



**INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE LA FAMILIA.**

Incorporación de la perspectiva sistémica y de género al entendimiento del fenómeno adictivo dentro de mi experiencia profesional en el Centro comunitario de Salud Mental y Adicciones CECOSAMA.

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR**

**Presenta**

**BERENICE FRAGOSO SÁNCHEZ**

**CDMX, enero del 2023**

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



**INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE LA FAMILIA.**

Por la presente aprobamos el trabajo de tesis:

Incorporación de la perspectiva sistémica y de género al entendimiento del fenómeno adictivo dentro de mi experiencia profesional en el Centro comunitario de Salud Mental y Adicciones CECOSAMA.

Realizado por:

**BERENICE FRAGOSO SÁNCHEZ**

Para obtener el grado de:

**MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR**

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

**COMITÉ DE TESIS:**

**Directora de la tesis: Mtra. Sara Elisa Gracia Gutiérrez de Velasco**

**Sinodal: Dra. Maribel Nájera Valencia**

**Sinodal: Dra. Marisa Oseguera García**

CDMX, enero del 2024

## DEDICATORIA

*A mis ángeles del cielo: mi abuela, abuelo y mi padre a quienes estoy segura que este logro les hubiera llenado la vida de alegría.*

*A mi madre, quien por fortuna aún me acompaña en este camino con mucho amor*

## AGRADECIMIENTOS

A mi pareja por su apoyo y comprensión

A mis amigos por ser mi segunda familia

A mi escuela, a mis profesores, a mi tutora y mis sinodales por sus enseñanzas y sabiduría

A todas la personas que me aman y me siguen acompañando en este largo trayecto académico.

A la vida por todas las experiencias que me han hecho ser la persona que soy...

Gracias infinitas...

**INDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1 JUSTIFICACIÓN	1
1.2 OBJETIVOS	4
1.3 METODOLOGÍA	4
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
2.1 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO	5
2.2 MODELO UNEME CAPA /CECOSAMA	9
2.3 MOTIVOS DE INGRESO AL TRATAMIENTO	11
2.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE DROGAS	12
2.41 Factores Personales	15
2.42 Factores Familiares	15
2.43 Factores Sociales	16
2.44 Factores de Género	17
2.45 Factores Educativos	17
2.46 Factores Comunitarios y Sociales	17
<b>3. PREVENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>18</b>
3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	19
3.11 Prevención Universal	19
3.12 Prevención Selectiva	19
3.13 Prevención Indicada	20
3.14 Contextos de la Prevención	20

<b>4. MIRADA SISTÉMICA ESTRUCTURAL Y DE GÉNERO EN EL QUEHACER CLINICO CON CONSUMIDORES DE DROGAS DENTRO DEL CAPA/CECOSAMA LA MAGDALENA</b>	<b>21</b>
4.1 LA FAMILIA DEL USUARIO DE DROGAS, ESTRUCTURA Y FORMAS DE COMUNICACIÓN	21
4.11 Función de las sustancias adictivas dentro del sistema familiar	21
4.12 Niveles de comunicación y doble vínculo en las familias con un miembro que presenta problemas de adicción	25
4.13 Formas de Comunicación Patológica y Tipos de Interacción en las familias con uno o más miembros que padecen una adicción.	29
4.14 Análisis de los procesos comunicacionales en las familias con un miembro que tiene una adicción (interacciones simétricas o complementarias)	31
4.15 Los triángulos típicos en las familias donde hay problemas asociados al consumo de drogas o conductas adictivas.	33
4.2 LAS CREENCIAS MITOS Y LEALTADES AL INTERIOR DE LA FAMILIA CON UN MIEMBRO QUE PRESENTA PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS.	40
4.21 Sistema de creencias familiares	40
4.22 Los mitos al interior de las familias con problemas asociados al consumo de drogas.	43
4.23 Lealtad Familiar	47
4.3 CICLO DE VIDA FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL PROCESO DE CONSUMO	53
4.31 Las crisis de vida como factores desencadenantes del consumo de drogas	54
4.4 LA IMPORTANCIA DE LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS.	55
CONCLUSIONES	61
BIBLIIOGRAFÍA	65

## **1.INTRODUCCIÓN**

### **1.1 JUSTIFICACIÓN**

En México cada año el consumo de drogas va en aumento, por lo cual existe una constante preocupación de las instancias de salud por mejorar e implementar nuevos programas que den cobertura a la demanda en lo que respecta al consumo de sustancias adictivas, sin embargo, la infraestructura y los recursos materiales y humanos para su abordaje siguen siendo insuficientes. Con el tema de la pandemia se han incrementado notablemente los padecimientos de salud mental incluyendo depresión y ansiedad (INFOBAE;2022). Muestra de ello se inició el proceso de reconversión de los UNEMES CAPAS a Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones CECOSAMAS, sin embargo, pese a que los programas son bien intencionados habría que entender que la visión que se tiene de los problemas de salud mental, incluyendo los problemas de adicciones, sigue siendo una visión lineal causa-efecto, que predominantemente se asocia con el modelo médico hegemónico que ha prevalecido en el abordaje de las problemáticas de salud durante siglos (Osorio,2012).

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017), dice que con el aumento de la disponibilidad de tratamiento se debería cerrar la brecha de atención pues muestra que más de 3 millones de personas requieren de intervenciones breves y casi 2 millones de tratamiento especializado en lo que respecta al consumo de drogas. Esto del aumento de la disponibilidad de tratamiento podría llevar a pensar que en la medida en la que se incrementen los recursos humanos, infraestructura y/o materiales se podría abarcar a una mayor cantidad de población desde la atención primaria antes de que los consumidores de sustancias psicoactivas lleguen a un nivel especializado, o Centros de Internamiento, desde donde se sabe que las posibilidades de recuperación se reducen aún más debido a la severidad de la adicción a diferencia de una atención temprana y oportuna. Desde esta lógica se esperaría un atraso en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, así como la reducción de problemas asociados, lo cual pretenden los programas preventivos en general (CONADIC;2021), sin embargo, poco se ha modificado el enfoque para el abordaje del problema a nivel Institucional. Por otro lado, la ENCODAT marca una separación entre las personas que requieren intervención breve de las que requieren tratamiento especializado, sin embargo, si lo vemos desde la perspectiva sistémica, no sería tan útil esta división ya que el foco estaría puesto en el contexto relacional de cada individuo, que incluye lo cultural, lo social,

económico, religioso, lo familiar y que se asocia directamente dichas pautas de comportamiento. De tal modo que las mismas personas que llegan a una intervención temprana o atención primaria podrían caer en un servicio más especializado si no se atienden y se tratan estas formas de relación, ya que el modo en el que un individuo se relaciona con las drogas también se puede generalizar a otros contextos como relaciones con familia, pareja, amistades, uso de las tecnologías, formas de alimentación, comportamientos sexuales, etc.(Centro Acción; 2021), más allá de aquello inherente al individuo per se y el desarrollo de habilidades. Cabe mencionar que en esto se basan los programas de intervención breve cognitivo-conductuales<sup>1</sup> diseñados por la UNAM e implementados en los CAPAS desde el 2009 y es únicamente en los tratamientos “especializados” o residenciales que se comienza a considerar dentro del trabajo clínico el contexto y en consecuencia a incluir la terapia familiar en algunos programas. Al respecto es importante señalar que ningún Centro de Atención Primaria a las Adicciones, ahora CECOSAMAS considera con carácter de obligatoria la implementación de la terapia familiar o de pareja como parte del proceso de recuperación de la persona con problemas asociados al consumo de drogas. Lo cual resulta interesante, ya que a pesar de que implementan talleres a familiares de usuarios o talleres como el de crianza positiva, no se considera el contexto relacional de cada individuo y a pesar de que se conoce la prevención” selectiva” se siguen abordando los temas como prevención universal.

De este modo se hace indispensable implementar una visión sistémica al trabajo institucional para el abordaje del consumo de drogas desde la prevención primaria, incluyendo en la práctica aspectos socio culturales, familiares e individuales.

Para introducirnos en esta visión es importante comenzar a mirar los efectos del consumo de sustancias y comportamientos adictivos desde una perspectiva circular. Desde aquí, se considera al paciente identificado como parte de la familia, y no como una entidad independiente, por lo cual el foco está puesto en la forma como se influye mutuamente con el resto de los miembros desde las distintas posiciones jerárquicas y roles que ejerce cada uno dentro del sistema familiar (Paéz-Cala;2019). Esto significa que el individuo con problemas asociados al consumo de drogas, o con comportamiento adictivo, no es el causante de los problemas familiares, ni la familia es culpable de la adicción del miembro que la padece, más bien tiene que ver con las formas de relación y las pautas de comportamiento rígidas, o inamovibles en torno al consumo que dificultan o impiden llegar a alternativas de solución a los conflictos existentes, lo cual termina afectando a todos los miembros de la familia.

<sup>1</sup> Consultar: [Marco Teórico de Tesis sobre Terapia Cognitivo Conductual],(s.f)

Según investigaciones reportadas en el artículo de Díaz Negrete, D.B et al; 2009, el consumo de sustancias afecta todos los aspectos de la vida familiar. Se han identificado como áreas de impacto el estado físico y psicológico, la calidad de las relaciones, la situación económica y la integración a la vida social.

Al inicio, cuando la familia se entera del consumo de sustancias, se registra confusión, incertidumbre y rabia atribuibles al desconocimiento del problema, con el paso del tiempo esto puede derivar en estados de pánico, depresión, estrés crónico y en una experiencia traumática y devastadora para toda la familia; así como problemas físicos entre ellos la úlcera e hipertensión. La familia también puede experimentar desesperación o desamparo. La irritación y el enojo pueden coexistir con la preocupación por la salud, la seguridad y el bienestar del usuario. Del mismo modo, el consumo repercute de manera negativa en las relaciones familiares; propicia el conflicto y el deterioro de la comunicación, y la pérdida del respeto y la confianza, lo que induce a un aumento de tensiones y, bajo ciertas condiciones, a escaladas de violencia.

“Las dificultades para convivir con el usuario coexisten con la centralización de la atención en su persona, en detrimento de los otros miembros de la familia. Ciertas conductas que acompañan al uso de sustancias (mentiras, hurtos, actitudes desafiantes, ocultamiento) pueden conformar a los ojos de los padres un cuadro de conducta “desviada” y anormal que se vincula con sentimientos de culpa y vergüenza, así como con la sensación de fracaso en el ejercicio de la paternidad e incluso con la exclusión del usuario. El temor al estigma puede afectar la vida social de la familia y conducirla al aislamiento” (Díaz, et al;2009 p.33).

Por último, hay un impacto económico y financiero por el consumo de sustancias, causado por los hurtos en el hogar, una creciente necesidad de dinero por parte del usuario y la adquisición de deudas que pueden recaer sobre la familia, lo que se suma al costo de la atención del problema y al tiempo y recursos invertidos en ello.

## 1.2 OBJETIVOS

### Objetivo General

Analizar la conducta adictiva con un enfoque sistémico y de género, desde la experiencia profesional, que sirva a otros profesionales de la salud en la evaluación de la persona con problemas asociados al consumo de drogas.

### Objetivos específicos

- Que personas de los diferentes ámbitos profesionales de la salud (medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social, consejería) se sensibilicen a mirar desde una perspectiva sistémica y de género.
- Facilitar el trabajo transdisciplinar entre los equipos de especialistas en adicciones a través de la identificación de necesidades de atención específicas.
- Propiciar la participación de la familia desde el inicio del tratamiento como parte del modelo Institucional especializado en adicciones.

## 1.3 METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una tesina por informe de experiencia profesional en la cual se incluirán casos clínicos que he tenido la fortuna de atender dentro del CAPA La Magdalena, ahora CECOSAMA, desde un abordaje sistémico relacional y que pueden servir como guía para otros profesionales de la salud en la comprensión del enfoque y la importancia de la integración de la terapia familiar al tratamiento dentro del campo de las adicciones.

Se tomó como fuente informativa principal las notas de evolución del expediente clínico institucional así como los relatos de los pacientes y sus familias con su previa autorización y consentimiento informado respetando la confidencialidad en todo momento. Cabe señalar que los nombres de las personas que aparecen en cada caso son ficticios.

## **2.MARCO TEÓRICO**

### **2.1 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO**

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016- 2017), entre la población general (12 a 65 años), el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida fue de 10.3%; para la población de hombres fue de 16.2% en tanto que para mujeres representó el 4.8%. Para el primer caso, esto representó un aumento significativo respecto a la encuesta previa de 2011, tanto para hombres como para mujeres y, particularmente, para los rangos de edad más jóvenes. Para el segundo escenario de prevalencias, es decir, en el último año, el incremento también fue significativo, sobre todo en el caso de las mujeres más jóvenes (12 a 17 años), en los hombres este incremento ocurrió en el estrato correspondiente a los 18 a 34 años. Por otra parte, se identificó que quienes habían desarrollado dependencia a cualquier droga correspondía a un 0.6% de la población, que representa un aproximado de 546 mil personas (1.1% de los hombres y 0.2% de las mujeres).

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014), identificó que el 3.3% de los estudiantes de 5° y 6° grado de educación primaria (10 a 12 años, aproximadamente) habían consumido drogas ilegales alguna vez en la vida (hombres, 4.7% y mujeres, 1.7%). En los estudiantes de secundaria (13 a 15 años aproximadamente) y bachillerato (16 a 18 años aproximadamente) la prevalencia alguna vez en la vida fue de 17.2% (hombres, 18.6% y mujeres, 15.9%).

De acuerdo con la ENCODAT (2016), las drogas siguen teniendo un inicio temprano en hombres 17.7 y mujeres 18.2.

Respecto a las drogas de inicio, después del alcohol (45.8%) y el tabaco (28.7%), la marihuana (14.8%), los inhalables (4.6%) y la cocaína (2.6%) son las drogas con la que iniciaron su consumo (INP; et al; 2017)

Por otro lado, se observa de acuerdo a esta encuesta que apenas el 20.4% de la población que presenta dependencia y el 8% de los que han consumido alguna droga en el último año, han acudido a tratamiento (INP; et al;2017)

La demanda de tratamiento por consumo de sustancias es un indicador de que, en ausencia de estudios periódicos como las encuestas nacionales, puede usarse como referencia del uso de los servicios, de las tendencias en la prevalencia y del consumo problemático de sustancias. Durante el año 2020, 101,142 personas demandaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), Centros de Integración Juvenil (CIJ) y Centros No Gubernamentales, de los cuales, el 84.6% fueron hombres y 15.4% mujeres. Los usuarios de sustancias psicoactivas que demandaron tratamiento presentaron una edad promedio de 25.4 años, 8.26% de los usuarios fueron menores de edad (11 a 17 años), en tanto que 91.74% fueron mayores de edad (18 a 72 años); 71% fueron personas solteras y 29% casadas o viviendo en unión libre; 43% de las personas contaban con estudios de secundaria, 28.2% de bachillerato, 16.9% primaria, 8.6% profesional y 1.8% no contaba con ningún tipo de estudio; 40.6% de las personas contaban con empleo, el 37.1% dijo estar desempleados y 15.8% eran estudiantes. Las sustancias cuyo consumo causó mayor demanda de tratamiento fueron los Estimulantes de Tipo Anfetamínico (ETA), que incluyen a las anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis o estimulantes de uso médico con el 30.2% de los casos, seguidos del alcohol con el 24.5% y la marihuana con el 15.1%. Respecto a las diferencias de género, las principales sustancias por las que las mujeres solicitaron ayuda fueron el alcohol con el 30% de los casos, seguido de los Estimulantes Tipo Anfetamínico con el 26.6% y la marihuana con el 14.3% de los casos; mientras que entre los hombres las principales sustancias fueron los Estimulantes Tipo Anfetamínico con el 30.9%, seguidos del alcohol con 23.5% y la marihuana con el 16.4% de los casos (CONADIC;2021).

En relación con la historia de consumo y acceso al tratamiento, los usuarios iniciaron el consumo de cualquier sustancia psicoactiva (incluyendo alcohol y tabaco) en promedio a los 13.6 años, la (sustancia de impacto la comenzaron a usar en promedio a los 16 años, es decir, pasaron solo 2.5 años entre la experimentación y el consumo de la sustancia de preferencia. Considerando que la edad promedio de ingreso a tratamiento fueron los 25 años, pasaron en promedio 11.5 años desde la experimentación hasta la solicitud de atención por el uso de la sustancia de impacto (CONADIC;2021).

Como factor de riesgo, el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias representa la pérdida de al menos 3,075.44 Años de Vida Saludable por cada 100,000 habitantes, siendo el consumo de alcohol el que más carga de enfermedad presenta, seguido del tabaco y otras sustancias como las médicas o las ilícitas (CONADIC;2021).

Por otro lado, cuando se considera la carga de enfermedad ocasionada directamente por los trastornos por el consumo de sustancias, se encontró que la mayor carga de enfermedad por cada 100,000 habitantes se deriva de los trastornos por consumo de alcohol (268.49) y la menor por consumo de marihuana (6.08) (CONADIC;2021).

Con base en datos aportados por la Dirección General de Información en Salud, respecto a las muertes directamente asociadas con el consumo de drogas de 2010 a 2017, se han registrado 22,856 fallecimientos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de distintas drogas de acuerdo a la clasificación CIE-10 (Comisión Nacional contra las Adicciones, et al; 2019)

En la actualidad las adicciones son consideradas un problema de Salud Pública en el mundo y en nuestro país, por lo que se han implementado políticas públicas que permitan afrontar de la mejor forma posible la oferta y la demanda. Con respecto a esta última los principales retos que se ha planteado son en evitar los primeros contactos con la droga y retrasar la edad de inicio del consumo (INP, et al; 2017), así como abordar las consecuencias negativas tanto para la salud como para la sociedad originadas por el uso indebido de drogas por medio de programas de tratamiento, rehabilitación y reinserción (Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas; s/f)

La estrategia para la atención del consumo de drogas estaba basada principalmente en la prevención, la detección oportuna y el tratamiento del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. Con respecto a la primera, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), ahora Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), contaba con el Programa Nacional de Prevención del Uso, Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Participación Ciudadana y publicó los Lineamientos Nacionales para la Prevención del Consumo de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas, con el objetivo de impulsar y consolidar los programas preventivos que operan en el territorio nacional, cuyas bases se encuentran fundamentadas en evidencia científica y las mejores prácticas; asimismo, a través de la CONADIC se promovían criterios para homologar el desarrollo y evaluación de las intervenciones (CONADIC,2019)

El nuevo programa Nacional para las Unidades de Especialidades Médicas en Salud Mental (UNEME-CECOSAMA) propuesto por el CONASAMA, publicado el que entró en vigor a

partir del 1 de junio del 2023 está basado en métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptables de alcance individual, familiar y comunal bajo un enfoque de universalidad e igualdad, mediante una plena participación de las instituciones (Secretaría de Salud,2022).

El documento anterior plantea que en base a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se llevará a cabo la integración de la Salud Mental a la Atención primaria de la Salud (APS), la reducción del número de hospitales y el establecimiento de los servicios comunitarios de salud mental, entre otras.

También se refiere en este mismo documento que la base de la atención comunitaria se centra en la persona que presenta un problema o enfermedad mental y su contexto, a fin de que esta mantenga o recupere su capacidad de relacionarse con los otros, le permita desarrollar un proyecto de vida y participar en la vida de la comunidad. La atención y el cuidado contemplan el trabajo del psicólogo y el médico, con la persona, su familia, red de apoyo y comunidad como parte fundamental del proceso de recuperación (Secretaría de Salud,2022).

En cuestión del tratamiento del consumo de drogas, existen dos modalidades principales: ambulatorio y residencial. Por un lado, la modalidad ambulatoria dispone de 340 unidades de los Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA) ahora en proceso de reconversión a CONASAMAS, 104 unidades de consulta externa de los Centros de Integración Juvenil (CIJ). Por otra parte, la modalidad residencial, se integra por 11 unidades de hospitalización de CIJ y por 2,108 establecimientos residenciales privados de atención a las adicciones, de las cuales 1,045 centros se encuentran registrados y 348 reconocidos por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). En el año 2018 se atendieron 91,684 personas en la modalidad ambulatoria a través de la red de CAPAS, 45,605 usuarios de sustancias en su mayoría por consumo de alcohol y mariguana; así como 46,079 familiares o personas que no consumían alguna droga pero que presentaban factores de riesgo para el abuso de alguna sustancia psicoactiva. Durante el mismo periodo, en CIJ se atendieron 43,631 pacientes y 46,351 familiares de manera ambulatoria; en tanto que en la modalidad residencial se atendieron a 1,820 pacientes (CONADIC, 2019).

## 2.2 MODELO UNEME CAPA/CECOSAMA

Justo los UNEMES CAPAS se originan como una estrategia de prevención primaria cuyo objetivo era ofrecer a la comunidad un modelo de intervención temprana contra las adicciones, que contemple desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la salud, hasta el tratamiento breve; ambulatorio. En dicho modelo se otorgaba prioridad a la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad y consumidores experimentales, a efecto de intervenir con ellos y sus familias en forma oportuna y evitar el desarrollo de trastornos por abuso o dependencia (UNEME CAPA, 2023).

De acuerdo con la página de la Secretaría de Salud de Servicios de Salud de Veracruz, los servicios que brindan son (UNEME, CAPA,2023):

- Promoción de la salud y prevención de adicciones, por medio de pláticas de sensibilización, capacitación y talleres.
- Aplicación de instrumentos que ayuden a la detección oportuna y faciliten el tratamiento de adicciones a la población en general.
- Fomentar la participación de la comunidad en la promoción acerca de la prevención de adicciones, por medio de pláticas o talleres.
- Tratamiento terapéutico por medio de intervenciones breves.
- Canalización a instituciones de internamiento residencial en adicciones.

A partir del Nuevo Proyecto de Transformación de los CAPAS a CECOSAMAS y en base al Modelo de recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud, se propone que los servicios tengan la finalidad de proteger, promover, restaurar y mantener la salud física y mental del usuario a través de actividades preventivas, de tratamiento y rehabilitación integral a la salud mental y consumo de sustancias (UNEME, CAPA,2023).

## Atención en salud mental y consumo de sustancias

- Detección temprana
- Diagnóstico integral
- Tratamiento
- Gestoría Intercultural
- Atención psicológica
- Atención médica
- Intervenciones psicosociales
- Intervención grupal
- Intervención a distancia
- Atención a personas en conflicto con la ley en apoyo al sistema de justicia
- Visitas domiciliarias
- Referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integrada
- Rehabilitación psicosocial Actividades comunitarias Incluye actividades orientadas a la promoción, prevención y tamizaje, a través de pláticas y talleres:
  - Promoción y prevención de la Salud Mental
  - Aplicación de Instrumentos de tamizaje
  - Vinculación comunitaria a través de: Clubes de lectura, Coaliciones por la paz y Clubes por la paz Actividades de enseñanza, capacitación y promoción de la investigación

### Otorgar capacitación continua:

- Vinculación con instituciones académicas para la promoción de la investigación
- Otorgar capacitación a monitores
- Coordinación del programa de Servicio social multidisciplinario Supervisión y acompañamiento

La tele-educación en salud puede definirse como el proceso de acompañamiento y apoyo en la tarea a desempeñar, el cual es basado en casos clínicos, así como la integración en el grupo o institución de referencia, usando las tecnologías de la información y comunicación.

- Tele-educación

Los programas de tratamiento con los que se cuentan en las UNEMES CAPAS ahora CECOSAMAS son (UNEME, CAPA,2023):

- Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (PIBA).
- Tratamiento breve para usuarios de marihuana.
- Tratamiento breve para fumadores.
- Programa de intervención breve para bebedores en riesgo.
- Tratamiento breve para usuarios de cocaína.
- Programa de prevención de recaídas (PPR).
- Tratamiento para adolescentes en riesgo, no consumidores.
- Intervención breve para familiares de consumidores de alcohol y otras drogas.
- Terapia grupal.
- Grupos de ayuda mutua.

Además, se aplica (CONADIC,2018):

- El programa de Crianza Positiva,
- Programa de Prevención para Padres de Adolescentes en Riesgo (PROPAR);
- Taller para familiares y otros significativos de usuarios con problemas de consumo de drogas.

### **2.3 MOTIVO DE INGRESO A TRATAMIENTO**

Se identifica que los pacientes que acuden a estos centros de tratamiento, lo hacen porque el consumo de drogas les ha generado problemas en distintos ámbitos de la vida (salud, familiar, social, laboral o legal), por lo cual la mayoría de los pacientes reportaron en su motivo de ingreso que acudieron de forma voluntaria (61.4%), seguidos por el 26.8% que fueron llevados por amigos o familiares, lo cual puede ser un referente del bajo grado de autopercepción de su dependencia o de la necesidad de apoyo para iniciar y continuar un tratamiento (CONADIC; 2019). Es importante señalar que dentro del servicio de consulta externa del CECOSAMA La Magdalena, se puede observar que los pacientes varones acuden acompañados por mujeres, madre o cónyuge principalmente y en el caso de las mujeres, se acompañan por otra mujer, que

puede ser la propia madre, tía, hermana, o acuden solas, lo cual es relevante si hacemos alusión al estigma que viven las mujeres que consumen sustancias psicoactivas.

## **2.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE DROGAS (PERSONALES, FAMILIARES, SOCIALES, DE GÉNERO).**

De acuerdo con el Estudio Básico de Comunidad Objetivo, EBCO (Díaz N. y Córdoba A, 2018) la noción de factor de riesgo se refiere a un atributo individual, familiar, social o de otra índole que, al conjugarse con otros factores, aumenta la probabilidad de que se produzca un efecto perjudicial o dañino (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). Sin implicar necesariamente relaciones lineales de causa-efecto pero suponiendo, ciertamente, una relación de antecendencia-consecuencia, los factores de riesgo ejercen un efecto relativo, dependiente de condiciones como la edad o el género, el desarrollo vital del individuo o de la familia, el medio social y cultural, etcétera. El estudio sistemático de factores de riesgo del consumo de drogas, hace emerger, de manera empírica, diversas características individuales, psicológicas, familiares, sociales, culturales y demográficas que aumentan la probabilidad de que se produzca, como efecto nocivo, el inicio del consumo de sustancias.

Un factor de protección es aquel atributo individual, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad del uso problemático de drogas.

Cabe señalar que los factores protectores no solo pueden reducir la probabilidad del uso y/o abuso de drogas, sino que también pueden inhibirla.

Los factores de protección se pueden dividir en dos grupos [Instituto de Salud Libertad S.A.C. (s.f)]:

*Los vinculados a las características del individuo:* como las actitudes positivas hacia la salud, capacidad para tomar decisiones, los valores, la competencia individual para la interacción social, entre otros.

*Los vinculados al contexto social:* Estos nacen en la sociedad y tienen la capacidad de favorecer cambios en los hábitos de comportamiento de los grupos y los individuos. Se subdividen en: familiares, escolares, laborales, grupales y macrosociales.

De acuerdo con el National Institute on Drug Abuse (NIDA) los investigadores han encontrado que los jóvenes que aumentan rápidamente su abuso de sustancias tienen niveles altos de factores de riesgo y niveles bajos de factores de protección.

También se señala que los factores de riesgo pueden influenciar el abuso de drogas de diferentes maneras. Mientras más son los riesgos a los que está expuesta una persona, mayor es la probabilidad de que abuse de las drogas. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como la presión de los compañeros durante la adolescencia; al igual que algunos factores de protección, como un vínculo sano entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez. Una meta importante de la prevención es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección de manera que los factores de protección excedan a los de riesgo y el trabajo con la familia se convierte en fundamental y eje central del trabajo preventivo.

Algunas de las señales de riesgo se pueden ver tan temprano como en la infancia o en la niñez temprana, tal como la conducta agresiva, la falta de auto-control, o un temperamento difícil. Cuando el niño crece, las interacciones con la familia, la escuela y en la comunidad pueden afectar su riesgo para el abuso de drogas a futuro.

Las primeras interacciones de los individuos ocurren en la familia. A veces la situación familiar aumenta el riesgo para el abuso de drogas en el futuro, por ejemplo, cuando existe: la falta de cariño y respaldo por parte de los cuidadores o algún otro miembro de la familia; una crianza exenta de límites y normas, o estas no son consistentes; y un cuidador que abusa de las drogas.

Pero las familias pueden brindar protección contra un futuro abuso de drogas cuando hay un vínculo sano entre padres e hijos o hijas; participación de los cuidadores en la vida del niño o niña; límites claros y una disciplina aplicada consistentemente.

Las interacciones fuera de la familia pueden involucrar riesgos tanto para los niños y niñas como para las y los adolescentes, como: un comportamiento poco adaptativo en la escuela o dificultad para socializar; el fracaso académico; y la relación con compañeros que abusan de las drogas.

Otros factores como: la disponibilidad de las drogas, el narcotráfico, y las creencias de que el abuso de drogas se tolera, en general son riesgos también pueden influir para que se comience a abusar de las drogas.

La evidencia ha mostrado que uno de los periodos de mayor riesgo es el paso de la primaria a la escuela media, ya que a menudo experimenta nuevas situaciones académicas y sociales, como aprender a llevarse con un grupo más grande de compañeros y se considera un periodo crítico. Es en esta etapa, llamada adolescencia temprana, hay más probabilidad de que los niños se enfrenten por primera vez a las drogas.

Al entrar a la secundaria, las y los adolescentes afrontan más desafíos sociales, emocionales y académicos. Al mismo tiempo, pueden estar expuestos a más y diversas drogas, a personas que abusan de estas sustancias, y a actividades sociales que las involucran. Estos desafíos promueven el riesgo de que abusen del alcohol, del tabaco, y de otras sustancias psicoactivas.

El por qué algunas personas empiezan a usar drogas y otras no es compleja. Se considera que radica en la interrelación de varios factores, entre ellos factores genéticos y ambientales. Todos poseen o presentan una combinación de factores de riesgo y protección en su entorno personal, familiar, social, educativo, comunitario y social. “Asimismo, no es condición necesaria la ocurrencia de los mismos factores entre sujetos consumidores ya que la variedad y la configuración particular de circunstancias personales y sociales es la norma en este fenómeno que estudiamos” (Clayton;1992; p.17).

Los factores de riesgo y de protección pueden incidir en el desarrollo del individuo en cualquier momento, desde la concepción, a lo largo de la niñez, hasta la adolescencia y la vida adulta. Algunos niños se vuelven vulnerables debido a factores de riesgo acumulados en las primeras etapas de la vida. Por ejemplo, un lazo afectivo poco confiable y seguro con los progenitores o cuidadores en la infancia puede contribuir a problemas precoces de comportamiento que pueden afectar al rendimiento escolar y las relaciones con los amigos. En otros casos, los jóvenes que no tienen problemas pueden volverse vulnerables de resultas de factores de riesgo que surgen en determinada etapa de la vida (por ejemplo, el hecho de sentirse abandonado por uno de los padres, o por ambos, porque se han separado, la vida en una nueva comunidad o la aversión al estudio). Los factores de protección ayudan a encontrar un camino sano y amortiguan los factores de riesgo, especialmente en los períodos difíciles o crisis de vida. Algunos niños poseen ciertas características y habilidades innatas que les confieren protección, pero todos los niños se benefician de los efectos protectores de un entorno familiar, social, educativo y comunitario sano (NIDA; s/f).

Cabe señalar que debido a que, en los periodos de transición de la vida existe riesgo de consumo de drogas, el National Institute on Drug Abuse (NIDA), reconoce que los planificadores de la prevención deben escoger programas que fortalecen los factores de protección en cada etapa del desarrollo (NIDA; s/f).

#### 2.41 FACTORES PERSONALES

Numerosos factores personales, entre ellos factores genéticos, biológicos, de personalidad, de salud mental y de preparación para la vida, ayudan a determinar si un joven va a consumir drogas o va a presentar cualquier otro comportamiento problemático.

La estructura genética de la persona puede desembocar en una vulnerabilidad a problemas de uso de drogas que pueden o no presentarse, lo que dependerá del entorno en que viva (por ejemplo, la actitud de los padres y de la comunidad con respecto al uso de drogas) y de experiencias individuales concretas. Consumir, alcohol o tabaco u otras sustancias psicoactivas durante el embarazo puede afectar, ya sea en forma sutil o de manera significativa, al desarrollo y la vulnerabilidad del niño en el futuro, según la sustancia, el momento y alcance del consumo. Hay problemas de salud mental que se presentan en la infancia, especialmente un trastorno de conducta o el trastorno de la concentración o déficit de atención, que pueden desencadenar el consumo de drogas más adelante. Los problemas de salud mental tienden a presentarse con más frecuencia durante la adolescencia y suelen estar vinculados al aumento del riesgo del uso de drogas. En esta etapa, una personalidad orientada hacia la búsqueda de sensaciones también es un factor de riesgo de uso de drogas.

Las principales características o habilidades que brindan protección a lo largo de la niñez son la confianza en los demás y en sí mismo, así como en la propia capacidad para hacer frente a las exigencias de la vida, la posibilidad de tomar la iniciativa, un sentido de identidad bien formado y la posibilidad de sentir y expresar intimidad.

#### 2.42 FACTORES FAMILIARES

La calidad de la vida familiar es un factor importante que afecta a la salud y el comportamiento a lo largo de la niñez y la adolescencia. La privación precoz (por ejemplo, la falta de afecto de

las personas encargadas de cuidar al niño, la falta de atención o los abusos) suele tener un efecto profundo a lo largo de toda la vida.

En la adolescencia, la disciplina y las normas familiares son factores importantes y los métodos extremos (es decir, ser demasiado tolerante o demasiado riguroso) pueden acarrear problemas. Las transiciones o los cambios importantes en la vida de la familia (por ejemplo, la separación de los padres, la pérdida de un miembro cercano de la familia o el traslado a un nuevo barrio o centro de estudios) pueden poner en peligro a un joven.

Los cuidadores que aprenden a escuchar, que tienen expectativas realistas, que supervisan las actividades de sus hijos y que sirven de modelo de actitud y comportamiento sanos (por ejemplo, en el uso de medicamentos, ejercicio, alimentación) tienen un efecto protector.

#### 2.43 FACTORES SOCIALES

Las influencias sociales desempeñan un papel cada vez más prominente a medida que los niños se acercan a la adolescencia. En algunas sociedades los medios de difusión han contribuido a que el uso de drogas se considere normal. Eso es importante, ya que los jóvenes tienden a dejarse influir por su percepción de lo común o “normativo” que es el uso de drogas en sus redes sociales. Si los amigos o compañeros de un joven fuman, beben o usan drogas, o si se cree que lo hacen, es más probable que el joven también lo haga. La decisión de usar una droga en particular también está vinculada a la percepción del riesgo que pueda entrañar el uso de esa droga. Cuando se trata de una droga nueva, puede suceder que al principio se disponga de escasa información acerca de los riesgos o las consecuencias de utilizarla. Con frecuencia ese vacío se llena con información errónea, que da la idea, también errónea, de que la droga es inocua o que quienes la consumen son diferentes, de alguna manera, de otros consumidores de drogas. A medida que se perciben más los riesgos de usar la droga, su índice de uso tiende a disminuir. Sin embargo, es mejor considerar el concepto de riesgo vinculado a la droga en relación con los beneficios percibidos por el joven. Algunos jóvenes pueden considerar que el uso de drogas tiene importantes beneficios sociales (por ejemplo, ayudarles a ser diferentes o a hacer amigos). En consecuencia, conocer los riesgos de la droga no es un factor de protección en sí mismo, pero sí lo es creer que los riesgos relativos que conlleva usarla son mayores que los beneficios. Un interés espiritual, la participación en actividades recreativas sanas y el servicio a la comunidad son importantes factores sociales que brindan protección durante la adolescencia.

## 2.44 FACTORES DE GÉNERO

Cabe tener en cuenta las diferencias de género con respecto a los factores de protección y de riesgo en relación con el uso de drogas. Ciertos factores de protección y de riesgo pueden ser igualmente importantes para los hombres y las mujeres (por ejemplo, el apoyo social, el rendimiento escolar o la pobreza), pero pueden expresarse de diferente manera. En los varones es mayor la prevalencia de los trastornos de conducta y del trastorno de la concentración o déficit de atención durante la infancia, lo que puede dar lugar a que empiecen antes a usar drogas. Hay otros factores de riesgo que parecen ser más importantes en las mujeres, por ejemplo, tener una mala imagen de sí misma o poca autoestima, complejos por el peso, una pubertad precoz o un alto grado de ansiedad o depresión.

## 2.45 FACTORES EDUCACIONALES

La posibilidad de asistir a clases es un importante factor de protección; la calidad de la experiencia educativa ejerce una gran influencia en la salud de los niños y en las probabilidades de que adopten comportamientos de riesgo como el uso de drogas. Los jóvenes que no estudian o que no tienen una buena relación con sus compañeros y sus profesores (por ejemplo, los que son víctimas de acoso o tienen la sensación de estar marginados, o los que no se interesan por sus estudios o por otras actividades) tienen más probabilidades de sufrir problemas de salud mental y de adoptar diversos tipos de comportamientos peligrosos para la salud, entre ellos el uso de drogas. Los estudiantes que sienten apego por sus profesores, por el estudio y por su entorno social tienen menos problemas de salud mental y más resistencia al comportamiento peligroso para la salud. Los centros de enseñanza que sistemáticamente intentan fortalecer los lazos entre profesores, padres y estudiantes ejercen un efecto protector importante tanto en lo que concierne al aprendizaje como al bienestar en general. En el caso de los estudiantes de los dos últimos años de enseñanza secundaria, las probabilidades de que usen drogas disminuyen cuando las normas del centro de estudios reflejan una clara desaprobación hacia el consumo.

## 2.46 FACTORES COMUNITARIOS Y SOCIALES

Muchos de los factores mencionados anteriormente que afectan a los jóvenes derivan de las condiciones imperantes en la comunidad y de otros factores sociales amplios (por ejemplo, ingresos, trabajo, vivienda y la calidad de las redes de apoyo social). La migración interna, en particular la del medio rural al urbano, puede ser un factor de riesgo cuando provoca una

sensación de desarraigo, la pérdida de valores y relaciones familiares tradicionales, la pérdida de estructura social con respecto a la comunidad de origen, dificultades de adaptación cultural o un sentimiento de alienación. Carecer de ingresos es un factor de riesgo, como también lo es tener un empleo con tareas rutinarias, no tener supervisión y no tener oportunidades de crecimiento. La insuficiencia de recursos económicos se ve agravada por las malas condiciones imperantes en la comunidad, por ejemplo, centros de enseñanza mal mantenidos y falta de acceso a los servicios comunitarios. En las comunidades vulnerables es más probable que haya delincuencia, uso de drogas en público y perturbaciones sociales, lo que, a su vez, puede debilitar más a esas comunidades. El capital social (la cohesión de una comunidad y la capacidad de resolver problemas comunes) es un indicador de la salud de la comunidad que puede influir en muchas cuestiones, entre ellas el uso de drogas. (International Narcotics Control Board;2009)

### **3.PREVENCIÓN PRIMARIA**

Según la Declaración de Alma Ata, la atención primaria de salud, es asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Secretaría de Educación Pública, 2023).

Este nivel de prevención puede ser global o específico. En el primer caso trata de prevenir, por ejemplo, a través de la elaboración de una legislación que desaliente el consumo; o promover estilos de vida saludables a través del ejercicio, la alimentación balanceada, lectura, actividades artísticas, entre otras. Cuando es específico el problema se trabaja a través de la identificación de factores de riesgo y protección y actúa para incrementar los primeros y reducir los segundos, pero sea cual sea el nivel, los objetivos son: crear responsabilidad individual, fomentar responsabilidad comunitaria y sensibilizar la responsabilidad gubernamental. Para lograr estos objetivos se pueden llevar a cabo las siguientes estrategias [Euroinova (s.f)]:

- Información
- Aplicación de estilos de vida saludables
- Capacitación de multiplicadores
- Gestiones públicas

### **3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS**

Podemos clasificar a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en tres niveles: universal, selectiva e indicada.

#### **3.11 Prevención universal**

Se dirige a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas. Para lograr lo anterior se realiza:

1. Sensibilización a la población para incrementar la percepción de riesgo del uso de tabaco, alcohol y otras drogas.
2. Se brinda información oportuna para acceder a los servicios de tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas
3. La invitación a participar en acciones de promoción de la salud y en redes preventivas.
4. Se hace énfasis en el conocimiento y fortalecimiento de factores de protección.

#### **3.12 Prevención selectiva.**

Se enfoca a desarrollar intervenciones dirigidas a grupos de riesgo específico, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso

sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. Estos grupos se asocian al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan esta vulnerabilidad. Asimismo, coadyuva a la atención de grupos específicos como: niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, entre otras. Esto puede ser a través de:

1. El diseño de metodologías de captación y atención a grupos vulnerables que sean identificados como prioritarios para recibir los servicios preventivos institucionales, así como detectar casos y derivarlos a tratamiento.
2. La capacitación en materia de prevención e intervención del consumo de sustancias psicoactivas al personal que trabaja directamente con grupos extremadamente vulnerables como indígenas o adultos mayores.

### 3.13 Prevención indicada.

Está dirigida a grupos de población con sospecha de consumo y/o usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar consumo perjudicial o la adicción misma. Esto se puede lograr a través del diseño de metodologías de intervención breve para la consejería y motivación a reducir y abandonar el consumo de las drogas.

### 3.14 Contextos de la prevención

Los programas de prevención generalmente están diseñados para dar cobertura a poblaciones objetivo en su contexto de interacción principal:

Contexto familiar: los programas buscan fortalecer los factores de protección en niños y jóvenes a través del entrenamiento a los padres en técnicas de comunicación y disciplina.

Contexto escolar: las acciones de prevención pueden dirigirse a grupos específicos o a toda la escuela, y se orientan a la enseñanza de habilidades sociales, académicas, autocontrol, manejo de problemas, y habilidades de rechazo al consumo.

Contexto comunitario: las acciones de intervención en este contexto se enfocan a involucrar la participación de organizaciones cívicas, religiosas y gubernamentales, favoreciendo comportamientos pro-sociales y actuando contra las adicciones.

Contexto salud: las acciones generalmente se dirigen a la capacitación del personal médico y a otros profesionales de la salud de los primeros niveles de atención para influir en la valoración que hacen de los pacientes que asisten a estos centros en relación con su salud y el consumo de drogas.

Contexto laboral: con base en un diagnóstico de la magnitud del problema de consumo dentro de su población, se diseñan acciones integrales que favorezcan la promoción de un clima laboral saludable, la detección oportuna y derivación de casos a servicios profesionales y la reducción de riesgos laborales asociados al consumo de sustancias.

#### **4.MIRADA SISTÉMICA Y DE GÉNERO EN EL QUEHACER CLINICO CON CONSUMIDORES DE DROGAS DENTRO DEL CECOSAMA LA MAGDALENA.**

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

###### 4.11 Función de las sustancias adictivas dentro del sistema familiar

En el paradigma intrapsíquico del abordaje de los padecimientos mentales, los trastornos se consideraban como problemas intrínsecos al sujeto de estudio, por lo tanto, debían ser curados o tratados de forma individual, brindando atención a la persona que presentaba el síntoma o conjunto de síntomas en cuestión.

El aspecto más innovador de la terapia sistémica en su momento, fue la comprensión de la mente como algo relacional, suponiendo una diferencia con respecto a los paradigmas tradicionales. Este cambio conllevó el traslado del foco de atención del individuo o del carácter intrapsíquico de la patología al entorno o carácter interaccional. (La mente es maravillosa,2019)

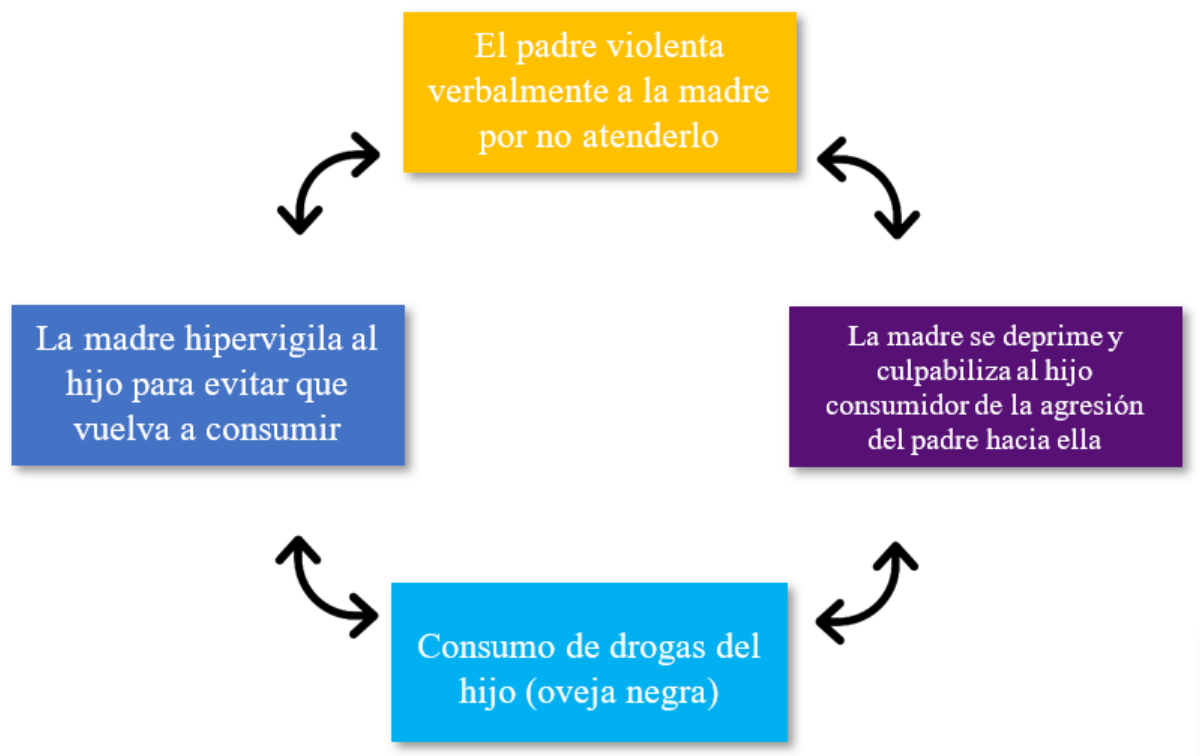
Desde este enfoque, el análisis del contexto cobró relevancia al pensar en la familia como sistema, pues las formas de comunicación solamente pueden cobrar significado dentro del contexto donde se producen.

El pensamiento sistémico considera que la persona que consume drogas y su comportamiento adictivo acaba siendo un eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, y por tanto se deberá actuar en el contexto relacional para que el sistema obedezca a un nuevo orden u organización, y se haga innecesaria la función del síntoma o adicción.

A continuación, se presenta un ejemplo de un caso que da cuenta de la función que desempeña el paciente identificado o “adicto” en el mantenimiento de las pautas de interacción familiar y cómo a su vez estas pautas retroalimentan el mantenimiento del síntoma.

### CASO 1

Se trata de una familia nuclear de tres miembros en cuyo contexto se vive violencia intrafamiliar. Está conformada por un padre de 46 años de edad y una madre de 42, un hijo de 21 años consumidor de piedra, alcohol y tabaco desde hace 6 años. El padre consume alcohol desde los 15 años y es albañil, la madre se dedica al hogar. Viven en una zona conurbada a la ciudad de México, con pocos recursos, la casa se compone de dos cuartos cocina y baño. La madre reporta frecuentemente dolores de cabeza, insomnio y falta de apetito, su aspecto físico es descuidado. El padre reporta que el trabajo lo absorbe y solo desayuna y cena en casa, casi no platica con su esposa e hijo ya que suele llegar muy cansado a casa.



**Esquema 1.** Ej, de interacción familiar donde existe problemas asociados con el consumo de drogas y violencia intrafamiliar.

En el esquema 1 podemos observar la *causalidad circular* en un sistema familiar en donde todos los sucesos se influyen mutuamente para sostener la conducta adictiva. El ciclo se puede iniciar desde cualquier lugar, pero para efectos descriptivos podemos comenzar planteando una primera hipótesis.

Hipótesis 1. Cuando el padre violenta verbalmente a la madre del usuario diciendo que: “no sabe hacer nada bien” porque percibe que no está siendo atendido por ella, a esta descripción podríamos agregar un grado mayor de complejidad si el padre además de violentarse verbalmente, también está en una posición periférica o no involucrado en la resolución de los problemas familiares. En el siguiente nivel se describe a esta madre que, al ser violentada por el padre, se siente autodevaluada, ineficiente, deprimida y a su vez culpabiliza al hijo de la violencia que recibe del padre, pues asume que esta falta de atención es real y la causa es “tener que estar cuidando al hijo para que no se drogue”. En un tercer nivel, el hijo se culpa a sí mismo por lo que sucede en la familia, vuelve a consumir desde la tristeza, culpa y siente necesidad de evadir o reducir ese malestar. Finalmente, el foco de la madre regresa hacia él con el afán de ayudarlo a salir de su problema de adicción y sintiéndose culpable ahora por descuidar al hijo. De esta forma, se repite el ciclo regresando el foco de atención al síntoma (conducta adictiva) y por tanto en el paciente identificado o usuario de droga, en este caso el hijo. El resultado de este círculo es la invisibilización de las consecuencias del consumo de alcohol del padre en la familia, el origen y atención oportuna de la depresión de la madre, la no resolución del conflicto de violencia en la pareja, la negligencia del padre y de la madre en relación a el hijo, el sobreinvolucramiento entre la madre y el hijo que dificulta la individuación de este último y cómo todo esto a su vez, representa factores de riesgo importantes para la conducta adictiva analizándolo desde el contexto relacional.

El ejemplo anterior puede sustentarse en parte desde el Modelo Sistémico Estructural de Salvador Minuchin (2009) en el que se afirma que los síntomas, en este caso las adicciones, son reacciones desadaptativas frente a los cambios ambientales y su función es desviar la mirada de otros conflictos no resueltos al interior de la familia.

Por otro lado, Fernández C. et al; 2015, especifica que la función del uso de drogas puede tener dos interpretaciones, sin ser excluyentes: postergar la fase de separación de los hijos y desviar la tensión familiar generada por el conflicto relacional de los padres, por supuesto esto aplica cuando hablamos de un modelo de familia tradicional donde hay progenitores e hijos/hijas, ya que en la actualidad hay gran diversidad o tipos de familias.

Desde el modelo de Minuchin 2009, que se centra en el equilibrio de la organización familiar, analizando muy particularmente las dificultades de la jerarquía y el tipo de límites entre los subsistemas de padres e hijos; se sostiene que en las familias con un miembro que presenta problemas con el consumo de drogas, muy frecuentemente esta organización se ha trastocado de manera tal, que muchas veces los hijos hacen la función de padres y estos de hijos y los roles también se encuentran invertidos. Esta estructura se vuelve rígida e inamovible, lo que desemboca en un desgaste mayor de algunos de los miembros, la falta de individuación, miembros periféricos o poco involucrados y al incremento de la tensión dentro del sistema familiar.

Hipótesis 2. Es posible que el desgaste mayor esté centrado en la madre, pues al parecer, es quien está al pendiente de cubrir necesidades del padre y del hijo, estas pueden ir desde labores domésticas, solventar aspectos de la economía, hasta hacerse cargo emocionalmente de los miembros de la familia. Dentro de este último rubro se puede mencionar el hecho de tolerar violencia para no desatar enojo en la pareja o tratar de contener constantemente al hijo, para evitar que consuma. De tal forma que esto podría derivar en un sobre estrés en la cuidadora, en este caso la madre, y traducirse en sintomatología como: tristeza, dolor de cabeza, insomnio y falta de apetito o una enfermedad. El hecho de cubrir las necesidades emocionales del hijo, brindando contención constantemente, y solucionando consecuencias derivadas del consumo, a su vez dificulta el aprendizaje del control de emociones e impulsos en el hijo, así como dificultades en el proceso de individuación con respecto a la familia de origen y en particular de la madre.

Hipótesis. 3 De igual forma el padre pareciera que se encuentra periférico en relación al enfrentamiento y resolución de problemas en casa, lo que conlleva la evasión del desgaste emocional que esto implica, pues la madre parece estar al frente. Pasar mucho tiempo en el trabajo y su consumo de alcohol pueden ser mecanismos de afrontamiento evitativo, que a su vez influyen en el aprendizaje de solución de problemas del hijo, así como el manejo emocional de este. El hijo conserva la estabilidad en el sistema pues al desviarse la atención hacia él, queda pendiente la resolución del tema de violencia conyugal. Es posible que el hijo tenga el rol de padre del padre y soporte económica y emocionalmente a la madre cuando este él se encuentra en estado de sobriedad y el padre alcoholizado, por lo que hablaríamos de jerarquías y roles invertidos, así como límites difusos entre los subsistemas de padres e hijos.

De acuerdo con Fernández, González y Yashiro (2006), entre las familias de usuarios de drogas prevalece una organización relacional que propicia límites difusos entre el usuario y el subsistema de los padres, influido por el conflicto parental y el sobreinvolucramiento del progenitor del sexo opuesto con el hijo(a) usuario(a) de drogas. A su vez, la relación del usuario(a) con el progenitor del mismo sexo es conflictiva o por lo menos distante. Se plantea la posible influencia de creencias ligadas al género, se sugiere atender este aspecto. Asimismo, se reporta el consumo excesivo de alcohol en el padre, sin que esto sea un motivo importante de conflicto conyugal.

El rol inamovible o rígido que cada uno desempeña dentro de la familia y las pautas interacción y comunicación dentro del sistema promueve y refuerza de forma involuntaria, que el miembro usuario de drogas sea estigmatizado, es decir, comúnmente se le atribuye la culpa de todo lo que sucede al interior de la familia ya sea de forma directa o indirecta, de tal modo, que las respuestas o conductas del usuario se vuelven esperables y pese a que existe el anhelo racional de que las cosas cambien, todos se han acoplado a la dinámica que prevalece. Por lo que, también, para el usuario se vuelven esperables las formas típicas de afrontamiento de los miembros de la familia ante el consumo y ante otras conductas.

#### 4.12 Niveles de comunicación y doble vínculo en las familias con un miembro que presenta problemas de adicción.

Watzlawick (1981), señala que en cualquier forma de interacción es imposible no comunicar, todo el tiempo los individuos y las familias se comunican entre sí de diversas formas, y afirma que aún los silencios tienen un significado. Los humanos comúnmente nos comunicamos a través de lo verbal pero también existe el lenguaje no verbal, que nos permite comunicarnos a través de señas, gestos y posturas, actitudes y conductas y que también usan los animales y las personas con alguna deficiencia auditiva o aquellos que no hablan la misma lengua y esta última forma de comunicación muchas veces puede ser más poderosa que la primera, pues da cuenta de nuestro ser más primitivo y comúnmente se asocia con el ser emocional. Dependiendo el tipo de cultura y sociedad, existen diferentes formas de comunicarse con diversos significados en función del contexto y dentro de cada una de ellas, las familias tienen sus propias formas de comunicación y códigos que son ajenos a otras familias, aunque existen semejanzas también. Por ejemplo, en la cultura china comer con la boca abierta o sorber el caldo es signo de buena educación y buenos modales y en la cultura occidental significa lo contrario y es indeseable y

mal visto, lo mismo sucede con el saludo de mano o beso. El saludo de mano es típico en Alemania y República Checa cuando conocen a alguien por primera vez, distinto a lo que ocurre muchas veces en los países latinos incluido México. En Francia se saluda de beso, sin embargo la cantidad de besos en cada mejilla puede variar de una ciudad a otra y, en algunas familias Mexicanas por ejemplo, se observa saludo de beso en la boca entre padres/madres e hijos, niños, adolescentes y adultos pero en otras eso mismo es considerado como algo inapropiado e incluso antihigiénico; o decir groserías frente a adultos mayores puede ocurrir en unas familias y en otras no, atendiendo al el significado de respeto o libertad que cada familia tiene más allá de que estos son considerados valores universales.

Regresando al tema del consumo de drogas, se han estudiado algunas formas de comunicación que aparecen de forma típica en las familias con uno o más consumidores y que puede llevar a formas de relación rígidamente violentas. Para comprender lo anterior es necesario distinguir dos niveles de comunicación, de acuerdo con Watzlawick, P (1981): *Nivel de Contenido* y *Nivel de Relación*. La diferencia fundamental entre uno y otro es que la primera tiene que ver con el contenido de lo que se desea transmitir verbalmente y la segunda con lo que se transmite en forma no verbal, el tipo del vínculo y el contexto en el que se presenta la interacción entre dos o más personas.

El biólogo Gregory Bateson, junto con Haley Jackson y Weakland (1956), proponen la teoría del doble vínculo con la finalidad de explicar cómo influye el contexto familiar y la comunicación humana en la aparición y mantenimiento de patologías severas. Su estudio se basa en pacientes que padecen esquizofrenia y en él se pone de manifiesto lo importante que es la forma de comunicarse para el bienestar y salud mental y emocional.

De acuerdo con Watzlawick (1981) el doble vínculo está compuesto por una relación intensa que posee un gran valor para las personas que participan de ella, ya sea con otros como puede ser una relación de padres e hijos, de pareja, amistad o inclusive con ciertos principios, valores

<sup>2</sup> José Luis Martorell en un artículo señala lo siguiente acerca de la mistificación:

...La mistificación consiste en dar una explicación plausible pero falsa de algún aspecto de la realidad, bien sea algo que está pasando, algo que se hace, o algo que alguna persona, siente, percibe o es.

...La mistificación siempre oculta o niega algo (algún aspecto de la realidad) y siempre pretende algo (forzar la realidad en un sentido concreto).

...El concepto de mistificación aplicado a la psicología, fue primeramente definido y utilizado por Laing, quien descubrió que las familias esquizofrenógenas utilizan la mistificación como un mecanismo para controlar las amenazas de conflicto (Laing 1965)

...La mistificación está ligada al mantenimiento del poder y al poder mismo, pues es básicamente una mentira de apariencia impecablemente razonable, con la que una persona mantiene una situación logrando que otro haga o no haga, piense o no piense, sienta o no sienta.

e ideologías o tradiciones. En este contexto, se da un mensaje paradójico o contradictorio que genera una sensación de atrapamiento, muy similar a lo que viven las personas que sufren violencia en forma de mistificación<sup>2</sup> es decir, no hay posibilidad de respuesta correcta (Laing,1991)

El mensaje está estructurado de tal modo que: a) afirma algo, b) afirma algo de su propia afirmación y c) Ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes (Matorell,2012).

Recuerdo cuando recibí a un consultante adolescente de 15 años en el CAPA, al cual le llamaremos David, consumidor de alcohol y múltiples sustancias; a quien le pedí me describiera como eran las relaciones al interior de la familia basándome en el esquema del familiograma. Le pregunté si dentro de su familia había reglas y cuáles eran, el respondió que a veces había unas reglas y a veces otras y que eso usualmente dependía del estado anímico de los padres o si había peleas o no entre ellos. Le pedí que profundizara más en ello y me dijo: “Si, por ejemplo, a veces mi mamá me dice: “Si puedes salir con tus amigos el tiempo que tú quieras, pero recuerda las cosas no están bien en casa y si tú padre llega alcoholizado y no te ve, no me lo perdonará, sabes que te ha prohibido que salgas por tú mal comportamiento. Lo mejor es que evites problemas”. Y eso cómo te hace sentir, le pregunté y el respondió: Usualmente no sé qué hacer frente a eso, si me voy me siento incómodo porque puede que papá sea violento con mamá y no haya nadie quien la cuide y si no voy sé que de todos modos habrá problemas porque mi papá llega de malas cuando bebe y se desquita con nosotros, también me sentiría arrepentido por no haber tomado el permiso y distraerme al menos por un rato”, ¿Cómo podrías definir esa sensación? Es como si nada de lo que hiciera estuviera bien, y como si siempre fuera yo el que hace las cosas mal, no sé, algo así..

Desde este ejemplo, queda claro que, aunque el mensaje no tenga sentido lógico, constituye una realidad pragmática pues el receptor no puede dejar de reaccionar a él, pero tampoco puede reaccionar de forma no paradójica, pues el mensaje mismo es paradójico.

“Esta situación suele estar determinada por la prohibición más o menos explícita de manifestar que se tiene conciencia de la contradicción o del verdadero problema implícito. Por lo tanto, es probable que una persona en una situación de doble vínculo sea castigada (o al menos se sienta culpable) por tener percepciones correctas y sea definida como “mala” o “loca” incluso por insinuar que puede haber una discrepancia entre lo que realmente ve y lo que debería ver” (Waslawick. P; 1981 p.197).

Dando seguimiento a este caso, se cita a David con su familia para analizar las pautas de comunicación entre ellos puesto que solo conocía a la madre, quien lo acompañó la primera sesión. El consultante me reporta que constantemente la madre lo amenaza con el internamiento y que se siente muy presionado con eso además de que siente que no lo amerita, con lo cual en efecto concuerdo.

A la sesión, únicamente se presenta la madre, la hermana mayor y el hermano menor de 1 año, el padre no se presenta. Para efectos de confidencialidad le llamaremos a la madre y hermana Edith y Sofía respectivamente.

La viñeta describe una parte del diálogo que ejemplifica la relación doble vincular que existe entre David, la madre y la hermana, además de analizarlo desde un nivel de contenido y de relación, que al ser contrastados ponen de manifiesto la paradoja misma.

Edith (levanta la voz): Doctora... David es un desobligado... Siempre deja los calcetines tirados y mucho desorden, ni eso es capaz de hacer y ya estoy cansada de ser la sirvienta de todos, nadie me considera. Se dirige a David diciendo: Tú hermano es un bebé y él no me puede ayudar, pero ustedes...

David (frunce el ceño) y se dirige a su mamá diciendo: Tú y mi papá no se llevan bien desde hace tiempo y tú solo buscas pretextos para regañarnos por cosas que ni al caso.. Mi hermana está al pendiente mi hermanito, tú te sales con las amigas y a veces llegas en la madrugada también y todo el tiempo estás enojada.

Edith (con ojos llorosos) Se dirige a mí diciendo: Su papá y yo a veces nos cansamos de todos los problemas con ellos doctora. Cuando vivíamos solos no había tantos problemas y si me enoja es porque en verdad creo que no cooperan lo suficiente, ya habíamos hablado de eso y ya no sé cómo decir las cosas. Siento que entre él y su hermana me quieren volver loca, ella también se la pasa platicando con el novio y no hace caso...y por eso le dije a David, voy a ir a hablar con la psicóloga para decirle que queremos internarte....porque ya no puedo con él.

David (baja el tono de voz): Se dirige a su madre diciendo: “Siempre intento hacer lo que me pides” Se dirige a mí diciendo: “Pero las cosas nunca cambian en casa doctora.. todo sigue igual.”

Hermana (abre más los ojos): Se dirige a David diciendo: “Mi mamá tiene razón, a veces nos dice las cosas y no las hacemos .... Y ya tiene suficientes preocupaciones.....

En esta entrevista se observa cómo es que la hermana refuerza la prohibición de no hablar acerca de los problemas entre los progenitores a través de la *descalificación* (concepto que será revisado más adelante), por lo cual en esta situación, David es castigado cuando ella recalca en la conversación que el verdadero problema familiar es el desorden y la desobediencia del *sub sistema* filial al que se refiere la madre, por lo tanto David es señalado como “malo” o “loco”, pues además, se sugiere un internamiento por parte Edith que pareciera ser aceptado por otro miembro del sistema, en este caso Sofía.

En esta paradoja se pone de manifiesto el dilema de David, de poder confiar en sus propios sentidos y mantener el contacto con la realidad; o de creer en su madre y hermana y conservar la relación que necesita con ellas para favorecer su propia subsistencia dentro del sistema familiar.

#### 4.13 Formas de Comunicación Patológica y Tipos de Interacción en las familias con uno o más miembros que padecen una adicción

Dentro de las principales formas de comunicación que existen dentro de las familias podríamos describir las siguientes de acuerdo con Watzlawick, P (1981):

1. **Confirmación:** Validar en una persona su forma de pensar, sentir o comportarse.
2. **Descalificación o Rechazo:** Restar valor o desacreditar a otro, por medio de ironías, cambios de tema, distorsión, ignorar o malos entendidos.
3. **Desconfirmación:** Mientras que el rechazo equivale al mensaje “estás equivocado”, la desconfirmación afirma: “tú no existes”

A continuación, presentaré un caso de desconfirmación, una forma de comunicación patológica muy común en las familias con un miembro que presenta problemas de adicción y que frecuentemente cuesta más trabajo identificar.

Caso 2. Llega a sesión una consultante de 16 años de edad y comenta una serie de eventos de índole sexual que presenció desde que era pequeña. Ella dice que su padre se fue desde que ella tenía 6 años de edad y no volvió, se ha contactado con él dos veces en el último año. Su mamá ha tenido que trabajar desde ese entonces para sostener a su hermano de 12 y a ella. Platica que cuando tenía 10 años su mamá metió a su casa a una pareja que tenía, pero todos vivían en un solo cuarto pequeño y ella escuchó ruidos en la madrugada presenciando relaciones sexuales, de ahí comenzó a temblar y sentirse con

un miedo inexplicable. Cuando ella mencionó a la madre lo que había escuchado por la noche, esta lo negó. Afirma que, a partir de eso, cada que terminaba con una pareja y tenía otra, ocurría exactamente lo mismo, la consultante presenciaba relaciones entre ellos y la madre lo negaba. También manifiesta haber estado sola mucho tiempo y dice que la madre pasaba mucho tiempo fuera, solo se llegaba a cambiar dejaba dinero y se iba incluso por la noche y regresaba en la madrugada. Refiere que una ocasión llegó drogada con su pareja de la que actualmente está embarazada. Al enterarse de esto, la consultante comienza a consumir mariguana y la madre no se entera hasta que la envían de la escuela. La madre comenta que no tenía ningún indicio de que esto estuviera ocurriendo antes y que está muy sorprendida ya que ella siempre ha sido una chica de buenas calificaciones y bien portada.

Desde este ejemplo, podemos entender la *desconfirmación* de forma clara, ya que la madre parece no reconocer la existencia de la hija pues constantemente la expone a estímulos sexuales cuyo contenido no es entendible para una niña que comienza a presenciar esto desde los 10 años. Es muy probable que la negación de la madre pudo haber traído en la niña muchas dudas e inseguridades al respecto desde aquel entonces, que ella sola enfrento conforme el paso de los años, sin que la madre se percatara de ello. El hecho de dejarla sola a cargo de su hermano menor hace que también invisibilice las necesidades que una adolescente tiene de vivir su etapa y relacionarse con su grupo de pares, divertirse o realizar alguna actividad deportiva bajo supervisión, que coadyuve al desarrollo de una transición normal hacia la etapa adulta. Así mismo al darle dinero la expuso a que pudiera salir sola a la calle y poner en peligro su integridad física y emocional, así como convivir con posibles consumidores. Si analizamos el caso del hijo menor, es probable que al percatarse de los eventos sexuales no haya podido verbalizarlo siquiera y que esto haya influido en el desarrollo de una personalidad tímida, asociada con miedos no resueltos. Es decir, la madre no solo era incapaz de cuidar a los hijos, sino que tampoco los tenía contemplados dentro del ejercicio de su maternidad. Sin dejar de mencionar a un padre completamente ausente para ellos, quien negó la existencia de ambos desde el inicio de la concepción hasta ese momento, esto, tomando en cuenta los relatos de la consultante.

#### 4.14 Análisis de los procesos comunicacionales en las familias con un miembro que tiene una adicción (interacciones simétricas o complementarias)

De acuerdo con Watzlawick, P (1981), las interacciones comunicacionales pueden ser de dos tipos: *simétricas o complementarias*. La comunicación es considerada simétrica cuando los interlocutores tienen un poder equivalente que se puede ver reflejado en el intercambio de información y en la segunda uno de los miembros de la familia se relaciona complementando a otro en lo referente a los roles y posiciones de poder o jerarquías. Ambas formas de comunicación se presentan en una relación sana, pero se puede convertir en patológica cuando se rigidizan.

A continuación, presento un ejemplo de interacción simétrica descrita por un adolescente de 13 años de edad, usuario de mariguana que se da entre él y su madre.

##### Viñeta 1

*Madre:* Ya te he dicho muchas veces que no consumas drogas, es malo para tú salud, ¿no has pensado en tú futuro?

*Usuario:* Hay drogas peores que la mariguana, además no la fumo siempre, solo de vez en cuando.

*Madre:* Estoy cansada de decirte que no se trata de eso, dañas tú cuerpo cuando lo haces, además ya no respetas la casa.

*Usuario:* No es eso, a mí me gusta consumir, hay gente que de verdad es adicta. A ver porque a mi hermana no le dices nada, ella fuma tabaco en tú cara y eso no lo ves mal.

*Madre:* Eso es diferente, además ella es mayor de edad y trabaja.

*Usuario:* ¿Ahh entonces cuando yo sea mayor y tenga para consumir puedo hacerlo en casa? ¿No sé de qué te espantas entonces..?

*Madre:* No digas tonterías, tú hermana es una persona responsable....

La viñeta anterior nos muestra cómo es que la interacción se vuelve simétrica ya que ninguno de los dos cede, y se pierde el mensaje inicial que la madre deseaba transmitir al hijo, en este caso “que la mariguana daña su salud”, pues ambos se enfrascan en una lucha de poder en donde

cada quien busca defender su “verdad” y tener la razón pues detrás de esto se pone en juego algo aún más valioso que es la posición jerárquica dentro de la familia. En este caso la madre se coloca en una posición horizontal con el hijo y este busca colocarse en una posición jerárquica superior, desde ahí, la discusión se puede volver interminable o escalar a niveles de violencia física. Cuando esta pauta se repite una y otra vez, se convierte en un patrón de interacción automático y difícil de cambiar para los miembros que lo han adoptado, es decir se vuelve rígido o casi inamovible, y a esto se le conoce como *escalada simétrica*. Además, debemos tomar en cuenta cómo es que la violencia en forma de *manipulación y el chantaje*, están presentes muy frecuentemente en las familias con un miembro que tiene problemas con el consumo de alguna sustancia o en donde existen patrones de conducta adictiva, lo cual quiere decir, en este caso, que el hijo sabe cómo desviar la conversación con la madre para seguir justificando su consumo de marihuana.

A continuación, presento un ejemplo de complementariedad descrito por un paciente de 13 años de edad, quien acude también al CAPA a recibir ayuda por el tema de consumo de activo<sup>3</sup> y describe una interacción entre él y su madre.

#### Viñeta 2

*Madre:* Te pido que ya no vuelvas a llegar tarde a casa...van varias veces que me provocas problemas con tú papá por lo mismo

*Usuario:* Ya se jefa, tienes razón

*Madre:* Corres riesgo en la calle ya lo sabes, además vienes drogado ¿verdad?

*Usuario:* Si jefa pero ya ves que ya le bajé

*Madre:* Pues que sea la última vez que llegas así, porque ahora si a la siguiente te me vas de la casa ya te lo había dicho y ahora si te la cumplo.

*Usuario:* Si Jefa te prometo que no lo vuelvo a hacer.

<sup>3</sup> El Activo es la forma en la que los usuarios de esta sustancia comúnmente denominan al grupo de solventes inhalables

La viñeta anterior describe una forma de interacción que también se observa frecuentemente en el consultorio cuando se trabaja con problemas asociados al consumo de drogas. A diferencia del ejemplo de complementariedad, en este, el hijo no se enfrasca en lucha de poder con la madre, lo cual no significa que la madre tenga más poder sobre el hijo o que las jerarquías no estén trastocadas, es muy probable que suceda exactamente lo contrario, el hijo puede tener una posición jerárquica superior, pues en la sesiones refiere que en realidad desea dejar el consumo, pues ve que otros de sus amigos, mayores que el ya están comenzando a tener consecuencias físicas y no desea que su familia le quite el apoyo. Cuando yo le pregunto cuántas veces ha tenido ese tipo de discusiones con la madre él dice que muchas y también que ha llegado muchas veces así a casa, lo cual no solo indica que las jerarquías están trastocas si no que los *límites son difusos*. Además, cabe señalar que, en la exploración de historia de vida, refiere dificultad entre el padre y la madre para llegar a acuerdos en torno a la educación de los hijos.

Al igual que sucede con la forma de interacción simétrica, la interacción complementaria se puede convertir en un patrón típico y rigidizarse, a lo cual se le conoce como *complementariedad rígida*.

4.15 Los triángulos típicos en las familias donde hay problemas asociados al consumo de drogas o conductas adictivas.

De acuerdo con Minuchin; S (2009), el triángulo tiene como función dentro de un sistema, equilibrar la relación entre varios miembros en conflicto, es decir, una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad con referencia un tercero. Entonces, una relación diádica, agobiada de conflictos tiene como fin incluir a un tercero, lo cual da por resultado el encubrimiento o la desactivación del conflicto.

A continuación, se presentan algunos tipos de triángulos, dentro de los cuales existen conflictos no resueltos de diversa índole dentro del subsistema conyugal, por lo tanto, el triángulo que se conforma, está íntimamente relacionado con las diferentes formas en que ellos se relacionan. En estos ejemplos, existe un subsistema filial y posiblemente fraterno, lo que da como resultado una nueva organización. Los hijos/hijas son incluidos en la díada como mediadores y es lo que mantiene el equilibrio dentro del sistema familiar. De lo contrario se harían visibles otras realidades no deseadas o dolorosas, como puede ser, la violencia intrafamiliar, infidelidad, la necesidad del divorcio o separación, etc.



En la coalición progenitor-hijo, a pesar de que el conflicto se muestre más evidente, sigue siendo negado y la inclusión del hijo/ hija se vuelve más explícita, así como la exclusión de alguna de las figuras de crianza.

En una tríada **desviadora-atacadora**, lo común es que, los responsables de la crianza tomen al hijo/hija como el/la mensajera de todo aquello que no se pueden decir directamente. Está presente una conducta “perturbada” o “mala” del hijo/hija, y en apariencia se asocian para gobernarlo; sin embargo, es frecuente que uno de ellos esté en desacuerdo con el otro en relación al modo de afrontar esas conductas o comportamientos, y es posible también, que los dos se muestren inconsistentes en ese manejo.

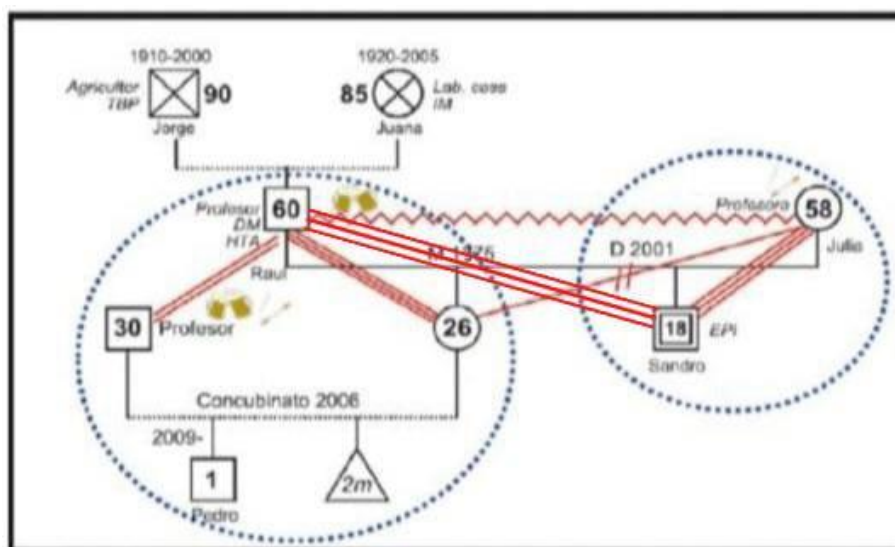
En este tipo de triada al hijo/hija comúnmente se le llama “chivo expiatorio” pues ha tenido que adoptar un comportamiento “anómalo” para sobrevivir en un sistema caótico. Dicho comportamiento se puede manifestar de diversas formas, entre ellas, la hiperactividad, impulsividad, agresividad o impaciencia; lo que permite desviar la atención de los conflictos conyugales hacia él /ella a través regaños y castigos constantes, que a su vez incrementan su actitud de rebeldía. Este comportamiento permite un canal o punto en común en la pareja, que los mantiene unidos desde el problema del hijo/hija y su sufrimiento compartido. Por otro lado, el hijo/hija, se siente responsable de los problemas, discusiones y desencuentros entre ellos, que busca reducir a través del comportamiento antes mencionado, por lo que se perpetúa el círculo vicioso.

En una tríada **desviadora-asistidora**, la pareja responsable de la crianza enmascara sus diferencias o conflictos, tomando como foco a un hijo definido como “enfermo”, para lo cual, se alían manifestando una actitud de sobreprotección hacia él o ella. Esto los mantiene unidos pues su misión es que no le ocurra nada malo.

El hijo /hija comienza a manifestar síntomas somáticos, que se encuentran íntimamente asociados con la presencia o ausencia de estrés al interior del subsistema conyugal [La página contiene el Capítulo III. Triadas Rígidas (pp.32-47)].

En el **Genograma 1.1** se puede observar la **triangulación** en relación a un paciente identificado de 18 años de edad, en este caso el hijo menor de una familia de cuatro integrantes. El paciente reporta mucha ansiedad, pues le sudan las manos y se le acelera el corazón sobre todo cuando sus papás pelean constantemente. Además, presenta pesadillas de forma constante y siente que no descansa. No consume drogas, sin embargo, es necesario identificar que se encuentra en

riesgo potencial, pues existen antecedentes familiares de alcoholismo, un ambiente familiar hostil, además de no contar con estrategias efectivas para reducir la ansiedad o estrés. Al realizar la exploración de la historia familiar el paciente comenta: “ Cuando me hace falta algo para la escuela y se lo pido a mi papá, mi mamá se enoja y dice que solo me lo da para manipularme porque en realidad no da lo que debe de dar a la casa y que yo me conformo con eso, y cuando mi mamá me da algo me dice que se ha sacrificado mucho y que lo valore” Y yo no deseo hacer sentir mal a ninguno y desearía que no se pelearan por eso pero a veces no sé qué hacer...



Genograma 1.1

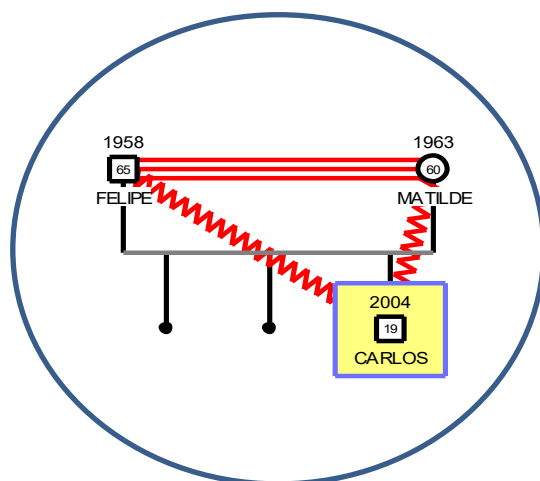
En el siguiente **Genograma 1.2** se esquematiza la *coalicción progenitor hijo*. En este, la hija de 26 años se encuentra en una relación de sobreinvolucramiento<sup>4</sup> con el padre, en un intento de cuidar de él, pues además de consumir alcohol, presenta hipertensión arterial y diabetes mellitus. La posición de cuidado, implica para ella, ser mediadora de los conflictos de pareja, que muy frecuentemente se hayan asociados al consumo y se observa una pauta de interacción en la que se alía con el padre en contra de la madre. El paciente Sandro, quien me consultaba, refiere que su hermana defiende a su papá y le reclama a su mamá por qué no lo cuida, argumentando que él es más grande y que está enfermo. De acuerdo con él paciente, ella dice: “Mi papá nunca pelea ni se mete con nadie, solo se queda dormido cuando está muy tomado y mi mamá se enoja por cualquier cosa.”

<sup>4</sup> El sobreinvolucramiento se refiere a la situación en la que un integrante de la familia asume un rol o función que no le corresponde, lo cual tiene como consecuencia la privación de la autonomía y crecimiento emocional de los miembros (Umbarger 2008).



Al explorar la dinámica familiar se encuentran patrones de violencia, incongruencia e inconsistencia en la reglas y límites que ambos padres intentan implementar. Por ejemplo; el paciente dice: “Doctora yo le pedí permiso a mi papá para ir a una fiesta y él me dijo: si, yo te doy permiso, nada más dile a tú mamá a ver que dice” Al comentarle el paciente a la madre, esta le dice en presencia del padre: “no vas a ir porque no cooperas con nada en la casa” a lo cual el paciente responde: “Mi papá ya me dio permiso, déjame ir.. El padre responde: “En ningún momento te dije eso .. yo te dije que le comentaras a tú mamá y si ella decía que si podías ir”. Finalmente, el paciente decide ir a la fiesta sin permiso y llega a casa alcoholizado e intoxicado con mariguana.

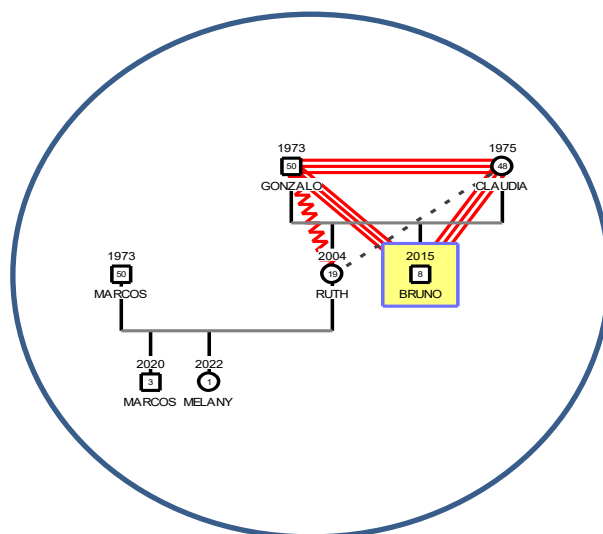
**Genograma 1.3**



*En el genograma 1.4 se representa la triada desviadora asistidora.* Se trata de un paciente masculino de 50 años de edad, quien acude al Centro de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA) en compañía de su hija. Ella, pide hablar primero conmigo para plantearme el problema. Al conversar con ella, comenta que su padre es consumidor de cocaína, desde hace 8 años aproximadamente, no desea acudir a tratamiento y lo llevó casi a la fuerza. Ella decide juntarse a los 15 años con una persona de 45 años, padre de sus dos hijos Marco de 3 y Melanie de 1 año. Manifiesta que no vive con él usuario y que no se llevan bien, sin embargo, le preocupa que su hermano menor sea afectado con esta situación y que le siga dando un mal ejemplo, pues padece ataques de asma desde más pequeño. Por otro lado, reporta que la madre es muy “preocupona” y se estresa de todo, dice que por cualquier cosa quiere llevar a su hermano al

doctor. También menciona lo siguiente: “Mi papá en lugar de calmarla, la altera más, yo pienso que mi papá ya está muy mal mentalmente por lo del consumo y es muy violento con ella, la culpa de todo lo que le pasa a mi hermano y cree que no ha hecho lo suficiente por él. Mi hermano es el consentido ya que mi papá anhelaba un hijo varón y pensaron que mi madre ya no podría tenerlo hasta que quedó embarazada y temían que lo abortara, pero nació bien. Ellos lo llevan muy seguido al médico, e inclusive han pedido prestado para que lo atiendan médicos particulares, pero yo le veo muy poca mejora. No sé qué tanto el consumo de mi papá pueda estarle afectando también” Al platicar con el padre, este menciona que no desea acudir a sesiones de terapia porque considera que no le ha generado tantos problemas el consumo, pero si es necesario lo haría por su hijo. La recomendación de inicio es terapia familiar e individual para él usuario de drogas.

**Genograma 1.4**



## **4.2 LAS CREENCIAS MITOS Y LEALTADES AL INTERIOR DE LA FAMILIA CON UN MIEMBRO QUE PRESENTA PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS.**

### 4.21 Sistema de creencias familiares

Son las reglas implícitas en las relaciones familiares, las cuales se vuelven creencias organizadas. Estas interacciones familiares generan formas relacionales al interior de la familia, que se transmiten de generación en generación y dan a los roles de cada miembro funciones que parecen incuestionables (IAPA, 2017).

Los sistemas de creencias están vinculados a la idea de pertenencia, lealtad y herencia familiar, transmiten identidad a los miembros de la familia sobre quiénes son y quiénes han sido durante generaciones y están presentes en el día a día, la rutina, los procesos familiares, en el ciclo de vida, etc.

Desde mi práctica clínica, me he percatado que en las familias con problemas asociados al consumo de sustancias suele haber creencias muy arraigadas que llegan a formar parte de las *historias dominantes* del miembro de la familia que presenta el consumo y que tienen repercusiones negativas tanto en el individuo como en el sistema familiar, pues se convierten en verdades absolutas, que, sin duda muchas veces se encuentran atravesadas por las premisas género.

### **Ejemplos de sistema de creencias**

*En la familia el único problema es él... Su adicción no deja ser feliz a la familia*

¿Cuántas veces los clínicos que nos dedicamos al abordaje del consumo de sustancias nos topamos con esta creencia al interior de la familia? Generalmente existe una fuerte resistencia por parte de cada uno de los miembros de asumir corresponsabilidad en los problemas que se relacionan con el paciente identificado o el miembro que presenta la adicción. A veces también existe la creencia de que hay que identificar al “culpable” y de antemano se crea una atmósfera de tensión dentro de la terapia. Sobre todo en el caso de los padres/madres, en quien recae el

deber de la crianza, y pese a que pueden tener muy claro que una vez que el hijo/a crece ya no es su deber, el consumo les sigue recordando que algo hicieron “mal”, por lo cual se muestran ambivalentes y muchas veces inconsistentes, ya que por un lado hay una tendencia a protegerlo desde la culpa, pero al mismo tiempo existe mucho enojo con la conducta que presenta, pues creen que por más que intentan cuidarlo, continúa dañándose, por lo cual sigue sin dar resultado ninguna de las estrategias que ellos puedan poner en marcha para solucionarlo, o arreglarlo lo cual alimenta la frustración, la impotencia y el enojo con ellos/ellas mismos/as. Me decía una madre preocupada por su hijo adolescente que acudía a terapia conmigo: “A veces pienso que mi hijo lo hace para dañarnos, que nos odia a todos....”.

*Ya es hombrecito, que aprenda a tomar.*

Desafortunadamente esta creencia ha sido muy predominante y generalizada en mi práctica clínica Institucional e inclusive es considerada un *mito*, por la fuerza y el peso que tiene desde la cultura y cómo es reforzada por la sociedad. Por ejemplo, he observado que el inicio temprano de consumo de alcohol, se asocia muy frecuentemente con el hecho de que abuelos, padres o tíos les dieron a probar a los usuarios esta sustancia, con la finalidad de que supieran “cómo se sentía” y que, si en algún momento deseaban consumir, “lo hicieran frente a ellos”. Desde el punto de vista de género, para estos padres o abuelos, era importante que como “hombres” comenzaran a demostrar tolerancia, y valentía, pues es bien sabido que un hombre que se queja o que tiene miedo, no es aceptado, ya que existe la creencia de que esas características fueron “dadas” al género femenino, a quienes históricamente se les ha considerado como seres inferiores y débiles.

*Yo siempre he sido la “oveja negra”*

La creencia de ser la “*oveja negra* de la familia” es un discurso bastante común que suelen emplear los usuarios que presentan problemas asociados al consumo de sustancias, y aunque pareciera tener una connotación negativa, muchos de ellos suelen sentirse orgullosos de portar esa etiqueta, pues a pesar de que engloba características socialmente indeseables como: rebelde, irrespetuoso, desobligado, problemático, etc; llega a formar parte de su propia identidad, y además le otorga un lugar “especial” al interior de la familia, que le brinda la posibilidad de ser visto, escuchado y reconocido; algo de lo cual muy probablemente estuvo carente durante las

primeras etapas de su vida. La familia, aunque no lo menciona comúnmente, lo da por sentado y de alguna forma lo valida y refuerza a través de la misma dinámica relacional.

A continuación, revisaremos una pequeña parte de la sesión inicial con un usuario y su familia. El ejemplo, da cuenta del sistema de creencias a partir del cual se sostiene la etiqueta de “oveja negra”:

Consultante: El motivo por el cual acudo es el consumo de alcohol y drogas..

Hermana: La verdad nos ha causado muchos problemas esta situación. Yo soy la hermana menor, tengo 21 y él es el mayor ..tiene 28. Ahorita dejé a mis hijos encargados para acompañarlo a él y a mi mamá porque pensamos que requiere ayuda profesional; pero mi mamá ya está grande, tiene diabetes y el problema de la presión...No puede estar cuidándolo todo el tiempo o preocupada porque no llega a la casa.

Madre: La verdad él desde chico era muy rebelde, no sé si por lo que veía en casa.. su papá si me pegaba pero a pesar de todo era muy responsable o sea nunca faltó a trabajar ni nada. Le dio la oportunidad de estudiar y no quiso.. solo se dedicó a la vagancia y yo tenía otros hijos que cuidar. Se juntaba con personas que no le traían nada bueno y aquí está el resultado...

Consultante: Yo siempre he sido la oveja negra ..La verdad doctora.. el rebelde de la familia, siempre he hecho lo que he querido...pero yo si quiero cambiar, pues para esta bien y no darle problemas a mi familia.

*Los hijos de padres divorciados... Los hijos de madres solteras...*

Sin duda en la sociedad Occidental, desde el siglo XIX hasta finales de XX, el esquema familiar predominante se caracterizaba por presentar una estructura conformada principalmente por: “mamá, papá e hijos” derivado del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente como el matrimonio. Dicho esquema, en la actualidad, sigue atravesando los sistemas de creencias de las familias y es concebido aún como un modelo ideal a seguir y sinónimo bienestar y estabilidad. Esto, a pesar del surgimiento de nuevos modelos de familia producto de la evolución y adaptación a las nuevas realidades culturales, sociales y económicas, así como a la lucha por los derechos de las mujeres y las comunidades LGBTIQ<sup>+</sup>.

A continuación, presentaré una breve viñeta del discurso de una madre que lleva a su hijo a consulta, pues él no acepta acudir por propia voluntad.

Terapeuta: Buenas tardes, quisiera saber cuál es el motivo de consulta ¿Quién quiere comenzar?

Madre: Pues mire doctora, yo empiezo. En realidad, yo soy madre soltera, mi esposo y yo nos divorciamos porque él bebía mucho, y yo lo dejé, pero a partir de ahí me quedé sola con mis hijos chicos y tuve que trabajar para mantenerlos. Los dejaba solos todo el día por que no podía ir a trabajar y cuidarlos, no sé si debí o no separarme, el caso es que pues el niño luego tomaba dinero del que yo tenía guardado para irse a tomar.. y yo me daba cuenta cuando veía que no estaba el dinero, sabía que algo andaba mal... pero pues hasta ahora lo pude traer. La verdad doctora yo quisiera saber que tanto le afectó esto de la separación con su papá por que mire, yo tampoco vengo de una familia normal, yo no tuve ni papá ni mamá.. me quedé huérfana muy niña y una tía se hizo cargo de mí, pero sufrí muchas carencias económicas y malos tratos...

#### 4.22 Los mitos al interior de las familias con problemas asociado al consumo de drogas

Al interior de la familia el mito se refiere a una serie de creencias ficticias arraigadas y compartidas por todos los miembros. Tales creencias tienen que ver con la familia misma, los vínculos que la unen y a sus posiciones dentro del sistema familiar. Los mitos se asumen como verdades absolutas y determinan el comportamiento colectivo e individual de ese grupo humano (La mente es maravillosa, 2022).

- ❖ El mito da a cada miembro un rol aceptado por todos y quien lo desafía puede enfrentar marginación.
- ❖ Determina las formas de relacionarse entre los miembros.
- ❖ Forman parte del concepto que la familia tiene como grupo.
- ❖ Tiene como función equilibrar a la familia, por lo que existen grandes resistencias al cambio.
- ❖ Sirve para oscurecer o negar una realidad penosa para la familia.

- ❖ Se transmite de generación a generación.

**Mitos de armonía:** Muestran un cuadro de armoniosa felicidad que intenta cubrir las hostilidades y secretos que existen, presentando en cambio una imagen distorsionada de la unidad familiar. Sirve para ofrecer una fotografía ideal de la familia frente al exterior, evitando así juicios de los demás.

*Viñeta Ej.*

Terapeuta: Veo que todos sus hijos siguen viviendo con usted y su esposo a pesar de ser adultos.

Madre: Si, somos una familia muy unida.

Terapeuta: Parece que ninguno de ellos ha logrado independizarse

Madre: Pues ya ve que mi hijo el que consume si se casó y se divorció y no tenía donde vivir, ni modo de que no lo recibiéramos nuevamente en la casa doctora, no sería capaz de cerrarle la puerta a mi hijo. La situación económica está muy difícil también y no puedo correrlo. Además, con su problema de drogas, no podría cuidarse solo.

***Mito familiar:***

*Creencia 1: Las familias unidas viven en la misma casa.*

*Creencia 2: Los padres tienen la obligación de hacerse cargo de los hijos aun siendo adultos.*

*Creencia 3: El usuario es incapaz de cuidarse a sí mismo*

**Mitos de disculpa y reparación:** Se descarga en un miembro, el “chivo expiatorio”, que asume las culpas liberando así al resto miembros, de la responsabilidad en los aspectos que no funcionan bien. Las personas en el lugar de chivos pueden ser personas vivas o muertas.

***Mito familiar:***

Viñeta 1.

Madre: La verdad doctora mi esposo y yo peleamos mucho porque mi hijo no llega a dormir, anda en la calle drogándose y ya van dos veces que mi esposo me pega por lo mismo. Me dice que no lo he sabido educar y yo la verdad no sé qué hacer, ya lo anexamos y salió peor por eso me acerqué a ustedes, espero me puedan orientar para saber qué hacemos con él.

Terapeuta: ¿Su esposo cómo se involucra el problema de consumo de drogas de su hijo José?

Madre: Pues mire doctora, él trabaja del albañil y casi no está en la casa, pero a él le preocupa mucho su hijo. Se enoja mucho con él y lo regaña, pero mi hijo no entiende y a mí me pone muy mal todo esto.

***Mito:***

*Creencia 1: Mi hijo es el culpable de los pleitos y la violencia que mi esposo ejerce hacia mí.*

*Creencia 2: Los padres no tenemos relación con el problema*

*Creencia 3: El padre está involucrado en los problemas del hijo porque se preocupa y lo regaña.*

**Mitos de salvación:** La fantasía es que todo sufrimiento familiar puede ser eliminado con la intervención del “salvador mítico”, figura externa o miembro de la familia que se espera que funja como interventor benéfico y omnipotente.

Madre: Nosotros le confiamos a mi hijo doctora yo sé que con su ayuda y la ayuda de Dios todo va a marchar mejor. Si usted me lo saca adelante no tendría como pagarle.

Terapeuta: Es un trabajo colaborativo, de otro modo las probabilidades de recuperación bajan. Yo lo acompañaré en este proceso y él deberá hacerse responsable de la parte que le corresponde.

Madre: Si doctora lo que nosotros queremos es que sea una persona de bien porque eso le enseñamos, ni su papá ni yo consumimos, no somos delincuentes y lo hemos apoyado lo más que podemos, al menos que comer no le ha faltado. Aún es un adolescente y tiene una vida por delante.

***Mito:***

*Creencia 1:* El terapeuta es una figura casi omnipotente que puede salvar a el usuario con la ayuda de Dios.

*Creencia 2:* La madre piensa que por el hecho inculcarle valores y educación los padres merecen que él sea una persona de “bien.”

*Creencia 3:* La madre asume que la crianza es apoyar, y que el hecho de que no le falte comida es su deber principal como padres.

**Mitos de expiación o perdón:** Se considera que uno o más miembros (vivos o muertos) son las responsables/culpables de la situación actual de la familia.

Terapeuta: ¿Cómo es la relación con tú padre?

Usuario: Muy mala

Terapeuta: A qué te refieres con “muy mala”

Usuario: Desde pequeño no se hizo cargo de mí, se la pasaba de borracho y nunca se acercó a platicar conmigo. Creí solo porque mi mamá tenía que trabajar y luego no había quien me cuidara, nunca estuvo en el hogar como las mamás de mis primos.

Terapeuta: ¿Como te sientes cuando lo platicas?

Usuario: Pues mal, solo. Yo pienso que, si hubieran estado al pendiente de mí, no sería lo que soy, no me hubiera ido a la calle a vagar, terminar en la cárcel y así.

**Mito:**

*Creencia 1:* Las madres que trabajan no están al pendiente de los hijos

*Creencia 2:* Las madres deben estar en el hogar al cuidado de los hijos

*Creencia 3:* Si mi padre y madre hubieran estado al pendiente de mí no sería lo que soy

#### 4.23 Lealtad familiar

La lealtad familiar implica apegarse a ciertas normas explícitas e implícitas de *respeto, fidelidad, honor, gratitud o cuidado* principalmente hacia los padres y madres o responsables de la crianza, pero también puede ser hacia otros familiares vivos o muertos e inclusive hacia alguna circunstancia en específico.

La lealtad es vivida desde el compromiso y no desde la libertad, por lo cual el ser desleal se relaciona estrechamente con el sentimiento de *culpa o traición* y parte de una necesidad a veces consciente y otras inconsciente, de pertenecer al grupo familiar y evitar ser rechazado o expulsado del mismo (Boszormenyi-Nagy y Spark, 2013) Por otro lado, la vivencia de *justicia o injusticia* transgeneracional es fundamental, ya que también forma parte de aquello que motiva y sostiene las conductas relacionales e individuales de cada uno de los miembros.

En todas las familias existe de forma imaginaria “**el gran libro de cuentas**”, donde se ve si uno está en crédito o en débito, es decir si se tienen *deudas o méritos*, y dependiendo del balance de las cuentas, se pueden transmitir de generación en generación, conflictos no resueltos e inclusive enfermedades, accidentes o muertes.

En resumen, la lealtad posee las siguientes características:

- ❖ Sentimiento de respeto, devoción y fidelidad hacia los principios establecidos por la familia.
- ❖ Cumplir un compromiso frente a circunstancias cambiantes o adversas.
- ❖ Las lealtades familiares están conectadas por alianzas y se asocian a los mitos familiares.
- ❖ En las lealtades familiares están involucradas la consanguineidad, el parentesco y los roles al interior de la familia.
- ❖ En la interacción familiar se generan pautas de gratitud, confianza y responsabilidad, que conlleva a reforzar los significados de la lealtad.

## CASO 1

Hermano del usuario: Estoy preocupado por mi hermano, la verdad ya no sé qué hacer, yo soy el único que trabaja en la casa y he tenido problemas con mi esposa porque no alcanza el dinero. El otro día mi hermano me pidió dinero y me dijo que tenía una deuda que tenía que pagar y que lo habían amenazado de muerte. Yo tenía un dinero guardado para los pañales y la leche de mis hijos, lo saqué y se lo di.

Esposa: Señorita, no es la primera vez que pasa esto, siempre busca a mi esposo para pedirle dinero y él se lo da y a nosotros apenas si nos alcanza porque él mantiene a su mamá y a su papá y de paso a su hermano, además de mantenerle su vicio porque solo lo ocupa para consumir. A mí me da miedo que se siga metiendo en problemas su hermano porque nos pone en riesgo a nosotros, a mí y a mis hijos. Desde hace tiempo que vende droga y anda en malos pasos.

Hermano del usuario: Mire doctora mi mamá ya tiene diabetes y mi papá no puede caminar bien, yo le pedí a mi hermano que no le comentara nada a mis papás porque ya son grandes y a yo no quiero que les pase algo, mi esposa no lo entiende, pero ellos nos han dado lo que han

podido, yo pude hacer una carrera técnica gracias a ellos y ahora doy mantenimiento a equipo de cómputo y gracias a Dios no nos falta. Mi hermano y yo somos adoptados (se quiebra la voz) ..mis papás se enteraron por una conocida que había una muchacha del campo que era joven de edad, ya tenía un niño pequeño de 6 meses y estaba embarazada de otro. Los padres de la muchacha no querían que tuviera al segundo porque se enteraron después que los dos eran hijos de su tío, el hermano de su mamá y decidieron regalarlos a una familia. Mis papás le dijeron a su conocida que ellos nos adoptaban. Nos recibieron y desde ahí nos aceptaron y nos criaron a pesar de ser muy humildes, mi hermano es el más chico y me sentiría muy culpable si algo le pasara, pero también me enoja mucho lo que hace y que no piensa cómo puede dañar a mis papás.

#### Lealtad:

Aquí se describe cómo el hermano del usuario de sustancias busca protegerlo a pesar del sacrificio que eso implica, puesto que en ocasiones deja sin algo a sus propios hijos, como él menciona, “tenía un dinero para la leche y pañales de mis hijos y se lo di”. En este sentido se observa una *lealtad hacia el sacrificio* puesto que también refiere que al ser adoptados él y su hermano sus padres eran humildes “lo cual da cuenta del sacrificio que hicieron por ellos” al recibirlos y criarlos. Por otro lado existe una *lealtad hacia el cuidado de los padres* pues “le pide al hermano que no les diga que está metido en problemas y que lo amenazaron de muerte, argumentando que su madre tiene diabetes y su padre no puede caminar bien”, es decir, él tiene la deuda de haber sido adoptado, una deuda impagable, y lo menos que puede hacer por sus padres es cuidar de ellos físicamente (haciéndose cargo de ellos económicamente) y emocionalmente (para evitarles un disgusto), de lo contrario el sentimiento podría ser de traición ,culpa o decepción. Por último, se observa una *lealtad hacia su rol de hermano mayor y al no abandono* pues de alguna manera el *mito* se asocia con la forma en que él, como hermano mayor le puede ayudar, y considera que el dinero lo puede sacar de problemas, si no lo hiciera podría interiorizarlo o traducirlo como “abandono al hermano”. Pero también puede existir miedo del rechazo de los propios padres pues un mandato puede ser “A la familia no se le deja sola ni en las peores circunstancias.”

## CASO 2

Se trata de un usuario adolescente que presenta depresión y ansiedad moderadas, así como consumo de mariguana y tabaco. Tiene 17 años y se encuentra cursando la preparatoria, su madre tiene 60 años y el padre 55. Es hijo único, su papá es albañil y consumidor de alcohol y la madre se dedica al hogar. Existe violencia al interior de la familia pues el padre ha llegado a golpear a la madre y el hijo a intervenido para defenderla.

Madre: Doctora quisiera que pudieran ayudar a mi hijo pues en la escuela ha tenido problemas con el consumo de drogas y ya me dijeron que un reporte más y lo sacan. Hace dos meses me dijo que ya no quería vivir con su papá y conmigo porque ya no nos aguantaba, la verdad mi esposo es alcohólico doctora y me ha llegado a agredir físicamente. Hace dos semanas se fue a vivir con mi hermana, ella tiene un hijo de la misma edad y van juntos a la escuela, yo la verdad al principio no estuve de acuerdo porque no me gusta dar problemas a otras personas, mi hermana ya tiene suficiente con sus propios problemas y yo no puedo darle una mensualidad porque a veces tenemos y otras no. Fui por él más de una vez y no quiso regresar. Él es muy buen chico y llevaba buenas calificaciones, es muy trabajador, luego se va con mi esposo y lo ayuda. Yo me deprimí mucho doctora, él era mi única compañía y siempre ha estado conmigo, su papá trabaja y llega hasta muy noche. Yo siempre he estado pendiente de él y deseo que pueda ser alguien en la vida. Le dije que cualquier queja por parte de su tía iríamos por él su papá y yo. Anoche justo me marcó mi hermana, diciendo que mi hijo llegó con un oficio de la escuela donde decía que se presentara el tutor porque introdujo bebidas alcohólicas a la escuela y estuvo consumiendo adentro con unos compañeros. Tuvimos que ir por él a casa de mi hermana y ya está con nosotros de nuevo, pero me pidieron en la escuela que recogiera sus papeles porque ya estaba advertido. Por eso lo traje aquí doctora, no sé qué es lo que quiere, se aísla y está todo el tiempo muy irritable, no habla casi con su papá ni conmigo, dice que ya no quiere estudiar y que se quiere ir al tianguis a trabajar con un hermano mío y a mí me preocupa mucho.

Lealtad:

En este caso tomando en cuenta los antecedentes de ser hijo único, la edad de la madre, la violencia intrafamiliar asociada al problema de alcoholismo del padre y los problemas económicos que viven, podemos ver que existe una *lealtad por parte del adolescente hacia el cuidado de la madre*. La huida de casa se puede interpretar como un intento de autocuidado

debido a los múltiples problemas que existen al interior de la familia, aunque en apariencia pareciera una conducta disruptiva y desobediente que lo pone en riesgo de pasar más tiempo solo y consumir. Pese al hecho de ya no estar en casa y dejar de presenciar problemas que pueden alterar su estado psíquico y bienestar emocional que de alguna manera le dificultaban concentrarse en el ámbito académico, vuelve a cometer una conducta disruptiva al introducir alcohol e ingerirlo adentro de la escuela. En base a esto, podríamos pensar que se trata de una conducta simplemente desafiante pues no le importó la advertencia de la madre y las autoridades escolares. Sin embargo, lo anterior trajo como consecuencia el hecho de regresar a casa al mismo entorno del cual al inicio intentaba alejarse, lo cual vuelve altamente probable que de forma inconsciente se encontrara muy conflictuado con la idea de dejar sola a la madre en condiciones de maltrato y golpes. También es importante analizar que en base a lo que comenta la madre, él verbalizó querer incorporarse a un trabajo, que da cuenta de la necesidad de adoptar un *rol* que no le corresponde debido a las circunstancias económicas adversas que enfrentan día a día. Visto desde esta perspectiva, se vuelve entendible que el hecho de regresar le genere mucho enojo, que manifiesta retirándole el habla a sus padres, a la vez que se siente triste ya que se aísla manifestando de alguna manera su deseo de no permanecer ahí, pero de no hacerlo se sentiría muy culpable si algo le pasará a su madre. La *deuda* es ahora cuidarla, así como ella cuidó de él y no dejarla sola en la adversidad.

### CASO 3

Se trata de un poliusuario de sustancias de 21 años de edad. Probó por primera vez el alcohol a los 11 años y presenta dependencia a esta sustancia, a la marihuana y a la cocaína. Ha tenido dos intentos de suicidio en el último año. En el primero se iba a aventar de un puente y en el segundo se amarró un cinturón al cuello. Reporta violencia intrafamiliar. Ambos padres acuden al centro de atención para solicitar ayuda.

Terapeuta: ¿Qué crees que te haya orillado a tomar la decisión de quitarte la vida y aventarte de ese puente?

Usuario: Pensé que la vida no vale la pena, mis padres me dicen todo el tiempo que no sirvo, que solamente doy problemas y que están cansados de mí.

Terapeuta: ¿Por qué crees que ellos te trajeron?

Usuario: No lo sé, tal vez porque piensan que es lo que deben hacer, pero yo no siento que me quieran, nunca lo he sentido. Nunca me han preguntado cómo estoy, ni como me siento. Yo no creo que su preocupación por mí sea sincera.

Terapeuta: ¿Cómo te hace sentir esto?

Usuario: Muy mal, mi mamá se fue de la casa desde que tenía como nueve años y tiene una pareja y otros hijos. Dejé de verme por años y cuando tenía 15 se volvió a comunicar para que yo la ayudara con uno de mis hermanos. Yo vivo con mi papá y mi madrastra, tengo otros dos medios hermanos.

Terapeuta: ¿Cómo podrías definir la forma en que te sientes al platicar esto? ¿Triste, enojado, frustrado?

Usuario: Creo que muy triste y frustrado

Terapeuta: Te quiero preguntar ¿qué fue lo que te detuvo de aventarte de ese puente, aquella ocasión?

Usuario: Un señor mayor se acercó a mí y me dijo que era muy joven, que no valía la pena hacer eso. Me dijo que fuéramos a caminar, yo estaba drogado y alcoholizado.

Terapeuta: ¿Después cómo te sentiste?

Paciente: Me sentí muy mal de no haberlo hecho, me sentí como un cobarde, pero a la vez bien porque así no daría más problemas. Mi madre me ha dicho en otro momento que si realmente lo quisiera hacer ya lo hubiera hecho y no me andaría con tonterías. A veces me pongo a pensar que ni para eso sirvo. De hecho, mi madre me quiso abortar, pero no pudo y me tuvo que tener. Mis padres ya no estaban bien en ese entonces y a veces mi padre me dice que yo no soy de la familia porque soy morenito y mi hermana la que nació antes que yo es blanca.

Lealtad:

En este caso es importante analizar que el usuario fue un hijo no deseado y que su llegada coincide con la época en que los padres se encontraban en crisis. También menciona que el padre le ha dicho que no es de la familia por su color de piel, lo cual da cuenta de la sospecha

que él tenía de infidelidad por parte de la madre. Por lo cual, y en base a lo que se exploró a lo largo de las sesiones, el sentimiento de él usuario es también de culpa, ya que él no tendría por qué estar vivo, es decir, “siente culpa por vivir”. Su única misión pareciera ser evitar que los padres sufran aún más de lo que él los ha hecho sufrir por el simple hecho de existir. Sin embargo, en ocasiones se siente tan frustrado de saber que no lo logra, que en ocasiones el impulso de quitarse la vida es más fuerte, pues el mito es que los problemas de los padres se terminen con su muerte, sin embargo, a la vez esto lo coloca en un conflicto pues el consumir el acto en sí mismo implica un problema ya que cuestiona su “deber como padres”, que es el cuidado del hijo. En relación a esto último, el usuario menciona al inicio, que cree que sus padres lo llevaron por que forma parte de sus “deberes”.

Por lo anterior podríamos decir que la lealtad del paciente gira en torno a no provocar problemas a los padres y la deuda es su tranquilidad y bienestar. Pues también existe otro mito que tiene que ver con el hecho haber destruido la relación de los padres al nacer pues existe la sospecha de que no es hijo biológico del padre. Lo anterior lo coloca en un atrapamiento pues vivo o muerto es desleal, y se confirma con lo que dice: “Me sentí muy mal de no haberlo hecho, me sentí como un cobarde, pero a la vez bien porque así no daría más problemas”. Es importante mencionar que la historia de la madre está llena de abandono y abuso por lo que siempre ha mencionado no haber sido feliz, esto haciendo alusión al libro de cuentas familiares y su peso a nivel transgeneracional.

#### **4.3 CICLO DE VIDA FAMILIAR**

El ciclo de vida familiar puede modificarse dependiendo de la región y cultura. El desarrollo familiar incluye los procesos de continuidad y cambio relacionados con las uniones o separaciones, nacimiento o muerte de un miembro, el trabajo o el desarrollo ocupacional, el cambio de domicilio, la migración y aculturación, las enfermedades agudas o crónicas o cualquier conjunto de hechos que alteran significativamente la trama de la vida familiar (IAPA,2017).

La flexibilidad frente a los cambios es una característica muy importante, ya que las familias flexibles afrontan los cambios evolutivos y se adaptan a ellos de mejor forma. Si la estructura de la familia es rígida y no permite una progresión natural a lo largo del ciclo vital, uno de los

miembros puede contraer un síntoma como una solución que ayuda a la familia a “avanzar” entre comillas, por su senda evolutiva.

Debido a que estos cambios pueden generar conflicto y readaptación familiar es importante hacer una distinción, entre dos tipos de crisis dentro del ciclo vital:

**Crisis evolutivas:** Cambios esperables por los que atraviesan las familias y requieren una adaptación. Ej. Matrimonio o unión entre dos personas.

**Crisis inesperadas:** Cambios que se presentan bruscamente que no están en la línea evolutiva. Ej. Muerte de un hijo.

Falicov (1991) sostiene:

- ✓ La reestructuración familiar durante los periodos de transición implica estrés, debido a que los nuevos procesos generan angustia.
- ✓ Las pautas adaptativas se evalúan en función a conductas y tareas adecuadas relacionadas con la edad cronológica de los miembros de la familia.
- ✓ Los ritmos de cambio durante las transiciones de una etapa a otra pueden ser demasiado lentos o muy rápidos, lo cual puede repercutir en resultados inciertos.
- ✓ Retraso en el desarrollo se refiere, a la posición y rol que ocupa un miembro en la organización familiar, si se encuentra excesiva o insuficientemente involucrado, por consiguiente, no puede actuar conforme la etapa que le corresponde

#### 4.31 Las crisis de vida como factores desencadenantes del consumo de drogas

Es importante considerar como profesionales de la salud mental, que generalmente los antecedentes o factores que pueden llegar a desencadenar un consumo o una recaída suelen ser las crisis de vida y el contexto familiar, social y cultural por lo cual se considera que influyen en el proceso de recuperación de la persona con un problema de adicción. Por lo anterior, antes de pensar cómo es que el paciente deberá dejar de ingerir sustancias psicoactivas o parar con comportamientos adictivos, es importante explorar este aspecto, pues es común que el usuario tenga una historia de duelos acumulados, es decir no resueltos, que promuevan que persista en

la crisis actual. En otras palabras, el consumo a veces sirve como una muleta para no caer en un fondo de dolor que puede ser percibido como insostenible o insuperable a nivel psíquico.

#### **4.4 LA IMPORTANCIA DE LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS.**

Todos los cuerpos normativos laicos y religiosos, científicos, jurídicos y académicos, sancionan el orden de género, establecen deberes, obligaciones y prohibiciones asignadas a los géneros y definen las formas de relación, así como los límites y el sentido de éstas. Funciones semejantes cumplen las costumbres y tradiciones que además cuentan con el peso compulsivo de los mandatos de género legitimados en el pasado. La representación del orden genérico del mundo, los estereotipos sociales y sus normas, son fundamentales para la cultura y la subjetividad de cada quien. Se aprenden desde el principio de la vida, están presentes en la cotidianidad y son componentes del propio ser, como dimensiones que están en la base de la identidad (IAPA,2017).

Cazés (1998), afirma que como si fueran características sexuales previas y naturales se asigna a los hombres y a las mujeres un conjunto de obligaciones, prohibiciones y atributos económicos, eróticos, psicológicos, sociales y culturales. En torno a lo masculino prevalece el mito de la producción, la fuerza, la inteligencia, la razón y la creatividad que hacen trascendente solo a lo masculino y a los hombres superiores. Sobre lo femenino en cambio, se mantiene y alimenta la leyenda de la reproducción que convierte a lo femenino en intrascendente por considerarlo natural, instintivo e irracional, lo que define a las mujeres como inferiores.

Estos supuestos sobre lo femenino y masculino se sustentan en una visión patriarcal de la sociedad. Eisenstein (1980), define al patriarcado como un sistema sexual de poder en el cual el hombre posee un poder superior y un privilegio económico. El patriarcado es la organización jerárquica masculina de la sociedad y, aunque su base legal institucional aparecía de manera mucho más explícita en el pasado, las relaciones básicas de poder han permanecido intactas. El sistema patriarcal se mantiene, a través del matrimonio y la familia, mediante la división sexual del trabajo y la sociedad.

Aunque esta concepción del mundo y las relaciones entre los géneros, se ha modificado debido a los procesos de democratización y al derecho de que exista equidad entre hombres y mujeres,

lo cierto es que la ley y la realidad son ámbitos distintos, y en lo cotidiano todavía prevalece esta visión dominante que justifica la violencia y discriminación hacia las mujeres.

Al respecto, es fundamental hacer mención de la jornada de trabajo doméstico, es decir al mantenimiento del estado de bienestar y salud, cuidados afectivos, intelectuales, corporales, alimenticios, que realizan las mujeres con los hijos, el cónyuge o pareja y en casos de enfermedad o accidente, incluso a miembros de la familia ampliada. Las mujeres llevan a cabo la reposición cotidiana de las condiciones vitales de la familia, sin la cual sería impensable la reposición de la fuerza de trabajo. Éste es un trabajo invisible y no pagado, el cual se suma a la jornada asalariada que se realiza fuera de casa en el ámbito de la vida pública, donde las actividades y labores, sí se consideran como “trabajo productivo”

La suma de ambas jornadas constituye situaciones de desgaste físico y cansancio emocional acumulado debida a la sobre carga de responsabilidad que recae sobre las mujeres, si además sumamos el incremento a nivel nacional de hogares monoparentales encabezados por mujeres, así como las condiciones económicas existentes en el país, es evidente que las mujeres quedan colocadas en un sector social más vulnerable, situación que se refleja en el aumento de consumo de drogas en ellas, como un forma de contender con el estrés asociado a la sobrecarga de trabajo y expectativas socio-culturales.

Cuando la perspectiva de género está presente en el análisis es posible visibilizar problemáticas específicas que enfrentan los hombres y las mujeres que consumen alguna droga:

De la Cruz y Herrera (2002) aseguran que en contraste con los casos de consumidores masculinos cuyas mujeres a menudo permanecen a su lado, haciéndose cargo de los hijos, e incluso haciendo esfuerzos para rehabilitarlos, una mujer que consume drogas es a menudo abandonada por su pareja, y los hijos le son quitados pues deja de ser vista como buena esposa y madre. Cuando una mujer con adicción demanda ayuda debe superar situaciones de discriminación; debido a que en general los servicios asistenciales no están orientados con perspectiva de género y más bien contemplan en sus programas, principalmente a consumidores masculinos.

Burin (1990), define algunos factores de riesgo que amenazan la salud mental de las mujeres y por lo tanto éstos también pueden exponer a la mujer al abuso de sustancias:

- El matrimonio tradicional constituye un factor de riesgo para la salud de la mujer, en el hombre por el contrario viene a ser un factor de protección.
- El trabajo doméstico igualmente se presenta como un factor de riesgo y el trabajo extra doméstico remunerado constituye un factor de protección para la mujer, sobre todo cuando se encuentra en esta actividad una satisfacción y confort en lo que llevan a cabo.
- La doble jornada de trabajo, es otro factor de riesgo, pues lleva consigo una fuerte carga emocional y de estrés.
- Tener tres o más hijos en casa al cuidado de la mujer también se constituye otro factor de riesgo.
- El síndrome del nido vacío derivado del alejamiento de los hijos del hogar, pues sienten que ya no tienen a quien brindar cuidados, y esto forma parte de su identidad y sentido de vida.

Otras situaciones que enfrentan las mujeres consumidoras son las siguientes:

- Vergüenza y estigma social
- Miedo a perder hijos/as y/o a la pareja, así como amigos/as.
- Abandono, desintegración familiar y falta de redes de apoyo
- Necesidad de obtener permiso de la pareja para poder solicitar atención debido al consumo.
- Carencia de programas específicos de tratamiento acordes a las necesidades de las mujeres.
- Falta de recursos financieros.

- Falta de reconocimiento de la asociación entre consumir drogas, violencia, comorbilidad psiquiátrica y sus consecuencias.
  
- Violencia física, psicológica, económica y sexual.

Con respecto a la construcción de la identidad masculina, Campbell (1959) afirma, que la aventura del hombre como héroe, aparece una y otra vez en leyendas, tradiciones, rituales de todos los pueblos del mundo: en los mitos polinesios y griegos, en las leyendas africanas, en los cuentos de hadas célticos y en la mayoría de los simbolismos religiosos.

El peso de la figura heroica está presente en la cultura y tiene un impacto en la formación de los niños, debido a que se incorpora de manera paulatina un imaginario acerca de lo que significa ser hombres. Rizo (1998) señala, que las legiones de superhéroes escritas y filmadas invaden las salas de cine y el mercado, creando y promoviendo valores que recuerdan las épicas más famosas. Cuando los niños juegan con espadas, rayo láser, robot a control remoto o juegos de video; están representando el oficio del héroe: *el camino y la fórmula para ir a enfrentarse con fuerzas fabulosas y regresar triunfantes*.

Todas estas batallas que protagonizan comúnmente los hombres contienen riesgo, espíritu de aventura, autodeterminación, valentía sin límites, uso de la fuerza y la violencia, exponer el cuerpo a pruebas extremas, evitar conectarse con el dolor y las emociones, además de que no conocen el fracaso.

Esta pedagogía acerca de lo masculino, genera expectativas muy difíciles de alcanzar e incluso imposibles de obtener, situación que según Kaufman (2000) crea en los varones inseguridad personal, temor al fracaso, así como experimentar emociones de aislamientos, ira, autocastigo y agresión. En dicho estado emocional, la violencia se convierte en un mecanismo compensatorio, pues es la manera de restablecer el equilibrio masculino, de afirmarse a sí mismo y hacer frente a los demás. Esta expresión de violencia, suele incluir la selección de un objetivo físicamente más débil o vulnerable, como un niño o una niña, una mujer o bien grupos sociales, como la comunidad homosexual o los inmigrantes, quienes son blanco fácil de la inseguridad y la ira de ciertos varones, especialmente porque esos grupos a menudo no cuentan con protección legal adecuada.

Aunque la violación a los derechos humanos tiene múltiples variantes, Rico (1996) considera que es violencia de género cuando está directamente vinculada a la desigual distribución del poder y a las relaciones asimétricas que se establecen entre varones y mujeres en la sociedad, que perpetúan la desvalorización de lo femenino y su subordinación a lo masculino. Lo que diferencia a este tipo de violencia de otras formas de agresión y coerción, es que el factor de riesgo o de vulnerabilidad es el solo hecho de ser mujer. Estas formas se clasifican en las siguientes categorías: violación sexual e incesto, acoso sexual en el trabajo y en las instituciones de educación, violencia sexual contra mujeres detenidas o presas, actos de violencia contra las mujeres desarraigadas, tráfico de mujeres y violencia doméstica.

Kaufman (2000) sostiene que las estructuras psíquicas de la masculinidad son creadas en ambientes tempranos de crianza, a menudo tipificados por la ausencia del padre y de varones adultos, o al menos, por la distancia emocional de los hombres. En este caso la masculinidad se codifica por ausencia y se construye a nivel de la fantasía. Otra premisa acerca de la masculinidad, es la supresión de una amplia gama de sentimientos que culturalmente se consideran como femeninos: tristeza, dolor, miedo o vulnerabilidad, por lo que para muchos hombres solamente es posible expresarlos con el consumo de drogas y con sus pares de género.

En un estudio realizado por Figueroa (2007) en relación a las causas de muerte entre hombres y mujeres, el autor afirma que algunos varones aprenden a usar su cuerpo como una herramienta, minimizando su cuidado e incluso calificando cualquier atención hacia él mismo como muestra de debilidad y de fragilidad. Muchos de los accidentes y homicidios surgen por una exposición intencional a situaciones de peligro, legitimadas por un estereotipo de masculinidad. Las diferencias en mortalidad, no son naturales ni tampoco se deben a aspectos fisiológicos, sino que muchas de ellas tienen que ver con los modelos de identidad de género, que se aprenden en los procesos de llegar a ser varones y que además no se cuestionan.

Al tratar de profundizar en relación a las causas de muerte entre hombres y mujeres, De Keijzer (1992) habla de *“la masculinidad como un factor de riesgo”*, ya que la forma de vivir de muchos varones es un riesgo tanto para el mismo hombre y para otros hombres, así como para las mujeres, los niños y las niñas. Otra interpretación a este comportamiento temerario y con buenas dosis de imprudencia alude al mito del héroe en el que muchos varones aprenden que, para legitimarse, deben llegar a cabo actos heroicos con la intención de acumular historias que contar, así mismo presumen sus cicatrices las cuales son una prueba de que sobrevivieron a

situaciones peligrosas y ganaron una batalla. El consumo de drogas y los excesos también forman parte de los riesgos que se encuentran normalizados y que forma parte de su identidad de género. Cuantas veces hemos escuchado decir entre hombres: “Me puse bien pedo y no supe ni como llegué” o “Me puse tan ebrio que no se ni supe con cuantas estuve.”

Para concluir cabe señalar que la Perspectiva de Género se basa en apreciaciones diferentes, en otros valores y otro sentido ético, que en general choca y confronta creencias muy arraigadas en la mentalidad de muchas personas, en relación a sus dogmas, lealtades, su sentido del deber y lo posible. La mirada desde la perspectiva de género, como señala Cazés (1998), lleva a nombrar con nuevas palabras las cosas ya conocidas, hace evidentes hechos ocultos e invisibilizados a través de la historia y otorga a lo conocido otros significados. Es también una construcción teórica que busca no solo entender las relaciones de género, sino también proceder a transformarlas, llevando la democracia a los ámbitos cotidianos de la relación entre ciudadanos e instituciones, en los ámbitos laborales, en todos los espacios públicos formales e informales, así como a las esferas de la vida privada y la cotidianidad.

## CONCLUSIONES

La perspectiva sistémico relacional que he incorporado desde hace ocho años a mi trabajo clínico dentro de los CAPAS, ahora CECOSAMAS, me ha permitido comprender que el proceso de cambio va mucho más allá del individuo y que todas, todos y todes somos copartícipes y corresponsables en dicho cambio por lo que realmente considero todo un reto que este modelo sea introducido en la visión clínica de los profesionales que nos dedicamos a la salud mental en una institución pública y en específico al abordar el consumo de drogas, ya que día con día luchamos con el estigma, la discriminación, la violación a los derechos de los usuarios y la invisibilización de las problemáticas sociales-culturales y familiares.

En este sentido cabe señalar la importancia del nuevo modelo de salud mental UNEME - CECOSAMA, pues permite considerar al individuo desde una perspectiva incluyente tomando en cuenta el contexto, la familia y la reinserción social, desde los derechos humanos, interculturalidad y el género.

Me parece que en este sentido la parte más compleja y el principal desafío es abandonar el modelo lineal e introducir la circularidad como base para poder conjuntar el trabajo de los distintos profesionales de la salud y migrar a lo transdisciplinario, pues estamos muy acostumbrados a trabajar desde el primer modelo y esto también implica ofrecer resultados rápidos a un problemática que nos ha llevado en múltiples ocasiones al fracaso, pues conocemos el alto índice de recaídas que se presenta en nuestros usuarios.

Lo antes mencionado, coloca las condiciones para que exista cada vez mayor deterioro físico y mental en el individuo que padece la adicción, pues el tiempo pasa y la demanda del servicio hospitalario aumenta, lo cual implica a su vez mayores gastos y menor posibilidad de recuperación.

Otro aspecto que me parece fundamental es homologar los números con el modelo institucional actual, pues desde el anterior UNEME CAPA, no se contemplaba la terapia familiar, de pareja y las orientaciones a familiares como parte de las metas federales, esto a pesar de que dichas acciones se encuentran directamente asociadas con la prevención del consumo de sustancias. Lo anterior habla de la necesidad de que los políticos, profesionales de la salud especializados, y personal que está implicado en el diseño de los programas a nivel Nacional vayan incorporando gradualmente una perspectiva distinta.

En cuanto a los parámetros o indicadores de mejora del usuario considero que aún existe un camino que recorrer, pues muchas veces, aunque la persona cuente con herramientas cognitivo-conductuales decide no emplearlas para obtener un beneficio propio, ya que la abstinencia puede estar sostenida en las expectativas sociales, culturales y familiares. De igual forma el hecho de que él o la paciente deje el consumo de drogas no siempre es un indicador de avance o un criterio suficiente para dar un alta del tratamiento, a veces los pacientes hicieron un switcheo a otros comportamientos adictivos como el juego patológico o a la pareja, o simplemente están “resistiendo” para salir bien en el antidoping programado por el médico tratante y no han desarrollado en realidad suficientes habilidades para mantenerse sin consumo durante tanto tiempo, tomando en cuenta las adversidades de su propio contexto.

Por otro lado, el trastorno dual juega un papel fundamental en las personas que padecen adicciones, pues muchas veces como clínicos nos enfocamos en el síntoma y no en la función del mismo, de tal forma que un usuario se refugia en el alcohol para sentirse relajado porque detrás de eso existe un trastorno de ansiedad o se refugia en el consumo de cocaína para lidiar con la depresión, lo cual no es ninguna novedad para un profesional especializado. Pero que tan frecuentemente nos preguntamos ¿Qué significado tiene para el paciente el consumo? ¿Cómo se relaciona con la sustancia? ¿Qué mecanismos tiene la familia para afrontar situaciones dolorosas o incómodas? ¿Cuáles son las fortalezas con las que cuenta el usuario?, ¿Cree que hay alguien que lo pueda apoyar o qué se dice a si mismo? ¿Qué cosmovisión tiene? ¿Cuáles son sus costumbres, lo que es aceptado o inaceptable en la familia? ¿De qué está hecha esta crisis que está atravesando y qué papel juega el consumo?, ¿Existen roles y límites trastocados al interior de la familia que se sostienen a través del consumo? ¿Cuáles son los mitos y creencias asociados al género que se juegan en el mantenimiento del mismo?

Y otra pregunta interesante ¿Estamos preparados como sociedad y cómo profesionales de la salud mental en el ámbito gubernamental para generar una transición hacia un modelo diferente? Creo que la misma sociedad a través de la institución refuerza y replica la violencia, el estigma y los mitos alrededor del consumo.

Me parece de vital importancia capacitar al personal siendo incluyente: médicos, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas, administrativos, personal de intendencia y vigilancia por personas que ya han adoptado la perspectiva sistémica y que cuentan con la formación teórica y la práctica en dicho modelo. No es raro escuchar decir: “con esto te vas a curar”, “tu déjamelos a mí”, “para la siguiente sesión ya debieras estar en abstinencia”, “tu familia no tiene nada que

ver en esto”, “ ya van varias veces que te dejo este ejercicio y no lo haces”, “ el internamiento es la mejor opción” ”te voy a referir porque debes tratar primero tú trastorno mental y luego vienes para que tratemos la adicción” “si estás haciendo la estrategia y no te funciona habrá que implementarla más veces”, “yo no puedo llorar con el paciente porque dejo de ser objetiva/vo” “ Háblame de tú consumo, después hacemos una sesión para ese tema:”

Todos estos ejemplos dan cuenta de cómo nos colocamos desde una posición vertical, es decir, como una autoridad y no vemos al usuario como individuo; cómo el propio profesional genera la idea de que la cura o la solución está colocada en algo o alguien más y le quitamos desde un inicio al que demanda, la posibilidad de incrementar la autoconfianza y participar activamente en la solución del problema; cómo se prioriza la estrategia y no la necesidad y el contexto de cada persona, los clínicos no podemos determinar qué es lo prioritario en ese momento a pesar de tener trazados los objetivos y líneas de trabajo.

Por otro lado, si se tiene la visión de que el usuario es el problema, se puede llegar a pensar que el internamiento es la mejor opción, cuando este, muchas veces se convierte en un obstáculo para que el individuo pueda confrontarse con problemas reales en un mundo real, lo que también conlleva a una mayor probabilidad de caída o recaída<sup>5</sup>.

El problema de intentar dividir un trastorno mental de otro, asumiendo que debieran tratarse por separado, nos limita para profundizar en aquello que está detrás del consumo y se asocia institucionalmente a este “rebote indeseable”, es decir, el demandante pasa de un servicio de salud mental a otro sin encontrar respuesta, pues es referido constantemente y esta visión también promueve que exista la sobresaturación de los servicios clínicos.

Otro aspecto importante que se tendría que abordar, es la forma en que los profesionales nos asumimos frente al consultante, pues somos individuos con valores, creencias y una historia de vida que también entra en juego cuando brindamos atención y a su vez forma parte del sistema terapeuta-usuario. Esto viene al caso, ya que de pronto pareciera que la objetividad tiene que ver con el hecho de insensibilizarnos o reprimirnos frente a lo que ocurre con el otro y nos han

5 Bronwell, Marlatt, Lichtstein y Wilson señalan, en base a las teorías del aprendizaje, que la caída es un solo evento de consumo que puede o no llevar a un estado de recaída; la recaída implica una pérdida de control sobre la conducta adictiva y el regreso al patrón de consumo anterior.

enseñado que esta es una práctica clínica ideal, cuando en realidad esta sensibilización es lo que nos permite conectar con la problemática el usuario, ser empático, formar una alianza terapéutica y modelar la no represión de las emociones.

Es fundamental tener conciencia de que nosotros formamos parte del sistema al momento de interactuar con los consultantes y sus familias y que tenemos la capacidad de entrar y salir formar alianzas, confrontar, con la finalidad de construir de forma conjunta una nueva realidad a través de la elaboración de significados.

Del mismo modo tendríamos que ser capaces de comprender aquello que nos moviliza cada una de las historias de las que somos partícipes a ratos. En lo personal las historias de violencia en las mujeres me han causado mucha indignación a lo largo de mi práctica clínica en adicciones, las historias de abuso y de injusticia con los usuarios por parte de los policías y ministerios públicos y noto que me he posicionado a veces siendo protectora, otras punitiva o radical, juzgadora desde la indignación y a veces me ha costado poner límites o soltar, dejar de buscar soluciones a aquello que toca a los consultantes o a otras instancias. Desde este sentido podemos engancharnos y replicar las mismas dinámicas relacionales que se presentan en la familia y tener la ilusión de ayudar, cuando en realidad sucede lo contrario.

Quisiera cerrar diciendo, que mi deseo es que este documento sirva como guía para vislumbrar cómo la transición a la nueva práctica institucional implica una enorme de responsabilidad social, profesional y personal. También me interesa que brinde otros parámetros para comprender la complejidad de los casos que nos llegan a fin de homologar la perspectiva y generar un trabajo transdisciplinario que permita brindar mayor calidad y efectividad en los servicios, así como la reducción de costos sanitarios.

## BIBLIOGRAFIA

Boszormenyi-Nagy; I; Spark, G (2013) *Lealtades Invisibles: Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. México: Amorroutu.

Burin, M., Moncarz, E., & Velázquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.

Campbell, J. (1959). *El héroe de las mil máscaras: Psicoanálisis del mito*. México: Fondo de Cultura Económica.

Cazés, D. (1998). *La perspectiva de género: guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*. México: CONAPO.

Centro Acción (15/11/2018). *Relación entre drogas y adicción al sexo*. Centroacción. <https://centroaccion.es/relacion-drogas-y-adiccion-al-sexo/>

Clayton, R.R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*». En M. T. Laespada, I. Iraurgi y E. Aróstegi (Eds). (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Bilbao. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto).

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). *Plan De Acción 2011-2015* (s.f) Recuperado en: [http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/main/aboutcicad/basicdocuments/plan-action\\_spa.asp](http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/main/aboutcicad/basicdocuments/plan-action_spa.asp)

Comisión Nacional contra las Adicciones (11/06/2018). *Programas de intervención*. Recuperado en: *Programas de Intervención | Comisión Nacional contra las Adicciones | Gobierno | gob.mx* ([www.gob.mx](http://www.gob.mx))

Comisión Nacional contra las Adicciones; Secretaría de Salud; *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*. Sánchez Guerrero, A; Robles Soto, N; Fukushima Taniguchi, E.A; Ferrer Alarcón J.E. Ciudad de México, México. Recuperado en: *Informe sobre la situación de las Drogas en México y su Atención Integral 2019 | Comisión Nacional contra las Adicciones | Gobierno | gob.mx* ([www.gob.mx](http://www.gob.mx))

CONADIC (2021). Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas. México: Robles Soto, N; Ferrer Alarcón J.E; Gutiérrez Castelán M.G; Flores del Ángel, X; García, R; Fukushima Taniguchi, E.A. Recuperado en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME\\_PAIS\\_2021.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME_PAIS_2021.pdf)

De la Cruz, M. J. & Herrera A. (2002) *Adicciones en Mujeres*. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio de Psicólogos de Las Palmas.

De Keijzer B. (1992). Morir como hombres: La enfermedad y la muerte masculina desde una perspectiva de género. Seminario sobre masculinidad, Programa Universitario de Estudios de Género. México: UNAM.

Díaz, B, Díaz, N, Castillo, N, Chacón, J, García, S. (2009) Intervención de la familia al inicio del tratamiento, según la experiencia de los jóvenes usuarios de drogas. *Revista Interacional de Investigación en Adicciones*. ISSN 2448-573X Recuperado en: <https://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2016.2.05>

Díaz Negrete, D.B; Córdova Alcaraz A.J. (2018). Estudio Básico de Comunidad Objetivo (EBCO) Factores Psicosociales de Riesgo del Uso de Drogas. Centros de Integración Juvenil, A.C. Recuperado en: <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/Introduccion.html>

Eisenstein, Z. (Comp). (1980). *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*. México: Siglo XXI.

Euroinova (s.f). Niveles de prevención de drogas. <https://www.euroinova.edu.es/blog/niveles-de-prevencion-de-drogas>

Falicov, C. J. (Comp.) (1991). *Transiciones de la familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrurtu.

Fernández, C. (2015). *Modelo de Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género para la Atención de las Adicciones y la Violencia familiar*. Tesis de Maestría. Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF). México.

Fernández, C; González, S; Yashiro T (2006). *Modelo de Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género. Atención de las Adicciones y la Violencia Familiar*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.

Figuroa J. (2007). “El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigente?” *Revista COEDUCANDO*. No. 1 Dic, pp.77-97. Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza – Proyecto Hombre (s. f.). *Programa de familias*. Recuperado en: <http://www.fundacioncsz.org/ProgramasContenido.php?Clave=6>

INFOBAE (11/02/2022). El daño a la salud mental por la pandemia de covid-19 podría durar una generación. Recuperado en: El daño a la salud mental por la pandemia de COVID-19 podría durar una generación - Infobae

Instituto de Atención y Prevención a las Adicciones de la Ciudad de México. *Guía para la atención familiar en materia de adicciones*. Fragoso Sánchez, B; García de León Mier, T. México; 2017.

Instituto de Salud Libertad S.A.C. (s.f) Factores de protección para el consumo de drogas. Recuperado en: <https://www.saludlibertad.com/tratamiento-para-la-adiccion/adicciones/factores-de-proteccion-para-el-consumo-de-drogas/#:~:text=Un%20factor%20de%20protecci%C3%B3n%20es,sino%20que%20tambi%C3%A9n%20pueden%20inhibirla>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las Adicciones; Secretaría de Salud; Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez, JA; Resendiz-Escobar, E; Mujica-Salazar, A; Bretón- Cirett, M; Cañas-Martínez,V; Soto ernández,I; Fregoso-Ito, D; Fleiz Bautista, C; Medina -Mora ME; Gutiérrez -Reyes,J; Franco-Nuñez,A; Romero-Martínez, M. y Mendoza Alvarado, I. Ciudad de México, México:INPRFM;2017.

International Narcotics Control Board (2009). Prevención Primaria del Uso Indebido de Drogas. Recuperado en [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic\\_chapters/Spanish/AR\\_2009\\_S\\_Chapter\\_I.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/Spanish/AR_2009_S_Chapter_I.pdf)

Kaufman, M. (2000). “*Masculinidad dominante, armadura que paraliza*” *Revista Letra S*, no.5.

Laing, R.D. (1991). Mistificación, confusión y conflicto. En: Iván Boszormenyi-Nagy y James L. Framo, *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos*. (1era ed; pp.397-418) Trillas. Recuperado en: [https://extension.uned.es/archivos\\_publicos/webex\\_actividades/4923/mistificacionconfusionyconflicto1.pdf](https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4923/mistificacionconfusionyconflicto1.pdf)

La mente es maravillosa (22/05/2019). Historia de la terapia sistémica. Recuperado el 19/06/2020 en: <https://lamenteesmaravillosa.com/historia-de-la-terapia-sistemica/>

La mente es maravillosa (29/11/2022). Los mitos familiares y sus efectos. Recuperado en: <https://lamenteesmaravillosa.com/los-mitos-familiares-y-su-efecto/>

[La página contiene el Capítulo III. Triadas Rígidas (pp.32-47)]. Recuperado en: <https://docplayer.es/11282603-Capitulo-iii-triadas-rigiditas.html>

[Marco Teórico de Tesis sobre Terapia Cognitivo Conductual].(s.f) Recuperado en: <https://webquery.ujmd.edu.sv/siab/bvirtual/Fulltext/ADFA0000974/C1.pdf>

Matorell, J. L. (2012) Mistificación y juegos de poder en la terapia de pareja. *Revista Digital Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(1) p 5. ISSN:2253-749X.

Minuchin, S. (2009). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

National Institute on Drug Abuse (NIDA)(s.f) ¿Cuáles son los períodos de mayor riesgo para el abuso de drogas en la juventud? Recuperado en: [nih.gov](http://nih.gov)

Osorio, N. (2012) El pensamiento complejo y la transdisciplinariedad: fenómenos emergentes de una nueva racionalidad. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Militar Nueva Granada*. rev.fac.cienc.econ, XX (1) JEL: M19, Z13, Z19. Recuperado en: [www.scielo.org.co/pdf/rfce/v20n1/v20n1a16.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rfce/v20n1/v20n1a16.pdf)

Páez-Cala, M.L (2019). Intervención sistémica con familias: de la linealidad a la circularidad. *Revista CS*, 28, 207-227. <https://doi.org/10.18046/recs.i28.2629>.

Rico, M. 1996. Violencia de género: un problema de derechos humanos. Serie mujer y desarrollo No. 16. CEPAL. [[repositorio.cepal.org/handle/11362/5855](http://repositorio.cepal.org/handle/11362/5855)]

Riso, W. 1998. Identidades masculinas. Sobre el mito de la fortaleza masculina y la supuesta incapacidad de los hombres para amar. Norma. Colombia

Secretaría de Educación Pública (2023). Estrategia en el aula: Prevención de adicciones. Guía para Docentes. Si te drogas te dañas. Recuperado en: <http://www.cij.gob.mx/DrogasInformato/PDF/Gu%C3%ADa%20para%20docentes.pdf>

Secretaría de Salud (2022). Modelo de recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Unidad de Especialidades en Salud Mental (UNEME-CECOSAMA) México.

Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y control de las Adicciones, Comisión Nacional Contra las Adicciones. Manual de Prevención de Recaídas. Barragán Torres, L; Flores Mares, Marlene; Ramírez García Ana Nayeli; Ramírez Mendoza C. México;2014.

Umbarger, C. C. (2008). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.

UNEME CAPA Centro de Atención Primaria en Adicciones: Centros de Atención Primaria en Adicciones (6/10/2023). Recuperado el 17/07/2020 en: <https://www.ssaver.gob.mx/ceca/uneme-capa/>.

Watzlawick, P., Bevin, J. H, & Jackson, D. D. (1981). *Teoría de la comunicación humana Interacciones, patología y paradojas*. Barcelona: Editorial Herder.