

Intervención de la familia al inicio del tratamiento, según la experiencia de jóvenes usuarios de drogas

David Bruno Díaz-Negrete¹, Nancy Leticia Castillo-Vite¹, José Luis Chacón Moreno¹, Sara Elisa Gracia-Gutiérrez de Velasco¹, Carmen Fernández-Cáceres¹

¹ Centros de Integración Juvenil, A.C., México

RESUMEN

Introducción: el consumo de drogas impacta a la familia: afecta el estado de salud de sus miembros, la calidad de sus relaciones, su situación económica e integración social. Diversas formas de afrontamiento del uso de drogas han sido identificadas; dependen del estilo de paternidad y de la incidencia de un discurso dominante que impregna las prácticas y los relatos familiares con una narrativa que reproduce la lógica de la exclusión y el estigma. **Objetivo:** analizar el contenido de la experiencia reportada por jóvenes usuarios de drogas, a propósito de la intervención de su familia al inicio del tratamiento.

Método: estudio cualitativo con base en el análisis temático y casuístico de entrevistas biográfico-narrativas con una muestra de once jóvenes usuarios de drogas en tratamiento. **Resultados:** se identificaron dos narrativas de la intervención familiar: relatos referentes a medidas disciplinarias y represivas que pueden llegar a alcanzar altos grados de violencia y, con una frecuencia menor, relatos sobre expresiones de apoyo familiar agrupadas en dos categorías, apoyo afectivo y práctico-informativo.

Discusión y conclusiones: la intervención de la familia frente al uso de drogas y el tratamiento puede ser interpretada en términos de un ejercicio del control de tipo "posicional" y de una cultura colectivista, con predominio del principio de autoridad y falta de apoyo afectivo.

Palabras clave: tratamiento del uso de drogas, investigación cualitativa, intervención disciplinaria, apoyo familiar.

ABSTRACT

Introduction: drug abuse has a wide impact in family, affecting the health of its members, the quality of their relations, and economic situation and social integration of the family as a whole. Several ways of coping have been identified, depending on the style of parenting and on the incidence of a dominant discourse that permeates family practices and stories with a narrative of stigma and exclusion. **Objective:** to analyze the content of the experience reported by young drug users about the intervention of their families at the beginning of treatment. **Method:** qualitative study based on a casuistic and thematic analysis of narrative-biographical interviews conducted with a sample of 11 young drug users in treatment. **Results:** two narratives of family intervention were identified: stories relating to disciplinary and repressive actions that can reach high levels of violence, and, less frequently, stories of family support grouped into two categories, emotional and practical-informative support. **Discussion and conclusions:** family intervention related with drug use and treatment may be interpreted in terms of the exercise of a "positional" control in the family and of a collectivist culture, dominated by parental authoritarianism and a lack of emotional support.

Keywords: drug abuse treatment, qualitative research, disciplinary intervention, family support.

Autor de correspondencia:

David Bruno Díaz-Negrete. Subdirección de Investigación, Centros de Integración Juvenil, A.C. Tlaxcala núm. 208, col. Hipódromo, del. Cuauhtémoc, C.P. 06100, Ciudad de México. Tel.: +52 (55) 5999 7724. Correo electrónico: investigacion@cij.gob.mx y cijinvestigacion@yahoo.com.mx

Recibido: 12 de octubre de 2016.

Aceptado: 17 de octubre de 2016.

DOI: 10.28931/riiad.2016.2.05

INTRODUCCIÓN

Este trabajo trata de la intervención de la familia al inicio del tratamiento del uso de drogas, según la experiencia reportada por jóvenes usuarios de sustancias recibidos en tratamiento en Centros de Integración Juvenil, organización mexicana dedicada a la atención del uso de drogas y las adicciones.

En torno a los efectos del uso de sustancias, la investigación ha señalado la afectación de todos los aspectos de la vida familiar (Barnard, 2007; Butler & Bauld, 2005). Se han identificado como áreas de impacto el estado físico y psicológico de sus miembros, la calidad de las relaciones, la situación económica y la integración a la vida social (MacDonald, Russell, Bland, Morrison, & de la Cruz, 2002; Orford et al., 1998a). Se ha destacado, así, la existencia de un impacto global en la calidad de vida familiar (Salter & Clark, 2004).

En las primeras etapas, cuando la familia recién se entera del uso de sustancias por parte de alguno de los hijos, se registran confusión, incertidumbre y rabia, atribuibles en cierta medida al desconocimiento del problema. Ello puede derivar en situaciones de pánico y en el surgimiento de sentimientos de impotencia (Barnard, 2007; Butler & Bauld, 2005; Salter & Clark, 2004), en un estado crónico de tensión, con estresores múltiples y duraderos (Butler & Bauld, 2005; Orford et al., 2001; Orford et al., 1998a), o en una experiencia traumática y devastadora (Barnard, 2007; Butler & Bauld, 2005).

Tal vez los efectos más evidentes son los que afectan el estado emocional de la familia. El impacto negativo del consumo comprende tristeza, temor, angustia, enojo, preocupación, y sentimientos de desesperación o desamparo (Barnard, 2007; Butler & Bauld, 2005; Orford et al., 2001). En el largo plazo pueden aparecer trastornos depresivos o de ansiedad y problemas de salud como úlcera e hipertensión (MacDonald et al., 2002). La irritación y el enojo pueden coexistir con la preocupación por la salud, la seguridad y el bienestar del usuario (Orford et al., 2001), en una contrastante combinación de sentimientos (Salter & Clark, 2004).

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 (Barnard, 2007; MacDonald et al., 2002; Salter & Clark, 2004). Las dificultades para convivir con el usuario (Orford et al., 2001) coexisten con la centralización de la atención en su persona, en detrimento de los otros miembros de la familia (Barnard, 2007; Salter & Clark, 2004).

Ciertas conductas que acompañan al uso de sustancias (mentiras, hurtos, actitudes desafiantes, ocultamien-

to) 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 (Barnard, 2007; Butler & Bauld, 2005). El temor al estigma puede afectar la vida social de la familia y conducirla al aislamiento (MacDonald et al., 2002).

Por último, hay un impacto económico y financiero del consumo, causado por los hurtos en el hogar, una creciente necesidad de dinero por parte del usuario y la adquisición de deudas que pueden gravitar sobre la familia, lo que se suma al costo de la atención del problema y al tiempo y recursos invertidos en ello (Orford et al., 2001).

En cuanto al enfrentamiento del uso de sustancias en la familia, lo reportado en la literatura ofrece elementos útiles para el análisis del tema, en particular, en lo que respecta a la identificación de los distintos tipos de afrontamiento. En este sentido, Orford y colaboradores señalaron tres estilos: comprometido, tolerante-inactivo (el cual sería característico de las mujeres mexicanas) y evitativo (Orford et al., 2001; Orford et al., 1998b). Las mismas posturas fueron reportadas por Butler y Bauld (2005), mientras que Salter y Clark (2004) agregaron un afrontamiento ajustado al día a día y la atribución de causas al problema.

El modo en que se enfrenta el problema depende de los estilos de paternidad (Dembo et al., 2015): de un lado están los padres involucrados y cálidos, dispuestos a apoyar a sus hijos y capaces de ejercer el control con claridad y respeto; del otro, los padres distantes, incapaces de ejercer el control o sólo capaces de hacerlo con rigidez e, incluso, con violencia. Cuando la familia se ha hecho cargo del problema con sus propios medios sin resolverlo, se puede desembocar en la adopción de medidas extremas como la expulsión del hogar (Barnard, 2007; Butler & Bauld, 2005).

Es posible, también, que se introduzca la hipótesis de la incidencia de elementos derivados del discurso social (Angenot, 2010), misma que impregna las prácticas y los relatos familiares con una narrativa que reproduce la lógica de la exclusión y el estigma, en la que el uso de sustancias aparece connotado como transgresión de la norma, desviación o "vicio". Imbuida de tales constructos, no resulta extraño que la familia elabore una narrativa saturada del problema, caracterizada por el miedo, la pérdida de control y la desesperanza (Pacheco & Suárez, 2008), la cual, a través de la reproducción de estereotipos, obstaculiza las oportunidades de solución y el acceso al tratamiento (Orr, Barbour, & Elliott, 2014).

En este contexto, el presente trabajo busca analizar el contenido y significado de la experiencia reportada por

jóvenes usuarios de drogas acerca de la intervención de su familia al inicio del tratamiento. Un estudio realizado en este sentido, si bien con distinta perspectiva, mostró que la percepción del apoyo familiar tiene una relación inversa con la depresión, la ansiedad y la desesperanza (Baptista, Lemos, Munhoz, & Morais, 2013).

MÉTODO

El trabajo fue elaborado a partir de información extraída de un estudio cualitativo amplio, desarrollado con usuarios de drogas en una fase avanzada de tratamiento, mediante entrevistas abiertas con enfoque de “historia de vida” (Aceves, 1998; Bertaux, 1999; Bertaux, 1989; Ramos & Romero, 2000), en particular, “narrativo-biográfico” (Appel, 2005; Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber, 1998; Riessman, 1993). Las entrevistas fueron realizadas en una sola sesión de entre 60 y 90 minutos, fueron audiograbadas y transcritas con un nivel medio de edición (Farías & Montero, 2005). No se ofreció ninguna compensación económica a los participantes.

En todo momento, se resguardaron las condiciones éticas, considerando que el estudio implicaba el riesgo inherente al abordaje de una temática sensible. Se obtuvo consentimiento escrito de los participantes, previa información del objetivo del estudio y de las formas de participación en el mismo; se subrayó su carácter voluntario. Se solicitó autorización para registrar en audio la entrevista y se reiteró el compromiso de confidencialidad; se explicó el uso que se haría de la información. En el caso de menores de edad, se constató también que sus padres hubiesen autorizado por escrito su participación en todas las actividades que el personal médico de la unidad de atención dispusiera para su tratamiento, incluyendo la participación en estudios. A lo largo de las entrevistas se veló por la seguridad psicológica de los entrevistados, con la disposición de interrumpirlas en caso de ser necesario. Cuando los entrevistados revivieron situaciones dolorosas o traumáticas se ofrecieron condiciones de contención psicológica para ventilar los afectos emergentes y se recomendó trabajarlas con el terapeuta responsable de su tratamiento.

Para este trabajo, se seleccionaron once entrevistas efectuadas con jóvenes menores de 25 años, que al iniciar el tratamiento vivían con su familia de origen y que en su relato de vida incluyeron el recuento de algún episodio de intervención familiar en torno al inicio del tratamiento; se buscó una mínima “densidad narrativa”, entendida como la presentación articulada y más o menos pormenorizada de acciones, situaciones y elementos de expresión subjetiva (Labov & Waletzky, 1997). En estas entrevistas participaron cuatro de los autores del presente artículo.

Ocho de los casos seleccionados fueron captados en unidades de tratamiento residencial de la zona metropolitana de la Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey y Tijuana, y tres en unidades de consulta externa de la Ciudad de México.

Se llevó a cabo un análisis del contenido de episodios narrativos seleccionados, mediante un doble abordaje: de casos múltiples, con lectura temática entre casos, y casuístico, mediante el examen de las particularidades de cada caso (Ayres, 2000). Se procedió a través de un examen alternadamente individual y conjunto por parte del equipo de investigación, hasta arribar a un punto de saturación consensuado.

Desde la perspectiva hermenéutica y constructivista adoptada, los relatos de estudio constituyen, por un lado, un recuento retrospectivo de acontecimientos a los que los entrevistados se vieron expuestos o en los que participaron pero, por otro, resultan también de la atribución de significados y de la aplicación de ciertas formas de configuración narrativa (Hänninen, 2004; Larsson, Lilja, von Braun, & Sjöblom, 2013; Ricoeur, 2000) que dependen de factores como el entorno sociocultural, los discursos sociales dominantes o las intenciones comunicativas adoptadas durante la entrevista. En este sentido, los testimonios de los participantes deben ser abordados como una reconstrucción interpretativa de lo acontecido (Widdershoven, 1993) que, en tanto síntesis de acontecimientos y significados, configuran el contenido mismo de la experiencia vivida. Para el procesamiento y análisis de la información se utilizaron un procesador de textos y el programa Atlas.ti, v. 7.0.

RESULTADOS

Los participantes reportaron entre 16 y 22 años, uso de múltiples sustancias, estudios de educación media, principalmente, y ocupaciones diversas (Tabla 1). Las circunstancias y episodios relatados respecto a su vida familiar reflejan la percepción generalizada de un contexto problemático. Destacan situaciones de negligencia, abuso y violencia, así como la existencia de conflictos paterno-filiales o entre los padres.

Es posible identificar también situaciones de separación, de pérdida o de merma de la salud de alguno de los padres, que interfirieron de forma significativa –según la percepción de los entrevistados– en el ejercicio de la paternidad, sobre todo en términos de falta de apoyo en momentos decisivos. Asimismo, se reporta abuso de sustancias por parte de padres y otros miembros hombres de la familia, lo que refleja una extendida normalización del consumo.

Los relatos reflejan la persistencia de actitudes autoritarias por parte de los padres que, en general, se

Tabla 1

*Características de los participantes**

Máscara Blanca: mujer, 16 años; estudiante de bachillerato; uso de marihuana, alucinógenos y sustancias de uso médico.

Características familiares significativas: la mayor de tres hermanos (una hermana y un hermano). En general, bien avenidos durante su infancia, los padres se divorcian en su adolescencia. La madre atraviesa una profunda y prolongada depresión que la aleja del cuidado de sus hijos; *Máscara Blanca* queda, así, en situación de vulnerabilidad ante una tendencia a establecer relaciones violentas.

Pollito: mujer, 16 años; estilista con estudios comerciales; uso de marihuana, cocaína e inhalables.

Características familiares significativas: la mayor de varios hermanos y medios hermanos. Fue víctima de un intento de abuso sexual por parte del padre, hombre en extremo violento a quien la vincula una relación intensa y ambivalente. Su relación con la madre está atravesada por el descrédito de ésta y la violencia. Desde su infancia, ha sido víctima de negligencia.

Love: mujer, 18 años; auxiliar de enfermería con estudios de secundaria; uso de marihuana, inhalables, alucinógenos, metanfetaminas, éxtasis y otras sustancias.

Características familiares significativas: hija única del matrimonio de sus padres; cuenta con un medio hermano, hijo de un matrimonio anterior de su padre. Vive con su madre a pesar de haber sido objeto de violencia y expulsión por parte de ella, casos en los que recurrió al apoyo de su hermano, su abuela y un tío maternos. Su padre murió en un asalto cuando ella tenía diez años.

Alicia: mujer, 21 años; desocupada, estudios de bachillerato; uso de marihuana, cocaína, crack, LSD, éxtasis, Rohypnol y otras benzodiacepinas.

Características familiares significativas: tercera de cuatro hermanos (dos hermanas mayores y un hermano menor). Mantiene una relación muy conflictiva con la madre, mientras que el padre aparece como una figura periférica y distante. El enfrentamiento constante con la madre la llevó a dejar la casa de la familia, con el apoyo de sucesivas instancias familiares (la abuela, una tía, un primo).

Laura: mujer, 21 años; desocupada, estudios profesionales; uso de marihuana, cocaína, alucinógenos, metanfetamina y éxtasis.

Características familiares significativas: hija única en una familia con altos niveles de violencia. Ella fue con frecuencia objeto de la agresión de la madre, quien murió cuando ella tenía 13 años. El padre fue negligente en su cuidado y *Laura* tuvo que ir a vivir con una tía materna, quien tiene serias dificultades para ejercer su autoridad.

Tom: hombre, 17 años; desocupado, estudios de secundaria; uso de alcohol y marihuana.

Características familiares significativas: segundo de dos hermanos en una familia extremadamente violenta y con abuso generalizado de alcohol. A pesar de que es capaz de reconocer aspectos positivos de su vínculo con los integrantes de la familia, ha sido víctima frecuente de la violencia física y verbal de sus padres y hermano, a quienes ha llegado a responder de una forma similar.

Antuán: hombre, 19 años; comerciante, estudios de secundaria; uso de marihuana, cocaína, crack, inhalables y sustancias de uso médico.

Características familiares significativas: hijo de un padre con abuso de alcohol y una mujer autoritaria y violenta. *Antuán* tiene una hermana de edad similar a la suya. Ambos padres se separaron de manera reciente y mantienen con *Antuán* una relación indiferente y distante.

Cachorro: hombre, 20 años; obrero, estudios de secundaria; uso de marihuana, crack, inhalables, alucinógenos y metanfetaminas.

Características familiares significativas: hijo de madre soltera, quien contrae matrimonio cuando él tiene cinco años y procrea a otro niño. Mantiene una buena relación con la madre y el padrastro hasta su adolescencia, cuando su comportamiento se vuelve problemático y da lugar a situaciones de violencia, separación y expulsión familiar. Está casado, pero él y su esposa viven en el mismo predio que su familia de origen.

Ismael: hombre, 20 años; estudiante de licenciatura; uso de marihuana, cocaína, crack, inhalables, alucinógenos, metanfetaminas, éxtasis, benzodiacepinas y otras sustancias.

Características familiares significativas: hijo único de una pareja separada. El padre es usuario de drogas y se ha mantenido ausente de la familia (sus esporádicas apariciones resultan inconsistentes). La madre ha padecido problemas crónicos de salud y se ha mantenido alejada del cuidado de Ismael desde su infancia. Él ha encontrado apoyo en la abuela materna y unas primas.

David: hombre, 22 años; taxista, estudios de secundaria; uso de crack.

Características familiares significativas: es el mayor de dos hermanos (una hermana adolescente). Proviene de una familia nuclear integrada que cuenta con el apoyo de otros miembros de la familia extensa del lado materno (familia con orígenes campesinos). Está casado y tiene una hija pero, a partir de experimentar problemas con las drogas, se ha mantenido distante de ellas.

Walter: hombre, 22 años; desocupado, estudios de bachillerato; uso de cocaína, crack y marihuana

Características familiares significativas: segundo de tres hermanos varones; los padres se encuentran en proceso de separación con un alto nivel de conflicto conyugal. El padre es un usuario de drogas violento; la madre, permisiva. El padre constituye un ideal de vida para *Walter*.

* Los nombres son pseudónimos, en su mayoría elegidos por los propios entrevistados.

dan por válidas y aceptadas, así como asignaciones y expectativas de género acordes con un marco tradicionalista. En algunos casos, la rigidez adaptativa desembocó en la segregación y la expulsión de los usuarios, situaciones en las que se reportó el apoyo de la familia extensa. También se observa falta de claridad en el ejercicio de la autoridad en la familia, con actitudes indiferentes o permisivas. Por último, se reportan familias recompuestas y una participación directa de abuelos y tíos en funciones paternas.

En el análisis temático se identificaron dos narrativas de la intervención familiar en torno al tratamiento: relatos referentes a medidas disciplinarias y represivas que podían llegar a la violencia extrema; y, con una frecuencia menor, relatos sobre el despliegue de expresiones de apoyo que pueden agruparse en las categorías de apoyo afectivo y práctico-informativo (Figura 1).

La intervención disciplinaria comprende medidas o acciones dirigidas a regular o controlar, mediante el ejercicio de la autoridad, la conducta del usuario. Un caso paradigmático es el de *Alicia*, quien, sin el conocimiento de sus padres, comenzó a usar marihuana en la escuela preparatoria. De manera paulatina incrementó el consumo (“me resultó como un hábito”), bajó su desempeño en la escuela y cambió su comportamiento en casa, tornándose “más agresiva” y “distante”. La madre comenzó a sospechar y la orilló a buscar empleo. Al hurgar en sus cajones, acabó por toparse con una bolsa de la hierba. *Alicia* dejó de trabajar y se vio sometida a una mayor vigilancia por parte de su madre, con quien mantenía fuertes disputas. *Alicia* relata entonces el despliegue de una escalada disciplinaria (Tabla 2, segmento 1.1), en la que se concatenan la sanción, la prohibición, la reprimenda violenta y la amenaza, incluyendo la de llevarla a

un “Centro de Integración”, al que, en aquella ocasión, sólo asistió en un par de ocasiones.

El relato de *Alicia* incluye diversas expresiones que aluden de manera reiterada a una experiencia de imposición y sometimiento. Entre otras, un acento en la perturbación afectiva (“se me hace como terrible”, “me pongo mal”), una caracterización de la voz de la madre, retratada como principal agente disciplinario –y cargada de tintes de arbitrariedad–, y un posicionamiento propio de sometimiento a las condiciones impuestas.

Contenidos similares a los del caso de *Alicia* son observables en otros casos, lo que muestra una visión del ejercicio disciplinario articulada y legitimada en función de una noción de lo permitido y lo prohibido. En este sentido, puede subrayarse, por ejemplo, que con frecuencia el arranque de los acontecimientos narrados remita a un episodio en el que los padres se “dan cuenta” del consumo (Tabla 2, segmentos 1.2 y 1.4 a 1.7). Esta historia de descubrimiento de lo oculto implícitamente sitúa al consumo como conducta transgresora, desviada del “deber ser”, que por su propia condición exige una intervención correctiva y que da lugar, en el fuero interno del usuario, a sentimientos de falta, deslealtad, culpa y vergüenza, tales son los casos de *Tom* (segmento 1.3), *Cachorro* (1.7, donde se lee la presión social), *David* (“Pues ni modo, el de la regada soy yo”) o *Walter* (“Tengo que recompensarle [sic] a mi mamá todo el daño que le he hecho”).

Las intervenciones disciplinarias adquieren diversas formas. Ejercidas por los padres o por algún sucedáneo de la familia extensa, pueden tener origen en la pérdida de confianza que, como en los casos de *Alicia* e *Ismael* (segmento 1.6), se traduce en la adopción de medidas de vigilancia vividas como intrusivas. En segundo lugar

Intervenciones disciplinarias	Intervenciones de apoyo social
Vigilancia	Apoyo afectivo
Reprensiones o regaños	Disposición de escucha
Descalificación	Expresiones de afecto
Amenazas	Actitudes de cuidado
Sanciones	Expresiones de aliento
“Encierro”	Solidaridad y acompañamiento
Control económico	Apoyo práctico-informativo
Retiro de apoyo	Consejo
Expulsión del hogar	Orientación para el acceso a tratamiento
Reprimendas violentas	Apoyo económico
El tratamiento como medida correctiva	Intermediación en la comunicación

Figura 1. Categorías temáticas identificadas respecto al tipo de intervención familiar en torno al inicio del tratamiento

Tabla 2

Intervención disciplinaria

Escalada disciplinaria

1.1. Yo sé que mi familia no va a cambiar, yo sé que mi familia es de que: "no sales porque no sales y te quedas en tu cuarto". "Pero es que, mamá, a mí se me hace como terrible que no pueda ni salir a la calle...". "No, no vas a ir a ningún lado". Y yo tenía miedo a eso, porque lo que nunca me ha gustado es que me tengan encerrada. Le tengo miedo al encierro... Estando encerrada... me pongo histérica... me pongo mal... Hablé con ellos pero cuando llegué en la noche me golpearon, me pegaron... Y mal... "No, ¿sabes qué?, es que ya no vas a ir a la escuela, si para eso entraste a la prepa, pues no vas a ir". Le dije: "pero es que, mamá, es el sueño de mi vida entrar a la universidad, mamá, entiéndelo", ¿no? "Pero si vas por eso, ¿para qué vas?"... De hecho mi papá fue a la escuela a hablar con el jefe de turno... que si me cambiaban de turno y quién sabe qué... porque estaba en la tarde... Y me dijo mi mamá: "yo hablo en la escuela..." "No, pues no hay caso". "Entonces ya no vas a ir a la escuela". Y dejé de ir a la escuela y mi mamá me dijo: "no, pues vamos a ir a un Centro de Integración". "Pero es que, mamá, no lo necesito". "Es que sí, claro que lo necesitas". Y fue por él [el "jefe de turno" de la Preparatoria] que me trajeron aquí. [Alicia]

Control

1.2. Ya se habían dado cuenta de que andaba metido en las drogas, porque ya me había llevado la patrulla varias veces y ya se empezaban a dar cuenta de que estaba en malos pasos, pero nunca había robado en mi casa, nunca saqué cosas... Pero ya las últimas veces lo estaba haciendo, ya las últimas veces fui a mi casa y quería sacar una consola de juegos para ir a cambiarla por unas *piedras*... Mi mamá ese día ya no me dejó salir y corrió a un amigo que iba conmigo, le dijo que se fuera, que se fuera al infierno... Ese día ya no se hizo nada porque ya no me dejaron salir. [Antuán]

Retiro del apoyo

1.3. Mi mamá como que estaba bien enojada, como que la desilusioné de tanto tiempo que estuve viniendo aquí, y en abstenerme y eso. Como que ella creyó que ya había cambiado y pues como que sí la desilusioné, ¿no?, y está bien enojada. No me... no me habla. Siento feo de que... la verdad, sí la desilusioné y ya no me quiere hablar... ya no me quiere apoyar... Y pues sí, como que me encuentro desubicado, porque mi mamá me dio todo y ahorita no me da nada, ni dinero, ni me habla, ni nada. [Tom]

La reacción violenta

1.4. Cuando mi mamá me cachó la primera vez estaba fumando marihuana en mi cuarto, era de noche. Ya, pues, me cachó y me pegó, así, horrible. Primero se metió a mi cuarto y me dio una cachetada... Yo me tiré a mi cama y me empezó a pegar a puño cerrado y yo como que me enconché para que ya no me siguiera pegando más. Pero pues ella seguía pegándome. Sí fue una mala experiencia... [Love]

Resultados de la intervención

1.5. Igual, en mi casa, mi tía ya se había dado cuenta de que yo fumaba marihuana, porque una vez yo estaba fumando en el baño y llegó el olor... Pero con el regaño que me aventaron, pensaron que ya iba a ser suficiente, pero pues lejos de dejarla empecé a consumir drogas más fuertes. [Ismael]

1.6. [Mi pareja] me encontró una grapa en la mochila y me dijo: "¿qué te está pasando?, ¿te estás metiendo coca...?". Habló a mi casa y les dijo que me estaba metiendo drogas, que tenían que hacer algo, que él quería seguir conmigo pero no bajo esas circunstancias. Y se hizo todo un desastre en la casa, ¿no? Me dijeron: "o sigues en las drogas, pero allá afuera, o te regeneras, te rehabilitas y entonces te apoyamos". Entonces tomé la decisión de internarme en este lugar... [Ismael]

1.7. Mi papá también me vio ya después que me había fumado todo eso. No, pues fue y me dijo que me subiera... Y luego me dijo mi esposa: "Súbete, tenemos ganas de hablar contigo, nada más... Pero ya súbete..." Yo sentí esa presión y que se empezaban a enojar conmigo, que si me internaba o no me internaba. Llegué y me interné, tenía 17 años y el internamiento era en un centro de la congregación... [Cachorro]

se presentan reprimendas y regaños (segmento 1.5), que pueden asociarse con la descalificación, como en *Máscara Blanca*: "Mi mamá siempre me decía que era una huev...", o el retiro del apoyo, referido por *Tom* (segmento 1.3) y *Love* ("Mi mamá se entera de algo malo y me deja de hablar o me ignora"). En tercer sitio se cuentan sanciones y restricciones como la limitación de permisos ("Mi mamá casi no me dejaba ir a fiestas" [Love]) o el control económico mediante la reducción de mesadas o la retención de ingresos obtenidos en el trabajo, reportados por *Alicia* y *David*. Enseguida se

presenta la amenaza de medidas drásticas como la expulsión (segmento 1.6) o la reclusión (como el padre de *Tom*, quien le dijo: "No te pongas así... soy tu padre y te voy a engranjar"). De igual modo se refieren el aislamiento y la restricción de salidas (segmentos 1.1 y 1.2), percibidas como arbitrarias y difíciles de sobrellevar, pero también reconocidas en algunos casos como legítimas y, en cierto sentido, efectivas (*Love* afirma: "Si mi mamá me hubiera dado libertad, ¡uff!, estaría peor que ahorita"). Por último, el tratamiento puede aparecer connotado, en un contexto de confrontación con los pa-

dres, como una medida disciplinaria, de castigo o punitiva, como ya se indicó en los casos de *Alicia* y *Tom*.

Vinculadas con el ejercicio de la autoridad, con una intención represiva y el desbordamiento de tensiones –pero más allá de la lógica disciplinaria–, se reportan expresiones abiertas e incluso naturalizadas de violencia (segmento 1.4; o *Antuán*: “Mi mamá me puso unos cachetadones...”), que llegan a representar un riesgo para la integridad física (*Tom*: “Me empezaron a pegar entre los tres... yo tirado y me empezaron a patear mi papá, mi hermano y mi mamá”).

Los efectos de las acciones disciplinarias resultan, en general, negativos, y provocan afectaciones de tipo emocional. Los participantes refirieron sentimientos de temor, ansiedad, culpa y vergüenza, pero también de enojo y rabia, lo que contribuyó a generar o exacerbar condiciones de tensión y conflicto. Del mismo modo, se reportaron sensaciones de impotencia (*Love*: “Es algo que no puedo hacer, que me está costando demasiado...”), de confusión y desconcierto (segmento 1.3), y de soledad y retraimiento (*Laura*: “Toda mi familia me dio la espalda”; *Máscara Blanca*: “Yo ya quiero estar nada más conmigo... alejarme de esa situación”). Incluso se refirieron reacciones contrarias a las esperadas, como el agravamiento del consumo (segmento 1.5).

En la interacción con los padres, destaca la persistencia del conflicto, sobre todo de las mujeres con sus madres, como con *Laura*: “Le levanté la mano a mi mamá... yo ya estaba cansada de que me estuviera pegando...”, *Love*: “Mi mamá me llegó a correr como tres veces de mi casa”, o en el caso de *Alicia* ya descrito. Hay también una caracterización de personajes intrusivos y arbitrarios (*Tom*: “Me empezó a decir y me metí al baño y me abrió la puerta del baño”), desacreditados (*Pollito*: “Mi mamá dejaba que nos pegara y todo... y yo decía: «¿por qué es tan pen..., si le pega a ella?»”) y afectivamente distantes (como las madres enfermas de *Ismael* o *Máscara Blanca*: “...Mi mamá deprimida, mis hermanos llorando... al otro nadie lo pelaba”).

La actitud ante el tratamiento, como último eslabón de la intervención disciplinaria, puede ser de sometimiento o de aceptación pasiva (segmento 1.1), pero sin interés o con una abierta oposición (*Laura*: “¿Por qué tengo que ir si no estoy tan mal?”). Cuando la intervención familiar –en lugar de conducir al reconocimiento del tratamiento como una opción positiva– desemboca en un mayor conflicto y maltrato, se convierte en un obstáculo para el inicio del tratamiento y en factor de alto riesgo de abandono (v. gr., el primer episodio de asistencia de *Alicia* a tratamiento). No obstante, los segmentos 1.6 y 1.7 reflejan que la intervención disciplinaria puede derivar en una toma razonada de decisiones con el concurso del propio usuario, si bien ambos segmentos parecen

indicar que esto llega a tener lugar cuando, al lado de las medidas de control o de la amenaza, se vislumbra una posibilidad de apoyo.

Por lo que atañe al apoyo, los hallazgos obtenidos permiten entenderlo como un conjunto de expresiones, actitudes y acciones que reflejan disposición de ayuda, solidaridad y cuidado por el otro. Menos frecuente que la adopción de medidas disciplinarias, el apoyo puede surgir por iniciativa de las personas que lo proporcionan o responder a una demanda de los propios afectados; puede ir desde la satisfacción de necesidades básicas (techo, vestido, alimento) o protección de la integridad de la persona (caso de *Tom*), hasta el enfrentamiento de situaciones complejas.

Las expresiones de apoyo identificadas comprenden dos grandes tipos: afectivo y práctico-informativo. El primero incluye expresiones de apego, aliento y solidaridad que reafirman los lazos en el contexto de la crisis inducida por el consumo. El segundo apunta a la resolución de necesidades prácticas e integra información y orientación para acceder a tratamiento y soporte económico. *David*, al ser una excepción en los casos de estudio, puede representar un ejemplo paradigmático de la forma en que podría configurarse el apoyo. *David* manejaba un taxi, era usuario de *crack* y probablemente participaba en la distribución al menudeo de esta droga. Con frecuencia incursionaba en episodios de abuso de varios días que lo llevaron a separarse de su esposa y su pequeña hija. En cierta ocasión, al fugarse con la camioneta de un tío, se vio inmiscuido en un incidente con la policía (“Mi tío levantó una denuncia por extravío y pues tuve que ir a declarar... La verdad, sí sentí el apretón al cuello”). Este evento, así como un episodio más de “encierro” (Tabla 3, segmento 2.1) reproducen la lógica disciplinaria, pero adquieren en el relato un significado opuesto, que se asocia con la toma de conciencia (el “apretón al cuello”) y una positiva experiencia de cuidado.

En el relato de *David*, el apoyo aparece orgánicamente articulado, en sí y con los vínculos familiares en su conjunto; se formula de manera coordinada a través de una serie de relevos y apuntalamientos, con la participación de todos los miembros significativos de la familia. De la misma forma, los términos del relato reflejan supuestos de solidaridad, reciprocidad e incondicionalidad, así como sentimientos de certidumbre y confianza. El apoyo se relaciona con la responsabilidad recíproca (“Voy a cambiar por ti y por la niña, y por mis padres... y mi tío que es como mi segundo padre”) o con una solidaridad incondicional (segmento 2.5 o en palabras referidas de su padre: “No te preocupes, te vamos a sacar de esto, nosotros te vamos a apoyar en todo”). El apoyo se manifiesta también a través de expresiones de tipo vincular y afectivas, a saber, una escucha tolerante por

parte de su pareja, el aliento y la expresión de cariño por parte de sus dos padres, y una actitud de interés y cuidado por parte de distintos miembros de la familia (padres, tío, hermana). Asimismo, se aprecian manifestaciones de apoyo práctico, como la promesa solidaria de apoyo material y económico (Tabla 4, segmento 3.4) o la disposición de la madre para mantenerlo en contacto con el medio externo (segmento 3.7).

El apoyo es vivido con sentimientos de agradecimiento (segmento 2.5) y con la aceptación de condiciones: "Yo de ahí les dije a mis papás: «¿saben qué? me aliviano un ratito y me voy a encerrar ahí donde me mandaron»". Al final, *David* expresa un fuerte sentimiento de lealtad y compromiso con la familia.

A diferencia de *David*, otros entrevistados dieron cuenta de una existencia parcial de fuentes de apoyo, proveniente de una o dos personas, y de expresiones aisladas, dispersas o inconsistentes del mismo.

El apoyo afectivo comprendió, primero, la disposición de escucha, la cual comporta un sentido de aceptación, contención y confianza (segmentos 2.2 y 3.7; *Laura*: "Me preguntó mi tía: «¿Estás nerviosa?»", y le digo: «Sí»"; *Cachorro*: "Luego me dijo mi esposa: «Sube, tenemos ganas de hablar contigo...» Ahí le dije a mi papá que ya no podía seguir con esto"). En segundo lugar se presentan manifestaciones de cariño y cuidado que, a pesar de constituir un componente central del apoyo, tienen una reducida presencia en el *corpus* de estudio; con frecuencia, se manifiestan de manera tangencial o indirecta, o provienen de figuras de una generación anterior (segmentos 2.7 y 2.8). Además, se cuenta un mayor número de expresiones de motivación y aliento (segmentos 2.3, 2.4, 3.4, 3.5 y 3.6) o de solidaridad y acompañamiento (segmento 2.4). Salvo excepciones, las expresiones de apoyo afectivo provienen de mujeres. No obstante, es posible constatar que el inicio del tratamiento moviliza el apoyo

Tabla 3
Apoyo afectivo

Cuidado

2.1. Me dejaron una semana para que me relajara, me cuidaban y todo... no me dejaban salir casi de la casa y me tuvo cuidado mi mamá... [*David*]

Apertura de un espacio de confianza

2.2. Estuve tres días... tirando party, fumando. Llegué a la casa de una tía llorando y le dije que yo ya no podía, que yo ocupaba ayuda. Me dijo: "¿qué está pasando?" Y yo: "no sé, todo se me salió de las manos, creí haber tenido control en eso pero no pude", le dije. [*Laura*]

Aliento

2.3. Mi papá es el único que me dijo: "no, pues échale ganas... Si quieres... más bien, no es si quieres, más bien yo te voy a apoyar. Para darte... no tienes que demostrármelo a mí ni tienes que demostrárselo a tu mamá, demuéstrela a ti y si en verdad ya no quieres tomar, déjalo". [*Tom*]

Ratificación del vínculo

2.4. Llegamos y así como: "¡chin!, ¿qué hago aquí?". Y mi tía: "no te pongas nerviosa –me dice-, es por tu bien". Y yo casi casi le decía: "pues sí, pero, a ver, ponte en mi lugar". Y me dice: "vas a ver que vas a estar bien, te vamos a estar viniendo a visitar". [*Laura*]

Agradecimiento

2.5. Y mi papá me dijo: "tú vete, hijo". O sea, yo hablaba con mi papá; mi papá lloraba porque... no de tristeza, sino de ganas de verme el día de mañana... de ser el mismo que yo era antes de caer en las drogas, porque pues yo antes de caer en las drogas, bien o mal, yo siempre ayudaba a mi mamá... Y pues sí le agradezco a mi mamá y a mi papá... [*David*]

Búsqueda de la reconciliación

2.6. Mi papá vino a los quince días de que estuve aquí y me pidió perdón, salió llorando por todo lo que había hecho y lo perdoné, lo perdoné por todo, no sé por qué pero lo perdoné. Me la pasé llorando, luego le quiso pegar a mi mamá y como que me resaltó el odio otra vez y luego le dije que si iba a andar con sus chin... que mejor que se fuera... [*Pollito*]

Abuelas

2.7. Ah, mi abuelita, igual, una de las personas importantes en mi vida... Mi abuelita me quiere mucho y pues a pesar de que se ha enterado de muchas cosas malas que he hecho, me sigue queriendo tal cual, me apapacha, me dice cosas bonitas... Con mi mamá pues no es así, porque mi mamá, si se entera de algo malo, me deja de hablar o me ignora. Y no, mi abuelita es al contrario, me apapacha, me da todo, su amor, su cariño. Me dice: "no, vas a salir bien, vas a estar bien. Vas a ver que le vas a echar ganas..." O sea, siempre me da como que palabras de aliento que me hacen sentir bien y me motivan. [*Love*]

2.8. Mi abuela es una viejita bien linda, la neta, y creo que le quedan muy poquitos años de vida, tiene 84 años, o sea, puede caminar perfectamente, ver y escuchar perfectamente, o sea, la tengo bien... Yo la veo y me ve ella y es algo bien mutuo que nos tenemos... Pero no esperaba yo visita... El viernes me puse a barrer el camión de aquí de CIJ y, barriéndolo, la veo por la ventana y dije: "Ay, mi abuelita, ¿qué onda...?" Y empezamos... bien padre, ¿no? [*Walter*]

de los padres hombres, incluso cuando con anterioridad éstos no se habían mostrado (segmento 2.3).

El apoyo práctico e informativo, reunido aquí en una sola categoría, implica acciones que permiten allegar recursos a la persona o resolver necesidades cotidianas o asociadas al tratamiento. Una primera modalidad es el consejo que apunta a promover la abstinencia (segmento 3.1; *Cachorro*: “cada vez que me dan esos consejos, cambio mucho, mis notas suben bastante, mi forma de actuar cambia, no me drogo”). Sin embargo, lo más frecuente es proporcionar orientación para acceder a tratamiento (segmentos 3.2 y 3.3) o apoyo material y económico (segmentos 3.3, 3.4 y 3.5). El apoyo práctico también comprendió ayuda para mantener comunicación con el exterior, lo que contribuye al sostén de vínculos (segmentos 3.6 y 3.7).

Conforme a las asignaciones de género, el apoyo práctico-informativo suele provenir, al contrario del afectivo, de familiares hombres. Por su parte, los miembros de la familia extensa ocupan un lugar significativo en cuanto a brindar apoyo en todas sus vertientes (escucha, aliento, cuidado, consejo, guía), cuando éste se ve obstaculizado por el deterioro de las relaciones al interior de la familia nuclear. De igual manera, el apoyo puede constituirse como un emergente de transición, no consolidado, desmintiendo pautas previas de descalificación, indiferencia o violencia. El surgimiento de incipientes expresiones de apoyo no impide que pueda producirse una regresión (segmento 2.6) o que en algunos casos se sustente en una expectativa sin base realista, con la representación idealizada de personas que en ningún momento lo ofrecieron.

Tabla 4

Apoyo práctico-informativo

Consejo

3.1. Bueno, también lo quiero mucho a mi tío, o sea, a pesar de que nos drogamos... Yo lo quiero mucho porque, pues, también me da consejos... me dice: “yo lo hago, pero te doy un consejo de que tú no lo hagas, porque mira, me ha pasado esto...” Me ha contado muchas cosas por las que él ha pasado... demasiado feas, por las cuales no quisiera pasar. [*Love*]

Orientación

3.2. Yo fui el que tomó la decisión de internarme... Mi tía es psicóloga y conocía a un psicólogo de un CIJ del centro, me dijo que fuera con él y él ya me mandó para acá... [*Ismael*]

Apoyo material y económico

3.3. Pues hablaron con un tío que ya estuvo aquí y me trajeron... Vi el lugar y así como que: “¡ay!, ¿será o no para mí un lugar de estos?” Pero no tenía de otra, si no aceptaba la ayuda no tenía ni siquiera dónde quedarme. “¡Bah!, me la voy a jugar –dije-, a ver hasta dónde aguanto”. Y ya me hicieron el estudio socioeconómico y me preguntaron qué día quería entrar y yo: “el jueves”. Y pues ya, mi tía me compró todo lo que te piden para entrar. [*Laura*]

3.4. Y pues mi tío pues, la verdad, sí gana muy bien, tiene dinero y pues a mí me dijo... Yo le dije: “¿sabes qué, tío?, pues la verdad me voy a internar, pero pues la neta no sé ni qué hacer... La neta, o sea... va a ser mucho cargo para mis papás, la niña, y pagar allá y las medicinas”. Y me dijo: “tú no te preocupes, tú échale ganas y recupérate, si tú de verdad quieres irte, no te preocupes, yo te pago todo tu tratamiento, pero échale ganas”. Y pues la verdad yo me vine con una alegría de que dije: “pues mi tío lo va a hacer.” [*David*]

3.5. Apenas ayer me habló un tío que tengo en Estados Unidos, tiene taquerías y me preguntó que si me quería ir para allá a trabajar. No sé, como que yo tengo... no miedo, sino como que siento que es lo mismo ir a trabajar allá que trabajar aquí... Mi papá me dijo: “si quieres vete”, y mi tío pues me apoya, me dice: “yo te pago el pollero, te pago todo, y vas a llegar y vas a tener casa, vas a tener trabajo.” Y yo: “pues, sí... mejor déjame pensarlo, ¿no?” Mi papá me dice: “órale, sí, vete, te vas unos cuatro o cinco años, juntas tu lana, te compras una camioneta y pues ya...” Pero yo no sé, ahorita estoy como que confundido, no sé qué quiero y ni sé qué hacer. Quiero despejarme de trabajar... de tener dinero, porque sé que no sé administrar bien mi dinero, si ahorita tengo mil pesos, me los chupo y la neta pues ya no quiero eso... Y pues ya... No quiero irme, no quiero irme para Estados Unidos... la verdad, no. [*Tom*]

Contacto con el medio externo

3.6. El miércoles vino una tía de visita y la abracé, y luego me dijo: “tu amiga marcó para ver cómo estabas...” “órale, pues ok”, dije. Y ya, que me mandaba saludos, que le echara ganas, que era su mejor amiga, y que no por una cosa que pasó me iba a dejar de hablar, pero que tenía que agarrar el rollo de una u otra manera, dijo, que qué bueno que estaba aquí, me dijo... [*Laura*]

3.7. Y pues el día que hubo visita, me dijo mi mamá: “¿sabes qué?, ya hablé con Genoveva [la esposa], ya le dije... Pues sí, de principio sí se enojó, que por qué no le dijiste la verdad, que mejor le hubieras hablado con la verdad y... pues quizá ella te hubiera ayudado, a lo mejor te hubiera apoyado, a lo mejor no hubieras seguido cayendo... porque ella hubiera tratado a lo mejor de hablar contigo, de platicar...” [*David*]

En general, el apoyo da lugar a sentimientos de seguridad y confianza; la disposición de escucha permite el despliegue elaborativo de los afectos. Se observan también sentimientos de aceptación y protección, de alegría y de agradecimiento (segmento 3.4), lo mismo que expresiones que dan cuenta de un compromiso de reciprocidad y de una responsabilidad personal. Los entrevistados refirieron, además, la toma de conciencia y de decisiones, en particular en relación a la búsqueda de apoyo terapéutico; asimismo, afirmaron haber fortalecido su disposición al cambio.

Por regla general, las expresiones de apoyo resultan inconsistentes, aisladas del contexto e inestables, lo que puede generar desconcierto e incertidumbre (segmento 3.5, donde se aprecia falta de sintonía entre el apoyo ofrecido y las expectativas del entrevistado) o ambivalencia (*Pollito*).

Las personas que brindan apoyo aparecen retratadas como bien dispuestas y con capacidad de resolución; los relatos trazan figuras protectoras, solidarias, cercanas y bien estructuradas, que ofrecen claridad en la postura y confianza. De una u otra manera, en todos los casos el inicio del tratamiento parece estimular o reactivar las expresiones y muestras de apoyo, incluso donde con anterioridad prevalecía su falta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Un balance de los resultados obtenidos indica que en las acciones emprendidas por las familias para hacer frente al uso de drogas de uno de sus miembros jóvenes hay una preponderancia de formas de intervención disciplinarias, de control y represivas. Esta caracterización de la intervención familiar se acompaña de connotaciones de distancia afectiva, de negligencia o abuso, de la prevalencia de fuertes conflictos y, con frecuencia, de un desenlace violento.

Desde la teoría del estrés y la tensión familiar (Barnard, 2007; Butler & Bauld, 2005; Orford et al., 2001; Orford et al., 1998a), el desbordamiento y el fracaso de las medidas adoptadas para enfrentar el problema podrían explicar la respuesta disciplinaria, la cual apuntaría, en familias con mermados recursos de ajuste, a mitigar los efectos negativos del problema, induciendo, contra lo esperado, un mayor malestar y tensión. La frecuencia de este tipo de intervenciones, insertas en un contexto conflictivo y proclive a la violencia, contrasta con los hallazgos de los estudios que documentaron un predominio de estrategias de afrontamiento de tipo tolerante-inactivo (Orford et al., 2001; Orford et al., 1998a), si bien esto se refiere a un lapso más amplio al del inicio del tratamiento abordado en el presente estudio.

Conforme a lo reportado (Barnard, 2007; Butler & Bauld, 2005; Salter & Clark, 2004), los entrevistados perciben en sus padres signos diversos de preocupación, desbordamiento, enojo y pérdida de confianza, así como la prevalencia de tensión y conflicto. Si estos testimonios son tomados como versión narrativa de la experiencia, con su doble vertiente de reconstrucción de acontecimientos acaecidos y construcción discursiva de significados, resulta posible adscribirlos a una narrativa dominante que entiende al uso de drogas como conducta anormal, patológica y desviada, en la que confluyen indicadores de transgresión normativa que parecen legitimar la respuesta disciplinaria y correctiva: actitudes desafiantes, retraimiento, irritabilidad, escapadas del hogar, hurtos, y una supuesta vinculación con la criminalidad y la violencia (Barnard, 2007; Butler & Bauld, 2005).

Tales constructos discursivos adquieren una dimensión social e histórica, en la medida en que la familia se coloca en el contexto de la sociedad disciplinaria y ejerce ciertas formas de control y de regulación social y normativa. Desde este ángulo, la respuesta disciplinaria al uso de drogas constituiría un vestigio de lo que Douglas (2003) identificó como un “control posicional” en el que prevalece el principio de autoridad, la exigencia de lealtad a las normas del grupo y un rígido sistema de normas, roles y categorías. En este sentido, los casos de estudio, expuestos al ejercicio disciplinario, se ven orillados a constreñir su comportamiento, y a debatirse entre el sometimiento, el rechazo o la insubordinación.

De modo similar, Orford et al. (1998a) situaron a la familia mexicana sobre un trasfondo cultural “colectivista” que privilegia el apego a las jerarquías y valores establecidos, así como un fuerte compromiso con la integridad familiar. Enumeran, como rasgos típicos del colectivismo, la predominancia de la obediencia y el sentido del deber, la definición del lugar del sujeto en términos de su posición en la familia y el predominio de las necesidades del grupo (Orford et al., 2001).

Por lo que se refiere al alto nivel de conflicto y violencia registrados en algunos casos, el enfoque sistémico-comunicacional ha ofrecido, desde hace más de dos décadas, múltiples nociones capaces de dar amplia cuenta de ellos en el contexto de los sistemas relacionales y de interacción. A saber, aspectos como el trastocamiento de jerarquías, el ejercicio inconsistente de la autoridad, el distanciamiento afectivo, el sobreinvolucramiento, las alianzas intergeneracionales o los arreglos transgeneracionales, el abandono activo o simulado, etcétera (véase, por ejemplo, Bernstein, 2008; Cirillo, Berrini, Canbiaso, & Mazza, 1999; Ripple & Luthar, 1996; Stanton & Todd, 1989). Se ha planteado una tipología que permitiría ubicar el conflicto crónico, capaz de entrar rápidamente en escalada, en familias con una es-

estructura típica de sobreinvolucramiento, triangulación y límites poco claros; mientras que las manifestaciones de violencia extrema corresponderían a familias profundamente desligadas y desorganizadas, por lo general provenientes de clases deprivadas, en las que prevalecen problemáticas múltiples como adicciones, depresión, enfermedades psicosomáticas y conducta antisocial (Cancrini, Cingolani, Compagnoni, Costantini, & Mazzoni, 1988). A ello cabe agregar que cuando la familia se inserta en contextos psicosocial y socioculturalmente deprivados, el ciclo de marginación se refuerza dando lugar a una cada vez mayor “disfuncionalidad”, crisis y desesperanza (Gómez, Muñoz, & Haz, 2007).

Pese a su poca frecuencia entre los participantes en este estudio, debe destacarse la importancia del apoyo familiar en el mantenimiento y la recuperación del bienestar y la salud (Fachado, Menéndez, & González, 2013), así como en la reducción del uso de drogas y en la prevención de recaídas (Baptista et al., 2013; Brown & Riley, 2005; Garmendia, Alvarado, Montenegro, & Pino, 2008; Wasserman, Stewart, & Delucchi, 2001). Entendido como las provisiones instrumentales o expresivas aportadas por los integrantes de la red social de una persona –capaces de atenuar la tensión y los efectos negativos de las drogas (Barrón & Sánchez, 2001; Hiller, Syvertsen, Lozada, & Ojeda, 2013)–, el apoyo social tiene, en el contexto sociocultural mexicano y, en general, en el caso del uso de drogas, su principal fuente en la familia (Orford et al., 1998a; Trulsson & Hedin, 2004), según indican los testimonios estudiados.

Las categorías de apoyo identificadas, a saber, apoyo afectivo, práctico-informativo y económico, coinciden de forma parcial con las categorías descritas en la literatura (Orford et al., 1998a; Terol et al. 2004), a pesar de que los contenidos de los relatos refieren fundamentalmente aspectos funcionales e interactivos, sin contemplar aspectos estructurales o contextuales (Barrón & Sánchez, 2001; Brown & Riley, 2005; Martínez & García, 1995). Desde el punto de vista estructural y en concordancia con otros estudios, puede constatar una fuerte presencia de las mujeres y, en particular, de la madre, en la red de apoyo, lo que refleja la reproducción del lugar asignado a las mujeres en el cuidado de la familia (Rodríguez et al. 2004; Trulsson & Hedin, 2004). Las formas de intervención femenina en los casos estudiados coinciden en parte con las identificadas en otros estudios (Orr et al., 2014): apoyar de manera económica y afectiva al usuario y acompañarlo a consulta, entre otras.

La experiencia de apoyo refleja dispersión, precariedad e inconsistencia, además de una notoria escasez de expresiones afectivas, particularmente relevantes en situaciones de crisis (Orford et al., 1998a). De igual modo, es notoria la presencia de factores, como el conflicto, la

estigmatización y los sentimientos de culpa y vergüenza, que según la literatura, obstaculizan el apoyo (Hiller et al., 2013); ello podría asociarse a un fenómeno de “doble cadena” que conjuga elementos de poder y control imbricados en el apoyo prestado (Trulsson & Hedin, 2004). En el caso de *David*, por el contrario, se aprecian diversos atributos positivos, como una base estable e integrada de confianza, cercanía, intimidad afectiva y reciprocidad, que reflejan una bien cimentada integración familiar y psicosocial (Martínez & García, 1995; Orford et al., 1998a; Rodríguez et al., 2004).

Implicaciones para la práctica

El presente estudio refleja una experiencia significada en términos de sometimiento y conflicto, y articulada en función de nociones como desviación, exclusión y estigma. Si a ello se agrega la expresión de escasas y dispersas manifestaciones de apoyo, y la falta notoria de soporte afectivo, se sigue la existencia, en la intervención familiar, de condiciones desfavorables al acceso y permanencia en tratamiento. En la investigación se han identificado diversas alternativas que implican la participación activa de la familia en el tratamiento, mismas que deberían dirigirse a promover la comprensión del problema, a propiciar una mayor flexibilidad de afrontamiento, a dismantelar la respuesta disciplinaria y represiva, y a inducir un mayor contacto y apoyo afectivo, componentes básicos del “capital de recuperación” (Butler & Bauld, 2005; Hiller et al., 2013).

Entre los recursos señalados, con frecuencia se cuentan los modelos psicoeducativos dirigidos a promover el conocimiento del problema y a fortalecer la capacidad para manejar la tensión; los programas cognitivo-conductuales para desarrollar habilidades de comunicación y reforzar las relaciones familiares “positivas”; y los abordajes de tipo sistémico-comunicacional orientados a modificar la estructura de las relaciones, las pautas de comunicación e interacción, las prácticas de cuidado y control o los significados compartidos en la familia, a saber, los modelos estructurales, estratégicos, estructural-estratégicos, inter y transgeneracionales, y construccionistas (Barilari, Mazieres, & Ravazzola, 2004; Marcos & Garrido, 2009; Pacheco & Suárez, 2008; Salter & Clark, 2004).

La incorporación de los padres al tratamiento debe ser tan temprana como sea posible; del mismo modo, se debe partir del establecimiento previo de una sólida relación terapéutica con el usuario y de la conformación de una alianza terapéutica con los padres para generar condiciones de apoyo (Butler & Bauld, 2005). Cuando hay certeza de contar con el apoyo y la participación activa de la familia en el tratamiento se sugiere aplicar alguna forma de abordaje estructural; pero cuando la familia parece rebasada por el problema, confusa y desorganizada, el

abordaje indicado es comunicacional o de terapia en red (Cancrini et al., 1988).

De acuerdo con la perspectiva propuesta en este trabajo, el abordaje del problema debería, en primera instancia, refrenar la respuesta disciplinaria, como forma de afrontamiento poco efectiva y contraproducente; además, se deberían identificar y detener los signos tempranos de la secuencia de eventos que puede conducir al escalamiento del conflicto o la violencia (Kirby, Marlowe, Festinger, Garvey, & LaMonaca, 1999). La intervención también tendría que orientarse a deconstruir el discurso disciplinario y sus efectos, a través de medios como la externalización del problema o su reelaboración a partir del esclarecimiento de los marcos normativos que lo definen, con el fin de permitir al usuario sustraerse del lugar de exclusión y estigma al que ha sido confinado (Díaz-Negrete, Gracia-Gutiérrez, & Fernández-Cáceres, 2015; Sanders, 2007); de esta manera, la intervención sortearía la legitimación de narrativas y prácticas familiares que reproducen el discurso dominante y lograría evitar reducirse a una acción correctiva o de reajuste.

Alcances y limitaciones

El enfoque interpretativo propuesto en este trabajo ofrece un acercamiento sensible al análisis de construcciones discursivas y de significado que contribuyen de una manera efectiva a la producción y reproducción del problema. No obstante, los hallazgos no son, en sentido estricto, generalizables y podrían ampliarse y complementarse mediante diseños y recursos de investigación que garanticen validez externa (Baptista et al., 2013). Del mismo modo, hay que considerar que la realización de las entrevistas en el contexto del tratamiento puede tener efecto en el contenido de las mismas, en tanto que conforma un marco discursivo determinante (Van Dijk, 2008); puede dar lugar, por ejemplo, a un particular acento a las condiciones problemáticas.

Si bien el estudio proporciona una base para comprender el significado atribuido a la intervención de los padres y sus posibles implicaciones para el tratamiento, resultaría de interés conducir otros estudios que indaguen, entre otros aspectos, la perspectiva de los padres y sus necesidades de apoyo, así como la relación de la intervención disciplinaria y la respuesta violenta con la tensión acumulada en la familia o con afectaciones a la salud física y mental de sus miembros, lo mismo que con el contexto relacional y sociocultural en que se inserta.

FINANCIAMIENTO

Este estudio es producto del Programa de Investigación de Centros de Integración Juvenil, A.C., por lo que no recibió financiamiento específico para su desarrollo.

CONFLICTOS DE INTERÉS

No obstante que los autores forman parte de Centros de Integración Juvenil, A.C., el contenido de este artículo representa su opinión y no la de esta organización.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el apoyo de Marina Velázquez Altamirano.

REFERENCIAS

- Aceves, J. E. (1998). La historia oral y de vida. Del recurso técnico a la experiencia de investigación. En Galindo, J. (Coord.). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación* (pp. 207-276). México: Addison Wesley Longman.
- Angenot, M. (2010). El discurso social. México: Siglo XXI Editores.
- Appel, M. (2005). La entrevista autobiográfica narrativa: fundamentos teóricos y la praxis del análisis mostrada a partir del estudio de caso sobre el cambio cultural de los Otomíes en México. *In Forum: Qualitative Social Research*, 6(2). Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/465/995>.
- Ayres, L. (2000). Narratives of family caregiving: four story types. *Research in Nursing & Health*, 23(5), 359-371. doi:10.1002/1098-240X(200010)23:5<359::AID-NUR3>3.0.CO;2-J
- Baptista, M. N., Lemos, V., Munhoz, A., & Morais, P. R. (2013). Perception of family support in dependents of alcohol and others drugs: relationship with mental disorders. *Adicciones*, 25(3), 220-225. doi: 10.20882/adicciones.49.
- Barilari, S., Mazieres, G., & Ravazzola, C. (2004). Terapia familiar en un programa de rehabilitación ambulatoria de la drogadicción. *Sistemas familiares*, 20(1-2), 25-35.
- Barnard, M. (2007). *Drug addiction and families*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Barrón, A., & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/408.pdf>
- Bernstein, M. (2008). Familias disfuncionales generadoras de conductas adictivas. *Sistemas Familiares*, 24(1), 37-57.
- Bertaux, D. (1999). El enfoque biográfico: su validez metodológica y sus potencialidades. *Proposiciones*, 29, 1-23. Recuperado de <http://preval.org/files/14BERTAU.pdf>
- Bertaux, D. (1989). Los relatos de vida en el análisis social. *Historia y Fuente Oral*, 1, 87-96. Recuperado de <http://metodo3.sociales.uba.ar/files/2014/10/Bertaux-Los-relatos-de-vida-en-el-an-25C3%25A1lisis-social1.pdf>
- Brown, V. L., & Riley, M. A. (2005). Social support, drug use and employment among low-income women. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(2), 203-223. doi: 10.1081/ada-200047920

- Butler, R., & Bauld, L. (2005). The parents' experience: coping with drug use in the family. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 12(1), 35-45. doi: 10.1080/0968763042000275308
- Cancrini, L., Cingolani, S., Compagnoni, F., Costantini, D., & Mazzoni, S. (1988). Juvenile drug addiction: a typology of heroin addicts and their families. *Family Process*, 27(3), 261-271. doi: 10.1111/j.1545-5300.1988.00261.x
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., & Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Dembo, R., Briones-Robinson, R., Barrett, L. K., Winters, C. K., Ungaro, R., Karas, L., ... Belenko, S. (2015). Parenting practices among biological mothers of drug-involved truant youths: a latent profile analysis. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 24(5), 282-294. doi: 10.1080/1067828X.2013.829011
- Díaz-Negrete, D. B., Gracia-Gutiérrez de Velasco, S. E., & Fernández-Cáceres, C. (2015). Terapia narrativa. Una alternativa para el tratamiento del uso de drogas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1539-1569.
- Douglas, M. (2003). *Natural symbols: explorations in cosmology*. Londres: Routledge.
- Fachado, A. A., Menéndez, M., & González, L. (2013). Apoyo social: mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de Atención Primaria*, 19(2), 118-123. Recuperado de http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- Farías, L., & Montero, M. (2005). De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(1), 53-68. doi: 10.1177/160940690500400104
- Garmendía, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica de Chile*, 136(2), 169-178. doi: 10.4067/S0034-98872008000200005
- Gómez, E., Muñoz, M. M., & Haz, A. M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psykhé*, 16(2), 43-54. doi: 10.4067/s0718-22282007000200004
- Hänninen, V. (2004). A model of narrative circulation. *Narrative Inquiry*, 14(1), 69-85. doi: 10.1075/ni.14.1.04han
- Hiller, S. P., Syvertsen, J. L., Lozada, R., & Ojeda, D. V. (2013). Social support and recovery among mexican female sex workers who inject drugs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(1), 44-54. doi: 10.1016/j.jsat.2012.12.009
- Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Garvey, K. A., & LaMonaca, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: a unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and alcohol dependence*, 56(1), 85-96. doi: 10.1016/S0376-8716(99)00022-8
- Labov, W., & Waletzky, J. (1997). Narrative analysis: oral versions of personal experience. *Journal of narrative and life story*, 7(1-4), 3-38. Recuperado de <http://llacan.vjf.cnrs.fr/fichiers/labovNARR.pdf>
- Larsson, S., Lilja, J., von Braun, T., & Sjöblom, Y. (2013). General theoretical perspectives of narrative analysis of substance use-related dependency. *Substance Use & Misuse*, 48(13), 1294-1305. doi: 10.3109/10826084.2013.815537
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative research, reading, analysis and interpretation*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Macdonald, D., Russell, P., Bland, N., Morrison, A., & de la Cruz, C. (2002). Supporting families and carers of drug users: a review. *Edinburgh: Effective Interventions Unit, Scottish Executive*. Recuperado de <http://www.gov.scot/Resource/Doc/47007/0025628.pdf>
- Marcos, J. A., & Garrido, F. M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 339-362. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/151/153>
- Martínez, M. F., & García, M. (1995). La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 10(1), 61-74. doi: 10.1174/021347495763835265
- Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C., ... & Tiburcio, M. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96(5), 761-774. doi: 10.1046/j.1360-0443.2001.96576111.x
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., ... & Velleman, R. (1998a). Social support in coping with alcohol and drug problems at home: findings from Mexican and English families. *Addiction Research*, 6(5), 395-420. doi: 10.3109/16066359809026059
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., ... & Velleman, R. (1998b). Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93(12), 1799-1813. doi: 10.1046/j.1360-0443.1998.931217996.x
- Orr, C. L., Barbour, S. R., & Elliott, L. (2014). Involving families and carers in drug services: are families "part of the problem"? *Families, Relationships and Societies*, 3(3), 405-424. doi: 10.1332/204674313X669900
- Pacheco, T. A., & Suárez, C. M. (2008). Co-construyendo historias: a la búsqueda de hechos luminosos en los relatos familiares sobre el consumo de drogas. *Revista Interamericana de Psicología*, 42(3), 537-548. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n3/v42n3a14.pdf>
- Ramos, L., & Romero, M. (2000). Historia oral y psicología. En Aceves, J. E. (Coord.). *Historia oral: ensayos y aportes de investigación* (pp. 21-37). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Ricoeur, P. (2000). Narratividad, fenomenología y hermenéutica. *Anàlisi: Quaderns de Comunicació i Cultura*, 25, 189-207. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/analisi/article/viewFile/15057/14898>
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park: Sage Publications.
- Ripple, H., & Luthar, S. (1996). Familial factors in illicit drug abuse: an interdisciplinary perspective. *The American Jour-*

- nal of Drug and Alcohol Abuse, 22(2), 147-172. doi: 10.3109/00952999609001651
- Rodríguez, A., Pinzón, S. A., Máiquez, A., Herrera, J., de Benito, M., & Cuesta, E. (2004). ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa "libre de drogas" en prisión? *Medicina de Familia*, 5(1), 16-26. Recuperado de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n1/04.pdf>
- Salter, G., & Clark, D. (2004). *The impact of substance misuse on the family: a grounded theory analysis of the experience of parents*. Swansea: WIRED, University of Wales. Recuperado de http://fsn.ie/uploads/research_files/The_impact_of_drug_misuse_on_the_family_G4.pdf
- Sanders, C. J. (2007). A poetics of resistance. Compassionate practice in substance misuse therapy. En Brown, C., & Augusta-Scott, T. (Eds.). *Narrative therapy. Making meaning, making lives* (pp. 59-76). Thousand Oaks: Sage Publications. doi: 10.4135/9781452225869.n4
- Stanton, M. D., & Todd, T. C. (1989). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Terol, M. C., López, S., Neipp, M. C., Rodríguez, J., Pastor, M. A., & Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35(1), 23-45. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61777/96257>
- Trulsson, K., & Hedin, U. (2004). The role of social support when giving up drug abuse: a female perspective. *International Journal of Social Welfare*, 13(2), 145-157. doi: 10.1111/j.1369-6866.2004.00308.x
- Van Dijk, T. A. (2008). El discurso como interacción en la sociedad. En Van Dijk, T.A. (Comp.). *El discurso como interacción social: estudios del discurso, introducción multidisciplinaria* (pp. 19-64). Barcelona: Gedisa.
- Wasserman, D. A., Stewart, A. L., & Delucchi, K. L. (2001). Social support and abstinence from opiates and cocaine during opioid maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 65(1), 65-75. doi: 10.1016/s0376-8716(01)00151-x
- Widdershoven, G. A. (1993). The story of life: hermeneutic perspectives on the relationship between narrative and life history. En Josselson, R., & Lieblich, A. (Ed.). *The narrative study of lives* (Volumen 1, pp. 1-20). Newbury Park: Sage Publications.