



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**LA CO-CONSTRUCCIÓN DE LA NARRATIVA FAMILIAR
SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
Aymé Yolanda Pacheco Trejo**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO:

DIRECTORA: Dra. María Suárez Castillo

COMITÉ: Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo

Dra. María Emily Reiko Ito Sugiyama

Dra. Claudia Saucedo Ramos

Dr. Rafael Pérez Taylor

Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

Dr. Pedro Antonio Sánchez Escobedo

México, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Dedico esta tesis a la memoria
de José, mi amado hijo
Fuiste mi sueño mejor
Te llevo siempre conmigo*

En memoria de mis queridos padres Moisés y Addy

Una lagrima por cada palabra

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer infinita y enfáticamente la valiosa ayuda de mi tutora Dra. María Suárez Castillo.

Mar mil gracia por tu guía constante en todos los aspectos que implicó este periplo doctoral, el tiempo contigo ha sido para mí de gran inspiración y aprendizaje.

Con gran admiración y cariño

Quiero dar las gracias a la Dra Emily Ito por compartir conmigo su sabiduría, enorme paciencia e interés humano y académico en este tiempo.

Gracias Emily por la dedicación y conocimiento que compartiste conmigo en estos cuatro años; no sólo en lo académico, sino también en mis procesos de vida. Para mí, ha sido un enorme privilegio haber construido este tiempo contigo.

A mi comité tutorial: Dra. Luz de Lourdes Eguiluz, Dra. Claudia Saucedo, Dra. Kalina Martínez y Dr. Pedro Sánchez por su valiosa retroalimentación en la realización de la tesis.

A las familias participantes

A las mujeres entrevistadas, ¡tan valientes!, gracias por compartir conmigo sus vidas

Aprendí tanto de ustedes, como del doctorado mismo

Reescribí mi historia a la par

por eso esta tesis es más suya que mía.

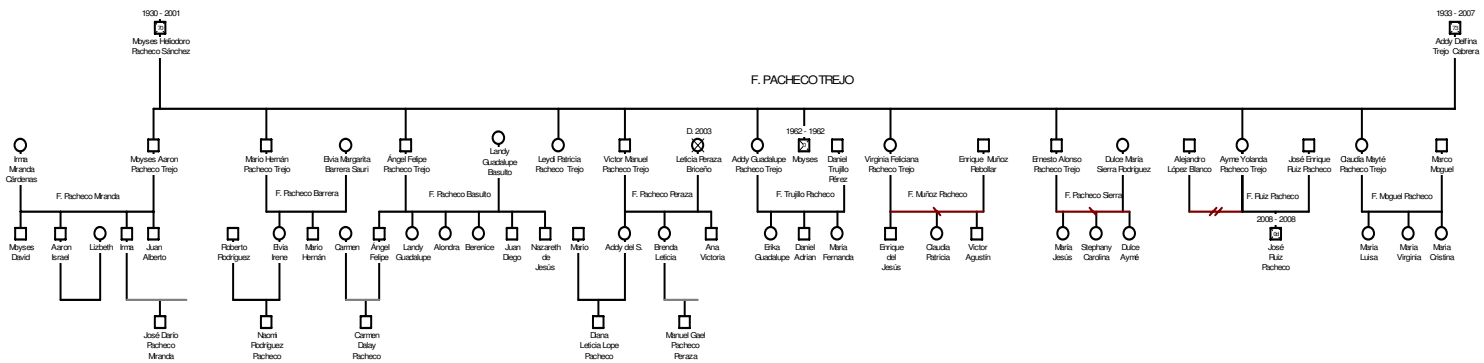
***A Enrique Ruiz Pacheco.
Amor, tú eres mi casa***

*A mis hermanos mayores:
Moisés, por toda la fe que ha depositado en mí en
todos estos años, General, gracias mil, por inspirarme la vida*

Patricia, ejemplo constante de valor y fe

A mis hermanos: Mario, Felipe, Víctor, Ernesto, Lupita, Cory y Claudia

A mi querida y gran, gran familia Pacheco.



A mis suegros Zoemy Pacheco Pérez y Enrique Ruiz Beltrán

A mis queridos amigos:

*Antonio, amigo, por las charlas interminables, por tu comprensión
y apoyo en tiempos difíciles.*

*Kalina, amiga de tantos años, por todo el tiempo y aventuras que hemos pasados juntas
aun a distancia... y porque brindemos a los cincuenta, bellas y felices*

*Karen, querida amiga. Gracias por todo este tiempo, por la solidaridad, la
complicidad, la tristeza y la alegría compartida.*

*Lorely, gemela astral, mi hermana, qué más he de decirte, todos los momentos
importantes de mi vida “adulta” has estado conmigo. Mil gracias por tu presencia*

Mariana, mil gracias por tu mano amiga.

*Yo prefiero hablar de cosas imposibles
Porque de lo posible se sabe demasiado
(Silvio Rodríguez)*

Nunca la vida es nuestra, es de los otros,
la vida no es de nadie, todos somos
la vida —pan de sol para los otros,
los otros todos que nosotros somos—,
soy otro cuando soy, los actos míos
son más míos si son también de todos,
para que pueda ser he de ser otro,
salir de mí, buscarme entre los otros,
los otros que no son si yo no existo,
los otros que me dan plena existencia,
no soy, no hay yo, siempre somos nosotros
(Octavio Paz, Piedra de sol)

ÍNDICE

Resumen	1
Summary	2
INTRODUCCIÓN	3
I ANTECEDENTES TEÓRICOS	13
1.1 La mirada hegemónica: Los discursos dominantes sobre las drogas	13
1.1.1. Las ciencias como narrativas.	13
1.1.2 La medicalización de la vida: las drogas como problema	20
1.1.3 El modelo médico hegemónico y la constitución de los discursos sobre las drogas.	23
1.1.4 Heterocontroles en el discurso sobre las drogas.	32
1.2. Saberes alternativos sobre las drogas. Deconstruyendo la verdad oficial.	35
1.2.1 Usos y sentidos de las drogas. Otra mirada.	38
1.3 Drogas como parte del proceso de autoatención. La articulación de los saberes legos y científicos.	46
1.4 Co-construyendo historias. Elementos que posibilitan la generación de relatos alternativos	52
II METODO	59
2.1 Planteamiento del problema	59
2.2 Sustento teórico-metodológico.	64
2.3 Medios de exploración	66
2.3.1 Entrevista semi-estructurada	66
2.3.2 Elaboración de la guía de entrevista.	67
2.4 Entrenamiento previo al trabajo de campo.	69
2.5 Propuesta de análisis	70
2.6 Descripción de los encuentros de conversación	72
2.6.1 Escenario donde se realizaron las entrevistas	72
2.6.2 Contacto con el sistema familiar	73
2.6.3. Descripción de las familias participantes	74
III ANÁLISIS	77
3.1 Las historias familiares	77
3.2 Situación inicial	81
3.2.1 <i>El consumo como todos los males</i>	81
3.3. Consecuencias	86
3.3.1 <i>Son tantas las emociones</i>	86
3.4 Complicación y contradicciones	90
3.4.1 <i>Se armaba en grande lo de siempre</i>	90
3.4.2 <i>El monstruo y la oveja negra</i>	93
3.4.3 <i>Una ausencia muy grande</i>	95
3.4.4. <i>Alguien que me quiera</i>	98
3.4.5 <i>Un lugar donde se puede cambiar</i>	100
3.4.6 <i>Ser mujer, ser madre, ser consumidora</i>	105
3.4.6.1 <i>Yo, la peor de todas</i>	105
3.4.6.2 <i>Las acciones cuentan</i>	108
3.4.6.3 <i>Los hombres beben y es normal</i>	112
3.4.6.4 <i>Cura para el dolor</i>	115

3.5 Transformación	117
3.5.1 <i>Vencer los miedos.</i>	117
3.5.2 <i>Es diferente sin alcohol</i>	122
3.5.3 <i>Es posible convivir</i>	123
3.5.4 <i>Lo que hemos logrado ha sido por ella</i>	126
 IV DISCUSIÓN	 135
4.1 Del monorelato a las historias múltiples.	135
4.1.1 El tema de la enfermedad y conflicto derivado del discurso disciplinario como relato inicial.	135
4.1.1.1 El estereotipo atribuido al concepto de “droga”	137
4.1.1.2 El fetichismo de la sustancia	139
4.1.1.3 El estereotipo de la imagen del usuario de drogas y de sus familias	142
4.1.2 Discursos, saberes y prácticas coexistentes al relato canónico.	143
4.1.2.1 El discurso social adscrito a la pertenencia a un sexo y a la maternidad	144
4.1.2.2 Papeles cambiantes en el relato	145
4.1.2.3 Inclusión de otras voces, otros saberes	147
4.2 Construcción de los espacios conversacionales	150
4.2.1 Las preguntas como herramientas de investigación:	151
4.2.2 Aspectos de la interacción dialógica y postura del investigador.	156
4.3 Reflexiones finales	159
 REFERENCIAS	 167

La co-construcción de la narrativa familiar sobre el consumo de drogas

Resumen

Estudios recientes reportan un agudo incremento del número de consumidores de drogas, así como un inicio a edades cada vez más tempranas, con notables consecuencias en las áreas sociales, económicas y legales de la población consumidora. Por lo tanto, este fenómeno representa un desafío para las ciencias de la salud en materia de prevención e implementación de programas efectivos para la atención a los usuarios.

No obstante el panorama complejo del consumo, frecuentemente se omite en las investigaciones el significado colectivo, y el marco simbólico, histórico, social, cultural y familiar a través del cual se desarrolla dicha “enfermedad”; así como los aspectos políticos, económicos y éticos implicados en su conformación. Por el contrario, las políticas y estrategias tradicionales con frecuencia excluyen y etiquetan al miembro consumidor desde el discurso de la patología y el déficit; además suelen ser dominante con respecto a otras prácticas locales que pueden resultar eficaces, como la inclusión de los saberes legos, el reconocimiento de grupos de autoayuda, y el uso de la medicina popular.

Otra manera integral de abordar el problema del consumo es aproximarse al fenómeno desde la comprensión y el sentido que de esta práctica tienen los agentes particulares y los grupos sociales implicados. Por lo tanto, la presente investigación enmarcada en el enfoque narrativo, parte del supuesto de que las personas y sus familias construyen a través del diálogo conjunto el concepto de drogas, su uso, las posibles maneras de enfrentarlo, y lo expresan a través de historias o relatos, cuyo contenido se basa en gran parte del ámbito cultural, lingüístico y discursivo del orden social en el que viven.

Bajo estas consideraciones, en el presente trabajo exploré las historias familiares sobre el consumo de drogas en tres familias, analicé las consecuencias de adoptar discursos rígidos y hegemónicos en la construcción del consumo como problema, así como las condiciones del diálogo co-constructivo que posibilitan la emergencia y articulación de relatos alternativos, más cercanos a sus experiencias, y que generan una mayor comprensión y establecimiento de soluciones desde los propios agentes implicados. Para tal fin, se solicitó la participación voluntaria de tres familias con miembros consumidores en lista de espera de consulta de la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Se programaron tres encuentros de conversación para cada familia utilizando una guía de entrevista semiestructurada. Las entrevistas fueron videograbadas bajo consentimiento informado de los participantes, transformándose en un texto escrito.

El análisis de la información se realizó considerando el desarrollo secuencial del relato, los papeles y discurso contenidos en cada uno de los pasajes, y los elementos que facilitaron la transformación en la historia, tales como el tipo de interrogantes que desde mi papel como co-autora lograron impactar en el desarrollo de las historias.

Los resultados dan cuenta de la riqueza y complejidad de las narraciones familiares sobre el consumo de drogas que resulta una imbricación de saberes en un entramado complejo, que incluye el discurso patológico asociado al consumo, el cumplimiento de roles sociales adscritos a un género, el uso de drogas con fines instrumentales, la búsqueda de soluciones desde conocimientos locales y grupos de autoayuda, y la transformación discursiva a través del proceso co-constructivo.

Se discuten los hallazgos a la luz de contrastarlos con los supuestos teóricos, destacando la forma como se co-construyeron los espacios de diálogo que posibilitaron iluminar las excepciones que no concordaron con el discurso problemático dominante. A manera de reflexiones finales expongo algunas implicaciones que pueden aportar elementos para la creación de estrategias en el ámbito de intervención y prevención en el consumo de drogas, derivadas de los propios saberes familiares

Palabras Clave: Familia, uso de sustancias, narrativa, co-construcción

The co-construction of the familiar narrative on the consumption of drugs

Summary

Studies and recent surveys report an increase of the number of users, as well as a beginning increasingly early, with notable consequences in the social, economic and legal areas of the consuming population. Therefore, this phenomenon represents a challenge for the sciences of the health, for prevention and implementation of effective programs, and for the attention to the users.

Nevertheless the complex panorama of the consumption, frequently investigations omit collective meaning, and the symbolic, historical, social, cultural and familiar frame across which the "disease" develops; as well as the political, economic and ethical aspects involved in his conformation. On the contrary, the policies and strategies generated by the medical traditional practice often exclude and label the consuming member from the speech of the pathology and the deficit; in addition they are dominant of other local effective practices, the popular knowledge, groups of self-help, and the use of the popular medicine.

Another integral way of approaching the problem of the consumption is from the comprehension and the sense that of this practice there have the particular agents and the social implied groups. Therefore, the present research placed in the narrative approach, part of the supposition of that the persons and their families construct across the joint dialog the concept of drugs, the use, and the possible solutions, and they express it across histories or statements, which content is based of the cultural, linguistic and discursive area of the social order in which they live

Under these considerations, in the present work explored the familiar histories on the consumption of drugs in three families, analyzed the consequences of adopting rigid and hegemonic speeches in the construction of the consumption as problem, as well as the conditions of the co-constructive dialog that make possible the emergency and joint of alternative statements, nearer to the experiences, and that generate a major comprehension and establishment of solutions from the implied agents

For this intention, there was requested the voluntary participation of three families by consuming members in waiting-list of consultation of the Clinic of Familiar Therapy of the Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Three meetings conversations were programmed for every family using the semiconstructed interview. The interviews were videograbs under informed consent, transforming in a written text.

The analysis of the information was realized from approaching to the text considering the sequential development of the statement, the papers and speech contained in each of these, and the elements that facilitated the transformation in the history, such as the type of questions that from my paper as co-author to affect the development of the histories.

The results realize of the richness and complexity of the familiar stories on the consumption of drugs, that turns out to be an overlap of saberes in a complex studding, which includes the pathological speech associated with the consumption, play social roles assigned to a genre, the use of drugs with instrumental purposes, the search of solutions from local knowledge and groups of self-help, and the discursive transformation across the co-constructive process.

The results are discussed in the light of the theoretical suppositions, emphasizing the form since as there were co-constructed the spaces of dialog that they made possible to illuminate the exceptions that did not agree with the problematic dominant speech. Finally, expose some implications which can contribute elements for the creation of strategies in the area of intervention and prevention in the consumption of drugs, derived from the familiar knowledge

Keywords: family, substance use, narrative, co-construction

INTRODUCCIÓN

En América Latina viven 534 millones de personas, de dicha población se estima que al menos el 40% enfrenta la pobreza, y de éstos, el 20% subsiste en condiciones extremas; vinculada a estas circunstancias, en esta región del mundo se encuentran las mayores desigualdades sociales y económicas. Particularmente en México, las cifras oficiales señalan cerca de 40 millones que viven en condiciones de penuria, los cuales representan aproximadamente el 40% de la población (cifras de la Secretaría de Desarrollo Social, SEDESOL, 2005). Además, nuestro país forma parte del grupo de 12 naciones en las cuales habita 80% de los pobres del planeta.

Estas circunstancias, entre otras, dificulta en gran medida el cumplimiento de las políticas nacionales e internacionales sobre la salud, que consideran a ésta como un derecho fundamental y un objetivo a lograr para aspirar a una vida social y económica productiva de los grupos poblacionales (Soberon, Torres & Zurita, 2003). Es obvio que dicha meta será muy difícil de realizar sin una distribución equitativa de los recursos humanos, materiales y financieros.

En consecuencia, los retos en materia de salud de nuestro país se vuelven más y más complejos ante un panorama epidemiológico mixto, donde coexisten padecimientos propios de países pobres y subdesarrollados; tales como la desnutrición, el cólera, la enfermedad de Chagas, las infecciones comunes, las muertes maternas y perinatales; con los problemas emergentes, resultantes de estilos de vida asociados a la industrialización y la urbanización, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las adicciones (Franco-Giraldo, Palma & Álvarez-Darde, 2006). Aunque ambos tipos de padecimientos se presentan en México resulta cada vez más evidente que las

principales causas de morbimortalidad se relacionan con el segundo rubro de problemas, típicos del medio urbano, lo cual refleja de alguna manera el progreso de nuestro sistema de salud, propio de un país de desarrollo intermedio, pero también refleja un largo trecho aún por recorrer en el campo del cuidado y la preservación de la salud (Zurita, Lozano, Ramírez & Torres, 2003).

En este camino, el consumo de drogas se presenta como uno de los fenómenos más representativos de las sociedades urbanas o en vías de urbanización, constituyéndose como uno de los problemas más relevantes en las dos últimas décadas (Martínez, 2003).

De nueva cuenta las cifras son claras, datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) demuestran que existen en el mundo 185 millones de usuarios de drogas, es decir, el 4.3% de la población mayor de 15 años. Particularmente en México 32,315,760 personas entre 12 y 65 años consumen alcohol y cerca de trece millones más (12'938,679) consumieron alcohol en el pasado. Aproximadamente 3.5 millones de personas han usado otras drogas diferentes del tabaco y del alcohol (Encuesta Nacional de Adicciones, ENA, 2002).

Aunada a la relevancia de estas cifras, otros estudios y encuestas sobre el consumo de drogas reportan un agudo incremento del número de usuarios, así como un inicio cada vez más temprano, con notables consecuencias en las áreas sociales, económicas y legales de la población consumidora. Por lo tanto, este fenómeno representa un desafío para las ciencias de la salud, tanto en materia de prevención, como en la implementación de programas para la atención a los usuarios (Casas, 2002).

Dada la relevancia del fenómeno, que se vislumbra como altamente complejo, se han implementado diversas acciones desde diferentes instancias. El Estado, las instituciones jurídicas, la comunidad científica, los profesionales de la salud y la misma población

civil, han realizado múltiples esfuerzos para abordar el consumo desde variadas perspectivas y ámbitos de intervención.

Así, se han puesto en marcha programas de prevención, tratamientos e investigaciones, que aún con diferentes enfoques, comparten el objetivo de luchar contra el enemigo común: las drogas.

En todos los países incluyendo el nuestro, la guerra contra las drogas abanderada por los Estados Unidos de Norteamérica desde los años 80's, postula una tolerancia cero, y sus políticas se dirigen a reducir la oferta y la demanda (Husak, 2001). Siguiendo esta lógica se realizan acciones judiciales y sanitarias, esta última incluye la prevención a base de publicidad, consejo, acción conjunta de profesores y padres de familia, tratamiento médico y rehabilitación en instituciones públicas y privadas. Por otra parte, los esfuerzos para reducir la oferta se dirigen a la tarea, por demás titánica, de acabar con la producción, la distribución, el tráfico, la erradicación de campos de cultivo y de laboratorios (Quijano, 2001)

A pesar de todos estos múltiples esfuerzos articulados a nivel internacional, y la gran cantidad de recursos invertidos en capital económico y humano en la prevención y tratamiento del consumo, después de más de tres décadas de la lucha contra las drogas, se ha logrado realmente muy poco (Osorno, 2000). Estas conclusiones se apoyan en el hecho demostrable que los niveles de incidencia y prevalencia no decrecen (Observatorio Español sobre Drogas, 2000), por el contrario, la demanda aumenta y el uso de sustancias llamadas "ilegales" se ha ido extendiendo. Las estadísticas del consumo de marihuana, cocaína, heroína y derivados del opio muestran un incremento sostenido desde hace una década, al igual que el de barbitúricos, y los derivados de la benzodiacepina y de los anfetamínicos. (Quijano, 2001).

De la misma forma, la lucha contra la oferta muestra resultados muy poco alentadores ya que a pesar de que los informes frecuentemente reportan de los *duros golpes* asignados al narcotráfico, a través del decomiso de toneladas de drogas, captura de traficantes, incineración de sustancias y erradicación de hectáreas sembradas de drogas, la realidad es que el tráfico sigue y la producción y la venta continúan. Todo esto aunado a altos índices de corrupción de funcionarios, conflictos entre carteles, asesinatos y ajustes de cuentas. Además expertos en el tema señalan que en dicha lucha muchas veces se pasan por alto los derechos civiles y libertades individuales. (Husak, 2001; Szasz, 1990, 1993). La lucha contra las drogas “es llevada a cabo con tanta insensatez y ferocidad que sus terribles consecuencias (un ambiente de persecución inquisitorial, criminalidad, corrupción, daño ecológico y toxicidad agregada por la impureza) han terminado por afectar a toda la sociedad” (Vásquez, 2006, p. 20).

Asimismo, las políticas y estrategias generadas por la práctica médica tradicional no han tenido mejores resultados, ya que el consumo se sigue percibiendo desde una perspectiva lineal. Por otra parte, los programas del sector salud han presentan dificultades, ya que la oferta de servicios con frecuencia suele ser mínima, discontinua y dominante con respecto a otras estrategias, como los saberes locales y la medicina popular (Menéndez, 1990; Menéndez & Di Pardo, 1996; 1999).

Esta visión, que guía mayormente las políticas nacionales de prevención del consumo, se estructura teniendo como eje central el modelo de factores de riesgo, y una postura que analiza los problemas de salud en función de una triada constituida por agente, huésped y ambiente. El agente, la droga, se define como un objeto material, con características y capacidades de acción sobre el sujeto en virtud de sus propiedades bioquímicas adictivas inherentes. El huésped es la persona consumidora, así como sus procesos psicológicos de carácter cognitivos; tales como esquema de sí mismo,

autoconcepto información, creencias, habilidades sociales, asertividad, comunicación interpersonal, entre otros. Finalmente, se considera al ambiente como el entorno social y material del huésped que incluye a la familia, el medio escolar y el entorno comunitario. Siguiendo este enfoque, la adicción se comprende considerando el efecto de la droga sobre la reducción de tensión y malestar presente en la persona, a consecuencia de una particular relación con su entorno, o como efecto de las propiedades adictivas de esta sustancia (Alfaro y Monsalve, 2004).

En congruencia con este modelo explicativo, la mayoría de las investigaciones en el área usualmente parten de la identificación de variables o factores asociados con el consumo, para controlar y/o evitarlo, rehabilitando al individuo *adicto*. Desde esta lógica, la investigación y la intervención se dirigen en identificar y controlar variables psicológicas, individuales o ambientales, en los sujetos consumidores o en la población identifica como de “riesgo”

Bajo esta perspectiva, los modelos tradicionales de intervención muchas veces se enfocan al individuo “enfermo”, que debe ser *curado* en aislado, asociando el uso de drogas con trastornos o patologías. Además, esta visión con frecuencia omite del análisis aspectos estructurales, como el significado colectivo del consumo, y el marco simbólico, histórico, social, cultural y familiar a través del cual se desarrolla dicha “enfermedad”, así como los aspectos políticos, económicos y éticos implicados en su conformación, marginando otras alternativas. En suma, se distingue en esta práctica convencional, un saber patologizador hegemónico sobre el consumo de sustancias, que ejerce su poder a través del lenguaje, y que dificulta concebir a éste y otros problemas de salud con relación a otras instancias y procesos sociales.

En este sentido, las personas usuarias con frecuencia acaban siendo un objeto patológico del conocimiento médico, psicológico y psiquiátrico, tal cual se ilustra en criterios

internacionales contenidos en la décima Revisión Internacional de Enfermedades (CIE-10) y en el Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales (DSM-V).

Bajo esta lógica, el sistema contribuye a edificar la enfermedad al diagnosticar y etiquetar a las personas; en palabras de Foucault (1971) *“no hay gente más conservadora que la que dice que el mundo moderno padece ansiedad o esquizofrenia. En realidad es una forma hábil de excluir a determinadas personas o a determinadas formas de comportamiento”* (p. 97). Finalmente, el diagnóstico y el tratamiento subyacente ejercen un control social que determina y somete tanto las vidas, como las relaciones de las personas y sus familias (Foucault, 1971; White, 2002a y b; White & Epston, 1993).

Por lo tanto, abordar lo que llamamos “problema de las drogas”, representa aproximarse a un complejo grupo de fenómenos imbricados entre sí, que incluye un poder desde matrices discursivas, médicas, jurídicas y de Estado, que se relacionan con la curación y con la prevención, y a la vez con toda una serie de funciones relacionadas con el establecimiento de normas y medidas de control de carácter dominante a nivel profesional (Menéndez, 2003). Estas formas de control se contraponen a otros aspectos esenciales relacionadas con la comprensión íntegra del fenómeno, entre los que se incluyen la elección, la responsabilidad personal, las significaciones y saberes culturales, sociales y familiares del fenómeno. Todo esto aunado a un conjunto de leyes, convenciones, acuerdos y políticas internacionales “que genera nuestra renuencia a encarar este hecho de manera franca y directa” (Szasz, 1993, p. 27).

Siguiendo este orden de ideas, las estrategias usuales, dirigidas a reducir la oferta o la demanda, a modificar factores psicosociales y comportamentales, y a tratar de reducir las edades de inicio, “resultan inútil si no se acometen cambios sustantivos en la

investigación que se está haciendo sobre el fenómeno” (Arco & Fernández, 2002, p. 223).

Estos cambios en la manera de concebir y aproximarse al fenómeno de las drogas necesariamente implica alejarse de los prejuicios y estereotipos dominantes sobre el tema, para tratar de dilucidar cómo se ha construido el objeto problemático, así cómo comprender cómo se articulan los conceptos y prácticas relacionadas con este fenómeno desde un contexto histórico, que incluye una serie de condicionamientos, procesos materiales, simbólicos, económicos, culturales, políticos, sociales y familiares (Romaní, 1993).

Bajo este contexto las aproximaciones deberían entrelazar aspectos macro, que incluyen dichos procesos socioculturales, económicos y políticos citados por Romaní, con aspectos más finos de análisis, como la comprensión y el sentido que de esta práctica tienen los agentes particulares y los grupos sociales implicados. Este último nivel se relaciona con la búsqueda de significación desde la experiencia de las personas que se traduce en relatos con que describen, explican, conforman, constituyen y solucionan los conflictos de los objetos a los que refieren.

En otras palabras, caracterizar al objeto de estudio de este modo, implica asumir una comprensión en dos niveles que interactúan recursivamente entre sí: los procesos de significación y las acciones locales, que se encuentran insertos dentro de un contexto simbólico y social más amplio, que incluye a las disciplinas y a los discursos hegemónicos, mismos que a su vez proporcionan patrones, conocimientos de referencia, y pautas para la acción local (Alfaro & Monsalve, 2004).

Ante la urgencia de re-crear nuevas metáforas para comprender y abordar el fenómeno, la ciencia y los grupos sociales se han interesado con mayor atención en otras ideas y prácticas derivadas de las posturas enmarcadas en la posmodernidad, como es el

construccionismo social. En éste, se privilegia la comprensión del fenómeno por encima de su control, y se analizan las implicaciones de polarizar entre *sujeto –objeto*, *individuo-sociedad*, *salud- enfermedad*. Las personas definen a la enfermedad y a la salud siguiendo una estructura de significados dados por su contexto lingüístico y cultural. Es decir, las historias que las personas formulan sobre estos conceptos y el significado atribuido a los mismos, reflejan en gran medida las ideas prevalecientes de la sociedad a la cual pertenecen y determinan en buena parte la búsqueda de tratamiento y pronóstico del mismo (Berenzon, 2003).

La tendencia desde el construccionismo es apartarse de un modelo único, que concibe al consumo de drogas como una conducta a eliminar o enfermedad que hay que curar, para privilegiar la diversidad de aproximaciones determinadas por la multiplicidad cultural. Siguiendo los supuestos de este enfoque, los problemas surgen y se resuelven a través del lenguaje y de las interacciones sociales (Lax, 1996).

Las intervenciones con las familias y el enfoque narrativo, que surgen en el contexto del desarrollo de la intervención sistémica, son ejemplos de perspectivas que se acompañan de esta orientación construccionista. Específicamente en la narrativa, se parte de la idea de que construimos nuestras historias y le otorgamos a nuestra experiencia un significado coherente, a través del lenguaje y de las relaciones sociales.

En este contexto, las personas y sus familias construyen el concepto de drogas y su uso, y lo expresan a través de historias o relatos cuyo contenido se basa en gran parte del ámbito cultural, lingüístico y discursivo del orden social en el que viven. Los relatos proporcionan un marco de inteligibilidad que posibilita la atribución de significado y permiten interpretar la experiencia. A su vez, este contexto determina qué aspectos de la vida se iluminan y se expresan, y cuáles quedan en la periferia de la narración,

moldeando de esta forma nuestra existencia, ya que el significado atribuido tiene efectos y consecuencias reales en ésta (White, 2002).

Las narraciones creadas a través del discurso que se adopta como el único saber, especifican la preferencia de formas particulares de ver y comportarse en una cultura posible, restringiendo la generación de maneras alternativas de contar el consumo, desde otros saberes. Si se considera que el discurso tradicional enfoca el consumo usualmente hacia lo patológico o desviado, los relatos familiares sobre las drogas y su uso podrían significarse etiquetando a la persona usuaria como criminal o delincuente.

Por lo tanto, siguiendo esta postura, la historia que la familia cuenta sobre el uso de drogas determinará cómo ésta explica, percibe, interpreta y soluciona el consumo de alguno de sus miembros. No obstante, considerando que las experiencias vitales se comprenden con base en el significado conjunto otorgado (Anderson & Goolishian, 1996; Bruner, 1986) es posible re-negociar los significados sobre el consumo a través de la interacción social, y co-construir un nuevo sentido de las experiencias, por medio del diálogo que ilumine las excepciones -eventos, acciones, saberes- que no concuerdan con discurso problemático dominante (White, 2000a; White & Epston, 1993) haciendo a su vez visibles las ideologías y prácticas prevalecientes en los cuales están contenidas estas relaciones sociales.

Bajo estas consideraciones, el presente trabajo se centró en la construcción conjunta de significados de las experiencias familiares con respecto al consumo de drogas, expresados a través de relatos. El objetivo giró en torno a analizar el proceso de co-construcción de las narraciones familiares sobre el consumo de drogas de alguno de sus miembros, distinguiendo en éstas, el papel que juegan las creencias derivadas de los relatos dominantes y alternativos, y su articulación en la edificación de las historias. Se piensa que sacar a la luz *acontecimientos extraordinarios*, saberes familiares que han

sido desconocidos o desatendidos, pueden ayudar a re-significar el uso de drogas diferente a lo patológico, así como modificar la percepción de los miembros consumidores, brindando un contexto que contribuya a otras maneras de pensar, actuar y sentir con respecto al fenómeno.

Para tratar de responder a mi objetivo, a continuación describo en un primer capítulo, los elementos discursivos que hacen posible el relato dominante, desde instancias y dispositivos que establecen relaciones de poder y saber. Para tal fin presento un breve recorrido del panorama actual del consumo y su significación desde el ámbito médico y legal. Asimismo, intenté hacer un ejercicio deconstructivo de este discurso hegemónico, al describir otras miradas en la construcción del consumo, y analizar los elementos en la formación del relato alternativo que incluyan otros saberes que posibiliten, a su vez, nuevas maneras de solucionar y enfrentarse a esta problemática.

En un último subapartado, puntualizo algunos aspectos que han demostrado su efectividad para procurar soluciones y facilitar el proceso de co-construcción en la relación profesionalista de la salud- paciente/consultante. Los objetivos generales y específicos, así como los procedimientos metodológicos y de análisis para conseguir los fines de la investigación se describen en un segundo capítulo. En un tercer y cuarto capítulo, respectivamente, presento el análisis de la información obtenida a partir de abordar al texto considerando el propio desarrollo secuencial del relato, los papeles y discurso contenidos en cada uno de éstos, y los elementos que facilitaron la transformación en la historia.

Finalmente, a manera de reflexiones finales expongo algunas implicaciones retomadas de los hallazgos, que pueden aportar elementos para la creación de estrategias en el ámbito de intervención y prevención en el consumo de drogas, derivadas de los propios saberes familiares.

I

ANTECEDENTES TEÓRICOS

1.1 La mirada hegemónica: los discursos dominantes sobre las drogas

1.1.1. Las ciencias como narrativas

La ciencia es uno de los pilares básicos sobre los que se asienta la idea de la modernidad, bajo su influencia, la razón, la verdad, la observación, la racionalidad y el progreso constituyen sus valores objetivos (Ovejero, 2000). Todos estos elementos, afines a la metáfora de la máquina, han constituido parte elemental del paradigma científico, mismo que ha servido de modelo dominante para aproximarse al estudio de los fenómenos psicológicos, y a los problemas derivados de la interacción humana, tales como los relativos a los cuidados y la preservación de la salud.

De entre éstas experiencias humanas, destaca por su relevancia el consumo de drogas, abuso o adicciones debido a sus consecuencias, extensión, diversidad y magnitud del uso, así como la complejidad de los procesos sociales, económicos, políticos y familiares relacionados (Casas, 2002).

Tradicionalmente, el consumo se ha regulado y tratado casi exclusivamente bajo el enfoque moderno de la disciplina médica; sin embargo y no obstante su supremacía, el discurso científico subyacente a la medicina y otras disciplinas, ha comenzado a ser severamente cuestionado en las últimas décadas. Entre otras razones se alude al carácter ahistórico y al estatus de verdad incuestionable de sus enunciados, y al hecho de aislar el estudio de los fenómenos de su contexto social, político y cultural. Ya desde 1962 Tomas Kuhn, en su obra *La estructura de las revoluciones científicas*, colocó en tela de juicio la idea sobre el avance del saber por medio de la acumulación de conocimientos objetivos. Al examinar los periodos históricos en que se adjudican los grandes avances,

Kuhn concluyó que los científicos más representativos de una época comparten una particular perspectiva del mundo, o paradigma, el cual funciona como modelo de explicación durante un tiempo. Los investigadores que no comparten dicha visión producen hallazgos diferentes y desarrollan otra manera de explicar un fenómeno, que no puede ser comparada con la antigua, ya que constituye una perspectiva diferente, y por lo tanto no es el resultado acumulativo de producir más y más conocimientos.

El análisis de Kuhn permitió aseverar que los datos producidos por la actividad humana que se conciben como “verdaderos”, son el resultado de la perspectiva que se adopte, y no de los “hechos reales” en sí. Dicha postura depende muchas veces del poder, la negociación y el prestigio de la comunidad científica que la postula (Gergen, 1991). Los trabajos de Kuhn no son los únicos que abordan esta construcción del conocimiento según un consenso social; en la misma línea, Feyerabend en *Contra el método* (1975) postula que la razón depende del grupo que la posea. Siguiendo la misma lógica, Berger & Luckman (1966) señalaron que la realidad se construye socialmente, se organiza y mantiene por narrativas, y por ende, no existen verdades absolutas ni esenciales, éstas se crean a través del lenguaje.

La construcción social y la edificación de narrativas como medios de explicar la realidad pueden comprenderse dentro del contexto más amplio constituido por el pensamiento posmoderno.

La posmodernidad, momento histórico que coincide con el Capitalismo Tardío o Capitalismo Multinacional, se desarrolla en un mundo globalizado, signado por una economía de mercado dentro de un sistema monopolista. Se caracteriza por su oposición o superación del modernismo, y por contrarrestar la visión del mundo basada en la metáfora de un universo ordenado regido por unas leyes matemáticas, que a la larga podrán ser descubiertas por la ciencia empírica (Harvey, 1998).

La posmodernidad cuestiona la fe ciega en la ciencia (Polkinghorne, 1992), y se muestra incrédula ante las estructuras globales de pensamiento que intentaban explicar íntegramente los fenómenos (Lyotard, 1993). Asimismo, defiende la complejidad, la cultura popular, el descentramiento de la autoridad intelectual y científica, el rescate y la comprensión de los conocimientos locales y los diferentes tipos de saberes y contrasaberes (Foucault, 1973)¹

Para algunos autores (Polkinghorne, 1992; Botella, Pacheco & Herrero, 1999) este movimiento incluye tres características básicas. El primero se relaciona con el constructivismo (Maturana & Varela, 1984) y se refiere a la *ausencia de fundamento*, es decir, se cuestiona la existencia de realidad objetiva y única que existe independientemente del observador, lista para ser descubierta. En su lugar se piensa que sólo podemos conocer el resultado de nuestras propias construcciones, influida necesariamente por la propia actividad constructiva de quien la ha generado (Feixas & Villegas, 1990).

Otra característica es *la fragmentariedad*, la cual hace énfasis en el conocimiento local y situado, en lugar de explicaciones generales y totalizadoras.

Finalmente, el neopragmatismo, que se relaciona con la verosimilitud de los acontecimientos. En vez de la búsqueda de la verdad; un hecho o circunstancia se da por cierto, no por su reflejo preciso de una realidad externa, sino por su aceptación como tal por una comunidad para la cual funciona (Neimeyer & Mahoney, 1995). Desde esta

¹ No obstante el entusiasmo ante esta nueva manera de mirar y construir al mundo, la posmodernidad ha traído consigo aspectos criticables, como el hecho de no asumir ninguna postura. Esta posición puede conducir a una forma radical de relativismo, ya que parecería que todos los argumentos son igualmente válidos o verdaderos desde una posición de “todo vale”; justificándose el hecho de no asumir un compromiso con una postura epistemológica particular. Desde la psicología, se podría cuestionar la utilidad de las investigaciones o práctica de cualquier corriente, ya que cualquier construcción de la realidad sería tan válida como cualquier otra. Algunos investigadores (Botella, Pacheco & Herrero, 1999) responden a la postura de “todo vale”, con el posmodernismo constructivista, que defiende la idea de que “todo es contingente”, es decir, argumentan la verdad de un enunciado desde su contexto. En este sentido, no se trata de que en el mundo posmoderno no existan reglas válidas, sino que éstas se sitúan histórica y culturalmente (Gergen, 1996) y por lo tanto son susceptibles de revisión.

visión, el conocimiento se construye, y sus criterios explicativos se configuran por la historia, la cultura y el tiempo.

En estas circunstancias, la posmodernidad y la construcción social se oponen a la idea modernista de una realidad única, que es posible aprehender y representar; por el contrario, se piensa que los significados de un fenómeno se crean, comparten y negocian en forma de relatos en un contexto de interacción social. Siguiendo este orden de ideas, la realidad es una narrativa exitosa que surge de comunidades de conocedores (Parry, 1991, 2001; Freedman & Combs, 1996). En este contexto se considera a los discursos “espacios de representación colectiva, en el cual se da la ciencia como actividad humana” (Vásquez, 2006, p. 2).

Estos discursos articulan la experiencia, edifican realidades y verdades que funcionan como metáforas; posturas particulares, más no únicas, de concebir y desarrollar enunciados verosímiles sobre algún fenómeno; narrativas que influyen en nuestra vida diaria y en la manera como percibimos, relatamos y enfrentamos los problemas, padecimientos o daños relacionados con la salud como es el consumo de drogas.

Al respecto, en la narrativa institucional sobre el uso de drogas, o sus términos equivalentes, como sustancias adictivas, adicción y toxicomanías, predomina una idea hegemónica de enfermedad, delito o desviación, el cual dicta que cualquier sustancia adictiva causa un daño irremediable a la persona y pone siempre en riesgo al sistema familiar (Law, 1997). Este discurso tiene relevantes implicaciones de señalamiento, exclusión y marginación en el miembro consumidor, que dificulta en mucho la búsqueda de soluciones desde otros saberes y fuentes de conocimiento.

De esta forma, a pesar de la enorme riqueza y complejidad de las experiencias humanas, las percepciones sobre el consumo se ven limitadas por los discursos culturalmente disponibles. En el caso específico de la psicología sobresale el relato del déficit, donde

cualquier hecho social cotidiano corre el riesgo de caer dentro de lo patológico, y requiere necesariamente la intervención experta o curación para curar para lograr una existencia armónica.

Otra forma de construir discursivamente el consumo de drogas, es a través del enfoque narrativo en Psicología (Epston & White, 1992; White, 1988, 1989, 1991, 2000a y b; White & Epston, 1993). Bajo la influencia de la construcción social y la posmodernidad, esta visión postula que los problemas se construyen en el lenguaje, y se expresan a través de relatos acordes al contexto del orden social en el que se vive (Epston & White, 1992).

El relato permite ubicar la experiencia del consumo de drogas dentro de un conjunto de atribuciones culturales, mitos y discursos, que con frecuencia reproducen ideas y prácticas dominantes sobre el cómo vivir, de lo que significa ser *sano, normal, libre* de cualquier adicción, dependencia u otras situaciones que restringen la voluntad del *hombre moderno independiente*; en suma, que dictan formas de ser y pensar según un canon ideal “armónico” de vida (White, 2000a y b).

Dichos cánones no expresan una esencia de naturaleza humana, sino más bien son mandatos de una forma de ser cultural denominada como “correcta”, que gobiernan la vida al moldear “*nuestras relaciones con los demás, con nosotros mismos, incluso la relación con nuestros cuerpos [...] todo al servicio de reproducir la “forma privilegiada” o el modo de ser dominante de una cultura* (White, 2002b p. 21).

El enfoque narrativo postula abordar los “problemas psicológicos” dentro de la diversidad de los contextos lingüísticos, culturales y familiares donde se crean e intentan darles solución; subyacentemente se considera a la vida y sus vicisitudes como un proceso de construcción, reconstrucción y aprendizaje constante. Por lo tanto, se considera que las personas y sus sistemas sociales de referencia se encuentran en

constante transformación, lo cual hace posible negociar conjuntamente nuevos significados a los hechos vividos como problemáticos, al recrear la multiplicidad y diversidad de las experiencias humanas.

Por otro lado, ya que la experiencia del consumo se significa en una red de conversaciones familiares cotidianas, estas historias constituyen niveles de contexto para clarificar la identidad y el espacio social de la persona que usa drogas.

Como la construcción discursiva de los problemas tienen efectos reales en las vidas, el relato que se comparte en familia sobre el consumo, influye en gran medida para establecer las relaciones del sistema con el miembro usuario, determinando los saberes, acciones y prácticas a realizar (Sánchez & Galera, 2004).

La visión familiar sobre el hecho problemático puede resultar más y más compleja, conforme van construyendo narraciones únicas que lo explican con base a un mono relato dominante, determinando qué aspectos de la experiencia vivida se iluminan y se expresan, y cuáles quedan en la periferia de la narración, porque no corresponden al relato privilegiado (White, 2002b), limitando los saberes y prácticas particulares para enfrentarlo.

Ahora bien, considerando que los sucesos vitales por sí mismos no determinan nuestra comprensión, ya que ésta se deriva de la comprensión mutua otorgada (Anderson & Goolishian, 1996, Bruner, 1991), siempre es posible re-significar las ideas sobre el consumo a través de la interacción social, rescatando los saberes locales y particulares oscurecidos por la narración dominante, y construir de manera conjunta un nuevo sentido de las experiencias (White, 2000a; White & Epston, 1993).

Aunado a lo anterior, abordar al problema del consumo desde la narrativa hace posible comprender cómo el discurso de *verdad* sobre las drogas y su uso, va más allá de la legítima preocupación por la salud de la persona, abriendo la discusión sobre los efectos

de la cosificación, control y vigilancia en la vida de las personas y de sus familias. Esto último implica entender cómo la constitución de los relatos dominantes, bajo líneas conductoras del poder y del saber privilegiado, limitan la función de la creatividad, libertad, responsabilidad de los saberes alternativos, para comprender y tratar, en su caso, el problema de la adicción desde ese contexto. Esta mirada contrasta grandemente con el discurso tradicional sobre las drogas, derivado del modelo médico, que tradicionalmente ha establecido los parámetros para comprender el problema y las direcciones para su solución (Hare-Mustin, 1994).

Aún cuando los conocimientos sobre las drogas se combinan y circulan en nuestra cultura, resultando en una enorme riqueza de saberes y visiones, se han privilegiado los postulados derivados del modelo médico tradicional; estableciendo una marcada diferencia entre los saberes científicos y populares, en detrimento y exclusión de éstos últimos, proponiendo además su forma de abordar los problemas de salud como la más idónea (Menéndez, 1990).²

Si se toma en cuenta que el modelo médico es de notable influencia en el quehacer psicológico, y ha sido utilizado casi de manera exclusiva en la formación de los profesionales de la salud, así como en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los consumidores de drogas, la reflexión sobre los orígenes y modo de constitución resulta un ejercicio necesario, en cuánto a analizar las razones de su hegemonía sobre otro tipo de saberes, y hacer transparente las consecuencias de limitar, restringir e incluso negar otras formas igualmente validas de conocimiento (Menéndez, 2003)

En el siguiente apartado se intentará hacer esta tarea, tratando de articular dicho análisis con el problema del consumo y los nuevos enfoques basados en la comprensión de la

²Este autor señala una seria de conclusiones sobre los programas de atención en el sector salud para el consumo de alcohol, en donde proporciona datos que demuestran tener una mínima oferta de servicios, caracterizada además por ser discontinua y por su falta de detección temprana Además llena de prejuicios y escasa información de los mismos médicos sobre las circunstancias socio-culturales que rodean al consumo.

narrativa y de los saberes locales en su aproximación.

1.1.2 La medicalización de la vida: las drogas como problema

Indudablemente, la manera en cómo construimos el objeto “drogas” como fenómeno de estudio condiciona la forma de aproximarnos a éste. En dicho proceso de construcción las representaciones, creencias y relatos que una sociedad tiene de este fenómeno son puntos clave para la comprensión del mismo. Como ya se mencionó, en la práctica se puede observar que los discursos con que se define y trata al fenómeno, se encuentran fuertemente condicionados por el tipo de respuestas institucionales y mecanismos sociales de control, acordes con la percepción social dominante, que hace de todo consumo un problema.

A partir de una serie de supuestos y estereotipos se ha constituido un discurso hegemónico que caracteriza al fenómeno y define los posibles cursos de acción. Este discurso, elaborado a través de políticas, convenios internacionales y disciplinas médicas, actúa a través del lenguaje, organizando la experiencia y construyendo una particular manera de ver al consumo, que se reproduce y reelabora por diversas instancias, entre los que se incluyen las instituciones religiosas, familiares, escolares, medios de prensa y opinión pública.

Las ideas derivadas del discurso se incorporan a la vida de las personas por medio de los relatos familiares privilegiando un sistema de pensamiento como una verdad única, y dejando de lado otros tipos de saberes que permanecen al margen del relato canónico, ocultos por el discurso de verdad (White, 2000a). No obstante, considerando su naturaleza construida, es posible analizar los elementos que lo constituyen e hicieron posible su existencia, así como desmontar cada uno de éstos, a fin de reflexionar sobre sus consecuencias en los relatos familiares y en los modos en cómo las familias se

organizan para hacer frente al consumo.

Para realizar dicho ejercicio, parto de la reflexión sobre el proceso por el cual las sustancias, que ahora conocemos como “drogas”, adquirieron tal estatus.

Diversas investigaciones señalan que el uso de sustancias, capaces de alterar la percepción, la conducta, el ánimo y la conciencia, ha sido una actividad humana que ha acompañado al hombre a lo largo de toda su evolución (Escohotado, 1995, 1996, 1998; Romání, 1999); pero no es hasta la época contemporánea que el consumo se construye como un problema para las diferentes culturas, adquiriendo la connotación peyorativa de hoy en día (Szasz, 1990). Por lo tanto, su uso ha sido una práctica generalizada, que se relaciona a su vez con diversos ámbitos de la cotidianidad humana y que a través del tiempo se ha modificado dependiendo de la forma en cómo se ha definido el consumo.

Así, los usuarios han pasado de visionarios, chamanes o brujos, en un marco ritualista; pecadores, cuando las religiones occidentales condenaron su uso; enfermos, por la perspectiva de la medicina; delincuentes, cuando la juridicidad define el comportamiento; y consumidores, cuando la droga se convierte en una mercancía (Escohotado, 1998).

La manera de caracterizar el objeto es importante, ya que congruente a esta definición, se designan las acciones correspondientes a realizar: de cuidado en usos rituales, de salvación en caso de ser pecadores, para sanarlos en el enfoque médico y psicológico, para castigarlos desde el derecho; y para regular los mercados, por las políticas de reducción de la oferta y la demanda (Husak, 2001).

Este tránsito polifacético – de uso ritual a mercancía- con que se ha definido y abordado el fenómeno involucra un largo proceso histórico- temporal, que inicia en Inglaterra a fines del siglo XVIII, a la par de la creación de sociedades urbano-industriales, y continúan hasta nuestros días.

En esta conformación, ha tenido un papel relevante intereses sociopolíticos, principalmente de Estados Unidos, país que a finales del siglo XIX inicia una cruzada con tintes moralistas abanderada por los grupos de poder anglosajones, y dirigida a demostrar la “debilidad moral” de grupos inmigrantes chinos, negros, latinos e irlandeses, considerados como peligros potenciales para la economía del país (Touzé, 2001).

Posteriormente, a inicios del siglo XX, se fortalece esta construcción de las drogas como problema con la promulgación de las primeras leyes antidrogas, y la inclusión del uso de ciertas sustancias en la lista oficial de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

Otros elementos decisivos en la construcción del problema de las drogas fueron el conjunto de transformaciones económicas, sociales y culturales originadas a partir de la Revolución Industrial y ligadas al modo de producción capitalista.

Como resultado de la expansión del mercado internacional se inicia la circulación de mercancías, que incluye también a las drogas, bajo una lógica de mercado congruente con el nuevo modelo económico. Una vez convertida en mercancía, comienza su producción, distribución y comercialización y se somete a la ley de la oferta y la demanda³ (Husak, 2001).

Asimismo, el avance en las máquinas de producción, de transporte y el surgimiento de nuevas tecnologías estimularon e impulsaron el auge de las industrias químico-farmacéuticas. Al facilitar la síntesis de sustancias naturales se posibilitó la creación de

³ Al respecto Romani (1999) señala que la relación consumo- sociedades industriales se realiza a partir de una lógica ordenada por tres elementos. Uno, el consumo es un elemento básico de dichas sociedades, lo que permite una manipulación a fin de obtener la máxima rentabilización económica de distintos niveles de la misma. Dos, es posible observar varios tipos de control social, fácilmente manipulables por distintos tipos de poder. Tres, se distingue la existencia de cierto consenso en torno al consumo, casi todos desde el aspecto problemático del mismo. Elementos que desvían la atención de problemas estructurales relacionados con el uso de drogas, además de que se crea jerarquizaciones sociales con base a categorías de índole moralista, sobre lo que es “propio”, “impropio”, “bueno” o “malo” de los comportamientos humanos.

nuevas drogas. Asimismo, el desarrollo de los transportes y las comunicaciones agilizaron el acceso a cualquier producto, y promovieron a elevar el consumo de los mismos, ya que con los nuevos medios de comunicación era posible notificar simultáneamente a la entrega de mercancías, noticias, conocimientos y estereotipos (Wallace, 1996).

Por otra parte, aparecen nuevas condiciones de vida en las ciudades urbanizadas recién constituidas; la migración, la separación de la familia de origen, las modificaciones de vecindad y parentesco, cambio en roles, ritmos y rutinas, entre otros cambios sociales, propiciaron un campo propicio tanto para proliferación de sustancias, como para la consolidación del modelo médico (Alfaro y Monsalve, 2004), proceso que a continuación se analizará.

1.1.3 El modelo médico hegemónico y la constitución de los discursos sobre las drogas

Por modelo médico entendemos *“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual ha logrado dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”* (Menéndez, 1990, p. 83). Dicha hegemonía se fue consolidando a finales del siglo XVIII, ya que a la par de las transformaciones económicas y sociales que fueron modificando la concepción sobre el consumo, se desarrolló la ciencia médica y sus procesos de medicalización.

En este punto, comienza a tomar importancia la eficacia simbólica⁴ asociado a la figura

⁴ El concepto de “eficacia simbólica” fue elaborado por Lévi-Strauss (1958) y alude a los efectos que tiene la sugestión del propio acto terapéutico y la función placebo que juegan las profecías que se cumplen a sí mismas. Bajo este concepto se explicaría la formación del médico como figura de autoridad y portador de un saber que se relacionan con ciertos procesos, como el uso de tecnología sofisticada, de

del médico, y el saber científico inscrito a la escritura se pondera por encima del saber popular, representado por la tradición oral. Las recetas y los medicamentos ocupan el centro protagónico de la atención en salud; droga al fin y al cabo, pero ahora preescrita y reglamentada por una disciplina. De esta manera y enmarcado en el *zeitgeist* modernista, la disciplina logra someter bajo su regulación problemas de la vida cotidiana, al transformarlos en problemas médicos ubicados ahora dentro de su jurisdicción (Comelles & Martínez, 1993). En la práctica, este control opera al traducir en sus propios términos las experiencias vitales, construyendo una manera de comunicar que invade el lenguaje corriente (Mainetti, 2006).

Desde esta perspectiva, el lenguaje médico trasciende al ámbito social, y es común que las emociones y sentimientos experimentados como negativos se narren y signifiquen con base a dicho vocabulario. Frases como “siento mucha presión”, “me va dar un infarto”, “estoy deprimida”, son ejemplos que denotan la influencia de la disciplina médica en todos los aspectos de la cotidianidad.

La medicalización, entonces, es un proceso que incorpora bajo su ámbito fenómenos de la vida cotidiana que no fueron originalmente de su competencia. La disciplina, al definir qué significan *conductas responsables* y *comportamientos saludables* ejerce y regula los conceptos de *salud* y *enfermedad*, *normal* y *patológico*, mismas que son retomados por las personas en sus narraciones sobre sus padecimientos, situándolos generalmente dentro de historias saturadas de conflicto, en un contexto de significados muchas veces restringido a lo patológico (Valverde, 2005).

Es así que a partir del siglo XIX, el modelo adquirió enorme importancia, no solamente

un vocabulario técnico, expediciones de recetas, y el pago de honorarios elevados (Casas, 2002). Romani (2002, 2003) extiende dicho concepto al fenómeno de consumo y señala que, al ser atribuida una serie de propiedades a las drogas, el potencial consumidor tiene una serie de expectativas ante su consumo. En este caso, se dificulta distinguir objetivamente si los efectos tras ingerir una sustancia, son atribuibles a las propiedades naturales del mismo, o bien, resultado de dichas expectativas, formadas dentro del contexto donde se ha definido la droga como tal.

por la aplicación de una nueva racionalidad a los desórdenes de la mente o conducta, sino porque funcionaba como una forma de higiene pública (Foucault, 1966). El cuerpo social se convierte en una realidad biológica en el terreno de la intervención médica, al convertir en patológicos episodios vitales que forman parte de acciones o hechos humanos, mismos que pasas a ser explicados y tratados como enfermedades cuando antes eran comportamientos comunes.

En otras palabras, se describe una enfermedad rigurosamente, y luego se propone la correspondiente droga para curarla (Cherteston, 1961). Esto último es interesante, ya que para la construcción social, si bien una enfermedad sigue un proceso biológico que afecta el adecuado funcionamiento del organismo, es igual de importante las circunstancias por las cuales esta enfermedad es reconocida, definida y tratada por la cultura o grupo social que la experimenta en carne propia (Conrad & Schneider, 1980).

Por lo tanto, la construcción social de las drogas como enfermedad implica procesos sociales subjetivos, categorizaciones cognitivas y normativas, que se reflejan en los relatos por medio de los cuales las personas explican su consumo y el de sus allegados, determinando posibles maneras de enfrentarlos. Como estos procesos normalmente son signados como patológicos y bajo el control médico, estas historias serán básicamente problemáticas.

De la misma forma, la medicalización opera en descripciones de situaciones antes cotidianas, como la desobediencia y distracción infantil, pasando de la supervisión original de los padres, a la regulación médica y psicológica a través de términos como “hiperactividad” o “hiperquinesis infantil” (Conrad, 1976; Conrad y Schneider, 1980). Otro ejemplo es la conversión del parto en un problema quirúrgico, generalizando la aplicación de cesáreas muchas veces innecesarias (Cárdenas, 2000). En suma, ante la omnipresencia del “discurso del déficit” (Gergen, 1991) en nuestro contexto cultural,

casi cualquier conducta puede llegar a ser etiquetada de patológica.

La medicalización con respecto a las drogas y otros fenómenos humanos, como ya se mencionó, sigue un proceso que parte definiendo un comportamiento como *anormal*, y se consolida al agregarse la categorización en el mismo sentido de un grupo de poder, verbigracia la comunidad médica y científica. Para que el proceso continúe, la sociedad y la disciplina deben reconocer que las formas previas de control social –medidas de autorregulación, sanciones familiares, mandas o juramentos, remedios caseros, pláticas o consejos de familiares, maestros, sacerdotes, entre otros- son insuficientes, inaceptables o inútiles.

En este caso, la institución médica justifica su intervención y se prepara para hacerse cargo de dicho comportamiento, estableciendo, por ejemplo, categorías diagnósticas, creando centros especiales de rehabilitación, acumulando información sobre el tema, abriendo nuevos campos de especialización profesionales.

También es importante, dado la enorme influencia del aspecto biológico en el modelo, que existan algunos datos orgánicos sobre la fuente del problema, o bien, que tenga consecuencias fisiológicas demostrables sobre el individuo. Así surgen términos asociados con la adicción como *daño orgánico*, *dependencia*, *síndrome de abstinencia*. Finalmente, la clase médica acepta y proclama que el comportamiento anormal, ahora enfermedad, está bajo su jurisdicción. (Touzé, 2001).

Foucault (1966), coincide con lo anterior al señalar cuatro grandes procesos a través de los cuales la práctica médica coloca bajo su poder aspectos sociales: 1) aparición de la autoridad médica, con poder de decisión en materia social y política, 2) apertura de la sanidad, campo de intervención específico para la curación de enfermedades, 3) desarrollo del dispositivo hospitalario como aparato de medicalización colectiva y, 4) introducción de mecanismos de administración y controles médicos.

Este proceso de medicalización contribuye recursivamente a la consolidación de la hegemonía médica y a la expansión de su alcance; sin embargo, pocas veces se reflexiona si la institución médica tiene efectivamente la capacidad para ocuparse exitosamente del problema. Tampoco se analizan las consecuencias de incrementar el crecimiento de la industria farmacéutica, así como la dificultad para comprender los sucesos otrora del ámbito cotidiano, debido a la sustitución de términos coloquiales por el nuevo vocabulario tecnológico – científico que surge para explicar el fenómeno. Asimismo, muchos problemas humanos y sociales se profesionalizan y se delegan en los expertos de su atención, con la consecuente individualización y tratamiento fuera del contexto, lo que conduce a una despolitización de los mismos (Neira, 2001).

De esta forma, el discurso médico al regular la salud establece un orden normativo sobre el consumo de drogas, ya que el manejo de algunos conceptos médicos como “hábitos” o “estilos de vida”, al aplicarse al orden social, se traducen en criterios de moralidad al establecer pautas que rigen lo que se supone que es una vida “higiénica” y “normal”.

En el caso del consumo de drogas, la figura del “adicto” suele resumirse a una categoría única, misma que concentra a todos los usuarios, ignorando las diferencias que existen entre éstos y el contexto particular coexistente, que incluye representaciones, valores, creencias, sentidos, matices y rangos; que van desde la experimentación hasta la dependencia, no como un continuo que necesariamente habrá de recorrerse, sino como momentos distintos que un individuo puede o no transitar en su consumo. Bajo la lógica de *saber es poder* (Foucault, 1971), el discurso médico coloca bajo el rotulo de adicto a todos los tipos de consumo de drogas haciendo de cualquier uso algo patológico.

La persona, “drogadicta” o “enferma”, comúnmente requiere un adecuado diagnóstico y prescripción, desintoxicación, rehabilitación y reinserción social. Aun cuando los

síntomas de la “enfermedad” remitan, la persona usuaria queda inscrita en el rol social del ex-adicto (Romero, 1998). Se genera entonces una separación del resto de la población para preservar a ésta de la “contaminación”, a partir del control y de la exclusión de la población usuaria, siguiendo el modelo similar utilizado para controlar la lepra y la peste (Foucault, 1971).

Este proceso se realiza en varios niveles. Primero, se transforma en patológica una práctica problemática mediante la medicalización ya descrita. Posteriormente se establecen férreos mecanismos de control y vigilancia en los individuos insertos en esa práctica, y se convierte dicha práctica en una enfermedad a gran escala que prescribe potenciales daños y peligros. Finalmente la representación social del “drogadicto” en el imaginario colectivo crea una alarma social, a manera de epidemia o pandemia, que justifica a su vez mayor coerción y vigilancia, comenzando de nuevo el círculo y estableciendo las formas de definir, interpretar y tratar el problema. De esta forma se hace necesaria la intervención médica y la vigilancia, que a su vez requiere de aportar algún tipo de tratamiento para el mismo (Conrad, 1976), que equivaldría en muchos casos a un castigo y control social (Foucault, 1975).

Este tratamiento ha influido de manera decisiva el enfoque llevado a cabo por las diferentes perspectivas psicológicas, de tal forma que es posible distinguir algunas ideas dominantes que son llevadas a la práctica en las sesiones terapéuticas (Hare-mustin, 1994; Taleff & Babcock, 1998). Una de éstas es el pensamiento que *“el adicto tiene la culpa si falla el tratamiento”*, ya que es común culpar a la persona por el poco éxito del mismo, bajo el supuesto que muchas personas no aceptan que la dependencia sea una enfermedad y menos que ellas la padezcan. En este caso suelen *“autoengañarse”* creyendo que *“controlan”* su adicción. En términos del lenguaje significa que *“la persona está en fase de negación”* o *“no trabaja en el programa”*. Desde esta

concepción, el éxito del tratamiento se centra en la fuerza de voluntad del paciente e implica un manejo negativo de las recaídas, ya que el usuario es tachado de reincidente o desmotivado para el programa, sin considerar las circunstancias específicas y de potencial aprendizaje que propiciaron la reincidencia del consumo.

Otra idea es que *“el conocimiento es malo o negativo”*; así, aun cuando la experiencia física del consumir conlleva muchos matices, que incluyen el sentimiento de paranoia, alucinaciones y manifestaciones físicas; algunas drogas y ciertos tipos de consumo se relacionan con efectos de sensación de bienestar, y tienen bajo ciertas circunstancias un uso instrumental y con sentido. Aun siendo difícil de aceptar socialmente, es una realidad que algunas drogas funcionan como un medio, válido o no, para enfrentarse a las demandas y exigencias de la vida moderna.

En ese sentido, la experiencia de las drogas con todas sus dimensiones no se analiza de manera completa y abierta, ante una actitud de *“no pienses, nosotros lo hacemos por ti”*, dificultando una autorreflexión global sobre su uso y sus consecuencias. Por otra parte, las teorías para explicar el proceso adictivo con frecuencia se acompañan de explicaciones simplistas y moralistas sobre la adicción.

Finalmente, se señala que *“los adictos nunca dicen la verdad, todos son unos manipuladores”*, de nueva cuenta la disciplina y el experto rara vez se equivocan, por lo que cualquier intento por modificar la conducta de consumo, por leve que sea ésta, pasa desapercibida.

Al respecto, Menéndez (1990, 2003) señala que la institución médica descalifica y crítica severamente en muchos casos, los intentos por moderar el consumo asociados a prácticas locales religiosas, como las mandas o juramentos a vírgenes y santos, por considerarlos intentos no legítimos y poco válidos, ya que no hay una intención *“real”* de cambio.

Bajo este contexto, se han realizado una serie de críticas al modelo médico, entre éstas destacan las siguientes características (Menéndez, 1990; 2003; Menéndez & Di Pardo, 1992; 1996): es a- histórico, a-cultural, e individualista, el proceso salud/enfermedad es visto como mercancía, su orientación es básicamente curativa, presenta una tendencia a la medicalización de los problemas, la relación médico/paciente es asimétrica y subordinada, por lo que el saber del paciente se excluye, existe una tendencia a la escisión entre teoría y práctica, el rasgo estructural dominante es el biologicismo, la identificación ideológica con la racionalidad científica y el hecho biológico es el fundamento científico del diagnóstico y del tratamiento.

Acorde con el análisis de Menéndez (2003), el modelo médico, al centrar su efectividad en las explicaciones biológicas de los principales padecimientos, basa sus soluciones en la producción de fármacos específicos, dejando de lado las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad- atención. Estos parámetros que condicionan el diario vivir son altamente cuestionables si analizamos a conciencia el papel que existe entre la producción de salud y el consumo, considerando además las ganancias, por demás cuantiosas, de las industrias farmacéuticas.

Esta relación corresponde al concepto *Estado Terapéutico* propuesto por Vásquez (2006), refiriéndose a una sociedad excesivamente medicalizada, y una cultura de tratamiento que alienta el crecimiento desmedido de las empresas farmacéuticas.

Por otra parte, mas allá de los factores biológicos, es innegable el hecho de que enfocarse en la cura del “padecimiento de las drogas”, oculta el trasfondo de “una serie de problemas económicos, existenciales, morales y políticos que no requieren terapias médicas, sino alternativas económicas, existenciales, morales y políticas” (Mainetti, 2006, p. 86).

Resulta congruente a esta invisibilidad del macro-contexto que enmarca a los

padecimientos, los problemas de efectividad del modelo en el tratamiento de los consumidores, así como en la mayoría de las enfermedades crónicas asociadas y otros problemas de salud, tales como el incremento constante de la desnutrición, de los índices de depresión, además de la persistencia de conflictos éticos entre los profesionales de la salud (Good, 1994).

Asimismo, la nula o poca importancia a los aspectos sociales se hace evidente al considerar los parámetros con los que se mide la mejora en la calidad de los servicios de salud en las instituciones públicas; por ejemplo, el número de pacientes atendidos en los consultorios por día⁵. Por otro lado, los profesionales de la salud suelen tener escasa formación profesional sobre los procesos sociales y culturales que inciden en el desarrollo y mantenimiento de problemas de salud; y si bien es un hecho que muchas veces intentan incluir estos aspectos en la atención al usuario, es a través de sus posibilidades y habilidades personales, y no de una formación técnica específica (Menéndez, 2003).

Es importante señalar que esta postura de análisis reconoce y valora la importancia de la investigación biomédica y los aportes de la farmacología, es decir, no se niega la capacidad de detección diagnóstica a través de pruebas e indicadores objetivos. La crítica más bien se refiere al hecho de que la preponderancia de este discurso, excluye o subordina otros tipos de saberes que incluyen la experiencia más próxima de los usuarios; conocimientos no formalizados que en la práctica aportan valiosos elementos que interactúan con la disciplina científica para la búsqueda de soluciones.

En otras palabras, la discusión no se centra en cuestionar las consecuencias reales del consumo en la vida de las personas y de su salud; sino en analizar los efectos de la construcción de droga y de la persona como adicto, de la magnificación y

⁵ En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que da atención a cerca del 50% de la población mexicana, la media actual del tiempo de consulta es de cinco minutos (Menéndez, 2000).

psicopatologización del fenómeno, que agrava el problema y constituye un relato dominante que limita la vida de las personas dentro de estrechos parámetros de acción para crear otras soluciones más significativas y cercanas a la experiencia familiar (White, 2002a).

Hecha estas aclaraciones, sigamos analizando otros elementos que coadyuvan a la formación del relato dominante.

1.1.4 Heterocontroles en el discurso sobre las drogas

Dado la complejidad de procesos imbricados en su composición, el discurso sobre las drogas difícilmente puede entenderse como unitario, su formación se integra en una matriz discursiva de la cual se emiten una serie de enunciados que compiten por alcanzar espacios de representación y de verdad (Touzé, 2001).

Si bien el modelo médico contribuye de manera esencial en la constitución del discurso hegemónico sobre las drogas, participan en éste otras formaciones disciplinarias, escenarios y agentes sociales. La comprensión de cómo se imbrican e interactúan estos elementos para la constitución del discurso, resulta más clara cuando se entienden sus mecanismos de control y el papel que juegan en la propagación de las ideas dominantes. Por control se entiende a las formas sociales utilizadas para lograr la adhesión de ciertas normas, consiguiendo normalizar o eliminar el comportamiento desviado. En la literatura se señalan controles sociales formales, o heterocontroles, que funcionan a través de instituciones; entre estos destacan la medicina, el sistema jurídico, la institución religiosa y los medios masivos de comunicación. Aún cuando estas instancias participan en la regulación del consumo, coinciden en que todas operan por fuera de la persona, definiendo los términos de desviación en estrecho contacto con leyes, políticas y convenios sobre el tema, manteniendo generalmente una posición

oficialista sobre las adicciones (Touzé, 2001). Los controles informales se conforman por autocontroles y controles societarios, y se refieren al sistema familia, amistades, comunidad, escuela y personas allegadas al usuario (Castel & Coppel, 1994).

Un importante heterocontrol es la institución jurídica, cuyos postulados se entretajan con el modelo médico para signar al consumo como desviado. A partir de esta visión, el consumo se percibe como un hecho punible; es decir un acto que requiere de una condena. El cuerpo de leyes considera la conducta de consumo como crimen o delito, por ende tiene la obligación de *castigar* dicho comportamiento para controlar su repetición. Este modelo jurídico-represivo asigna a la sustancia un papel protagónico, el mal está en la droga y todo lo que tiene relación con ésta constituye un delito. El consumidor comete un crimen, por el cual debe recibir un castigo.

Al establecer leyes cada vez más punitivas sobre el consumo y la posesión de sustancias, ahora ilícitas, se favorece la creación del consumidor como criminal, así como la creación de un mercado negro; eso sin contar con la cada vez más creciente industria ilegal de producción-comercialización o narcotráfico, con sus consabidas secuelas (Husak, 2001).

En la práctica, los modelos médico y jurídico se articulan por un lado, y por otro, compiten entre sí por su supremacía, pero esa yuxtaposición define las ideologías y prácticas dominantes en el campo de las drogas.

Otras instancias que generan y donde se practica este discurso oficial son la escuela y la familia. En el escenario escolar, se percibe al estudiante que emplea drogas como estudiante problema, y su comportamiento genera diversos conflictos al interior de la escuela. En consecuencia debe abandonarla y se debe castigar el comportamiento prohibido, bajo la creencia de que una vez que comienza a usar drogas será imposible que detenga su consumo. Además, bajo el modelo de contagio, otros podrían seguir su

ejemplo en caso de permitir su permanencia en la escuela. Por otra parte se considera que todo consumo disminuye el desempeño académico, produce aislamiento y conductas delictivas (Del Olmo, 1996).

Con respecto a la familia se maneja la idea estereotipada de que también está “enferma”, al señalar que sus integrantes participan activamente en propiciar conducta disfuncionales, como la codependencia, sobre todo en el caso de un miembro con consumo de alcohol en exceso o “alcohólico”, mismos que incluye cambios de conducta, agresión, alteraciones de humor y tensión familiar. Si bien, es posible observar este proceso de influencia mutua, no necesariamente se realiza de la misma forma, ni en todas las familias. Subyace a la idea de la codependencia la imagen de una familia *ideal y normal*, cuya dinámica se rompe con la irrupción de la droga en la vida de sus miembros (Kritsberg, 1998).

Por otro lado, desde el consumidor se ha observado que es posible un control sobre sí mismo o autocontrol, ya que no se consume de cualquier manera. Se necesita una estrategia para conseguir las drogas, un conocimiento sobre su utilización, sobre la dosis, pureza, frecuencia, vía de administración, entre otros. Este control, aunque no en todos los casos, ni con todos los tipos de drogas, podría ubicarse dentro del modelo de autoatención (Menéndez, 2003), que posteriormente se analizará.

Por lo tanto, las diferentes posturas, visiones y enunciados sobre el consumo se entretajan en una red compleja compuesta por diferentes agentes e instancias sociales, extendiendo su influencia en diversos escenarios y en diferentes grados. Aun cuando estos saberes provienen de variadas fuentes y personajes, casi todos comparten el mismo argumento central de conducta desviada y anormal que requiere una sanción, ya sea en forma de castigo legal o tratamiento.

Coexistentes a estos discursos, y subalternos al hegemónico, se encuentran otros saberes

no expertos, llámese “profanos”, legos, tradicionales, locales (Haro, 2000; Menéndez, 1992). Dichos saberes son maneras particulares que integran la experiencia más próxima de los sujetos implicados, que constituyen su propia narrativa con la que dota de sentido a su práctica de consumo, o la de sus allegados, siendo ésta incluso contradictoria con la verdad oficial hegemónica.

Estas maneras de construir la realidad que involucran las formaciones disciplinarias, los discursos oficiales y los saberes locales, populares o legos, siempre están presentes y a manera de figura- fondo una sobresale sobre otra dependiendo de la forma de aproximación al fenómeno (White & Epston, 1993). En este contexto, para lograr un acercamiento integral sobre la narrativa de la familias y sobre como construyen, entienden y dotan de sentido a su vivencia ante el consumo, es necesario revisar la conformación de los saberes hegemónicos, para discutir a continuación la constitución de otros saberes y las consecuencias de rescatar éstos en la re-creación de narraciones familiares.

1.2. Saberes alternativos sobre las drogas. Deconstruyendo la verdad oficial

En el apartado anterior reflexioné sobre el proceso de construcción social del consumo como enfermedad, y la serie de consecuencias asociadas a dicha definición que afectan la vida cotidiana de las personas y sus grupos sociales. Por otro lado, y no obstante las limitaciones que imponen los mandatos dominantes sobre las significaciones y acciones ante el consumo, las personas frecuentemente se organizan para afrontar dicha “enfermedad” retomando saberes y conocimientos particulares de diversas fuentes, mismas que dependen del contexto social en el cual se construyen los sistemas ideológicos y significados, las causas específicas atribuidas al consumo, y las posibilidades de atención (Belloc & Dupoy, 2006).

Así, las adicciones, como otros problemas sociales, demandan en los colectivos sociales un saber para lograr su enfrentamiento y buscar soluciones. Algunos de estos saberes son retomados de las disciplinas especializadas, sistemas académicos y modelos científicos de explicación; otros, se construyen a partir de los significados sociales contruidos colectivamente, “populares” o “legos” (Haro, 2000). A pesar de sus diferencias, ambas aproximaciones comparten los objetivos de prevenir, tratar, aliviar o curar la situación problemática.

Por lo tanto, es posible distinguir otras formas de atención, más allá del modelo clínico, que aunque persiguen los mismos propósitos, utilizan indicadores diferentes para definir el problema, distintas formas de tratamiento e inclusive otros criterios de curación (Menéndez, 2003). Todo esto relacionado con el contexto religioso, étnico, económico, político, técnico y científico de una sociedad en particular. Cabe destacar, por ejemplo, el uso de la medicina tradicional, grupos de autoayuda y ciertas prácticas populares (juramento a la virgen, mandas, uso de hierbas); formas de atención que incluso se oponen en diferentes grados a concepciones y valores del modelo médico, quien a su vez, muchas veces las descalifica, e incluso niega, a pesar del uso frecuente por la población.

Es común que en las investigaciones se polaricen y se estudien ambas perspectivas de manera separada desde una comprensión antagónica y excluyente de las mismas, en lugar de abordar cómo se articulan y comparten los elementos entre sí; ya que los saberes comprendidos en cada uno de las diferentes formas y modelos circula de uno a otro; las personas apropian e integran cada saber a su marco social de referencia (Menéndez, 2003).

Estos saberes están presentes siempre, e interactúan con frecuencia con los conocimientos oficiales, ya que si bien, las diferentes formas de atención son opuestas

en teoría, frecuentemente en la práctica estas diferencias no son significativas para el usuario, quien las combina en búsqueda de un mejor resultado en su objetivo de intervenir en su salud y bienestar (Menéndez, 1999). Un ejemplo de cómo estos saberes se articulan para afrontar el consumo de drogas, se reportan en la serie de estudios clásicos realizados por Eduardo Menéndez y sus colaboradores (Menéndez y Ramírez, 1980, 1981). En éstos se intentó contrastar el saber biomédico con los saberes de los curadores tradicionales/alternativos, a fin de determinar convergencias y divergencias en el perfil epidemiológico y en el tipo de atención utilizada en situaciones específicas de consumo alcohol en dos Estados (Yucatán y Guanajuato).

Entre los resultados del estudio que atañen a la presente investigación, se encontró que las formas de atención se resignifican e integran según el contexto social y cultural de los usuarios; por ejemplo, en dichas comunidades se observó que la medicina tiene una eficacia limitada; mientras que otros saberes articulados para hacer frente al *alcoholismo*, como los juramentos a la virgen e incluso la brujería, tienen un efecto positivo en la disminución del consumo (Menéndez, 2003).

En este orden de ideas, desde la construcción social y la narrativa se busca comprender cómo los usuarios y sus familias otorgan sentido al consumo a partir de su propia experiencia, explorando la circulación de saberes alternativos, que siempre se encuentran, para explicar, y en su caso, tratar de solucionar el hecho signado como problemático.

La búsqueda de nuevos sentidos implica mirar a las drogas y su uso ampliando sus significados, tal tarea inicia desde la manera en como se concibe a las drogas, tratando de evitar la estigmatización negativa que se le ha conferido a los llamados “adictos”. Así, más allá de la clasificación clásica de las drogas, que incluye la etiología, factores genéticos, socioculturales e individuales, y criterios de abuso y dependencia estipulados

por los parámetros internacionales que norman el trabajo de los profesionales de la salud, es importante retomar las investigaciones que se centran en los aspectos de resiliencia y habilidades de la persona y de su medio, y no en las circunstancias de riesgo o déficit (p.e. Botvin, et al 1995; Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001; Martínez, 2003).

En este enfoque se han identificado diversos factores de protección para la prevención y tratamiento del consumo de sustancias, entre éstos destacan fuertes lazos familiares, reglas claras de conducta dentro del núcleo familiar, supervisión de los padres en la vida de sus hijos, éxito escolar, relaciones estrechas con instituciones pro-sociales tales como familia, escuela, organizaciones religiosas, entre otros (NIDA, 2004).

Sin embargo, si bien se reconoce la relevancia de identificar y promover estas variables, se considera que un análisis integral requiere a ubicarlas dentro de un panorama más amplio, crítico y complejo del consumo; por ejemplo, el entendimiento particular y las creencias sobre el uso y efectos del consumo de sustancias que se tienen en un contexto familiar y comunitario. Esta comprensión podría evitar situar de entrada al consumo en una perspectiva patológica, que incluye etiquetas y diagnósticos en detrimento de la persona y su acción humana. Para adoptar esta visión, resulta necesario re-definir qué es una *droga* desde una perspectiva más amplia, que incluye las significaciones y atribuciones de los grupos sociales donde se utilizan.

1.2.1 Usos y sentidos de las drogas. Otra mirada

Como ya se ha mencionado, las definiciones sobre las drogas, los usuarios y los tratamientos establecidos han cambiado de visión a lo largo del tiempo. Estas modificaciones se han realizado en el contexto de transformaciones económicas, políticas y culturales, hasta consolidarse dentro de una normativa hegemónica médico-

psiquiátrica que domina el área de la salud, y se ubica dentro de los *desórdenes mentales* como un criterio *internacional*. Por ende, la mirada clínica sitúa de entrada a las adicciones cómo una enfermedad, entonces cabría preguntarse de qué tipo se trata, ya sea orgánica, psicológica o psicosomática (Casas, 2002).

Es interesante reflexionar cómo un comportamiento o práctica -que si bien muy frecuentemente ocasiona problemas fisiológicos, orgánicos y emocionales, además de económicos, familiares, entre otros- puede ser clasificado como “enferma” (Kornblit & Veron, 1989). Sin embargo, la noción del consumo como enfermedad es completamente congruente bajo la mirada del modelo médico, que extrapola la explicación de las ahora sí enfermedades físicas, que actúan a través de un agente, virus o bacteria afectando al individuo o huésped. En este sentido se le confiere a la droga un estatus de ser vivo, animado y con propiedades inherentes de daño.

Otra postura sobre cómo las drogas y sus innegables propiedades químicas reaccionan con el cuerpo es la explicación de Escotado (1995), este autor señala que el organismo, al tener contacto con otras sustancias (vía oral, subcutánea, epidérmica, venosa, intramuscular, rectal) asimila éstas y las transforma en materias para nuevas células. Algunas son expulsadas de manera intacta, y otras producen una intensa reacción; entre estas últimas se encuentran los fármacos y las que conocemos como *drogas*. Asimismo, distingue entre acción de los primeros, que afectan somáticamente; y las sustancias adictivas, cuyos efectos son fisiológicos y emocionales.

El autor es innovador al recalcar que las dependencias producidas por dichas sustancias, no son esencialmente distintas de las dependencias sociales, higiénicas o sentimentales; pero las primeras tienen una connotación negativa mucho más marcada, dada que en su categorización, como ya se ha comentado, se implican aspecto de orden moral, económico, político y social, aparte del fisiológico.

Con respecto a este último punto, la adicción se produce cuando se administra una droga en dosis suficientes durante un periodo bastante largo para producir efectos en el funcionamiento de los centros del placer y otras áreas del cerebro. En este caso, se puede inducir un cambio metabólico que, al dejar de usar la droga, desencadena una serie de reacciones, conocido como síndrome de abstinencia. Adicionalmente a los aspectos físicos, la adhesión se condiciona por aspectos motivacionales, como el refuerzo o premio que éste proporciona, el vacío o deficiencia del que es síntoma, y el grado de incomodidad por interrupción.

Por lo tanto, la definición de droga, su uso, y posibilidad de la adicción, se determinan con base en múltiples circunstancias. Entre éstos se incluye la tolerancia, estado en que el uso prolongado de alguna droga obliga a ingerir dosis cada vez mayores que varían según la capacidad del organismo para adaptarse a su intoxicación; y el margen de seguridad, refiriéndose a la proporción que existe entre la cantidad necesaria para obrar el efecto deseado (dosis activa media) y la cantidad suficiente para terminar con la vida (dosis letal). Una droga puede actuar en un continuo que va desde su función medicinal o veneno, y su nocividad dependerá de la dosis, ocasión de empleo, pureza, y muy importante, las condiciones de acceso y pautas culturales.

De tal manera que una droga de fácil acceso y legalmente permitida como el alcohol y tabaco, que se puede emplear, vender, comprar, circular en espacios públicos, usualmente no se percibe bajo la etiqueta de “droga”, ya que usualmente quien fuma tabaco o bebe alcohol en un contexto social no se le dice que *está drogado*.

Las consecuencias, funciones y efectos en el organismo de una droga, dependen también, aparte de los aspectos fisiológicos, de las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan (Romaní, 1999, 2002). En estas definiciones indudablemente influyen los mitos y estereotipos, la ocasión de

empleo - ritual, festivo, lúdico, recreativo y terapéutico- y el sentido y uso específico con que se percibe y utiliza la sustancia (Escohotado, 1995).

Con respecto a este último punto, la literatura muestra una serie de investigaciones que conectan consumo con significado. Por ejemplo, Pulido (2002) cita tres diferentes consumos de la hoja de coca y sus derivados. El primero es ritual, realizado entre los grupos indígenas de Colombia por medio del *pororo*, sustancia hecha con la hoja de coca que representa el símbolo de unión y armonía entre los sexos, y señala la iniciación sexual de los jóvenes, este uso difícilmente podría ser nombrado como "adictivo".

Un segundo tipo es el consumo del *basuco*, pasta base de cocaína que produce efectos de breve placer, seguido de un largo período de ansiedad hasta volver a consumirla en un contexto de desesperanza, miedo, marginalidad social y afectiva. Si bien esta sustancia es altamente adictiva, en muchos jóvenes usuarios se reporta una motivación del uso de evasión y escape ante situaciones paupérrimas de vida.

Por último, la cocaína entre "yupis", cuyo consumo se relaciona con posicionamiento y ascenso social, ya que la sustancia les permite mantenerse activo ante las exigencias competitivas de su estilo de vida.

El sentido de cada uso se representa claramente con el siguiente texto:

El uso ritual de la coca representa la esencia misma de la comunalidad dentro de la cultura andina. Mientras que el uso de la cocaína es lo opuesto, es decir, representa lo máximamente individual de la cultura capitalista. La subcultura de usuarios de cocaína refleja el ámbito de una sociedad solitaria y narcisista. El inhalador practica su rito (lineal) sobre o frente a un espejo; en los hechos culturalmente significativos, el acullicador busca la comunión, el inhalador busca la enajenación". (Del Olmo, 1992, p. 56)

La comprensión integral del fenómeno requiere poner énfasis en las razones y el sentido atribuido a las drogas y a la práctica de consumir desde una sociedad en particular. Esto

implica cuestionar el hecho de encuadrar en una sola categoría y único perfil a todos los tipos de drogas y a todos los tipos de consumo. Como se intentó ejemplificar, no todos los usos son patológicos, y el contexto social y cultural modula las representaciones e imágenes que se tienen de las personas consumidoras.

La literatura señala que las significaciones sociales relacionadas con las sustancias pueden resumirse en dos posturas (Touzé & Rossi, 2001). En una, las drogas se presentan como un objeto genérico, no diferenciado, “todas las drogas son lo mismo”; refiriéndose generalmente a las consideradas ilegales, este sentido le confieren vida y poderes propios capaces de destruir, sus efectos son tan poderosos que superan cualquier capacidad de las personas, éstas irremediamente se vuelven adictas inclusive tras un único consumo. Desde este punto de vista, la droga se percibe como algo amenazante, pero lejana, sin relación con las vidas cotidianas y los usuarios son personas muy distantes al sistema familiar. El consumo es algo que "pasa ahí afuera, pero no en mi casa".

El segundo sentido, representa a la droga como una manera particular de relación que establece un sujeto con un objeto. Esta manera de concebir deja el énfasis en el objeto “droga” y sus tipos, y se enfoca en la forma como la utilizan las personas, integrando la voluntad y capacidad de decisión como parte fundamental entre la persona que consume y la sustancia. Por lo tanto, el hecho problemático no es la droga *per se*, sino la forma de consumir, que escapa del control de la persona; es decir, la relación que guarda con la sustancia. La manera de interactuar determinará si la persona sigue o no consumiendo, las formas de consumir, dosis, motivaciones, entre otros aspectos. Esta significación implica aceptar al objeto droga desde una cercanía cotidiana que reconoce su existencia como parte de la vida social, y acepta la autodeterminación de los usuarios para elegir, moderar o abstenerse del consumo (Alfaro y Monsalve, 2004).

El sentido que tiene la ingesta de drogas para las personas, es el elemento fundamental en la forma como los usuarios legitiman o no su consumo; por ejemplo se ha observado diversidad de discursos con que los propios usuarios jóvenes explican y justifican su uso de drogas: como reivindicación de espacios de libertad y decisiones personales (Pulido, 2002); para crear escenarios de convivencia donde comunicarse o simplemente conversar (Romaní, 2002); desde el autocontrol, que en sus propias palabras equivale a “saber llevarla”, “saber fumarla”, "no clavarse" (Tsukame, 2002).

Con respecto a este último punto, los estudios muestran que es posible encontrar pautas de consumo controlado de ciertas drogas, por ejemplo para el consumo de alcohol. Estas pautas se logran a través del ciclo de asimilación de una droga en la sociedad (Becker, 1973).

El proceso opera de la siguiente forma: a partir del "descubrimiento" o "redescubrimiento" de una droga, se observa que al ser consumida bajo ciertas prácticas puede proporcionar gusto, placer u otras satisfacciones. En un principio sólo un pequeño número de personas participan de esta experiencia, pero conforme transcurre el tiempo se incorporan un creciente número de consumidores, determinando un significado que depende cada vez más de la influencia de un grupo, y cada vez menos de influencias personales. La influencia social y cultural del grupo controlan el sentido del uso, incluso sobre la diversidad individual, al establecer límites, requisitos, precauciones, recomendaciones y sanciones sobre el uso; por ejemplo, el consumo de alcohol es completamente aceptado e incluso fomentado en reuniones sociales, no así en el aula de clases.

Finalmente, el significado del consumo se va especializando y circunscribiendo hasta llegar a consolidar sentidos para el uso y el no uso, y para el uso legítimo e ilegítimo.

Es importante señalar que un uso “con sentido” no niega la posibilidad de un abuso de

dicha sustancia y sus respectivas consecuencias en la salud, economía y otros ámbitos igual de importantes de la experiencia humana, pero es el mismo grupo que define qué lo constituye como "abuso" y establece las sanciones para éste, colocando en un lugar marginal al consumidor que abusa y transgrede las normas del consumo; por ejemplo, es esperable que durante una festividad comunitaria, feria o día del Santo Patrón de un pueblo la gente consume alcohol en exceso, incluso durante días, no así en una reunión de trabajo.

Al respecto, Tsukame (2002) ejemplifica esta aproximación hacia el consumo, desde los mundos locales de significado. El autor, observó etnográficamente el ritual del consumo de marihuana entre jóvenes y encontró tres elementos presentes en el mismo. Éstos son la circularidad, es decir cómo se disponen el espacio físico; la grupalidad, el consumo de esta droga muy frecuentemente es un acto comunal; y la circulación, el cigarro de marihuana pasa de mano en mano en el círculo de participantes creado para dicho acto.

Asimismo el autor distingue entre aspectos kinésicos, que aluden a las posibilidades comunicativas del cuerpo a partir de su expresividad, y proxémicos, que se refieren a la organización del espacio, incluyendo hábitos territoriales y distancias sociales en la interacción entre los miembros del colectivo. Los consumidores de marihuana tienen una identidad social representada por la consolidación de pautas de consumo controlado y significativo de drogas entre la población.

Dicha droga, siguiendo el ciclo de asimilación mencionado anteriormente, parece adquirir un perfil de uso distintivo, controlado y significativo en el tiempo. En palabras del autor:

El conocimiento del discurso verbal sobre el uso de la marihuana nos ha permitido relevar la palabra de los usuarios acerca del problema del abuso (los consumidores tienen mucho que decir), el descubrimiento de una dimensión ritual del consumo, y del sentido arrojado por los aspectos no verbales de la

práctica permite, a su vez, reconocer que los usuarios tienen mucho que hacer. A fin de cuentas, lo ideal sería que el problema de las drogas lo solucionaran los consumidores y no las autoridades [...] El papel de la investigación social, a este respecto, sería el de aportar a la comprensión, al manejo del problema y a la inscripción del hacer de los consumidores en un proyecto de desarrollo social (p. 245).

Resumiendo, es posible observar la complejidad del fenómeno en diversos usos y significaciones, éstos a su vez se relacionan con el intento de satisfacer necesidades muy variadas, ya sea desde respuestas contestatarias y rebeldes al sistema (Romaní, 1999); como parte de la búsqueda de identidad juvenil (Nateras, 1993); desde un sentido tradicional y místico (Smith, 2000; Zoja, 2003); formas estereotipadas, búsqueda de placer, medio de manejar los problema (Ehrenberg 1994); rituales de interacción social y cultural y aspectos ligados con los conflictos diarios del vivir; “mitigar un dolor, como una forma de curar enfermedades, acrecentar la resistencia a los problemas o enfrentarlos; modificar los estados de ánimo, lograr el sueño; o simplemente sentirse mejor, [...] y al igual que deseamos otros bienes, para hacer nuestras vida más productivas y agradables” (Szasz, 1991, p. 26).

Al respecto, Escohotado (1996) agrega a los diferentes usos, arriba citados, tres esferas de acción, que se resumen en la tabla 1 (siguiente página)

Tabla 1. Uso de drogas y efectos buscados

Clasificación	Efecto buscado	Uso específico
1. <i>Fármacos de Paz</i>	Procurar un alivio del dolor, sufrimiento, desasosiego e impotencia	Narcóticos, adormecer y sedar (opio y sucedáneos) Tranquilizantes (hipnóticos ó somníferos, anestésicos generales, alcohol).
2. <i>Fármacos de energía.</i>	Lograr entusiasmo y despejar la conciencia	Vegetales (café y coca) Químicos (cocaína, crack, anfetaminas, Estimulantes de acción lenta)
3. <i>Fármacos visionarios</i>	Curiosidad intelectual, Deseo de tener experiencias en “zonas oscuras del ánimo y conciencia”. Abrir canales de comunicación y experiencias místicas internas de autoconocimiento	Sustancias de potencia, leve o Media (psiquedelia sintética, éxtasis, derivados del cáñamo. marihuana, haschisch). Sustancias de alta potencia (mescalina, LSD, ergina, Hongos, ayahuasca, iboga, kawa) Fármacos recientes o de diseño.

Fuente: Escohotado, A. (1996).

1.3 Drogas como parte del proceso de autoatención. La articulación de los saberes legos y científicos

Algunos investigadores, han llamado la atención sobre un uso específico de las drogas que permite intervenir sobre situaciones y malestares humanos, referidos tanto al funcionamiento del organismo humano, como de relación social inmediata. Desde esta

postura se postula que el consumo de drogas es un componente importante de los procesos de automedicación, en el contexto de la autoatención en salud (Escohotado, 1996; Menéndez, 1990, Romaní, 2002). Esta situación se ha negado o excluido con frecuencia en las investigaciones sobre las adicciones, pero es muy común que diversos usos de drogas respondan a la búsqueda de remedios empíricos desde los grupos sociales, que incluye tomarse una aspirina para el dolor de cabeza, hasta beber una “copita para el estrés”, consumir somníferos para dormir o estimulantes para hacer frente a las presiones de la vida. Todo esto en el marco de la autoatención, proceso por el cual las personas y sus grupos sociales explican, atienden y tratan de solucionar o prevenir los factores que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales (Menéndez, 1990). La autoatención reconoce que los saberes, populares o locales se imbrican e interactúan conjuntamente con conocimientos formalizados y técnicos. Funciona partiendo de la idea de que en cualquier sociedad se desarrollan saberes colectivos específicos para enfrentar los padecimientos o problemas comunes, que se dan con una frecuencia y recurrencia continua, y que afecta la salud de sus miembros. Incluye actividades de preparación y distribución de alimentos, aseo del hogar, obtención y uso de agua, manejo de la intoxicación alcohólica (“cruda”), de algunos tipos de infecciones intestinales, así como el cuidado del sujeto moribundo y el manejo del cuerpo cuando fallece una persona (Menéndez, 2003).

Como la mayoría de estos episodios son leves, agudos y temporales, la solución se establece a partir de acciones llevadas a cabo por los mismo miembros del grupo social, a través de la activación de las redes familiares y sociales, ya que se ha comprobado que la familia cumple funciones cuidadoras no menos importantes que los sistemas convencionales, y que en ocasiones son las únicas que intervienen, obteniendo muy

frecuentemente sus recursos y saberes del acervo popular (Haro, 2000).

Sobre lo anterior, la literatura señala cinco actividades básicas de cuidado de la salud realizadas por las familias en el ámbito doméstico (tareas generalmente conducidas por las mujeres) 1) crear y mantener las condiciones de vida favorables a la salud, incluye actividades domésticas de limpieza, calidez, seguridad y nutrición alimenticia; 2) asistir y cuidar durante las enfermedades; 3) educar para la salud; 4) servir de mediador con los profesionales de la salud y 5) afrontar las demandas urgentes (Graham, 1984). De esta forma, la familia, generalmente bajo el liderazgo de una mujer, se hace cargo de poner en práctica soluciones, desde conducir un diagnóstico, evaluar la levedad o gravedad del problema e incluso predecir su evolución.

Una vez que se lleven a cabo las primeras acciones para contrarrestar los daños a la salud, si éstas no funcionan, la persona encargada de conducir este proceso decide, por ella misma o en acuerdo con otros miembros del grupo, acudir a otro tipo de apoyo. El tipo de apoyo dependerá de los recursos económicos y culturales del grupo y de la infraestructura de servicios existentes (Menéndez, 1990, 2003). Así como de la gravedad y complejidad de una enfermedad, necesidad de aplicar tecnologías sofisticadas, existencia o no de cobertura de las diferentes formas de atención, y pertenencia a algún sistema de seguridad social.

Una forma común de búsqueda de apoyo dentro de este proceso, es acudir a grupos organizados para hacer frente al consumo que representa una circunstancia problemática de vida. De corte civil y autogestivo, estas instancias se forman para responder a necesidades no cubiertas por los sistemas profesionales u oficiales de salud (Haro & Keijzer, 1998). Se caracterizan por el carácter recíproco y no lucrativo de sus prácticas locales, y por no aceptar la dirección de personas ajenas a la experiencia del grupo; por ejemplo, los grupos de Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Comedores

Compulsivos, entre otros. La tabla 2 resume otras formas de atención utilizadas por diferentes grupos sociales en Latinoamérica (Menéndez, 2003).

Tabla 2. Modelos de atención utilizados en América Latina

1.- <u>Modelos de tipo médico;</u>	- Médicos y especialistas de instituciones públicas y privadas.
	- Medicina naturista, la homeopatía, quiroprácticos, entre otros.
	- Psicoterapia en sus diferentes modalidades y corrientes teóricas apartado.
2. <u>Saberes populares y tradicionales;</u>	- Curadores, como hueseros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, entre otros.
	- Papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos.
	- Alternativas, paralelas o <i>new age</i> que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario.
	- Devenidas de otras tradiciones: acupuntura, medicina ayurvedica.
	- Centradas en la autoayuda organizados y orientadas por las personas que padecen o co/padecen algún tipo de problema (Alcohólicos Anónimos, Al-Anon, Neuróticos Anónimos, Comedores Compulsivos).

Fuente: Menéndez, E. (2003).

Estas diferentes formas de apoyo tienen una constante relación entre las actividades propias del experto, y las derivadas por el mismo grupo social. Por lo tanto, las prácticas no son excluyentes entre sí, al menos no para el usuario que las apropia, integra, articula y utiliza según las necesidades y objetivos, tanto personales, como del grupo social. En este sentido, es posible observar que las personas realizan acciones de manera propositiva para el cuidado de su salud, idea que se aleja de la postura hegemónica de que los grupos sociales son ignorantes en cuanto a sus procesos de salud/enfermedad.

Contrariamente, desde la práctica médica suelen presentarse tres consideraciones peyorativas respecto al ámbito del cuidado lego (Haro, 2000): 1) como irrelevante para la salud, ya que es frecuente el uso de medidas supersticiosas o mágicas, 2) como una fuente de problemas porque retrasa la atención profesional y ocasiona efectos nocivos y, 3) sólo un recurso puesto en marcha para justificar los problemas de alcance del Estado en materia de salud pública. Estos puntos son fácilmente rebatibles si se toman en cuenta diversas investigaciones que demuestran la prevalencia y eficacia de los cuidados no profesionales en la resolución de trastornos leves a nivel doméstico (Menéndez, 2003).

La autoatención, lejos de generar problemas, es una importante fuente de descarga de tareas para las que la medicina no tendría capacidad de satisfacer, si consideramos la demanda de atención que merecerían todos los síntomas (reales o sentidos) que experimenta una población .

Es a través de la autoatención, que los sujetos y sus grupos sociales se relacionan con otras formas de ayuda, incluida la medicina; a partir de esa integración, las personas hacen suyos distintos saberes y los integran, no siempre de la forma más adecuada y exitosa, pero que constata el hecho de que los individuos y sus grupos de referencia son

capaces de tomar decisiones, cuidar su salud y ejercer su creatividad. Si bien es cierto que estas decisiones a veces pueden ser equivocadas, con cada experiencia se va transmitiendo aprendizajes valiosos, incluso entre generaciones (madres-hijas, por ejemplo) que posibilitan modificar y resignificar sus percepciones, narraciones y prácticas con respecto a situaciones que perciben como conflictivas, resultando que esas acciones autogeneradas son conducentes a mejorar su salud en buen grado.

De esta manera, los saberes circulan, y se transmiten de generación en generación, combinándose con los conocimientos formales y técnicos derivados de la disciplina científica. Así, una persona que padece reumatismo puede tomar el medicamento que prescribe el profesional, modificando, alterando la dosis, o combinando el uso del fármaco con ungüentos para darse un masaje, por ejemplo. Ella o sus familiares pueden hacer mandas, rosarios, rezos para solicitar la curación de su enfermedad. También podrían solicitar la opinión de otros curadores, como el huesero o yerbero de su comunidad; o bien de algún otro médico de su confianza o de su familia.

Por lo tanto, no se niega la importancia del saber médico; no se trata de privilegiar un saber sobre otro, so riesgo de cometer el mismo error que se ha cuestionado a lo largo de este trabajo, sino de tratar de analizar su integración y rescatar los saberes soterrados por la visión experta (Foucault, 1973).

Mas aún, se ha observado que en esta resignificación de las prácticas, la relación del profesionalista de la salud con el consultante es sumamente relevante para la construcción conjunta de nuevos significados en la manera cómo la percibe caracteriza, describe y cuenta su problemática (Valverde, 2005), y por ende, crear soluciones adaptándolas a su propia experiencia. Esto último coincide con la concepción de "paciente bien informado" o "paciente activo" (Donovan & Blake, 1992), que contrasta con la idea del "paciente" tradicional de la literatura médica.

El primero se caracteriza por no cumplir la prescripción del tratamiento al pie de la letra. Dicha conducta no se debe a la ignorancia de las consecuencias negativas que ocasiona la suspensión o modificación del tratamiento, tampoco se trata de que no entienda las indicaciones de la receta, sino que se relaciona en parte con el grado de información técnica que posee, y poner en práctica sus experiencias personales con otros médicos o cuidadores de la salud. Siguiendo estas circunstancias, las personas pueden tomar decisiones sobre el curso de su tratamiento, tras una discusión abierta con el profesional de la salud. Algunos autores han llamado a esta postura “co-atención”, señalándola como el inicio de una relación más simétrica y complementaria entre los profesionistas de la salud y los usuarios (Menéndez, 2003).

La co- atención se facilita en buena parte cuando el experto escucha y toma en cuenta los significados atribuidos a la situación conflictiva; es decir esté atento a su narrativa. En el siguiente apartado se ampliarán estas ideas.

1.4 Co-construyendo historias. Elementos que posibilitan la generación de relatos alternativos

En los escenarios clínicos las transacciones sociales que se realizan entre los terapeutas, médicos e investigadores y las personas que solicitan ayuda, ocupan un lugar clave para generar alternativas y nuevos significados a las narrativas que parecen ser inamovibles.

Tradicionalmente desde el modelo médico, estas interacciones se caracterizan por una marcada posición de jerarquía, donde un observador, experto en el área, define “objetivamente” el problema y pone en marcha la cura desde afuera, muchas veces intentando excluir sus propios valores y motivaciones a fin de que no interfieran en el proceso transformativo. En el mismo sentido, y análoga a la idea de que existe una realidad afuera y hay que encontrarla, tradicionalmente en casi todo encuentro de

conversación de este tipo se interroga al “paciente” a fin de buscar la información que corrobore la categoría diagnóstica del experto, como si ésta existiera independientemente de las circunstancias y significados personales, familiares y culturales de la persona. Asimismo, es frecuente que los tratamientos sean prescritos sin tomar en cuenta el proceso, los significados y la experiencia del paciente. Más aún, si no se puede hallar un diagnóstico, se le acusa de “fingir” los síntomas. También se le culpa si el tratamiento no es llevado a cabo según las indicaciones médicas o no se obtiene los resultados deseados (Valverde, 2005).

Bajo esta lógica, el paciente es “paciente”, responde y únicamente habla ante preguntas guiadas, protocolos, cuestionarios y pruebas estandarizadas que siguen la lógica lineal y controlada del profesional, y no la realidad narrativa de la persona. Otro aspecto interesante a señalar es que la detección oportuna y las acciones correspondientes para un determinado padecimiento se realizan cada vez más con base a indicadores objetivos, a través de exámenes médicos o parámetros establecidos por manuales estandarizados, como el CIE-10 o el DSM IV.

De esta forma, la figura del profesional de la salud de antaño, que tenía éxito a partir de su “ojo clínico”, derivado de la experiencia, sensibilidad e incluso intuición, desaparece ante el experto que basa su destreza en los signos producidos por los diferentes tipos de análisis e indicadores objetivos (Valverde, 2005). En el caso del médico o psiquiatra, tales circunstancias arrojan importantes consecuencias, no sólo para la relación médico/paciente, sino para la identificación profesional del profesional consigo mismo, ya que la valía de su ejercicio profesional muchas veces se restringe a la prescripción de medicamentos (Reiser, 1978).

Este mismo énfasis en los indicadores objetivos y en las pruebas clínicas, y el manejo del lenguaje asociado, ha dificultado un espacio para narrar los conflictos,

padecimientos o enfermedades con todos sus significados personales y culturales. Lo anterior se observa en la falta de un vocabulario en el discurso médico que expresen categorías como el dolor, la desesperación, el miedo y el sufrimiento que suelen acompañar a las dolencias y problemas humanos. Muchas veces se excluyen en la relación clínica los factores emocionales, psicológicos y sociales que acompañan a la experiencia que tiene la persona sobre su dolencia, elementos centrales para el paciente, principalmente porque por esa razón acude a consulta por lo tanto la comprensión de los mismos serían claves para la recuperación (Menéndez, 1990).

Las nuevas propuestas de intervención familiar derivadas de la posmodernidad y de la construcción social, han puesto en tela de juicio la posibilidad de las descripciones objetivas de quien observa, para considerar que éste forma también parte del sistema, y que sus percepciones se relacionan con sus propios mapas conceptuales y marcos de referencia (Fried Schnitman, 1996). En consecuencia, existen relaciones de control y poder incorporadas a los discursos básicos de la práctica profesional (Foucault, 1971, 1973). Los profesionistas ven lo que sus puntos de vista les permiten; en otras palabras, tienen su propio relato sobre cómo los problemas se desarrollan y luego se resuelven (Fruggeri, 1996). En el mismo sentido, el profesionista observa y al mismo tiempo edifica la situación observada junto con el sistema familiar en una tarea de co-construcción, en donde “el oyente no es sólo el receptor de una historia, sino que, al estar presente, constituye un estímulo para el actor de narrar esa historia, y ese acto es el acto de constituir el propio yo” (Andersen, 2001, p.90).

Ahora bien, si se considera que este papel transformativo del lenguaje comienza desde narrar y renarrar nuestras historias, resulta importante reflexionar en qué difiere la tarea de co-construir nuevos sentidos de la conversación común, cómo se diseña este tipo de conversación. En suma, reflexionar y hacer transparente las formas como se construyen

los espacios de diálogo que posibilite iluminar las excepciones que no concuerdan con el discurso problemático dominante (White, 2000a; White & Epston, 1993).

Al respecto, diversas investigaciones señalan algunos aspectos que han demostrado su efectividad para procurar soluciones y facilitar el proceso de co-construcción en la relación profesionalista de la salud- paciente/consultante. Entre estos, destacan la importancia de desarrollar una relación más simétrica y complementaria entre los expertos, terapeutas, médicos y demás profesionistas en salud con los usuarios o consultantes que acuden en busca de apoyo (Kleinman, 1980, 1988^a y b). Otorgar mayor tiempo a escuchar al paciente (Acuña, 2005; Doval, 2006). Facilitar que narre su situación problemática (Valverde, 2005). Aprender a decodificar el significado cultural y social de sus relatos, al incluir en la definición e intervención de una conducta como “problema”, factores religiosos, étnicos, y creencias populares (Good, 1994). Reconocer los deseos y motivaciones de sus pacientes, e involucrar a las personas en las decisiones sobre el curso de un tratamiento (Valverde, 2005).

Otros elementos importantes son el cuidado ético, ofrecer apoyo y compañía en una postura más horizontal, acompañar a los pacientes en su experiencia de enfermedad, la interpretación de signos físicos, comportamientos y cambios emocionales, así como aspectos subjetivos como demostrar que el profesionalista es capaz de conmoverse por las historias de sufrimiento (Valverde, 2005).

Se considera que la realidad de la persona con la enfermedad, dolencia o problema se construye a partir de su historia particular y comunitaria, de la búsqueda de sentido, y de las relaciones sociales, donde el mismo profesionalista está incluido y es parte de la “curación” en un contexto de aprendizaje mutuo.

Al respecto, se ha señalado la relevancia de las preguntas como herramientas para la intervención (Berg & Miller, 1992; White, 1998), así como la intencionalidad con la

que se focaliza en ciertos aspectos de la experiencia (White, 2000a) a fin de destacar las excepciones en el relato, que debido a su poca frecuencia, o bien, precisamente a su papel contradictorio con la historia oficial, son simplemente desatendidos por las personas. Esto significa que el investigador está alerta a identificar y señalar las contradicciones en el relato, hacerlas visibles y cuestionar el papel dominante de la historia para que se observe en un contexto diferente lo que se ha obviado.

Por lo tanto, la intervención del interlocutor a través de inquisiciones ayuda a dilucidar la visión que tiene la persona sobre el problema y sus posibles soluciones (Berg & De Shazer, 2001). A la vez resalta la percepción que tiene sobre las personas significativas en sus vidas, y esclarece otros posibles recursos que se encuentran ocultos tras la historia dominante (White, 2000a). Así como desafía las prácticas dominantes y alienta a la persona a vincular su acciones con otros significados (White, 1989).

La literatura señala algunas interrogantes que inciden en la trayectoria de un relato ampliando significados, entre éstas se incluyen “la preguntas del milagro”, preguntas para encontrar excepciones y preguntas que hacen énfasis en las habilidades generalmente desapercibidas (Berg & Miller, 1992; Durrant & Kowalski, 2001). A su vez, De Shazer (1989) señala las preguntas de escala, que consiste en otorgar un puntaje al grado de éxito en realizar una tarea y planear pequeños pasos necesarios para ir aumentando en la escala.

Aún más amplio resulta el papel de las interrogantes como herramientas de transformación discursiva en el enfoque narrativo propuesto por Michel White (2000a y b), quien propone las conversaciones externalizadoras para separar la persona del problema y de sus efectos. Éstas permiten deconstruir algunas verdades que han guiado maneras privilegiadas de pensar y actuar en la práctica clínica, como el hecho de afirmar que los problemas, como el consumo de drogas, son inherentes a la vida de las

personas o parte de su personalidad (White, 2002a), haciendo a su vez visibles las ideologías y prácticas prevalecientes en los cuales están contenidas estas relaciones sociales.

Otras formas posibles de incidir en la trayectoria del relato, es realizar “preguntas de competencia”, que tratan de ampliar los recursos de las personas (*¿cómo lo superó?, ¿cómo tomó esa decisión*), y las preguntas que alientan a visualizar cómo sería la vida alejada del problema (*cuando se resuelva el problema ¿quién se dará cuenta?*) (Friedman & Fanger, 1991). En todo caso, las preguntas tienen como objetivo hacer evidente los saberes de la persona y definir una posible solución vislumbrando nuevas estrategias de acción (Furman & Ahola, 1992).

Por último, es importante recalcar que no siempre es posible la historia con el final feliz de curación o esperanza; pero el incluir la narrativa en los espacios de intervención, podría facilitarle a la persona encontrar coherencia y sentido entre lo que ocurre en su vida. En este nuevo paradigma clínico, la persona, ayudado por las preguntas abiertas y neutras del profesionalista su empatía y escucha atenta puede narrar su historia saturada del problema y comenzar a co-crear otros relatos, a través de invocar saberes de los márgenes donde han estado relegado

A la luz de las consideraciones anteriores, la presente investigación tuvo como objetivo conocer las narrativas familiares construidas ante el consumo de drogas de un miembro. Asimismo, se pretendió responder a las siguientes preguntas que guiaron el presente estudio: *¿cuáles son las historias familiares sobre el consumo?, ¿cómo significan el consumo de alguno de sus miembros?, ¿qué discursos dominantes sobre las drogas y su uso se reproducen en esas historias?, ¿qué saberes familiares han sido rechazados o ignorados por no cumplir el esquema del discurso dominante?, ¿cuáles son los saberes familiares alternativos que podrían contribuir a resignificar el consumo?, ¿qué efectos*

ha tenido el relato familiar en la búsqueda de solución del consumo?, ¿cuáles son los elementos que impactan en el transcurrir de la historia y posibilitan la co-construcción de alternativas?

II

METODO

2.1 Planteamiento del problema

Indudablemente la manera en como se concibe y problematiza un objeto de estudio, repercutirá en el tratamiento del mismo, por eso, se deben considerar las diferentes, caracterizaciones, enfoques y saberes sobre el mismo. Por lo tanto, la intención de este apartado es realizar dos precisiones: uno, construir el objeto de estudio y justificarlo, especificando desde qué espacio o referente teórico se toma una posición para referirse al objeto a estudiar; y dos, delimitar qué elementos quedan fuera de su alcance y no pueden explicarse bajo su ámbito discursivo.

Con respecto a la primera precisión, se considera que entre los innumerables tópicos que caracterizan y contiene la experiencia humana, el consumo de sustancias ha tenido y tiene un papel histórico y una función social, que en los últimos años ha sido controvertida, debido a diversas implicaciones en diferentes instancias de la persona y del cuerpo social. Entre éstas, destaca la preocupación legítima con relación a la salud de las personas consumidoras y las consecuencias que conlleva su consumo en su núcleo social más próximo que es su familia; pero, en este ámbito problemático que representa el consumir, se entran mecanismos, dispositivos y controles, que contribuyen a formular un discurso, cuyo argumento principal hace referencia a la patología del consumo y a la necesidad de controlar al mismo desde un modelo de contagio, donde se privilegia el papel del experto y de las disciplinas.

Una lectura entre líneas de este discurso, que se ha constituido como hegemónico dada la predominancia del mismo, saca a la luz varios cuestionamientos relacionadas con el control

social y el uso del poder, ya que frecuentemente, bajo la justificación de buscar la salud, la seguridad y el bien de la persona, ésta termina siendo objeto patológico de conocimiento. Así, desde el estatus adscrito de “enfermo”, se establecen estrategias de diagnóstico, prevención y tratamiento que frecuentemente marginan, estigmatizan y cosifican a las personas, imponiendo una solución desde fuera, que niega el contexto social, familiar, cultural imbricado en la problemática del consumo.

Por otra parte, al aislar al sujeto enfermo, para evitar el *contagio*, se consigue despolitizar el problema del consumo, borrando las circunstancias estructurales que lo rodean, como las desigualdades sociales y la pobreza, así como se intenta ocultar los intereses de las economías de mercado, que necesitan una cultura de consumo para mantener sus sociedades industriales. Estas circunstancias no ayudan a resolver el problema; por el contrario, muchas veces lo acentúan.

Una alternativa sería comprender las drogas y su uso desde una perspectiva crítica y más amplia. En este contexto, en el presente proyecto se ha elegido al enfoque narrativo propuesto por Michael White (2000a y b) como marco de inteligibilidad, ya que se piensa que esta perspectiva permite abordar y comprender al uso de sustancias situándolos desde la significancia familiar, en una aproximación más extensa y compleja que entreteje aspectos sociales, políticos, discursivos e interpretativos.

En la aproximación del consumo de drogas, desde esa perspectiva, se retomará el análisis de tres instancias. La primera considera el papel de las interacciones y de los escenarios sociales donde se constituyen las personas, lo cual significa vincularlos con sus núcleos de referencia, donde se construyen, validan, socializan y expresan aspectos de la vivencia cotidiana que le dan significado y sentido a las experiencias. El más próximo es la familia, ésta va más allá de los lazos de parentesco, y se caracteriza como una agrupación de

personas que comparten intereses, que desarrollan roles y funciones e interactúan dinámicamente en un contexto psicosocial.

Segundo, estas experiencias de vida y su significación, que se constituyen desde la familia, no serían posibles sin el lenguaje; por medio de las prácticas lingüísticas se explica y moldea la realidad circundante. Los significados se crean, articulan, comparten y negocian en la realidad discursiva, teniendo a la familia como fuente y comunidad de conocimiento.

Tercero, las prácticas discursivas conforman un relato o historia, que sirve como marco de inteligibilidad que organiza y da sentido y coherencia a sus vidas, por medio de una narrativa compartida. Cuando un miembro de una familia es requerido acerca de un aspecto de su existencia, coteja, compara, rechaza o afirma su narración con relación al conjunto de historias que conforman la narrativa familiar sobre ese evento; es decir, las experiencias se construyen y reconstruyen en un relato co-creado y compartido en la comunidad de conocedores, donde se incluye al investigador mismo.

En este sentido, el consumo de drogas, dejaría de ser explicado desde la experiencia individual, atribuido a razones de personalidad o de conducta, para ubicarse desde la complejidad social en los diferentes niveles, familiares, discursivos y narrativos. Ahora bien, en la constitución del relato sobre las drogas, y en general en cualquier relato de la vivencia humana, confluyen elementos socioculturales, económicos y políticos. Este último es esencialmente importante, en cuanto a que, como herencia de la modernidad, hay una tendencia a pensar en una esencia del yo, en un ideal universal a perseguir.

Con base en esta posición, se fueron conformando discursos, a los que White (2002a) llama del “*como si*”, que especifican un deber ser, apoyado en la evidencia de lo que se supone verdadero y, por consiguiente, irrefutable. En ese *como si* del discurso de las drogas, se dictamina cómo debe ser pensada, tratada, rehabilitada a la persona consumidora, bajo

parámetros lineales, globales, a-históricos y de poder, legitimando ciertos saberes, considerados como válidos, y descalificando otros, que no cumplen criterios de aceptabilidad.

En este sentido, reubicar los discursos desde sus aspectos sociales y políticos, permite desmontar las historias generadas a través de éstos, historias que por seguir el *como si*, muchas veces limitan la posibilidad de generar otros relatos y narrativas, que amplíen la generación de significados, que permitan sacar a la luz saberes más próximos e inmediatos a su contexto - conocimientos que las personas han adquirido de su medio, de su cultura y mantienen en la periferia del bagaje de su experiencia- por considerar que no se ajustan a los requerimientos del discurso que dicta maneras de sentir, pensar y actuar ante circunstancias que, como el consumo de sustancias, pueden ser signadas con la etiqueta de problemáticas para la familia.

Iluminar estos saberes locales, que siempre existen, no significa ir en contra de la cultura, sería inútil y ocioso concebir un conocimiento fuera de ésta, más bien, se refiere a rescatar otros conocimientos, para ampliar el abanico de posibilidades de historias, más allá de la que se proclama como única por poseer la verdad por creer que es la forma ideal de reflejar la esencia del mundo. Las personas, en este universo de historias, podrían tener más opciones de modelos narrativos que se ajusten a su propia experiencia. Estos modelos, entonces, pueden probarse, articularse, descartarse, ajustarse, transformarse. Con esta gama de posibilidades, las personas pueden ser *teóricas de su propia vida*, utilizando sus relatos como una guía para entender sus circunstancias de existencia, análogo al modo en que los investigadores prueban, modifican o descartan las teorías existentes (Hanninen y Koski-Jannes, 1999).

Con relación a la segunda intención de este apartado, que es delimitar los elementos que quedan fuera del alcance de la presente investigación, se desea precisar que si bien, la propuesta narrativa de White (1998, 2000a y b) se desarrolla básicamente en el ámbito terapéutico; se debe señalar que por excederse de los límites, objetivos e intereses del trabajo, esta intención terapéutica no se abordó en el mismo. En este sentido, la elección de la narrativa como referente de este proyecto de investigación, se justifica considerando la postura del mismo White, que discrepa de definir a su perspectiva únicamente como terapia narrativa, ubicándola más bien como una visión del mundo, una metáfora, una ética de trabajo, una forma de conocer.

En este orden de ideas, las historias que las personas co-construyen, confieren significado y expresan en su experiencia, se comprenden a partir de considerar que los sucesos vitales por sí mismos no determinan nuestra comprensión, ya que ésta se deriva del significado conjunto otorgado (Anderson & Goolishian, 1996, Bruner, 1986).

Por lo tanto, es posible re-negociar los significados sobre el consumo a través de la interacción social, y co-construir un nuevo sentido de las experiencias, por medio del diálogo que ilumine las excepciones -eventos, acciones, saberes- que no concuerdan con discurso problemático dominante (White, 2000b; White & Epston, 1993) haciendo a su vez visibles las ideologías y prácticas prevaecientes en los cuales están contenidas estas relaciones sociales.

Con base en lo anterior, el propósito general del presente trabajo se centra en la construcción conjunta de significados de las experiencias familiares, con respecto al consumo de drogas, expresados a través de relatos, teniendo como objetivos específicos los siguientes:

- Explorar los discursos dominantes y alternativos sobre el consumo en el desarrollo del relato, la consecuencia de adoptar éstos la vida de las personas y las condiciones que hacen posible su emergencia y articulación.
- identificar e iluminar acontecimientos extraordinarios (excepciones y contradicciones) al discurso dominante
- Atender al lugar y papel que ocupan las personas en el relato y cómo va cambiando su posición y su discurso sobre el consumo, a medida del desarrollo y la co-construcción de la narrativa.
- Analizar qué tipos de preguntas y cuestionamientos influyen en la co-construcción de la narración y en la iluminación de los acontecimientos extraordinarios.

2.2 Sustento teórico-metodológico

La presente investigación se ubica en el contexto de la postura comprensiva-interpretativa y de la construcción social; por lo tanto, un objetivo de la misma es la edificación de conocimientos a través de la interacción dialógica entre los participantes, donde se incluye al propio investigador. Se busca entender y hacer sentido de aquello de lo que está inquiriendo para llegar a una interpretación (Orozco, 2000). A partir de la teoría se construye un objeto de estudio siguiendo una serie de premisas que guían el proceso de investigación.

El método comprensivo-interpretativo se caracteriza por otorgar significado a la experiencia del otro, ya que se basa en el supuesto de que las personas se relacionan y construyen sus realidades mediante el diálogo. Bajo esta lógica, la narración se re-construye al enfatizar la vivencia subjetiva-experiencial de las familias y desde la inter-subjetividad

entre el observado y el observador en un intercambio de saberes, en este caso interpretados bajo los supuestos teóricos del enfoque narrativo.

Por co-construcción se entiende la edificación activa de la realidad, a través de la participación de las personas que dialogan (Gergen, 1996), además incluye alentar a la autorreflexión por medio de puntuar aspectos poco atendidos de la experiencia, y cuestionar prácticas y discursos sociales hegemónicos, a fin de potencializar la emergencia de narrativas alternativas. Es por eso que más que la generalización de los datos, se destaca la riqueza y complejidad de éstos.

El resultado final es una reconstrucción colectiva, que representa una visión de la realidad como producto de una acción reflexiva de los participantes, a través de saberes sociales compartidos (Taylor y Bogdan, 1992). En esta co-construcción de la realidad adquieren un papel relevante, el tipo de reflexiones y cuestionamientos que invitan a realizar los temas que se abordarán en la entrevista narrativa, ya que se busca que los participantes expliciten su discurso desde diferentes perspectivas, favoreciendo la polisemia y la multiplicidad de voces.

Así, la persona puede hablar como autor o narrador, desde la perspectiva del discurso de la familia, del discurso hegemónico, de lo que no se dice, de lo que queda a la periferia y constituye el hilo conductor que nos permite puntuar e iluminar las excepciones.

Los papeles de narrador y receptor se comparten por turnos, la historia es contada desde diferente ángulos, los miembros de la familia presentes funcionan como co-narradores influyendo en la comprensión de esa experiencia y constituyendo al relato como un medio discursivo para la exploración y resolución colectiva de problemas (Ochs, 2000).

2.3 Medios de exploración

2.3.1 Entrevista semi-estructurada

Siguiendo los objetivos del estudio, se consideró a la entrevista como la herramienta idónea para rescatar y recrear la experiencia significada sobre el consumo. La elección de este instrumento respondió a la posibilidad de establecer una interacción personal entre las personas participantes dirigido “*hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras*” (Taylor y Bogdan, 1992, p. 101). Por lo tanto, los relatos se exploran desde la colectividad, ya que se considera que los actores sociales, donde se incluye al investigador mismo, atribuyen comprensión a otras personas, objetos y así mismos a través de un proceso de interpretación (Ruiz Olabuenaga, 1996). Al considerar que la familia es una comunidad de conocedores, se crea un contexto social que facilita la obtención de datos en un sentido más rico y complejo en significado del que se pueda obtener en el ámbito individual de la relación.

La entrevista realizada fue *con el grupo* (Taylor y Bogdan, 1992), partiendo del postulado de que las personas son co-creadoras de sus propias vidas y sus experiencias no están condicionadas de manera total por factores externos, sino que pueden cambiar y resignificar sus vivencias en el intercambio social. Esta manera de aproximarse al objeto de estudio, recrea una investigación cooperativa, ya que los participantes, incluyendo al investigador, construyen conjuntamente una realidad. Esta forma de acercarse y dialogar también es llamada *de intervención* (Sánchez & Galera, 2004), puesto que a partir de preguntas, que se dan en un contexto de reflexión y retroalimentación, se co-construye un cambio en el abordaje y significación del fenómeno a estudiar. Aún cuando no hay una intención

terapéutica, es posible observar algunos cambios en la realidad percibida, que permite generar nuevos relatos sobre el consumo de drogas.

En cuanto al investigador, éste se considera como una persona responsable de sus propias construcciones. Su papel es conducir un diálogo, donde por medio de la curiosidad abierta y honesta, *puntúan y establece diferencias de las diferencias* (Bateson, 1972) para invocar a los acontecimientos extraordinarios, dentro de los límites y propósitos de la investigación.

Partiendo de la premisa de que la comprensión ofrece la posibilidad de generar nuevas narraciones, este cambio se relaciona con la potencia transformadora que tiene el lenguaje y las explicaciones que se dan a través de él, poniendo de relieve la naturaleza socialmente construida de la investigación.

2.3.2 Elaboración de la guía de entrevista

La construcción conjunta de narrativas requirió abrir espacios de diálogo, en dichos encuentros de conversación las preguntas no son neutrales, tampoco resulta posible escuchar las narraciones “puras” de las personas, ya que la intervención del investigador en el proceso de co-construcción es relevante para iluminar los eventos y percepciones sobre el consumo de drogas que contradice al relato dominante y, de esta manera, posibilitar paulatinamente un discurso alternativo emergente. Por lo tanto, la conversación requirió de una estructura mínima, pero flexible, que permitiera co-construir el relato entre todos los participantes. Fue necesario incluir preguntas dirigidas a dar diferente foco e intensidad a diversos aspectos de la experiencia, abriendo espacio para contar tanto lo esperado por la historia oficial, como lo novedoso e imprevisto.

Siguiendo estas consideraciones, previamente a las entrevistas, realicé una guía que permitiera acotar y organizar las preguntas en áreas generales según los objetivos de la

investigación, sin un orden preestablecido y mínimo (Cano & Radkaau, 1991). La guía fue flexible y dinámica para facilitar que las personas construyan el relato de su experiencia; esto significó que en la conversación la guía se modificó según las circunstancias particulares de vida de las familias, por lo que el énfasis de cada tema varió, ya sea desarrollando nuevas preguntas, precisando o cambiando de enfoque, privilegiando algunos puntos o descartando otros; según el contexto y la forma en como transcurrió la conversación.

Aunque a lo largo del trabajo, y sobre la marcha, se intentó analizar qué tipo de cuestionamientos impactan en la construcción de la narración y en la iluminación de los acontecimientos extraordinarios, considero importante sintetizar y resaltar brevemente dichas interrogantes, así se retomaron:

- Preguntas *orientadas a las excepciones* (White, 2000b, 2002a), señalan lo extraordinario y puntúan las diferencias: *¿qué era diferente en ese momento?, ¿qué cambió?, ¿ha habido alguna situación donde...?*
- Preguntas de *búsqueda de explicaciones* (Furman & Ahola, 1992), buscan causas de atribución a un suceso: *¿por qué cree que paso? ¿qué cree que piensa? ¿si estuviera aquí sentado... qué diría?*
- Preguntas de *competencia* (Freedman & Combs, 1996), tratan de ampliar los recursos de las personas: *¿cómo lo superó? ¿cómo tomó esa decisión?*
- Preguntas de *relato único o redescrición única* (White, 2002a), resaltan la capacidad y la importancia de las acciones: *¿qué pasos hizo para realizar esa*

*acción?, ¿cuáles fueron las cosas que le hicieron sentir que quería seguir adelante?
¿qué consecuencias observó?*

- Preguntas *orientadas hacia el futuro* (Friedman & Fanger, 1991), visualizar planes donde no se incluya el problema: *¿cuándo se resuelva el problema quién se dará cuenta?, ¿cómo se supone que se dará cuenta?, ¿qué tendría que ver en... para saber que hay un cambio?*

También se retomaron comentarios con posibilidades *metafóricas* (Fried Schnitman, 1996) y *voces habilitadoras* (White, 2002b), *¿quién se daría cuenta primero de los cambios?, ¿quién apoyaría estos cambios?*

2.4 Entrenamiento previo al trabajo de campo

La tarea colectiva de la entrevista implicó, entre otros aspectos, poner atención en cada persona y a su vez visualizar todo el sistema familiar, además de escuchar las voces de los ausentes a través de las personas presentes. Lograr esta labor exigió un entrenamiento durante un semestre como observadora de entrevistas familiares y de realizar entrevistas bajo supervisión. Estas experiencias me permitieron analizar, elaborar, y reestructurar, en su caso, los temas a tratar, así como mejorar las posibles preguntas iluminadoras que podría usar como recurso para cumplir el propósito co-constructivo de rescatar los relatos alternativos.

Posteriormente, se invitó a las familias para participar en las entrevistas, éstas tuvieron una duración promedio de dos a dos horas y media por encuentro, fueron videograbadas bajo el consentimiento expreso de las participantes, escribiéndose notas de campo en cada conversación para guiar los temas a tratar subsiguientemente. Como ya comenté, la

entrevista se basó en una guía flexible que podría modificarse según el contexto de la conversación, dando oportunidad que emergieran otros discursos y perspectivas.

Las entrevistas videograbadas se transformaron en formato VCD para facilitar su transcripción íntegra, considerando la importancia de la comunicación analógica (Watzlawick, Beaven & Jackson, 1983) se hicieron anotaciones de silencios, llantos, risas y cualquier otro tipo de información pertinente para la comprensión integral del texto. Posteriormente éste se confrontó con los registros grabados para garantizar la fidelidad de la transcripción.

El texto se leyó de manera cuidadosa, a fin de organizar los temas tratados en temáticas amplias, las cuales sintetice a través de una interpretación, colocándoles una categoría nominal o tópico (Kvale, 1996). Atendiendo a mis supuestos teóricos y a mis objetivos consideré importante identificar discursos sobre prácticas y saberes de las familias que se enmarcan en relatos dominantes, las consecuencias de éste en la experiencia relatada, así como las contradicciones del relato y las preguntas y cuestionamientos que repercutieron en el desarrollo, transformación y consecuencias de la narración (White, 1989).

2.5 Propuesta de análisis

La propuesta de análisis incluyó organizar y localizar en el texto los tópicos abordados en el relato. Para facilitarme esta labor, realicé un índice temático; a partir de éste y haciendo énfasis tanto en los temas generales y en la secuencia con que fueron narrados, efectué un acercamiento preliminar de la narrativa co-construida.

Opté primero por organizar el material a través de una secuencia narrativa (inicio, desarrollo y transformación). No obstante, en posteriores lecturas busqué centrarme en cómo las personas fueron otorgando sentido a sus experiencias, incluyendo a las

contradictorias, cambiando su discurso, considerando también la co-autoría del relato. Observé entonces que el texto podría ordenarse convenientemente en episodios o capítulos generales que se van desarrollando dentro de una secuencia temporal. Ésta inicialmente se enmarca de acuerdo a una trama dominante, pero tras poner en tela de juicio afirmaciones totalitarias, y en la búsqueda de coherencia de lo narrado, se va recurriendo a diferentes versiones, incluso discordantes de los hechos. Es en este punto en donde, a través de puntuar las contradicciones e inquirirlas, se apeló a los subrelatos extraordinarios que podrían hacer cambiar el rumbo de la historia.

Bajo estas consideraciones derivadas de mis supuestos teóricos, organicé dichos pasajes narrativos según la secuencia y el discurso más general y representativo que se aborda en cada uno éstos. Así, la historia se fue relatando a partir de elementos constituidos por a) suceso inicial b) consecuencias de la situación inicial planteada, c) complicación y contradicciones, d) proceso de transformación⁶. Stein & Glenn (1979) agregan el elemento del *marco* en la estructura propuesta definiéndolo como el contexto físico, social y temporal de la conducta de los protagonistas. Este componente en el contexto de mi investigación co-construida comparte algunos procesos similares a la conversación terapéutica, ya que en la conformación del *marco* en ambos espacios, el co-narrador precisa relaciones entre los hechos percibidos y sus consecuencias, lo que “puede hacer que un hecho narrativo resulte más significativo que otros” (Ochs, 2000, p. 288).

⁶ En la literatura del área se reporta la conformación de la estructura del relato a través de componentes narrativos similares, mismos que Van Dijk (2006) denomina “macro-estructuras”; por ejemplo: marco, inicio, reacción y final (Stein & Glenn, 1979), por su parte Labov y Waletzky (1967) abordan el texto desde el resumen, orientación, acción de complicación, evaluación, resolución y coda.

Por lo tanto, mi propuesta incluye analizar la narración como texto por medio de puntuar e iluminar el proceso de emergencia de los discursos dominantes y alternativos sobre el consumo de drogas a través de la estructura sugerida, y a partir de la reflexión sobre las condiciones sociales y familiares que los posibilitan y le dan coherencia, siguiendo los supuestos del enfoque narrativo.

Otros puntos de análisis son el tipo de interrogantes que desde mi papel como co-autora lograron impactar en el desarrollo de las historias, cómo las personas se van situando en éstas, y cómo van cambiando su posición a medida del desarrollo del relato.

2.6 Descripción de los encuentros de conversación

2.6.1 Escenario donde se realizaron las entrevistas

La Clínica de Terapia Familiar es un espacio clínico ubicada en el primer piso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. La Clínica brinda, a partir del mes de marzo de 2002, servicio psicoterapéutico a la comunidad en general como parte del sistema de formación y supervisión en vivo de los/las estudiantes de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar. Está integrada por dos cubículos separados por un espejo unidireccional, en uno de éstos el/la terapeuta encargado trabaja con las familias que le han sido asignadas, en el otro cubículo se ubican los equipos terapéuticos y de supervisión respectivamente. La clínica está equipada con una videocámara, una videocasetera, un televisor, una línea telefónica con sistema de comunicación interna, un micrófono y un aparato amplificador.

La población de usuarios/as del servicio son generalmente de la comunidad, personas que provienen de las primarias y secundarias de las diversas colonias cercanas a la Facultad, población estudiantil a nivel licenciatura y postgrado, y los/las trabajadores/as de la misma

institución. Al ser una población tan diversa, permite al terapeuta en formación una visión muy completa de varias problemáticas psicológicas.

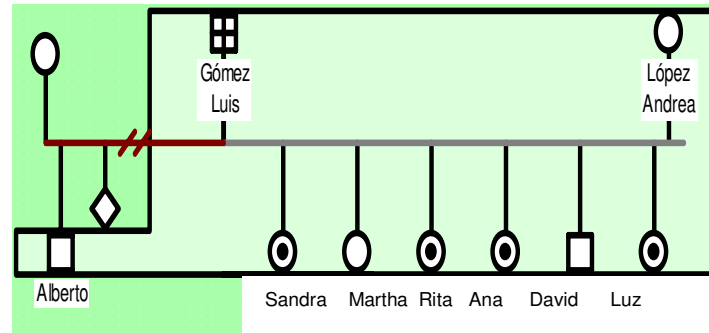
2.6.2 Contacto con el sistema familiar

La Clínica cuenta con una persona encargada de llevar una agenda, que en este caso es una supervisora, quien atiende a la gente y recaba los nombres y datos de las personas que solicitan el servicio, y cualquier otra información pertinente. Para invitar a las familias a participar, la supervisora me proporcionó los siguientes datos: nombre de quien solicita el servicio, número telefónico, motivo por el cual solicitan la consulta (familias con un miembro consumidor de drogas).

El primer contacto con las familias, en todos los casos, fue vía telefónica; por medio de una breve conversación hice la presentación y obtuve información general acerca del o los miembros de la familia. Informé a la persona que atendió la llamada (solicitándole que transmita esa información a quienes acudirán al encuentro) la modalidad del trabajo, donde la participación es voluntaria, las características y dirección del lugar, el número y duración de las sesiones, y el costo gratuito de las mismas. También solicité su autorización para video-grabar la entrevista, haciendo énfasis en la confidencialidad. Se aclaró que en cuanto terminasen los encuentros seguiría su turno para recibir el servicio que solicitaron de Terapia Familiar.

2.6.3 Familias participantes

Familia Gómez-López⁷

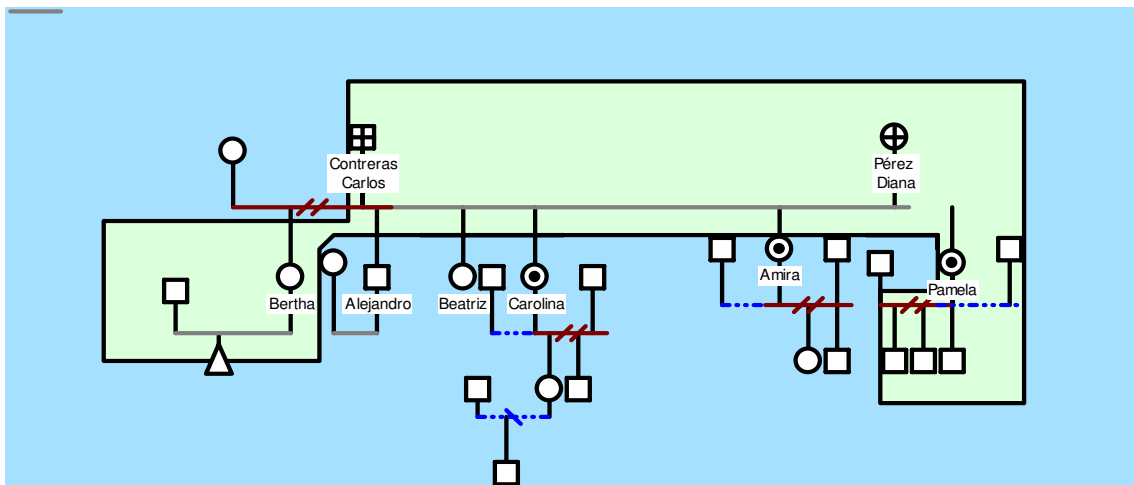


La familia Gómez López está constituida por nueve miembros. El señor Luís, el padre, trabaja de hojalatero; la señora Andrea, la mamá, trabaja en limpieza de casas; los cinco hijos son Alberto, Sandra, Martha, Rita, Ana, David, Luz, cuyas edades se ubican entre los 29 y 15 años, son solteros y viven con sus padres, se desempeñan en diferentes trabajos y todos contribuyen al gasto familiar.

Los miembros consumidores son el padre y el hermano mayor, y ocasionalmente alguna de las hermanas; no obstante, la narración se focalizó en el consumo del padre, pues éste es percibido como el de mayor problema.

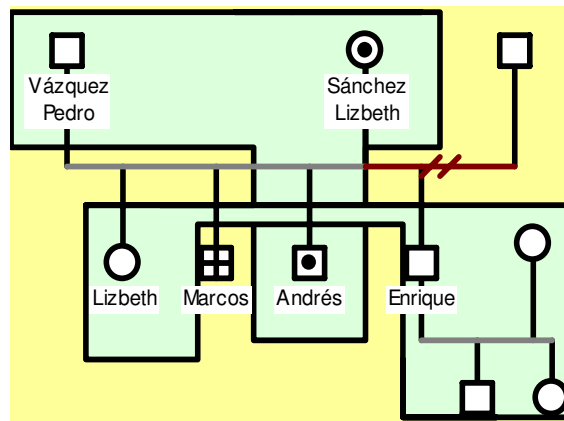
⁷ Con el fin de mantener la confidencialidad de los miembros de la familia, se cambiaron los nombres, apellidos y otra información, que pudiera identificarlos.

Familia Contreras Pérez



El segundo caso corresponde a la familia Contreras Pérez, compuesta por ocho miembros. Los padres, Carlos y Diana y seis hijos; Alejandro, Beatriz, Carolina, Amira, Pamela y Bertha. Las edades de los hermanos van de los 50 a los 30 años. Los miembros que participaron fueron Carolina, Amira y Pamela, las tres tienen hijos y están viviendo en una segunda relación de pareja. En este caso, tanto la madre como el padre consumen alcohol, pero el hermano mayor y las entrevistadas también fueron consumidores, así como sus respectivas parejas; en dos de ellas los hijos comienzan a consumir alcohol y marihuana. La narración incluyó el consumo de los padres, pero también fue rica en describir experiencias del consumo de cada una de ellas y de sus respectivas familias.

Familia Vázquez Sánchez



La familia Vázquez fue el tercer y último caso, está compuesta por seis miembros, los padres Lizbeth y Pedro, tres hijos y una hija, Enrique, Lizbeth, Marcos y Andrés. Asistieron a los encuentros de conversación la mamá y Andrés, el hijo menor. Los miembros que consumen son el padre y uno de los hijos, sin embargo la narración se centró en el consumo del hijo, pues la madre se mostró sumamente preocupada por su inicio temprano en el consumo, además que recién se había salido de la casa familiar para vivir con un amigo.

Simbología		
Miembro consumidor por el que solicitan apoyo	Mujer	Personas que viven en la misma casa
Matrimonio	Hombre	Personas que asistieron a la entrevista
Divorcio	Madre soltera	Unión libre

III

ANÁLISIS

A continuación describo el análisis a partir de abordar al texto considerando el propio desarrollo secuencial del relato, los papeles y discurso contenidos en cada uno de éstos, y los elementos que facilitaron la transformación en la historia.

Comenzaré realizando una descripción general de las circunstancias familiares en cada uno de los tres casos, por lo que a continuación presento a las familias:

3.1 Las historias familiares

La Familia Gómez López

La familia Gómez López está compuesta por nueve miembros, los padres, cinco hijas y dos hijos varones. Las personas que acudieron a los encuentros de conversación fueron cuatro hijas, Sandra, Rita, Ana y Luz; aún cuando Martha, la quinta hija, no acudió a ninguna de las entrevistas, estuvo presente todo el tiempo a través de la voz de sus hermanas.

La historia giró al principio en gran medida en torno al consumo del padre, ellas cuentan que él bebe hasta llegar a la embriaguez casi todos los días; por lo que constantemente tiene problemas de dinero al no cumplir con su trabajo o emplear las ganancias en su consumo. Ante esta situación los hijos e hijas terminan asumiendo las responsabilidades de éste, pagando las deudas y manteniendo la casa, lo cual ocasiona mucho enojo y rencor, pues ellas quisieran poder estudiar o realizar actividades acorde a su edad sin tantas responsabilidades, aunado al hecho de que el padre, cuando consume, es agresivo y ejerce violencia hacia la familia.

Tras una situación familiar que ellas denominan “la crisis”, donde el padre, bajo los influjos del alcohol agredió físicamente a uno de los hermanos tuvieron que recurrir a la intervención policial; desde entonces, el padre consume alcohol con mayor frecuencia y el ambiente se describe como más hostil, como consecuencia han pensado en correr al padre de la casa, o bien, irse de ésta, pero sin tomar una postura firme al respecto. A partir de este acontecimiento buscan apoyo en Al-Anon y solicitan servicio terapéutico en la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, de donde son invitadas para participar en la investigación

La familia Contreras Pérez

En el caso de la familia Contreras Pérez, acudieron a la entrevista Carolina, Amira y Pamela, de entre 45 a 50 años de edad, ambas con hijos y segundas parejas. Relatan que tanto su padre y madre beben desde que ellas recuerdan. Durante el primer encuentro de conversación la historia giró en un principio en torno al consumo de los padres, pero conforme transcurrió la entrevista se centraron en describir sus propias experiencias con el alcohol.

El panorama del consumo es muy complejo, ya que las tres generaciones (abuelos, hijos y nietos) consumen en diferente grado. Ellas han buscado ayuda desde hace cuatro años, Carolina, participa en Alcohólicos Anónimos (AA)⁸ desde esa fecha, Pamela y Amira, en los Grupos de Familiares de Alcohólicos (Al-Anon)⁹. A la vez han asistido a

⁸ **Alcohólicos Anónimos** es una agrupación mundial de alcohólicos recuperados que se ayudan unos a otros a mantener su sobriedad y comparten libremente las experiencias de su recuperación con otros hombres y mujeres que también tienen problemas con la bebida. Se basan en un Programa de Recuperación de Doce Pasos sugeridos y creados especialmente para la recuperación del alcoholismo. (Sitio Web <http://www.alcoholicos-anonimos.org>).

⁹ **Al-Anon** es una organización mundial formada por parientes y amigos de las personas que tienen problemas con su forma de beber. Es una Asociación no profesional, donde los miembros comparten su experiencia, fortaleza y esperanza para resolver sus problemas comunes. Es un Programa de Recuperación de Autoayuda con el único propósito de ayudar a familiares y amigos de las personas que tienen problemas con su forma de beber. (Sitio Web: www.al-anon.añateen.org).

consultas particulares. Además las tres habían tenido parejas consumidoras, de las cuales se separaron, para iniciar relaciones con nuevas parejas, también consumidoras.

En ese contexto, la historia parece complicarse cada vez más, pues todos los elementos giran no sólo en el consumo de algún miembro familiar (en este caso, los padres) sino también en sus esfuerzos para resistir su propio consumo, para lidiar con el de sus parejas, y enfrentarse al consumo incipiente, pero cada vez más frecuente de los hijos en dos de ellas.

Un aspecto interesante de esta familia, es que mucha de la riqueza de los relatos y de sus saberes se abordó al final de los encuentros, generalmente una vez que se había dado por concluida la sesión y se había apagado ya los equipos, durante el intervalo de poner en orden el cubículo, despedirnos y bajar juntas, las hermanas compartían conmigo aspectos más personales y relevantes para la investigación de los cuales no tengo más registros que mi diario de campo. Una conclusión clara es que las tres se mostraron muy motivadas a iniciar con el proceso terapéutico al finalizar las entrevistas.

Otro aspecto importante que creo es relevante para el proceso co-constructivo es que las hermanas me tuvieron mayor apertura y confianza, toda vez que compartí con ellas mi propia experiencia con un miembro consumidor. La relación entre nosotras transcurrió de manera cordial y empática, como compañeras de conversación; en algunos momentos tomaron una postura de mayor jerarquía, dado sus experiencias, edades y vivencias, pero con muchas ganas de compartirlas conmigo, incluso con cierta complicidad femenina.

La familia Vázquez Sánchez

Acudieron a la entrevista la Sra. Lizbeth y Andrés, de 52 y 14 años respectivamente. En un principio y quizás por un error de énfasis de mi parte, la conversación sobre el

consumo se centró en la manera de beber del esposo. Posteriormente el relato comenzó a dirigirse al consumo de Marcos, el hijo de 16 años, que recién se había salido de la casa familiar para vivir con unos amigos, situación de la cual deseaba hablar la mamá, ya que ese es el consumo percibido como problemático para la familia. La Sra. Lizbeth narra esta situación desde la confusión, sentimientos de culpa por “no saber en qué se equivocó”, sobreprotección al hijo menor y conflictos con el esposo que la señala como culpable. Además manifestó preocupación porque desconoce a la familia con quién se fue a vivir su hijo y tampoco ha tomado una decisión firme sobre las acciones a seguir.

El esposo se mantiene al margen de la situación problemática, asumiendo que el muchacho ya está “haciendo su vida” como mejor le convenga. La hija mayor, por decisión propia, también se salió de la casa y se fue a vivir con el hermano mayor (Enrique), hijo de un primer matrimonio de la madre. Esta situación también le causa conflicto cuestionándose su rol de madre.

Durante la transcripción de las entrevistas se observó que en varias ocasiones la madre comienza una frase y a la mitad de ésta se quedaba mirando a su hijo Andrés, quien terminaba la oración o bien, ampliaba la explicación.

En este caso, la transformación en el relato no se observó de manera tan clara como en los dos casos anteriores, la madre siguió indecisa sobre qué hacer con respecto al consumo de su hijo Marcos, y con mucha carga de sufrimiento y dolor ante su partida y por no poder cuidarlo.

Una vez descritas a las familias participantes, es momento de iniciar el análisis del relato.

3.2 Situación inicial

3.2.1 *El consumo como todos los males*

Todo relato, para ser contado, necesita de un interlocutor, la presencia del otro que escuche y pregunte ¿qué sucedió?, ¿qué más ocurrió? Así, con mi invitación a dialogar sobre la experiencia familiar del consumo, se fue construyendo un sistema significativo, donde los participantes, incluyéndome, generan nuevos sentidos al problema que los ha reunido en el transcurso de la comunicación (Boscolo & Cecchin, 1989).

En este contexto, el “érase que se era”, o punto de origen de las tres familias, giró en torno al mismo tema y respondió a la misma invitación, pero tuvo elementos narrativos diferentes en cada miembro y en cada sistema familiar.

En nuestros casos fue habitual que en un primer acercamiento, los narradores contaran una y otra vez una historia representada por el conflicto (White & Epston, 1993), saturada del problema, donde el consumo es la causa de todos los males, todos los problemas de la vida se le atribuyen al uso de la droga por el miembro consumidor. La familia se organiza alrededor del usuario manteniendo y dando vida al conflicto. Lo anterior se expresa en voz de Ana, una de las hermanas Gómez:

Investigadora (Inv.): Me gustaría platicar sobre lo que se conversa entre ustedes, en la familia, sobre el consumo. Me gustaría saber su opinión pues hay veces que alguien piensa de una manera, da su opinión, y otros piensan de forma diferente.

Ana: Bueno, de hecho siempre conversamos sobre lo mismo, del ambiente de alcohol en mi casa

Inv: ¿Cuándo platican sobre el ambiente de alcohol?

Ana: Ahora que hay problemas en mi casa. Los que estamos afectados somos los hermanos, siempre conversamos, menos mi mamá.

Inv: ¿A qué se deben los problemas ahora en casa?

Rita: A nosotras, eso del alcohol, nos afecta mucho, porque nosotras desde que estamos chiquitas, él siempre llegaba y golpes; teníamos mucho miedo

de los gritos. De hecho decían, ahí viene su papá y era sinónimo de correr debajo de la cama, y que golpeará siempre a mi mamá y sobre todo mucha escasez en la casa, de comida, de vestimenta, de todo, porque él siempre ha sido irresponsable y todas nosotras siempre hemos trabajado.

El tema del consumo comienza a funcionar como un hilo conductor que organiza la narración y por lo tanto las exposiciones de las personas, con notables consecuencias en las posiciones y perspectivas de los narradores (White, 2002a).

Además, las circunstancias relacionadas con el consumir se expresan en términos de siempre/nunca. El padre consumidor “siempre es irresponsable”, lo cual refuerza la idea de que los problemas son inherentes a las vidas de las personas, fortaleciendo las verdades totalitarias (White & Epston, 1993).

Lo anterior se ilustra en voz de Pamela Contreras: *“en mis recuerdos hay pueros golpes, hambre, miseria, hay mucha carencia; y algo que siempre me decía era ¿por qué siempre sí tienen para comprar la botella?”*

Consecuente con este discurso, el relato de las tres familias inicia ubicando al alcohol como tema de conversación constante entre los miembros de la familia, percibiendo la vida como “ingobernable”, con efectos que se manifiestan en un ambiente hostil, violento y con grandes dificultades económicas para suplir las necesidades básicas.

Más allá de este discurso inicial, y aun habiendo varios miembros consumidores en cada familia, cada sistema irá posicionando su discurso en torno a un usuario específico, que representa el consumo que más ha causado problemas.

En la familia Gómez el relato se estructura alrededor de consumo del padre, aun cuando los hermanos también ingieren alcohol. Por su parte, la Sra. Vázquez se muestra más preocupada por el consumo del hijo, que por el de su esposo.

En la familia Contreras¹⁰, comienza a partir de la autodefinición de las entrevistadas como ex-consumidoras, o “alcohólicas secas”, teniendo como eje principal del relato sus propias vivencias sobre el consumir, Pamela cuenta:

En la casa toman y entonces para mí esas cosas eran normales, porque iban con mi tío, y tomaban; iban con mi prima, y tomaban; en la casa, tomaban. Pues entonces yo también comencé a tomar muchos años, me separé del padre de mis hijos porque tomaba ¡y me busqué a otro peor! En el grupo (se refiere a Al- Anon) me di cuenta de que no era así, ¿verdad? (mira a sus hermanas, quienes asienten). Porque yo estaba enferma, y por el alcohol permití que me pegaran, permití que me maltrataran emocionalmente, y lo peor: *¡que le pegaran a mis hijos!* Aún ahora, sigo manejando miedos, soy muy insegura, no puedo tomar decisiones.

Durante el inicio de sus historias, las participantes fueron creando un espacio relacional donde se comparte la historia pasada, se vive el presente con dolor y hasta el futuro, que aún está por definir, parece ser igual de problemático (Boscoso & Cecchin, 1989).

El pasado infeliz parece haber trascendido, afecta sus elecciones de vida presentes y condiciona un futuro incierto, tal como lo cuenta Amira Contreras: *“primero mi niñez, con padres borrachos toda la vida, me caso con una persona alcohólica, lo dejo buscando a otra persona mejor, porque yo me había dado cuenta de que no me iba a quedar con alguien que tomara, ¡y me vuelvo a juntar con otro alcohólico!”*.

Tanto en Amira, como en Pamela la decisión de participar en el grupo de Al- Anon fue a raíz de sentir que la situación con las parejas actuales las rebasaban y por la preocupación por el consumo incipiente de sus hijos, en voz de Amira:

¹⁰ Cabe recordar que en esta familia, las propias narradoras han sido consumidoras, al igual que sus padres, y sus esposos; incluso sus hijos inician el consumo de alcohol y otras drogas, por lo que el uso del alcohol se extiende y ramifica por todo el núcleo familiar.

Yo fui la primera en ir a Al-Anon para ayudar a mi esposo, entonces saco a mi esposo del anexo y a las dos semanas recae, entonces lo dejo y me voy del grupo. Yo pensé:-ya no voy a sufrir, mi mal ya se fue”- pero no, mi sufrimiento lo tenía hasta donde no tienes idea, porque yo tomaba y mi hijo también, pero yo no quería seguir cometiendo los mismos errores, por eso me dije: -“tienes que hacer algo por ti, por tus hijos, para estar bien”-.

Al separarse de su esposo, Amira siente que el problema también se ha ido, pero no es así, el “enemigo” sigue estando en casa, presente en su hijo quien comienza a consumir; y en su propia persona, porque ella misma es consumidora. No es posible evitar el sufrimiento y dejar de cometer errores hasta parar su propio consumo.

Las hermanas Contreras fueron relatando aspectos del pasado sobre el consumo de ambos padres, con las que intentan justificar y explicar el propio. En dicho relato se entretajeron situaciones actuales, que afectan también a su relación de pareja y a sus hijos, los cuales se perciben alarmantes en el presente y en el futuro, ya que se manifiestan preocupadas ante la imposibilidad de moderar o extinguir el uso de drogas de sus propias familias.

En el caso de la familia Vázquez, si bien el padre, Pedro, ingiere alcohol, esto resulta normal y cotidiano en el contexto familiar, por lo cual la situación es manejable. La Sra. Lizbeth señala: *“ay, todos los hombres toman, mi papá tomaba. Antes me gritaba (se refiere a su esposo) pero ahora ya sé cómo hacerle, no le hago caso, se va dormir y ya”*. Que todos los hombres tomen es relativo, ya que se explica y espera en los esposos, pero no en los hijos, siendo que en esta familia el consumo narrado desde el conflicto es el del hijo Marcos, de 16 años. Él comenzó a tomar con sus amigos al egresar de la secundaria, luego decide dejar la escuela y comenzar a trabajar, por decisión propia. Después de unas vacaciones en el pueblo natal, se sale de la casa para

vivir ahí con unos amigos con quien también bebe alcohol. Esta situación es narrada en voz de la entrevistada, la Sra. Lizbeth, mamá de Marcos.

Es que... ¡no sé que hacer!, mi esposo me dice que yo tengo la culpa, que no me fijé, pero sí, sí iba a las juntas de la escuela, lo regañaba cuando llegaba tarde, estaba al pendiente; pero él se escondía, se escapaba para tomar (se refiere a Marcos), y entonces me digo: -“qué hice mal”-, porque él se me fue de la casa y yo estoy muy preocupada.

Lo esperado desde la normatividad social es que la Sra. Lizbeth en su rol de madre cumpla con cuidado de sus hijos, desempeñando actividades para estar al “pendiente”, como asistir a las juntas escolares o controlar horarios de actividades. “Un hijo se le fue”, entonces ella resulta culpable, al menos para el padre, quién sí desempeña su función de proveedor económico “propia” del varón. Por eso, el consumo del esposo no es problemático, porque cumple con “no faltar a la casa”, y de hecho, hasta es esperable que él, en su papel de jefe de familia, beba. No así los hijos, cuyas acciones, aun las derivadas de sus decisiones personales, son responsabilidad de la madre.

En retrospectiva, al inicio del relato las tres familias comienzan a describir las circunstancias del consumo en función de características fijas y convencionales, que reproducen mandatos culturales e ideas que hacen de todo consumo un problema.

Al retomar el discurso social canónico al pie de la letra, frecuentemente resulta una historia asociada con enfermedad, anormalidad, dolor, irresponsabilidad, y fracaso en los roles asignados socialmente. Los discursos con que justifican sus vivencias, no se cuestionan, ni se observan como “dominantes” por la persona, más bien se viven como naturales y propios, se experimentan desde una sensación de realidad y veracidad objetiva que edifica el relato del consumo usualmente desde lo canónico.

Ante tanto sufrimiento y escaso control sobre las circunstancias conflictivas, resulta comprensible que sólo ante la ayuda de un experto, que además centre su ayuda en el

miembro con problemas, se pueda salir adelante en la vida. En términos generales, las características anteriores pueden distinguirse en la siguiente descripción que realiza Carolina Contreras:

Con respecto al consumo, una persona que bebe siempre está inconsciente, por lo tanto nunca tiene responsabilidad de sus actos, de su mente, de su pensar. Una persona que bebe se convierte en instintos primarios [...] Yo era una persona agresiva, extremadamente agresiva, ingobernable. Yo me emborrachaba en la calle, con cualquiera, yo era una persona muy problemática, enferma, mis emociones me dominaron durante 40 años, y no aceptaba que necesitaba ayuda, porque sola no puedes, ¡no puedes!

Hay varios aspectos interesantes en esta descripción que me resultan importantes de puntualizar. Por un lado, Carolina parte de justificar su consumo desde la inconsciencia que le confiere el alcohol. En este sentido, al situar la problemática en el agente, y no en su persona, de alguna forma, logra escapar de sentimientos de culpa y señala una forma de autoprotegerse. Por otro, los efectos del alcohol son reales y Carolina, se narra “dominada” por el sufrimiento. Desde el medio social, este sufrimiento de la persona consumidora con frecuencia es olvidado, para signar al usuario, sobre todo si es mujer, desde la irresponsabilidad y despreocupación. Por supuesto, que este discurso dificulta en mucho generar posibilidades de transformación, que aminore el sufrimiento y que permita otras alternativas de acción.

Estas consecuencias se analizan en el siguiente apartado.

3.3. Consecuencias

3.3.1 Son tantas las emociones

Desde la narrativa, las maneras de ser y pensar con relación al problema tienen efectos reales en las vidas (White, 2000a y b, 2002^a y b), por lo tanto resulta entendible que las personas, en la búsqueda de coherencia, elaboren las consecuencias del relato acorde

con la idea central del mismo. Si el consumo de un miembro de la familia está siendo narrado como problemático, en la búsqueda de la congruencia, sus efectos también deberán ser contados desde la limitación y afectación negativa en sus vidas. Bajo este contexto, la familia comienza a operar moviéndose dentro de conductas donde se asumen desde una “identidad alcohólica”; al situar al alcohol como tema permanente de conversación, la ubicuidad de éste hace que se perciba como procedencia de todos los males.

Inv: ¿Qué platican?, cuándo platican entre los hermanos, ¿qué se dicen?

Rita: Pues... (Ríe)

Ana: Siempre pensamos en correrlo

Inv: ¿En correrlo?

Ana: Sí, siempre hemos pensado que si se fuera, la vida sería mejor (llora)

Inv: ¿Esa es la opinión de todos? ¿Alguien dice o piensa otra cosa?

Ana: La mayoría, sí

Rita: O sea, después de que hubo esa crisis en casa, cuando llega mi papá y... Bueno la última ocasión que llegó, nos fuimos todos pensamos -“hay que correrlo” -

Inv: Aja. ¿Toma todas las veces, recuerdan alguna ocasión donde no tomara?

Luz: Después de la crisis esa, antes tomaba eventualmente

Inv: ¿Después bajó su consumo?

Rita: ¡No! (Risas)

Inv: ¡Ah, al contrario!

Rita: Si, ahora toma diario, ¡no hay día que lo veas sobrio!

Mientras que para las hermanas Gómez, correr de la casa al padre es una solución que parece ser muy factible para que “la vida fuera mejor”, para la familia Vázquez, la situación es contraria: todo mejoraría si el hijo regresara al hogar. La angustia y mortificación con que la Sra. Lizbeth cuenta el hecho de que su hijo no viva en la casa

familiar, se agudiza porque convive con personas que también beben y bajo circunstancias de las cuales siente tener poco o nulo control.

Inv: ¿Qué ha sucedido con Marcos desde que se salió de la casa?

Sra. Lizbeth: Vive con unos amigos, el problema es que los amigos también toman y eso a mí me mortifica, pero a él le gusta estar ahí, nadie lo obliga, ¡cómo lo voy a tener a la fuerza!

Inv: ¿El Sr. Pedro qué dice de esta situación?

Sra. Lizbeth: Mmm... a él ni le importa, porque no se preocupa por ellos, dice que Marcos ya está grandecito, que ya sabe lo que hace y que yo lo quiero tener bajo mis faldas. Pero a mí me angustia mucho no saber de él, me da miedo de que le pase algo, y no sé que hacer (llora).

En consecuencia, fue posible observar, en diferentes grados, pero presente en voz de todas las participantes, un discurso de impotencia. Las familias describen su vida y sus experiencias desde una historia saturada del problema (White & Epston, 1993), regresando una y otra vez a explicar el uso de drogas del miembro, como causa y efecto de todas las circunstancias negativas en sus vidas, incluso en los casos de autoconsumo, donde la solución más deseable para ellos sería interrumpirlo, excluir al miembro usuario o tratar de controlarlo. Congruente con esta narración de incapacidad, aún cuando comienzo a buscar y trato de puntualizar algunos cambios, por el momento, todavía los recursos para hacerle frente se relatan como limitados y mínimos; como se observa en el siguiente relato de Pamela Contreras.

Inv: Durante el año que llevas en el grupo, seguramente habrás notado cambios en ti, en tu familia ¿podrías platicarme alguno de éstos?

Pamela: Mira, en un año ha habido cambios, pero todavía no sé qué pase, porque son tantas las emociones que aún traigo, ¿qué te puedo decir?, no he podido superarlas.

Estas ideas limitan su agencia personal y su capacidad de tomar decisiones.

Tal situación también es visible en la familia Gómez.

Ana: No me gusta la vida que hemos llevado (llora). Me estresa demasiado, por que me gustaría vivir de otra forma, no sé, cosas así, porque también me llega a atacar, muchas veces me ha ofendido y una vez me gritó: -“¡por qué no te mueres!”- me dijo. Yo digo -“pues ya, para qué hago algo, si siempre ha sido lo mismo”-.

Parecería que el sufrimiento que se vive día a día y la impotencia que relatan las coloca en la posición de víctimas. Congruentes a este papel, centran sus acciones en aras de controlar al consumidor, ya que al hacerse víctimas posibilita justificar la no acción, o explicar que los intentos de solución fallen; también explica la impotencia de una situación que se experimenta con muy poco control. Esta victimización se observa en varios momentos del relato, pero no todo el tiempo, ni todas las personas se colocan en ese papel; de hecho, en el transcurso del diálogo, al cuestionar este rol, algunas por sí mismas lo ponen en duda. Por lo tanto, se fueron construyendo diferentes discursos, congruentes a la postura que las narradoras eligen para representar sus vidas. Como veremos más adelante, en el transcurso del contar, algunas no sólo resignifican sus acciones, sino también van dejando atrás el traje de víctimas, incluso para vestirse de heroínas.

Siendo un objetivo del presente trabajo analizar el papel que ocupan las personas en el relato y cómo va modificándose éste a medida que transcurre, en el siguiente apartado, se analizará a mayor profundidad estos discursos y papeles cambiantes.

3.4 Complicación y contradicciones

3.4.1 *Se armaba en grande, lo de siempre*

El desarrollo de acontecimientos de los hechos en una historia generalmente sigue un principio, un medio y un final; sin embargo, una serie de sucesos contados linealmente no conforman por sí mismo una trama, es necesario darles sentido, coherencia e incluir una postura sobre los eventos de la vida. Esto se logra al seguir una idea o perspectiva constante, que organiza las exposiciones de las personas y que define sus posiciones hacia los acontecimientos que le rodean (Culler, 2002). Por otra parte, en el proceso de narrar, esta perspectiva ha de sufrir una transformación, donde se considera algún tipo de cambio o alteración de la situación originalmente planteada. La narración se caracteriza entonces por un desarrollo en el plano de los acontecimientos, con una transformación en el plano de los significados (Culler, 2002).

Para el enfoque narrativo esto significa que las personas comienzan a poner en duda las narraciones y la perspectiva constante con las que habían estado relatando su situación problemática, ya que no representan suficientemente aspectos vitales de su experiencia.

En este punto seguramente podrán surgir acontecimientos significativos retomados de sus propios saberes o de la adecuación de otros discursos sociales disponibles, que contradigan estas narraciones dominantes (White & Epston, 1993).

Es por eso que una vez que sienten que justifican la historia oficial, en los encuentros subsiguientes de conversación inicia otro capítulo en la historia de las familias; a través de la construcción dialógica el relato saturado del problema, contado una y otra vez, comienza a tener fisuras, contradicciones y excepciones. En la historia de la familia Gómez este proceso inicia a partir de un acontecimiento de “crisis”:

Rita: Ya era mucho abuso, anteriormente, semanas atrás, llegaba, pegaba. Si no había buena comida le decía cosas a mi mamá. Se armaba en grande lo de siempre [...] Cuando nosotras pasamos la crisis esta, porque mi papá se

volvió así medio loco, quería matar a mi hermano. Después todos se paralizaron así... Yo fui la que le habló a la doctora para preguntarle qué podríamos hacer

Inv: Tomaste decisiones en ese momento

Rita: Sí, y la doctora me dijo -“háblale a la policía, primero su seguridad”-, entonces yo le hablé, mi mamá no quería dejarlos pasar, y mi papá decía - “¡me va a doler, pero lo voy a matar!”-. - “¡Chin, va a matar a mi hermano!”-. Bajó mi mamá y yo les decía (ve a sus hermanas) -“¡pero métanse, por favor, que lo mata!”-. Y la policía decía: -“¡no, es que sin autorización de tu mamá, no puedo entrar!”-. Entonces, le dije a mi mamá: -“¡si no los dejas entrar, olvídate de tus hijos si se muere uno de mis hermanos”-.

La situación de la *crisis* sobresale ante circunstancias, que aunque dolorosas se habían vuelto cotidianas; no obstante esta conducta de agresión del padre rebasa todas las anteriores, Rita cuenta que la situación era de “mucho abuso”, “se armaba en grande lo de siempre” y exige poner un límite al sufrimiento.

Circunstancias similares se presentan en la familia Contreras; en este caso, el relato de “crisis” sería análogo a “tocar fondo” que las hermanas cuentan retomando los discursos de AA. y Al-Anon¹¹. Para Carolina, Amira y Pamela fue necesario llegar a un límite de la situación conflictiva determinado por sus propias experiencias de sufrimiento y de auto percepción de daño sobre todo a sus hijos, para reconocer el problema e intentar buscar soluciones.

En voz de las participantes esto ocurre cuando un día Carolina se mira al espejo y no se reconoce: *“ya estoy peda otra vez, mis hijos me van a ver, ya no quiero seguir así”*.

Otro día, Pamela llega a su casa “bien tomada” y su hijo mayor le dice: *“mira como vienes mamá, si mañana yo llego así no me vayas a decir nada”* y ella piensa que él tiene razón. Otro tiempo más y Amira cree que “el mal ya se fue”, porque se separó de

¹¹ En el caso de las entrevistadas, tanto las hermanas Gómez, como Amira y Pamela Contreras acuden a Al-Anon, Carolina por su parte es miembro de AA.

su compañero actual, pero se da cuenta de que su hijo también es consumidor y analiza su propio consumo, “*por eso me dije: -tienes que hacer algo por ti, por tus hijos, para estar bien*”- Así, sucesivamente, las hermanas Contreras “tocaron fondo”, y desde ahí intentaron dejar atrás, no sólo al consumo, sino también las circunstancias problemáticas de éste que aún se observan en sus vidas. Este relato de su autoreconocimiento, el “darse cuenta”, se narra como un proceso acompañado de mucho dolor y con fallos en su rol de madre

Por otro lado, en este punto del relato la historia oficial comienza a desgastarse, dando lugar a contradicciones. Se agota el discurso canónico como una fuente de explicación y en el intento de justificar las circunstancias de vida, se apelan a otros discursos socialmente disponibles, como el relato de AA y a los propios saberes particulares de las personas; todos éstos proporcionan elementos que las personas retoman para darle inteligibilidad a sus experiencias, ya sea que los incorporen fielmente al discurso, los combinen, o contrapongan.

Lo anterior se observa en los relatos de las tres participantes sobre “tocar fondo”, combinando el discurso oficial del consumo como enfermedad, con los saberes de AA y sus propios conocimientos particulares. De esta forma va surgiendo una voz que habilita, que las espeja y las invita a la acción, a hacer algo para estar bien. Esa voz viene de sus propios saberes, de la experiencia con su sufrimiento personal, incluso antes de reconocerse como “adictas”, y más allá de cualquier institución o experto.

En el caso de la familia Vázquez, este relato de “crisis”, comienza a escribirse cuando el hijo Marcos decide salirse de la casa. En esta narración se observa la imbricación de saberes, al pensar que el hijo se “contagió” de la enfermedad del alcoholismo por “malas compañías” y no se encuentra la cura. Por otro lado, la Sra. Lizbeth está esperando, casi mágicamente, que la nueva familia con la que vive Marcos, lo “corra”,

deje de “solaparlo o sonsacarlo”. Al incorporar el discurso social sobre lo esperable de una “buena madre” en la producción del relato, surge un dilema: dejar que el hijo tome su propio camino, aunque esto signifique “perderlo”; u obligarlo a regresar a la casa para poder vigilarlo, con el consiguiente pesar en la narradora por no cumplir con su papel de madre y proteger a sus hijos. Resulta muy difícil para la familia tratar de crear soluciones intermedias entre estos extremos, es decir que pudiera restablecer el vínculo a distancia y sin control.

La contradicción, entonces, se presenta entre crear hijos independientes, que tomen sus propias decisiones, aunque no sean acertadas y tengan un alto costo para ellos; y tratar de dispensar los cuidados “adecuados”. Resultando un hijo con un papel problemático en la historia, sí, pero que es mirado desde el orgullo de “hacerse hombre”, admirado por sus destrezas, mientras que el hijo cercano a la madre, no problemático, se ha añeado y amanerado en el proceso de “alejarse de las drogas”.

En el siguiente apartado revisaremos con detalle la forma como interactúan los discursos emergentes, dando pie a contradicciones en el relato y a adoptar diversos papeles en la historia.

3.4.2 El monstruo y la oveja negra

La naturaleza múltiple de los relatos, contruidos por muchas voces que confluyen en un espacio físico y social, hace que la voz de cada uno de los narradores aporte diferentes matices y tonos a la historia. Las personas poco a poco van edificando un papel en la historia, reflejando sus posturas hacia las circunstancias de vida relatadas, mismas que son enmarcadas dentro de los discursos socialmente disponibles, que le sirven de contexto de inteligibilidad para dar un sentido de coherencia y justificación a

su experiencia vivida. Revisemos cómo los papeles se imbrican con los discursos sociales en la conformación de los relatos

Durante el diálogo, las personas adoptan diferentes posiciones, disienten, asienten, se manifiestan acordes o desacordes. En esta conversación, van surgiendo diferentes posturas y reacciones sobre el consumo; por ejemplo, Carolina Contreras y Rita Gómez, comparten con los demás miembros de sus respectivas familias el dolor, la impotencia y los sentimientos de ingobernabilidad, pero su narración poco a poco se va caracterizando además por una actitud combativa, que contradice la idea oficial de impotencia ante el consumo. Así, Carolina inicia su relato cargada de resentimiento y de enojo que justifican sus acciones para rebelarse ante la situación problemática del consumo de sus padres.

Inv: Sabemos que cada persona afronta las situaciones de vida de diferentes maneras, ¿podrían platicarme de qué forma ustedes hicieron frente a la situación, tanto de su propio consumo, como el de sus padres?

Carolina: En mi caso, es diferente, ellas necesitaban y buscaban aprecio (se refiere a sus hermanas), yo dañaba, no necesitaba que me quisieran, -“yo no necesito que nadie me dé”-. Si puedo robar, robo, yo no necesitaba de nadie, ni de mi papá, ni de mi mamá, ni de mis hermanas, me sentía extremadamente resentida, ¿sí? Me corrían de mi casa por mi manera de ser, yo era una persona muy ingobernable, iracunda, era un monstruo, en casa todos me tenían miedo.

Ambas se señalan como “diferentes” en la familia, Carolina era un “monstruo”, no es víctima, es victimaria. Rita es la “la oveja negra” de la casa. Esta forma de describir su postura en el relato es congruente con la idea de autoperibirse como el único miembro familiar que puede enfrentarse y parar la conducta violenta en el hogar.

Rita: Y somos puras mujeres, mi hermano mayor nunca está. Pues yo, desde que me empecé a poner, sí me pegó, pero le dije “¡basta!”, como que llegó un

momento que basta, que ya no dañara a mis hermanas [...] yo siempre era como la líder (ríe), la que organizaba todo (ríe).

Heroínas de sus propias historias, ellas coinciden en contar sus experiencias desde una postura que evolucionó del relato de la ira, a la rebeldía y al afrontamiento de retos.

Dado que las maneras de actuar ante las circunstancias del consumo varían de acuerdo al rol que han tomado las narradoras en sus vidas, se observan diferencias en las experiencias contadas entre las familias para explicar sus vivencias y otorgar coherencia a su relato. Así, en el apartado anterior, se observó como Carolina y Rita explican su papel en el relato incorporando maneras particulares de afrontar el problema desde el enojo y la rebeldía, al contraponer su propia experiencia a la actitud de sus hermanas. Veamos cuál es el papel y qué discursos median en las otras voces que conforman la historia familiar.

3.4.3 Una ausencia muy grande

Contrastando con el discurso de la rebeldía que notamos en Carolina y Rita, observamos otra modalidad en el relato que corresponde a la búsqueda de reconocimiento y de afecto, tanto de los propios padres, como de personas allegadas.

Los papeles de las hermanas en la historia se agrupan en diferentes bandos, uno que reaccionan con agresión y resentimiento, y otro donde se muestran víctimas de las circunstancias, buscando la aprobación de los padres o el cariño de sus parejas.

Por ejemplo, Rita, Ana y Luz, las hermanas Gómez menores, relatan que han tenido que trabajar y hacerse cargo del mantenimiento de su familia; a diferencia de Sandra y Martha, las dos mayores. Al contrario del bando compuesto por las tres menores, el lugar de las hermanas mayores se ubicará desde cierta solidaridad por el padre, sienten incluso pena y sufrimiento hacia él, discurso que se opone y complementa al de rebeldía

de las hermanas menores. Al respecto, Sandra cuenta una conversación que sostuvo con un amigo sobre la relación que tiene ella con su padre:

Inv: Al platicar con tu amigo ¿qué más le contaste a sobre la situación en casa, ¿qué piensa él?

Sandra: Le dije que me he cansado de buscar a mi papá, y a pesar de estar ahí, tengo una ausencia muy grande de él. Entonces le dije: -“es que me he cansado de buscar a mi papá”-. Digo, igual el ha de estar orgulloso de nosotras, pero es que me he cansado de tratar de llamar su atención, pero no, no la consigo hasta la fecha, y él me dice: -“y todavía quieres seguir buscando, si todo el tiempo que has buscado no has encontrado nada, ya no vas a encontrar nada”- y le dije: (llora) -“es lo que me ha estado doliendo últimamente”-.

En el mismo camino de búsqueda de afecto y comprensión percibida a consecuencia de una infancia signada por la vivencia dolorosa del consumo, relatan sus experiencias

Pamela y Amira Contreras, en voz de la primera:

Mi niñez fue muy sola, porque mis padres se dedicaban a tomar y tomar, yo me sentía muy mal, me faltaban muchas cosas, mucho cariño, necesitaba alguien que me quisiera (llora). Pero yo trato de acercarme mucho porque los necesito, aún ahora ¡tengo 42 años y los necesito a los dos! Pero entonces, sí yo los necesito, y ellos no me pueden dar nada, no sé qué hacer.

En este caso, es interesante señalar como interactúa esa búsqueda de amor y aceptación de los padres, búsqueda de la cual de antemano son derrotadas (“no voy a encontrar nada”, “no me pueden dar nada”), con el discurso de ser “buena hija”. Este deber ser además se relaciona por el significado atribuido al consumo; ya que tiene diferentes implicaciones para el relato de las hijas percibir al miembro consumidor como un “borracho irresponsable”, que debe salirse de la casa *versus* “una persona enferma” que hay que proteger, ambas significaciones, que rozan los extremos, tienen diferentes consecuencias en las formas de actuar:

Inv: Si estuviera Martha sentada aquí (la investigadora señala una silla vacía) ¿qué creen que diría de todo esto?

Ana: Que es su papá y que está enfermo. Por eso, cuando nosotras decidimos que nos íbamos, ella decía que no se iba, que se quedaba a cuidarlo, porque era su papá y le lloraba mucho. Yo le decía: - “¿cómo puedes querer a una persona que te ha dañado tanto?”-

Rita: Es que mucha gente ha abusado de muchas formas de ella, y ella siempre ha bajado la cabeza. Y mi papá: -“que eres una idiota, que eres una tonta”-, era como la pendeja de la casa y de ahí no la bajaban.

En este sentido, es interesante puntualizar cómo las personas van conformando y justificando su papel en la historia desde la interacción de unos con otros y la comparación de vivencias, ya que en opinión del bando conformado por las hermanas menores, las mayores Sandra y Martha son “hermanas de la caridad”, las que siempre están sufriendo y sacrificándose por los padres. Ambas hijas aportan a la manutención de la casa y además constantemente pagan las deudas del padre sin recibir ningún agradecimiento.

Siguiendo el relato de la “buena hija”, ellas otorgan la ayuda por encima de sus necesidades personales, aun cuando les ocasiona sentimientos negativos sobre sí mismas. Bajo el mandato de “ya cumplí”, independientemente de lo que el padre haga con la ayuda otorgada, ellas realizan el rol esperado de hija.

No obstante tal significado es funcional, porque les permite explicar y dotar de sentido a las acciones de ayuda realizadas, para lidiar con la experiencia dolorosa del consumo del padre. Por lo tanto, la valentía de Rita y la estrategia de Martha para librarse de culpas y dar una respuesta compasiva que disminuya el sufrimiento, representan dos maneras diferentes de actuar. Ellas pueden verse así mismas como hijas combativas, sólo que con distintos estilos de luchar.

3.4.4. *Alguien que me quiera*

Estando en otro momento de sus vidas, y siendo casi 20 años mayores que las hermanas Gómez, la historia de las hermanas Contreras aluden a la búsqueda de cariño a través del deseo de una pareja y el ejercicio de su sexualidad, en voz de Amira:

Yo seguía igual, en busca de cariño, en busca de que alguien me dijera: -“yo sí te quiero y estoy aquí contigo”, “no te va a pasar nada, conmigo vas a estar bien”, “conmigo vas a tener apoyo”-. Buscando eso más que nada, porque mi finalidad siempre fue eso: buscar a alguien que me quiera, a alguien que yo me pudiera apoyar siempre, y decir:- “aquí está todo lo que estoy buscando”-

Al contrario del discurso de la ira de Carolina, quien reaccionaba “dañando” y sin necesitar a nadie que la quiera, en éstas hermanas parecería ser que la solución de la infelicidad es encontrar una pareja con quién convivir y tener un hogar “normal”, siguiendo lo esperable socialmente en la vida de una mujer. Esto cambiaría el curso de su existencia. No obstante, es difícil encontrar soluciones cuando las condiciones de cambio en la vida se ubican en términos de todo o nada, y además se coloca la responsabilidad de su felicidad en manos de otras personas; parecería que actúan bajo la consigna: mis padres no me quisieron *nada*, debo hallar a una persona que me quiera *en todo*.

Estas creencias totalitarias enmarcan el relato en una sola línea de acción, haciendo difícil por el momento vislumbrar otras soluciones, como se observa en el siguiente pasaje de Pamela:

Pamela: Por ejemplo, ella (señala a Amira) habla de cariño, yo también buscaba eso, yo anduve con muchos hombres, buscando, entonces era una manera de tapar el hoyito (señala el pecho) hasta que llegué hasta aquí (señala la cabeza), entonces me sentí puta.

Inv: Cómo te diste cuenta de que llegaste hasta aquí (hago el mismo gesto)

Pamela: Porque me di cuenta de que yo no soy así, porque de todos me

enamoraba. Decía “es que éste sí me quiere”, y como yo tuve un abuso, para mí era muy difícil irme a la cama con ellos, y entonces, cuando me iba a la cama, yo decía, “así demuestro que lo quiero”. Pero ellos no me querían, me utilizaban.

Por otro lado, es importante señalar que ellas tenían claridad de sus necesidades (cariño, apoyo, aceptación); ahora bien, la experiencia de vida en conflicto se relacionó con la manera de cubrir esas necesidades. En este sentido, funcionara o no, la búsqueda de ese cariño parecía ser, en su momento, una manera válida de enfrentar el dolor, aun cuando frecuentemente dada las circunstancias la solución era el problema.

Siendo la mayoría de las personas entrevistadas, incluyéndome, mujeres, hasta aquí destaca un relato desde lo femenino¹²; no obstante, en las entrevistas con la familia Vázquez asisten la Sra. Lizbeth y su hijo menor, Andrés, de 14 años.

En este caso en particular, la interrelación entre las personas en bandos, se muestra en la familia Vázquez de diferente manera; por un lado está Marcos, el hijo consumidor, Pedro, el padre y los dos hijos mayores, Enrique y Lizbeth (los tres viven en otra ciudad). Es el bando de los hijos “independientes”, fuertes, que toman decisiones. Marcos, incluso es popular, “bueno para los deportes” y para el cuidado y manejo de automóviles; como el Sr. Pedro es taxista y también consumidor, estas características compartidas le propician tener una mejor relación entre ellos que con Andrés. La Sra. Vázquez y Andrés son el bando “débil”, les cuesta trabajar tomar decisiones y su discurso se caracteriza por que frecuentemente señalan que “no saben como actuar”.

Hay dos situaciones que llaman la atención en el relato que hace esta familia, una se refiere a la interacción que se observa entre madre e hijo, además de que narran que la comunicación entre ellos es “buena”, esta relación se nota en la forma de dialogar, ya

¹² Es interesante señalar que hasta el tercer encuentro fueron surgiendo las voces de los hermanos integrantes de ambas familias, aún cuando traté de invocar su presencia desde la primera sesión de conversación, éstos tienen un papel secundario en el relato

que se completan las frases el uno al otro; como si fueran una sola unidad, alguien comienza una frase y el otro termina el sentido de la misma o proporciona mayor información, e incluso algunas respuestas las emiten al unísono.

Lo anterior se ilustra en el siguiente diálogo, cuando se interroga a la familia sobre el consumo del padre.

Andrés: Algunas veces sí toma (se refiere a su papá), pero menos (mira a su mamá, quién asiente)

Lizbeth: Pero ya llega normal

Inv: Ahora que ya llega normal, ¿qué hace?

Andrés: Nada, es que antes llegaba y quería pelear, pero ahora no

Lizbeth: Le decía algo y empezaba a repelar (mira a Andrés)

Andrés: Pero ahora no, tranquilo, llega, cena y se duerme

Inv: ¿y ustedes cómo se sienten con ese cambio?

Lizbeth: más tranquilos

Andrés: mejor, porque ya piensa más las cosas

Inv: ¿A qué se deberá el cambio de que ahora piense las cosas y tome con menos frecuencia?

Lizbeth: Porque se murió su mamá

Andrés: Hace dos años que se murió

Esta manera particular de relacionarse es reafirmada por la Sra. Lizbeth *“éste (refiriéndose a Andrés) no puede platicar con su papá porque chocan, y se altera; conmigo habla de todo, pero con su papá nada”*.

Aún queda mucho por decir sobre los papeles sociales acerca de la maternidad que inciden en el relato de las tres familias, más adelante se retomarán.

3.4.5 Un lugar donde se puede cambiar

En la búsqueda de soluciones al problema del consumo, las familias frecuentemente se organizan y apelan a otros saberes, consultan a expertos, a personas importantes en su comunidad, acuden a otros medios; brujería, automedicación, grupos religioso, de

autoayuda. Como es el caso de las hermanas Contreras, quienes son miembros activos de AA (Carolina) y Al-Anon (Pamela y Amira).

Los saberes retomados de estas instancias se reflejan en el relato de diferentes maneras y tienen un papel relevante en la conformación de nuevas posibilidades; sin embargo, muchas veces, estos saberes son percibidos por las personas usuarias del Programa de Autoayuda desde el “no hacer las cosas correctamente”, como señala Pamela: *“a veces me desespero y digo: ¿por qué me pasa?, si le estoy echando ganas, si estoy haciendo las cosas como deben de ser”*

Este discurso de “hacer las cosas como deben de ser” es común en el relato de las familias Gómez y Contreras, y corresponde muchas veces a seguir fielmente los pasos del programa de **Alcohólicos Anónimos**¹³. Con frecuencia se observó que al intentar llevar a cabo las acciones correspondientes al discurso de A.A al pie de la letra, pero sin resultados visibles aparentemente, no perciben sus propios esfuerzos ya puestos en marcha para enfrentar sus circunstancias dolorosas de la vida; por lo tanto, se sienten atascadas en pautas de creencias, comportamiento recurrentes y fallidos, lo que les impide ver sus propias posibilidades y valorar sus puntos fuertes, además alientan la idea de que son un fracaso (Durrant & Kowalski, 2001). Lo anterior es visible en voz de Rita Gómez:

Rita: Pero no hemos avanzado mucho porque no hemos aplicado lo que es el Programa (se refiere al programa de Al-Anon).

Inv: ¿Por qué no lo han aplicado?, ¿han encontrado alguna dificultad?

Rita: Sí, yo creo que la vida sigue igual de ingobernable, porque somos muy responsables en cuanto a la casa, [...] yo le dije a mi mamá “si no paga mi papá lo pago yo”. Siempre al final nosotros por la pena, siempre terminamos pagando.

¹³ En la página Web del programa de Alcohólicos Anónimos dice a pie juntillas: “rara vez se ha visto fracasar a una persona que haya seguido cuidadosamente el Programa de Recuperación de Alcohólicos., los que no se recuperan son aquellos que no quieren o no pueden entregarse a este sencillo programa”.

Inv: Perdón, cuando ustedes me decían que no habían puesto en acción lo que dicen en el grupo es porque terminan pagando ¿se refieren a este tipo de cosas?

Rita: Ah!, Sí, que ya no le pague, en el grupo me dicen que él debe “tocar fondo”, que no le tendríamos que pagar sus cosas, y el día que esté tomado no seguirle el juego, darle por su lado, y al otro día discutir todo lo que querías decir entonces.

Rita atribuye que el Programa no funciona porque son “muy responsables”, pero desde sus saberes particulares es necesario terminar pagando a pasar la pena, cumpliendo lo que para ellas significa ser responsables (detrás de esto está el mandato establecido de ser buenas

hijas que se sacrifique por el bien familiar), lo que hace que asuman responsabilidades que no les corresponden.

Esta idea se contrapone con el saber del discurso de lo que ella entendió de las experiencias que le compartieron en Al-Anon; esto es, debe dejar de cargar los compromisos del padre para que el padre “toque fondo”; por otra parte, aun supuestamente teniendo el conocimiento otorgado por el grupo de Al-Anon, siguen tomando malas decisiones. Ante estas circunstancias, es claro que tal situación les ocasiona mayor pesar, pues ya no tienen la justificación de mostrarse “ignorantes” con respecto al problema, porque supuestamente ya tienen la ayuda y la información correspondiente, pero no les funciona completamente.

De ahí la importancia de reconocer que estamos compuestos por múltiples historias, las personas elaboran sus argumentos bajo la influencia de relaciones más amplias de poder, y en esa realidad inmersa en contradicciones junto con el investigador buscan hacer una diferencia significativa que permita co-crear una historia diferente.

En el relato de Carolina lo anterior es visible, cuando, por invitación de su hermano acude a una reunión de A.A¹⁴.

Carolina: Sí hay un lugar donde se pueda cambiar, aunque cuando llego a AA es con un profundo grado de inconciencia. Me costó mucho trabajo aceptar que soy alcohólica y que tengo un grave problema con mi manera de beber y graves problemas emocionales y de personalidad.

Siguiendo el discurso anterior, parecería ser que antes de acudir al grupo Carolina transitaba en la inconciencia, caminando a ciegas, por lo que cualquier otra forma de enfrentarse al problema resultó no valido o destinada al fracaso. Para esta familia en particular, fue necesario el reconocimiento público de su condición de “alcohólica” para percibir que consiguen un apoyo efectivo. Tal situación es interesante, puesto que fue necesario para ellas darle una designación al problema, autonombrándose con una etiqueta que puede ser punitiva en algunos casos, pero en este caso, para las hermanas es un conocimiento particular que les permite identificar y externalizar el problema, haciendo claro sus efectos, a fin de combatir e intentar librarse de éstos (White, 1991). A partir de este acontecimiento, en el relato se hace la luz y es posible ver con claridad las consecuencias del consumo en sus vidas. En voz de Amira:

Inv. Me cuentas que cuando entraste al grupo “abriste los ojos”, ¿qué fue lo que descubriste al abrirlos?

Amira: Sí, porque me di cuenta de que en vez de superarme, seguía cometiendo errores, y me daba cuenta de que cada vez me hundía más en el alcohol, que no daba una. Yo siempre decía “ahora sí”, pero pasaba el tiempo y seguía cometiendo errores, pero no me daba cuenta de que volvía a cometer el mismo error, hasta que empiezo a entender que no es así, o sea no es

¹⁴ Carolina es una buena narradora, es enfática en los momentos dramáticos de su historia, es una puesta en escena escuchar sus diálogos. Su relato toma tintes literarios al describir su *carrera de alcohólica*: “mis justificantes eran mis remordimientos y mi máscara era el alcohol”. Dicha carrera inicia desde su salida de casa, a los 16 años, y se detiene hasta hace cuatro años, tiempo que lleva siendo “alcohólica seca”.

normal lo que te pasa, bueno, “¿por qué? explíquenme ¿por qué?”, yo sola nunca pude, si no me hubieran enseñado yo estaría igual.

Desde la perspectiva de la comunidad de AA, el alcoholismo es una incurable y progresiva enfermedad, y la sobriedad no es una cura. La meta de los Doce Pasos por lo tanto, no es simplemente una abstinencia, sino una postura diferente hacia el mundo, en la que se ubican ellos, sus creencias y sus relaciones¹⁵.

Por otra parte, la historia se recrea en un antes y después de AA. En consecuencia la recuperación mediante la narrativa en AA está cambiando sistemáticamente la importancia del tiempo: mientras el tiempo pasado es reconstruido, para comprender la historia personal; el tiempo presente es restringido y sobre enfocado, para hacer manejable la sobriedad en fracciones pequeñas de tiempo, pensar en “sólo por hoy” puede resultar muy difícil de manejar en los momentos más críticos, por eso se habla de falta de gobierno a esos estados específicos de su vida.

Por supuesto que no es fácil llegar a una posición intermedia que combine diferentes saberes, los que provienen de su experiencia más cercana, y los que paulatinamente van construyendo con el grupo, sin sentir que comenten errores por no cumplir fielmente el programa de AA. Lo importante aquí es que la familia comienza a incorporar y apropiarse de conocimientos de diferentes fuentes, a fin de adaptarlos a sus circunstancias de vida,. Como veremos más adelante, ésta adecuación les permitirá percibir y co-crear recursos que en su momento pueden movilizar, por lo tanto, la vida no es “tan ingobernable” como parece. De esta forma, los discursos se van modificando en el relato, a partir de que la historia oficial, saturada del problema, comienza a contradecirse y a tener fisuras.

¹⁵ El Programa de recuperación de AA se propone como un parte aguas que define y contrasta el tiempo anterior a la decisión de dejar de beber con el tiempo posterior. Pueden detenerse en el pasado para traer las experiencias de sus consumos en forma de libretos de sus vidas para ser valoradas y comprendidas de manera significativamente diferentes.

Antes de analizar este tránsito, me resulta importante abordar las relaciones entre el discurso hegemónico del consumir y los mandatos asociados con el rol social de ser mujer y madre consumidora.

3.4.6 Ser mujer, ser madre, ser consumidora

Los roles y guiones pautados socialmente sobre ser mujer, madre y consumidora, se observan en la trama de las narraciones familiares, significando las maneras de percibir el consumo bajo esas circunstancias, y demandando el cumplimiento exacto de lo prescrito por el mandato cultural. Aunque normados, esto no ocurre de manera uniforme; los relatos son complejos considerando la estructura familiar, si la madre consume o no, pero tiene hijos consumidores, la interacción con el esposo y padre, y la percepción del consumo de los hijos.

Comenzaremos el análisis destacando la relación entre ser mujer y ser consumidora con una de las hermanas Contreras.

3.4.6.1 Yo, la peor de todas

Carolina es miembro de AA desde hace cuatro años, su historia sobre el consumo gira en torno a lo “incontrolable” de sus acciones; el enojo, la ira, el daño hacia los demás, son algunas emociones con las que suele acompañar la descripción de sus conductas de “alcohólica”, haciendo congruente y otorgando fundamento a su relato de ingobernabilidad”. Así señala: *“desde jueves ya andaba borracha, el viernes yo me iba a bailar, y si me gustaba alguien me iba con él al hotel, completamente ingobernable”*.

Carolina tiene hijos y un nieto, en ese contexto, estar “borracha” cuatro o más días a la semana, irse a bailar, “irse al hotel”, serían conductas poco esperables socialmente en una mujer -y si aceptables en un hombre- pues distan en mucho de las acciones

correspondientes a una madre, transgrediendo el orden social ideal establecido en una cabeza de familia.

Ella misma así lo reconoce cuando opina que no lograba identificarse con el grupo de AA porque era la única mujer en el grupo, además de que tuvo dificultad para permanecer en éste pues: *“cómo les iba a decir yo a ellos, que me había acostado con 30,000 hombres, como les iba a decir que yo me iba a tomar con cualquiera, y que cuando se emborrachaban les sacaba el dinero, entonces me iban a tomar como una ratera, como una prostituta, como de lo peor”*.

Estos comportamientos sin duda, se ubican fuera de la norma pauta socialmente, y precisamente por eso, al compararse con el canon ideal femenino, se significan en el relato como todavía peores, más graves e inusuales.

En este relato es evidente la generalización y maximización de sus conductas: además de alcohólica, ratera y prostituta. Por otro lado, el peso de este discurso en la construcción de su relato es tal, que no se atreve a contar su historia, ni siquiera ante un público conformado por personas que como ella “han tocado fondo”, pues éstas son todas hombres - ¿que tan grave sonarían las mismas palabras en boca de un hombre consumidor que se ha acostado con 30,000 mujeres?- Tal parecería que, entre las posibles circunstancias negativas de vida que motivaron a todas esos hombres del grupo a “tocar fondo”, la de ellas son aun peores de inmorales o degradantes, sólo por el hecho de ser mujer. ¡Cuanto peso más tiene que cargar Carolina en su historia!, pues además de sus sentimientos de dolor e impotencia al sentirse atrapada en su consumo, debe vivir con las culpas añadidas por romper con los valores tradicionales que signan al ideal femenino.

Por otro lado, si bien los actos de Carolina contradicen el ideal típico “femenino”, con el consiguiente costo social, tienen una función importante para dotar de sentido a una

parte de su historia. A través del consumo es posible establecer vínculos de relación con su padre, ya que el hecho de beber “de forma incontrolable” le permite compartir espacios, e incluso recibir consejos y saberes de su progenitor.

El hecho de que ella ingiera bebidas alcohólicas se significa como conductas “masculinas”, más esperables de un hijo varón, por esto se explica que su padre y ella pueden ser “compañeros de parranda”:

Yo con mi papá a todos lados: al centro, a la cantina. A mi papá le gusta que yo beba con él, soy como un hijo, pero entiende que soy una bebedora sin control. Él mucho tiempo me quiso enseñar a beber: “no te la sirvas fuerte, pon un poquito de agua mineral, no te la tomes tan rápido, a lo mejor con coca cola”. En ese camino yo me convertí en aliada de mi papá, y de igual manera en enemiga de mi mamá.

Vivida en carne propia, las hermanas Contreras quisieron evitar experimentar el consumo en sus respectivas familias, al no lograrlo parecería ser que fallan en su rol de madres; en palabras de Amira *“cuando me di cuenta de la vida que le había dado a mis hijos estuve dos semanas llorando, y me decía “¡cómo pude, cómo es posible yo que yo hubiera hecho todo eso!”*.

Por supuesto que el relato narrado en retrospectiva adquiere otros significados, y la conducta del ayer signada desde lo conflictivo, puede modificarse y transformarse en un motivador de cambio en el presente, es por eso que resulta entendible que en este momento del relato, más que una situación de aprendizaje que las hizo salir adelante, esta circunstancia de fallo en sus roles se percibe como un error reiterado que repercute seriamente en sus vidas. Posteriormente, a partir de la co-construcción, la historia cambia, y esta situación de percatarse de las consecuencias de tener parejas consumidoras en dos ocasiones, además de “darse cuenta” del daño y dolor que ellas

sienten les causaban a sus hijos, se comprenderá como un aspecto clave de su recuperación.

Por lo tanto, como veremos más adelante, fue posible observar como ellas toman conciencia de los riesgos que comportan sus acciones para sí mismas y para su familia y son capaces de dar un giro, no menos doloroso, pero más reivindicativo al tratar de aprender de las experiencias de los demás y de sus propios saberes.

Pero antes de explicar tal giro en el relato, seguiremos explorando cómo se va integrando a la trama principal de la narración, un subrelato sobre el cuidado de los hijos, que se enmarca dentro de lo que se espera del rol materno en cuanto sus funciones de preservación y protección a la familia.

3.4.6.2 Las acciones cuentan

Es un entramado altamente complejo, donde el relato familiar se construye a través de diversidad de significaciones, pautas culturales y sociales, percepciones y saberes propios, escuchamos el relato de tres mujeres que hablan del daño ocasionado a sus hijos por su consumo, siendo ellas mismas hijas de padres consumidores. En su propia experiencia, el consumo de la madre, Diana, parece traer mayores consecuencias negativas en sus vidas, así lo ilustra el siguiente diálogo con Pamela.

Pamela: Hasta ahorita me pasan esas depresiones, porque hay cosas que me siguen doliendo, y que no he podido superar

Inv: ¿Podrías darme un ejemplo de esas situaciones que por el momento no has logrado aún superar y cómo las vas manejado?

Pamela: Por ejemplo tengo mucho coraje de ver a mi mamá que tome, y me da más coraje con mi mamá que con mi papá. Cuando mi mamá toma, yo no hago nada, sólo me subo, pero me sigue dando mucho coraje porque recuerdo que fui una persona que vivió con golpes, y beber, beber y beber.

Aún cuando los dos padres consumen, en el relato, el hecho de tener una madre bebedora se asocia con falta de cuidado hacia ellas, nula preocupación por cubrir con las necesidades básicas, afectivas y de protección:

Amira: Para mi mamá siempre fue sus compadres, sus amigos, y todos los fines de semana era borrachera, amanecía y tomar y tomar, yo no siento que en ese tiempo mi mamá se preocupara por nosotras, por pensar “si mis hijos me quieren o no”, porque su preocupación para ella siempre fue estar bebiendo con su gente. De lo que yo me acuerdo, yo nunca recuerdo que mi mamá se preocupara si ya comimos o no, si hicimos la tarea. Nosotras nos subíamos a dormir y nos encerrábamos en un cuarto porque luego había gente que ni conocíamos.

Surge de sus vivencias, la clara identificación del consumo de la madre con las carencias de un hogar típico: querer a los hijos, cubrir las necesidades básicas, imponer disciplina, cuidar y proteger. Actividades todas destinadas a ser cumplidas *siempre* por la madre. Si bien es cierto que en el relato, la Sra. Diana parece no cumplir esas funciones, y las deja expuestas al peligro que representan los desconocidos en casa, resulta importante señalar que Carlos, el padre, está presente también en la casa bebiendo junto con la madre.

En todo caso, el padre podría recibir la misma demanda de atención, y cumplir con las funciones que no realiza el otro, pero esta idea ni siquiera está presente en la historia, puesto que dentro del discurso canónico circunscrito a su narración, el padre tiene un rol diferente que cumplir, el de proveedor. Si bien, su consumo también es negativo y doloroso, sí cumple con su parte del rol, no será tan duramente enjuiciado como cuando la madre falta a su papel.

Lo anterior toma un punto dramático cuando cuentan que las tres fueron abusadas en diferentes momentos por personas conocidas de sus padres, refiriéndose a la madre dicen; “*ella debería haber estado al pendiente para que no me pasara nada. Yo*

gritándole para que pudiera detener al fulano, y ella borracha abajo (llora) yo no creo que se hubiera preocupado ni tantito”.

El Sr. Carlos también estaba “borracho abajo”, entonces ¿por qué esperar sólo la ayuda de la madre y no haberlo llamado?, ya que, paradójicamente, el discurso social dicta que los hombres, teniendo la fuerza física, son los que usualmente deben proteger a las hijas del acoso de otros hombres.

Lo que aquí resulta importante señalar es que las circunstancias de vida, tan dolorosas de por sí, resultan todavía más al escribir su relato encuadrado en el discurso inflexible del rol materno, que las hace percibir todas las conductas de la madre desde la despreocupación total y restarle un posible papel más activo al padre en esa necesidad real de protección. Dado lo poderoso que son los discursos sociales que se consideran como únicamente válidos, el relato comienza a funcionar con “lentes”, que filtra la información eligiendo contar sólo lo que concuerda y es congruente el dolor y sufrimiento cerrándose, por el momento, a posibles excepciones.

El relato de la “buena madre”, aun con diferentes matices, también actúa en la familia Gómez; en este caso, la Sra. Andrea se ubica fuera del sistema fraterno, ajena y ubicada en “el bando oponente”, pues le otorga preferencia al padre, por encima de las hijas, como se observa en el siguiente pasaje:

Inv: ¿Qué dice tu mamá de todo esto?

Rita: ¡Hijoles!, mi mamá juega el papel clave (ríe y mira a sus hermanas que asienten), porque la atacamos mucho, cuando hace cosas la atacamos, le decimos “ay tu marido, tu querido, ahora sí”.

Inv: ¿Cómo la atacan? ¿Por qué?

Rita: Porque ella lo defiende mucho

Inv: ¿Qué dice para defenderlo?

Rita (Con voz quebrada) Las acciones cuentan, mi mamá siempre nos ha demostrado que prefiere a mi papá que a nosotros

Luz (Llorando) Siempre le da por su lado a él.

La vivencia de experimentar que la madre prefiere al padre por sobre las hijas, ya que depende por completo del Sr. Luís, y a todos lados va con él, aun estando éste bajo los efectos del alcohol, ocasiona soledad, y enfado, incluso deseos de salirse de la casa. Igual que en la familia Contreras, esta situación se vive desde la percepción de falta de cuidado y de cariño.

En todo caso, en ambas familias, las madres parecen no estar cumpliendo adecuadamente su rol, esta situación parece más evidente en la familia Vázquez, donde el padre y el hijo beben alcohol, pero como ya se ha mencionado, dentro del marco de referencia de familia que considera un hecho normal y cotidiano que el esposo tome, esta conducta ya no representa un problema: *“es que antes nomás se emborrachaba y yo les decía, "chamacos duérmanse, está su papá borracho y no le vayan a decir nada porque va a comenzar a pelear, pero ahora llega, así normal, se duerme”*.

Sí el consumo del padre es manejable, y hasta resulta “chistoso” cuando toma alcohol, el relato sobre el consumo del hijo sí es narrado desde lo conflictivo, desde un escaso control y deseos de rescatarlo de las “malas compañías” que le contagiaron la “enfermedad”, y gran mortificación por no saber qué conductas realizar para que el hijo regrese a la casa; además del poco apoyo del padre: *“él no me ayuda, yo me hago cargo de todo”*.

Por otro lado, aun sin ser consumidora, tener un hijo usuario que además prefiere vivir en otra ciudad y con otra familia, resulta altamente enjuiciado, ya que la responsable es ella, la madre “que no estuvo al pendiente”.

Qué difícil resulta entonces el dilema materno, entre fomentar independencia en los hijos “no tenerlo bajo sus faldas”, deseable socialmente, y no haber cumplido con su función de proteger y preservar a la familia, pues de ella es la principal responsabilidad

de que los hijos “torciera el camino” y consuman drogas, situación que para el rol materno es causa de señalamiento y crítica severa.

Recapitulando, las tres situaciones familiares, con sus diferencias en cuanto al miembro consumidor y si la madre consume o no, parece tener el mismo resultado: fallos en el rol materno que repercute en el relato de desamparo y nula protección de los hijos, ya que en todo caso lo esperado desde la pauta establecida, es que las madres realicen su función de protección y preservación de la familia. En la medida en que la situación vivida no se ajusta a este canon los conflictos comienzan a manifestarse. Por otro lado, si el consumo es del padre, la madre se percibe en algún momento de la historia como “aliada” del bando opuesto y adversaria.

Considerando la riqueza de las experiencias humanas y las formas personales de apropiarse de los discursos, este relato se asume como válido, pero sólo como una parte de la historia, ya que toda narración necesariamente omite algunos o muchos elementos de la vivencia, más adelante se analizará el proceso de transformación de estas historias.

3.4.6.3 Los hombres beben y es normal

Mención aparte merece la historia contada sobre los padres y hermanos varones. Los tres padres de familia son consumidores, al igual que los hermanos, pero la percepción de sus conductas en el relato se sitúa desde diferentes puntos.

En la familia Contreras, el consumo del padre es eclipsado ante la gravedad de las consecuencias de que la madre beba; además en este caso cumple con el papel esperado por el hombre de ser el “sostén económico”. Esta situación es determinante para signar al consumo como problemático o no. Contrasta grandemente con la situación de la familia Gómez, donde el padre es “irresponsable” y aporta escasamente al mantenimiento de la casa; por lo tanto, todos los miembros de la familia, incluyendo a

la madre, tienen que trabajar para sobrevivir. En este caso, el relato sobre el consumo del padre es doblemente conflictivo porque además de la violencia que se genera tras su consumo, invierte el presupuesto que debería destinarse a lo doméstico en el alcohol.

El consumo del Sr. Pedro Vázquez es “manejable” y normal para su familia, aquí es interesante señalar que a partir de la muerte de su madre Don Pedro disminuyó su consumo y “dejó de dar lata cuando se emborracha”. La Sra. Lizbeth atribuye ese hecho a la ausencia de la suegra y al miedo de quedarse también sin esposa: “yo le dije: - si sigues tomando así, yo me voy- habrá pensado, - ya no está mi mamá y si se va ella, yo qué hago-”. En otras palabras, quién se haría cargo de él si no hay mujeres en casa.

En todo caso, que el padre sea buen o mal proveedor, es decir que cumpla con la función pautada socialmente y no “falte” a la casa, modera la percepción sobre éste y las consecuencias negativas del consumir.

Aunque con un papel secundario en el relato, algunos hermanos también son consumidores y sus acciones son importantes para la comprensión integral de los relatos familiares. Por ejemplo, Alejandro Contreras, el hermano mayor tiene un papel muy importante en la historia, “es la punta del iceberg” según las hermanas, pues es quién conduce a Carolina al grupo de AA, ya que él es consumidor y “ha tocado fondo”. Una vez que Carolina, la consumidora más “incontrolable”, según sus propias palabras, comienza a asistir a AA Amira y Pamela inician sus propios procesos en el grupo de Al-Anon.

Los hermanos, Alberto y David Gómez aunque ubicados en otro bloque, también tienen un lugar en la narración. David, es el hijo menor de Andrea y Luís; durante el desarrollo del relato, se cuenta cómo las hermanas se organizan para supervisarlo (por ejemplo cooperando entre todas para comprar un teléfono celular) y evitar que él también consuma, desde un papel de protección que a veces podría rayar en la sobrevigilancia.

Por otra parte, Alberto es hijo de un matrimonio anterior del Sr. Luís, él también consume, sin embargo poco se habló sobre su conducta de beber; centrándose más bien en su conducta “brusca y grosera” ya sea sobrio o borracho. Rita y Sandra explican su conducta “problemática” por las circunstancias de abandono por parte de su madre biológica y su consiguiente búsqueda de afecto.

Al contrario del discurso dominante con que fue enmarcado desde un principio el consumo del padre considerado problemático, el consumo de los hermanos, se relacionan desde un principio a saberes particulares, como la falta de cariño o el deseo de convivir con el padre. Al ser interpretado desde un contexto social, este discurso es más flexible y da lugar a la comprensión.

Siendo el hijo el miembro con el consumo problemático, lo anterior se presenta de manera diferente para la familia Vázquez. Hay varios puntos interesantes del relato, que reflejan las interacciones entre papeles sociales y percepción del consumo que deseo subrayar. Por una parte, la relación cercana entre la madre y Andrés, que contrasta fuertemente con las situación de Marcos, el hijo consumidor, “que se escapó de las manos” literalmente al salirse de la casa familiar. Andrés, se muestra amanerado en sus movimientos corporales, añiñado en su forma de hablar, casi femenino. Sus opiniones sobre el consumo son despectivas, se mantiene fuera de todo eso “*yo no le hago a eso del alcohol, no me junto con compañeros que fumen o tomen*”; por consiguiente casi toda su compañía es femenina, habla de sus amigas de la escuela, de sus vecinas, de su relación con su hermana y con su sobrina.

El acto de beber entonces se constituye como un hecho de hombres, los hombres beben y es “normal”, al menos así parecería ser para el padre; de hecho no causa problema siempre y cuando el consumo no se asocie con violencia y las conductas del bebedor sean “controlables”. Por eso mismo, Marcos, aun cuando es el hijo problemático,

también es el hijo del que se habla con admiración: es inteligente, hábil para los deportes y el manejo de automóviles, es decir, “machito”. El padre percibe en la salida de casa un ritual para hacerse hombre “*déjalo, ya está grande*”, pero también culpa a la mamá por no cuidarlo de forma adecuado. Así, la Sra. Lizbeth, como madre recibe un doble mandato; por un lado es culpable de “no fijarse, de no estar al pendiente de sus hijos”, y por otro, es culpable por “cuidarlos tanto”.

Aunque ocultos por el relato dominante, fue posible distinguir en las narraciones de las familias otros relatos sobre el sentido y uso atribuido al consumo, pasemos a revisar éstos.

3.4.6.4 Cura para el dolor

Sin dejar de lado el dolor y el sufrimiento real asociado a las circunstancias de consumo, se identificó en los relatos diferentes razones y sentidos que siguen propósitos instrumentales. Un uso particular del alcohol muy común es el hecho de fomentar la convivencia entre los miembros de la familia; por ejemplo, Pamela comenta que comenzó a tomar con sus padres, y “era un relajo padre”. Amira refuerza la idea anterior mencionando que “*antes me enviciaba y me gustaba tomar, porque convivíamos en casa, para todo era la cuba, para todo era el alcohol*”.

Este sentido de convivencia bajo los influjos del alcohol es claro en las tres familias cuando se refieren al padre; en relatos muy parecidos expresan cómo el padre es incluso cariñoso cuando está “borracho o tomado”. En la familia Gómez, a pesar de la violencia que ejerce el padre al consumir, éste no “siempre alega”, a veces llega e “invita los refrescos”, es cariñoso e inclusive les llama “hijas”. De manera muy similar, las hermanas Contreras señalan: “*mi papá, cuando está tomado, entonces sí son mis hijas*” En el caso de la familia Vázquez, el uso social se observa en la relación entre el padre y

el hijo menor, Andrés; habiendo poca interacción entre éstos usualmente, la situación cambia cuando el padre consume, ya que a veces es posible platicar con él, Andrés lo describe diciendo que su padre “*se pone chistoso*”.

Así, el relato sobre el consumo desde lo problemático se va moderando al interactuar con otros sentidos del uso del alcohol, permitiendo explicar la conducta de los miembros usuarios desde otros puntos de vista diferentes al sufrimiento.

Otros usos del consumo se relacionan con el placer, sentirse bien, ser más relajada y sociable; en palabras de Carolina, ella muchas veces tomaba porque “*se anteponian mis deseos, cómo iba a dejar de tomar, entonces a dejar de bailar, si era el medio para divertirme, para convivir, para sentirte bien, para sentirte guapa*”.

El alcohol, en un inicio, también se usa para sentirse mejor y responder a las demandas de vida que de por sí ya son difíciles, como se ilustra en el siguiente diálogo con Carolina y Pamela.

Inv: Me platicas que cuando tomaban eran diferentes. ¿Podrían platicarme en qué consistían esas diferencias?

Carolina: Yo, Carolina, no sabía platicar sin alcohol, no sabía convivir. Sin alcohol no tenía una palabra de consuelo para nadie, era soberbia e iracunda, pero eso dejó de ser por esas 24 horas, ¡y me percató que es un milagro!, sí, sufro de insomnio, de neurosis, me mataba el no poder dormir, pero me aferro a esas 24 horas, y es algo maravilloso. Me pasaba pidiéndole a dios que me ayudara con esas 24 horas, a soportarlas, y ya ves, llevo cuatro años sin beber una gota.

Pamela: En mi caso, si yo no tomaba, mis estados emocionales iban de mal en peor, yo me sentía peor, mis enojos, mis obsesiones, o sea tantas cosas, ¡el alcohol me curaba!

Concluyendo este apartado, es posible afirmar que las personas en su intento por atribuir significado y coherencia a su experiencia vivida, retoman en sus relatos los discursos del orden social de diferentes formas: muchas veces fielmente, otras tantas

eligiendo únicamente los elementos que justifiquen sus historias, otras de forma radical que se colocan opuestamente al guión canónico, En todo caso, se van integrando los diferentes discursos sociales, disciplinarios, y sus propios saberes particulares, transformando las historias. Esta labor indudablemente se facilita a través de la interacción y el diálogo, ya que a través del lenguaje es posible abrir las historias a la multiplicidad de discursos disponibles (White & Epston, 1993).

3.5 Transformación

Como resultado de apelar a otros discursos y de abrir al relato a otras versiones posibles, las historias se van transformando. Esta labor co-constructiva parte del hecho mismo de devolver a las familias sus derechos de narrar sus experiencias, en el contexto de sus saberes particulares, y teniendo la libertad de contar su propia vida como primer autor (Epston, White y Murray, 1996). Revisemos este proceso transformativo tratando de contrastar los subrelatos que van emergiendo con el discurso canónico que anteriormente habían relatado.

3.5.1 Vencer los miedos

Algunos momentos de transición y de cambio en la vida de nuestras entrevistadas, se sucedieron a partir de acontecimientos percibidos como de “crisis”. Situaciones extremas o de “tocar fondo” donde los problemas relacionados con el consumo problemático llegaron a un límite de sufrimiento, exigiendo poner un alto a las consecuencias reales que estaban teniendo en sus vidas.

Esto significó modificaciones en las posiciones de las personas en la historia y en la generación de otros discursos, más cercanos a las experiencias familiares, para explicar, dar coherencia y sentido a las nuevas condiciones de vida resultantes de la situación

límite. Posibilitar que las personas den “una vuelta de tuerca” a sus historias, requirió mi participación aun más activa como co-autora del relato, estando alerta a las posibles excepciones del relato inicial de incapacidad e impotencia, para focalizarlas y ayudar a ampliarlas e integrarlas al relato en formación.

Lo anterior se ilustra en el siguiente diálogo, donde Amira relata que actualmente se siente capaz de afrontar el consumo problemático de su esposo, aun cuando esto signifique separarse de él.

Inv: Me cuentas que desde que “tocaste fondo”, ahora puedes tomar decisiones, ¿qué te dices para lograrlo?

Amira: Me digo como que he vencido muchos miedos, no todos, porque me faltan muchos, pero yo ahorita me siento capaz de decirle- “vete”, ya no dependo de ti”. Soy una mujer que me siento capaz de salir adelante, porque antes hacía lo que él me decía y ahora me digo: -“voy a hacer lo que es conveniente para mí, para mis hijos”-. Aunque a veces me voy para abajo, reacciono inmediatamente.

Inv: Entonces antes hacías lo que él te decía por miedo a perderlo

Amira: Sí, todo

Inv: Ahora te dices a ti misma, voy a hacer lo que sea conveniente para mí y para mis hijos

Amira: sí, eso me digo

Inv: ¿Cuando dices que te vas para abajo, que te dices para reaccionar rápidamente?

Amira: Que valgo mucho (señalándose) que valgo mucho como mujer, que soy un ser humano con defectos, como todos, pero si él no me valora, yo me voy a valorar. Ahora sí me doy cuenta de que soy una mujer que no necesita tener una persona a su lado para sentirse plena y sentirse mujer

Inv: (enfática) ¿Cómo te diste cuenta de algo tan importante?

Amira: Por que comienzo a comparar ese tiempo, con el que estoy ahorita, y me doy cuenta de que sí ha habido cambios. En ese tiempo yo me peleaba con él y yo me golpeaba de la desesperación: - “no me dejes, no puedo sin ti”-, de pensar que se va a ir con otra,- “me vas a dejar, ya se va ir con otra”-. Yo le lloraba, le imploraba, ahora siento que puedo salir adelante sin él.

Colocando en contexto la conversación anterior, es posible distinguir grandes implicación para el relato que se está co-construyendo. Primeramente, importante señalar el hecho de que a pesar de todas las dificultades y culpas que traen sus sufrimientos, no sólo por el consumo sino por toda la confluencia de elementos vitales que se mezclan, ellas han tomado decisiones en la búsqueda constante de mejorar sus vidas. Los cuatro años de trabajo en los grupos dan cuenta de muchos cambios.

En el relato también se observa que ahora ellas además cuentan con recursos preventivos, que en palabras de Amira, se observan en el hecho de poder distinguir altibajos en sus vidas y realizar acciones para evitar mayor sufrimiento (“aunque a veces me voy para abajo, reacciono inmediatamente”). De esta forma, la narradora hace una selección específica y la organiza en forma de recuerdos o aspiraciones. A estos recuerdos, se le suma las observaciones del interlocutor, en este caso mi persona, para apoyar la posibilidad de otorgar diferentes pesos a los hechos vividos.

Este proceso no implica necesariamente descartar o borrar recuerdos, sino realizar una selección y hacer distinciones entre los diferentes fragmentos narrativos, que, sin duda, determinan parte de la visión de sus realidades, así como muchas de sus actitudes en el presente. Cuando se signan de manera diferente, buscarán argumentos que expresen congruencia en su narración. Siguiendo con el proceso co-constructivo, en esta fase de transformación, mi tarea como investigadora consistió, además de una escucha atenta que cuestionaba su relato, a la vez validar y ser testigo de una historia diferente. En suma, legitimar por medio de actitudes la narración que daba cuenta de valentía, determinación y toma de decisiones.

Continuando con el análisis, otra situación que se presentaba como difícil para esta familia era la posibilidad de hacer otras elecciones para mejorar sus circunstancias de vida, que se manifiesta en haber tenido esposos que ingerían alcohol en exceso, y al

separarse de éstos volver a tener otras parejas consumidoras. Como ellas se definen a sí mismas co-dependientes, cualquier conducta relacionada con tomar sus propias decisiones, sin temor de perder la relación actual, se percibía como casi imposible.

Es por eso que una transformación importante del relato se observa en Amira y Pamela. Durante el desarrollo del relato, ellas se posicionaron en diferentes puntos del discurso problemático, desde la necesidad tan grande de amor y afecto, producto de una infancia triste signada por el consumo, con que justifican sus “malas” elecciones de pareja. Pasando por la aceptación total de sus parejas, en menoscabo de sí misma. Relatando culpa y remordimiento por tener parejas consumidoras, y que sus hijos tuvieran que pasar circunstancias similares a las propias. Finalmente, narrar que podrían elegir realizar acciones que resultaran más convenientes para ellas y para sus hijos, a partir del relato de “tocar fondo”.

Un proceso similar, aunque con otro miembro consumidor implicado, sucedió en la familia Gómez. Durante el relato de la crisis, Rita, señala que buscando ayuda ante la violencia del padre, le preguntó a una amiga cercana e importante para la familia qué hacer. Atendiendo a la respuesta de esta amiga, llamó a la policía, a pesar del miedo que le ocasionaba las posibles consecuencias de tal acción. En este caso, atendiendo a mi tarea de estar alerta a las excepciones, iluminé el hecho de buscar una solución, re-significando dicha conducta desde el valor y toma de decisiones, donde el relato de impotencia de antes, se re-significó como motor de cambio actual

Inv: ¿De dónde tomaste ese valor para hacer eso?

Rita: Del coraje, de la impotencia, no sé yo. Desde que a mi mamá le pegaba y nadie se le enfrentaba. No sé, dicen en la casa que yo soy la oveja negra, yo soy la que se paró un día porque antes había muchos borrachos en la casa, pero me empecé a plantar. Sí me pegó y le tenía miedo, pero le dije “¡basta!”, ¡como qué llegó un momento que basta!

Las preguntas orientadas a la excepción (White & Epston, 1993), ayudan a marcar una diferencia entre dos acontecimientos determinados por un antes y después, creando condiciones para que las personas se vuelvan más atentas y observadoras de sus propios recursos y competencias. Este nuevo foco permite recordar algunos pasos que se han dado para ser diferente (Durrant & Kowalski, 2001).

Sra. Lizbeth: Yo antes le tenía mucho miedo

Inv: ¿y ahora?

Sra. Lizbeth: No, ahora no

Inv: ¿Qué cosas hizo para perderle el miedo?

Sra. Lizbeth: Pues, un día le dije que me iba a ir si no dejaba de tomar así, y lo regañaba, y vete a dormir (trueno los dedos), come, duérmete y así. No le hacía caso cuando quería alegar, y así, ahora no toma tanto y no alega, llega y ya se duerme.

Los pasajes anteriores intentan ejemplificar que la co-construcción implica mucho más que una plática entre dos personas; mi participación como co-autora parte del supuesto fundamental que las personas poseen los saberes con los que resolverán sus dificultades; si bien, éstos con frecuencia pasan desapercibidos pues no se ajustan a la trama canónica, es por eso que resulta fundamental hacer preguntas deliberadas a fin de subrayar excepciones, competencias, y situaciones exentas del problema.

Por otro lado, es difícil que una persona pueda pensar en tomar sus propias decisiones, si sus historias se estructuran alrededor de la codependencia o el miedo. Como el relato de sus conductas debe ser congruente, para corresponder a tal descripción que tiene sobre su persona, dificulta mucho situarse a sí misma desde otra perspectiva. Por eso, es labor de la co-autoría hacer distinciones entre maneras de hablar que fomenten una iniciativa personal y de poder sobre la propia vida. Se intenta habilitar voces cooperadoras y que empujan a la acción, diferenciándolas de otras voces, que por el contrario, disminuyen el sentimiento de iniciativa y agencia personal (Hare-Mustin,

1994; Durrant & Kowalski, 2001). Tal distinción entre voces que habilitan y voces que disminuyen el sentimiento de control, empujó al relato a transformarse en una narración más congruente y rica en posibilidades.

3.5.2 Es diferente sin alcohol

Otro punto de transformación importante en el relato sucedió cuando las personas pudieron narrar aspectos de su vida donde el problema estuvo ausente, o por lo menos percibido en menor grado. Tal suceso se co-construyó ayudada por preguntas de tipo presuposicional (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989), dando por hecho que es inevitable una situación diferente. Por ejemplo, alentando a la familia Gómez a contar una situación donde el papá ha estado en casa sin problemas, y que diera ejemplos específicos.

Ana: Como que también aporta, aporta la comida de ese día, es diferente cuando está sobrio que cuando está tomado

Inv: ¿En qué es diferente?

Luz: mi papá es buena gente, pero el alcohol....

Interesantemente comienza a concebirse el alcohol como un agente externo, separado del miembro consumidor, lo que posibilita diferenciar a éste del conflicto y sus efectos. White (2002a) llama a este tipo de conversaciones externalizantes, donde la persona no es el problema, *el problema es el problema*.

De manera similar, las hermanas Contreras relatan cambios en sus vidas, al poder tomar sus propias decisiones para modificar sus pautas de consumo y la convivencia con sus padres, parejas e hijos. En voz de Pamela:

Inv: ¿Dónde ven los cambios de los que me hablas? ¿Me podrían dar un ejemplo?

Pamela: En que ahora sí puedo tomar decisiones, cuando digo no, es no, cuando digo sí es que sí. Antes qué iba a hacer eso, decía “sí” por el miedo de que me dejara.

Inv: ¿Quién se ha dado cuenta de dichos cambios?

Pamela: Mi esposo, mis papás

Inv: Ellos también han cambiado con estas nuevas conductas en ustedes

Amira: Sí (enfático)

Carolina: Antes no, si no estaba la botella ni hablábamos, y te voy a decir como dice mi papá - “ah chingada madre, ahora nadie quiere tomar aquí, nadie quiere acompañarme a tomar una copa-, pero ahora, sobre todo mi mamá, ya no toman tanto.

Las excepciones son evidentes, es posible cambiar y dominar el miedo. Además los padres consumen menos, y mejor aún, es posible convivir sin alcohol.

3.5.3 Es posible convivir

En el proceso de contar apelamos a la memoria narrativa, trasladando al presente incidentes que se ajusten a los relatos que actualmente explican nuestras vidas. Así, en la familia Contreras, una vez que el relato oficial comienza a contradecirse, y se traen al relato experiencias familiares agradables, comienzan a surgir excepciones a la idea de que siempre han vivido muy solas o que sólo se puede convivir bajo el consumo. Ante la invitación de mi parte a recordar alguna ocasión donde se haya convivido en familia, Carolina comenta:

Aquel día, qué bonito sábado pasamos, nos fuimos a comprar unos regalos, a tomar una nieve, a pasear con mis papás... y plática y plática. Mi mamá ahora también conversa con nosotras, ya se empieza a convivir sin que esté esa botella en la mesa.

Invocar a la memoria funciona, porque en la búsqueda de la coherencia, volvemos hacia el pasado para buscar vivencias significativas que después organizamos y utilizamos para explicar, justificar y re-negociar la historia actual (Bruner, 1991). En voz de Rita:

Una vez que yo hice un mural con muchas flores, y esa vez fue muy bonito porque tenía que cortar muchos petalitos para el marco en una laminota grandota. Ese día, se pusieron todos, mi mamá pegaba, mi papá cortaba. Yo digo que, que si él no tomara, hubiera sido un buen padre, porque, no sé, luego de repente, es buena gente, o sea ¡es muy buena gente!

De la misma forma, la Sra. Lizbeth recurre al pasado para justificar las acciones que realiza en el presente para proteger y cuidar a sus hijos, relato que funciona además para puntuar fortaleza y decisión de sus conductas.

Inv: Me decía que el papá del Sr. Pedro también tomaba

Andrés: Sí, pero falleció

Lizbeth: Desde muy chico murió, él siente mucho que no tuvo papá

Inv: ¿Y el papá de usted?

Lizbeth: Lo tengo todavía

Andrés: Sí, pero él también (gesto de tomar)

Inv: ¿Cómo vivió esa situación?

Lizbeth: También tomaba mucho, eso sufríamos mi mamá y yo, porque mi papá tomaba mucho y él sí le pegaba a mi mamá y bien feo, hasta la sangraba y bien celoso. Una vez, como yo vivía así, a la orilla de la carretera, paso en un carro un señor de ahí, y fue a decirle a mi mamá que si le regalaba una cubeta de agua, y mi mamá salió y se la dio, pus cuando llegó mi papá casi la mataba, que dizque ya andaba con ese señor. Yo era la mayor y lo veía todo, pero aún así me hice fuerte.

Inv: Sí, a pesar de esas circunstancias difíciles de vida es usted una persona con fortaleza, ¿cómo le hizo para tomar esa fuerza?

Lizbeth: (se queda callada unos segundos) Creo que.... porque a mi mamá yo le digo, porque pienso ¡cómo voy a repetir lo mismo!, lo mismo que me pasó con mi papá y que vivió mi mamá, cómo voy hacer vivir esa vida a mis hijos, y hay muchas personas que sí repiten como fueron con ellos, pero yo no, uno quiere lo mejor para sus hijos, por eso a mi esposo no se lo permito.

En suma, se invocó al pasado para revivir experiencias previas y significativas y subrayar que es posible aprender de esas vivencias; por ejemplo, trasladando al presente momentos donde la familia se sintió unida y alejada del problema, o puntualizando situaciones difíciles de vida que alentaron la fuerza y el coraje.

Esto permitió avanzar en la planeación de un futuro más esperanzador, donde el problema esté ausente, o bien, pueda manejarse de otra forma (Mittelmeier & Friedman, 2001).

Finalmente, también otro recurso empleado por las familias que iluminé fue apelar a otras voces, al grupo de AA y Al- Anon, de amigos importantes; voces que hablan del pasado, e incluso, mi propia voz, tomando en cuenta la participación en la co-construcción del relato. En voz de Pamela: *mi marido es alcohólico y hasta se droga. En el grupo nunca me dicen tienes que dejarlo, o sea, me dicen que es una decisión propia. Amira señala: yo pido consejos, muchos consejos, a mi hijo mayor, a mis hermanas, a mi mamá, yo cuando no estoy segura de algo, pregunto.*

Igualmente, las personas incorporan otras voces en su relato combinándolas con el uso de metáforas, que amplían significados:

Inv: ¿Cómo te ves realizando tus planes?

Sandra: Yo creo que, como dice esta señora que ya falleció, (se refiere a una maestra que fue muy amiga de ellas): -“Sandra vas por niveles”- yo creo que vengo de un nivel bajo y es como una escalera, vas a ir subiendo poco a poco

Inv: ¿Cómo son estos niveles?

Sandra: -“Tu mamá venía”-, me dijo, -“y ha subido ni un escalón, pero tú ya subiste otro. El día de mañana, tus hermanas, tus hijos lo suben y así se va formando la escalera”-

Inv: Estás haciendo la escalera

Sandra: De reversa (con orgullo, risas)

Apelar a la memoria narrativa, a otras voces y retomar las metáforas generan otras conversaciones (Lax, 1996), y puede ayudar a expandir significados vinculando diferentes interpretaciones a los conocimientos previos, para co-crear otras realidades posibles (Fried Schnitman, 1996).

3.5.4 Lo que hemos logrado ha sido por ella

Una vez que se instaura el esbozo de un nuevo relato, comienzan a surgir excepciones que lo confirman. Esto es posible, porque en el afán de buscar la coherencia, las personas eligen contar aspectos de su experiencia que sean congruentes a la línea discursiva que se abre en la narración.

Por lo tanto, paulatinamente, también se reinterpretaron los relatos relacionados con otros miembros de la familia, como fue el caso del discurso sobre la madre. Ésta narración, asociada con mucho dolor e impotencia ante la percepción de fallos en el rol materno, que parecía inamovible, se cuestiona para dar paso a relatar el surgimiento de otro tipo de interacción. En el siguiente diálogo, las hermanas Contreras hablan sobre algunos cambios que han observado en su madre; siguiendo la coautoría, hago énfasis en éstos:

Inv: ¿Hay otras situaciones o cosas que tu mamá haga donde se vean esos cambios?

Amira: Sí (enfático) bastantes

Inv: Me podrías dar un ejemplo

Amira: Como ese día, que abrazó a mi hermana (señala a Carolina), sí, a ti. Mi mamá, uff, ¡para que nos abrace! Es más yo, abrazarle y decirle que la quiero mucho, no, no podría hacerlo (llora), pero ahora sí me nace.

Inv: Ahora sí pueden abrazar y tener otro tipo de relación, ahí se ven esos cambios. ¿Hay otros?

Amira: Sí, mi mamá como que se quiere abrir, ella quiere que le platiquemos y expliquemos las cosas, y sí, sí escucha, yo siento que ella ha cambiado, antes no sucedía nada de eso.

Hay un “antes” y un “después” en la historia sobre las madres que comparten la familia Gómez y Contreras. En ese “antes”, la madre sea consumidora o no, se percibe como “aliada del padre”, en una abierta preferencia hacia él, por encima de sus hijos, tal como dice Ana Gómez: *“porque hasta para salir a la calle lo tiene que llevar, y yo me enojo y le digo “qué, tu naciste con éste cabrón, o qué”*.

El “después” se logra a través de explorar sus razones particulares de apoyo hacia al padre, que contribuye para alejarla de su antagonico y comprender su hacer (o no hacer) a partir del miedo, o bien, desde los actos inconscientes de quién es una hija más, invirtiéndose el sistema parental.

Ana: No tiene decisiones, le tiene miedo [...] Y yo de ahí, un día platicando con ella sola le dije: -“¿verdad que te da miedo?”-. Y me dijo: -“no”-. Le digo: -“es que no me vas a hacer tonta, porque en la cara se te ve como él te da miedo”- [...] y ella me contestó: -“es que sí le tengo miedo”-. Entonces yo le dije:- “¿Cuándo vas a dejar de ser tonta?”-

Rita. Es que yo, a veces la veo como una hermana, o a veces sí es como una hija de nosotros [...] Un día le digo a ella (se refiere a Ana, quien asiente): - “ves como nosotros sí somos sus papás”-.

Indudablemente resignificar la conducta de la madre, de aliada del padre, a víctima del miedo, tiene consecuencias en la trayectoria del relato y en las formas futuras de relatar su papel.

En el caso de la familia Contreras, ese papel de “aliada” del padre, ubica a la madre en el bando “enemigo”, donde incluso se percibe como victimaria y ajena a las necesidades de sus hijas. No obstante las hermanas cuentan que recurrieron a ella en situaciones de crisis. Esto sucede cuando las tres se separan de sus primeros esposos, casi simultáneamente. Tras tomar esa decisión las tres regresan con sus respectivas familias a la casa familiar; de tal forma que llegan a coincidir en un mismo espacio signado

como territorio materno: “*nos fuimos a vivir a casa de mi mamá*”.

Siguiendo mi tarea de puntuar las excepciones en este punto interrogué dos cuestiones; primero, cuál fue el proceso seguido para tomar la decisión de separarse de sus parejas, aun siendo dependientes de éstos o “co-dependientes”; y dos, qué beneficios obtuvieron al regresar a la casa familiar.

De sus respuestas se observó que las excepciones son varias; por ejemplo, regresar a la casa con la madre, a pesar de todo el dolor y recuerdos negativos asociados con ésta, precisamente porque cuentan con su apoyo, y lo más importante, la decisión de separarse de parejas consumidoras y desear tener una “mejor vida” para ella y sus hijos, fue potenciado por un aprendizaje que la madre ha dado de “no dejarse”; aunque muestra lo contrario porque ella está “siempre con el padre”; en voz de Carolina:

Mi mamá siempre fue muy exigente en que “tienes que hacer algo en la vida”, o sea, fijate en la ambivalencia de sus palabras: -“ustedes no necesitan de nadie para salir adelante”-, y mi mamá siempre está pegada a mi papá, o sea ella dice que el ejemplo puede más que todas las palabras, pero mi mamá nos dice:

-“ustedes pueden solas”- y no vive sin mi papá, o dice:- “ustedes no deben tomar”- y ella toma.

Vásquez (2006) señala que con mucha frecuencia, la manera como las personas explican y justifican sus conductas no siguen la lógica formal aristotélica, de hecho la contradicen. Para el autor, en el intento por dar coherencia y verosimilitud a nuestros relatos, seguimos formas particulares de hacer lógicas las acciones. Lo anterior concuerda perfectamente para explicar la aparente “ambivalencia” de la Sra. Diana entre el mensaje que le manda a sus hijas y su hacer, ya que las conductas de la madre son opuestas a lo que predica; pero por otra parte, si ella misma dice que el ejemplo puede más que las palabras, entonces resulta entendible y hasta *lógico* que desde un saber muy

particular, que se aleja de lo esperable socialmente del rol materno, la madre ejemplifique con sus propias conductas, y con pleno conocimiento de causa, el aprendizaje de “no hagas lo que yo hago”. Este aprendizaje de salir adelante en la vida, es aun a costa del propio sacrificio.

En el caso de Andrea, madre de los Gómez, la conducta que se había significado como preferencia por el padre se va modificando, hasta interpretarse como miedo, el mismo miedo que sienten las hermanas hacia la violencia del padre. La madre se coloca de parapeto, entre ellas y el padre, no como dependencia o alianza, sino como una forma de protección. Igualmente, la mamá ha enviado un mensaje de superación:

Ana: [...] y le dije:- “tu papá no te dio una vida mala, ¡que venga éste y te haga una vida así!”-, y me dice: -“no, es porque ya me quedé”-, porque su papá le dijo que cuando ella se vino del pueblo que si salía con sus tonterías que no regresara, por que él no la iba a recibir. Así lo hizo, nunca regresó y prefirió quedarse con él, y tiene como dos años que volvió a su pueblo después de que se vino de dieciséis a trabajar y que falleció su padre y todo. Pues, yo la siento luego como arrepentida, que, porque, ella nunca volvió a ver a su padre.

Rita. Pero yo siento que igual a donde lo que hemos llegado y lo que somos ahorita, no es que seamos mucho, pero nos ha costado mucho trabajo llegar hasta donde estamos, ha sido por ella

Conforme avanza el relato, se recrea la narración a partir de recordar aspectos de la historia personal de la madre. Esto no significa excavar en el pasado, éste no se analiza ni se explora exhaustivamente; sólo se hace uso de la memoria como recurso para ampliar los significados y darles un peso diferente (Mittelmeier & Friedman, 2001). Al interpretar y relatar sus acciones con base en la vivencia de salir de su lugar de origen y seguir las consignas paternas, se abre un espacio al reconocimiento de su labor, otorgándole un sitio en esa manera de abrirse camino una a la otra, donde ella, ya dio el primer paso.

Por lo tanto, de las conductas de la madre, originalmente signadas desde el dolor, sufrimiento e incluso rencor por la falta de protección y cariño en sus vidas, es posible sustraer un proceso de aprendizaje.

Así, la historia de las familias se va transformando y las situaciones pasadas, aunque dolorosas, se van re-significando como una oportunidad de aprendizaje y de “ir de gane en la vida”. En el siguiente pasaje de las hermanas Gómez se observa cómo se iluminaron de manera reiterada los pasos que hicieron para lograr “*ir de gane*”.

Sandra: Siempre hemos sido la envidia de todos ellos porque envidian a mi papá, porque nosotras, sin apoyo, hemos salido, ya la llevamos de gane, en cambio ese tío, tiene dinero, creció a todos sus hijos y no hacen nada.

Inv: ¿Porque será que a pesar de que su tío no toma, que tiene dinero, sus hijos no hacen nada, y ustedes, en circunstancias opuestas, van de gane?

Ana: A lo mejor es la responsabilidad ¿no?, y el modo de ganarse las cosas.

Rita: Pues sí, porque cuando te cuestan más, valoras más; cuando no, lo tomas a la ligera.

Inv: A ustedes les ha costado mucho más

Ana: Sí (enfático)

Inv: ¿Cómo lo hicieron?

Sandra: Creo que fue salirme de la inconformidad y del conformismo

Inv: ¿Cómo lograste salir de la inconformidad y del conformismo?

Sandra: Pues, ahora sí que aferrándome a lo que quiero y a conseguirlo a toda costa

Inv: Veo que tienes claro lo que quieres

Sandra: Sí, lo tengo claro.

Este discurso además contradice y rompe con el anterior relato de pesar y de sufrir por lo mucho que les ha costado algunas circunstancias vividas, como tener que trabajar y estudiar. Ahora ese tiempo se re-significa como un modo particular de ganarse las cosas que les ha permitido salir adelante en la vida.

Resignificar estas historias implicó iluminar tanto excepciones como conocimientos locales, que dieron lugar a discursos enmarcados desde saberes particulares. Así los pensamientos totalitarios, del tipo todo o nada, pueden modificarse, abriendo caminos a la paulatina transformación del discurso dominante. En este caso, la familia logró resignificar el tema principal de la narración inicial, que giraba en torno al alcohol y al consumo del padre como causa de todos los males, para re-escribirlo bajo un relato que rescata saberes particulares, donde incluso es posible agradecer las circunstancias que les han posibilitado aprender, traducido en un discurso del crecimiento:

Rita. Y luego lloramos y de repente decimos: “¡No!, pues hay que agradecerle a diosito que nos haya mandado a un don Luís borrachín”, porque ve, ya sabemos... ya no nos duermen tan fácil, ya no nos morimos de hambre, ¿no?, Entonces le vemos el lado positivo porque “estuvo bien” decimos (ríe)

Va surgiendo en la narración familiar, un relato del crecimiento a través de la solidaridad entre hermanas. Sandra, Martha, Rita, Ana y Luz, al igual que una carrera de relevos, se han pasando de mano en mano la experiencia, se intercambian cuadernos, apuntes y famas de alumnas aplicadas en la escuela, consejos e incluso trabajos y amistades significativas, esperando además que en estas transiciones aumente el aprendizaje, de tal forma que para la hermana siguiente no sea sólo más fácil el camino, sino que además supere a la anterior: *“Porque una tiene que pasar por cosas, aunque sean malas, para enseñarle a la otra a ya no pasarlas”*.

Con las hermanas Contreras, esta situación de transmisión de experiencias se observa en el hecho de como se potenciaron unas a las otras tomar decisiones; por ejemplo, Carolina, a instancias de su hermano mayor, acude al grupo de AA y al poco tiempo Amira y Pamela, inician a su vez su propios procesos en Al-Anon, dándose ánimos la una a la otra para seguir sus objetivos de parar o moderar sus consumos. Otras

circunstancias dolorosas de sus vidas, como el hecho de haber sido abusadas de niñas, tener esposos alcohólicos, separarse de éstos y regresar a la casa familiar, también han sido sucesos experimentados de manera casi simultánea en sus vidas, y por lo tanto compartidos, dolidos y reelaborados juntas. Por otro lado, los mismos padres han participado en esa forma de interactuar, aportando, desde su hacer o no hacer, experiencias de aprendizaje.

En el caso de la familia Vázquez se presentó otro tipo de situaciones, tres hijos se han ido de la casa, por decisión propia, los tres son independientes, trabajan y estudian fuera del sistema familiar. De hecho, el mayor, hijo de un matrimonio anterior, es casado y ha formado su propio núcleo familiar. Aun cuando los visita con relativa frecuencia, esta situación ha sido muy difícil de asimilar para la Sra. Lizbeth, e inclusive para Andrés, quien manifiesta sentirse solo en ocasiones. En este sentido, la familia está separada físicamente, pero el contacto y la preocupación por los miembros sigue vigente.

En esta familia en particular, fue difícil puntuar los elementos transformativos del relato ya que la preocupación y angustia relacionada con el consumo del hijo Marco se siguió relatando a lo largo de las conversaciones. Por otro lado, el análisis de esta narración familiar fue particularmente difícil considerando las formas particulares de comunicarse entre los integrantes de la familia. Como ya se mencionó, entre la madre y el hijo se completaban las frases uno al otro, mirándose constantemente para pasarse la “estafeta” del diálogo. Además, utilizaron con gran frecuencia ademanes, señas, sonidos onomatopéyicos para comunicar y dar sentido a sus frases. A pesar de que el relato siguió siendo rico en contenido y significaciones -y de hecho sólo la manera particular de comunicarse entre ellos ya sería motivo interesante de análisis, el cual excede a los propósitos del presente estudio- hay que considerar que en el proceso de transcripción involucrado en convertir el relato oral en texto escrito se eliminaron elementos de

gesticulación, lenguaje corporal y otros indicios no verbales, como tono de voz y acentuación de las palabras, que le daban sentido a sus frases. Aun haciendo las acotaciones correspondientes durante la transcripción de dichas conductas, resultó altamente complejo abordar el texto para las consiguientes lecturas e interpretación correspondiente sin esta comunicación no verbal, y ya en el contexto y bajo las reglas de la lógica escrita. Hecha la aclaración anterior, me es posible describir el contenido restante del relato.

Al decidir Marcos vivir lejos de la casa familiar, más que el consumo mismo, la situación que produce conflicto fue la percepción de absoluta falta de control sobre las conductas del hijo, tanto cotidianas, como de consumo. Por otra parte, la madre cuenta sentir poco apoyo del padre, quien concibe la conducta del hijo, desde la postura de “ya está grande”, y califica las conductas maternas como de exceso control o sobreprotección, por lo tanto la Sra. Lizbeth se percibe sola y sin respaldo ante este problema. Una posición intermedia que se logró negociar en el relato, fue que ella pudiera hablar con el hijo para establecer un contacto más frecuente, así como poder conversar con la familia donde él vive para asegurarse de que él se encuentre satisfecho de vivir en dicho sitio. No del todo convencida, la Sra. Lizbeth aceptó la posibilidad de que el hijo decidiera no regresar a la casa familiar, lo que significaría asumir su independencia y comprender que no es posible tener el control de sus decisiones.

Por último, es interesante hacer notar cómo las personas van enriqueciendo el significado de sus experiencias relatadas por medio de analogías e inclusión de otras voces que pertenecen a una comunidad local de conocedores, más allá del discurso oficial y experto. A través de la inclusión de estos elementos, las personas pueden tener diferentes versiones de los hechos y es posible elegir su versión preferida, que se ajuste y sea más significativa a su experiencia.

Esta apropiación del discurso, por supuesto, no es literal, sino de nueva cuenta actuaría un mono relato dominante, más bien se adecua y va tomando sentido y coherencia a partir de recurrir a saberes particulares, propios y de personas afines sensibles a sus problemáticas.

IV

DISCUSIÓN

De la complejidad y riqueza del material obtenido de las entrevistas, retomé los elementos más representativos para su análisis, atendiendo a los propósitos de la investigación y siguiendo la lógica, secuencia y desarrollo de los relatos. Una vez hecho dicho análisis, en el presente capítulo se discuten los hallazgos obtenidos a la luz de los supuestos teóricos y metodológicos que sustentan este trabajo. Por último y a manera de reflexiones finales, se exponen algunas implicaciones retomadas de los hallazgos que pueden aportar elementos para la creación de estrategias en el ámbito de intervención y prevención en el consumo de drogas, derivadas de los propios saberes familiares

4.1 Del monorelato a las historias múltiples

Toda narración está circunscrita a referentes históricos- sociales, por lo tanto, la discusión de las historias familiares sobre el consumo aquí rescatadas, no puede desligarse de las prácticas específicas y los contextos particulares donde se producen.

En el caso particular de nuestros relatos, la mirada dominante que signa al consumo exclusivamente desde lo problemático, coexistió simultáneamente con otros discursos derivados de papeles sociales, como el rol canónico de ser mujer, ser hombre y mandatos sobre la maternidad; y también con otros saberes, inicialmente ocultos y fuera del relato, provenientes de su experiencia cercana con el problema y de otras fuentes de conocimiento: saberes populares, grupos de autoayuda, voces de amigos y familiares.

En el intento de dotar de sentido a las circunstancias de vida problemáticas, justificar y hacer congruente su relato, las personas contaron su historia apelando a los diferentes saberes contenidos en los distintos discursos sociales. Aunque siempre cambiantes y posibles de negociación, se logró distinguir algunas formas de articulación de estos

discursos en la narración familiar, de tal forma que interactuaron unos con otros, ya sea modificando, atenuando o subrayando, entre otras acciones, el problema del consumo.

4.1.1 El tema de la enfermedad y conflicto derivado del discurso disciplinario como relato inicial

Las personas y sus familias explican sus historias a partir de su participación en formas discursivas culturalmente disponibles; entre éstas, el discurso médico sobresale por su hegemonía al ser privilegiado con efectos de verdad; por lo tanto no es de extrañar que el relato reflejara en sus inicios el discurso canónico que clasifican a las drogas y a los usuarios generalmente desde lo patológico. Habiendo tantas voces, percepciones y experiencias diferentes, cabe preguntarse cómo se construyó una sola realidad caracterizada por este consumo conflictivo del miembro.

Una explicación plausible es el concepto del *sistema determinado por el problema* (Anderson & Goolishian, 1996); en este sentido, el problema no es el resultado de una *disfunción* en el sistema, sino más bien es el resultado de la *difusión* del conflicto. En otras palabras, el sistema familiar forma una red de conversación y comparte un suceso en tono de alarma, que se produce porque un miembro se preocupa por alguna conducta de otro, en este caso el consumo de drogas. Muchas veces al comunicar en las conversaciones este tono de alarma, éste no se atenúa; por el contrario, se reproduce y se amplifica en los diálogos familiares subsiguientes. La difusión del suceso “alarmante” produce *una quiebra conversacional* y las conversaciones pasan a ser monológicas -se habla de- en vez de dialógicas - se habla con- resultando en la conformación de un relato con tema único, donde se habla una y otra vez sobre el consumo.

En la construcción de este relato monológico se distinguieron algunos estereotipos derivados del discurso canónico que coadyuvan a perpetuar el discurso del consumo como problema (Touzé & Rossi, 2001).

4.1.1.1 El estereotipo atribuido al concepto de “droga”

Edificado con base a los criterios internacionales de diagnóstico contemplados en manuales médicos y psiquiátricos DSM-IV e CIE- 10, este estereotipo dista mucho de contemplar que el fenómeno de las drogas se ha construido socialmente. Parece que hemos olvidado el papel de la responsabilidad humana en la creación y delimitación de lo que significa una droga. Tanto a nivel teórico, en la literatura tradicional sobre el consumo y en las propias historias familiares, pocas veces se incorpora en la comprensión del fenómeno el hecho de que son los mismos grupos sociales los que dictaminan cómo, en qué momento y bajo qué circunstancias una sustancia es llamada *droga*. En consecuencia las familias definieron los consumos propios y de sus familiares desde un relato creído como único posible, al replicar la aparente objetividad del modelo médico. Ahora bien, ya que al menos en este caso, los parámetros socioculturales imperan por encima de los científicos, afortunadamente las personas pudieron relatar sus circunstancias de vida, alejándose de este estereotipo.

Una divergencia encontrada fue que si bien, el estereotipo contempla la distinción tajante entre drogas legales e ilegales que hace el modelo médico, atribuyéndoles consecuencias físicas y emocionales más graves a los usuarios de este último grupo; en nuestros casos, el consumo de alcohol, droga al fin y al cabo, se relacionó con consecuencias dolorosas y relevantes para la vida familiar. Esto significa que en la práctica cotidiana de las personas, poco sirve la clasificación disciplinaria de las drogas, ante los efectos vividos del consumo.

Subyacente a la clasificación de las drogas en legales e ilegales, y su significación de menores o mayores consecuencias, se encuentra la idea de abordar al consumo desde lo individual. Resulta difícil encontrar soluciones efectivas desde esta postura, porque como ya hemos visto, para comprender a cabalidad el fenómeno fue necesario ubicarlo en el marco más amplio de significaciones, creencias y motivaciones familiares, así como involucrar en su análisis aspectos socioculturales, económicos y políticos, por mencionar algunos.

En el desarrollo de co-construcción de nuestras historias se comprobó que poco ayuda a la resolución del consumo problemático, atribuir los efectos y consecuencias a la sustancia en sí misma, o a la interacción en solitario con el usuario, sin incluir la complejidad social. Por otro lado, es común agrupar los tipos de consumo, perfiles, sentidos y consecuencias según la clasificación asignada a la droga, ya sea estimulantes, ansiolíticos, sedantes, entre otros (Seguel, 1994). En nuestros relatos se pudo percibir claramente que aun cuando varios miembros de una misma familia son usuarios del mismo tipo de sustancia, no todos los consumo fueron signados desde lo problemático.

La construcción del relato desde el conflicto y el dolor por el consumo de un miembro en particular, se elaboró con relación a diversas circunstancias del consumir, y en respuesta a la participación en papeles sociales y saberes particulares que contribuyeron a dar sentidos e interpretaciones diferentes a los miembros usuarios, aun cuando todos pertenecían, bajo el relato canónico, a un mismo rubro de “adictos”. De esta forma, aunque en el inicio de los relatos el estereotipo pareció cumplirse de manera más o menos fiel, durante el contar las personas lograron hacer distinciones de efectos y consecuencias entre diferentes tipos, usuarios, circunstancias y significaciones del fenómeno, desde maneras propias de entender la “adicción”.

Por lo tanto se comprobó que las definiciones sociales, económicas y culturales que

generan los conjuntos sociales que las utilizan tienen consecuencias, funciones y efectos sobre las significaciones de la “droga” (Menéndez, 2003; Romani, 1999).

4.1.1.2 El fetichismo de la sustancia

Se identifica a las drogas como "ente mágico", por lo tanto se le asignan poderes y capacidades contaminantes que amenaza a la población sana, creando polarizaciones entre lo legal-ilegal, consumidor-no consumidor, lo sano-enfermo (Berenzon, 2003). Esta idea estereotipada tiene un papel relevante para justificar la exclusión de los sujetos¹⁶. En la práctica adoptar esta idea tiene varias implicaciones en la constitución de los relatos. En nuestros casos, la idea de la droga como “ente mágico” es muy evidente, ya que se narra desde la idea que propicia todos los males de la familia. Por otra parte, también se observó la idea del contagio social: las personas se vuelven consumidoras por las “malas compañías”. Al retomar el tema del consumo desde lo patológico, esta idea organizó las estrategias familiares, movilizándolo todos los recursos hacia la cura o solución como única manera de que el sistema familiar pudiera tener un adecuado funcionamiento.

Por otro lado, el argumento del consumo como vicio o enfermedad contrasta con lo que se considera una “familia normal”, de tal forma que las familias con un miembro consumidor se comparan con ese ideal, y al ser distintas se califican a sí mismas como desviadas. Parecería ser que todo el sistema debe recibir la etiqueta de “adicta” o “anormal”. Así, las características distintas de la familia se convierten en un atributo desacreditable o estigma (Goffman, 1989). Esto funciona porque los discursos hegemónicos coexistentes sobre la droga, actúan disciplinando, no necesariamente

¹⁶ La analogía de la droga como epidemia justifica la descontaminación como el único método viable y eficaz; que parece basado en el derecho y la razón civil, pero ocasiona una suspensión del raciocinio a favor de métodos coercitivos y totalitarios (Escotado, 1998)

desde la prohibición, sino normalizando y excluyendo de manera positiva (Foucault, 1973).

Específicamente hablando del discurso derivado del modelo médico éste ejerce un poder que involucra una tecnología sobre el cuerpo¹⁷ por medio de procedimientos de diagnóstico, la aplicación de pruebas, la regulación de hábitos. Todo en nombre de lograr individuos sanos, productivos y autosuficientes. Siguiendo la idea modernista de medición y control, el modelo médico forma parte y a la vez construye un canon de vida saludable, lo normal o esperable sólo es tal si es equiparable al conocimiento experto (Menéndez, 2003).

La idea estereotipada que deja la droga y a sus usuarios “fuera” de la sociedad, podría confundirse al concepto de externalización del problema de Michael White (2002a y b), pero ambos conceptos tienen diferentes implicaciones para la construcción de las historias. El estereotipo que le confiere “vida a la droga” se refiere a la mirada tradicional que ubica a las drogas y sus efectos ajenos a las significaciones del núcleo familiar o social, con las consiguientes implicaciones de exclusión y señalamiento de los usuarios contagiado por un agente patógeno, que es necesario identificar, aislar y curar. Las implicaciones por consiguiente son aislar al fenómeno del contexto social y confinar la responsabilidad del usuario, ya que al no tener conocimiento de su enfermedad, debe ser “curado” por un experto, limitando en mucho su agencia personal y su capacidad de tomar decisiones activas sobre su consumo.

El concepto de externalización del problema (White & Epston, 1993) que le confiere “vida al problema” implica distinguir entre el consumo y la persona, separar a la

¹⁷ Corresponde al concepto de Biopoder de Michael Foucault, es decir, el poder sobre la vida; que no niega, reprime, desde su naturaleza positiva administra, normaliza, regula y controla la vida. El poder sobre el cuerpo, es el poder sobre la vida, dentro de la cual se constituye una anatomía política del cuerpo humano al regula y medicalizar los procesos biológicos (natalidad, procreación, sexualidad, muerte, salud) cual si fuera una máquina.

persona del problema porque este último no es inherente a la vida de los sujetos.

En todo caso, efectivamente existe un conflicto, pero no es la droga *per se*, sino la relación de la persona con ésta es lo que ocasiona problemas. En nuestras historias familiares, al separar el consumo de la persona: “mi papá es buena gente, pero el alcohol”, y situarlo además en el marco circunstancias sociales de pobreza y abandono, potencializa dirigir al relato desde otra manera más esperanzadora y alejada del conflicto.

No se trata de eliminar toda responsabilidad de las acciones personales, por el contrario, se invita a la persona a cuestionar su papel en darle vida al problema, en reflexionar sobre los efectos del problema en sus vidas, y sobre cómo ellos influyen en el curso de la situación conflictiva (White, 2002).

Por lo tanto, mientras el estereotipo alude a un ejercicio de poder disciplinario, la externalización se refiere a un intento deliberado por medio del cual las personas puedan vislumbrar el problema, sus consecuencias y actuar al respecto.

Concebir al consumo como una manera particular de relación que establece un sujeto con un objeto, implica dejar el énfasis en el objeto “droga” y sus tipos, para enfocarse en la forma como la utilizan las personas, integrando la capacidad de decisión como parte fundamental entre la persona que consume y la sustancia (Pulido, 2002).

En los relatos de los miembros consumidores, se comprobó que el hecho problemático fue la forma de consumir, sobre todo cuando escapa del control de la persona; es decir, el conflicto surge de la relación que guarda la persona con la droga. Esta manera de interactuar con la sustancia y su significado atribuido, determinó en muchos casos si la persona siguió o no usando la droga, por ejemplo ante un consumo “incontrolable”, se “toca fondo” y se decide parar el consumo. También influyó en regular frecuencia, dosis

y situaciones de consumo, interacciones con otras personas, sentidos atribuidos a la ingesta, entre otros aspectos.

Estos hallazgos también apoyan reconocer que las drogas y sus usos forman parte de un hecho cotidiano, por lo que habría que reconocer su existencia como parte de la vida social y aceptar la autodeterminación de los usuarios para elegir, moderar o abstenerse del consumo (Alfaro y Monsalve, 2004).

4.1.1.3 El estereotipo de la imagen del usuario de drogas y de sus familias

El discurso canónico señala que el usuario es una persona que ha perdido toda capacidad de control, completamente despreocupada por su salud, por lo que se justifica la actuación y la toma de decisiones por él. En las narraciones familiares, este estereotipo fue claro cuando las familias retoman de manera rígida algunas partes del discurso aportado por la filosofía de AA Respondiendo al estereotipo, la entrada al grupo marca una transición en el relato entre el no haber hecho absolutamente nada por resolver el problema del consumo, y de repente “abrir los ojos” o “darse cuenta”, lo cual significa en parte adoptar el discurso del AA y sus significaciones sobre el consumo.

En la práctica, es evidente que las personas tienen en su saber cotidiano respuestas y soluciones particulares a las experiencias de vida conflictivas (Menéndez, 2003; Valverde 2005), de las cuales además son expertas, porque ellas las viven día con día. No obstante, estos intentos de solución, independientemente de que funcionen, no son percibidos como tales y se mantienen en los márgenes del relato hasta construir los espacios apropiados para su articulación.

Por otra parte, los estudios muestran que es posible encontrar pautas de consumo controlado de ciertas drogas; por ejemplo para el consumo de alcohol. Estas pautas se logran a través del ciclo de asimilación de una droga en la sociedad (Becker, 1973). En

el relato, hasta una bebedora sin control, como se describe a sí misma Carolina Contreras puede aprender a moderar su consumo; su padre, quien también es consumidor de años, le comparte consejos para aprender a beber derivados de su propia experiencia. De esta forma, en el relato derivado de la filosofía de AA se van incorporando saberes derivados de las propias vivencias familiares, logrando quebrantar el discurso canónico de pérdida de toda capacidad de control.

Apegándose al canon, la literatura tradicional señala que la familia con el miembro consumidor también está *enferma*, y los miembros se clasifican en cuatro relatos estereotipados que explican su papel en la historia familiar del consumo: *el hijo responsable, el adaptador, el sensible y el hijo irresponsable o chivo expiatorio* (Seguel, 1994). Si bien es cierto que en los relatos fue posible identificar papeles y personajes que las personas adoptan para justificar y explicar sus acciones, dentro del canon, la adopción de estos papeles se leen desde lo patológico, todos los papeles derivan en problemas en la *autoestima*, presentando riesgos de problemas futuros, además de que se consideran con una gran carga de soledad, bajo la suposición de que los miembros de la familia no interactúan entre sí y sus papeles inamovibles. Efectivamente, algunos de estos relatos se presentaron en las narraciones familiares que aquí nos ocupan, pero éstos se entendieron como posturas más o menos cambiantes de las personas en el relato, y como maneras particulares y validas de enfrentar al consumo.

4.1.2 Discursos, saberes y prácticas coexistentes al relato canónico

En los relatos familiares fue posible observar otros conocimientos, saberes y verdades derivados de ciertas prácticas sociales. Entre éstos destacan los papeles adscritos a roles de género en cuanto a qué significa ser mujer, ser madre, ser hombre. Estos

subdiscursos se articulan con el relato dominante sobre el consumo y modulan la manera de vivir el hecho problemático. También se observaron maneras particulares de afrontar al consumo, mediante formación de bandos y alianzas familiares con una postura específica en la historia, y en la búsqueda de apoyo mediante la pertenencia al programa de AA Otro punto de discusión fue los diferentes usos y sentidos que tiene la ingesta de alcohol. Revisemos algunos de éstos:

4.1.2.1 El discurso social adscrito a la pertenencia a un sexo y a la maternidad

Todas las personas nos integramos en un contexto social donde de antemano preexisten conceptos socioculturales, mediante los cuales podemos coordinar nuestras acciones con las demás personas y ser coherentes con el orden social (Iñiguez, Vázquez & Cabruja, 2000). Algunos de estos conceptos, como los papeles sociales atribuidos a ser mujer, ser hombre, ser madre, reflejan mandatos encubiertos, saberes dogmáticos que influyen en la interpretación de nuestras propias acciones y las de los demás, determinando a la vez formas de construir narraciones socialmente aceptables. Los mandatos se expresan en una amplia gama de aspectos de la vida humana: en las creencias, los sentimientos, los valores, las posturas ante la vida y en actividades cotidianas (Cano & Radkaau, 1991). En la práctica discursiva, estas prescripciones operaron sobre los relatos de las tres familias en cuanto a las significaciones de ser mujer y consumir, así como tener hijos consumidores.

Al relatar su consumo, las entrevistadas situaron algunas de sus conductas, como beber varios días a la semana o tener actividades sexuales bajo los efectos del alcohol con desconocidos, fuera de la norma pautada socialmente. Al compararse con el canon ideal femenino estas acciones se significaron en el relato como todavía peores, más graves e inusuales. En la misma lógica, el consumo de la madre se percibió como más negativo y

doloroso, que el del padre, entendiéndose en algún momento de la historia como "aliada" de su esposo. El papel atribuido a la mujer, consumidora o no, tuvo más peso que el de los hombres en la construcción de un relato desde el dolor y la falta de atención de las necesidades básicas.

Por otra parte, aun cuando el padre también consume, se considera "normal" siempre y cuando no ejerza violencia y "no falte a la casa". En todo caso, el que el padre sea buen o mal proveedor modera la percepción sobre éste y su consumo. El consumo en los hijos hombres se relacionó con independencia y "hacerse hombres"; el caso contrario fue el caso de Andrés Vázquez, quien no consume pero se presenta con rasgos femeninos, "pegado" a la madre. En este contexto, parecería ser que es necesario que Andrés se feminice, que se aleje del estereotipo del adolescente que se "hace hombre" bajo los rituales del consumir.

Las actividades relacionadas con la maternidad o el mantenimiento económico de una casa se presentan como más dogmáticas e incuestionables que otras, por lo tanto fueron más estereotipadas y marcadamente más señaladas en caso de incumplimiento. Estos encuentros son explicables si se toma en cuenta que el canon social atribuido a cada sexo determina cumplir condiciones "ideales" ante las cuales deben darse las divisiones de trabajo, el cuidado de los hijos o de los padres, entre otros; estableciendo un estilo de vida organizada en torno a actividades "propias" de la mujer o del hombre. En ese sentido, se distinguen una serie de actividades cotidianas que deben ser asumidas por cada sexo como de su exclusiva responsabilidad (Selva, 1991).

4.1.2.2 Papeles cambiantes en el relato

Durante el relatar, como resultado del proceso co-constructivo, el papel de los miembros fue modificándose, adoptando diferentes posturas con relación al conflicto; pasando de

ser víctimas de las circunstancias, unidas por el miedo que las paraliza en un bloque indiferenciado, a tomar diferentes estrategias, posiciones y bandos, cada una desde su propia historia.

Al respecto cabe señalar que el relato plagado de problemas busca alianzas para validar su hegemonía en la familia, esto puede conducir a la formación de bandos: los que sufren y los que atacan. Cuando se transita hacia la narración de consecuencias, el relato se hace más individual, a unas las afecta más que a otras; cuando la narración busca sentido y verosimilitud busca de nuevo el consenso, o por lo menos la mayoría, para afirmar una verdad familiar.

Lo anterior se explica al considerar que la comunicación no puede entenderse como una serie ininterrumpida de intercambios, las personas establecen diferentes puntuaciones, organizan de disímiles manera los hechos (Bateson, 1972). En este contexto, Rita Gómez y Carolina Contreras se situaron como narradoras principales de sus respectivas familias, ubicándose a sí mismas en el papel de heroínas. Rita, junto con Ana formaron una alianza donde también participó Luz, en un discurso de rebeldía; por otra parte, Amira y Pamela Contreras, formaron un bando caracterizado por el sufrimiento y el dolor ante infancia triste afectada por el consumo de los padres. Situación similar, fueron las posturas de Sandra y Martha Gómez, quienes compartieron el rol de “hijas buenas”, que no se defienden y hasta se sacrificarían por sus padres. Unas defienden al miembro consumidor pues perciben la obligación de cuidarlo porque está “enfermo”, y otras lo atacan porque es visto como victimario. Estos discursos aparentemente se oponen, pero en realidad al ser diferentes, tienen una relación complementaria (Watzlawick, Beaven y Jackson, 1983).

En una situación que también parece antagónica, se presentan los hijos: el rebelde, consumidor, conflictivo, pero admirado y extrañado; y el sumiso, acompañante de la

madre, “buen hijo”, pero a fuerzas de identificarse con conductas femeninas que le producen el rechazo en el padre e incluso una “mala comunicación con él”. En suma, cada postura necesitó de la contraria para justificarse. Cada miembro, desde su papel en la historia, se enfrentó a la experiencia signada como problemática y contribuyó, de diversas maneras y con diferentes recursos, a enfrentarla.

4.1.2.3 Inclusión de otras voces, otros saberes

Otro punto a discutir es el papel que tuvo en la conformación de los relatos invocar saberes derivados de otras voces, como los grupos de autoayuda. Estas instancias, aportan conocimientos que moderan, determinan, o amplían las significaciones de las experiencias vividas. De entre estos discursos destacó el programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos por ser ampliamente compartido por las familias entrevistadas.

Aunque cuando se modificó en la experiencia de los usuarios, los relatos sobre este programa compartieron de entrada algunas características con el discurso dominante. Tal situación es explicable si se toma en cuenta que la filosofía de AA frecuentemente enmarca las percepciones y significados asociados al consumo de sus miembros, normando contenidos, formas, ideas y experiencias de forma rígida (Romero, 1998; Alfaro y Monsalve, 2004). También dota a las personas de un vocabulario en común con que nombrar –y recrear- el problema y sus circunstancias. Así, en los relatos de las familias se identifican conceptos comunes: la “ingobernabilidad de la vida”, la “derrota ante las malas emociones” “y el tocar fondo”, entre los más recurrentes.

Por otra parte, es importante destacar que al conformarse el programa por las propias experiencias de las personas usuarias sin intervención de un experto, las familias perciben que han recibido ayuda y consuelo de personas cercanas a su problemática.

De esta forma, se observó que en las narraciones, los sujetos se apropiaron de los

saberes derivados de AA y de Al-anon, y fueron adaptando éstos a sus necesidades y objetivos de vida, ya sea flexibilizándolos, realizando conductas diferentes a lo marcado por los programa, acudiendo a otras fuentes, entre otras acciones.

Fue posible distinguir también diferentes sentidos y significaciones del consumo en cada relato, ya sea como manera de procurar convivencia entre los miembros de la familia, relacionándolo con la búsqueda de placer y relajación, concibiéndolo como enfermedad incontrolable, como huida. Según el tono del relato, cada una de estas significaciones fue modificándose a lo largo de los espacios conversacionales.

En suma, en las narraciones familiares se logró distinguir diversos usos conferidos al acto de beber, todos éstos tuvieron propósitos instrumentales, ya que es común que las drogas tengan diversos usos por medio de los cuales se intentó de forma empírica hallar un remedio al sentimiento de malestar, a los dolores físicos, servir de estimulante, poder dormir o hacer frente a las presiones de la vida, entre otras cuestiones. Tales hallazgos son congruentes con las aportaciones de Escohotado (1996) y Menéndez (2003) quienes coinciden en señalar que aun negado o excluido con frecuencia en las investigaciones sobre las adicciones, el consumo de drogas es un componente importante de los procesos de automedicación, y sus posibles usos se enmarcan en el proceso social más amplio de la autoatención (Escohotado, 1996; Menéndez, 1990, 2003; Romaní, 2002).

La autoatención, al contrario de los discursos hegemónicos, reconoce la existencia de otros saberes, populares o locales, que se imbrican e interactúan conjuntamente con los conocimientos formalizados y técnicos; por ejemplo, rezar, hacer juramentos ante una entidad religiosa, acudir a amigos, grupos de apoyo; entre otras acciones que las personas realizan para explicar, atender y tratar de solucionar o prevenir los factores que afectan su salud y su bienestar percibido.

Desde esta postura, se cuestiona el hecho de encuadrar en una sola categoría y bajo un

solo perfil a todos los tipos de drogas y a todos los tipos de consumo. Como los mismos relatos demuestran, no todos los usos son considerados patológicos, ya que el contexto social y cultural modula las representaciones e imágenes que se tiene de las personas consumidoras.

Aquí me resulta importante hacer una precisión, al analizar el texto resultante de las entrevistas, mi propio relato sobre mi investigación se modificó. Originalmente estaba orientándome a identificar claramente el relato dominante del alternativo, creyendo ingenuamente que, al ser opuestos, era posible distinguir con facilidad los límites, características y condiciones de emergencia de cada uno.

Ahora bien, tratando de ser congruente con mi postura comprensiva-interpretativa, donde la historia contada en voz de los participantes tiene prioridad, percibí que estaba cometiendo el error que he criticado ampliamente sobre polarizar las acciones humanas en extremos “positivos” y “negativos”, que serían correspondientes al relato alternativo y dominante.

Fue sorprendente darme cuenta de las consecuencias posibles de empujar *mi relato del relato* hacia el encuadre de su contenido en uno u otro extremo, olvidando la riqueza de las historias. Por demás, estaría aludiendo al hecho de que una forma de concebir al consumo y sus circunstancias es “verdadero” y el otro “equivocado”. Por lo tanto, más que precisar en la formación de un nuevo y muy distinto relato, discuto los hallazgos con respecto a considerar la apropiación del conocimiento y articularlos en saberes híbridos, que en las historias se manifestaron en la constante relación y negociación establecida entre discursos expertos o disciplinarios, y las prácticas, creencias y conocimientos derivados del mismo grupo social.

Quisiera concluir este apartado donde intenté discutir los hallazgos comparándolos con la teoría que enmarca la investigación, señalando que en la práctica los diferentes

discursos y saberes no son excluyentes entre sí; al menos no para nuestros entrevistados. En sus relatos y bajo condiciones apropiadas que faciliten abrir la historia a diferentes significaciones, las personas se apropian, integran, articulan y utilizan las diferentes fuentes de conocimiento, según sus necesidades y objetivos, tanto personales, como de su grupo social referencial (Menéndez, 2003).

Por lo tanto, fue posible observar que en las narraciones familiares las personas realizan acciones de manera propositiva para la solución de circunstancias vitales signadas como conflictivas. Lejos de ser ignorantes en cuanto a sus propios procesos de vida, en la práctica se vuelven expertos al combinar el aprendizaje obtenido de sus experiencias, con la opinión de familiares y amigos. Además buscaron ayuda en instituciones "formales", que en nuestro caso fue la Clínica de Terapia Familiar y a los grupos de AA. En suma integran los diferentes saberes, aun cuando en el relato inicial sólo narren la parte de su experiencia más cercana a la historia oficial.

Posibilitar generar diferentes significados al problema que ha reunido a la familia, requiere de la generación de espacios conversacionales adecuados (Boscolo & Cecchin, 1989) En el siguiente apartado se discutirá las condiciones de este proceso co-constructivo.

4.2 Construcción de los espacios conversacionales

El diálogo co-constructivo dista de ser una conversación común¹⁸, no se trata de cualquier uso del lenguaje y tampoco de cualquier interacción, fue necesario construir un espacio conversacional libre para producir nuevas interpretaciones. Deseo discutir dos acciones que fueron necesarias para la elaboración de ese espacio 1) reflexionar

¹⁸ Al respecto, el psiquiatra Gianmarco Manfreda en un tono irónico pero certero señala “qué quiere decir el pomposo, desresponsabilizante y aparentemente democrático término "co-construcción" de las historias? Las historias curan... sí, pero ¿qué características deben tener para curar?, ya que hay muchas historias aburridas, inconclusas, feas, dañinas. (Manfreda, 2006, p. 29)

sobre el tipo de preguntas que deliberadamente trataron de ampliar los recursos de las personas para la construcción de nuevos significados (Freedman & Combs, 1996) y, 2) reflexionar sobre la postura y acciones del investigador en la labor co-constructiva.

4.2.1 Las preguntas como herramientas de investigación:

Iluminar la búsqueda de apoyo durante el relato de crisis mediante cuestionamientos orientados a la excepción (White & Epston, 1993) desafió el relato familiar saturado de ingobernabilidad e impotencia, ya que algunos intentos de solución eran una contradicción a ese relato, y precisamente por su función opuesta con la historia oficial pasaban desapercibidas. Al hacer conscientes los pasos que hicieron para ser diferente, (Durrant & Kowalski, 2001) se fueron creando condiciones para que las personas estuvieran más atentas y observadoras de sus propios recursos y competencias.

Resulta interesante señalar dos implicaciones del hecho de que nuestras familias se movilizaran en circunstancias de crisis: una, demostró que efectivamente las personas tienen recursos disponibles en sus saberes, y por ende pueden crear soluciones adaptándolas a su propia experiencia. Esta idea contradice la idea hegemónica de que no es posible la recuperación sin la ayuda del conocimiento experto, y las personas relacionadas con el consumo en conflicto deben permanecer pasivas, hasta lograr la “reincorporación” del usuario a la sociedad (Seguel, 1994). Dos, aun siendo aparentes las contradicciones, éstas frecuentemente no se percibieron como tales; por eso fue tarea básica subrayarlas, ampliarlas, focalizar en éstas, a fin de que no pasaran desapercibidas y pudieran dar pie a nuevas líneas argumentales.

Se observó que estas nuevas líneas en el relato deben provenir de la propia experiencia familiar, no basta connotar un evento desagradable como positivo o de aprendizaje. La capacidad transformativa de la narración reside en su potencial para relatar o relacionar

los hechos vividos en el contexto de un significado nuevo y diferente y, sobre todo, considerar a las personas como expertos de sus propias vidas.

Relacionado a lo anterior, durante la co-autoría se partió del hecho que es inevitable una situación diferente, es por eso que las interrogantes del tipo presuposicional (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989) ayudaron a ampliar los nuevos significados co-construidos, mismos que pueden modificar las pautas de interacción que contribuyen a mantener el problema. Un ejemplo fue usar preguntas de tipo *¿en qué situación se da la diferencia?*, y requerir ejemplos específicos de tales cambios. De esta forma, surgieron excepciones al problema que se definían en términos de siempre/nunca; por ejemplo, los miembros consumidores, aun con el uso del alcohol, pueden hacer “bien” su trabajo, aportar a la casa o apoyar a las hijas en situaciones difíciles.

Además, a través de conversaciones externalizantes (White, 2002), donde la persona no es el problema, *el problema es el problema*, se concibió al alcohol como un agente separado del consumidor, posibilitando diferenciar a éste del conflicto y sus efectos

En el proceso de co-construir también apelé a la memoria narrativa (Bruner, 1990) a fin de explorar los momentos pasados “en que la persona se ha sentido un poquito menos desesperada o más esperanzada” (Durrant & Kowalski, 2001, p. 81). Así, las familias comenzaron a narrar situaciones donde familia se sintió unida y alejada del problema, o situaciones difíciles de vida que alentaron la fuerza y el coraje. Tal situación funcionó porque la memoria se estructura narrativamente, y en el esfuerzo por ser congruentes las familias recordaron los acontecimientos que se ajustaban a las narrativas en formación para avanzar en la planeación de un futuro más esperanzador, donde el problema esté ausente, o bien, pueda manejarse de otra forma (Mittelmeier & Friedman, 2001). De tal manera que por un momento ambos discursos, el canónico y el que comienza a emerger, se sobreponen (Dickerson & Zimmerman, 2001) y poco a poco las personas van

integrando en sus relatos los elementos que mejor le ayuden a dotar de sentido a sus vidas.

Una vez que se instauró el esbozo de un nuevo relato, comenzaron a surgir más y más excepciones que lo confirmaron; esto fue posible porque en el afán de buscar la coherencia las personas eligieron contar aspectos de su experiencia congruentes a la línea discursiva recién abierta en la narración.

Las preguntas dirigidas a localizar las excepciones del problema, no sólo tienen la función de extraer información, sino que deben generar por sí mismas interpretaciones nuevas, que proporcionen significados más relevantes para los narradores y que les permitan re-escribir sus historias (White & Epston, 1993). Ante estas nuevas interpretaciones, también se modificaron los relatos sobre los miembros de la familia que anteriormente se habían asociado con mucho dolor e impotencia, para dar paso a relatar el surgimiento de otro tipo de interacción.

El cuestionamiento de estos relatos fue posible a partir de abrir las historias a la comprensión de la influencia de variables socio-culturales, como los roles adscritos a los papeles de ser hombre, ser mujer, ser mujer y madre consumidora, invitando a reflexionar sobre las consecuencias de interpretar las conductas de los miembros en el marco del cumplimiento de esos roles estereotipados y rígidos, asociados a las funciones exclusivas de proveer a la familia y cuidar y proteger a los hijos debiendo ser dependiente emocional y económicamente del varón.

Otra estrategia que ayudó a resignificar las acciones de los padres fue poner en juego factores de la complejidad social, como la pobreza, la marginación y el abandono.

De esta forma, al menos para dos familias, la naturaleza co-constructiva de los encuentros de conversación logró re-significar el tema principal de la narración inicial, que giraba en torno al alcohol como causa de todos los males, posibilitando que

surgieran discursos como el relato de aprendizaje de vida, de transmisión de experiencias y de una agencia personal ante la experiencia de haber vivido y afrontado el consumo

Mención aparte merece la tercera y última familia entrevistada, la familia Vázquez, donde el proceso transformativo del relato no fue tan evidente ya que la narración original presentó pocas excepciones, siguiendo detenida en la historia dominante y saturada del problema. Sin afán de sobreinterpretar, me atrevo a discutir algunas posibles explicaciones observadas desde mi papel de co-autora/ investigadora, que afectaron el desarrollo del relato.

Primero, la relevancia que adquiere en los relatos el rol adscrito al papel de la maternidad. Al tener como voz protagónica a una madre que cuenta sobre el consumo problemático de su hijo, la historia adquiere una dimensión especial, ya que es difícil contradecir al mandato dogmático que sobre *ser madre*, y *ser una buena madre*, impera en el contexto social y tal situación se refleja en su relato. Desde ese mandato, la Sra. Lizbeth ha fallado en su rol de no “cuidar al hijo”, éste ya “se le fue de las manos”. El otro hijo es menor y para evitar que también se le escape, se ha mimetizado con ella, al menos a nivel discursivo. Sin poner en duda los sentimientos legítimos de dolor y preocupación de la Sra. Lizbeth, al intentar explicar el consumo del hijo y compararse con el ideal femenino observa que ha fallado en el cumplimiento de su rol, por lo tanto expresa en el relato sentimientos asociados con dolor y culpa por tener un hijo “adicto”, al que no cuidó o procuro su bienestar. Resulta muy difícil expresar en el relato otro tipo de emociones, más conducentes a la búsqueda del bienestar personal o el de los miembros cercanos, ya que tal acción sería contradecir de nuevo al relato canónico y mostrar doble fallo: no haber cuidado apropiadamente a su hijo y además no lamentarse por dicha situación tan grave.

Por otro lado, la situación más preocupante es que al partir el hijo de la casa familiar, no tiene control sobre sus conductas; en ese sentido, aun sin que ella sea consciente, podría estar realizando un ejercicio de poder al tratar de “retener” al hijo menor, aun a costa de que éste feminice sus conductas para alejarse de las situaciones de consumo de alcohol, ya que en el sistema de creencias de esta familia el beber es “cosa de hombres”, no de mujeres.

El dilema a resolver gira entonces entre cuidar a los hijos de manera óptima, siguiendo el rol de madre; o fomentar la independencia esperable en los hijos, sobre todo en los hijos varones. En este punto el relato se detiene y la resolución del dilema se queda en puntos suspensivos.

Asimismo, contextos sociales, como la falta de recursos, el poco apoyo de otras instancias, el aislamiento de la familia de amigos y parientes que viven en otra ciudad, contribuyeron a que la narración permaneciera rígida, pues pocas fueron las fuentes y voces que apelar para que aporten nuevas perspectivas.

Otro elemento a considerar en la comprensión del relato de la familia Vázquez fue el tipo particular de comunicación caracterizado por un frecuente intercambio no verbal entre los entrevistados. Las narraciones con frecuencia mostraron frases fragmentadas, o terminadas a la mitad, completadas por la intervención del otro, o por ademanes, gestos o sonidos onomatopéyicos. Al realizar la transcripción y pasar de la oralidad al texto escrito sin el contexto de la interacción cara a cara, frecuentemente sentí que no tenía la información necesaria para entender los diálogos, y muchas veces tuve que rellenar los “huecos” conversacionales recurriendo a la vídeo grabación.

Más allá de mis propias limitaciones conceptuales o metodológicas con que abordé este texto, considero como hipótesis que hubiera sido de gran utilidad, para propósitos de comunicación, construir junto con esta familia un vocabulario en común con que

nombrar las cosas, por supuesto que tal labor excedería mis propósitos de investigación¹⁹ y correspondería a una tarea más cercana al proceso terapéutico.

Lejos de considerar una sola manera de comunicar, que sería contradictoria a la postura abierta y flexible con la que intenté escuchar las historias y abordar la co-construcción, pienso que enriquecer el repertorio verbal de esta familia, podría facilitar el intercambio de comunicación con otras instancias, personas y saberes, mismos que aportarían fuentes de conocimiento para ayudar a desbloquear las significaciones familiares limitadas por la prescripción dictada por el discurso canónico de los papeles sociales.

No obstante, hay que considerar que las sesiones de entrevista finalizaron, pero no así el relato; las historias siempre están abiertas a nuevas reelaboraciones e interpretaciones. Por eso, al terminar las entrevistas e iniciar el proceso terapéutico²⁰, esta familia comenzó un nuevo capítulo en su historia, bajo condiciones más propicias e intencionales de búsqueda de cambio.

4.2.2 Aspectos de la interacción dialógica y postura del investigador.

Hemos visto algunas condiciones que posibilitan la creación conjunta de significados entre el investigador y las familias. Una parte importante de esa co-creación fue el uso de preguntas conversacionales, mismas que ya se han discutido. El otro elemento importante a reflexionar versa sobre la postura del investigador y las características de

¹⁹ Como se recordará, el presente trabajo se enmarca en los supuestos teóricos, éticos y metodológicos de la visión narrativa, mi investigación no siguió una intención terapéutica, lo cual delimitó mi trabajo con las familias a tres puntos: 1) rescatar la narrativa sobre el consumo, 2) identificar contradicciones y excepciones y puntuarlas y, 3) identificar elementos de la co-construcción que incidieron en las posibles versiones del relato. Aun cuando en la labor co-constructiva y en las preguntas elaboradas para ese fin se siguieron algunas estrategias que se comparten con la terapia narrativa, mi labor dista mucho de completar procedimientos, pasos y tareas propias de un proceso terapéutico tales como consumir el relato al realizarlo frente a audiencias significativas (Epston, White y Murray, 1996); la autocaracterización (Feixas & Villegas, 1990;), el uso documentos escritos tales como cartas, diarios o autobiografías (White & Epston, 1990), sólo por mencionar algunas estrategias.

²⁰ Como mencioné en el método, siguiendo consideraciones éticas los participantes fueron familias en lista de espera de una Clínica de Terapia Familiar. al final de las entrevistas continuaron con el proceso iniciado ya dentro de un contexto terapéutico.

relación que contribuyen a la construcción de espacios adecuados para la labor co-constructiva. Discutiré estos puntos desde mi experiencia resultante al ser co-autora en estos relatos y tratando de reflejar el aprendizaje obtenido en la interacción con las familias.

Se observó que las familias tienen sus propias reglas en cuanto a quién participa, en qué momento y qué parte de la historia cuenta. Por ejemplo, en dos de las familias una de las hermanas era la portavoz de la familia y los otros miembros asentían, disentían y aportaban con sus propias intervenciones a lo relatado por la voz protagónica. Por eso fue importante facilitar un espacio de conversación libre y flexible donde fuera posible discrepar, mostrar desacuerdo, o completar el relato con las percepciones específicas de cada miembro. En la familia conformada con la madre y el hijo, los enunciados se seguían el uno al otro, de tal forma que la madre iniciaba una frase y el hijo la completaba, o viceversa. Al intentar alentar la participación de todos los asistentes a las entrevistas, necesariamente se debió tener en consideración estas reglas no escritas y las determinadas formas de comunicar.

Debo decir que la labor de abrir al relato a otras versiones posibles y rescatar las experiencias que quedan fuera porque no se ajustan a la trama canónica, sonaba muy bien en papel, pero de frente a las familias, pareció por momentos muy complicada; tuve que iniciar un propio acto reflexivo para cuestionar y dejar atrás mis propios discursos canónicos, que versaban principalmente sobre la jerarquía del investigador y la obtención objetiva de los datos. Comprobé de manera vivencial que efectivamente que el observador, en este caso mi persona, también forma parte del sistema, (Fried Schnitman, 1996).

Asumir que no es posible la objetividad en las interacciones y tomar un papel como compañera de conversación, desde una postura de subjetividad comprometida, significó

hacerme responsable de mis emociones, compartirlas cuando así se requería. Estar atenta a las explicaciones personales sobre cómo los problemas se desarrollan y se resuelven (Fruggeri, 1996) dando prioridad a las voces de quienes cuentan de primera mano su experiencia vivida, evita imponer un propio relato, hecho que frecuentemente acompaña a los discursos básicos de la práctica profesional (Foucault, 1968, 1971, 1973).

Bajo este contexto, mi labor como autora-investigadora se fue modificando a lo largo de los encuentros dialógicos, siendo diferente mi intervención en las diversas fases de la edificación del relato. A fin de cumplir el propósito de rescatar el discurso inicial tal como lo cuentan los participantes, con sus propias palabras, en los primeros espacios mi participación básicamente se enfocó en escuchar; por supuesto que el sólo hecho de contar los conflictos no conduce al cambio, pero ante un interlocutor atento se posibilita seguir conversando, lo cual tiene importantes efectos en la narración consecuente. En este sentido, el proceso co-constructivo comenzó desde la acción de atender y validar los sentimientos de angustia y desesperación de las personas que se perciben atrapadas por el problema.

A la par que se fue desarrollando la narración, surgieron contradicciones con la historia oficial; en esta parte mi participación se hizo más activa y requirió estar atenta y destacar las posibles excepciones. Por lo tanto las condiciones de co-construcción se crean y se van recreando durante la interacción. Acorde a la teoría, se comprobó algunos elementos que fueron relevantes para la construcción de este espacio. Entre éstos destacan la escucha atenta, la curiosidad por lo que se narra, la honestidad, reciprocidad (White, 2002a), aunado con tipo el tipo de reflexiones y cuestionamientos que se invitan a realizar durante los encuentros de conversación (Berg & de Shazer, 2001).

White (2002b) invita a los terapeutas a tener descripciones más densas de su trabajo y su existencia, mediante la conexión de sus vidas con las de las personas que conocemos en nuestra práctica profesional. Esto implica practicar la reciprocidad en las relaciones con las entrevistadas, al ser transparente con los propios sentimientos generados durante la interacción. Bajo ese contexto, intenté devolver la apertura a las personas que me contaron sus vidas de manera generosa y abierta realizando dos acciones deliberadas. En el inicio del proceso de las entrevistas, al presentar los objetivos y poner a consenso la dinámica de los encuentros, platicué brevemente mi propia experiencia familiar problemática con mi padre, quién también fue consumidor. Al final de los encuentros, ya a punto de despedirnos, intenté retribuir su apoyo agradeciendo su participación e informando la importancia de sus aportaciones, tanto en mis sesiones de trabajo, como en mi vida personal. La opinión de White (2002a y b) sobre que todas las personas implicadas en la co-construcción salgan de una manera distinta, con más alternativas que cuando llegaron a la conversación, se cumplió cabalmente, al menos de mi lado.

Mi voz se encuentra presente en este relato, y sin duda, se ha reflejado en el documento escrito; espero haberme hecho responsable de la parte que me correspondió construir.

Es difícil poner punto final y concluir un trabajo que se relaciona con un texto en continua construcción, siendo una obra abierta, susceptible de revisión. No obstante, es parte de mi compromiso con mi postura teórica evitar caer en posiciones del “todo vale”, y asumir la responsabilidad y ejercicio crítico que implica iniciar y terminar un proceso. En este contexto, se apuntan las siguientes reflexiones finales.

4.3 Reflexiones finales

La complejidad del fenómeno drogas, tan ampliamente documentado en la literatura que sustenta mi investigación, saltó a la vista una y otra vez durante todo el proceso de

realización de este trabajo, sobre todo al escuchar (y posteriormente leer) las historias familiares sobre el consumo. Las personas constantemente narraron causas, manifestaciones, consecuencias y representaciones del fenómeno, involucrando a la iglesia, la escuela, la moral, el derecho, la medicina, las relaciones sociales, el trabajo, y por supuesto el núcleo familiar; comprobando que el fenómeno se relaciona con la totalidad o la casi totalidad de las instituciones de una sociedad; en este sentido, se ha considerado a las drogas y su uso como un *hecho social total* (Ortí, 1993).

Por lo tanto, es lógico suponer que su abordaje debe contemplarse dentro de un marco social más amplio que incluya las representaciones, formaciones discursivas, disciplinarias, creencias, papeles sociales y mandatos culturales implicados. En la realidad sabemos que no es así, y pocas veces, las disciplinas abordan el fenómeno del consumo, y de otros problemas de salud, con relación a otras instancias y procesos sociales. Es por eso que, una vez comprobado en la práctica la complejidad del fenómeno, e integrado el aprendizaje obtenido de las voces familiares y de la experiencia resultante de la labor co-constructiva, se sugiere integrar los siguientes elementos derivados de mis resultados en el abordaje de las áreas de prevención, intervención e investigación:

1. *Los relatos mostraron que los usuarios otorgan diferentes usos y sentidos al consumo*, muchos de estos como resultado de intentar paliar o enfrentar las presiones cotidianas de la vida o resolver problemas que afectan su salud. También se encontró que bajo ciertas circunstancias, es posible un manejo controlado. Para fines de establecer programas de prevención que *realmente prevengan* (Arco & Fernández, 2004), sería útil incluir en su implementación los siguientes elementos obtenidos con las experiencias familiares:

- Aceptar que algunos usos de drogas involucra una decisión personal consciente, por lo tanto se invita a cuestionar si en la realidad es posible cumplir el objetivo de lograr la abstinencia completa en todos los tratamientos, o al menos para algunos tipos de drogas (Pulido, 2002; Touzé, 2001).
- Reconocer en las políticas de de prevención la existencia de los distintos modos de usar y significar las drogas, incluyendo los usos relacionados con la autoatención (Menéndez, 1990, 2003)
- Considerar las drogas desde el modelo de la autoatención significa a su vez aceptar que existen pautas de consumo y de regulación controladas para algunos tipos de drogas normadas desde los grupos sociales; como el alcohol.
- Estas pautas se logran a través del ciclo de asimilación de una droga en la sociedad (Becker, 1973). Tal situación se opone a la idea tradicional de considerar todo consumo desde el descontrol, la despreocupación total de la salud y la ignorancia del usuario.
- La prevención se forja sobre todo en el campo de la salud pública y sigue los objetivos de las instituciones, pero no precisamente las necesidades del usuario (Romaní, 2002),
- Por lo tanto, los programas de prevención y atención podrían tener mejor resultado si parten de las comprensión de los valores, actitudes y creencias particulares tanto de las personas usuarias, como de sus familias y de la comunidad que le rodea. Es decir “de los mundos locales de significado” (Tsukame, 2002)

2. Los relatos sobre el consumo se entraman con diversos discursos del orden social y familiar, los cuales median la significación de sus efectos y consecuencias. Los

resultados muestran que no todos los consumos son signados como problemáticos para las familias, y de hecho la experiencia aprendida para un consumo controlable puede transmitirse incluso de padres a hijos. Asimismo, no todos los tipos de usuarios requieren de intervención al no presentar “disfunciones sociales” (Pulido, 2002). Por lo tanto, se sugiere que las investigaciones e intervenciones sobre este fenómeno retomen como punto de partida las interpretaciones que una cultura particular le asigna al hecho, e incluyan los siguientes aspectos:

- Favorecer en la manera de abordar el fenómeno una visión de tolerancia y apertura ante las circunstancias de consumo, y reconocer que no todos son problemáticos. Con frecuencia un uso conflictivo se definen como tal al incluir aspectos que reproducen un orden social preestablecido, más allá de los tipos y efectos fisiológicos de la sustancia (Escohotado, 1998)
- Alentar la investigación que tenga como tema de análisis consumos no problemáticos e incluir el estudio de factores como los cuidados de la salud, estrategias sobre cómo reducen los daños, acciones para controlar o dosificar el consumo, entre otros aspectos.
- Reconsiderar el papel de experto y devolver a los núcleos sociales su papel protagónico en la toma de decisiones ante problemas que afectan su salud y bienestar. Son ellos los verdaderos expertos, y a los que les atañe buscar soluciones desde sus propias perspectivas.
- El papel de las disciplinas y de los profesionistas en salud sería complementar la labor iniciada en cada comunidad al facilitar la movilización de procesos, estrategias y saberes construidos en la continua interacción de las disciplinas con la sociedad, reconociendo la coexistencia de saberes “legos” y expertos, y la imbricación de éstos en la experiencia del usuario y sus familias.

3. *Algunos enunciados del orden social que modularon el discurso canónico sobre el consumo fueron más difíciles de cuestionar.* Los relatos que combinan consumo de drogas con las circunstancias de ser mujer, madre y consumidora se presentaron con más carga de conflicto y sufrimiento; siendo el relato sobre la maternidad y sus funciones el que más presentó estereotipos y señalamiento en casos de fallos del rol.

Estos resultados son relevantes si se toma en cuenta que las estadísticas oficiales señalan una incidencia cada vez más alta en el consumo de mujeres y se previene que muchas de éstas intentarán buscar apoyo y ayuda en instituciones de salud u otras instancias, (Romero, Gómez y Medina-Mora, 2000) por lo que estos hallazgos tienen implicaciones en las estrategias de intervención que se dirijan a mujeres, sobre todo si son madres, ya que con frecuencia el personal médico y otros profesionistas de la salud de los centros de servicio se muestran poco sensible a las trayectorias y problemáticas específicas de mujeres consumidoras. Bajo estas circunstancias, se sugiere que los programas incluyan:

- El reconocimiento de que es común que las historias sobre el consumo se acompañen de otras problemáticas sociales específicas, por lo que los profesionales deberían estar atentos y comprensivos a las mismas.
- Comprobamos en nuestras historias, que las circunstancias, de por sí difíciles del consumo, se unen a problemas sociales como la pobreza, el poco o nulo apoyo de sus parejas, la exclusión, el abuso físico y sexual, la exigencia de un cumplimiento fiel a su rol y el marcado señalamiento a la mínima desviación del rol esperado para la mujer.
- Evitar ejercicios de poder y estar atentos a no perpetuar los roles rígidos y estereotipados en la conducción de investigaciones e intervenciones dirigidas a

cualquiera de los dos sexos, ya que esta exigencia por cumplir un determinado rol también se refleja en los criterios de éxito de los tratamientos siguiendo en sus lineamientos pautas más que “objetivas”, morales, ya que especifican grados de “ajuste” según coincidan las conductas personales con las pautas normadas socialmente, entre las que se incluyen los roles sexuales; en menoscabo de que los propios usuarios determinen cuáles son las mejores decisiones y elecciones a tomar en su vida.

No quisiera poner punto final, sin antes hacer una última reflexión:

A manera de muñecas rusas, este trabajo a su vez: *mi relato del relato*, está inserto en otro relato más amplio, correspondiente a todo el proceso que implicó la realización de mi proyecto doctoral, donde confluyeron saberes académicos, cumplimiento de políticas y lineamientos del Programa, adquisición de conocimientos formales y mis procesos personales de vida.

Como quizás suceda con la mayoría de los estudiantes, mi formación antes del doctorado básicamente estaba integrada por conocimientos desde el enfoque cuantitativo, que por demás en ese tiempo, para mí era el único posible. En ese contexto, al saberme aceptada por el Programa de Doctorado, viajé de mi ciudad natal para residir en la ciudad de México, entusiasmada y feliz con un proyecto impreso bajo el brazo -y mil ideas en la cabeza- que seguía el ideal de formalizar conocimientos científicos bajo indicadores objetivos, medibles y cuantificables.

Habían pasado cinco años desde la finalización de mis estudios de maestría en Psicología experimental, realizando mi tesis bajo el enfoque del análisis experimental de la conducta primero, y posteriormente bajo los supuestos del análisis conductual

aplicado. En ese tiempo, antes de iniciar el doctorado, en mi trabajo como docente ensalcé una y otra vez las cualidades de la medición, de la estadística y de la ciencia empírica, neutral y libre de valores. Lo cual por supuesto, no rebato de ningún modo alguno ahora, pero confieso no sin cierta pena, que durante ese período esgrimí con demasiada frecuencia ante mis alumnos ese conocimiento como verdad única e irrefutable, descalificando abiertamente el saber que proviene de otras fuentes u otros medios.

Error o no, con esas ideas inicié mis estudios de doctorado. Llámese suerte, destino o circunstancias de vida, no pude caer en mejores manos; en todo ese proceso inicial, que fue para mí altamente caótico y contradictorio, mis tutoras me acompañaron paso a paso. Recuerdo con gran emoción ahora (angustia en ese tiempo) las indicaciones de María y Emily sobre mis ensayos preliminares: mi lucha epistemológica se reflejaba en el papel, peleaba yo misma con la contradicción, me sentía enojada de no comprender las lecturas, insegura en terreno desconocido.

Así, tras lecturas, desvelos, escribir, escribir y escribir, comprendí que un problema se construye más allá de variables y factores, y que las personas se privilegian por encima de cualquier cosa (yo, acostumbrada a poner “sujetos” en la parte del Método). Me sentí ávida de saber más. Entonces, mi proyecto se fue escribiendo desde otra visión, quizá suene a cliché, pero yo no la elegí: ella me eligió a mí.

Transcurrió el tiempo y llegué al periodo de trabajo de campo. Si acaso es cierto que toda investigación de alguna manera es autobiográfica, habiendo vivido mi familia y yo la experiencia problemática y dolorosa del consumo de mi padre (quién había muerto 4 años atrás precisamente a consecuencia del alcohol), el encuentro con las familias y los espacios de conversación no pudieron ser más ilustrativos. Fue un privilegio para mí aprender tanto de las experiencias de las personas que me dispensaron con su presencia

e incluso con su amistad. Aún puedo distinguir sus voces, y éstas y sus saberes se han incorporado en aspectos importantes de mi vida, permitiendo reelaborar a la vez mi propia historia.

Como suele pasar en toda tarea que implica un proceso, sobre todo de años como son los estudios de doctorado, a la par de mi formación académica fueron desarrollándose acontecimientos en mi existencia real que indudablemente se reflejan en la tesis. Mi historia de vida indudablemente está aquí representada, en cada una de mis palabras, co-construida a la par del proceso doctoral.

También me resulta importante señalar que transitar por este proceso requirió de otra labor co-constructiva, realiza a través del Comité Tutorial. Estas voces me apoyaron, orientaron, guiaron, con frecuencia incluso más allá incluso del aspecto académico.

Me gustaría que el aprendizaje adquirido, no solamente el académico, sino también de vida, sea el epílogo de este relato.

Ahora sí, como punto final, únicamente resta decir que de mi parte, me quedo con la enorme satisfacción de haber compartido los espacios de diálogo con las familias, y haber sido, por unos momentos, parte de su historia.

REFERENCIAS

- Acuña, C. (2005). Saber escuchar al enfermo. Apreciaciones diagnósticas en base a la apertura mental del clínico frente a lo que el paciente propone. A propósito de un caso. *Gaceta dental: Industria y profesiones*, 165, 72-85.
- Alcohólicos Anónimos. Doce pasos para una nueva vida. Recuperado el 12 de abril del 2008: <http://alcoholicos-anonimos.org.mx/>
- Al- Anon para grupos de familiares y amigos. Recuperado el 12 de abril del 2008: <http://www.al-anonlateen.org.mx>
- Alfaro, J. & Monsalve, T. (2004). Diversidad de los sistemas locales de significación del objeto social drogas, Modelo Factores de Riesgo y Acción Preventiva. *Revista Persona y Sociedad*. XVII (1), 25- 46.
- Andersen, T. (2001). Ver y oír. Ser visto y ser oído. In S. Friedman (Eds.), *El nuevo lenguaje del cambio*. (pp. 201-224). Barcelona, España: Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. In S. McNamee, & K. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social*. (pp. 45-60). Barcelona, España: Paidós.
- Arco, J.C. & Fernández, A. (2002). Porque los programas de prevención no previenen. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 2 (2), 209-223.
- Bateson, G. (1972). *Steps to Ecology of Mind*. San Francisco, USA: Chandler Publishing Company.

- Becker, H. (1973). *La cultura y la experiencia subjetiva*. In M. Hyde (Ed.), *Drogas alteradoras de la mente*. DF, México: Editorial Diana.
- Belloc, A. & Dupoy, A. (2006). Salud mental y constitución de la subjetividad: los dispositivos del saber-poder. *Medicina y sociedad*, 26 (2), 45-67.
- Berenzon, S. (2003). *La medicina tradicional urbana como recurso alternativo para el tratamiento de problemas de salud mental*. Disertación doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Berg, I. & De Shazer, S. (2001). Hacer hablar a los números: el lenguaje en la terapia. In S. Friedman (Ed.), *El nuevo lenguaje del cambio*. (pp. 25-50). Barcelona, España: Gedisa.
- Berg, I. & Miller, S. (1992). *Working with the problem drinker*. New York, USA: W. W. Norton.
- Berger, P. & Luckman, T. (1966/1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Boscolo, I. & Cecchin, E. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán. Teoría y Práctica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Botella, C., Pacheco, M., & Herrero, M. (1999). *Pensamiento posmoderno constructivo y psicoterapia*. Barcelona, España; Universidad Ramón Llull.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E.M., & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 273 (14), 1106-1112.

- Bruner, J. (1986). *Actual minds. Possible Words*. Cambridge, M.A. Harvard: University Press.
- Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge, USA: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1991). The Narrative Construction of Reality. *Critical Inquiry*, 18 (1), 1-21.
- Cano, G. & Radkaau, V. (1991). Lo privado y lo público o la mutación de los espacios (Historia de mujeres, 1920-1940). In V. Salles & E. McPhail (Eds.), *Textos y pre-textos: Once estudios sobre la mujer* (pp. 417-461). DF, México: El colegio de México.
- Cárdenas, R. (2000). La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México, In C. Stern & C. Echarri (Eds.), *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. (pp. 301-28). DF, México: El Colegio de México.
- Casas, A. (2002) La drogadicción como proceso de salud-enfermedad-atención. Representaciones y prácticas sociales en conflicto. *Medicina y sociedad*, 26 (2), 81-95.
- Castel, R. & Coppel. A. (1994). Los controles de la toxicomanía. In A. Ehrenberg (Ed.), *Individuos bajo influencia* (pp. 78-101). Buenos Aires, Argentina: Nueva visión.
- Comelles, J.M. & Martínez, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid, España: Eudema.
- Conrad, P. & Schneider, J. (1980). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. St. Louis. USA: The C. V. Mosby.

- Conrad, P. (1976). *Identifying hyperactive children*. Lexington, USA: Lexington Books.
- Culler, J. (2002). *Breve introducción a la teoría literaria*. Barcelona, España: Crítica.
- Cherteston, G. K. (1961). *Lo que está mal en el mundo*. Barcelona, España: Plaza y Janés.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona, España: Paidós.
- Del Olmo, R. (1992). *Prohibir o domesticar? política de drogas en América Latina*. Caracas, Venezuela: Nueva Sociedad.
- Del Olmo, R. (1996). Drogas: discursos, percepciones y políticas. In X, Arana & R. Del Olmo (Eds.), *Normas y culturas en las construcciones de la cuestión droga*. Barcelona, España: Hacer.
- Doval, H. (2006). Escuchar, narrar, construir historias: el oficio de un médico. *Revista Argentina de Cardiología*, 74 (2), 183-190.
- Dickerson, V. & Zimmerman, J. (2001). Un enfoque narrativo para la terapia de familias con Adolescentes. In S. Friedman (Eds.), *El nuevo lenguaje del cambio*. (pp. 141-168). Barcelona, España: Gedisa.
- Donovan, J.L. & Blacke, D. R. (1992). Patient non-compliance: deviance or reasonable decision-making? *Social Science & Medicine*, 34(5) 507-513.
- Durrant, M., & Kowalski, K. (2001). Mejorar las ideas del cliente sobre su competencia. In S. Friedman (Eds.), *El nuevo lenguaje del cambio*. (pp. 51- 79). Barcelona, España: Gedisa.

- Ehrenberg, A. (1994). *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Epston, D. & White, M. (1992). *Experience, contradiction, narrative, and imagination. Selected papers of David Epston and Michael White, 1989-1991*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- Epston, D., White, M., & Murray, K. (1996). Una propuesta para reescribir la terapia. Rose: la revisión vida y un comentario. In S. McNamee & K. Gergen. (Eds.). *La terapia como construcción social*. (pp. 121-141) Barcelona, España: Paidós.
- Escohotado, A. (1995). *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona, España: Anagrama.
- Escohotado, A. (1996). *Historia de las drogas*. Barcelona, España: Alianza Editorial.
- Escohotado, A. (1998). *Historia General de las Drogas*. Barcelona, España: Anagrama.
- Feixas, E. & Villegas, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona, España: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Feyerabend, P. (1975). *Contra el método*. Madrid, España: Tecnos.
- Franco-Giraldo, A., Palma, A., & Álvarez-Darde, C. (2006). Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980–2000. *Panamerican Journal of Public Health*. Organización Panamericana de la Salud. 19 (5), 291-299.
- Foucault, M. (1966). *Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. D.F, México: Siglo XXI.

- Foucault, M. (1968). *El discurso del poder*. D.F, México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1971). *Genealogía del poder. Microfísica del poder*. Madrid, España: La Piqueta.
- Foucault, M. (1973). *El orden del discurso*. Barcelona, España: Tusquets.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. D.F, México: Siglo XXI.
- Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative Therapy: The Social Construction of referred Realities*. New York, USA: W. W. Norton & Company.
- Friedman, S. & Fanger, M. T. (1991). *Expanding Therapeutic Possibilities: Getting Results in Brief Therapy*. Lexington, MA, USA: DC Heath.
- Fried Schnitman, D. (1996). Hacia una terapia de lo emergente: construcción, complejidad y novedad. In S. McNamee, & K. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social*. (pp. 253-273). Barcelona, España: Paidós.
- Friedman, S. & Fanger, M. T. (1991). *Expanding Therapeutic Possibilities: Getting Results in Brief Therapy*. Lexington, MA: DC Heath.
- Fruggeri, L. (1996). El proceso terapéutico como construcción social del cambio. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp.61-73). Barcelona, España: Paidós
- Furman, B. & Ahola, T. (1992). *Solution talk: Hosting therapeutic conversations*. New York, USA: Norton.

- Gergen, K. (1991). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. España: Paidós.
- Gergen, K. (1996). La construcción social: emergencia y potencial. En M. Packman. (Eds.), *Construcciones de la experiencia humana*, Vol. I. Barcelona, España: Gedisa. Colección ciencias cognitivas.
- Goffman, E. (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina, Amorrortu.
- Graham, H. (1984). *Women, health and the family*. Harvester Press, Brighton. England.
- Hanninen, V. & Koski-Jannes, P. (1999). A narratives of recovery from addictive behaviors. *Addiction*, 94 (12), 145-156.
- Hare-Mustin RT. (1994). Discourses in the mirrored room: A postmodern analysis of Therapy. *Family Process*, 33,19-35.
- Haro, J.A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. In E. Perdiguero y J.M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, España: Bellatera.
- Haro, J.A. & Keijzer, B. (1998). *Participación comunitaria en salud. Evaluación de experiencias y retos para el futuro*. Hermosillo, México: El Colegio de Sonora- Prodessep-Organización Panamericana de Salud. .
- Harvey, D. (1998). *La condición de la posmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio cultural*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Husak, D.N. (2001). *Drogas y derechos*. D.F, México: Fondo de Cultura Económica.

- Iñiguez, I., Vázquez, F., & Cabruja, T. (2000). Como construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. *Anàlisi: Quaderns de comunicació i cultura*, 25, 61-94.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, USA: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988a). *The illness narratives. Sufferings, healing and the human condition*. New York, USA: Basic Books.
- Kleinman, A. (1988b). *Rethinking psychiatry: from cultural categories to personal Experience*. New York, USA: The Free Press.
- Kornblit A.L. & Veron E. (1989). La construcción social del problema. Los medios de comunicación y las drogas. In A, Kornblit (Ed.), *Estudios sobre drogadicción en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Nueva visión.
- Kritsberg, W. (1998). *The adult children of alcoholics' syndrome*. New York, USA: Health communications Inc.
- Kuhn, T. (1962/1971). La estructura de las revoluciones científicas. DF, México. Fondo de Cultura Económica.
- Kvale, S. (1996). *Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Newbury Park, USA: Sage.
- Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en la práctica clínica. In S. McNamee y K. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (P.61-73): Barcelona, España: Paidós.

- Lyotard, F. (1993). *La condición posmoderna*, Barcelona, España: Planeta.
- Lévi-Strauss, C. (1980/1958). *Antropología estructural*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Mainetti, J.A. (2006). La medicalización de la vida. *Electroneurobiología*, 14 (3), 71-89.
- Manfrida, G. (2006). Fragilidad de la realidad y poder de la narrativa ¿por qué y cuándo una historia es terapéutica? *Revista Mosaicos*. 3(1), 27-33.
- Mangrulkar, L., Whitman, C.V., & Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable*. Washington, USA: Organización Panamericana de la Salud.
- Martínez, K. (2003). *Desarrollo y Evaluación de un Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas*. Disertación doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. DF, México.
- Maturana, H. & Varela, F. (1984). *El Árbol del Conocimiento. Las bases biológicas del entendimiento humano*. Buenos Aires, Argentina: Lumen/Editorial Universitaria.
- Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. DF, México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. DF, México. Alianza Editorial Mexicana- CONACULTA.

- Menéndez, E. (1992). Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes. In R. Campos (Ed.), *La Antropología Médica en México*. (pp. 141-184). DF, México: Instituto Mora-Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (2003). Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. *Ciencia e. saúde coletiva*, 8 (1), 185-207.
- Menéndez, E. & Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. DF, México: CIESAS.
- Menéndez E, & Di Pardo, R. (1999). Modelo médico hegemónico y alcoholismo: Psiquiatras, epidemiólogos y educadores. DF, México: Ministerio de Salud.
- Menéndez, E. & Ramírez, S. (1980). *Producción social y reproducción ideológica de los procesos de salud/ enfermedad en una comunidad yucateca*. DF, México: Ministerio de Salud.
- Mittelmeier, C., & Friedman, S. (2001). Hacia la comprensión mutua: como construir soluciones con las familias. In S. Friedman (Eds.), *El nuevo lenguaje del cambio*. (pp. 111- 139). Barcelona, España: Gedisa.
- Nateras, A. (1993). Identidades colectivas: rock, jóvenes y drogas. In M. A. Aguilar, A. de Garay & J. Hernández Prado (Eds.), *Simpatía por el rock. Industria, cultura y sociedad*. DF, México: UAM Iztapalapa.
- National Institute for Drug Abuse (2004). Principles of drug addiction treatment: a research based-guide. (Informe técnico no. 99-148). Rockville, MD, EE.UU.: Autor.
- Neira, J. (2001). Ciencias Sociales y Salud. Pre-textos para el Debate. *Revista Astrual de Ciencias Sociales*, 5, 127-138.

- Neimeyer, R.A. & Mahoney, M. (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington, EE:UU: APA.
- Observatorio Español sobre Drogas. (2000). *Comisión Técnica del Observatorio Español sobre Droga. Informe no. 3*. Barcelona, Madrid: Ministerios del interior/Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O'Hanlon, W. H. & Weiner Davis, M. (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York, USA: Norton.
- Ochs, E. (2000). Narrativa. In T.A. Van Dijk, (Ed.), *El discurso como estructura y proceso. Estudios sobre el discurso I*. Barcelona, España: Gedisa.
- Orozco, G. (2000). *La investigación en comunicación desde la perspectiva cualitativa*. Guadalajara, México. Instituto mexicano para el desarrollo comunitario, A.C.
- Osorno, G. (2000). *La culpa es de los otros*. D.F, México: Letras Libres.
- Ortí, A. (1993). *El proceso de investigación de la conducta como proceso integral*. Madrid, España: Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- Ovejero, A. (2000). *La nueva psicología social y la actual postmodernidad: raíces, constitución y desarrollo histórico*. Oviedo, España: Universidad de Oviedo. Servicio de Publicaciones.
- Parry, A. (1991). A universe of Stories. *Family Process*, 30, 37-54.
- Parry, A. (2001). Why we tell stories: the narrative construction of reality. *The American Psychologist*, 56, 803-813.

- Polkinghorne, D.E. (1992). Postmodern epistemology of practice. In S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (pp. 146-165). London, England: Sage.
- Pulido, M.A. (2002). Los agenciamientos sociales y la prevención integral del uso indebido de drogas: una lectura cultural. In M. Hopenhayn (Ed.), *Prevenir en drogas. Enfoques integrales y contactos culturales*. (PP. 29-40). Santiago de Chile, Chile: CEPAL. Series políticas sociales. No. 61.
- Quijano, N.M. (2001). *La política contra las drogas*. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, 44, 237-238.
- Reiser, S.J. (1978). *Medicine and the reign of technology*. Boston, USA: Cambridge University Press.
- Romaní O. (1993). Dependencia, migraciones y drogodependencias: el sistema de control social de las drogas. *Actas VI Congreso de Antropología*. Vol. # 7, Tenerife, España.
- Romaní, O. (1999). *Las drogas, sueños y razones*. Barcelona, España: Editorial Ariel
- Romaní, O. (2002). Criterios de prevención: un debate necesario. In M. Hopenhayn (Ed.), *Prevenir en drogas. Enfoques integrales y contactos culturales*. (PP. 9-14). Santiago de Chile, Chile: CEPAL. Series políticas sociales. No. 61.
- Romaní, O. (2003). Etnografía y drogas. Discursos y prácticas *Nueva Antropología*. *Revista de Ciencias Sociales*, 52 – 53, 69- 89.
- Romero, B. (1998). Los discursos de institución y la conformación de la subjetividad; el caso de los "adictos". *Razón y Palabra*, 11 (3). Recuperado el 6 de enero del 2005 de <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/n11/romero11.html>.

- Romero, M., Gómez, C. & Medina-Mora, M.E. (2000). *Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social*. Recuperado el 15 de febrero del 2008 de http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/Mujer/Mujeres.htm
- Ruiz Olabuenaga, J.I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Sánchez, R.E. y Galera S. (2004). Discurso de los padres sobre el uso de drogas lícitas e ilícitas percibido por estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 12, 406-411.
- Seguel, M. (1994). Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Pontificia. Universidad Católica de Chile* 23, 113-118.
- Selva, B. (1991). Comportamientos reproductivos y sus valoraciones. Un estudio de caso con mujeres de la Colonia Guerrero. En V. Salles, & E. McPhail (Eds.), *Textos y pre-textos: Once estudios sobre la mujer* (pp. 463-497). DF, México: El Colegio de México.
- Smith, H. (2000). *La percepción divina. El significado religioso de las sustancias enteógenas*. Barcelona, España: Kairós.
- Soberon, G., Torres, J.L., & Zurita, B (2003). Bioética y economía de la salud. Perspectivas para el siglo XXI. In F. Knaul & G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. DF, México: CASEsalud-FUNSALUD.
- Stein, N. L. & Glenn, C. G. (1979). An analysis of story comprehension in elementary school children. En R. O. Freedle (Ed.), *New directions in discourse processing. Vol. 2: Advances in discourse processes* (pp. 53-120). Norwood, NJ: Ablex.

- Szasz, T. (1990). *Droga y ritual. La persecución ritual de drogas, adictos e inductores*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Szasz, T. (1993). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona, España: Anagrama.
- Taleff, M.J. & Babcock, M. (1998). Hidden themes: Dominant discourses in the alcohol and other drug field. *The International Journal of Drug Policy*, 9, 33–41.
- Taylor, S. J & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Touzé, G. (2001). Drogas Ilegales: Hipocresía y consumo. *Revista Encrucijadas*. Universidad de Buenos Aires. 1 (8) 64-75.
- Touzé, G. y Rossi, D. *La construcción social del "problema droga". Representaciones sociales de las drogas*. Recuperado el 8 de abril del 2006 de www.lanzadera.com/infodro/htm. 2001.
- Tsukame, A. (2002). El consumo de drogas en busca de sentido. In M. Hopenhay (Ed.), *Prevenir en drogas. Enfoques integrales y contactos culturales*. (PP. 12-27). Santiago de Chile, Chile: CEPAL. Series políticas sociales. No. 61.
- Valverde, C. (2005). Historias qué contar: el caos en la narrativa del paciente crónico. *NORTE de salud mental*, 22, 56-59.
- Van Dijk, T.A (2000). El estudio del discurso. In T.A. Van Dijk. *El discurso como estructura y como proceso*. Barcelona, España: Gedisa.
- Vásquez, A. (2006). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental. *Revista Observaciones filosóficas*, 56, 2-25.

- Wallace, S. (1996). *Representaciones médicas sobre VIH-Sida. Del "riesgo" a la vulnerabilidad*. Buenos Aires, Argentina: CENEP/OMS. CEDES/ADEPA
- Watzlawick, P., Beaven, J., & Jackson, D. (1983). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, España: Herder.
- White, M. (1988). *The Externalising of the Problem and The Re-authoring of Lives and Relationships*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (1989). *Selected papers*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (1991). Deconstruction and Therapy. *Dulwich Centre Newsletter*, 3, 21-40.
- White, M. (1998). The process of questioning: A therapy of literary merit. In *The Selected Papers of Michael White*, (pp. 8-14). Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2000a). *Reflections of narrative practice. Essays & interviews*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2000b). Directions and discovery: a conversation about power and politics in narrative therapy. *En Extending Narrative. A collection of practice-based paper*. (pp. 97-116). Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2002a) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. (2002b). *Reescribir la vida. Entrevistas y Ensayos*. Barcelona, España: Gedisa.

White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.

Zurita, B., Lozano, R., Ramírez, T., & Torres, J.L. (2003). Desigualdad e inequidad en salud. Bioética y economía de la salud. Perspectivas para el siglo XXI. In F. Knaul & G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. DF, México: CASEsalud-FUNSAUD

Zoja, L. (2003). *Drogas: adicción e iniciación. La búsqueda moderna del ritual*. Barcelona, España: Paidós.