



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

Evaluación de un programa de intervención desde el Modelo Estructural en adictos crónicos a la cocaína y crack

Investigación Aplicada

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Antonio Flores González



Director: Mtra. Roxana González Sotomayor

Vocal: Mtra. María Guadalupe Muñoz Velázquez

Secretario: Liliana Hernández Mendoza

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 24 de Mayo del 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

○	2
1 INTRODUCCIÓN	4
2 CONCEPTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS PSICOACTIVAS O DROGAS	6
2.1 Definiciones y clasificación de las drogas	6
2.2 trastorno por consumo de sustancias	9
3 MECANISMO NEUROBIOLÓGICO DE ACCIÓN DE LAS DROGAS.....	10
3.1 Mecanismos cerebrales: neurobiología y neuroanatomía	10
3.2 Motivación y Refuerzo	12
3.3 Mecanismo biológico en la dependencia y la abstinencia	14
4 LA COCAÍNA Y EL CRACK.....	17
4.1 Psicofarmacología de la cocaína (clorhidrato y crack) y sus principales características.	17
4.2 Efectos neurobiológicos de la cocaína en el organismo	18
4.3 Efectos sobre la conducta	19
4.4 Tolerancia y abstinencia	20
4.5 Trastorno por consumo de estimulantes (Cocaína y Crack)	23
5 PRINCIPALES TRATAMIENTOS DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES A LAS DROGAS; DE LAS INTERVENCIONES INDIVIDUALES A FAMILIARES	25
5.1 Psicoterapia dinámica	25
5.2 Terapia cognitivo conductual	26
5.3 Programa “Doce Pasos” de Narcóticos Anónimos	27
5.4 Enfoque sistémico	29
5.5 El paso en el tratamiento de las adicciones; de las intervenciones individuales a las familiares	30
5.6 La inclusión de la familia en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas	32
5.7 Las familias de adictos o drogodependientes	34
6 MODELOS DE INTERVENCIÓN SISTÉMICOS PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIÓN A LAS DROGAS	37
6.1 Bases del modelo sistémico	37
6.2 Modelo estructural	38
6.3 Modelo estratégico	43

6.4	Modelo estructural estratégico	45
6.5	Modelos psicoeducativos	47
7	METODOLOGÍA.....	47
7.1	Programa de intervención	47
7.2	Primera sesión	53
7.3	Segunda sesión. Necesidad del cambio.	57
7.4	Tercera sesión Interacciones que mantienen el problema.	63
7.5	Cuarta sesión exploración del pasado centrada en la estructura.	67
7.6	Quinta sesión Exploración de nuevas formas de relacionarse	72
7.7	Sexta sesión.	77
7.8	Séptima sesión	77
8	EVALUACIÓN /VALORACIÓN DE RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN.....	78
8.1	Resultados de la intervención	78
8.2	Discusión	93
8.3	Limitaciones de la intervención	95
8.4	Líneas futuras de investigación	95
8.5	Consideraciones éticas:	96
9	REFERENCIAS.....	96

RESUMEN

Los grupos de autoayuda de doce pasos brindan un ambiente libre de drogas a personas con problemas de adicciones, comparten un programa de abstinencia completa a todo tipo de sustancias y promueven el cambio hacia una vida libre de drogas poniendo atención en aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para la obtención de esto, los miembros necesitan sentirse parte de esta comunidad de adictos en recuperación, las intervenciones familiares han demostrado su eficacia al aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento disminuyendo el uso de sustancias postratamiento y mejorando el funcionamiento familiar y la normalización de los pacientes en cuanto su incorporación social. Se implementará un programa de intervención desde la terapia familiar estructural propuesto por Minuchin (1974), el cual identifica la organización familiar, la interacción de los miembros, para luego fomentar que los miembros cambien esta dinámica y mejore la relación familiar. Metodología para este trabajo se utilizaron 5 familias de adictos con sus respectivos sistemas familiares con una intervención psicológica de 6 sesiones. Resultados. Los resultados esperados de acuerdo con el análisis y revisión de la literatura son una mejor adherencia al programa de doce pasos, así como fomentar un ambiente estable que reduzca los fracasos terapéuticos y recaídas tempranas y fomentar una mejor dinámica familiar.

1 INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias es un tema significativo en la actualidad, alrededor de 275 millones de personas en todo el mundo utilizaron drogas durante el último año, mientras que más de 36 millones sufrieron trastornos por consumo de drogas, según el informe Mundial sobre las drogas (2021), publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. De acuerdo al Informe sobre la situación de la salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México (2021). La Red Nacional de Atención a las Adicciones se conforma por las Unidades Médicas de Atención Especializadas- Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA), los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y los Centros no Gubernamentales. A través de esta red se implementan dos modalidades principales de tratamiento: el ambulatorio y residencial. Algunas de las estrategias terapéuticas que se implementan en estos establecimientos son la terapia cognitivo-conductual, el modelo de comunidades terapéuticas, el modelo Minnesota o el programa de 12 pasos.

Partiendo de esto, en esta intervención se espera un mayor período de abstinencia, prevención de recaídas tempranas y adherencia terapéutica a un programa de 12 pasos a través de la aplicación de la terapia familiar estructural. Al fomentar y reestructurar la dinámica familiar en un ambiente más sano se busca fomentar en el adicto las conductas adecuadas de la mano de su proceso de desintoxicación, con ello se pretende potencializar y mejorar el sentido de pertenencia de los participantes con la comunidad de 12 pasos y así

desarrollar un estilo de vida más adaptativo y se puedan integrar en los ámbitos familiares y sociales.

De acuerdo al Nacional Institute of Drug Abuse (2004) los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo. Entre más factores de riesgo presentes, mayor vulnerabilidad tendrá el sujeto en recaer al consumo de sustancias. Los factores como: la individualidad, las relaciones interpersonales, el aprovechamiento académico, el estrato socioeconómico y, la dinámica familiar, llegan a tener un rol importante. Históricamente las comunidades terapéuticas de 12 pasos se han visto como una alternativa de autoayuda mutua a las estrategias de orientación médica para abordar la adicción, la orientación de recuperación se centra en la persona en su totalidad y en los cambios generales del estilo de vida, no simplemente en la abstinencia del consumo de drogas. Aunque existe controversia en torno al programa de 12 pasos se ha distinguido por ser, sin constituir un tratamiento formal, una de las opciones más importantes para los adictos que buscan su recuperación. La expansión del programa de 12 pasos podría deberse al carácter permanente, voluntario y gratuito del servicio y a la falta de respuestas suficientes por parte del sector salud frente al problema de las adicciones especialmente a lo concerniente a servicios de tratamientos prolongados. Sin embargo, las evidencias indican que asistir a estos grupos puede beneficiar a muchos individuos, en especial a aquellos que logran afiliarse a estos, (Gutiérrez et al., 2009)

La deserción es una preocupación con todos los tratamientos para las adicciones y las comunidades terapéuticas no son la excepción. El abandono es más probable durante los primeros meses de tratamiento. Las CT enfatizan el aprendizaje social, los participantes forman una jerarquía dentro del grupo. Aquellos que han progresado en el cambio de sus

actitudes y comportamientos sirven para “vivir correctamente” (NIDA, 2020). Es decir, no solo pretenden capacitar a los individuos, formarlos en hábitos individuales, sino que quieren dotarlos para intervenir en su entorno para mejorarlo, a la vez que cambian su entorno de vida en relación a la salud. Incluye, por tanto, estrategias diseñadas con la finalidad de reducir los factores de riesgo o reforzar los elementos tendentes a prevenir aquellos (Miranda, 1992, p. 130). La deserción de los miembros de las comunidades de 12 pasos generalmente se da por recaídas tempranas en el consumo de sustancia, Marcos (2009) menciona que “se comprobó que independientemente del tipo a la profundidad de la intervención terapéutica individual, los síntomas aparecían regularmente cuando el paciente volvía a su vida anterior en casa” (p. 341). Por ello se concibe necesario una intervención terapéutica destinada a alterar patrones de relación disfuncional en el hogar mediante el modelo estructural de Minuchin (1974), el cual centra su atención en el equilibrio de la organización familiar, analizando muy particularmente las dificultades de la jerarquía familiar y los problemas de fronteras inciertas entre los subsistemas, en este modelo los problemas de adicción son vistos como síntomas de los problemas del sistema que actúa desviando los conflictos familiares.

2 CONCEPTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS PSICOACTIVAS O DROGAS

2.1 Definiciones y clasificación de las drogas

Para tener una mayor comprensión del tema esclarecemos algunos conceptos:

De acuerdo al glosario de términos de alcohol y drogas de la OMS (1994).” La adicción a las drogas, es el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma

continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio" (p.13). En el caso de la dependencia la OMS (1996) la define como "un estado de necesidad de algo, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. El término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal" (p.30). En cuanto al término de droga se refiere como "toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o puede estar incluida en la farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales" (p.33).

Para efectos prácticos en este trabajo presentamos la clasificación de acuerdo a la OMS y al DSM-V para tener un panorama más amplio, enfocándose específicamente a estimulantes (cocaína y crack).

La Organización Mundial de la Salud (2004) ha clasificado las drogas o sustancias psicoactivas agrupándolas según sus efectos, es decir, según induzcan pautas de comportamiento similares en los consumidores, en su informe de Neurociencias del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas menciona que "las sustancias psicoactivas más comunes pueden clasificarse como depresores (p.ej. el alcohol, los sedantes/hipnóticos y los disolventes volátiles). Estimulantes (p.ej. la nicotina, la cocaína, las anfetaminas y el éxtasis), opioides (p.ej. la morfina y la heroína) y alucinógenos (p.ej. la fenciclidina-PCP-, la dietilamida del ácido lisérgico-LSD y el cannabis)" (p.16). A continuación, se presentan las características generales de esta clasificación:

- Estimulantes: aceleran o estimulan el funcionamiento del sistema nervioso central, mediante la liberación por parte de las células nerviosas de neurotransmisores estimulantes. (Cocaína, pasta crack o base, café, té tabaco, chocolate, tabaco). Generalmente producen efectos de mejoría en el estado de ánimo con mayor sensación de felicidad, disminución del apetito, activación del metabolismo con aumento de pulsaciones del corazón, y mantenimiento del individuo despierto.
- Opioides: Activan los receptores de opioides y delta teniendo efectos euforogénicos, analgésicos, sedantes y de depresión del sistema respiratorio. El síndrome de abstinencia puede ser grave y se caracteriza por lagrimeo rinorrea, bostezos, sudoración, inquietud, escalofríos, calambres y mialgias.
- Depresoras: desaceleran el funcionamiento y la velocidad de la actividad mental y de ciertas funciones físicas, alientan o deprimen el funcionamiento del sistema nervioso central (Alcohol, sedantes, barbitúricos). Producen efectos como aturdimiento, apatía, disminución de la tensión, disminución de la angustia entre otras.
- Alucinógenas: Distorsiona la percepción de la realidad, alteración significativa de la química cerebral, genera alteraciones visuales, táctiles y auditivas. (polvo de ángel, peyote, lsd, marihuana). Entre sus efectos se encuentra la modificación en la noción de tiempo y espacio, exageración de las percepciones sensoriales en especial de los sentidos de la vista y el oído.

Clasificación de las sustancias de acuerdo al DSM-V:

La DSM-V en su 5ta. Edición clasifica las sustancias psicoactivas en 10 clases de drogas: Alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (fenciclidina y otros), inhalantes, opiáceos,

sedantes/hipnóticos/ansiolíticos, estimulantes (anfetaminas, cocaína y otros), tabaco y otras sustancias (APA, 2014, p. 481).

2.2 trastorno por consumo de sustancias

Anteriormente en el DSM-IV-TR, se definía la dependencia como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos en un periodo continuado de 12 meses. Sin embargo, en el DSM-V se realizaron cambios significativos con la desaparición de la categoría “abuso” y “dependencia”, pasando a una conceptualización dimensional donde solo existe una dimensión a los trastornos por consumo de sustancias. Con referencia a esto Portero (2015) menciona que “el esquema imperante ha sido que, en el abuso, el sujeto no ha perdido la libertad frente a las drogas, básicamente se trataba de un uso no aprobado, peligroso, desadaptativo o perjudicial. Por el contrario, en la dependencia si había una pérdida de libertad frente a la droga” (p. 101). La APA y la OMS destacan que “la dependencia da lugar a una pérdida total de la libertad, pues la persona se encuentra supeditada, controlada, en definitiva, esclavizada por la sustancia psicoactiva, en otras palabras, la droga se convierte en un objetivo autoritario que absorbe la personalidad del sujeto” (como se cita en Portero, 2015, p. 101).

Que el término abuso y dependencia no aparezcan en el DSM-V como tales no quiere decir que no existan. Persisten de forma operativa en la descripción de los ítems incluidos en el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias TCS. Así el antiguo abuso ahora se integra en los ítems 5,6 y 8. El resto corresponde a los antiguos criterios de dependencia, siendo los primeros cuatro los más propios de la dependencia psicológica (Portero, 2015, p. 102.).

De acuerdo al DSM-V los Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancias anfetamínicas, la cocaína y otros estimulantes). Estas no son tan diferentes entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la reproducción de recuerdos. Genera una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales de este. Para su diagnóstico se utiliza la expresión trastorno por consumo la cual describe de forma amplia el estado del trastorno y su gravedad. Para los fines específicos de este trabajo nos centraremos en el trastorno por consumo de estimulantes (DSM-V, p.253).

3 MECANISMO NEUROBIOLÓGICO DE ACCIÓN DE LAS DROGAS

3.1 Mecanismos cerebrales: neurobiología y neuroanatomía

El cerebro tiene un avanzado sistema de organización entre sus diferentes regiones con funciones especializadas. El mesencéfalo es una región con zonas importantes que nos permite comprender la dependencia de la sustancia, pues tiene implicación con la motivación y aprendizaje de importantes estímulos ambientales, así como de comportamientos reforzadores con consecuencias placenteras y de mantenimiento de vida, como el comer, beber y la sexualidad (OMS, 2004, p.15). El prosencéfalo es más complejo, posibilita la capacidad de pensamiento abstracto, planificación, asociación de ideas y la memoria. En el prosencéfalo se han identificado regiones específicas que son activadas por estímulos que

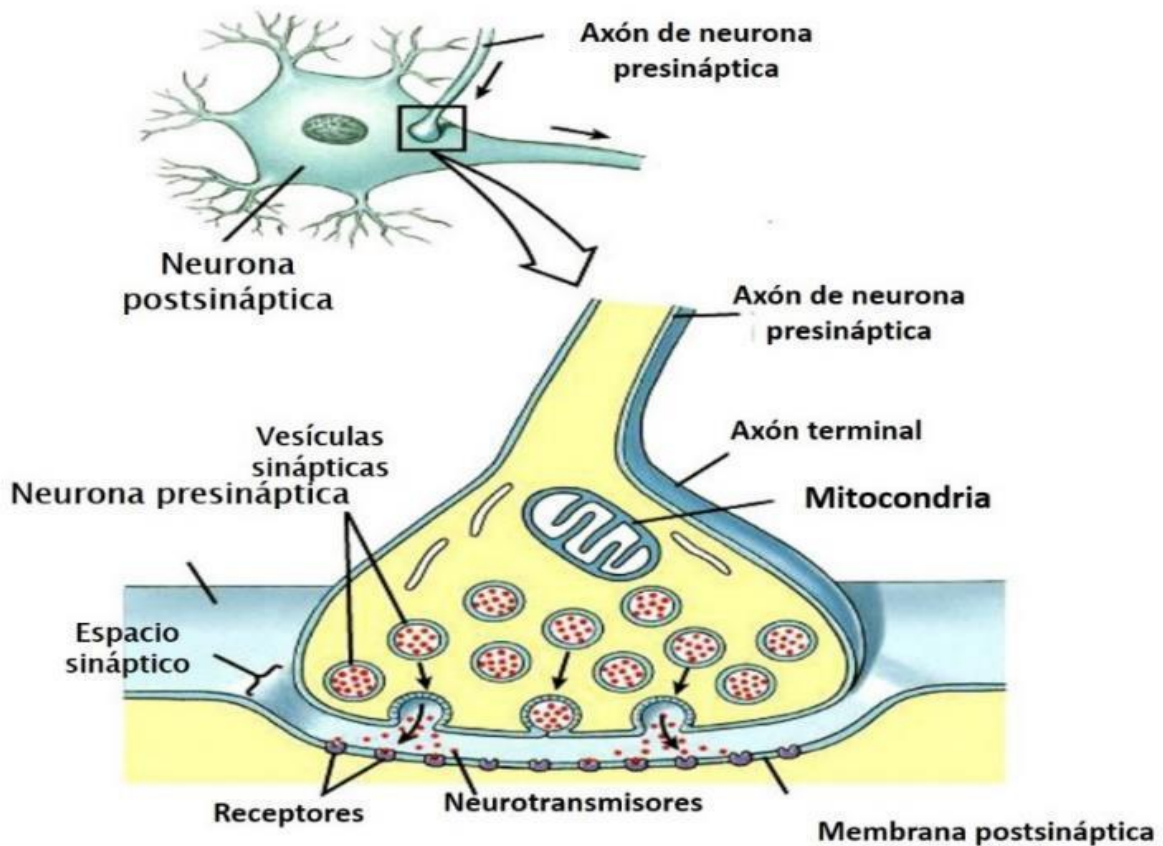
inducen el deseo compulsivo de consumir la sustancia en personas con dependencia (CIJ, 2016, p. 10)

En el cerebro la comunicación tiene lugar entre células individuales por medio de las neuronas que se comunican entre sí a través de mensajeros químicos liberados en la sinapsis, para Purves (2004) la neurona “es el tipo de célula perteneciente al SNC cuyo rasgo diferencial es la excitabilidad que presenta su membrana plástica, la cual permitirá no solamente la recepción de estímulos sino también la conducción del impulso nervioso entre las propias neuronas, o en su defecto, con otro tipo de células, tales como las fibras musculares propias de la placa motora” (como se cita en CIJ, 2016, p. 15).

Cuando se excita una neurona, esta envía una señal eléctrica desde el cuerpo celular, a lo largo de un proceso alargado, denominado axón, por el cual se propaga el potencial de acción (impulso o señal nerviosa) para su transmisión a otras neuronas o a células para inducir respuesta (OMS, 2004, p15). Al final del axón se encuentra el botón terminal, para lograr comunicar el mensaje desde el botón terminal de un axón a la neurona siguiente se necesita cruzar un espacio, conocido como sinapsis, hendidura sináptica o espacio sináptico. La neurona que envía el mensaje, la neurona presináptica, libera mensajeros químicos hacia la neurona receptora postsináptica, llamados neurotransmisores (figura 1). En cuanto a la unión del neurotransmisor con el receptor menciona Sandi (2005) que “alcanza el umbral necesario para generar nuevamente el potencial de acción y continuar la transmisión de la información, el adecuado funcionamiento cerebral depende de que la producción, almacenamiento, liberación, transporte, interacción, recaptación y eliminación de neurotransmisores ocurra apropiadamente (p.10)”.

Figura 1

Sinapsis realizada entre la unión y traspaso del mensaje



Nota. Adaptado de *Sinapsis química*, por jmdelpino, 2021, issuu (<https://issuu.com/jmdelpino/docs/2021-cibe-c1-iv/s/12019263>).

3.2 Motivación y Refuerzo

Las sustancias psicoactivas activan vías cerebrales específicas, que refuerzan las conductas que llevan a consumir el acto (p.ej. Comer, beber, sexo.). Las drogas activan artificialmente estas vías, pero de manera muy intensa, motivando a continuar con dicha conducta. Al respecto menciona Sandi (2005) que “la dependencia a las drogas es el resultado

de una compleja interacción de efectos fisiológicos de las sustancias en zonas del cerebro asociadas a la motivación y las emociones, combinado con el aprendizaje sobre la relación entre la sustancia y señales asociadas” (p.6).

La vía dopaminérgica mesolímbica (VDM) está situada en el mesencéfalo, está implicada en los procesos motivacionales, además de ser la vía del placer y del refuerzo positivo que reconoce estímulos esenciales para la sobrevivencia. Es el involucrado en la capacidad de las sustancias para producir dependencia. Dos zonas importantes para la dependencia a las drogas son el área tegmental ventral (ATV) y el núcleo accumbens, ambas muy ricas en neuronas dopaminérgicas (OMS. 2004, p.20).

La motivación consiste en la asignación de recursos conductuales y atencionales a ciertos estímulos. Los incentivos son estímulos que provocan una respuesta en función de la recompensa. La recompensa es la meta y el refuerzo es producto de una respuesta, la cual al ser positiva o placentera, aumenta la posibilidad de repetirse. Las drogas tienen la capacidad de actuar como refuerzo positivo, es decir son tan gratificantes que propician su administración, esto funciona dentro de los procesos de memoria y aprendizaje (Sandi, 2005, p. 7).

El cerebro es engañado, respondiendo como si la sustancia y los estímulos fueran biológicamente necesarios. A medida que aumenta la exposición, la asociación es cada vez más fuerte y se produce una respuesta neuroquímica y conductual cada vez mayor. Esto se denomina sensibilización incentiva, la sustancia psicoactiva y los estímulos asociados tienen cada vez más importancia conductual y motivacional (OMS, 2004, p. 22). Los reforzadores, ya sea el sexo, la bebida, la comida o la droga, activan la vía mesocorticolímbica dopaminérgica, que desencadena la liberación física de dopamina en el núcleo accumbens;

la asociación de placer con la liberación de dopamina incrementa la probabilidad de que las conductas se repitan (Ruiz & Pedrero, 2019, p.30.).

3.3 Mecanismo biológico en la dependencia y la abstinencia

Es importante tomar en cuenta que las personas a lo largo de su vida prueban varias sustancias potencialmente generadoras de dependencia, pero no se vuelven dependientes. La susceptibilidad a volverse dependiente también tiene que ver con diferencias individuales que se deben a factores ambientales y genéticos (OMS,2004, p.22). En cuanto a los factores genéticos que explican la variación individual en el consumo y la dependencia de sustancias menciona la OMS (2004) que “la exposición a sustancias psicoactivas podría tener un efecto mucho mayor en las personas portadoras de una vulnerabilidad genética a la dependencia que en aquellas que no poseen esa vulnerabilidad” (p. 23). En cuanto a los efectos placenteros subjetivos, los factores genéticos también pueden modificar la toxicidad de la sustancia, la intensidad de los efectos psicoactivos, las dosis de la sustancia, el desarrollo de la tolerancia, los síntomas compulsivos y los síntomas de abstinencia. Los recursos ambientales incluyen situación económica, apoyo social, integración social, modelos de aprendizaje y factores temporales, los cuales se convierten en aleatorios en la vulnerabilidad de dependencia de sustancias (OMS. 2005, p.127).

La dependencia es una combinación de factores psicológicos, ambientales y neuroquímicos, la consecuencia psicológica es consecuencia del refuerzo positivo de la droga por una exposición repetida a asociaciones condicionantes de recompensa. La dependencia química se refiere a los cambios neuroadaptativos inducidos por las drogas, que hace de la

conducta de búsqueda una compulsión, aunque esto no ocurre inmediatamente. Los avances en la neurología celular y molecular apoyan la idea de que los efectos de las drogas en el cerebro requieren de una dosis, frecuencia y duración para que sean efectivas. Son las adaptaciones celulares permanentes en áreas específicas del cerebro la causa de la dependencia (Sandi, 2005, p.22).

El consumo crónico de sustancias produce cambios neurobiológicos en diversas áreas cerebrales al respecto Pereiro (2015) menciona que “van a dar lugar a cambios motivacionales, emocionales, en la toma de decisiones y en otros procesos cognitivos, como consecuencia de respuestas biológicas compensatorias al efecto farmacológico crónico de dichas sustancias en un intento de alcanzar de nuevo la homeostasis” (p.53).

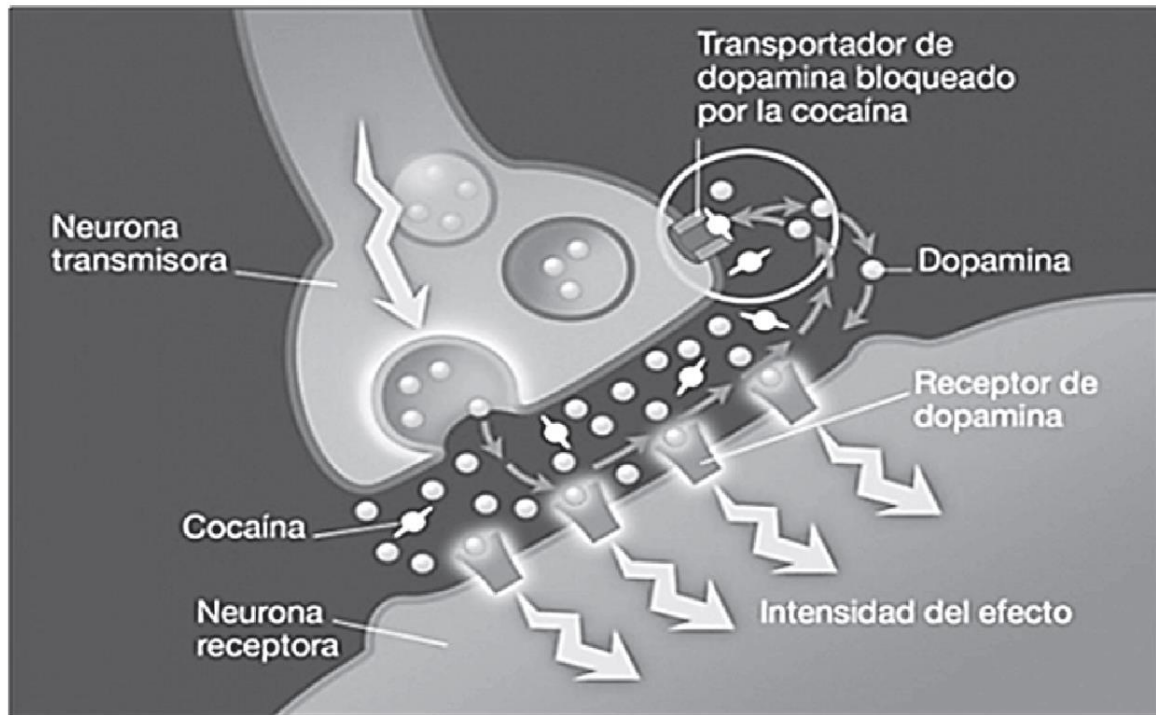
El síndrome de abstinencia es la aparición de síntomas físicos y psicológicos desagradables cuando se interrumpe o reduce el consumo de las sustancias, este puede incluir temblores, sudoraciones, debilidad, agitación, cefaleas, náuseas, vómitos, convulsiones. El síndrome de abstinencia se caracteriza por ansiedad, excitabilidad, inquietud, insomnio, irritabilidad y convulsiones (OMS, 2004, p. 12,18.).

Cada pensamiento, acción, emoción, memoria o proceso de aprendizaje esta mediado por los neurotransmisores. Los neurotransmisores tienen estructuras y funciones específicas, entre los neurotransmisores mejor estudiados que son importantes en lo que respecta a sustancias psicoactivas se encuentra la dopamina, la serotonina, la noradrenalina, el ácido-aminobutírico, el glutamato y los opioides endógenos. Cada neurotransmisor específico se une a un receptor específico como una llave a su cerradura, los receptores se denominan según el tipo de neurotransmisor al que se unen preferentemente, Por ejemplo, los receptores de dopamina, los receptores de serotonina (OMS, 2004. p.15.).

Los receptores son complejos proteínicos que se ubican en diversas áreas de la membrana celular, con la que se unen los neurotransmisores para iniciar la comunicación de una señal entre neuronas. Distintas clases de sustancias psicoactivas son capaces de vincularse con receptores distintos al mismo tiempo, interfiriendo con la función normal de los transmisores y generando los efectos característicos de cada sustancia produciendo un poderoso efecto en quien las consume (CIJ. 2016, p. 34).

Las sustancias psicoactivas pueden simular los efectos de los neurotransmisores naturales, o endógenos, o inferir la función cerebral normal, bloqueándola, eliminando, liberando o alterando el comportamiento de los neurotransmisores (figura 2). Un mecanismo importante a través del cual actúan las sustancias psicoactivas consiste en el bloqueo de la recaptación del neurotransmisor tras su liberación por la terminación presináptica. La recaptación es un mecanismo normal mediante el cual el transmisor es eliminado de la sinapsis por la membrana presináptica. El bloqueo de la recaptación exagera los efectos normales del neurotransmisor. Las sustancias psicoactivas se unen a los receptores y aumentan su función se conoce como agonistas, mientras que aquellas cuya unión al receptor bloquea la función normal se conoce como antagonistas (OMS, 2004. p.16.).

Figura 2. Efecto de la *cocaína en el cerebro; bloqueo de las bombas de recaptura de neurotransmisores estimulantes.*



Nota. Adaptado de Cocaína: Abuso y adicción. (P.7), Por NIDA 2010.
<https://nida.nih.gov/es/download/1141/cocaina-abuso-y-adiccion-reporte-de-investigacion.pdf?v=3f3fb3f0903dfa8879388c2a5d086cb9>

4 LA COCAÍNA Y EL CRACK

4.1 Psicofarmacología de la cocaína (clorhidrato y crack) y sus principales características.

De acuerdo a la OMS (2005) la Cocaína (clorhidrato de cocaína y sulfato de cocaína), es un poderoso estimulante del sistema nervioso que puede aspirar intranasalmente, inyectar intravenosamente o fumarse. El uso que han dado distintas culturas a la cocaína está presente

en las hojas de *Erythroxylon coca*, árbol originario de Bolivia y Perú. También se le conoce como; talco, nieve, Snow, blow, lady, flake. En México y otros países en el círculo de consumidores se le conoce como perico a las sales de la cocaína con concentraciones rebajadas de la misma (OMS, 2005, p.89)

Por otro lado, se le denomina Crack (piedra, Rock, freebase) a una sustancia blanca o parduzca semisólida o sólida que se obtiene como producto intermedio de la refinación de sales de cocaína y que contiene múltiples impurezas como Metanol, éter, acetona, y otras sustancias que aumentan su peso, el crack tiene un menor precio que la cocaína por eso su consumo está más extendido entre grupos económicos menos favorecidos (Téllez & Cote, 2005, p. 10). Cuando se combina la cocaína con amoníaco o bicarbonato de sodio y una solución acuosa, se obtiene el crack, unas piedrecillas con un alto potencial adictivo y altamente peligrosas; su vía de administración es fumada, su farmacocinética es de rápida absorción, pues se elimina aproximadamente en cinco minutos, precisamente por ello es altamente adictiva ya que se elimina con mayor rapidez (del Bosque et. Al. 2014, p. 382).

4.2 Efectos neurobiológicos de la cocaína en el organismo

El inicio de los efectos psicoactivos de la cocaína tarda en producirse entre 5 segundos y 30 minutos y permanecen de 5 a 90 minutos, dependiendo de la vía de administración es la velocidad del comienzo de la acción, la concentración en sangre y la duración del efecto euforizante, en las vías intravenosas y fumada es más rápida y de menor duración el efecto en comparación con la intranasal y oral, por ello se necesitan varias dosis para alcanzar una intensa y más duradera euforia (Ambrosio, 2008, p.151). Neuroquímicamente menciona Atman & Evertt et., al., (1996) que “la acción de la cocaína en el sistema dopaminérgico mesolímbico es crucial para motivar la autoadministración y, por lo tanto, el abuso y la

dependencia ya que el consumo repetitivo conlleva a que el cerebro confíe solo en esta droga para experimentar placer; se vuelve dependiente a esta fuente de estimulación. La ausencia de esta droga produce anhedonia, y la depresión emerge como el síndrome de supresión a la cocaína” (como se cita en Sandí, 2005, p. 20).

Los mecanismos neurobiológicos del consumo de cocaína incluyen la facilitación de la biodisponibilidad de dopamina en el sistema de la motivación-recompensa, la cocaína interfiere con el transportador de serotonina (SERT), el de dopamina (DAT) y el de norepinefrina (NET), en este orden de potencia (del Bosque et. Al. 2014, p. 382). El excedente Noradrenalina es en gran medida causante de los efectos físicos y de las dificultades graves de la cocaína. El consumo crónico genera una reducción de la disponibilidad de serotonina. Por último, la disminución de la permeabilidad de la membrana a los iones Na^+ genera un bloqueo de la conducción nerviosa que explica su acción anestésica local (González & Tumuluru, 2015, p. 558).

4.3 Efectos sobre la conducta

La cocaína y sus derivados tienen un amplio efecto sobre el comportamiento y las emociones, su efecto tiene un amplio margen el cual va desde emociones patológicas como estados severos de depresión, grandiosidad, ansiedad, hasta cuadros de severa paranoia y trastornos afectivos (Téllez & Cote, 2005, p. 17). Ochoa et., al., (2018) menciona que “en la intoxicación por cocaína favorece el fenómeno kindling o sensibilización conductual y esto podría justificar el inicio más precoz del trastorno bipolar y la peor evolución que presenta este trastorno cuando se asocia al consumo (p. 21)”. Además, genera un incremento en la lucidez, aumenta la energía y la actividad motora, la sensación de bienestar y la euforia, la

sensación de vigor, y la capacidad sexual. También son frecuentes los lapsos de inquietud e Incrementa el rendimiento físico y la atención en los deportes, en dosis excesivas se presentan convulsiones, aumentos de temperatura, temblor corporal. La activación del sistema nervioso simpático aparece concomitantemente con los efectos sobre la conducta. O'Brien (2001) menciona que “conforme disminuyen los efectos de la droga, el usuario se siente disfórico, cansado, irritable y levemente deprimido, lo que puede incitar de nuevo al uso de la droga para recuperar la experiencia anterior (como se cita en OMS. 2005, p. 89)”.

La conducta del adicto a los estimulantes se va modificando de manera progresiva hacia sí mismo afectando directamente su autoestima provocando sentimientos de desvalorización relacionada con la falta de autoconfianza e insatisfacción, el adicto tiende a descuidar su imagen personal, higiene y limpieza, su conducta se va modificando en función de su hábito de consumo siendo sus actos paulatinamente dirigidos por la sustancia, iniciándose un proceso de adicción y dependencia que puede derivar en suicidio (UNODC, 2015, p.47). En cuanto a la violencia y su relación con el uso de la cocaína del Bosque et. Al. (2014) menciona que “es un factor para cometer delitos como el homicidio y el robo; en este sentido, la evidencia sugiere que existe una asociación de mayores índices de criminalidad con mayor abuso de droga” (p.386). por lo tanto, es común que los adictos a l crack y cocaína puedan involucrarse en robos, prostitución o tráfico de drogas con el fin de adquirir las drogas o el dinero para consumir, además de ser comunes en ellos las lesiones traumáticas debido a conductas violentas.

4.4 Tolerancia y abstinencia

Tolerancia es la habituación física a una cantidad determinada de cocaína de forma que se necesita aumentar progresivamente la dosis para conseguir los mismos efectos de los

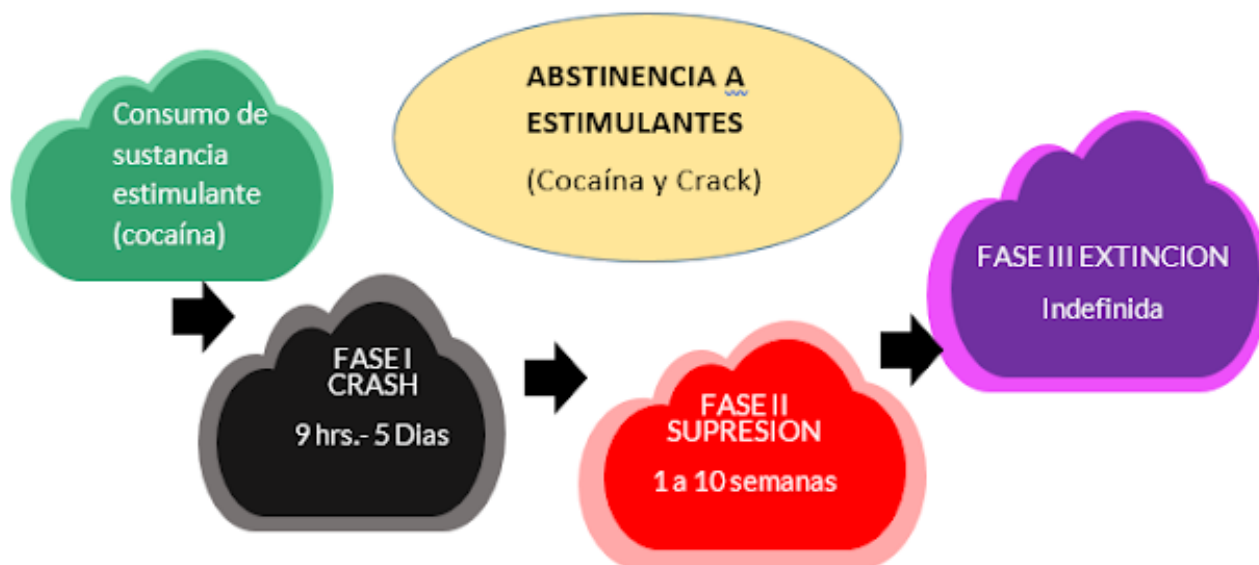
primeros consumos, Brown (1989) hace mención que “parece haber poca tolerancia a los efectos de la cocaína, aunque puede presentarse una tolerancia aguda con una sola sesión de uso repetido de la sustancia. La abstinencia de la cocaína no provoca los severos síntomas que caracterizan a la abstinencia de los opioides, aunque inducen una depresión luego de *estar en onda*, lo que puede contribuir al uso posterior de la cocaína o de otra droga (como se cita en OMS, 2005, p 90)”. También se desarrolla adicción como intento por revertir los efectos molestos o por el intenso deseo compulsivo a causa de la euforia de la cocaína, cuando este abuso se hace crónico, genera en el cerebro una neuroadaptación que hace que la persona sufra los efectos de la tolerancia y abstinencia, generando de esta manera el fenómeno de la dependencia (Centros de Integración Juvenil CIJ, 2016, p48). La presencia de la tolerancia a la cocaína hace que sean necesarias dosis mayores para lograr los efectos producidos originalmente por dosis menores debido al consumo repetido, lo cual produce modificaciones en el funcionamiento del cerebro que se opone al efecto de la sustancia haciendo inefectivo su uso manifestándose como tolerancia (Sandi, 2005, p.25).

El Síndrome de abstinencia a la cocaína y crack no es generalmente un cuadro grave y se desarrolla entre las 18 horas y los 7 días tras el cese o reducción del consumo prolongado e intenso, en el periodo inicial (6-12 h.) suele aparecer irritabilidad, dificultad de concentración, síntomas depresivos, disforia, anorexia y en fases posteriores (abstinencia retardada) puede cursar con hiperfatiga, anhedonia y un aumento en la necesidad del consumo, en ausencia de complicaciones no suele precisar un tratamiento farmacológico específico aunque frecuentemente es necesario tratar sintomáticamente algunos síntomas como la ansiedad o craving (Ochoa et., al., 2018, p.13). El síndrome de abstinencia es un proceso secuencial que implica una respuesta fisiológica y psicológica a la supresión de la sustancia, la mayoría de los adictos a la cocaína utilizan otras drogas, especialmente

sustancias supresoras como el alcohol, tranquilizantes, opiáceos entre otros con el fin de contrarrestar los efectos desagradables de la cocaína como el “crash” (CIJ, 2016, p.55)

Los efectos secundarios de la cocaína pueden durar varios meses y los efectos sutiles, como compulsión espontánea o provocada, pueden persistir indefinidamente, a partir de la abstinencia hay series cambiantes de depresión, ansiedad y compulsión por consumo, los cuales pueden persistir por varias semanas o meses (Téllez & Cote, 2005, p. 21). En la abstinencia a la cocaína (Figura 3) podemos identificar tres fases (González et al, 2015, p. 564):

Figura 3. Fases de la abstinencia a la cocaína



1. El crash sigue inmediatamente a la discontinuación del consumo, teniendo una duración de 9 horas a 5 días. Los síntomas físicos son predominantes, mientras que el deseo de consumo va disminuyendo progresivamente.

2. Abstinencia propiamente dicha. Dura de 1 a 10 semanas. Temprana, con normalización del ritmo del sueño y del estado de ánimo, baja ansiedad y bajo deseo de cocaína. Media, con normalización del ritmo del sueño y del estado de ánimo, baja ansiedad y bajo deseo de cocaína. Media y tardía, presenta disforia, anhedonia, incremento de ansiedad, irritabilidad (craving) intenso deseo de cocaína condicionado por sucesos que lo exacerban.
3. Fase de extinción. Tiene una duración indefinida, pudiendo considerarse que se mantiene toda la vida. La caracterizan eutimia, recuerdo de los efectos agradables de la cocaína y deseo ocasional de la cocaína en relación con los estímulos condicionados.

4.5 Trastorno por consumo de estimulantes (Cocaína y Crack)

En el DSM-V el Trastorno por consumo de estimulantes como se puede ver en la tabla 1, se manifiesta por lo menos en dos de los siguientes puntos en un plazo de 12 meses.

Tabla 1

Criterios diagnósticos para el trastorno por consumo estimulantes en el DSM-V

TRASTORNO POR CONSUMO DE ESTIMULANTES			
(más de 2 en un plazo de 12 meses)			
		Si	No
1	Se consume el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto		

2	Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de estimulantes.		
3	Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el estimulante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.		
4	Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes		
5	Consumo recurrente de estimulantes que llevan al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.		
6	Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.		
7	El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.		
8	Consumo recurrente de estimulantes en situaciones en las que provoca un riesgo físico		
9	Se continua con el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.		
10	Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos: a) una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado b) un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un estimulante		

11	Abstinencia manifestada por: a) Presencia del síndrome característico de los estimulantes b) Se consume el estimulante (o una sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.		

En los puntos 10 y 11 no se considera que se cumpla con el criterio en aquellos individuos que solo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno por déficit de atención/hiperactividad o narcolepsia, de acuerdo al DSM-V.

5 PRINCIPALES TRATAMIENTOS DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES A LAS DROGAS; DE LAS INTERVENCIONES INDIVIDUALES A FAMILIARES

En este apartado se presentan los tratamientos que, de acuerdo a la literatura especializada en adicciones que se revisó, han mostrado ser las intervenciones más efectivas y eficaces en trastornos por consumo de sustancias.

5.1 *Psicoterapia dinámica*

Emplea conceptos psicodinámicos utilizando la asociación libre, la abstinencia, la transferencia, entre otras técnicas usadas por el psicoanálisis. Los objetivos de esta terapia dependen de la persona y de las circunstancias, tales fines se persiguen a través de un proceso

de auto-reflexión, auto exploración y descubrimiento personal el cual se lleva a cabo por medio de una relación segura y auténtica entre el terapeuta y paciente. Esta teoría sostiene que la simple administración de droga o fármaco no es la causa de la adicción, siendo la causa un factor de vulnerabilidad personal, la cual es posible detectarse psicodinamicamente, de acuerdo a este modelo lo que define la enfermedad adictiva, no es el uso de un agente tóxico sino la existencia de una necesidad o presión interna que fuerza a la persona hacia la búsqueda de sustancia y consumo, la primera vez que consume el individuo drogas incide sobre esta base como una experiencia mágica de liberación, iniciándose un círculo vicioso (Olivera, 2011, p. 173).

Este modelo se basa en que los trastornos psicopatológicos incluidas las adicciones, se relacionan con trastornos en el funcionamiento interpersonal, esta aproximación terapéutica presta especial atención al análisis de la relación entre sentimientos-conductas y drogas. La terapia tiene dos componentes principales; técnicas de apoyo para ayudar a los pacientes a sentirse cómodos cuando hablan de sus experiencias personales y técnicas expresivas para ayudar a los pacientes a identificar y a resolver cuestiones interpersonales (Pedrero, 2007, p. 87).

5.2 Terapia cognitivo conductual

La teoría cognitivo conductual es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico de que los efectos y conductas de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo, sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores, las creencias

también moldean las reacciones de los individuos ante las sensaciones fisiológicas asociadas a la ansiedad y el craving (Beck, 2000, p. 71).

Su aplicación en el campo de la drogodependencia, se basa en que los estímulos que llevan al consumo de drogas no son externos al sujeto, sino que se encuentran en su sistema de creencias. Las cogniciones de dicho sistema de creencias se pueden detectar y modificar (Arias, 2010, p. 161). En este modelo el individuo estructura cognitivamente sus experiencias y esto va a determinar cómo se siente, cómo actúa y las reacciones físicas que experimenta, por consiguiente, se establece una estrecha relación entre cogniciones, emociones, conductas.

Este enfoque supone ser comprensivo en el tratamiento de problemas derivados del uso de sustancias y básicamente consiste en el desarrollo de estrategias cuya finalidad es aumentar el control personal que el individuo tiene de sí mismo, la filosofía de esta intervención está basada en la consideración de persona como un científico, la cual es animada a contrastar empíricamente sus ideas o creencias mediante la falsación de hipótesis utilizando el método científico (Pedrero, 2007, p. 41).

5.3 Programa “Doce Pasos” de Narcóticos Anónimos

Las participaciones los grupos de autoayuda en problemas de adicciones se inicia de forma significativa en el siglo pasado destacando el movimiento de los washingtonianos y los grupos Oxford, en el año de 1935 en Akron, Ohio (EUA) dos hombres se reunieron para platicar el problema de alcoholismo que compartían, estos hombres eran William G Wilson y Robert Smith, a partir de esta reunión comenzó un movimiento mundial de grupos de autoayuda que involucra a miles de personas a nivel mundial (Alcohólicos Anónimos, 2018,p.2).

La terapia de 12 pasos es una estrategia de compromiso activo, concebida para aumentar la probabilidad de que el adicto se afilie y participe de forma activa en un grupo de autoayuda de 12 pasos, para así fomentar la abstinencia. Predominan tres aspectos fundamentales la aceptación, incluye la toma de conciencia de que la adicción es una enfermedad crónica, progresiva y mortal que el adicto no puede controlar, que su vida se ha vuelto ingobernable y que su fuerza de voluntad no basta siendo necesaria la abstinencia completa; la entrega desinteresada que implica someterse a un poder superior, aceptar el compañerismo y apoyo de otros adictos en recuperación y vivir los principios que se encuentran en los 12 pasos; y la participación activa en las reuniones de 12 pasos y actividades afines a estas. En sus inicios este programa solo era utilizado en el alcoholismo, al comprobarse su eficiencia en esta área se empezó a adaptar en otras áreas para resolver problemas como la drogadicción, comedores compulsivos, neuróticos anónimos, narcóticos anónimos etc. (NIDA, 2010, p 59).

Los doce pasos de Narcóticos Anónimos son una adaptación de AA, siguen el mismo camino con una sola excepción, la identificación como adictos. El programa consta de un conjunto de principios espirituales que pueden seguirse diariamente, cualquier adicto a las drogas puede ser miembro independientemente de la droga que use, Narcóticos anónimos ofrece un proceso de recuperación y una red de apoyo entre compañeros estrechamente ligados. Los miembros comparten sus éxitos y problemas para superar la adicción activa y para vivir una vida productiva sin drogas mediante la aplicación de los principios contenidos en los doce pasos. (Narcotics Anonymous, 2006)

5.4 Enfoque sistémico

Surge como una forma de trabajo más allá del individuo, al encontrarse en la familia los otros significativos más importantes para el individuo, se podría decir que ahí radican las interacciones que mantienen el problema. Este enfoque se nutre de distintas teorías, por un lado de la teoría general de sistemas, la cual ubica el foco de atención en la modificación del sujeto a partir de la interacción con los otros, de ahí la base de la noción de sistema, que proviene de biología y hace referencia a un grupo de elementos interconectados a través de sus propiedades y atributos que organizan un funcionamiento determinado por reglas en el cual cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, también se apoya en la teoría de la comunicación, en este sentido es imposible no comunicarse, todo comportamiento de un miembro de un sistema tiene un valor de mensaje para los demás (Olivera, 2011, p. 173). En intervenciones con adolescentes con problemas con el consumo de drogas la terapia familiar ha mostrado mejores resultados que las terapias individuales, también ha mostrado mejores resultados en adultos que viven con sus padres.

Girón, Martínez y delgado Saiz (2002) en una revisión realizada en publicaciones de 15 años en torno a intervenciones familiares con consumidores adolescentes de drogas extrajeron las siguientes conclusiones:

1. Ha sido difícil la evaluación de las terapias de familia debido a que en muchas patologías se utilizan tratamientos basados en la familia junto a otros recursos terapéuticos, como farmacológicos, terapias individuales, o los grupos de familiares.
2. Aun con estas dificultades los ensayos clínicos comparados en los abordajes basados en la familia frente a otro tipo de intervención terapéutica han

demostrado su eficacia al igualar al menos los resultados obtenidos con otros tipos de técnicas. Además, confirman su superioridad al añadirlos a otros tratamientos en las drogodependencias.

3. En drogodependencias, ha mostrado su eficacia para conseguir aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento y disminuir el uso de sustancias para el postratamiento.

5.5 El paso en el tratamiento de las adicciones; de las intervenciones individuales a las familiares

En el siglo pasado en los años 50, los profesionales de salud mental ponían énfasis en que los problemas del comportamiento eran manifestaciones de trastornos individuales y por consiguiente se requería de una terapia centrada en el individuo (Marcos & Garrido, 2009, p. 340). La mayoría de aportaciones en el ámbito terapéutico provenían del psicoanálisis, Fenichel (1974) menciona que en cuanto a las adicciones “La mayoría de los autores incluían sus explicaciones dentro de las mismas dinámicas intrapsíquicas del alcoholismo: fijación oral, narcisismo y su asociación con trastornos maníaco-depresivos y predominio de instintos destructivos” (como se cita en Marcos & Garrido, 2009, P. 340). Por lo tanto, la terapia de adicciones era abordada desde el individuo ya que en esos años era considerado un problema menor que afectaba solo a un número reducido de personas.

A pesar de la importancia que el psicoanálisis daba a la familia en el desarrollo de la personalidad de los individuos se resistían los terapeutas a tomarlas en cuenta en el proceso terapéutico de las adicciones. Durante muchos años los terapeutas se resistieron a la idea de ver a los familiares de sus pacientes con el fin de salvaguardar la intimidad y preservar la

relación terapéutica, los Psicoanalistas excluían a la familia real con el fin de poner al descubierto la familia inconsciente introyectada, los Rogerianos la excluían para ofrecer a sus clientes la aceptación incondicional que consideraban necesaria para que ellos redescubrieron sus impulsos y recursos internos propios y los psiquiatras de hospital veían a las familias como una alteración en el ambiente sereno y protector de una sala de hospital (Colleti, 1987 p. 11).

El movimiento de terapia familiar surgió como respuesta a las limitaciones de los tratamientos individuales, donde se observó que las recaídas a veces ocurrían cuando pacientes que habían estado en un proceso de tratamiento regresaban a sus familias, el entorno problemático e inestable en el que se encontraban una mayoría de pacientes; se observó que este entorno mantenía una relación estrecha con la evolución del paciente, que se llegaba hasta el extremo de que cuando las familias estaban pasando por una situación conflictiva, de crisis, sucedía que la mejoría del paciente se acompañaba de un empeoramiento de la familia y viceversa. Estas circunstancias contribuyeron al desencanto de aproximaciones centradas exclusivamente en el individuo en psicoterapia (Marcos & Garrido, 2009, p.340).

Estas novedades fueron confirmadas en los inicios de los años sesenta, cuando el tratamiento de los adolescentes problemáticos comienza a ser relacionado también con el abuso de estupefacientes y con el comportamiento antisocial. Salvador Minuchin puso en marcha un trabajo en el ghetto portorriqueño de Finlandia con las Familias de los Barrios Bajos enfrentando situaciones desesperadas y dramáticas a través de una implicación sistémica de las familias. Esto ayudó a confirmar una visión nueva del síntoma de toxicoddependencia relacionada con la expansión de estos problemas y nuevas estructuras

planteadas para su tratamiento. En los Estados Unidos la práctica del tratamiento familiar de los consumidores de droga cobró un enorme impulso por los notables resultados y en Europa se desarrolla el tratamiento familiar de los toxicodependientes como un medio concreto para afrontar los problemas en este campo (coletti, 1987, p 14).

5.6 La inclusión de la familia en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas

Las investigaciones de Bateson en 1956 otorgaron gran importancia al contexto familiar de los problemas humanos y a una intervención terapéutica destinada a cambiar los patrones de interacción disfuncional. Se observó que las interacciones reales ocurrían en forma de ciclos que mantenían o reforzaban la conducta alterada del paciente, y que existía una compleja cadena de causalidad circular que conectaba las acciones y reacciones de los miembros de la familia (Marcos, & Garrido, 2009, p. 341). Así mismo se comprobó que sin importar la profundidad o tipo de intervención terapéutica los síntomas reaparecen cuando el paciente volvía a su vida anterior en casa, Rolland y Walsh (1996) mencionan que “el paso lógico siguiente fue concebir una intervención terapéutica destinada a alterar estos patrones de relaciones disfuncionales mediante sesiones con la familia al completo” (como se cita en Marcos & Garrido, 2009, P. 341).

En el campo de la investigación de los años 60 consideraban las adicciones como una predisposición genética o una especial fragilidad personal, aunque con mayor atención al efecto del consumo de las drogas que a las dificultades que enfrentan los sujetos. A pesar de que los programas diseñados para el abuso de sustancias introducían un componente familiar se trataba a la familia por separado del miembro adicto, muestra de ello fueron muchas

comunidades terapéuticas, tratamientos farmacológicos y los denominados programas de autoayuda “doce pasos” (Alcohólicos Anónimos y Al-Anón) que mantenían esa filosofía (Marcos, & Garrido, 2009, p. 341).

Después en la década de los 70 y 80 comienzan a aparecer los primeros trabajos de investigación que consiguen avivar el interés psicoterapéutico en el campo de las adicciones (Cancrini 1982, Stanton y Todd 1982) El principio básico de estos modelos asume que el abuso de drogas acaba siendo el eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias y que por lo tanto cualquier solución a largo plazo requiere que la familia colabore y se implique en el tratamiento (con el tiempo han habido cambios en esta postura.).

Los estudios de Cancrini (1982) pusieron de manifiesto la influencia de los factores familiares en las toxicomanías centrándose y concediendo una gran importancia a los modelos de organización y comunicación familiar. Su hipótesis relativa a la implicación de la familia y a las posibilidades de un trabajo terapéutico, ampliado a los grupos familiares completos, ha permanecido intacta hasta la actualidad.

Stanton y Tood (1982) toman de referencia el trabajo desarrollado por Minuchin y Haley en el programa de investigación Addicts and Families Project suponiendo una de las aportaciones más significativas de la terapia de familia aplicada a la drogodependencia. Este trabajo describe la organización y el funcionamiento de la familia típica del toxicómano y el desarrollo de las estrategias del tratamiento. La adicción a las drogas se considera en este modelo como un proceso cíclico que involucra al menos tres o más personas cumpliendo con una función protectora y contribuyendo a conservar el equilibrio homeostático del sistema familiar, el proceso adictivo se incrementa cuando hay movimientos de abandonar el hogar por ejemplo cuando el equilibrio de este sistema es amenazado por la separación o divorcio

de los padres el adicto se activa y crea con esto una situación que concentra la atención sobre él permitiendo pasar a los padres del conflicto conyugal y volcarse en el hijo. La adicción suministra una solución paradójica, en el nivel sistémico el adicto participa con sus idas y vueltas del patrón homeostático familiar y por lo tanto de refuerza su dependencia familiar (Marcos, 2010, p. 52).

El National Institute on drug Abuse (NIDA) estadounidense en 1995 publicó una revisión sobre la eficacia de los tratamientos basados en intervenciones familiares Girón, Martínez Delgado y González saiz (2002) revisaron los trabajos publicados en los 15 años precedentes en torno a la intervención familiar en adolescentes consumidores de droga y extrajeron las siguientes conclusiones: Los planes globales terapéuticos de introducción de las familias ha sido un éxito ya que han reducido las altas tasas de fracasos terapéuticos por abandonos de desintoxicación y por recidivas tempranas. Las intervenciones familiares han demostrado su eficacia al igualar los resultados obtenidos con otros tipos de intervenciones centradas en el individuo. Además, confirman su superioridad al añadirlos a otros tratamientos en las drogodependencias consiguiendo aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, disminuyendo el uso de sustancias postratamiento y mejoran el funcionamiento familiar y la normalización de los pacientes en cuanto su incorporación social (Becoña y cortés,2008, p. 72)

5.7 Las familias de adictos o drogodependientes

Entre los factores familiares en la drogadicción resaltan patrones prototípicos para las familias de adictos, en el caso de los varones la madre está involucrada en una reacción indulgente, apegada, sobreprotectora, abiertamente permisiva, que ocupa la posición de un

hijo favorecido, a menudo es mal criado sin embargo mencionan las madres que fue el hijo más fácil de criar y generalmente era bueno de niño (Stanton y Todd, 1982, p 26). Generalmente en las familias de toxicómanos las madres ejerce únicamente el rol de maternales lo cual hace más difícil a los hijos abandonarla ejerciendo una mayor relación de dependencia y deuda, aparece como omnipotente ya que soluciona todo y en algunos casos aparece como víctima haciéndose cargo de los conflictos familiares incluida la toxicomanía, su estilo de reproche generalmente es a través de la enfermedad para lo cual la madre busca soluciones mágicas, la madre presenta con el paciente identificado (P.I.) una relación especialmente estrecha y de dependencia recíproca, los hijos conscientes del conflicto actúan de manera que la madre pueda seguirse preocupando de ellos y así despejar el fantasma del nido vacío lo cual mantiene la homeostasis paralizando la evolución de manera que todos están juntos y no pasara el tiempo (Rodríguez & Sanz, 1987, p. 95).

En cuanto al padre es distante, desapegado, débil o ausente, las relaciones con los padres son vistas como negativas por el adicto, con una disciplina ruda e incoherente, en estas familias hay dos tipos de padres un “hombre paja” autoritario y violento, pero fácilmente controlable por la madre y un tipo distante que está claramente en segundo lugar en el poder con referencia a la madre (Stanton & Todd, 1985, p 26). Tanto como para los padres que trabajan y los que no lo hacen no existe una valoración mínima familiar de su trabajo, muchas veces la madre trabaja para aportar apoyo económico al padre lo cual es mal visto socialmente redundando en la sensación de debilidad y fracaso del padre, la relación con los hijos es lateral como si nunca hubiese entrado a formar parte de la familia salvo a lo relacionado con el aspecto económico de la familia, la posición ya sea de periferia o de omnipotencia

dificultan sentir la imagen del padre como modelo de identificación y crecimiento (Rodríguez & Sanz, 1987, p. 94).

La relación como pareja de los padres se ve generalmente afectada con la incorporación de los hijos pero no necesariamente provocando su completa extinción o desaparición, la relación de pareja va desapareciendo a favor de una exclusiva relación de maternaje la cual acaba convirtiéndose en aglutinamiento familiar dicha situación se agrava por las precarias condiciones económicas y la falta de espacio físico así como la pronta aparición de los hijos, la relación suele partir de una precaria o nula separación de las familias de origen respectivamente, existe en muchas ocasiones un crecimiento de problemas junto con el crecimiento de los hijos lo cual hace referencia al miedo de volver a la situación de pareja, al ser reconocido como prioridad el maternaje el padre queda excluido dejando al descubierto los roles que le corresponden transmitiendo en el contexto familiar una sensación de ambigüedad y falta de jerarquías dando lugar a una ruptura creando una situación depresiva en la madre y al mismo tiempo da poder en la familia (Rodríguez & Sanz, 1987, p. 96). Para el mantenimiento de una vida conyugal el P.I asume un significado funcional cuando aumenta la tensión entre la pareja y existe riesgo de separación el hijo introduce el mensaje de su malestar, desviando la atención de los conflictos y reclamando a los padres asuman su papel de padres y de esta manera se les despoja de su conflictividad de pareja, de este modo la tensión de dos se convierte en tensión de tres más estable y reconfortante (Cirillo, 1999, p.39)

Los hermanos suelen tener una relación más positiva con el padre en contraste las mujeres adictas están en competencia con las madres (las consideran sobreprotectoras y autoritarias) y sus padres se caracterizan como ineptos, indulgentes, sexualmente agresivos,

a menudo alcohólicos y la posibilidad de incesto es mayor que lo normal, en esta familia existe una alta incidencia de la separación o muerte generalmente del padre varón (Stanton & Todd, 1985, p 26). Entre los hermanos no hay una diferenciación de las características de cada miembro por parte de los padres, incluso pueden ser intercambiables de forma que varios o todos pueden sustituir sucesivamente o de modo simultáneo al P.I. Las relaciones en estas familias son atemporales haciendo difícil en ocasiones para los padres discriminar la edad que tienen los hijos pasando repentinamente a adoptar modos o funciones adultas o permaneciendo en una posición infantil (Rodríguez & Sanz, 1987, p. 97).

6 MODELOS DE INTERVENCIÓN SISTÉMICOS PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIÓN A LAS DROGAS

6.1 Bases del modelo sistémico

La aplicación de conceptos teóricos en la epistemología de la terapia familiar sistémica procede inicialmente de la Pragmática de la comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1954), Conceptos cibernéticos (Wiener, 1948), en conceptos estructurales (Minuchin, 1974), (p, e, Haley, 1981) en enfoques evolutivos. (Eguiluz, 2001).

La teoría General de los sistemas es un enfoque interdisciplinario, por lo que se vuelve aplicable a cualquier sistema ya sea natural o artificial, un sistema es un conjunto de elementos en interacción recíproca donde la conducta de cada subsistema se determina por la situación y comportamiento de los demás que lo componen; un sistema lo podemos ver desde una célula hasta una raíz. Desde que empezaron a utilizarse los principios de la teoría general de sistemas para explicar el funcionamiento de la familia, dejó de verse como una

suma de personas con personalidades individuales cuya estabilidad y madurez dependían solamente de la misma, a partir de ahí la familia se conceptualizó como una totalidad y no como una suma de sus miembros (Valdés, 2007, p. 17).

La teoría sistémica ha sido la base de las diferentes modalidades de intervención centrada en la familia dentro del ámbito de las adicciones, según el enfoque sistémico el consumo de drogas y otras conductas problemáticas son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente, este modelo se basa en el supuesto de que el cambio es inevitable ya que cualquier cambio en una parte del sistema repercute y produce modificaciones en el resto de sus componentes (Marcos & Garrido, 2009, p. 345). De esta manera el sistema en el contexto familiar hace referencia a que las experiencias y conductas de una persona están asociadas y dependen de la conducta de otros miembros, por ello la conducta de un integrante no puede entenderse separada de la conducta del resto de la familia.

Existen varios modelos desarrollados en las intervenciones sistémicas que adoptan diferentes perspectivas, en este trabajo sólo abordaremos los que consideramos que contribuyen con enfoques más integradores en el tratamiento de las adicciones y ahondaremos en terapia estructural que es la que basaremos nuestra intervención.

6.2 *Modelo estructural*

El modelo estructural nació como consecuencia de los intentos de desarrollar una intervención terapéutica para jóvenes delincuentes y posteriormente fue ampliada a familias multiproblemáticas y familias de suburbios (Minuchin, Montalvo, Guerny, Rosman y Schubert, 1967). Minuchin (1974) y sus colaboradores desarrollaron el Philadelphia Child Guidance Center un modelo basado en la importancia de la organización familiar para su adecuado funcionamiento y bienestar de sus componentes.

Minuchin consideró que la familia es como un sistema social que opera dentro de contextos sociales específicos y basa su modelo en tres componentes.

- 1) La estructura familiar es un sistema sociocultural abierto y en proceso de transformación.
- 2) La familia manifiesta se desarrolló después de procesos que exigen una reestructuración.
- 3) La familia se adapta al cambio de circunstancias con el objeto de mantener su continuidad y fomentar el crecimiento psicosocial de cada uno de sus miembros.

En la intervención (Minuchin, 2003):

- Analiza el campo transaccional en el que se relaciona con la familia para lograr un diagnóstico estructural.
- Realiza observaciones y plantea cierta cantidad de interrogantes. Cuestiona la definición que la familia da al problema, así como su respuesta.
- Encuadra la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conductas diferentes.
- Señala los límites y las pautas transaccionales (construye un mapa de organización familiar).
- Reestructura el orden jerárquico familiar, de manera que los síntomas no sigan reforzándose.
- Trabaja en reestructurar diferentes configuraciones relacionales como: triangulación, coalición y desviación de conflictos.
- Repara o modifica los patrones organizativos disfuncionales de forma que permita a las familias desarrollar eficazmente sus tareas funcionales básicas.

- Favorece que la familia afronte con éxito las tensiones cotidianas.

Una familia se va transformando al paso del tiempo (autorregulación) de tal manera que puedas seguir funcionando (Eguiluz, 2001, P. 55).

En el modelo estructural la base de la intervención terapéutica es el fortalecimiento de los cimientos estructurales que permiten el funcionamiento familiar manteniendo una jerarquía adecuada donde los padres tienen una unidad de liderazgo concreta y límites claros que no son ni demasiado rígidos ni difusos, este planteamiento ha mostrado buenos resultados en programas de intervención en adicciones donde los padres del adicto muestran sobreimplicación de un progenitor (generalmente el sexo opuesto) y el otro asume un papel periférico, en la intervención terapéutica se trabaja en la reparación o modificación de patrones organizativos disfuncionales de forma que las familias realicen sus funciones básicas y afronten las tensiones habituales, con la reorganización familiar se espera que el problema desaparezca (Marcos & Garrido, 2009, p. 343).

Minuchin propone el cambio en el sistema para poder restablecer un funcionamiento adecuado, este cambio requiere en primer lugar la identificación de la estructura familiar y el entendimiento de cómo los síntomas están vinculados con dicha estructura además de la participación de los miembros del sistema en el mantenimiento del síntoma. (Eguiluz, 2001, P.56). Los síntomas de consumo de sustancias son reacciones desadaptativas a los cambios evolutivos o del ambiente como pueden ser las transiciones de los ciclos vitales y se pone énfasis en el equilibrio de la organización familiar, observa y analiza los problemas en la jerarquía familiar y de fronteras inciertas entre los subsistemas de padres e hijos Marcos y Garrido (2009) mencionan que “Los problemas de adicción son vistos como síntomas de los

problemas del sistema, que actúa desviando los conflictos familiares, bien entre los padres, o entre los padres y abuelos en los casos de familias con un solo progenitor” (p. 343).

Mapa para evaluar a las familias y orientar la terapia:

En el trabajo con las familias el arte de la evaluación consiste en descubrir que impide a las familias alcanzar sus metas y unirse a ella en una visión de cómo llegar desde donde se encuentran hasta donde quieren ir, para ello utilizó cuatro pasos: 1) abrir el motivo de consulta, 2) señalar las interacciones que mantienen el problema, 3) exploración del pasado centrada en la estructura, 4) exploración de nuevas formas de relacionarse (Minuchin, 2007, p. 33.).

Paso uno: abrir el motivo de consulta;

Se cuestiona la certeza de la familia en que el problema primario se encuentra solo en el individuo con el síntoma, este es el paso que transforma la terapia en terapia familiar. Para ello se necesita:

- Enfocar las áreas de competencia del paciente identificado
- Dar un significado diferente al problema identificado por la familia (reencuadre).
- Analizar cómo se desarrolla y presenta el síntoma analizando los detalles.
- Examinar el problema desde diferentes ángulos restando su toxicidad.
- Analizar y explorar el contexto donde aparece el síntoma.
- Explorar dificultades similares en los otros miembros.
- Darle un espacio respetuoso al paciente para que la familia sea la audiencia y escuchen el significado que le atribuye y otros aspectos de sí mismo.

Paso dos. Señalar las interacciones que mantienen el problema;

En este paso se busca conocer cómo los miembros de la familia colaboran para mantener y perpetuar el problema. Para esto se busca que la familia se dé cuenta de que sus acciones mantienen el problema. El problema reside en cómo trata de resolverlo la familia. Este paso se basa en el supuesto de que los miembros de la familia cambiarán su forma de relacionarse si se consideran capaces de ayudar al paciente identificado.

Paso tres. Exploración del pasado centrado en la estructura;

En este paso se explora de una manera breve y focalizada el pasado de los miembros adultos de la familia para ayudarles a comprender cómo llegaron a su actual visión limitada de ellos mismos y los demás. Minuchin (2007) menciona “Ya soy octogenario y tengo conciencia de los escombros de mi infancia que flotan a mi alrededor e influyen en mis respuestas presentes. Sé que esto mismo vale para todos ustedes (p.34)”. En este punto la pregunta para el terapeuta es ¿Cómo podemos usar esta exploración del pasado de modo que facilite la expansión del patrón de las relaciones en el presente?, esto señala áreas específicas donde se crean las dificultades. El terapeuta puede comenzar preguntando a alguno de los miembros; observe en la última sesión que no cuestionabas a tu pareja ni siquiera en situaciones en las que es evidente que el (ella) están equivocados y tú no estás de acuerdo con su opinión ¿Qué situaciones de tu niñez te llevan a evitar el conflicto?, o ¿Cómo te escogieron tus padres este par de lentes? O Parece que este par de lentes que tus padres te ayudaron a elegir reduce tu capacidad de enfrentarte a tu pareja; puedes hablar de cómo los elegiste en tu infancia. O anteriormente vimos que actúas como si tuvieras 8 brazos cuando de hecho sabes que los dos que tienes están cansados y te gustaría no tener tanto trabajo. ¿Cómo seleccionaste en tú niñez esta orientación específica de tu relación con los demás?

¿quieres hablar de ello? En este paso los hijos permanecen como el público de las historias de sus padres. En el cuarto se unen a sus padres como participantes activos.

Paso cuarto. Exploración de nuevas formas de relacionarse;

Después de establecer el panorama inicial de lo que impide avanzar a la familia y cómo llegó a ser así, los miembros de la familia y el terapeuta hablan de quien necesita cambiar qué, y quién está dispuesto o no. Este paso es vital ya que transforma el proceso de evaluación de una operación ejecutada en las familias a una operación ejecutada por ellas, las terapias se convierten en un proceso en el que se presiona a las familias a ir a donde no le encuentran sentido. No es de extrañarse que opongan resistencia.

Minuchin (2007) hace referencia que “el modelo de cuatro pasos tiene la intención de ser útil para los terapeutas de diversas doctrinas que tratan de sortear las etapas iniciales de la terapia familiar” y que “el propósito de la evaluación debe ser descubrir con las familias una forma nueva y útil de comprender sus dilemas y explorar los recursos con que cuentan para sanar” (p.36). Es necesario tomar en cuenta que las familias pueden aferrarse a patrones autodestructivos de interacción y sus perspectivas restringen y facilitan su modo de pensar y comportarse y para lograr un trabajo eficaz es necesario encontrarnos con los miembros como actores y a la vez autores de sus propias historias.

6.3 Modelo estratégico

Se considera que nació en Palo Alto, California en 1966 en el centro de terapia breve del instituto de investigaciones mentales siendo personas representativas de este enfoque M. Erickson, Jay Haley, Gerald Zuk, el instituto de estudios familiares de Milán, Lynn Hoffman y otros. Haley el primero en usar el término “Estratégico” para describir cualquier terapia en

que el clínico activamente diseña las intervenciones para cada problema. La raíz del modelo estratégico utilizado en terapia familiar se puede encontrar en los procedimientos interventivos de Milton Erickson respecto a ello mencionan Nardone y Watzlawick (1992) “es evidente que el padre de la terapia estratégica sin sombra de duda es Milton Erickson (p.54.) ya que durante su carrera preparó miles de estrategias y técnicas de resolución en breve tiempo para problemas de orden psíquico y de conducta.

El modelo estratégico en el campo de las adicciones se enfoca en el entorno social más próximo del adicto, la adicción la entienden como un síntoma y respuesta a la interacción familiar disfuncional, se centra en comprender cómo se solucionan los problemas y las soluciones planteadas a dichos problemas, en este enfoque las familias llevan a cabo esas soluciones porque desconocen otras, ese desconocimiento puede acrecentar más el problema, la intervención terapéutica pretende interrumpir las soluciones ineficaces y sustituirlas por otras más eficaces, para ello se necesita conocer las creencias de cada familia, sus ideas y su lenguaje de modo que se pueda ver el problema a través de la visión de sus miembros y tomar en consideración sus valores y esperanza pues son los que determinan la forma en que manejan el problema y sus dificultades para cambiar (Marcos & Garrido, 2009, p 343).

Desde la terapia familiar estratégica la familia es un sistema y por consiguiente lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar, en este enfoque el consumo de drogas y otras conductas problema son síntomas de que el sistema familiar funciona inadecuadamente, la intervención terapéutica se centra en la función que cumple el síntoma en el sistema familiar puesto que las soluciones intentadas sin éxito pueden incrementar el problema o convertirse en sí mismo en un problema mayor. La intervención se orienta hacia la eliminación o modificación de los patrones interactivos que están

vinculados a las conductas que muestra el consumidor y otras conductas problemáticas buscando el cese del consumo de sustancias y de las conductas problemáticas, como la modificación de los patrones de interacción familiar que puedan estar manteniendo el síntoma (CIJ, 2016, p. 16).

6.4 Modelo estructural estratégico

Se tomó en cuenta este modelo ya que retoma aspectos fundamentales de los dos enfoques familiares que más se adaptan al tipo de trabajo que estamos realizando, cabe mencionar que la literatura general sobre el reclutamiento de familias para el tratamiento de adicciones no es muy extensa y el trabajo de Stanton y Todd (1982) es un parteaguas y sienta bases de muchos trabajos posteriores lo cual hace que sea muy necesario conocer las bases de trabajos de intervenciones familiares en campo de las adicciones.

En 1982 Stanton y Todd publicaron un libro que constituye todo un manual de tratamiento de adictos y que abarca aspectos que habían sido poco tratados o nada anteriormente, ellos definieron su modelo de trabajo como “estructural- estratégico” ya que parten de estos dos modelos de terapia familiar, ambos modelos comparten una serie de planteamientos sobre la visión de las familias y parejas:

1. Se ve a las familias interactuando dentro de un contexto, afectando y siendo afectada por el.
2. El ciclo vital y estadio evolutivo de la familia son importantes para el diagnóstico y para definir la estrategia terapéutica.
3. Los síntomas son mantenidos por el sistema y mantienen el sistema

4. La familia puede cambiar permitiendo el afloramiento de nuevas conductas, si se cambia el contexto general

En este enfoque el procedimiento de intervención consiste en aplicar la teoría estructural de Minuchin como paradigma orientador y trabajar estructuralmente dentro de las sesiones mediante la representación de nuevos patrones y la aplicación de técnicas estructurales, este modelo está orientado hacia terapia breve en un periodo de 3 a 5 meses (Stanton & Todd, 1982, p.110)

En estructural estratégico se aplica el modelo estratégico en cuanto que se centran en un plan específico, los acontecimientos fuera de sesión, el cambio en el síntoma y la colaboración entre sistemas que intervienen en el tratamiento, en este enfoque se pone atención en la implicación activa de la familia de origen del paciente en la terapia, aunque ya no viva con ellos tratando de volver a una fase del ciclo vital anterior en la de salida de casa no negociada de forma adecuada y esta vez se hará de forma correcta (Marcos y Garrido, 2009, p. 346).

Este modelo explica la dinámica familiar del adicto y un modelo de tratamiento estructural estratégico, las metas terapéuticas con el adicto son tres: Abandono del uso de drogas, el uso productivo del tiempo y que el adicto consiga una situación estable y autónoma. Con la familia se deben establecer alianzas para trabajar juntos. Deben señalarse los límites y las reglas de índole negociable no impuestas, debe centrarse en tareas positivas y alcanzables; trabajando, para un primer momento solo aquellas cuestiones que tengan relación directa con la adicción dejando para más adelante otros problemas que puedan tener los miembros familiares entre sí (Stanton y Todd, 1982, p.115).

6.5 Modelos psicoeducativos

Se consideró tomar en cuenta este modelo recordando que el aumento de conocimiento sobre la enfermedad incrementa la estabilidad familiar mediante el descenso de su ansiedad, además de ser la psicoeducación un elemento indispensable en cualquier intervención de diferentes modelos.

Estos modelos contienen características de los modelos familiares, conductuales y estructurales, se basan en que la familia es esencial en el proceso psicoterapéutico y se orienta a educar y apoyar a la familia dándole información práctica y ofreciéndoles guía concreta para determinados problemas y apoyo en crisis ocurridas durante la adicción, trata de corregir las atribuciones causales de culpabilidad y las experiencias de tratamientos ineficaces (Marcos & Garrido, 2009, p. 352). Walsh, (1988) menciona que “la familia a largo plazo puede convertirse en un aliado para el manejo de la adicción a sustancias al aumentar el conocimiento sobre la adicción y aumentar la confianza en sus propias capacidades” (Marcos y Garrido, 2009, p 352).

7 METODOLOGÍA

7.1 Programa de intervención

La selección de participantes se realizó por medio de una carta de invitación a los internos del Centro de rehabilitación del grupo jóvenes un grito de esperanza y a miembros de un grupo de narcóticos anónimos explicándoles los detalles de la intervención, el proceso que se realizó y la duración del programa. Fue muy importante mencionarles que esta intervención no otorgaría ninguna recompensa económica a los participantes, su

participación sería de forma voluntaria y podrían retirarse del programa en cualquier momento. La participación se llevó a cabo con 5 miembros y sus respectivas familias del centro de rehabilitación en adicciones Jóvenes un grito de esperanza de AA con los cuales se realizaría la intervención en la modalidad de taller y 1 miembro con su respectiva familia del grupo de autoayuda de Narcóticos Anónimos Nación Xhalca con los cuales se realizaría la intervención en su hogar. Se les cambiaron los nombres a los participantes para conservar el anonimato, dejando sus edades, miembros de la familia y tiempo de consumo real del PI. Los participantes quedaron conformados de la siguiente manera,

Nación Xhalca (Narcóticos Anónimos), Intervención en su domicilio.

- Familia participante

PI: Fred 54 años, 30 años de consumo

Esposa: Jesuita 45 años

Hija: Anahí 25 años

Jóvenes un Grito de Esperanza. (Alcohólicos Anónimos) Intervención con la modalidad de taller.

- 1er Familia participante

PI: Carlos Antonio 35 años, 18 años de consumo

Esposa: María 46 años

Madre: Imelda 53 años

- 2da. Familia participante

PI: Jairo Misael 24 años, 9 años consumo

Madre: Rosa 42 años

Hermana: Yesica 14 años

Hermano: Juan 12 años

- 3er. Familia participante

PI: Juan Carlos 21 años, 7 años de consumo

Madre: Josefina 37 años

Padre: José 43 años

Hermana: Juana 17 años

Hermano: Ismael 15 años

- 4ta. Familia participante

PI: Pedro L. 35 años, 17 años de consumo

Padre: Fermín 55 años

Madre: Xóchitl 52 años

Hermano: Javier 27 años

Hermana: Miriam 25 años

- 5ta. Familia participante

PI: Giovanni 27 años de edad, 12 años de consumo

Madre: Mariana 49 años

Hermana: Citlalli 30 años

Hermana: Josefa 32 años

Los participantes seleccionados se encontraban en la etapa inicial del tratamiento con un modelo de 12 pasos y tenían problemas con el abuso de drogas estimulantes (cocaína y crack). Para definir la lista de participantes se puso en contacto con la familia y se solicitó una reunión con ellos para explicarles de qué trata la intervención y el proceso de este para alcanzar los objetivos planteados una vez que finalice la intervención. Los participantes aceptados, así como sus familias firmaron un consentimiento informado, se les pidió que lo leyeran detenidamente y una vez que estuviesen de acuerdo y aceptaran las normas de conocimiento, se procedió a empezar la intervención. La intervención se llevó a cabo 1 vez por semana por un período de 2 meses. Dentro de este período de tiempo el participante recibió terapia familiar estructural en presencia de los demás miembros de la familia, abordando la dinámica, estructura, reglas, roles y patrones que la familia posee. Al término de las sesiones se evaluaron los efectos producidos por la terapia y revisaron los cambios significativos.

Características, responsabilidades y función del terapeuta:

Las sesiones familiares se llevarán a cabo con un reencuadre en el que se hable del problema sin que la familia se sienta culpable y se pueda visualizar sus interacciones. En cuanto a los intereses personales del paciente se espera que salga con uno, de que le gustaría hacer tras liberarse de la droga y que el terapeuta se interesa en él cómo individuo y desea ayudarlo a alcanzar sus metas (Stanton & Todd, 1985, p. 54). Es necesario tomar en cuenta desde el inicio que el terapeuta de familia debe tomar cierta posición de liderazgo. En teoría, la familia y el terapeuta comienzan la terapia con las mismas metas, pero en la práctica es posible que los miembros de la familia y el terapeuta no entiendan de la misma manera la

localización del sufrimiento su causa y el proceso de curación pese a que la presencia de la familia es un reconocimiento de que necesitan ayuda (Minuchin & Fishman, 1981, p. 43).

El programa de intervención Familiar se desarrolló de forma paralela al programa individual que sigue el adicto en el centro y posee las siguientes características generales:

- Se busca la participación activa de la familia del adicto, intentando reestablecer una comunicación posiblemente interrumpida y/o deteriorada por la adicción entre la familia y el miembro adicto
- Se pretende conseguir una reestructuración familiar mediante actividades informativas, familiares y grupales, además de tareas que se encargaran a la familia durante el programa. De forma paralela se reconocerán las actitudes de clarificación y crecimiento que desarrolla el adicto a lo largo de las diferentes fases del programa terapéutico.
- Se fomentará el encuentro entre familias de los participantes del tratamiento para lograr que las familias no vivan el problema de la adicción como algo único y exclusivamente suyo

Objetivos:

- Restablecimiento de los roles dentro de la jerarquía familiar y buscar una línea de actuación común ante el problema. Esto se llevará a cabo preparando a la familia para el establecimiento de límites, es decir, cuáles son los cambios que el sistema familiar debe tener una vez que el adicto regrese a casa.
- Aprender y poner en práctica pautas de comunicación adecuadas que fomenten la aparición de cambios en la interacción familiar.

- Modificar esquemas relacionales que favorecen el mantenimiento de la conducta adictiva, tomando en cuenta que la familia participa en el mantenimiento del problema a través de negar las consecuencias, y de insistir en soluciones que han probado que no resuelven el problema.
- Lograr una redefinición del problema que permita avanzar hacia la búsqueda posibles soluciones mediante colaboración activa de la familia, ya que las drogas son un problema familiar.
- Coadyuvar en un sincronismo y sinergia de actuación con tratamiento en el centro con el programa de 12 pasos para el adicto y la necesidad de incorporar a la familia a un programa de recuperación (Al-Anón o Familias Anónimas)

Colaborar en la reestructuración familiar lo más armónica y saludable posible a fin de prevenir la reaparición del deterioro relacional y, si se produjera una recaída, capacite a la familia y al propio adicto para reaccionar adecuada y rápidamente ante la misma con serenidad, prontitud, y sin las perturbaciones en la dinámica relacional de las veces anteriores.

Se espera un mayor período de abstinencia, prevención de recaídas tempranas y adherencia terapéutica a través de la aplicación de la terapia familiar estructural. Este tipo de intervención ayudaría a los participantes con problemas de consumo a reorganizar la dinámica familiar, obteniendo consigo una mejoría en la relación con sus miembros. También los participantes acrecentaron sus habilidades, destrezas y modificaría sus comportamientos disfuncionales para reingresar al ámbito familiar y social, al fomentar una dinámica familiar funcional el adicto lograría una reinserción social apropiada sin

necesidad de recurrir al consumo de sustancia para escaparse de las responsabilidades y obligaciones que posee como individuo.

Planeación de las sesiones

La planeación de las sesiones parte del Modelo estructural de Minuchin (1974) y del trabajo realizado por Stanton & Todd, T (1985) Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas. Los trabajos por ellos marcan las bases de la aplicación de terapia familiar en intervenciones en adictos a sustancias.

7.2 Primera sesión

Obtener datos sobre el paciente (consumo y consecuencias), se les explica el programa familiar y se les compromete a participar por medio de un contrato terapéutico. Dentro de esta sesión es importante la evaluación familiar, que será el primer punto de referencia para la intervención (Ramírez, 2001, p. 7). Para Minuchin (2007) “el primer paso consiste en cuestionar la certeza de la familia en cuanto a que el problema primario se localiza en la maquinaria interna del paciente individual. Este paso es el que transforma la terapia en terapia familiar” (p. 32). El tratamiento inicial debe incluir la familia de origen y ante una negativa a que se integren se puede sugerir que la falta de la familia es una de las razones por las que sus anteriores intentos de rehabilitación fueron infructuosos (Stantón y cols., 2006). Es importante que el adicto concientice que ha pasado por muchas ocasiones en tratamientos y deseando dejar de consumir sin resultado alguno y nunca nadie se molestó en dar a sus padres la oportunidad de ayudarlo, por eso los programas anteriores fracasaron. Además, debe tomar en cuenta que son las personas que más le conocen porque lo vieron crecer inclusive más que cualquier profesional. El terapeuta debe ser capaz de brindar respaldo,

revelar intereses, disponibilidad y entusiasmo. También es necesario mantener una falta de rigidez, pues las familias de adictos son muy hábiles y dejan mal parado a un terapeuta inflexible (Stanton & Todd, 1985, p. 131).

La meta consiste en que el terapeuta trace una frontera generacional en la que los padres se mantengan unidos sin que ninguno se una con el adicto en contra del otro.

En este primer acercamiento se busca:

- Lo primero que se debe asumir como terapeuta es tomar el control de la entrevista. No se puede permitir que todos hablen libremente cuando quieran, pues de ser así la familia seguirá a la deriva y la intervención no tendrá buenos resultados. El terapeuta debe decidir quién habla y en lo posible de que se habla, se debe contener al hijo adicto para corregir la jerarquía familiar.
- Si el terapeuta detecta que existen problemas inherentes en la familia como problemas maritales, se deben de mantener fuera de la sesión familiar estos problemas del holón conyugal y sugerirles un espacio aparte para trabajar en ellos
- Se validan los esfuerzos y preocupación de la familia buscando el bienestar del adicto. Para reducir los niveles de defensividad y resistencia Stanton (1985) menciona que “a menudo consigue desarmar a las familias señalándoles que su conducta coincide con la del grupo familiar a través de las generaciones; así, los miembros siguen, en cierto sentido, un papel y quedan absueltos de culpa. Al realizar esto queda por sentado en la familia que todo lo que hacen todos es por una buena razón y es comprensible y permite hacer atribuciones nobles”.
- Explorar y dar un significado distinto al problema por el que la familia ha decidido consultar (reencuadramiento). Si la organización familiar no cambia, el joven

continuará fracasando un año tras otro, pese a los esfuerzos terapéuticos. Hay que recordar que a la familia nunca se le dio la oportunidad de ayudar al adicto pese a que son los que mejor lo conocen.

- El terapeuta reafirma la importancia de la familia en la terapia, por ejemplo, ustedes y yo tenemos que trabajar juntos para ayudarlo a ayudarse él mismo, y sin ustedes no se puede lograr ¿Están ustedes dispuestos? Recuerden que nosotros tenemos que sacarlo de esa penumbra en la que ha estado y podemos conseguirlo si trabajamos juntos
- El terapeuta menciona a la familia las metas y beneficios del tratamiento familiar haciéndoles saber el rumbo de la intervención indicándoles la recompensa por sus esfuerzos y que su tiempo no será gastado infructuosamente.
- La historia de conducta de consumo: En este punto hay que estimular al adicto para que describa el síntoma y el significado que le atribuye al consumo y otros aspectos de sí mismo y de la familia; en otras palabras, darle un espacio respetuoso donde los otros miembros de la familia se conviertan en la audiencia (Minuchin, 2007, p. 32). ¿háblame un poco sobre tu hábito? Es necesario tomar en cuenta que es un error la expresión de emociones ya que esto excita la sesión, pero entorpece la inducción al cambio por lo que se dice a través de los sentimientos y emociones, por ello se debe de contener esta situación.
- Explorar las maneras en que el síntoma se presenta cuestionando los contactos anteriores de tratamientos para dejar de consumir ¿alguna vez intentaste abandonarlo? ¿Recuerdas cómo empezó tu recaída? ¿Cómo era el contexto familiar cuando apareció la recaída? En caso de identificarse secuencias en las recaídas o en

la ingesta de sustancias, hacer hincapié en la necesidad de alterar estas secuencias en su contexto.

- Saber cómo es su percepción de una vida sin drogas: ¿Cómo te liberarás de las drogas? ¿Qué harás con tu tiempo libre cuando no tengas que dedicarte a buscar drogas? ¿Qué dirás a tus amigos cuando quieran que te drogues con ellos? ¿Cómo te ves en 5 años sin drogas? ¿Cómo estás viviendo en estos primeros meses tu proceso de recuperación? (si hay molestia como la gripa, pero no es un infierno).
- La percepción por parte de la familia del consumo de drogas, conocer el problema a través de la visión de los integrantes de la familia para lograr identificar cuáles han sido sus intentos de solución y cómo llegaron a este punto.
- La percepción familiar de las consecuencias del consumo.
- Las estrategias que han utilizado anteriormente para hacer frente al problema.
- Examinar el problema desde diferentes perspectivas hasta que el síntoma pierda poder de afectación en el sistema
- Es necesario averiguar las metas que tiene la familia para el adicto (evitar usar drogas, evitar la cárcel, tomar más responsabilidades, integrarse a la familia, etc.) Esto permitirá explicar a la familia que su inclusión permitirá alcanzar estas metas, ya que ellos son los mejores terapeutas para el adicto problemático.

Los principales cuestionamientos que el terapeuta debe de determinar son:

- ¿Se trata de una familia generadora de adicción o si es una familia con un miembro adicto?
- ¿Cuáles serían las consecuencias del cambio?
- ¿Qué función cumple la familia en la adicción?

- ¿Qué función cumple la adicción en la familia? ¿Existe la posibilidad de elaborar un contrato de tratamiento aceptable?

7.3 Segunda sesión. Necesidad del cambio.

Es muy común que los miembros de la familia individualizan en uno de ellos la localización del problema, inclusive creen que la causa es la patología internalizada del individuo y esperan que el terapeuta se centre en él para realizar el cambio. Sin embargo, para el terapeuta el paciente solo es el portador de un síntoma y las causas del problema son ciertas interacciones disfuncionales familiares. Es posible que la intervención del terapeuta active dentro del sistema familiar los mecanismos para preservar la homeostasis (Minuchin & Fishman, 1981, p 43). Para iniciar es necesario que los padres lleguen a ciertos acuerdos hablando entre sí acerca del problema, el énfasis está en que los padres se hagan cargo de la familia de forma conjunta. su comunicación acerca del hijo puede resolver la división entre ambos mientras encabezan conjuntamente la jerarquía familiar. Otra manera es que se turnen para hacerse cargo del hijo mientras el otro se aparta, de esta forma se evita que estos se ataquen mutuamente. se expondrá el plan de trabajo argumentando que de forma conjunta se trabajará para sacar al adicto del atolladero.

- Esta fase se centra en las dificultades de manejo práctico del problema por parte de la familia, señalando la necesidad del acuerdo y de la adopción de una postura firme y clara respecto al adicto como un requisito básico para la rehabilitación del mismo y como la mejor manera de situarse en la realidad. Así mientras más se elude el validar y desmentir las culpabilidades de la génesis y establecimiento de adicción, las tareas y acuerdos sirven para reconstruir una autoimagen familiar. En esta sesión debe

quedar claro que “la culpa no es de nadie”, lo difícil que es salir de las drogas y destacar que lo más importante es ayudar al adicto (Stanton & Todd, 1985, p. 89). Además, se les recordará a los padres que este programa les dará la posibilidad de triunfar de nuevo y hacer algo por su ser amado.

El terapeuta le recuerda a la familia que alrededor del consumo de sustancias está inmersa en crisis familiares como un estilo de vida. A veces pareciera que serían infelices si una crisis periódica no los activara ¿no creen ustedes que sería bueno empezar a salir de esas crisis?, la idea es ir generando un contexto en el que sea obvia la necesidad del cambio. El terapeuta debe tomar en cuenta que al consumir el adicto los distrae de las crisis familiares, por consiguiente, es necesario mantenerlas y unir a la familia mediante el adicto (Stanton & Todd, 1985, p. 89). En caso de que la familia exponga problemas o crisis el terapeuta inmediatamente pregunté ¿Cómo se relaciona dicho problema con la droga? Ya que al distraerse el problema principal inspira menos respeto y autoridad, hay que recordar que la familia del adicto es muy hábil para evadir las crisis.

- El terapeuta comienza validando el trabajo y esfuerzo que hace la familia para ayudar al adicto reconociendo su ardua labor, se le recuerda a la familia lo difícil que es salir del consumo de drogas y se puede hacer aludiendo los intentos fallidos y el trabajo que le ha costado al adicto y a la familia. Se reitera lo importante que es ayudar al adicto y que la colaboración de la familia les dará la posibilidad de triunfar y hacer algo por su ser amado. Se hace hincapié que la culpa no es de nadie, que se ha tratado de ayudar con mucho amor y dando lo mejor de sí con lo que uno ha aprendido y que si nos hubiesen enseñado algo mejor sin duda lo hubiésemos dado porque amamos al adicto, por ello la culpa no es de nadie.

- Es importante que el terapeuta se integre en familias desorganizadas de un modo positivo y alentador para poder hacer frente a l negativismo y las culpas en las que se encuentran inmersas. Esto se realiza haciendo hincapié a la familia que en esta vez no están solos y que el terapeuta los va a ayudar, de esta manera se resolverá el problema entre todos.
- Es importante que el terapeuta evite una guerra abierta entre los miembros de la familia, es posible que salten a la vista problemas matrimoniales o entre los miembros, el terapeuta debe saltar esto pasándose por alto de ser necesario ya que al enfrentarlos se desvía el objetivo. En este punto es necesario enfatizar el trabajo en equipo y la necesidad de mantenerse juntos ya que de no ser así la intervención fracasara, pues una separación en ese punto podría ser interpretada por el adicto como su responsabilidad, lo cual alentaría una recaída. Cuando termine la intervención tendrán tiempo de resolver sus diferencias
- El terapeuta debe establecer límites y reglas de conducta reprimiendo abiertamente incluso, los comportamientos extremos o inaceptables. Debido a que muchas veces las familias se sienten fuera de control.
- El terapeuta le recuerda a la familia que alrededor del consumo de sustancias está inmersa en crisis familiares como un estilo de vida. A veces pareciera que serían infelices si una crisis periódica no los activara ¿no creen ustedes que sería bueno empezar a salir de esas crisis?, la idea es ir generando un contexto en el que sea obvia la necesidad del cambio.
- El terapeuta puede utilizar la necesidad del cambio por ejemplo en el uso de los hijos regresando una y otra vez al bienestar de los hijos utilizándolo como un eje primario.
En la relación hijo con los padres utilizando estas preguntas:

- ¿Tienes problemas para hablar con tus padres a causa de la adicción?
- ¿Qué cosas te hubiese gustado hablar con ellos?
- ¿Qué ocurría cuando estaban de mal humor a causa de la adicción?
- ¿Cómo encarabas esta situación cuando no podías comunicarte con ellos?
- ¿Qué te gustaría que cambiara?
- ¿Qué quieres decirles a tus papas que no les hayas dicho?
- El terapeuta puede utilizar la necesidad del cambio en el caso de las relaciones entre la pareja con el distanciamiento entre ellos a causa del consumo de sustancia ya que al centrarse en el problema de la adicción se olvida de la relación de pareja.
 - ¿Tienes problemas para hablar con tu pareja a causa de la adicción?
 - ¿Qué cosas te hubiese gustado hablar con él o ella?
 - ¿Qué ocurría cuando estaban de mal humor a causa de la adicción?
 - ¿Cómo encarabas esta situación cuando no podías comunicarte con ella o con él?
 - ¿Qué te gustaría que cambiara?
 - ¿Qué quieres decirle a tu pareja que no les hayas dicho?
- El terapeuta puede utilizar la necesidad del cambio en el caso de la relación de los padres con los hijos al mostrar el distanciamiento a causa del consumo.
 - ¿Tienes problemas para hablar con tu o tus hijos a causa de la adicción?
 - ¿Qué cosas te hubiese gustado hablar con él o ellos?
 - ¿Qué ocurría cuando estaban de mal humor a causa de la adicción?
 - ¿Cómo encarabas esta situación cuando no podías comunicarte con él o con ellos?
 - ¿Qué te gustaría que cambiara?

- ¿Qué quieres decirles a tus hijos que no les hayas dicho?
- El terapeuta puede utilizar la necesidad del cambio en el adicto con las siguientes preguntas.
 - ¿Tienes problemas para hablar con tu o tus hijos, pareja o padres a causa de la adicción?
 - ¿Qué cosas te hubiese gustado hablar con él o ellos?
 - ¿Qué ocurría cuando estabas de mal humor a causa de la adicción?
 - ¿Cómo encarabas esta situación cuando no podías comunicarte con él o con ellos?
 - ¿Qué te gustaría que cambiara?
 - ¿Qué quieres decirles a tus hijos, padres, o pareja que no les hayas dicho?
- La familia enlista los daños recibidos en cada uno de los miembros, a todos los niveles, económicos, sociales, emocionales. Se nombra un representante que los exponga.
- La familia enlista todos los daños por el consumo en el adicto.
- El terapeuta busca enfatizar en la necesidad de hacer un cambio “por el bien de todos”, esto facilitará comprender el ciclo adictivo familiar y las ocasiones en que se ha fracasado.
- Es necesario encarar la situación no como un problema individual del adicto sino como un problema interpersonal que se puede resolver dentro de la familia, este cambio alivia al adicto de la culpa y da la apertura de incorporar a la familia al tratamiento.
- En casos donde, una madre y un hijo están excesivamente apegados, la estrategia común es conseguir que el padre se encargue del hijo.

- En caso de que uno de los padres sea difícil de reclutar para el tratamiento es necesario; confirmarle su importancia, destacar que los cambios dependen de su participación, hacerle saber que tiene la capacidad de sabotear la terapia, responsabilizarse directamente de los cambios, persuadirlo en reacomodar sus prioridades (por ejemplo la felicidad familiar en vez de una adquisición de bienes) La familia recibe instrucciones y consignas firmes y claras sobre cómo tratar a su familiar si aparecen las circunstancias que frecuentemente caracterizan a esta etapa y que tienen que ver con todas las modalidades posibles de abandono prematuro del tratamiento.
- Es vital que la familia logre un acuerdo a fin de establecer objetivos comunes y alcanzables.
- La importancia de que el terapeuta se integre en familias desorganizadas de un modo positivo y alentador para poder hacer frente al negativismo y las culpas en las que se encuentran inmersas.
- Es importante que el terapeuta evite una guerra abierta entre los miembros de la familia ya que es posible que salten a la vista problemas matrimoniales o entre los miembros, el terapeuta debe saltar esto pasándose por alto de ser necesario ya que al enfrentarlos se desvía el objetivo. En este punto es necesario enfatizar el trabajo en equipo y la necesidad de mantenerse juntos ya que de no ser así la intervención fracasara, pues una separación en ese punto podría ser interpretada por el adicto como su responsabilidad, lo cual alentaría una recaída. Cuando termine la intervención tendrán tiempo de resolver sus diferencias.
- Es vital que la familia logre un acuerdo a fin de establecer objetivos comunes y alcanzables.

- El terapeuta debe realizar un reencuadre de las conductas con mucho cuidado puesto que si no puede producir más confusión y agresividad en una familia que lucha con la realidad abrumadora de la adicción. Es necesario mostrar apoyo y empatía en las circunstancias difíciles y peligrosas por las que pasan.
- Los objetivos establecidos deben de estar dentro de las capacidades y del nivel de motivación de la familia. Cuanto más concretas y realistas sean las metas, más fácil resultará su consecución.

7.4 Tercera sesión Interacciones que mantienen el problema.

Es muy común al hablar de los problemas que salgan a relucir los resentimientos. En la historia de la humanidad se han instituido reglas familiares, las cuales definen la relación recíproca de los miembros, cualquier desafío a estas resulta ser contrariado de manera automática. La familia cuando acude a terapia generalmente ya agotó todos sus recursos y los miembros de la familia tienden a destacar en exceso el sector problemático y en este punto se aferran excesivamente a las respuestas familiares. La consecuencia de esto es que se tiene menos libertad y reducen su capacidad para buscar modalidades nuevas de afrontamiento al problema. (Minuchin & Fishman, 1981, p. 43).

Una vez identificadas las consecuencias, se reconocen los sentimientos alrededor de estas. Algunas familias están en este momento muy molesta con el adicto, en este punto se busca paralelamente atacar la negación de las consecuencias que la familia ha venido teniendo. Aparecerá la incomodidad con su manera de vivir y quieren cambiar, la ventaja del taller es que están en una posición que no se sienten solos ya que conocen a otras familias

que al igual que ellos lo han intentado sin conseguirlo. En este paso se explorará cómo los miembros de la familia pueden estar haciendo o manteniendo conductas que perpetúan el problema. Y nos basamos en el supuesto que los miembros de la familia cambiarán su forma de relacionarse si se consideran capaces de ayudar al paciente identificado, para ello se tomarán en cuenta los siguientes puntos:

- La familia cuando acude a terapia generalmente ya agotó todos sus recursos.
- Una vez identificadas las consecuencias, se reconocen los sentimientos alrededor de estas.
- La ventaja del taller es que están en una posición en la que no se sienten solos ya que conocen a otras familias que al igual que ellos lo han intentado sin conseguirlo.
- Es necesario que la familia se dé cuenta que el problema reside en cómo han tratado de resolverlo la familia
- El terapeuta llevará a la Familia al punto de cuestionarse ¿Qué hemos hecho para mantener el problema? Sin que sientan que el terapeuta les está diciendo que son responsables o quitando la responsabilidad indicada al PI Se realizará el cuestionamiento con cada miembro de manera que logren ubicar ellos como han colaborado para mantener el problema:
 - ¿Cómo contribuye la familia (personas significativas como los hermanos, abuelos, tíos, primos que no estén) para que se mantuviera el problema?
 - ¿Te gustaría que se siga manteniendo este problema?
 - ¿Qué puedes hacer para que las cosas sean diferentes y no se siga manteniendo el hábito del consumo?
 - ¿Qué estás dispuesto a hacer para que esta situación cambie?

- ¿Qué es necesario que pase para que no se siga manteniendo el problema?
 - ¿Qué problemas familiares importantes se han dejado de lado por estar la familia centrada en el consumo?
 - ¿Qué crees que pasaría si no contribuye la familia para solucionar los problemas que son responsabilidad del adicto?
 - ¿tú crees que necesitas protegerlo?
 - ¿Dime (¿nombre P. I.) es un niño obediente?
 - ¿Qué necesitas para confiar en él?
 - ¿Cuándo vas a permitir que él asuma sus responsabilidades y se haga cargo él solo de lo que le corresponde?
 - ¿Cuáles serían los beneficios para ti si no se sigue manteniendo el hábito?
- El terapeuta cuestiona al adicto lo referente a la facilitación para su consumo.
 - ¿Qué crees que hubiese pasado si no te hubieran solucionado los problemas en tu vida y tú los hubieras tenido que solucionar?
 - ¿Cuáles eran los beneficios que obtenías cuando la familia colaboraba contigo para mantener el síntoma?
 - ¿Te ha afectado estar en una familia de ayudadores?
 - ¿Qué acciones necesitas que pasen para que no sigas manteniendo el hábito de consumo?
 - ¿Qué puedes hacer para que no siga la familia colaborando para mantener el síntoma?

- ¿Te gustaría hacerte cargo de ti mismo y de tus responsabilidades sin que la familia te solucione las cosas?
- ¿Cuáles serían los beneficios para ti si la familia no sigue colaborando para ayudarte a solucionar lo que te corresponde a ti?
- Después de estos cuestionamientos se dan cuenta que ninguno es totalmente culpable y que todos son responsables esto permite que la carga de la culpa hacia un solo individuo se disipe y en el adicto se elimine la culpa que generalmente es factor de riesgo para una recaída temprana.
- El terapeuta crea un contexto en donde se muestre los beneficios al no mantener el problema por ejemplo cuestionar a los padres ¿al estar consumiendo se han olvidado de los privilegios conyugales? ¿si él se curara estarían más cerca como pareja? El terapeuta de antemano sabe los silencios y pausas significativas ya que en muchas ocasiones los padres no se comunican como pareja y prefieren comunicarse a través del consumo del adicto. La idea es que ambos estén de acuerdo que se cure el adicto y los padres se sientan más cerca.
- En este punto logran cambiar de ser solo actores a convertirse en autores de una nueva historia familiar. Se pide a los miembros que generen una narración sin que se mantenga el síntoma con buena comunicación familiar y sin el consumo.
- En este punto también se menciona a la familia la posibilidad de trabajar un programa de 12 pasos para la familia ya que esto permite, el establecimiento de un grupo de respaldo compuesto por otras familias con problemas similares generando las siguientes ventajas; ayuda a reducir la defensividad masiva tan característica de las familias de abusadores de drogas, prepara el escenario para una participación familiar más intensa en un momento posterior, permite que las familias saquen provecho de

la fuerza, la objetividad y las conductas modeladoras de un grupo de pares más numeroso (Stanton & Todd, 1985, p. 89).

7.5 Cuarta sesión exploración del pasado centrada en la estructura.

Es necesario tomar en cuenta que las personas se desempeñan lo mejor que pueden, como lo hacemos todos. Pero las buenas intenciones por sí solas no bastan y las familias muchas veces fomentan conductas problemáticas. Para tener un claro entendimiento de esto es necesario una exploración breve y focalizada del pasado de los miembros adultos de la familia para ayudarles a comprender cómo llegaron a su actual visión limitada de ellos mismos y los demás. Para que el terapeuta logre introducir estructuras más funcionales es necesario conseguir una posición de proximidad, y para conseguirla es muy útil la confirmación, Minuchin & Fishman (1981) mencionan que “probablemente el instrumento más útil para obtener esa convivencia sea la confirmación. El terapeuta válida la realidad de los holones en que coparticipa. Busca los aspectos positivos y se empeña en reconocerlos y premiarlos. También detecta sectores de sufrimiento, de dificultad o de tensión y da a entender que no pretende evitarlos, pero que responderá a ellos con delicadeza” (p. 47). Para ello se señalarán áreas específicas donde se crean dificultades.

- Se pretende cuestionar a los padres o esposos en caso de que los padres ya no se encuentren para saber cómo adquirieron la forma particular de ver las cosas y de actuar que mantienen, fomentan o perpetúan la conducta problema.
- El terapeuta crea un contexto donde se les explica como la familia esta interrelacionada, dicho de otra manera, los problemas de un miembro de la familia se conectan con los de otros (por ejemplo, padres-hijos). Esta sesión es sobre todo para

los padres. Se les indica a los miembros de la familia que no respondan por otro miembro ya que todos tienen la capacidad de responder por sí mismos, a menos que el otro miembro le pregunte algún dato que no se recuerde bien.

- El terapeuta guiará a los miembros de la familia para que cuenten algo de su niñez (por ejemplo, el número de hermanos, el rol de los padres, quien los cuidaba y colaboraba con el gasto, quien se hacía cargo de la alimentación, etc.
 - ¿Cómo fue su crianza había golpes, insultos, rigidez, o amor, comprensión, buena comunicación etc.)?

Este cuestionamiento se realiza para entender cómo desarrollaron esa forma específica de criar a los hijos.

Se hace hincapié de las particularidades en las que siguen repitiendo las mismas circunstancias, saltando del pasado al presente sin hacerlo muy obvio o que se sientan juzgados, por ejemplo, se realiza el cuestionamiento ¿pareciera que se repite esa misma experiencia? en este punto se hace notar que solo son consecuencias de circunstancias limitantes del pasado.

- Por ejemplo, bueno veo que eres una persona muy responsable y que te gusta que las cosas se mantengan en orden, también eres una persona muy fuerte, pero creo que ya estás un poco cansada.

Vi que lograste identificar muy bien esa parte de ti en la que has colaborado para mantener el hábito del consumo de sustancias de tu niño, podrías compartirnos donde fue. se procede a usar cuestionamientos como:

- ¿Dónde adquiriste esta forma de comportarte y de preocuparte por arreglarle las cosas a los demás?

- ¿Dónde aprendiste a ver lo negativo o las circunstancias difíciles en las que te involucras?
- ¿Dónde aprendiste a ser protectora/or? ¿Quién te protegía?
- ¿Quién te la inculcó?
- ¿Qué sacrificio tu protector por cuidarte?
- ¿Te das cuenta que estas vivencias pasadas ensombrecen tu presente?
- ¿Estas experiencias pasadas hacen que pienses en catástrofes venideras en ocasiones?

Se cuestionan áreas donde se muestra que la familia no está de acuerdo y que muchas veces son aceptadas aun mostrando evidentemente el desacuerdo con preguntas como:

- ¿Veo que hay situaciones en las que no están de acuerdo con los hábitos de su pequeño y es evidente que no son correctas?
 - ¿Qué experiencias en tu niñez te llevan a evitar y tolerar los conflictos?
 - ¿No crees que es demasiada responsabilidad hacerse cargo de tantas cosas?
 - ¿Alguna vez desearías ser libre?
 - ¿Ya te diste cuenta que tu niño necesita permiso de crecer?
- En el caso de falta de capacidad de decidir se generará un contexto con una metáfora y se preguntará, por ejemplo:
 - ¿Quién decidía en tu casa por los demás? ¿Cómo decidían?
 - ¿Quién decidía por ti? ¿Cómo decidían?

Parece ser que al ellos decidir o escoger por ti reduce tu capacidad de enfrentar situaciones.

- ¿Alguna vez en la infancia tu decidiste que querías o siempre decidía alguien más por ti?
- ¿Alguna vez decidiste que tu esposo/hijo no podía cambiar sus hábitos o conductas?
- ¿Cuándo decidiste darte por vencido/a?
- Al asumir más responsabilidades de las que le corresponden a una persona se generara por ejemplo un contexto donde se actúa como super mama o super papa y que es admirado por todos, posteriormente decirle.
 - ¿Veo que estás cansada/o?
 - ¿posiblemente te gustaría no tener tanto trabajo?

Posteriormente preguntamos

- ¿Cómo seleccionaste en tu niñez esa tendencia de hacer todo o solucionarles la vida a los demás?
- ¿quieres hablar de ello?
- ¿Cómo has tratado de cambiar estas situaciones pasadas en tu presente?
- El terapeuta cuestiona a los otros miembros de la familia si también sin darse cuenta repiten situaciones similares.
 - ¿Cómo cuáles?
 - ¿creciste dentro de una caja donde se ubicaba el mismo escenario que tu mamá/papá?
- El terapeuta cuestiona al adicto con preguntas como:
 - ¿Cómo fue su crianza golpes, insultos, rigidez, o amor, comprensión, buena comunicación etc.)?

- ¿Dónde adquiriste la forma de permitir que los demás resuelvan las cosas que te corresponden a ti?
- ¿Cómo aprendiste a seleccionar o escoger a tu protector/a?
- ¿Quién se sacrificó para protegerte y para cuidarte?
- ¿no crees que les dejaste muchas responsabilidades tuyas a los demás?
- ¿Alguna vez en la infancia tu decidiste que querías o siempre decidía alguien más por ti?
- ¿Cuándo decidiste darte por vencido/a y rendirte para que los demás decidieran por ti?
- ¿Quién te la inculcó?
- ¿Te das cuenta que estas vivencias pasadas ensombrecen tu presente?
- ¿Estas experiencias pasadas hacen que pienses en catástrofes venideras en ocasiones?
- ¿Alguna vez en la infancia tu decidiste que querías o siempre decidía alguien más por ti?
- ¿En la actualidad aún deciden los demás por ti?¿Cómo?
- El terapeuta genera un contexto donde se comparte cómo se ha perdido el rumbo por las experiencias vividas que se aprendieron en la infancia. Es necesario que tomemos en cuenta que son situaciones aprendidas, dicho de otra manera, es como un cuento infantil que se cuenta siempre del mismo modo. Se le pide a la familia que si están dispuestos Ahora vamos a ampliar la historia y a imaginarnos otro panorama y contemos el mismo cuento, pero cambiando las cosas hoy en día.

- En esta sesión los hijos permanecen más como espectadores y en las siguientes sesiones se unen a los padres como participantes activos.

7.6 Quinta sesión Exploración de nuevas formas de relacionarse

La familia hace una revisión de los cambios internos que les gustaría tener además de los cambios en el adicto (ser menos sobreprotectores, menos negadores, menos cómplices, etc.). Después de haber visto y analizado el contexto de lo que impide avanzar a la familia y como ha llegado a ser así, los miembros de la familia y el terapeuta conversan acerca de quién necesita cambiar qué y quién está dispuesto o no, este paso es vital ya que transforma un cambio aplicado a la familia a un cambio realizado por ellos. Es muy común que la familia ponga resistencia, sin embargo, el propósito debe ser descubrir con las familias una forma nueva y útil de comprender sus dilemas y explorar los recursos con los que cuentan para sanar.

El terapeuta necesita poner especial cuidado en familias de tres generaciones o extensas donde se delegan responsabilidades de crianza a las abuelas u otros miembros. Es importante ubicar la situación económica y sociocultural para generar estrategias adecuadas para que los padres asuman las responsabilidades de crianza y los otros miembros retrocedan a un segundo plano para trabajar dentro de un sistema cooperativo hacia una diferenciación de funciones, y evitar promover la formación de una estructura acorde a la norma cultural (Minuchin & Fishman, 1981, p. 66).

Esto se dará cuestionando ¿qué es lo que haces tu para mantener o fomentar las conductas problemas? y ¿qué estás dispuesto a hacer para cambiarlas? Sin hacer sentir a la familia culpable del problema. Traerá el patrón interaccional a la sala de terapia, con el objeto

de introducir directamente patrones y estructuras más funcionales. El terapeuta altera la homeostasis tomando partido por un individuo o subsistema. Se llevará a cabo con una retroalimentación positiva “todo lo que hacen todos es por una buena razón”.

Cuando nos enojemos como tiene que ser. Como quieres que cambien las palabras qué palabra quieres que cambien. Necesito apapacho tiempos fuera.

Que significa este llanto

- Se le dirá al adicto parece que es difícil para ti tomar las mejores decisiones para ti y cuando estás dispuesto a tomarlas te sientes como un niño. En caso de que en su sistema familiar ya no estén los padres y el adicto esté casado se le dirá que parece ser que en tus actividades eres muy dependiente de tu esposa. Se realizarán los siguientes cuestionamientos:
 - ¿Cómo hacen tus padres, tu esposa, para conservarte tan pequeño?
 - ¿Cómo logra ella anular tus responsabilidades?
 - ¿Te agrada que tu esposa te proteja?
 - ¿te das cuenta que no has tenido que molestarte en ser padre porque tu esposa/mamá se ocupan de todo?
 - ¿Quién te quitó tu responsabilidad como padre?
 - ¿Crees que no tienes la capacidad de ser padre?
 - ¿Crees que no tienes la capacidad de ser esposo?
 - ¿Qué cosas molestan a tu mamá/esposa?
 - ¿Crees que puedas decirle a tu mama que ya no la necesitas porque ya creciste y eres un adulto?

- ¿Crees que puedas decirle a tu esposa que te habías perdido, pero ya regresaste a tomar el lugar que te corresponde?
- ¿Estás dispuesto a tomar tu papel de adulto?
- ¿Estás dispuesto a ser su esposo y a asumir tu papel?
- ¿Estás dispuesto a asumir tus responsabilidades con respeto y amor?
- Cuando nos enojemos dile ¿cómo tiene que ser o como se tiene que manejar por el bien de todos?
- ¿Cómo quieres que cambien las palabras qué palabra quieres que cambien?
- ¿Dile que es lo que no te gusta y no quieres que se siga repitiendo?
- Cuando necesito un apapacho dile ¿qué esperas de él/ella?
- Cuando necesitas tiempo solo/a ¿Qué esperas de él/ella?
- Dile ¿qué vas a hacer para que cambien las cosas?
- Tu esposa mencionaba que se siente muy sola, pero parece ser que tú también eres una mujer que se siente sola dime; ¿Cuál es la razón por la que siguen atrapados en el resentimiento mutuo? ¿Por qué no buscan consuelo uno en el otro? Tómala de las manos mírala a los ojos y dile lo que quieres decirle. Por último, dile que acuerdos quieres que hagan para que funcione bien la familia y cada quien asuma el rol y la jerarquía que le corresponde
- En caso de ser la madre (esposa) el eslabón central de operaciones familiares y el padre (esposo) ocupa un lugar periférico, el terapeuta entra en coparticipación con las familias escuchando primero respetuosamente a las madres, aunque su propósito último sea aumentar el poder del padre dentro de la familia.
 - ¿Cuándo empezaste a proteger a tu hijo/esposo?

- ¿te das cuenta que ha resuelto muchos problemas y le quitaste la responsabilidad de ser padre/esposo?
- ¿Tu hijo/a fue tu aliado/a para estar en contra de papá/mamá esposo/esposa?
- ¿te das cuenta que has resuelto muchos problemas y le quitaste las responsabilidades a tu hijo?
- ¿Cómo castigas a tu hijo/esposo cuando se porta mal?
- ¿Qué cosa molesta a tu esposo/hijo?
- ¿En qué momento nombraste a tu hijo/a o a otro miembro de la familia tu ayudante?
- ¿No crees que tu pasado te sigue persiguiendo y está afectando? ¿Crees que ya es tiempo de cambiarlo?
- ¿Por qué no ayudas a que tu esposa /mamá ya no se sienta tan angustiada con tantas cargas?
- ¿Cómo lo ayudas a drogarse?
- ¿Estás dispuesta a que tu pequeño crezca y asuma el papel de tu esposo?
- Cuando nos enojemos dile ¿cómo tiene que ser?
- ¿Cómo quieres que cambien las palabras qué palabra quieres que cambien?
- ¿Dile que es lo que no te gusta y no quieres que se siga repitiendo??
- Cuando necesito un apapacho dile ¿qué esperas de él/ella?
- Cuando necesitas tiempo solo/a ¿Qué esperas de él/ella?
- Dile ¿qué vas a hacer para que cambien las cosas?
- Tu esposo mencionaba que se siente muy solo, pero parece ser que tú también eres una mujer que se siente sola dime;
- ¿Cuál es la razón por la que siguen atrapados en el resentimiento mutuo?

- ¿Por qué no buscan consuelo uno en el otro? Tómalas de las manos mírala a los ojos y dile lo que quieres decirle. Por último, dile que acuerdos quieres que hagan para que funcione bien la familia y cada quien asuma el rol y la jerarquía que le corresponde.

Para los hijos o entre hermanos, es necesario validarlos, el terapeuta puede utilizar, por ejemplo; si tuviera un hijo/a como tú me sentiría orgulloso.

- ¿Tus papás reconocen lo buen hijo/hija que eres?
- ¿Qué cosa molesta a tu mamá?
- ¿Qué cosa molesta a tu papá?
- ¿Tus papás se dan cuenta que ya creciste?
- ¿En qué momento tu papá se volvió tu hermanito menor?
- ¿Tu mamá te dio la carga de ayudante o de su reemplazo como padre/madre?
- ¿Qué impide el desarrollo de una familia completa?
- Cuando nos enojemos dile ¿cómo tiene que ser o como se debe solucionar por el bienestar de todos?
- ¿Cómo quieres que cambien las palabras? ¿qué palabra quieres que cambien?
- ¿Dile que es lo que no te gusta y no quieres que se siga repitiendo?
- Cuando necesito un apapacho dile ¿qué esperas de él/ella?
- Cuando necesitas tiempo solo/a ¿Qué esperas de él/ella?
- Dile ¿qué vas a hacer para que cambien las cosas? Tómalas de las manos mírala a los ojos y dile lo que quieres decirle. Por último, dile que acuerdos quieres que hagan para que funcione bien la familia y cada quien asuma el rol y la jerarquía que le corresponde.

- Después de estar establecido el panorama inicial de lo que impide avanzar en la solución de la adicción a sustancias y cómo ha llegado a ser así, los miembros de la familia hablan de quien necesita cambiar qué, y quién está dispuesto o no. Sin este paso las familias se sienten impuestas y presionadas por fuerzas externas, al decidir ellos se convierte en una nueva forma de relacionarse.

7.7 *Sexta sesión.*

En esta sesión se llevará a cabo una recapitulación de todo lo aprendido en las sesiones para aclarar las dudas que se tengan y verificar el cumplimiento de los acuerdos, así como la falta de recursos para llevarse a cabo. También se realizará una escultura familiar, para ello se le pide a un miembro de la familia que sea el escultor, mientras el resto constituye su arcilla humana. La invitación a esculpir se da por un miembro que la familia elige, el escultor inicia la construcción del cuadro dejándose que la escultura se desarrolle a su propio ritmo y luego se pide a los participantes que expliquen algunos sentimientos acerca de las posiciones físicas que encuentran, cuando se comparte el terapeuta modera la participación de los miembros de la familia para evitar discusiones sobre sus relaciones. En esta técnica se obtendrá y transmitirá información sobre la familia sin requerir comunicación lingüística entre ellos.

7.8 *Séptima sesión*

Esta es la última sesión y se lleva a cabo solo entre la familia y el terapeuta. En esta sesión la familia le dice al adicto todo lo que sabe de él y ya no quiere ocultar. Además, se le señalan las consecuencias de una recaída. Para evitar luchas por el poder, el terapeuta debe acudir a la jerarquía apropiada (los padres) cuando se busca el cambio y mantenerlos a estos

en su rol de padres independientemente de que afloren los conflictos conyugales, debido a que la meta de la terapia es la recuperación del adicto. Esta sesión impacta mucho al adicto

Se le da a la familia un reconocimiento por haber culminado con éxito este programa de intervención y por toda la ayuda brindada al PI ya que sin ellos no hubiese sido posible llevar a cabo

8 EVALUACIÓN /VALORACIÓN DE RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

8.1 Resultados de la intervención

Tomando en cuenta la investigación que se realizó para esta intervención, se pretende conseguir un mayor periodo de abstinencia, prevención de recaídas tempranas y adherencia terapéutica al programa de 12 pasos por medio de la aplicación de la terapia familiar estructural. Esta intervención pretendió ayudar a los participantes con problemas de consumo a reorganizar la dinámica familiar, obteniendo consigo una mejoría en la relación con sus miembros. También los participantes acrecentaron sus habilidades, destrezas y modificaron sus comportamientos disfuncionales para reingresar al ámbito familiar y social, al fomentar una dinámica familiar funcional el adicto lograría una reinserción social apropiada sin necesidad de recurrir al consumo de sustancia para escaparse de las responsabilidades y obligaciones que posee como individuo.

El programa de intervención Familiar se desarrolló de manera paralela al programa de 12 pasos que sigue el adicto en el centro y posee las siguientes características generales:

- Tener la participación activa de la familia del adicto, intentando reestablecer una comunicación posiblemente interrumpida y/o deteriorada por la adicción entre la familia y el miembro adicto
- Se pretende conseguir una reestructuración familiar mediante actividades informativas, familiares y grupales, además de tareas que se encargaran a la familia durante el programa. De forma paralela se reconocerán las actitudes de clarificación y crecimiento que desarrolla el adicto a lo largo de las diferentes fases del programa terapéutico.
- Se fomentará el encuentro entre familias de los participantes del tratamiento para lograr que las familias no vivan el problema de la adicción como algo único y exclusivamente suyo

A continuación, mostramos algunos puntos y observaciones relevantes de la intervención con el miembro de Narcóticos Anónimos y su familia, al realizarse de forma individual esta intervención permitió ver más detalles y con más claridad los movimientos en la estructura del sistema. En el caso de la modalidad de taller realizada con los miembros del centro de rehabilitación jóvenes un grito de esperanza los resultados fueron muy similares razón por la cual nos centramos solo en algunas observaciones consideradas importantes. El material utilizado para el análisis de la intervención fue la grabación de las sesiones y los testimonios de los miembros.

Primera sesión: abrir el motivo de consulta (cuestionamiento y análisis del problema)
--

Objetivos:

Validación de los esfuerzos familiares en la búsqueda del bienestar del adicto buscando reducir los niveles de resistencia y defensividad así como dar significado distinto al problema para perder toxicidad, conocer la historia, percepción y consecuencias del problema por parte de todos los miembros del sistema, para ello se le dará la importancia a la familia en el tratamiento ya que si el sistema no cambia se seguirá fracasando.

Participantes	Metas conseguidas
<p>Fred (miembro de Narcóticos Anónimos) y su familia</p> <p>Miembros de centro de rehabilitación jóvenes un grito de esperanza de AA y sus familias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Validación de los esfuerzos de todos haciendo atribuciones nobles, esto permitió reducir los niveles de defensividad y resistencia. ● Las familias comprendieron la necesidad y la importancia de ellos en el proceso de recuperación del PI ya que si el sistema no cambia seguirá fracasando. ● Se logró generar un espacio respetuoso donde se compartió el significado del síntoma (consumo) para todos los miembros y escucharon atentamente las emociones y sentimientos que genera el síntoma en ellos. ● Se analizó el contexto familiar en las recaídas encontrando patrones establecidos. ● Se visualizó en la familia como percibían una vida sin consumo de sustancia por cada uno de los miembros.

Observaciones generales:

Al permitirse escuchar a los miembros de la familia de forma respetuosa sus sentimientos, emociones y percepciones del problema permitió que no se viera el síntoma como algo ajeno sino como un problema de todos. También al analizar el síntoma y las recaídas anteriores la familia descubrió que el trabajo individual no había dado los resultados esperados y al ser un problema de todos también es la responsabilidad de todos hacer algo ya que esto afecta en todas las áreas a todos los miembros de la familia.

TALLER: Las familias al ver que no son las únicas con este problema mostraban cierto consuelo y empatía por los otros miembros de las otras familias, para realizarse de forma más dinámica la sesión se nombró a un representante de cada familia para que compartieran lo que encontraron en esta sesión y se fueron aclarando dudas de forma grupal

Segunda sesión: Necesidad del cambio

Objetivos:

Cambiar la individuación del problema a un síntoma de interacciones familiares. Análisis de daños en todas las áreas (económicas, familiares, sociales, salud, etc.) para generar un contexto donde sea vital y necesaria la necesidad del cambio.

Participantes

Metas conseguidas

Fred.
(miembro de
Narcóticos

- Reconstruir la imagen familiar “la culpa no es de nadie”
- Desmentir la culpabilidad de la génesis de la adicción.
- Comprensión y análisis del consumo de sustancia y como está inmersa en crisis familiares como un estilo de vida.

Anónimos) y su familia	<ul style="list-style-type: none"> ● Generar la necesidad del cambio haciendo obvias las crisis periódicas como un estilo de vida tomando en cuenta que el consumo distrae a los miembros de las crisis familiares.
Miembros de centro de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> ● Crear un contexto positivo y alentador para hacer frente al negativismo por medio de la ayuda de la familia, el trabajo psicoterapéutico y la adherencia a un programa de 12 pasos.
jóvenes un grito de esperanza de AA y sus familias	<ul style="list-style-type: none"> ● La familia expresa y enlista los problemas que giran en torno a la adicción y cómo repercute en sus relación interpersonal de (padre-hija/o, madre-hija/o, esposa-esposo, hija-padres, hijos/padres), en este punto se generó el contexto adecuado para comenzar a generar acuerdos para la reconstrucción de la imagen familiar.

Observaciones generales

Pareciera en la familia del adicto que es normal estar en crisis y en problemas, mencionan que si no hay problemas les da mucho miedo, en el caso de Fred se hace referencia que cuando no tiene problemas los busca porque siente que le falta algo, la pareja menciona que desde el inicio de la relación han tratado de solucionar el problema del consumo, pero de forma aleatoria existen otros cúmulos de problemas que se justifican con el síntoma. El adicto al consumir mantiene la interacción familiar estable, cada que hay problemas el adicto hace más visible su consumo y esto hace que los miembros se unan. El analizar las consecuencias del consumo en todos los miembros se generó en ellos el cambio de necesidad individual a familiar para colaborar en la solución del problema.

Taller: Al compartir el representante de cada familia en grupo lo que van encontrando durante la sesión va enriqueciendo el trabajo de los otros miembros generando un puente de comprensión con personas con los mismos problemas. En algunos casos las familias mencionan que ellos no han vivido experiencias extremas como las otras familias, pero se analiza y explica cómo al avanzar el consumo en fases más crónicas se viven experiencias más difíciles. Las familias crean un contexto de lluvia de ideas enriqueciéndose con la participación de todos.

Tercera sesión: Interacciones que mantienen el problema

Objetivos

Explorar y analizar cómo la familia puede estar haciendo o manteniendo conductas e interacciones que perpetúan el problema.

Participantes

Fred (miembro de Narcóticos Anónimos) y su familia

Miembros de centro de rehabilitación jóvenes un

Metas conseguidas

- La familia cuestionó lo que ha hecho para mantener y perpetuar el problema, empezando con los miembros de familia de origen y al final con los miembros que actualmente mantienen el síntoma.
- Al analizar que hace la familia para mantener el síntoma y todas las personas que colaboran en ello, comprendieron que nadie es culpable y todos son responsables, el adicto se liberó de la culpa y se redujo el peso del problema,

<p>grito de esperanza de AA y sus familias</p>	<p>la familia pudo ver como mantienen el problema volviéndose un problema de todos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Empezaron a delimitar responsabilidades de acuerdo a los roles y a poner límites.
--	--

Observaciones generales:

En el caso de Fred la esposa estalló en llanto mencionando que está cansada y harta de solucionar los problemas del adicto, pero por el otro lado alimenta el síntoma a tal grado de tener un cuarto en el que consume justificando que es mejor que lo haga ahí que en la calle por su propia seguridad. Cuando se analizaron estos puntos además de retomar la necesidad del cambio la familia se da cuenta que la solución del problema está en manos de todos.

Taller: las familias analizaron las interacciones que mantienen el síntoma del consumo y se dan cuenta que no son culpables de la adicción del PI pero sin embargo sí son responsables de colaborar en el mantenimiento del síntoma, esta nueva percepción hace que las culpas se disipen mencionaron en su mayor parte los participantes y los PI este

análisis permitió que ya no se sintieran los únicos responsables de la adicción, el haber vivido con el lastre de la culpa hacia que el control y manipulación estuviera latente en las familia de los PI. Las familias mencionaron que ellos llegaron a creer que por su culpa el adicto consumió y el adicto sentía que era un mal ser humano porque hacía mucho daño a su familia con su adicción a tal grado de sentir que no merecía nada.

Cuarta sesión: Exploración de pasado centrado en la estructura

Objetivos:

Exploración focalizada del pasado de los miembros adultos para comprender cómo llegaron a su actual visión limitada de ellos mismos y los demás

Participantes

Metas conseguidas

Fred (miembro de Narcóticos Anónimos) y su familia

Miembros de centro de rehabilitación

jóvenes un grito de esperanza de

- Los miembros cuestionaron que el modelo de interacción familiar fuera correcto debido a que no se consiguen los resultados esperados.
- Se logró detectar sectores de sufrimiento, de dificultad, de tensión y áreas específicas donde se crean dificultades, esto dejó ver cómo se adquirió la forma particular de ver las cosas y de actuar que mantienen, además de ver cómo se perpetúan las historias familiares cambiando solo los escenarios
- Se encontraron particularidades en las que se siguen repitiendo las mismas circunstancias, en este punto destacan partes aprendidas que en la actualidad sirven para mantener el consumo como por ejemplo la sobreimplicación y la preocupación por

AA y sus familias	<p>arreglar los problemas del sistema lo cual fomenta un ambiente propicio para tolerar y mantener conflictos dentro del sistema familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se creó un panorama familiar donde se puede cambiar la historia de actores a autores.
-------------------	--

Observaciones generales

La familia generalmente idealiza a sus modelos familiares, hasta que se cuestiona lo aprendido encontrando que la familia no ve congruente vivir y terminar como las personas de las que aprendieron a mantener las circunstancias limitantes en el sistema. Un punto crucial fue cuando confrontaron las vivencias pasadas convirtiéndose en una sombra del presente. En el caso de Fred al realizar el análisis se encontró que tres generaciones de

mujeres mantienen las mismas conductas y comportamientos. Y en el caso del PI mantiene conductas muy similares a las del padre.

Taller: Las familias fueron descubriendo dónde habían aprendido esa visión limitada de ellos mismos y los demás en su historia familiar, al realizar un análisis detallado descubren que se está repitiendo la misma historia familiar y se dan cuenta cual es el desenlace de continuar de viviendo dicha manera y continuar haciendo las mismas cosas, se realizó una dinámica donde se les pidió hacer un cuento con los elementos de su historia hasta el punto actual tratando de ubicar que solo fueron actores de su historia y que ahora ellos escribieran una historia que ellos quisieran vivir en donde ellos ahora eran autores de esa historia, se nombró representante y compartieron brevemente sus historias, este punto para las familias fue muy emotivo y se veían contentas.

Quinta sesión: Exploración de nuevas formas de relacionarse

Objetivos

Generar un contexto donde los miembros de la familia y el terapeuta conversan acerca de quién necesita cambiar qué y quién está dispuesto o no, y se lleva a cabo un cambio realizado por ellos con los recursos con los que cuentan para sanar.

Participantes

Fred (miembro de Narcóticos)

Metas conseguidas

- Para los cambios y acuerdos dialogan y definen cómo llevar a cabo el cambio, desde asumir las responsabilidades, así como la manera de interactuar y comunicar sus sentimientos y emociones. También definen todo lo que no les gusta y de cómo les gustaría que los trataran y se comunicaran con ellos.

<p>Anónimos) y su familia</p> <p>Miembros de centro de rehabilitación jóvenes un grito de esperanza de AA y sus familias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● El PI le pide a la familia que le permitan crecer y hacerse cargo de sus responsabilidades. Les dicen a las esposas que quieren tomar el papel de esposo y que ella deje de actuar como su madre. ● Las esposas les piden que crezcan y se hagan cargo de ellos mismos ya que están cansadas de cargar con todo, que lo necesitan como esposos y no como un hijo más. ● Se alteró la homeostasis entre las madres y la hija/o para regresarle la autoridad al padre y se delimitaron responsabilidades de acuerdo a las jerarquías, retomando el rol que le corresponde a cada miembro. ● Al establecer el panorama de lo que impide avanzar en la solución de los problemas generadores del síntoma, los miembros establecen quién necesita cambiar qué y quién está dispuesto o no.
--	--

Observaciones generales

En el caso de Fred ansía ser esposo, se le nota avergonzado al decir que 20 años lleva actuando como niño. La hija expresó la necesidad de sus padres y el dolor de la ausencia de ellos por estar centrados en la adicción de Fred, al parecer eso era algo que no habían tomado en cuenta ya que ambos padres se mostraron asombrados. Todos coincidieron en

que esta sesión les permitió decirse y escucharse como nunca lo habían hecho, dejando en claro que les hace falta comunicarse.

Taller: La familia hace una revisión de los cambios internos que les gustaría tener además de los cambios en el adicto (ser menos sobreprotectores, menos negadores, menos cómplices, etc.). y como les gustaría interactuar compartiendo que nos les gusta y que les gustaría, así como la manera de comunicar sus sentimientos y emociones. También definen cómo les gustaría que los trataran y se comunicaran con ellos

Sexta sesión: Recapitulación	
Objetivos	
Checar acuerdos y realizar un análisis de lo aprendido durante las sesiones. Realización de una escultura familiar.	
Participantes	Metas conseguidas
Fred (miembro de Narcóticos Anónimos) y su familia	<ul style="list-style-type: none"> ● La familia comparte una visión diferente de la adicción y muestra el entendimiento de que solo es un síntoma del mal funcionamiento familiar, y expresan el deseo de dejar de hacer lo que aprendieron de personas significativas en su vida. ● Expresan la necesidad de mantener una diferenciación de roles y el mantenimiento de jerarquías. Además de dejar de hacerse cargos de responsabilidades de los demás miembros. ● Han tenido cambios en la manera de interactuar entre ellos, hacen mención que ya empiezan a tener menos problemas y más colaboración.
Miembros de centro de rehabilitación	
jóvenes un grito de	

<p>esperanza de AA y sus familias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Hacen una delimitación asumiendo que cada uno debe de resolver las circunstancias y responsabilidades de su persona. ● Necesidad de diálogo para expresar sus sentimientos, pensamientos y las cosas que les desagradan para que se dé un buen funcionamiento familiar.
---------------------------------------	--

Observaciones generales

Fred menciona que le cuesta trabajo respetar acuerdos y hacerse responsable de él, pero ya no quiere que se le siga tratando como un niño resolviéndole todo en su vida. Cuando se realizó la escultura se movieron muchas emociones en todos los miembros expresaron el estado actual y el estado deseado. En el estado actual la hija estaba en medio de ellos y recargada en la madre, Fred se veía separado como si fuese más importante que ellas estén juntas. En el estado deseado separaron la hija manifestando que era un obstáculo en la relación de pareja y ellos se tomaron de la mano explicando que ellos quieren estar juntos acompañándose, la hija mencionó que está bien que la quitaran de en medio que se dio cuenta que sus papas quieren estar juntos y que la empiezan a ver como adulta.

Taller: se realizó una dinámica designando un representante por familia, se formaron esculturas familiares, el resultado de las esculturas era explicado por el representante para el grupo, esta dinámica movió muchas emociones y las familias mencionaron que les había

gustado mucho, en el estado deseado la mayoría cambio la representación de roles excepto un PI. Al ser espectadores de la escultura de las demás familias se genera una percepción diferente de las circunstancias, algunas madres y esposas hicieron mención de que al ver a otras familias con la misma experiencia les hace sentir la carga más ligera y una menor necesidad de ocultar la adicción de su familiar.

Séptima sesión: cierre del programa de intervención

Objetivos

Exposición de todo lo que la familia quiere decirle al adicto y que ya no quiere ocultar.
 Crear un contexto de compromiso en el sistema para tener una adherencia terapéutica a un programa de 12 pasos de los miembros.

Participantes

Metas conseguidas

Fred (miembro de Narcóticos Anónimos) y su familia

 Miembros de centro de rehabilitación jóvenes un grito de esperanza de

- Verificación de los objetivos cumplidos de la intervención
- Disminución de la obsesión de consumir.
- Deseo de crear un ambiente familiar sano y participar en el
- La esposa menciona que se siente más libre y sin tantas culpas, además de aceptar su contribución para mantener el síntoma a lo cual le hace saber al PI que no está dispuesta a seguir solucionando sus problemas.
- Cambios en el ambiente familiar.

AA y sus familias	
<p>Observaciones generales</p> <p>La familia se dijo todo lo que no está dispuesta a seguir soportando y lo que están dispuestos a hacer para seguir manteniendo el sistema sano, y parte de ello es la adherencia terapéutica a grupos de 12 pasos para la familia (AL-ANON). Se le dio un diploma por concluir con éxito el programa de intervención.</p> <p>Taller: Se realizó el cierre del programa de intervención y las familias expresaron todo lo que querían decirle al adicto y él también a ellos. La familia expresó límites y circunstancias que cambiarían, así como los malestares hacia las circunstancias que se viven en torno al consumo. Se dio un diploma por la participación de la familia. Esta sesión se volvió muy emotiva y se les recordó de la enorme necesidad de buscar ayuda en el caso de la familia la integración a un programa de 12 pasos cómo Nar-Anon, Alanon, los niños y adolescentes Ala-teen y Nara-teen. Se explicó y compartió la importancia de que ellos se integrarán a un trabajo individual en un grupo de autoayuda y cómo colabora esto para poder enfrentar una prevención de recaídas temprana.</p>	

8.2 *Discusión*

Al finalizar esta intervención basada en la literatura revisada, se sugiere que la terapia familiar estructural de Minuchin influirá de manera efectiva en la prevención de recaídas tempranas, un mayor periodo de abstinencia y una mayor adherencia terapéutica a un programa de 12 pasos. La terapia estructural se enfocará en analizar los patrones de comportamiento familiar, es decir la dinámica e interacción que hay entre ellos. Una vez ubicada, el terapeuta se centrará en promover cambios en la forma de interactuar en el sistema familiar. Minuchin propone el cambio en el sistema para poder restablecer un funcionamiento adecuado, este cambio requiere en primer lugar la identificación de la estructura familiar y el entendimiento de cómo los síntomas están vinculados con dicha estructura además de la participación de los miembros del sistema en el mantenimiento del síntoma. (Eguíluz, 2001, P. 56).

Todos los PI tenían un diagnóstico confirmado de dependencia a cocaína con indicadores de cronicidad, habían comenzado el consumo a una edad temprana, mantenían un consumo arraigado asociado a intentos de deshabituación fallidos en los que la adicción ha llegado a formar parte de un estilo de vida utilizando dosis altas y un consumo de larga evolución lo cual pone de manifiesto un factor predictor de recaídas.

En el programa de intervención se hace palpable la necesidad del cambio en el sistema familiar ya que generalmente en las intervenciones individuales no es tomado en cuenta este aspecto, pese a que son comunes las recaídas tempranas cuando el PI se incorpora al núcleo familiar, en la exploración del problema salta a la vista como el PI cuando deja de consumir tiene deseo de integrarse a la familia pero se siente lleno de culpas y no sabe cómo interactuar en el núcleo familiar, al no cumplir las expectativas de interacción esperadas se genera en

muchos adictos estrés por sus propias exigencias convirtiéndose en un factor de riesgo que propicia en algunos adictos una recaída temprana. En esta intervención son palpables los resultados obtenidos al realizar un cambio en la interacción familiar, en el caso de las familias que participaron mencionan que nunca habían hablado tanto ni se habían escuchado como lo habían hecho esta vez y claro está que cualquier cambio por mínimo que sea altera el sistema. En el campo de la drogodependencia la terapia familiar ha mostrado su eficacia en el aumento del compromiso de los pacientes y su familia con los programas de tratamiento, así como para aumentar la adherencia al tratamiento y disminuir el uso de sustancias postratamiento, mejorar el funcionamiento familiar y facilitar la normalización de los pacientes en cuanto su incorporación social (Becoña & Cortez, 2008, p. 71).

Al reorganizar el sistema familiar los miembros logran identificar áreas de fortaleza y cambio lo cual permite desarrollar elementos sustanciales que permiten a los participantes promover conexión emocional, límites flexibles, sentido de pertenencia y el deseo de interactuar con las demás personas generando una mejor dinámica familiar. Esta experiencia ayudaría a los PI a mantener una mejor adherencia terapéutica dentro de una comunidad de 12 pasos a través de la integración con sus semejantes respecto al consumo de sustancias, favoreciendo el surgimiento de un compromiso conjunto por la satisfacción de necesidades grupales, psicológicas y materiales; al mejorar la dinámica familiar los PI que participaron comparten sus aprendizajes sobre las experiencias del tratamiento familiar a los demás integrantes logrando acrecentar el sentido de comunidad y promoviendo una influencia en los compañeros fomentando un cambio hacia una vida libre de consumo.

8.3 Limitaciones de la intervención

Una vez finalizado este trabajo, se encontraron algunas limitaciones que impiden que esta propuesta tenga una eficacia considerable. La primera limitación encontrada fue en cuanto a la revisión bibliográfica debido a que la mayoría de trabajos en adicciones se centran en la prevención y la mayoría de artículos de intervenciones encontradas en adictos crónicos son de carácter individual, podemos decir que los trabajos de intervención centrados en terapia familiar son mínimos en comparativa con intervenciones individuales y la mayoría de intervenciones familiares son realizados en un contexto anglosajón. La segunda limitación fue que los adictos participantes solo fueron de sexo masculino, no hubo participantes femeninos, lo cual sería bueno tomar en cuenta para futuras intervenciones. Tercero, solo fueron participantes del estado de México del área de Chalco e Ixtapaluca, lo cual no permitió trabajar con adictos de otras comunidades. En cuanto a la clase social la gente que participa en programas de comunidades terapéuticas de 12 pasos son de clase baja y media, lo cual no permite determinar la forma en que se llegan a influenciar las distintas clases sociales. Por último, hay que tomar en cuenta el número de muestra seleccionada, para tener una mayor eficacia respecto a la propuesta sería muy conveniente aumentar el número de participantes y llevar un seguimiento de forma más personalizada para observar hasta donde influyeron los resultados de la intervención.

8.4 Líneas futuras de investigación

Para futuras investigaciones se considera importante analizar la influencia de la terapia familiar estructural en consumo de otras sustancias no solo cocaína (crack) por ejemplo en el caso de alcoholismo, y otro tipo de drogas como la heroína, o alucinógenos. También sería conveniente trabajar en una muestra en sectores poblacionales de clase

mediana y alta donde cuentan con mayores recursos para tratar problemas de adicción. De igual manera es necesario considerar un seguimiento de las familias durante periodos prolongados para evidenciar los cambios mantenidos durante lapsos prolongados de tiempo para un análisis respecto a la percepción del problema, límites, forma de solucionar conflictos, etc. Un reto sería poder demostrar que la terapia familiar tiene mayor beneficio en el campo de las adicciones que la terapia individual para que sea implementada en programas de intervención en adicciones en nuestro país, aunque por muchos profesionales es sabido un mayor beneficio, no se ha explorado lo suficiente en nuestra cultura, solo está explícito en lectura especializada y los centros que llegan a emplearla están en muchas ocasiones fuera del alcance económico de los adictos de clase media y baja.

8.5 Consideraciones éticas:

Antes de iniciar todos los participantes firmaron el consentimiento informado para su participación, en el cual se especifican: los objetivos de estudio, su participación voluntaria, explicando que no va ver ninguna complicación si deciden retirarse de la investigación, se asegura la confidencialidad de lo expresado en sesión, de igual forma sus identidades no serán reveladas, sólo serán conocidas por el terapeuta y su supervisor. Por último una vez terminado el programa de intervención se procederá a destruir la información de los participantes para asegurar que esta información no esté expuesta a agentes externos y no se ponga en riesgo el anonimato de los participantes y sus familiares.

9 REFERENCIAS

Alcohólicos Anónimos (2018). Alcohólicos Anónimos y los grupos Oxford. *Boletín Institucional* [Archivo PDF]. https://aamexico.org.mx/boletines/2970/291_A2970.pdf

- Ambrosio, E. (2008). Efectos de la cocaína en el ser humano. *Trastornos adictivos Departamento de psicobiología* [Archivo PDF]. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13128590>
- American Psychiatric Association- APA. (2014). *Guía para el diagnóstico clínico DSM-5* [Archivo PDF]. <https://tienda.manualmoderno.com/gpd-dsm-5a-gua-a-para-el-diagnostico-clinico-9786074484892-9786074484908.html>
- Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A., Villanueva, V. (2010) *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* [Archivo PDF]. <file:///C:/Users/hp/Desktop/tesis/paso%20de%20individual%20a%20familiar%20t.%20sistemica/Manual%20de%20adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion.pdf>
- Beck, A. Wriht, F. Newman, C. Liese, B. (2000). *La terapia cognitiva de las drogodependencias* [Archivo PDF]. http://chamilo.cut.edu.mx:8080/chamilo/courses/REHABILITACIONDELASADICCIONESENERO/document/TERAPIA_COGNITIVA_DE_LAS_DROGODEPENDENCASI.pdf
- Becoña, E., I., Cortés, M., T. (2008) *Terapias centradas en la familia. Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones* [Archivo PDF]. https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/06/GuiaClinicaIntPsicologica_Adicciones.pdf
- Bertalanffy, L., V. (1976). *Teoría General de los Sistemas* [Archivo PDF]. <https://cienciasparadigmas.files.wordpress.com/2012/06/teoria-general-de-los-sistemas-fundamentos-desarrollo-aplicacionesludwig-von-bertalanffy.pdf>

Eguíluz, L. (2004) *Terapia Familiar* [Archivo PDF]..

<https://es.scribd.com/document/467300085/Terapia-Familiar-Eguiluz-pdf>

Centros de Integración Juvenil CIJ (2016). Cerebro y sustancias psicoactivas. *Elementos básicos para el estudio de la neurobiología de la adicción* [Archivo PDF].

<http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/tratamiento/libro1.pdf>

Centros de Integración Juvenil CIJ (2016). Cerebro y sustancias psicoactivas. *Elementos básicos para el estudio de la neurobiología de la adicción* [figura 2]. Recuperado de:

<http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/tratamiento/libro1.pdf>

Centros de Integración Juvenil CIJ (s/f). *Psicoterapia individual, grupal y familiar del consumo de drogas (serie técnica de tratamiento y rehabilitación)* [Archivo PDF].

<http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/tratamiento/libro4.pdf>

Cirillo, S., Berini, R., Cambiaso, G., Mazza, R., (1999) *La familia del toxicodependiente* [Archivo PDF]. <https://qdoc.tips/queue/cap-1-2-la-familia-del-toxicodependiente-pdf-free.html>

Coletti, M. (1987) Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias. *Comunidad y Drogas. Monografías* [Archivo PDF].

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/pndcomunidadmono1.pdf>

Del Bosque, J. Fuentes, A., M. Bruno, D., D. Espínola, M. González, N., G. Loedo, A., A. Medina, M., M. Nanni, R., A. Natera, G. Prospero, O., G. Sánchez, R., H. Sansores, R., Real, T. Zinser, J. Vázquez, L. (2014). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud mental* [Archivo PDF]. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n5/v37n5a4.pdf>

- Girón, S., Martínez, M., González, F. (2002). Drogodependencias juveniles: *revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia* [Archivo PDF]. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-drogodependencias-juveniles-revision-sobre-utilidad-13035592>
- González, I., Ll. Tumuluru, S. González, M., T. Gaviria, M. (2015). Cocaína: Una revisión de la adicción y tratamiento. *Revista de la asociación Española de Neuropsicología* [Archivo PDF]. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n127/original7.pdf>
- Gutiérrez., R., R. Andrade., P., P. Jiménez, A., T. Saldívar., G., H. Juárez., F., G. (2009) Alcohólicos Anónimos (AA): aspectos relacionados con la adherencia (afiliación) y diferencias entre recaídos y no recaídos. *Salud mental* [Archivo PDF]. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500009
- Informe Mundial sobre Drogas 2021 de UNODC [Archivo PDF]. <https://www.onu.org.mx/informe-mundial-sobre-las-drogas-2021-de-unodc-los-efectos-de-la-pandemia-aumentan-los-riesgos-de-las-drogas-mientras-la-juventud-subestima-los-peligros-del-cannabis/>
- Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México (2021). *Comisión Nacional contra las Adicciones* [Archivo PDF]. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME_PAIS_2021.pdf
- Jmdelpino (2021) Sinapsis química. [figura 1] Recuperado de: <https://issuu.com/jmdelpino/docs/2021-cibe-c1-iv/s/12019263>
- Jaramillo, J., G. (2016) *Terapia familiar estructurada y sentido de comunidad dentro de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencia*, [Trabajo de titulación para psicólogo

clínico, Universidad san Francisco de Quito USFQ]

<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6116/1/128989.pdf>

Marcos, J., S. Garrido, M., F. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones.

Apuntes de psicología [Archivo PDF].

http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/hospitalizacion/pdf/marcos_juan.pdf

Marcos, J., S. (2010) *EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA*

MULTIFAMILIAR CON EQUIPO REFLEXIVO EN ADICTOS A OPIÁCEOS EN

TRATAMIENTO DE METADONA. [Tesis doctoral, Universidad de Sevilla]

https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/16000/Y_TD_PS-PROV12.pdf?sequence=1

Minuchin, S. Nichols, M., Lee, W. (2007) *Evaluación de Familias y Parejas Del síntoma al Sistema*

[Archivo PDF].

[https://www.academia.edu/36751378/Evaluaci%C3%B3n_de_familias_y_parejas_Salvador](https://www.academia.edu/36751378/Evaluaci%C3%B3n_de_familias_y_parejas_Salvador_Minuchin)

[_Minuchin](https://www.academia.edu/36751378/Evaluaci%C3%B3n_de_familias_y_parejas_Salvador_Minuchin)

Miranda, Pilar. (1992) *La educación para la salud en el desarrollo comunitario. Pedagogía social;*

revista interuniversitaria [Archivo PDF].

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2541887>

Narcotics Anonymous (2006). *Información sobre Narcotics Anonymous* [Archivo PDF].

https://na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/PR/Information_about_NA_sp.pdf

Nardone, G. Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio.* Barcelona: Herder [Archivo PDF].

<https://ebin.pub/el-arte-del-cambio-trastornos-fobicos-y-obsesivos-9788425418112->

[8425418119.html](https://ebin.pub/el-arte-del-cambio-trastornos-fobicos-y-obsesivos-9788425418112-8425418119.html)

National Institute of Drug Abuse (NIDA). (2004). *¿Cuáles son los factores de riesgo y cuáles son los factores de protección?* [Archivo PDF].

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa>

National Institute of Drug Abuse (NIDA). (2010). Principios de Tratamiento para la drogadicción.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.E.U.U. [Archivo PDF].

<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-drogadiccion/terapias-de-la-conducta/terapia-de-12-pasos>

National Institute of Drug Abuse (NIDA). (2010) Cocaína y Adicción.[figura 2] recuperado de:

<https://nida.nih.gov/es/download/1141/cocaina-abuso-y-adiccion-reporte-de-investigacion.pdf?v=3f3fb3f0903dfa8879388c2a5d086cb9>

NIDA. (2020), 9 de junio. *¿Cómo se proporciona el tratamiento en una comunidad terapéutica?*

[Archivo PDF]. <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/how-treatment-provided-in-therapeutic-community>

Ochoa, E., M. Molins, S., P. Seijo, P., C. (2018). *Síndrome de abstinencia. Trastorno por uso de*

cocaína y otros trastornos mentales [Archivo PDF].

http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/TMyTUS_GUIA_3_COCAINA_vers_DEF.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015) *PROBLEMÁTICAS DE LAS DROGAS (orientaciones generales)* [Archivo PDF].

https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf

Olivera, Cecilia, Oppedisano, Paula, Fiocca Solimei, Laura Andrea y Barrera, Concepción Esmeralda (2011). *La eficacia de la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento de las drogodependencias. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-052/234.pdf>

Organización mundial de la salud. (1994) *Glosario de términos de alcohol y drogas* [Archivo PDF].

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2004) *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, Resumen.* [Archivo PDF].

https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf

Organización Mundial de la Salud (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas Organización* [Archivo PDF].

https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Pedrero, E., Fernandez, J., Casete, L., Bermejo, M., Secades, R., Tomas, V. (2007) *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones* [Archivo PDF]. <https://socioalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Guia-clinica-de-intervencion-psicologica-en-adicciones,-Elisardo-Becona,-Maite-Cortes,-2008.pdf>

<https://socioalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Guia-clinica-de-intervencion-psicologica-en-adicciones,-Elisardo-Becona,-Maite-Cortes,-2008.pdf>

Ramírez, M., V. (2001) *Terapia Familiar y Adicciones. Revista Internacional de Psicología* [Archivo PDF].

https://www.researchgate.net/publication/331170674_Terapia_Familiar_y_Adicciones_Un_enfoque_practico_con_resultados_practicos

Ruiz, J., S. Pedrero, E., P. (2019) Neuropsicología de las conductas adictivas. *Editorial síntesis* [Archivo PDF]. <https://www.sintesis.com/data/indices/9788491713340.pdf>

Sandí, L., E. (2005) *Neurobioquímica de la Dependencia a las Drogas* [Archivo PDF]. <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/cidfa/NEUROBIOQUIMICA-DEPENDENCIA-DROGAS.pdf>

Stanton, D., Todd, T., C., (1985) *Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas* [Archivo PDF]. <https://es.scribd.com/document/262086040/Terapia-Familiar-Del-Abuso-y-Adiccion-a-Las-Drogas>

Téllez., M., J. Cote., M., M. (2005) Efectos toxicológicos y neuropsiquiátricos producidos por el consumo de cocaína. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia* [Archivo PDF]. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v53n1/v53n1a03.pdf>

Valdés, A., C. (2007) Funciones y dinámica de la familia. *Familia y desarrollo, intervenciones en terapia familiar* [Archivo PDF]. https://psicologiasantacruz.com/wp-content/uploads/2019/07/familia_y_desarrollo_intervenciones_en_terapia_rinconmedico.net_.pdf