia de consumo, se recomienda estar atentos a manifestaciones abiertas de incapacidad o impotencia: *Me siento profundamente triste y deprimida... No creo ser buen padre...* Ayuda preguntarse: ¿Qué ocurría antes del síntoma? ¿Qué nuevo patrón de conducta se produce? ¿En qué momentos se hace presente la disfunción de aquél? ¿Para qué se da la disfunción en estos momentos?, etcétera.
3. Es importante la tarea de recuperar información sobre qué acontecía en la cotidianidad familiar antes de una recaída de consumo, ya que los miembros de la familia tienden a no ser conscientes de sus propias secuencias de interacción y sobre todo cómo éstas se conectan con una recaída.
4. La estrategia puede ser empleada, para alterar algunos aspectos de la secuencia repetitiva que ayuden a que el síntoma desaparezca.

---

#### Secuencia sintomática:

---

La secuencia describe la concatenación de conductas de todos los miembros de la familia dentro de la cual aparece el síntoma. A partir de esta definición y según los planeamientos sistémicos, bastaría elegir y cambiar una de las conductas para que todas las demás cambiaran. A veces la secuencia se utilizara para conocer únicamente dichas conductas. Tiene como objetivo: delimitar el encadenamiento de conductas dentro del cual aparece el síntoma y que se supone sostiene al (y es sostenido por el) síntoma, decidir cuál será la conducta susceptible de cambiar con mayor facilidad, tratar de identificar las incongruencias a las está sometido cada miembro de la familia.

---

### **Asignación de tareas directas<sup>71</sup>:**

---

Son intervenciones cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún/algunos componentes de la familia, especialmente aquellas relacionada con el mantenimiento del síntoma. Y consiste en proponer directamente la realización de otra conducta alternativa. Hay que tener en cuenta que la tarea directiva debe ser en aproximaciones sucesivas. Y cuando el terapeuta intuye que el cliente tiene la capacidad y la determinación para hacerlo. La tarea tiene que encuadrar en los miembros de la familia para que estos acepten realizarla. Las tareas tienen un objetivo claro y preciso, un tiempo limitado, para poder luego ser evaluadas; y deben estar justificadas teniendo en cuenta los estados emocionales y códigos de la familia. En general las razones tienen que tener un sentido coherente y guardar relación con el problema-queja y con su elaboración.

---

### **Prescripciones paradójales:**

---

Una paradoja es una contradicción en la que hay que deducir dos premisas congruentes. Habría una confusión de niveles entre algo abstracto y algo real.

Por ejemplo: "estoy mintiendo", una cosa es verdad solamente si no lo es. Al mismo tiempo que se informa algo se metacomunica lo contrario, es un mensaje delimitador.

---

### **Búsqueda de fortaleza:**

---

1. Esta estrategia requiere de trabajo asiduo el/la terapeuta para encontrar recursos, fortalezas personales y capacidades en los diferentes miembros de la familia con el propósito de que tengan una percepción más amplia y completa acerca de cada miembro de la familia, sobre todo que puedan comprobar que sí existe una aptitud favorable para la solución de problemas.
2. El/la terapeuta busca las zonas de fortaleza del hijo y otros miembros de la familia. Este proceso fomenta la conexión y facilita la individuación y diferenciación del adolescente.
3. Cuando el/la terapeuta se aboca a la tarea de buscar fortalezas, está convocando a los miembros de la familia a hacer lo mismo. Este movimiento del sistema provocará el establecimiento de nuevas jerarquías diferenciadas donde será posible advertir que la conducta adictiva cumple una función dentro de la familia: percibir al adolescente y/o adulto básicamente como sintomático e indiferenciado.
4. El efecto es que cuando el consumidor de drogas percibe, tanto en la sesión como en la familia, mayores recursos y fortalezas propias, iniciará un proceso de separación de la familia, dejando de ser la válvula de escape de los conflictos familiares y logrando la suficiente confianza en sí mismo para funcionar adecuadamente en otros contextos sociales.

---

### **Redefinición o Reencuadre:**

---

Consiste en cambiar la rotulación la problemática. Donde el terapeuta redefine la situación en términos positivos en busca que el PI se descargue un poco y cambie su percepción que tiene de sí mismo y de la problemática.

---

<sup>71</sup> Sierra, J., Fernández, M. La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. en Apuntes de Psicología, Vol. 27, núm. 2-3, pág.11. 2009.

Se puede utilizar en los casos donde el paciente es rotulado con una enfermedad como depresión o en casos donde existen triangulaciones en el cual el cliente es el que manifiesta el síntoma y por lo tanto se pueda ver la situación desde un punto diferente.

---

### **Desequilibramiento:**

---

Consiste en provocar una crisis, el objetivo es introducir novedad, variedad, y diversidad en la organización de la familia. Una crisis genuina, se produce en caso de ser cuestionadas y bloqueadas las estrategias usuales de reducir tensión.

El terapeuta activo puede producirla en la familia por alguno de los siguientes medios:

- 1) Dotación interrumpir con persistencia determinadas secuencias críticas hasta que surjan rutinas nuevas para la solución de problemas.
- 2) Reestructurar determinados subsistemas de la familia, con la consecuencia de quebrantar una regla crítica mantenedora del problema.
- 3) Una deliberada pauta de escenas en la conducta del grupo familiar, con arreglo a la cual los miembros que participan en el manejo de una emergencia sean reemplazados por otros que de ordinario permanecen en la periferia respecto del problema.

## TERAPIA FAMILIAR

### INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS CON ENFOQUE ESTRUCTURAL – ESTRATÉGICO

En este capítulo se ejemplifican algunas situaciones en las cuales se pueden apreciar los postulados de esta escuela, así como la aplicación de técnicas en situaciones de consumo de sustancias en particular (es importante mencionar que no son todas las situaciones en las cuales se presenta la familia, ni la única manera de intervenir ante ellas).

El/la terapeuta podrá hacer énfasis en explorar los temas relacionados a la *violencia familiar*, las *triangulaciones*, la *diferenciación de la persona que consume sustancias psicoactivas* y la *nutrición afectiva*, durante el proceso terapéutico, si lo considera necesario.

- ✓ Respetando tanto el tiempo personal para sentir y percibir a la familia, como su estilo, el/la terapeuta puede explorar de la siguiente manera: dirigirse al miembro más joven de la familia y verbalizar que:

#### Ejemplo:

Terapeuta: *Poniéndome en tú lugar debe de resultar un tanto confuso el estar por primera vez en una sesión de terapia familiar (esto favorece la construcción de la empatía y abre la posibilidad de que este miembro de la familia se exprese).*

Esperamos a que el sistema familiar reaccione y observamos cómo interactúan:

- ¿Quién toma la palabra primero?
  - ¿Quién lo secunda o por el contrario quién anula la idea anterior y propone otra?
  - ¿Quién encabeza la secuencia y sentido de los mensajes verbales?
  - ¿Qué género impone su supremacía o pretende hacerlo?, etc.
  - Puede asimismo preguntar al miembro más joven de la familia: *¿Sabes para qué estamos reunidos? ¿Quién te comentó acerca de para qué vienen a terapia familiar?*
- ✓ En Caso de utilizar el formato de *Evaluación Familiar*, en el apartado *Tipo de violencia*, en el rubro 4. Sexual, es infrecuente poder obtener información en la primera sesión, aspecto que no está directamente relacionado con las habilidades del/la terapeuta sino que es el resultado de que se combinen variables como la negligencia familiar, la necesidad de denunciar un abuso no escuchado por parte de su familia. La violencia familiar puede explorarse formulando una pregunta dirigida al miembro menos verbal y que menos contacto visual establece con el/la terapeuta:



#### Ejemplo:

Terapeuta: *¿Cómo haces para estar tan callado(a)?*

Familia: No responde a la primera pregunta.

Terapeuta: (Con la intención de incrementar la tensión del sistema familiar), *Si estás tan callado es obvio que para ti existe un riesgo para hablar. Al mismo tiempo que observa a los demás miembros de la familia.*

Terapeuta: *¿Me pregunto cuál será? ¿No hablas porque no tienes voz? o ¿no hablas porque no te autorizan hablar? ¿En esta familia cómo se acostumbra resolver los conflictos?*

- ✓ Las **Triangulaciones** pueden explorarse observando la disposición *geográfica* que despliegan los miembros de la familia en el consultorio, percatarse quién está sentado junto a quién y si esta cercanía

física es congruente con la cercanía emocional, es decir, si también se miran, se tocan, se retroalimentan positivamente en lo que cada uno verbaliza, si son cálidos recíprocamente, si evitan tocarse o mirarse, si se aprecia hostilidad, etcétera. Por otro lado, se puede explorar también por medio de aseveraciones o preguntas:

**Preguntas:**

- ✓ *¿Quién de la familia se entera primero acerca de que él consumió?*
- ✓ *¿Por qué se entera primero ella/él?*
- ✓ *¿Qué piensa Ud. de ser el último(a) en enterarse del consumo de su hijo(a)?*
- ✓ *Se puede aseverar: Creo que esa cercanía física que muestran aquí no es congruente con el modo en que se hablan uno al otro.*
- ✓ *Y observar cuál de los padres se esfuerza por fomentar una alianza con el hijo*

- ✓ El **Funcionamiento interaccional** puede explorarse observando en la manera cómo los miembros de la familia se esfuerzan por definir el problema:

**Preguntas:**

- ✓ *¿Quién se esfuerza más?*
- ✓ *¿Quién lo secunda?*
- ✓ *¿Quién se opone abiertamente o de forma encubierta?*
- ✓ *Preguntado a la familia ¿Qué esperan de la terapia?*
- ✓ *¿Qué metas quieren alcanzar? y observando cómo los miembros de la familia interactúan en torno a estas preguntas.*

- ✓ El **Funcionamiento organizacional** puede explorarse preguntando sobre *¿Quién toma las decisiones que la familia considera importantes?* También, se observa si los hijos se mantienen en su papel o llegan a intervenir en los conflictos conyugales por medio de verbalizaciones o actitudes de apoyo hacia determinado miembro de la pareja.

**Ejemplo:**

*Terapeuta: Pregunta al padre.- ¿Ha notado cómo Javier interviene cada vez que le pregunto algo a su madre acerca de cómo usted la trata como su esposa?*

- ✓ La **Nutrición afectiva** se puede explorar observando la capacidad de contención y respuesta emocional que muestran entre sí los miembros de la familia ante las expresiones afectivas dolorosas; percibiendo la empatía que manifiestan, al observar la frecuencia con que se hace presente la calidez afectiva entre los miembros de la familia, esforzándonos en detectar qué tanta capacidad manifiestan de poder diferenciar los comportamientos que generan problemas en la vida familiar de la identidad de las personas.

Es decir, la familia muestra capacidad de diferenciar si el enojo y/o frustración es por las conductas y no con las personas.

*“Qué tanta capacidad tiene la familia para transmitir: me enojo por lo que haces, no por lo que eres. Esto último, obliga a considerar los sentimientos de los miembros de la familia de ser reconocido, valorado y querido”.*

- ✓ La evaluación de la familia en términos de su **Corpus narrativo** puede explorarse al indagar acerca de los temas que la familia aborda en la sesión, tratando de profundizar:

### Ejemplo:

*Terapeuta: ¿A qué se refiere cuando dice que él debe hacerse un hombre respetable como lo fue su abuelo? ¿Qué es lo que aún no han dicho sobre el problema que describen?*

- ✓ Las *Redes de apoyo social de la familia* se puede explorar por medio de preguntas que vayan dirigidas a conocer si mantiene contacto con vecinos, instituciones religiosas, amigos, familiares.
- ✓ La **Diferenciación** del/a consumidor/a de sustancias psicoactivas, se puede explorar observando la frecuencia e intensidad con que éste formula comentarios a título personal o si los mismos son sólo una confirmación de lo que dice uno de los padres, es decir, percatarse que en la secuencia de la comunicación verbal el individuo; sí logra articular un discurso verbal diferenciado del de sus padres o por el contrario se subordina al discurso parental. En ocasiones, también podemos apreciar que el discurso de la persona que consume es *seudo* diferenciado.

### Puede explorar preguntando:

- *¿Qué planeas hacer cuando logres recuperarte de tu problema de consumo de sustancias?*
- *¿Dónde planeas vivir cuando decidas abandonar el hogar materno?*
- *Si no tuvieras un problema de consumo de sustancias... ¿Qué me podrías decir de tu vida?*
- *¿Qué pasaría si estuvieras convencido que tu opinión es abiertamente contraria a la de tu padre/madre?*

En el siguiente ejemplo se le el/la terapeuta retroalimenta a la familia, en donde verbaliza sutilmente cómo se engranan entre sí los *temas de violencia, las triangulaciones, la diferenciación del consumidor de sustancias psicoactivas y la nutrición afectiva.*

### Ejemplo:

*Terapeuta: Quisiera destacar que en la sesión anterior quienes más platicaron entre sí fueron el padre y el hijo...curiosamente cuando mamá intervenía, ambos al parecer perdían interés en proseguir la plática... pude notar que cuando la madre tomaba la palabra, los demás miembros de la familia callaban...incluso la madre decía que todo lo que decían estaba equivocado y aun así permanecían en silencio... ¿esto es frecuente?*

*Terapeuta: Recuerdo dos momentos en la sesión anterior en que Paola expresó sus sentimientos de tal forma que lloró, sin embargo, me impresionó verla muy sola y desatendida en ese momento...no recuerdo que alguien preguntara acerca de sus sentimientos o que se acercara a ella...*

Lo anterior es una forma en que se puede realizar una intervención También es importante favorecer una retroalimentación de los miembros de la familia acerca de lo que el/la terapeuta les mencionó en el párrafo anterior: *¿Cómo reciben lo que les estoy diciendo?* Se sugiere que la pregunta no sea dirigida a alguien en particular sino hacia el grupo. En el caso de que nadie responda, se puede optar por dirigirse al miembro de la familia que el/la terapeuta percibió como más verbal en la primera sesión. La finalidad es que el/la terapeuta no pierda la conducción inicial del sistema familiar. En el caso de que el sistema se resista a interactuar en función de la retroalimentación proporcionada por el terapeuta, éste puede optar por destacar la *capacidad* del sistema para permanecer en silencio y de *cerrar filas* contra las iniciativas para interactuar en lo verbal.

### Cómo se puede trabajar la construcción del vínculo terapéutico:

El/la terapeuta y la familia construyen un circuito de interacción constituido por mensajes verbales y no verbales, que inicia desde el primer encuentro entre ambos. En este proceso no sólo el/la terapeuta observa sino que también es observado por la familia.

#### Ayuda que el terapeuta se pregunte:

Terapeuta: *¿Qué sensaciones predominan en mí al interactuar con esta familia? ¿Qué puedo hacer para reducir la ansiedad que el sistema familiar manifiesta ante mi presencia y para que esta reducción también se traduzca en reducir mi propia ansiedad, beneficiando el inicio de la terapia?*

Asimismo se sugiere:

- ✓ Observar la manera en que los miembros de la familia se relacionan entre sí, la manera en que interactúan, para ir descubriendo el modo de *insertarse* dentro de la dinámica familiar. Por ejemplo: si percibimos hostilidad en las interacciones verbales y no verbales de los miembros de la familia, conviene al terapeuta no intervenir para frenar estas interacciones, salvo que alcancen un nivel de violencia verbal o física. Puede intervenir describiendo el proceso que observa y qué estados afectivos y sentimientos le despierta:

#### Ejemplo:

Terapeuta: *Francisco, veo que como padre le interesa mucho que su hijo cambie de actitud y sea más responsable, al mismo tiempo observo que la forma que emplea para transmitir esta preocupación tiende a ser un tanto hostil.*

*Esto me hace sentir incómodo y al mismo tiempo ansioso por encontrar la manera de serle más útil a usted y su familia...*

- ✓ Las interacciones en las familias hostiles se distinguen por adolecer de vínculos emocionales cercanos y estables. Los vínculos familiares se caracterizan por ser del tipo difusos o controladores (Minuchin, 1990).

Es decir, los miembros de este tipo de familias hostiles están habituados a relacionarse de manera indiferente y fría tanto de manera abierta como encubierta.

Es importante dejar que la familia *tome las riendas* de la sesión, la utilidad de esta maniobra es que nos ayuda a identificar:

- I. Cómo definen el motivo de consulta: las palabras que emplean, adjetivos calificativos que utilizan para describir el problema, creencias culturales que se hacen evidentes.
- II. Quién de los miembros de la familia se esfuerza por definir el problema, situación que nos sirve al mismo tiempo para identificar cómo se conforma la distribución del poder y jerarquías en la familia.

*Si es uno de los padres quien más se esfuerza por definir el motivo de consulta, qué tanto el otro padre refuerza los comentarios del anterior o por el contrario, qué tanto descalifica la descripción del motivo de consulta que hizo el primero, etc. Observar si es uno de los hijos/as el que se hace cargo de definir el motivo de consulta y ante esto también observar cómo reaccionan los padres.*

- III. Quién interactúa con quién, detectando quién/es marca/n la pauta de inicio y cómo se refuerza esta pauta dentro del sistema.

*Si comienza a hablar el padre de la familia, observamos con quién busca interactuar y si la persona que busca corresponde en la interacción o por el contrario la rechaza. Esta información nos sirve para decidir a qué miembro de la familia dirigir la interacción verbal que nos permita introducirnos en el sistema familiar.*

- IV. Quién queda excluido de las pautas de comunicación sustanciales; quién/es es/son invitado/s a estas pautas sólo como aliados con el objetivo de reforzar lo que se argumenta.

**Ejemplo:**

*Terapeuta: Observo que cuando usted habla (dirigiéndose al padre/madre) su hija lo secunda y cuando usted habla (dirigiéndose al padre/madre) su hijo lo secunda ¿esto es frecuente?*

**Temas sensibles en la familia:**

Es necesario, reconocer los temas sensibles que provocan resistencias en la familia para así respetar el proceso emocional y que nuestra presencia no resulte tan amenazante al sistema familiar. Por ejemplo: un duelo no elaborado, los conflictos relacionales entre la esposa y la madre del consumidor de sustancias psicoactivas, la infidelidad del esposo/a, el abuso sexual padecido por algún miembro de la familia, la violencia física entre el padre y el hijo, etcétera.

Lo recomendable, es que el/la terapeuta se posicione desde la escucha y la contención emocional, esforzándose por no hacer juicios de valor, además se debe considerar que:

- ✓ La presencia de temas sensibles en una familia no significa que tienen que *paralizar* al terapeuta y deba evadir abordarlos, sino que se abordaran estos temas cuando el/la terapeuta familiar haya logrado superar la fase en que resulta amenazante a la familia y tenga un vínculo terapéutico más cimentado.
- ✓ Tanto el lenguaje digital y analógico deben ser sumamente congruentes y matizados de una álgida sensibilidad empática que promueva en la familia la percepción no sólo de sentirse escuchados por parte del/la terapeuta sino, además, sentirse contenidos afectivamente; aspectos que sustentarán y darán un soporte afectivo y profesional a su sugerencia de referir a otro espacio el abordaje de temas vinculados con la adicción del consumidor que, sin embargo, no son el punto focal de esta terapia familiar.

**Interviniendo en la familia**

Como parte del desarrollo de la sesión, es necesario iniciar la detección sobre cómo reacciona la familia ante nuestras intervenciones para ello se debe prestar particular atención en:

- ✓ A quién preguntamos: si la pregunta va dirigida al miembro de la familia con más poder, al de mayor jerarquía, el más central, aquél que verbaliza más que ningún otro, etc. Es importante poder identificar qué miembros de la familia reaccionan con ansiedad, conductas de control, conductas evasivas, etc. como respuesta a nuestra intervención.
- ✓ Qué preguntamos: lo que ayuda a identificar los temas cargados de ansiedad para la familia, ya sea porque no están suficientemente elaborados, son secretos o quizás puedan develar triangulaciones hostiles de la familia.
- ✓ Vincularse con la familia en la sesión: compartir y vivir experiencias emocionales que son sumamente intensas porque a su vez activan segmentos de nuestra historia emocional individual.

*Vincularse es mostrar un interés genuino, el deseo de saber, conocer y aprender de y con la familia.*

- ✓ Buscar construir un vínculo terapéutico con la familia ya que implica que, como terapeutas, nos permitamos ser influenciados, impactados y afectados por la dinámica familiar, manifestada en sus pautas e interacciones más evidentes.
- ✓ ¿Cómo vincularse emocionalmente con la familia sin perder la autonomía terapéutica? En el contexto de tensión-transacción de la sesión, consultantes y consultados buscan el equilibrio entre ser y pertenecer, en cada momento de la experiencia emocional del intercambio. Es un constante hacer.

### **Cómo se puede trabajar en la determinación de las metas terapéuticas:**

Una de las primeras metas terapéuticas en las que tenemos que trabajar es en el logro de la abstinencia del consumo de sustancias. Para ello es importante considerar:

- ✓ Comprometer la cooperación de los miembros de la familia, que participarán de las sesiones, en el logro de esta primera y fundamental meta terapéutica. Manifestar a la familia.

*El consumo de sustancias psicoactivas y la adicción a ellas es un problema complejo y de difícil solución, sabemos que el impacto emocional en las familias es devastador, también sabemos que el esfuerzo familiar conjunto para entender y resolver este problema, renunciando a buscar culpables, incrementa las posibilidades de éxito en el abandono del consumo de sustancias psicoactivas.*

- ✓ Sensibilizar y promover que la familia no tolere las conductas problemáticas del consumidor de sustancias psicoactivas, la evasión de límites y reglas familiares, que los diferentes miembros de la familia asuman responsabilidades en el hogar, la escuela y/o trabajo. Hacer énfasis en distribuir las tareas familiares de manera equitativa entre los miembros de la familia y acorde a la edad de cada miembro y la función dentro del sistema.

#### **Ejemplo:**

Negociar y definir tareas para niños de seis años (ordenar sus zapatos, llevar la ropa sucia al lugar acordado, fijar la hora de ir a la cama, etc.), para adolescentes (establecer horarios de llegada a la casa, apoyar en la realización de las tareas domésticas, establecer como su responsabilidad las tareas escolares, etc.), para los padres (establecer la congruencia como eje rector de sus pautas relaciones con los diferentes miembros de la familia); si un padre usa los golpes como una herramienta de control sobre los demás, se mostrará incongruente cuando intervenga tratando de sancionar la conducta violenta de los hijos).

- ✓ Incluir los cambios esperados en la relación entre los subsistemas y el sistema de creencias de los miembros de la familia en las metas terapéuticas. Con lo cual se inicia la cimentación del concepto fundamental de interacción sistémica entre los miembros y cómo cada uno impacta en el otro.

Si un hijo/a comparte la habitación con sus padres, debe de privilegiarse la privacidad de los cónyuges su pertenencia exclusiva para ser ocupado por la pareja, como expresión simbólica de una demarcación fronteriza de subsistemas. Cuando las familias viven conformando una organización amalgamada, se sugiere exhortarlas a diferenciar los espacios de uso común: baño, cocina, comedor, etc. de aquellos espacios que pertenecen a la esfera de lo privado.

- ✓ Recordar que una de las metas terapéuticas esenciales es que el/la terapeuta se trace como objetivo permitirse conocer y aprender a aceptar a la familia con la que interactúa.

## MANEJO DE TRIANGULACIONES FAMILIARES

A continuación describiremos algunos escenarios que suelen presentarse en la atención de familias con problemas de adicción, conscientes de no poder abarcar la multiplicidad de conformaciones familiares que existen.

1. Cuando el consumidor de sustancias psicoactivas vive con sus padres.

Cuando asisten ambos padres es provechoso explorar cómo interactúan en torno al hijo consumidor con la finalidad de evaluar la presencia de triangulaciones.

Un tema focal es indagar cómo se conduce cada padre en torno al consumo: *¿Usted qué hace cuando sabe que su hijo consumió? ¿Le comenta a su esposo/a? Si su hijo/a le pide que no se lo comente al padre/madre ¿acepta?*

Que existan diferencias en torno a cómo cada padre intenta educar al hijo/a no es un sinónimo de la existencia de triangulaciones, para ello, es necesario que en la interacción esté presente la evasión de un conflicto conyugal, filial o paterno-filial.

Por ejemplo: "La conducta adictiva de Mario provoca en el sistema familiar que los diferentes miembros contacten con emociones intensas como la impotencia, sufrimiento, miedo, angustia, etc., ante la renuencia que él manifiesta por abandonar el consumo. Y además esta situación puede coincidir con la sospecha o confirmación, por parte de la madre de Mario, de que su esposo Joel le esté siendo infiel.

La madre, si aún no ha elaborado este impacto emocional en su papel de cónyuge, incrementa las posibilidades de que al no confrontar al esposo (a Joel) con el tema de la infidelidad, niegue la afectación emocional y como una maniobra evasiva presione, tanto ella como el padre, al hijo a que tenga una conducta de responsabilidad y honestidad ante su consumo de sustancias psicoactivas.

### Ejemplo:

La madre (dirigiéndose al terapeuta): *Él no es muy responsable (habla del hijo, consumidor de sustancias psicoactivas), y no quiere entender que debe ser responsable con la escuela y debe ser honesto si es que ya no quiere ir más a estudiar... Sí, responsabilidad y honestidad, en eso creo yo...*

Terapeuta (dirigiéndose a la madre): *¿Todos en la familia entienden lo importante que es para usted lo de ser responsables y honestos?*

La madre: *Bueno, honestamente no todos lo entienden, en eso se parece a su padre. Mi esposo es muy trabajador pero no sé por qué nunca le alcanza el dinero, llega bien noche, trabaja tanto, hasta los fines de semana ¿Usted cree?...*

Nótese cómo el discurso de la madre en su última intervención vincula al hijo con el padre en la falta de honestidad, además de darle otra connotación a la falta de honestidad del esposo, en términos de su dudosa fidelidad para con ella. En un breve segmento del discurso la madre está sobreponiendo, cuestiones del ejercicio de la paternidad/maternidad, con aspectos difusos y no abordados de la conflictiva conyugal, es así como se hace manifiesta una triangulación familiar; en donde el tema del hijo problemático se usa como un medio para expresar la tensión conyugal, que la pareja evade enfrentar.

La presión que la madre ejerce sobre el hijo consumidor es directamente proporcional a la que evade ejercer sobre su marido. Esta mujer en el ejercicio de estos dos papeles, madre y esposa, se conduce de modos contrastantes en cuanto a abogar por la honestidad, descuidando la nutrición afectiva de su hijo. El/la terapeuta puede registrar esto y entender cómo el chico se encuentra en un conflicto emocional, triangulado. Si logra detener su consumo de sustancias psicoactivas, su conducta deja de ser disfuncional; si ello ocurre aumentan las posibilidades de que el conflicto conyugal se haga explícito. Por ejemplo, el/la terapeuta cuando haya percibido esta triangulación puede hacer una maniobra terapéutica:

Por ejemplo:

*Terapeuta hacia el consumidor: Esa de estar en medio del “fuego cruzado” Al mismo tiempo que observa a los padres: Ellos, como que se dicen cosas sin decirlas. ¿No?*

También puede intentar poner el foco sobre sí mismo invitando a los padres a que triangulen con él. Por ejemplo, dirigiéndose a la madre: *¿Qué debería hacer yo para aparecer como irresponsable y deshonesto ante usted?*

## 2. Madre desplegando la función de proveedora.

Escenario donde la crianza del consumidor de sustancia psicoactiva descansó sobre los abuelos maternos, distinguiéndose por haber sido cualitativamente laxa y sobreprotectora, lo que activó sentimientos de celos y enojo en los tíos maternos dirigidos al consumidor de sustancia psicoactiva:

Estos sentimientos están articulados dentro de las pautas de crianza cargadas de rigidez, violencia y de la violencia que recibieron por parte de sus padres (los abuelos maternos del consumidor de sustancia psicoactiva).

Suele aparecer en el discurso de la familia que varias personas participaron de la crianza del consumidor de sustancia psicoactiva y que en la actualidad intentan dirigir su comportamiento:

Por ejemplo:

*La abuela materna dirigiéndose al terapeuta: Mis hijos me dicen que hice mal en quitarle la responsabilidad a ella (la madre de la persona que consume), pero, es que no comprenden que es un chico solo... No tiene padre, en cambio ellos (refiriéndose a sus hijos) nos tuvieron a nosotros dos... Además, ella sí se preocupa por alimentarlo y vestirlo (hacia la madre), en cambio ellos sólo critican y critican lo que nosotros hacemos...”*

Los tíos maternos del consumidor encuentran un medio para evadir verbalizar directamente sobre sus padres los sentimientos de dolor y sufrimiento que no han elaborado por la violencia vivida en la etapa de crianza a través de criticar a los abuelos maternos de éste por las conductas de sobreprotección que despliegan con él. La verbalización de esta experiencia emocional sólo es permisible al evadirla, enfocándose en criticar la conducta del papel de abuelos del consumidor.

Por ejemplo:

Se muestran duros e inflexibles con el sobrino:

*Tío: Él no sabe hacer nada, es un vago, le dieron todo y se lo siguen dando...no entienden (hacia la madre y los abuelos del consumidor) que le hacen daño. Necesitan ser firmes, duros y disciplinados con él para que aprenda...*

El/la terapeuta puede intentar articular la interacción de los tres subsistemas desde la escucha emocional de lo no verbalizado diciendo:

*Terapeuta: Es posible que todos tengan razón acerca de lo que se debe de hacer para solucionar los problemas, sin embargo considero que cada uno puede hablar acerca de lo que siente...para mí es importante conocer los recuerdos y sentimientos de la infancia y adolescencia de la madre y los tíos de Gustavo (consumidor)...*

El/la terapeuta puede percatarse de que está ante un sistema familiar sufriente y doliente: en lo explícito por el consumo de sustancia psicoactiva, en lo implícito y aún no verbalizado, por una serie de temas emocionales

pendientes de elaborarse en las relaciones internas de la familia de origen de la madre del consumidor de sustancia psicoactiva, que se están triangulando.

### 3. Madre que pugna por ejercer su papel de madre en su familia de origen.

Esto se puede dar cuando la madre soltera interactúa con su familia de origen bajo la base de una lucha de poder, de poder demostrar que tiene la capacidad y la autoridad moral para ejercer su maternaje.

Por ejemplo, la abuela materna descalifica a la madre abiertamente en presencia del consumidor de sustancias:

#### Por ejemplo:

La abuela (dirigiéndose al terapeuta): *Ella (haciendo alusión a la madre) no lo entiende, lo regaña mucho... Creo que no debió de ser madre tan chica...*

La madre: *Eso ya lo hemos hablado mamá, siempre me críticas, siempre. No hay nada que yo haga que te sientas satisfecha... Sabía usted (al terapeuta) que lo mismo me hacía en la escuela: criticarme y criticarme, me comparaba con mis primas... Con quién fuera.*

Terapeuta (hacia la abuela): *Son casi palpables las diferencias entre ambas, diferencias que no son recientes sino que llevan ya muchos años sin resolverse... Las críticas de la madre a la hija pasaron de criticar el papel como hija, estudiante y ahora en su papel de madre... Me pregunto (hacia la abuela) ¿Por qué la maltrata? No escuchar el dolor de alguien es una forma de maltrato-violencia emocional... Aquí, por lo que alcanzo a percibir, existe mucho de eso, desde hace mucho tiempo...*

En estas dinámicas familiares se construyen interacciones hostiles entre la abuela del consumidor de sustancias psicoactivas y la madre del mismo. Ambas luchando una con la otra por demostrar quién es mejor madre, el resultado es una lucha de poder y una triangulación en donde lo que menos atienden las adultas es a las necesidades emocionales y afectivas del individuo que consume sustancias.

Ejemplo, madre-abuela luchan verbalmente polemizando acerca de qué es mejor para el consumidor de sustancias psicoactivas sin habérselo preguntado, el/la terapeuta observa esto e interviene para destacar la triangulación que percibe:

#### Por ejemplo:

Terapeuta (dirigiéndose a ambas): *Ustedes polemizan acerca de qué es lo mejor para él, pero, nunca le preguntan qué es lo que él necesita... Esto que observo me hace pensar en que ustedes tienen problemas en su relación madre-hija y que las "broncas" de él son una "forma discreta" de sacar algo de las diferencias que las tienen tan distantes una de la otra... Dejen de ponerlo en medio y hablen directamente acerca de qué les disgusta una de la otra.*

Con esta maniobra el/la terapeuta asume su investidura al mismo tiempo que intenta un acercamiento hacia su meta de deshacer la triangulación del sistema. Lo frecuente es que las implicadas nieguen la triangulación o la minimicen. Por ello es importante el momento (timing) en que se haga la intervención.

### 4. Cuando el consumidor de sustancias psicoactivas es criado por los abuelos.

En el caso en que la madre de la persona que consume no se ha emancipado, es madre soltera y bastante joven, vive en la misma casa de su familia de origen y las interacciones de los miembros de la familia con ella se circunscriben en los papeles de hija/hermana y no la reconocen en su papel de madre. Con frecuencia incluso se le oculta al hijo quién es su verdadera madre.

Y en donde la madre a lo largo de la historia familiar asumió un papel secundario en la crianza de este hijo y la familia entera construye un secreto en torno a la paternidad y maternidad de este hijo/a.

Ejemplo, el/la terapeuta ha recibido información por parte de la familia acerca del secreto familiar, conocer esta información lo coloca en una situación compleja, por un lado, si accede a que permanezca el secreto corre el riesgo de significarle a la familia que está triangulado por la misma, por el contrario, si decide abrir prematuramente el secreto, corre el riesgo de perder la confianza que la familia empieza a depositar en él.

- ✓ ¿Cómo proceder clínicamente sabiéndose consciente de la triangulación en la que la familia lo ha colocado?
- ✓ ¿Cómo enviar un mensaje a la familia de no estar siendo controlado por ésta?

#### Ejemplo:

Terapeuta (dirigiéndose al consumidor): *Creo que empiezo a comprenderte cada vez más. No sólo tu consumo empezó como un secreto sino que ahora es un asunto de todos en tu familia, por lo tanto, una parte de tu vida pasó del secreto a ser pública.*

*Tu posición es difícil puesto que no puedes complacer a todos cuando tomas decisiones sobre cómo llevar tu vida, sobretodo siendo mayor de edad. Me parece que por el momento lo conveniente es no hacer nada...*

En esta breve intervención el/la terapeuta se está valiendo del consumidor de sustancias psicoactivas como un medio para verbalizar y transmitir lo que él siente y experimenta por el hecho de saberse triangulado, utiliza esto también como un medio de reducir la distancia entre él y el consumidor. Triangula a quien consume porque está consciente de que está evadiendo, provisionalmente, abrir el secreto familia.

La familia se dice a sí misma que construyó este secreto para no lastimar al consumidor de sustancias psicoactivas, sin embargo, la maniobra de ocultamiento revela no sólo la triangulación sino también las creencias profundas de la familia acerca del género, la sexualidad y la negación de los problemas.

El/la terapeuta puede hacer un alto en el curso de la sesión anterior y decidir quedarse con aquellos que él identifica como artífices fundamentales del secreto (la abuela y un hijo mayor, la abuela y el abuelo, etc.) con la finalidad de asentar que no estará dispuesto a guardar el secreto por tiempo indefinido, es decir, no está dispuesto a permanecer triangulado.

#### Ejemplo:

Terapeuta (hacia quienes decidió dejar en la sesión): *Los secretos son nocivos, anulan el ejercicio de la libertad en las personas y yo no estoy dispuesto a renunciar a mi libertad. El secreto tiene que ser revelado, no pueden esperar mucho, le ocultan (al consumidor de sustancias psicoactivas) algo que tiene derecho a saber de esta forma lo infantilizan... Recuerden, es un adulto, mayor de edad; enfrenten ustedes sus miedos de revelar el secreto.*

Informa además que hablará con el resto de los miembros de la familia acerca de la importancia de no ocultarse información.

Este es un sistema familiar que interactúa en torno a la existencia de secretos, con serios problemas para favorecer la individuación tanto de la madre del consumidor de sustancias psicoactivas como de los demás miembros de la familia, sumándose a la predominante sobreprotección como pauta de crianza.

Restableciendo en la sesión con todos los miembros de la familia el/la terapeuta puede intentar lo siguiente:

#### Por ejemplo:

Terapeuta: *Les informo que no permanecerá en secreto lo que dialogamos en privado las personas que permanecemos en el consultorio, provisionalmente se mantendrá así, pero, todos los que participamos en esa conversación estamos conscientes de la importancia de que el contenido sea revelado a todos los miembros restantes de la familia...*

Con las intervenciones anteriores el/la terapeuta está haciéndole saber a la familia que se ha dado cuenta de la tendencia de la familia a usar la triangulación como una pauta de interacción predominante. Reconoce la fuerza de la dinámica familiar, al mismo tiempo que con su actitud de apertura, escucha y contención para con los diferentes miembros envía un mensaje de autonomía terapéutica y su disposición a trabajar con la familia hacia el cambio.

El sistema terapéutico, que incluye al terapeuta y a la familia, plantea acciones y actitudes concretas en donde se puedan producir cambios y se agradece la presencia de los asistentes. Asimismo, puede dejar una frase o una tarea relacionada con la importancia de poder hablar con confianza y de un modo abierto sobre los problemas.

5. Cuando el consumidor de sustancias psicoactivas vive con la familia nuclear de la madre

En donde el padre biológico huyó abandonando su responsabilidad de ejercer su paternidad. De este secreto participan los miembros de la familia de origen de la madre:

I. Cuando se construyó un secreto:

Ejemplo, el/la terapeuta es enterado de este secreto en el curso de la sesión en presencia del consumidor de sustancias psicoactivas. Uno de los miembros de la familia de origen, frecuentemente la abuela materna del consumidor (a quien el/la terapeuta ya detectó como poseedora de la mayor jerarquía del sistema familiar), es quien informa al terapeuta:

**Ejemplo:**

Abuela materna (al terapeuta): *Creo que usted debe saber toda la verdad... Venimos para que nos ayude y si queremos que nos ayude debemos ser honestos con usted ¿No? Mire, la verdad es que hace poco él (mira al nieto consumidor de sustancias psicoactivas) se enteró de que su padre no es su padre... Mmm... Sí, es que yo vengo diciéndoles (mira a la madre del consumidor y su esposo) hace mucho tiempo que hicieron y hacen mal en darle de todo, sobre todo a él... Porque tienen más hijos, pero, él es un vago irresponsable... Yo misma me encargué de decirle la verdad porque no me gustan las mentiras, yo no crié así a mis hijos... Pero ellos no me quisieron hacer caso... Entonces para que se eduque le dije la verdad al muchacho...*

El/la terapeuta puede apreciar cómo la abuela, poseedora de jerarquía familiar, utiliza en lo verbal y analógico herramientas de control como la mirada, el discurso verbal que está compuesto de violencia en la forma de la descalificación, la manipulación y la rigidez: Debemos ser honestos con usted ¿no?... (Intenta comprometer al terapeuta a una alianza con ella), hicieron y hacen mal en darle de todo... Yo misma me encargué de decirle la verdad... (Critica la paternidad/maternidad de manera abierta, empleando la descalificación, al mismo tiempo que deja asentado que ella posee la jerarquía: Yo misma me encargué de decirle la verdad...

**Ejemplo:**

Terapeuta (a todo el sistema familiar, intentando una maniobra para no quedar triangulado por la abuela): *Estoy convencido de que aquí están pasando cosas que no tienen que ver con el consumo de sustancias psicoactivas...*

Terapeuta: *veo a una abuela preocupada por el consumo de su nieto, a unos padres paralizados ante la preocupación que usted demuestra (mira a la abuela), y a un joven bastante desorientado en medio de este 'fuego cruzado'...eso de revelar el secreto sobre quién es su verdadero padre biológico, fue una acción desesperada, con un buen propósito, sin embargo, con un método violento..."*

Los padres del consumidor de sustancias psicoactivas pueden reaccionar aceptando la fortaleza que manifiesta el/la terapeuta y verbalizar algo en relación a la descalificación que hizo la abuela o pueden permanecer aún replagados para ser espectadores de cómo terapeuta y abuela miden sus fuerzas. Para este momento del

proceso terapéutico el/la terapeuta está consciente de la relación conflictiva entre la abuela y los padres, quedando en medio de ellos el consumidor.

La maniobra que introdujo arriba cumple un doble propósito: evitar quedar triangulado al rechazar la invitación de la abuela de hacer una alianza y al mismo tiempo disminuir un poco la presión y angustia de los padres del consumidor al colocarse él como receptor de la violencia de la abuela....

**Ejemplo:**

Abuela (al terapeuta): *Yo le dije a ella (la madre) desde un principio que no debía casarse sólo para darle un padre a la criatura (el consumidor de sustancias), le dije que un error no se tapa cometiendo otro...*

Puede notarse que ahora la abuela está criticando la naturaleza del vínculo conyugal de los padres, al mismo tiempo que manifiesta su desacuerdo inicial por esta unión.

La elección conyugal de la madre del consumidor de sustancias psicoactivas fue hecha sobre todo para buscarle un padre al hijo. Al seleccionar pareja lo que buscaba encontrar es alguien que cumpliera la función paterna para el hijo. Por lo anterior el vínculo conyugal es pobre, de naturaleza distante.

**Ejemplo:**

Terapeuta (a la abuela): *Entonces usted considera que su nieto también puede llamarse 'error', además del nombre que ya tiene...*

Terapeuta (a la abuela): *Aún no me acostumbro a la forma en que usted describe los eventos de esta familia y cómo califica a las personas, mi percepción me dice que usted busca ayudar a los demás, al mismo tiempo que me doy cuenta que las formas que usa tienen un matiz violento...*

Con esta intervención el/la terapeuta envía un mensaje a la abuela en el cual la invita a una interacción frontal entre ambos, quitando del triángulo tanto a los padres como a la persona que consume. Para disminuir la reticencia de la abuela a la invitación, el/la terapeuta resignifica la conducta hostil de la abuela describiéndola como una forma de buscar ayuda sin saber cómo.

Terapeuta (al consumidor de sustancias psicoactivas): *¿Cómo ha cambiado tu vida con la revelación abrupta del secreto?*

El/la terapeuta muestra aquí su alto grado de sensibilidad y empatía con el sistema familiar: se muestra firme para señalar la presencia de formas violentas de interacción y ahora se intenta acercarse por la línea de los afectos al consumidor.

Consumidor de sustancias psicoactivas (al terapeuta): *No ha cambiado nada... Todo sigue igual.*

El/la terapeuta puede notar cómo el consumidor descalifica su aseveración buscando proteger a su familia, y también a sí mismo, al comentar que todo sigue igual. La respuesta del consumidor de sustancias psicoactivas coloca al terapeuta en una disyuntiva: insistir explorando por la línea de los afectos, alternativa que lo expone al riesgo de ser descalificado de forma hostil y verbal o que el consumidor decida silenciarse o puede optar también por hacer un viraje en su exploración a otra temática si es que considera que su abordaje de los

afectos fue muy prematura, corriendo el riesgo de ser interpretado por la familia como un terapeuta débil y bastante maleable.

Terapeuta: *Eso es imposible, nada es igual después de un secreto. Lo que sí puedes hacer es intentar creer que todo sigue igual, sin embargo eso es mágico, fantasioso... Como lo que le ocurre a los sentimientos, se "transforman", durante el consumo de sustancias psicoactivas... De hecho el consumo inicia como un secreto hasta que poco a poco se pierde el control y se hace evidente para la familia... Después ya nada es igual, por más que la familia desee que todo siga igual, lo único que resta hacer es aprender a integrar los cambios.*

El/la terapeuta decidió continuar explorando en los afectos, sólo que ahora implementa una estrategia donde intenta articular tres aspectos: al consumidor de sustancias psicoactivas, el secreto y los afectos de la familia.

Por medio de esta estrategia lo que busca es reducir la presión individual que experimenta el consumidor de sustancias psicoactivas, ante la posibilidad de revelar sus sentimientos.

## II. Cuando no se construye ningún secreto:

Escenario donde la madre se siente culpable por no haber podido conservar al padre del hijo para formar una familia. Este pensamiento rígido forma parte de su sistema de creencias. También los sentimientos de culpa en la madre provienen de su pobre proceso de diferenciación con su familia de origen, ya que de ésta emanan mensajes de descalificación constantes que ella asume.

En la sesión están presentes la madre, el consumidor de sustancias psicoactivas, la abuela materna del usuario y el esposo de la madre.

### Ejemplo:

Terapeuta (a la madre): *Entonces usted tiene que ponerse de acuerdo primero con su madre antes de decidir qué hacer con su hijo, es decir, si decide proceder sola sin consultarlo habrá problemas...*

La abuela (al terapeuta): *No, creo que usted no comprende bien lo que ocurre... Yo sólo la asesoro, le sugiero qué hacer pero ella siempre, siempre tiene la decisión final.*

La madre: *Ella siempre se mete en lo que yo decido, sobre todo siempre me dice algo cuando me equivoco, pero cuando hago las cosas bien no me dice nada.*

El consumidor de sustancias psicoactivas (a la madre): *Te dije que venir aquí no serviría de nada y menos en familia... Además creo que él (haciendo alusión al terapeuta) no sabe ni por donde va.*

Nótese en lo anterior cómo se conforman las interacciones de los miembros de la familia que tienden a la triangulación.

En un primer momento, el/la terapeuta busca establecer una interacción directa con la madre del consumidor de sustancias psicoactivas empleando un discurso revelador de la dinámica familiar que prevalece sobre la pobre diferenciación materna con su familia de origen. A este intento reacciona la abuela descalificando la capacidad de comprensión del terapeuta. Posteriormente, la participación del consumidor demuestra estar más apegado a la línea descalificatoria de la abuela.

Continuando con el ejemplo anterior, observe la intervención que es realizada para poder *maniobrar* en esta situación:

Terapeuta (al esposo de la madre del consumidor): *Y usted ¿Qué me puede decir acerca de qué ocurre con este muchacho?*

Esposo (al terapeuta): *Yo no sé nada... He intentado hablar con él pero no me hace caso, no me entiende, cree que siempre lo quiero regañar... Entonces mejor desisto y dejo que haga lo que quiera...*

Abuela: *Ella no debió casarse tan chica...se lo he dicho muchas veces, pero nunca me obedece.*

El/la terapeuta puede notar la triangulación en la que se encuentra el consumidor de sustancias psicoactivas. Puede notar que los miembros de la familia cuando verbalizan los conflictos existentes se dirigen a él, evadiendo interactuar entre ellos.

Terapeuta (al consumidor y a los demás miembros de la familia): *Sé muy bien por donde voy... Creo que usted aún no sabe a dónde quiero llegar (dirigiéndose a la abuela), pero no sea impaciente, no deje que la angustia se apodere de usted. Por otro lado, veo que entre todos ustedes hay problemas no resueltos: no se respetan, no se escuchan, se sabotean, se descalifican... Esto debe cambiar para que puedan ayudarte a ti con tu consumo de drogas”.*

El/la terapeuta se decidió por una intervención cargada de firmeza y determinación en su trabajo, al mismo tiempo que intenta verbalizar los afectos del usuario cuando hace referencia a la angustia y finalmente, decide también destacar la incongruencia que existe entre los miembros de la familia que verbalizan desear un cambio, pero, sin poder aprender primero a respetarse y ponerse de acuerdo.

- ✓ El/la terapeuta debe retomar del discurso de la familia las formas en que se reproduce las conductas violentas.
- ✓ Es importante hacer énfasis en que estos patrones familiares de relación (triangular, violencia y pobre nutrición afectiva) llevan muchos años presente con ellos y clarificar la importancia que para el desarrollo psicológico y emocional tienen erradicar sus prácticas.
- ✓ Mostrar firmeza y empatía en el discurso; el primero para señalar lo disfuncional que opera en contra de las metas terapéuticas que se trazaron y lo segundo para favorecer la escucha del sistema familiar.
- ✓ No olvidar referir la presencia de duelos no resueltos y casos de abuso sexual a las instancias correspondientes.

#### **Indicadores de cambio:**

- Que los miembros de la familia comiencen a interactuar de manera un tanto más directa.
- Notar que los miembros de la familia incrementan su tolerancia ante las intervenciones del terapeuta y que buscan elucidar cómo interactúan de forma triangulada.
- Que los padres del consumidor de sustancias psicoactivas sean capaces de ser congruentes cuando verbalizan estar decididos en contribuir a la emancipación del hijo y que en la práctica lo hagan. Lo que se pueda apreciar en el consultorio.

#### **DIFERENCIACIÓN DEL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Es importante que el/la terapeuta conozca un poco más sobre la familia de origen del consumidor/a, con el propósito de identificar qué patrones relacionales se han estado repitiendo, cuáles no y qué pautas de interacción se han estado manifestando en relación a la independencia y autonomía de la historia familiar de generaciones pasadas.

## Problemas de diferenciación de la familia de origen.

Uno de los escenarios que *se pueden* presentar, es el de los problemas de diferenciación de la familia de origen, estas situaciones pueden llegar a ser muy comunes en nuestra cultura mexicana, podríamos mencionar a las “familias muégano” que se constituyen con integrantes demasiado fraternizados y/o parentalizados, con dificultades para lograr diferenciar su propia vida de la de los demás integrantes de la familia.

Estas interacciones son sostenidas por padres ubicados en los extremos de sus funciones que decidieron educar muy rígidamente a sus hijos para poder delegar en ellos las funciones parentales como el cuidado de sus hermanos y del hogar, de este modo tratan de generar en ellos que sean más responsables, maduros y experimentados para un futuro que falten los padres, esto es un tipo de preparación física, psicológica y emocional de parte de unos padres preocupados por la supervivencia y manutención de la familia nuclear, sin saber que ellos mismos pueden estar provocando un necesario escape del hijo/a a quien se le están depositando todas esas funciones y responsabilidades sin que ellos puedan decidir independiente y autónomamente si es eso lo que necesitan en la etapa vital por la que están pasando, considerando además toda la complejidad que encierra la adolescencia y la juventud, como etapas de cambio y aprendizaje.

Así esto puede ocasionar una contrapostura en rechazo a esa delegación de funciones por parte de los padres o incluso de la familia extensa, como son los abuelos o tíos, en dado caso que la familia nuclear tenga sus fronteras muy abiertas hacia el exterior.

La familia puede llegar a presentar inconformidad, desaprobación, inquietud, ansiedad y/o angustia por el hecho de que el consumidor se pueda desprender un poco de la familia, sobre todo en el caso de que se trate de una familia *muégano*, sin embargo, si se trata de una familia laxa sin fronteras bien definidas y abiertas en extremo al exterior, puede parecer paradójico que el/la terapeuta quiera favorecer que el consumidor se independice y autonomice, en este caso la tarea del/la terapeuta requiere descubrir las necesidades de la familia y comenzar a favorecer una estructura más sólida para todos ellos; el/la terapeuta puede vislumbrarles una dinámica más prometedora hacia el futuro siempre que se logren los objetivos para ser una familia con más responsabilidades compartidas, límites mejor definidos hacia el interior- exterior y con el retorno de la confianza básica para que el consumidor maneje más seguridad y comience a generar sus propios objetivos- metas para su presente y futuro.

1. Es necesario revisar la relación del *holon* parental ya que esto le dará más seguridad al mismo terapeuta para trazar sus líneas de intervención en este tema, tan importante para el consumidor y que sin duda guarda mucha relación con los posibles conflictos que pudieran estar sucediendo en la relación padre-madre.
2. El explorar el *holon* parental es de suma importancia para el trabajo terapéutico familiar debido a que el terapeuta debe contemplar qué situaciones están manteniendo al consumidor de sustancia psicoactiva en el papel de “enfermo” para que la familia no llegue a su fin o no tenga alguna situación que cuidar más adelante, tales como la depresión, violencia intrafamiliar, enfermedades psicosomáticas e incluso que algún otro miembro de la familia muestre indicios de adicción a cualquier tipo de sustancias psicoactivas.

## INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS DEL GRUPO DE MILÁN

### Explorando la dinámica familiar.

Uno de los escenarios que se podrán revisar en este apartado son las pautas de interacción entre los integrantes de la familia. Esto se puede abordar con el uso del cuestionamiento circular (Boscolo y Cecchin, 1970)<sup>72</sup>, donde el terapeuta\* *transita* entre el tiempo pasado, presente y futuro; el objetivo es detectar las diferencias en las relaciones que la familia ha experimentado antes y después del problema, esta es una técnica de entrevista que difiere de otras por ser eminentemente relacional (Eguiluz, Rodríguez, 2004<sup>73</sup>), a continuación se ejemplifica una entrevista de este tipo:

#### Ejemplo:

Terapeuta hacia el padre: *Señor, ¿cómo cree que es la relación que tienen su esposa y su hijo?*

El padre: *Bien.*

El terapeuta intentando explorar aún más la dinámica relacional puede preguntar: *¿Qué es bien? Trate de explicarlo.*

Otra manera de explorar es cuando el terapeuta se dirige a la madre: *Señora, descríbame cómo se llevan su esposo y su hijo.*

La madre responde: *Muy bien.*

El terapeuta intenta ahondar en la dinámica relacional: *¿Qué hacen para que se lleven muy bien?*

Terapeuta hacia el consumidor de sustancias psicoactivas: *¿Cómo se llevan tus papás?*

Aquél responde: *Más o menos.*

El terapeuta explora la dinámica relacional: *¿Qué hacen o qué no hacen para que se lleven así?*

A modo de esquematizar el sistema de relaciones e interacciones de estos tres miembros de la familia el terapeuta puede comentar: *Entonces, si madre e hijo se llevan bien, padre e hijo se llevan muy bien y entre los padres hay una relación más o menos, ¿Qué estará pasando para que el único hijo de esta familia este consumiendo sustancias psicoactivas?*

Otras preguntas que se pueden hacer a la familia para conocer más de sus relaciones y de ellos en relación al contexto del consumo de sustancias psicoactivas son las siguientes:

- En referencia a las diferencias y cambios con relación al problema: *¿Está pasando ahora algo diferente con relación al consumo?*
- En referencia a las diferencias y cambios con relación a las soluciones: *¿Qué estarán haciendo ahora que se observa este cambio?*
- En referencia a las diferencias y cambios con relación a la duración del tiempo: *¿En qué época papá y mamá tenían más puntos de acuerdo? ¿Cuánto tiempo duró esto?*
- En referencia a las diferencias y cambios con relación a las conductas de interacción: *¿Lo que hace cada uno de ustedes cuando él o ella está bajo el influjo de una sustancias psicoactivas, es diferente de lo que hacían antes de que él o ella consumiera sustancias psicoactivas?*
- En referencia a diferencias y cambios con relación a conductas específicas: *¿Tus padres te dan más cuidado y atención cuando estas bajo el influjo de una sustancias psicoactivas?*
- Refiriéndose a diferencias y cambios con relación al contexto: *¿Qué pasaría en la familia, si tú ya no consumieras sustancias psicoactivas?*
- Refiriéndose a diferencias y cambios con relación a los sentimientos: *¿Tus sentimientos hacia tus padres son iguales o diferentes ahora que sabes lo que nos han compartido de su infancia?*
- Refiriéndose a diferencias y cambios con relación a las creencias: *¿Qué cambiaría si tus padres creyeran que los consumidores de sustancias psicoactivas realmente sí pueden rehabilitarse?*
- Refiriéndose a la comparación y clasificación con relación al problema: *Cuando tú estás bajo el influjo de sustancias psicoactivas, ¿quién se entera primero, quién después, etcétera?*

<sup>72</sup>Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica.* Amorrortu editores.

\*El autor se refiere hacia los terapeutas indiscriminadamente en femenino y masculino a lo largo del documento

<sup>73</sup>Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día.* Pax México.

- Refiriéndose a la comparación y clasificación con relación a las soluciones: *¿Quién se ha esforzado por resolver el problema de consumo de sustancias psicoactivas?, ¿Hay alguien de la familia extensa que ha hecho algo por esto?* (Eguiluz, Rodríguez, 2004<sup>74</sup>).

Diseñar líneas de interacción del terapeuta:

Los/las terapeutas desde esta perspectiva de interrogación pueden empezar a plantear líneas de interacción para aplicarlas a lo largo del tratamiento, estas líneas sirven para que los/las terapeutas tomen de suma importancia el mantener una postura a beneficio de la familia. Por ejemplo:

- ✓ Primera línea de interacción: lograr un enganche terapéutico sólido para que la familia regrese interesada al cambio. Esto se puede lograr siendo neutrales en las intervenciones que se hagan con cada uno de los miembros de la familia (Boscolo y Cecchin, 1970).

**Ejemplo:**

Terapeuta: Entiendo que los tres integrantes de esta familia han estado pasando por tiempos difíciles por la situación del consumo de sustancias psicoactivas.

Con esta forma de dirigirse al sistema familiar se está manifestando la intención de ser neutral ya que se muestra comprensión a los padres y al consumidor/a. Mantener la neutralidad significa ser capaz de moverse en medio de discursos antagónicos sin dejarse atrapar por ninguno de ellos. Ser neutral se convierte en sinónimo de esforzarse en no ser inducido por la familia y ser capaz de actuar libremente dentro de la terapia (Boscolo y Cecchin, 1970)<sup>75</sup>

- ✓ Segunda línea de interacción: lograr que la familia se sienta escuchada y contenida para que se posibilite la conformación de un contexto terapéutico favorable para expresar los afectos y conflictos.

Esto se puede crear manteniendo una postura empática, sensible y consciente del abordaje que se realiza con familias de consumidores de sustancias psicoactivas.

**Ejemplo:**

Se observa que la hija menor de la familia llora al mismo tiempo que sus padres se esfuerzan por describir la gravedad de sus problemas familiares, se interrumpe la secuencia dirigiéndose a los padres: Noto que para ustedes es muy importante darme detalles de cómo afecta a la familia el consumo de Pablo, pero, no puedo evitar distraerme cuando su hija menor está llorando amargamente...

- ✓ Tercera línea de interacción: que las intervenciones del terapeuta favorezcan el establecimiento de un nuevo discurso familiar y así puedan comenzar a interesarse en formas alternas de interacción. Esto se puede lograr comenzando a responsabilizar a cada uno de los integrantes de la familia en el problema del uso de sustancias psicoactivas.

Estas líneas de interacción terapéutica podrán ayudar a dirigir las siguientes sesiones ya que se pueden visualizar como metas a alcanzar por parte del/la terapeuta en beneficio de la familia.

**Retroalimentación.**

Al término de esta sesión el/la terapeuta puede ofrecer una retroalimentación acerca de tener impresiones como:

**Ejemplo:**

*El hijo de esta familia con consumo de sustancias psicoactivas podría estar desviando la atención de un problema de pareja entre sus padres, es probable que por ello, el hijo tenga la necesidad de no crecer psicológica y emocionalmente, aunque no se dé cuenta de ello...*

Asentado que son impresiones clínicas que él tiene, agradeciendo la disposición de la familia para el trabajo familiar conjunto.

<sup>74</sup>Eguiluz, L. (2004). Terapia Familiar. Su uso hoy en día. Pax México.

<sup>75</sup>Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). Terapia familiar sistémica de Milán Diálogos sobre teoría y práctica. Amorrortu editores.

## RECONTRATACIÓN

La posibilidad de hacer un nuevo contrato terapéutico con la familia desde la terapia familiar, será contemplado sólo con la finalidad de reforzar algunos de los temas tratados y/o temas sensibles que se desprendieran del trabajo con los mismos: infidelidad conyugal, tanto en la relación conyugal del consumidor de sustancias psicoactivas como en la relación conyugal de sus padres, revelación de algún secreto familiar que ponga en riesgo los avances alcanzados en los objetivos terapéuticos, revelación de un abuso sexual, y todo tema que el/la terapeuta considere importante reforzar y/o a petición expresa de la familia.

Es importante que la recontractación considere un encuadre diferente, de acuerdo a la temática en la que se desee profundizar.

### Infidelidad en la relación conyugal del consumidor de sustancias psicoactivas:

- ✓ Sólo deben de participar los miembros de la pareja.
- ✓ De acuerdo a la intensidad de la crisis valorar sesiones semanales o quincenales.
- ✓ La meta es comprometerlos a un trabajo terapéutico de mayor duración en otra institución donde reciban terapia de pareja.
- ✓ El número máximo de sesiones debe de ser de cinco, ya que se debe recordar que el foco de atención de la terapia familiar se centra en facilitar con este trabajo la creación de las condiciones necesarias en la familia que apoyen el cesé del consumo de sustancias.

### Infidelidad conyugal no elaborada en los padres del consumidor de sustancias psicoactivas.

- ✓ El número máximo de sesiones debe de ser de cinco, por las razones ya expuestas.
- ✓ Se sugiere agendar sesiones quincenales.
- ✓ Sólo participan los miembros de la pareja; acaso se puede considerar la inclusión del consumidor de drogas en una sesión con el propósito clínico de elucidar la triangulación de la que forma parte en la medida en que la infidelidad no está elaborada por los padres.
- ✓ La meta es comprometerlos a buscar ayuda y lograr resolver esta crisis conyugal aún no elaborada, sobre todo por el riesgo que representa que de continuar así se recurra a la triangulación de los conflictos conyugales con el consumidor de sustancias psicoactivas.

### Revelación de un abuso sexual:

- ✓ Las primeras sesiones<sup>76</sup> debe destinarse al individuo víctima del abuso. Esto como una manifestación de la escucha emocional del/la terapeuta que se encargó de construir un espacio terapéutico contenedor, lo que permitió la verbalización del abuso sexual. El foco es impulsarlo a una búsqueda de ayuda psicoterapéutica que contribuya a superar la experiencia. El/la terapeuta describe las conexiones emocionales entre el abuso sexual y los mecanismos de evasión a través del consumo de sustancias psicoactivas.
- ✓ Destinar sesiones con los padres del consumidor de sustancias psicoactivas, donde el/la terapeuta se esfuerce por lograr que los padres activen sus capacidades nutricias de afecto por medio de escuchar el dolor emocional del hijo e identificar la depresión anímica que se puede esconder en el consumo de sustancias psicoactivas.
- ✓ Destinar sesiones con la esposa/pareja del consumidor de sustancias psicoactivas y si el/la terapeuta considera pertinente incluir al esposo/pareja con la finalidad de crear un espacio de escucha y contención emocional en pareja, contribuyendo además a desmitificar creencias de género sobre la masculinidad.
- ✓ Se sugiere que la frecuencia de las sesiones sea semanal.

<sup>76</sup> **Nota:** Es importante que sea el/la terapeuta quién valore la cantidad de sesiones que asigne de acuerdo a las necesidades del /la paciente y su familia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, H. (1997); Levin, L. y Tarragona, (1998). En Alexis Ibarra Martínez. ¿Qué es la Terapia Colaborativa? Revisado en: [www.redalyc.org](http://www.redalyc.org)
- Arango C., Ana M., Miguel F. (2009) Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico.
- Becoña, I.E. y Cortés, T.M. (2010) Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones: Terapias Centradas en la familia. Sociodrogalcohol.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). Terapia familiar sistémica de Milán Diálogos sobre teoría y práctica. Amorrortu editores.
- Botella, L. (1999). Constructivismo y construccionismo en terapia familiar: pragmática, semántica y retórica. Revista Argentina de Clínica Psicológica.
- Centeno, L. (2003) El uso de la metáfora en el trabajo de psicoterapia breve. Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán. Núm. 226.
- Cibanal, L. (2006) Introducción a la sistémica y terapia familiar. Ed. Club Universitario. España.
- Díaz, R. (2007), El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista. Cipra, Circulo de Psicoterapia Cognitivo Constructivista. <http://www.cipra.cl>
- Droguett, V. (2014) Terapia familiar breve estratégica en el tratamiento de adolescentes con consumo perjudicial de drogas. Rev. Psiquiatría universitaria, págs. 64 – 70.
- Eguiluz, L. (2004). Terapia familiar. Su uso hoy en día. Pax México.
- Fernández, C. (2006). Modelo de terapia familiar Multidimensional con perspectiva de Género. México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección General.
- Hoffman, L. (1984). Fundamentos de Terapia Familiar. Editorial F.C.E. Cap. III
- Framo, J. (1996). Familia de origen y psicoterapia. Un enfoque intergeneracional. Paidós, España.
- Galanter, M., Kleber, H.D. (1997) Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Pres, España. Ed. Barcelona.
- Girón, S. (1998). Abordaje familiar del alcoholismo. En Revista Sistémica N° 4-5, pp. 65-88.
- Gómez, A. (1980). Raíces y Frutos del Pensamiento Sistémico en Psiquiatría. En Salud Mental, Vol. 3, N° 3.
- Huerta y Cols. (2014) Guía de Intervención Clínica para la Terapia Grupal. México: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Tratamiento, Subdirección de Consulta Externa.
- Límon, A.G. (2005) Terapias Postmodernas. Ed. Pax México.
- Macías, R. (1988) Notas para la Historia de la Terapia Familiar en México. Revista de Psicoterapia y Familia. Vol. 1 N° 1, pp. 18-25.
- Marcos, J.A y Garrido, M. (2009) La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. Apuntes de Psicología, Vol. 27, número 2 – 3, págs. 229 – 362.
- Midori, H., Brown, J (1998) La práctica de la Terapia de Familia: Elementos clave en diferentes modelos. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Minuchin, S., Fishman, H. (1996). Técnicas de Terapia Familiar. Paidós, México.
- Minuchin, S. (2003) Familias y terapia familiar. Barcelona.
- Molina, V. B. (1982) Génesis, Desarrollo y Práctica de la Terapia Familiar. En Hospital Mental de Antioquía, Boletín Informativo N° 1, pp. 20-36.
- Nolasco, P. (1988) ¿Qué es Terapia Familiar? Revista Médica Hondureña. Pág. 1- 6.
- Ochoa, A. I. (1995) Enfoques de Terapia Familiar Sistémica. Editorial Herder. Barcelona, España.
- Sánchez, D.G. (2004) Terapia Familiar: modelos y técnicas. Editorial El Manual Moderno. México.
- Sánchez, R. L. (2003). Aspectos Históricos y Enfoques de la Terapia Familiar. Editorial Universidad del Valle, Colombia
- Sierra, J., Fernández, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. en Apuntes de Psicología, Vol. 27, núm. 2-3, pág.11.
- Steve De Shazer (1993) Entrevista, con "Perspectivas Sistémicas". La nueva comunicación. Art. On line. N.28 Año 6 septiembre/octubre de 1993. <http://www.redsistemica.com>
- Stanton, D., Todd, T. y cols. (1999). Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Gedisa, Barcelona.
- Stanton, D., Shadish, W. (1997): Outcome, Attrition, and Family-Couples Treatment for Drug Abuse: A Meta-analysis and Review of the Controlled, Comparative Studies. Psychol Bull 122 (2): 170-191.
- Tarragona, SM, (2006) Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones (México). Psicología Conductual. 14 (3): 511 -532.

- Ulivi, G. (2000) Terapia Breve Centrada en la solución como modelo de Terapia familia de toxicómanos. Rev. Adicciones.
- Whitaker, C. (1992). Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar. Paidós, Barcelona.