

Respuestas asistenciales en drogadicción. Su evolución.

Un comentario especial sobre los “Casos duales”¹

Autor: **Dr. Gastón Mazieres**

Artículo publicado en Sistemas Familiares, año 24, nº 2, noviembre 2008, Argentina

Se señala el surgimiento en el mundo de las Comunidades Terapéuticas para adictos y las limitadas respuestas asistenciales que se daban en nuestro país, entonces sin una problemática específica con respecto a las drogas tóxicas (éramos país de tránsito). En la Argentina el único tratamiento era la psiquiatría clásica con medicación e internaciones.

Posteriormente se desarrollan aquí las Comunidades Terapéuticas y más tarde los Programas Ambulatorios. Transcurridos algunos años, estos dos modelos fueron enriqueciéndose, y en nuestros días ex adictos y profesionales comparten en equipo la coordinación de los grupos de pares y terapia familiar, etc. Una diferencia fundamental entre Comunidad Terapéutica y Programas Ambulatorios reside en que este último propicia desde el inicio, la convivencia cotidiana con el grupo familiar y su red social sana, estimulándose la participación laboral y/o educativa. También hoy los modelos psicológicos y psiquiátricos mantienen sus ideas clásicas ligando las adicciones a la psicopatología, diagnosticando a muchos adictos como casos duales, y dando una respuesta asistencial psicofarmacológica.

Se señala que las psicoterapias individuales resultan, además de inoperantes, riesgosas porque el paciente sigue consumiendo durante el tratamiento. Para nuestro modelo es común que los casos que se presentan inicialmente con trastornos emocionales – confusionales sean producidos por la toxicidad de la droga. Mejoran o desaparecen al dejar el consumo, solamente con el soporte humano grupal y sin medicación.

Here we describe a story of Therapeutical Communities in the world and the assistential responses in our country: Classical Psychiatry with medication.

Since 1980, Therapeutical Communities and out Patient Programs appear. We describe the ways in which these two models developed. In a short time professionals, and non professional operators worked together in peer groups and family therapy.

Nowadays psychiatric models persist diagnosing drug addict as dual cases, treating them only with medication. In our experience most of these cases of “emotional troubles” are produced by the toxical substances and so, the problems disappear when drugs are replaced with human group support

¹ Gastón Mazieres, Médico, Esp. en Psiquiatría, Terapeuta Familiar. Director de la Fundación Proyecto Cambio (Rehabilitación Ambulatoria de la Drogadicción), Tel: 54 11 4785-2305 / 11 4553-6777 – Arcos 1546, P 3 (1426) Buenos Aires, Argentina. gmazieres@sion.com

Introducción

En la medida en que surgían en el mundo las Comunidades Terapéuticas para adictos (Goti, E.1990): SYNANON en California, 1958, Daytop en Nueva York, 1963, y posteriormente Proyecto Huomo (Chase en Italia) y Proyecto Hombre en España, en la Argentina (entonces país solo de tránsito de drogas) los profesionales poco conocían a esa población nueva, “los adictos”, ya que en las cátedras de nuestra Universidad (medicina o psicología) ese tema no estaba incorporado en la curricula formativa de los alumnos. Aquí se trataba a los adictos siguiendo un modelo psicoterapéutico aplicado a las patologías tradicionales. Nada cambiaba, se identificaba al adicto como psicópata o como un neurótico grave para ser así merecedor de tratamientos psicofarmacológicos (chalecos químicos) que al no resultar útiles, generalmente daban lugar a encierros prolongados en clínicas psiquiátricas junto a pacientes con graves desórdenes psíquicos.

Comienzo y evolución en Argentina de los tratamientos de rehabilitación de drogadictos

Fue aproximadamente a partir del año 80 que en nuestro país, ya de creciente consumo de drogas, surgen las primeras Comunidades Terapéuticas residenciales con prolongadas internaciones. Se desarrollaban allí acciones terapéuticas planificadas como dinámicas grupales, etc.. La familia, a veces, intervenía en grupos de padres o reuniones de encuentro de fines de semana. Tenían en común las diferentes Comunidades Terapéuticas, ser coordinadas por adictos recuperados, es decir que ya habían completado eficazmente su tratamiento y decidían colaborar en la recuperación de otros adictos, aplicando su experiencia y saber originados en su propio tratamiento. El “Yo también lo viví” era muchas veces el soporte fundamental que permitía una mayor proximidad emocional con el otro.

En estas internaciones la recuperación se lograba luego de largos períodos de exclusión del medio social (2, 3 ó más años) con las consiguientes dificultades de su posterior inclusión familiar, laboral, educativa, etc. Al reintegrarse a su medio, este era vivido por la persona ahora recuperada en forma muy hostil y rechazante, lo que lo inducía a volver al contacto con sus antiguos amigos consumidores con el riesgo de una posible recaída. El índice de las mismas postratamiento era muy alto, por lo que el re-ingreso a la institución u otros tratamientos se producía nuevamente.

Aproximadamente en el año 1988, se organizan en Argentina los primeros Programas Ambulatorios (sin internación) que incorporan las sesiones de Terapia Familiar (Duncan Stanton y otros 1988), los grupos de autoayuda de pares para adictos, padres y hermanos, coordinados por equipos compuestos por profesionales y ex-adictos.

En pocos años de evolución de estas dos formas de encarar las adicciones (Comunidades Terapéuticas y Programas Ambulatorios), se logró una mayor solidez conceptual (mejor conocimiento de las adicciones, sus efectos, los contextos, necesidades afectivas, importancias de las redes, etc.). Así se ampliaron criterios enriqueciéndose los métodos y herramientas de trabajo, lo que permitió armar programas cada vez más efectivos. En ambas el proceso de rehabilitación incorpora ahora el uso de técnicas verbales y psicodramáticas, sin prescripción de medicación, y con métodos grupales participativos, terapia familiar y coordinaciones mixtas (Castilho 2001).

Capacitación: Evolución y actualización

Muchos profesionales (médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.) interesados en la rehabilitación de adictos, y carentes de una formación específica para tratar las adicciones se incorporaron a los equipos

de las comunidades terapéuticas o de tratamientos ambulatorios y al compartir con ex adictos los equipos de trabajo (en grupos de pares, de terapia familiar, supervisiones, etc.), establecieron una relación casi fraterna, de intenso intercambio. Esto favoreció en la formación de ambos, ya que se superaron diferencias limándose absurdas fronteras jerárquicas discriminatorias, se intercambiaron conocimientos sobre teorías y métodos de trabajo, aliándose ahora profesionales y ex -adictos en una acción mancomunada al servicio del quehacer concreto frente a la adicción. Esto ayudó a los profesionales a cuestionar los encuadres rígidos de la tarea, que los defendían y alejaban cada vez más del contacto humano. Les permitió así acercarse a otra visión, a otra comprensión de los procesos de rehabilitación. Fueron adquiriendo progresivamente la suficiente proximidad como para conocer mejor al adicto, sus sufrimientos, sus desbordes y saber también hallar en ellos y sus familiares aspectos positivos y recursos nuevos. Surgieron también muchos fantasmas como el temor a olvidarse o perder lo poco que sabían previamente, la dificultad de encuadrar en un marco teórico lo que iban incorporando, el sentirse a veces vacilantes, envueltos en dudas, que generaban una cierta angustia. ¿Qué pasaba ahora? Esta nueva óptica los impulsaba a encontrar nuevas vertientes de aprendizaje y a sorprenderse permanentemente frente al surgimiento de modificaciones que aparecían en los adictos o sus familiares, que días antes estaban como fijados en una conducta repetitiva.

Actualización permanente

En nuestro país las continuas modificaciones contextuales originadas fundamentalmente en las permanentes mutaciones socioeconómicas, determinaron cambios tanto en el ámbito social como en la organización familiar: normas, valores, caracterización de los roles, jerarquías, etc. Esto se tradujo en muy pocos años en una mayor tolerancia al consumo de sustancias tóxicas. Además, permanentes fluctuaciones y posturas confusas en los ámbitos médico, jurídico y policial, fueron transmitidas, carentes de rigurosidad, por los medios de comunicación. La relación adicto – grupo social de convivencia experimentó cambios importantes, con compromisos mínimos frente a un tratamiento postergándose el comienzo del mismo o planteándose precozmente resistencias a su continuidad. Todo esto determinó que frente a los reiterados cambios contextuales se actualizaran permanentemente los programas de rehabilitación. Además, la capacitación de los coordinadores se fue realizando progresivamente conectando los conocimientos teóricos y las experiencias y vivencias extraídas de la práctica, evitando siempre imponer posturas dogmáticas rígidas, no asumiendo el coordinador el rol de experto y cuestionándose certezas que lo limitaban.

Nuestro Programa Ambulatorio (Proyecto Cambio²) (Barilari y otros 2004)

Algunas consideraciones:

Es a partir de 1988/1989, que ponemos en práctica el funcionamiento del programa ambulatorio Proyecto Cambio. Razones económicas y sociopolíticas críticas de esa época, generaban un contexto con elevados índices de desocupación y pobreza. También se estimulaban modelos socioculturales que impulsaban al facilismo y consumismo, instalándose además un preocupante ascenso de falta de valores, violencia y delincuencia. Cada vez más se fue generando una población dependiente del consumo de drogas, que se extendió no solo a zonas marginales sino que tomó todas las edades y sectores de la

² Fundación Proyecto Cambio: Matienzo 2639, (1425) Buenos Aires, Argentina, Tel: 54 11 4553-6777. proyectocambio@sion.com

sociedad, población ésta expuesta permanentemente a vivir situaciones de riesgo, sobredosis, SIDA, accidentes, etc.

Varios de los que organizamos esta institución habíamos compartido en 1985/1986, el trabajo terapéutico en el área de familias en el consultorio externo del Hospital Borda³. Allí entrevistamos numerosas familias que consultaban por un miembro adicto y fue entonces que comprobamos que el trabajar únicamente con terapia familiar (sin otra acción terapéutica) no daba ningún resultado positivo, ya que las familias dejaban de concurrir a la segunda o tercera entrevista. Por otro lado teníamos experiencias muy movilizantes y eficaces al participar en grupos de autoayuda para padres en una comunidad terapéutica⁴. En ese programa organizamos un área ambulatoria⁵ a la que concurrían adictos imposibilitados de internarse en la comunidad por carencia de camas disponibles. Más allá de esta razón, era importante para nosotros evitar las internaciones ya que el regreso posterior al medio cotidiano se hacía con dolorosa experiencia de inadaptación social (elevadas recaídas). Por primera vez articulamos en este improvisado programa ambulatorio, el trabajo conjunto de grupos de autoayuda y de terapia familiar lográndose muy buenos resultados.

Las experiencias anteriormente expuestas, nos permitieron consolidar un equipo de trabajo capaz de organizar un espacio terapéutico sin internación, manteniendo el contacto familiar cotidiano y estimulando además la inserción laboral y/o educativa. Se fue diseñando así progresivamente el programa Proyecto Cambio.

Resumiendo, en su origen este programa se organiza con estas características básicas: ambulatorio, con actividades terapéuticas en grupos de pares, con terapia familiar y coordinado por equipos mixtos (profesionales y adictos recuperados). Posteriormente el modelo fue enriqueciéndose cada vez más, al incorporar diversas acciones socializantes: actividades deportivas, teatrales, música, coro, tambores, salidas conjuntas, etc.

Familias y Redes sociales

Nuestro programa de rehabilitación integra a los miembros de la familia y red social en una organización comunitaria en la que participan las/os adictos en recuperación con sus padres, hermanos, cónyuges, amigos/as, etc., distribuidos en grupos de autoayuda de pares y en entrevistas de terapia familiar. Esta unidad así estructurada, en una permanente interacción entre sus componentes, genera una potencialización de las posibilidades de cambio muy superior a la que lograríamos si se trabajaran las terapias por separado. Se propone así brindar una alternativa de recuperación comunitaria ambulatoria, que implica que el consultante participe de una organización en red en la que reflexiona sus múltiples roles familiares y sociales.

A medida que van transcurriendo las etapas sucesivas del programa, se ve en las entrevistas familiares si los miembros, padres, hermanos, etc., con lo aprendido en los grupos de pares van incorporando modificaciones y van entonces creando con el adicto una dinámica relacional diferente. Se rompe el circuito repetitivo que trajo la familia al comienzo del tratamiento, originándose así un nuevo interjuego vincular que se seguirá reforzando en las futuras interacciones. ¿Cómo se originaron estos cambios? ¿En qué grupo de pares se iniciaron las modificaciones de los roles familiares? Generalmente no lo podemos precisar. Es difícil determinar esto, ya que todos los miembros de la familia, distribuidos ahora en diferentes grupos son prácticamente “bombardeados”, cuestionados en sus funciones, por sus pares. Lo que sí podemos constatar en las reuniones familiares es la modificación de las relaciones entre sus miembros.

³ Sesiones de terapia familiar con familiares de adictos en el departamento de familias del consultorio externo del Hospital Neuropsiquiátrico Borda, de Argentina, año 1985/1986.

⁴ experiencias realizadas en el Programa Andrés (Comunidad Terapéutica), participando como coordinadores año 1986/87

⁵ Programa ambulatorio del Programa Andrés 1987/1988 (1er programa que articula grupo de pares y terapia familiar)

Es un lento proceso de interjuego que se seguirá autoestimulando y regulando progresivamente, con la creación de nuevas estructuras. Tal vez la misma terapia familiar generó el cambio inicial; es imposible saberlo, tampoco interesa. Lo que sí valoramos es el desarrollo progresivo de modificaciones de antiguas estructuras cronificadas, generalmente con vínculos agresivos, carentes de respeto y cuidado por el otro.

Al integrar reuniones familiares y grupos de autoayuda se revisan los estereotipos generalmente sobreprotectores, modificándose así el contexto complementario relacional del adicto. Hemos comprobado que los beneficios, los cambios no se circunscriben a la persona afectada que consulta, sino que se extienden a su red acompañante. Nos podemos definir así como agentes de salud de una estructura social perjudicada por la adicción.

Sintéticamente, entonces, el Programa Ambulatorio, al no internar al adicto, no sustituye la estructura cotidiana a la que pertenece, y trata de introducir modificaciones relacionales entre las personas más significativas de su entorno – generalmente sus familiares y demás vínculos (laborales y educativos). Este trabajo con el entramado social de convivencia (Dabas 1993) (redes sociales, amigos/as, novios/as, jefes, vecinos, etc.) desde el comienzo permite un accionar colaborativo con participación múltiple, dando básicamente así sostén al proceso desde las relaciones de afecto y compromiso.

Entre otras cosas, el trabajo terapéutico apunta a que los padres o referentes adultos, a través de mecanismos de revisión y cuestionamiento, recuperen un lugar de respeto y autoridad en relación al adicto. Procura que los miembros de la familia puedan registrarse a sí mismos, como personas aptas para modificar sus condiciones perturbadas de vida, pudiendo desde este nuevo lugar retomar vínculos distintos. Para ello en estos ámbitos, se revisan las funciones estereotipadas que cada miembro cumple, se cuestiona el circuito relacional presente, generalmente ligado al “uso” del otro (maltrato, distancia afectiva, etc.) y se aprende a relacionarse con características diferentes en la convivencia.

Evolución – Etapas del Programa

Cuando recibimos el primer contacto, generalmente telefónico, con un miembro de la familia (los adictos inicialmente rara vez llaman), convocamos a los padres o esposos/as a participar de una reunión grupal de orientación - información, donde están también presentes miembros de otras familias que consultan inicialmente y padres avanzados en el tratamiento que relatan su experiencia. En este grupo ellos descubren o confirman las dudas que pueden tener respecto al consumo de alcohol o drogas de sus hijos, definen la necesidad o no de comenzar un tratamiento, y aprenden a través de la experiencia de otros padres las diferentes formas de acercar posteriormente a sus hijos, muchas veces resistentes. Posteriormente (en los días siguientes) se realizará una o dos entrevistas individuales con el adicto, y sólo si se logran las condiciones que necesita la institución: participación y continencia familiar, cumplimiento de horarios, etc., éste se incorporará al programa.

El tratamiento se desarrolla como proceso en fases o etapas, en las que desde el comienzo se trata de incorporar temas referidos a la supresión del consumo, reconocer y evitar las situaciones de riesgo, maltrato y violencia, el poder desprenderse de amigos y grupos consumidores, establecer un mejor orden cotidiano, etc.. Más adelante, en etapas posteriores, se revisarán los vínculos con los padres, hermanos/as, amigos/as, como así también el surgimiento de nuevas emociones referidas a los contactos sociales en general, ahora ya sin droga de por medio.

El tratamiento ambulatorio exige desde el comienzo una acción firme de contención de quienes participan en el cuidado y control del adicto, que garantice su abstinencia y evite el contacto con situaciones

riesgosas (proximidad con personas que consumen, etc.). Este cuidado generalmente lo realiza la red socio-familiar, que ayuda así a la persona en tratamiento a evitar el consumo y, le posibilita, ahora limpio de drogas, poder cumplir con las normas exigidas por la institución.

La progresiva re-socialización permitirá recuperar la capacidad de desarrollar vínculos significativos dentro de la propia familia y con otros grupos sociales. Esto se logrará a través del cumplimiento de normas de convivencia, control de los impulsos, respeto y cuidado por sí mismo y por los otros, capacidad de tolerar frustraciones, etc.

Objetivos

Entre los más importantes está el control de los impulsos, determinantes del consumo de sustancias tóxicas (alcohol y drogas), y del maltrato y violencia en general. También la incorporación de valores, el desanestesiarse emociones (que permitan rescatar y desplegar nuevos recursos) y la estructuración de roles sociales referidos al trabajo o estudio, así como la organización de nuevos proyectos de vida, sintetizan los objetivos básicos a lograr.

Supervisión

Es primordial la supervisión de las acciones terapéuticas que se desarrollan en la institución, ya que, con la participación obligatoria de todo el equipo, se actualiza la información semanal, el conocimiento de las “novedades” de cada persona y su familia, apuntando esto a que todos los profesionales desarrollen una misma línea terapéutica.

En los últimos años, frente a situaciones “difíciles”, hemos incorporado una modalidad de supervisión que denominamos “entrevista en tribu”⁶, en la que está presente todo el equipo en la sesión con la familia. En estas reuniones de fuerte tono emocional, todos los presentes sienten que participan y comparten la construcción de posibles soluciones a situaciones hasta ahora complejas.

Otros modelos. Breves comentarios sobre casos duales

En nuestra opinión, todavía existe franco desconocimiento por parte de muchos profesionales e instituciones de los beneficios logrados con los Tratamientos Ambulatorios y las Comunidades Terapéuticas. Esto lleva a perpetuar tratamientos individuales con resultados inoperantes. Desde esa óptica generalmente

se diagnostica a las personas consumidoras como casos duales, es decir que al problema de la adicción se agregan síntomas psicopáticos, esquizofrénicos, síndrome bipolar, depresiones, neurosis de angustia, etc. Pareciera entonces, que en un alto porcentaje de casos, el estado mental no está ligado sólo a lo tóxico de la droga, sino a una condición agregada de instalación generalmente previa a la adicción, que hay que combatir inicialmente con otras drogas. Se le pone una etiqueta de “enfermo” al adicto consultante, ahora llamado “enfermo dual”, quedando así marcado a fuego como un caso más de la psicopatología clásica.

⁶ Ravazzola (2001) propone esta modalidad de supervisión en instituciones desde hace aproximadamente 12 años. La describe como un encuentro entre una familia que consulta y los miembros del equipo tratante. En la conversación se buscan, ante los problemas planteados, soluciones entre todos.

También vemos que no se rinden fácilmente los laboratorios que impulsan el uso indiscriminado de medicamentos generadores de cambios mágicos. Tuvieron que dar apoyatura teórica a las acciones químicas, y para esto se desarrollaron teorías que explicaban en el funcionamiento cerebral del adicto, un déficit de sustancias que producirían desequilibrios emocionales favoreciendo la impulsividad descontrolada, etc. Para completar la escena era importante también que se estimulara el consumo de ¿medicamentos “antiadicciones”?, y que algunos entes subsidiarios, oficiales o privados, abonaran precios más altos por los tratamientos para aquellos adictos a los que ahora se los diagnosticaba como “enfermos duales”. ¿Es que cambió la demanda de la población? ¿Ahora además de la adicción muchos de ellos tienen trastornos mentales? ¿O quizá la ignorancia o razones económicas nublaron la mirada diagnóstica y ética de algunas instituciones y profesionales?

Quedó abierta así una gran puerta para que, con recetarios en mano, surgieran algunos psiquiatras a solucionar el problema de la adicción, otra vez imponiendo los chalecos químicos limitantes y transformando a las personas en deficientes e ineptos. Ya no son sólo las clínicas psiquiátricas para internación las que ofrecen una “solución” inoperante y riesgosa, sino además, y como lo fue antes también, lo negativo vuelve a ser la ideología, la distancia, el trato poco humano, la transformación del ser en una simple cosa, en fin, el suponer que el cerebro del adicto es un campo de batalla en el que pelean sus neuronas enfermas contra productos químicos de poderes aparentemente curativos.

Nosotros desde nuestra experiencia en muchos años, hemos constatado que lo que muchas veces diagnosticamos en el primer contacto con el adicto como cuadros confusionales o trastornos emocionales, generalmente se solucionan al dejar el consumo, y con una contención humana de acompañamiento. Así quienes lo padecen se rescatan como seres progresivamente normales. En general no es necesaria ninguna medicación agregada para que esto suceda. Ese estado alterado expresaba entonces un grado de toxicidad reversible. Era la droga consumida la que había producido ese transitorio trastorno emocional que al apartarse del consumo y participar en grupos con pares, rápidamente desaparece.

Además debemos sumar a estas acciones inoperantes, las de muchas psicoterapias individuales que se focalizan primero en la búsqueda histórica de factores causales, etc., sin considerar importante la continuidad de la adicción durante el tratamiento, con el consiguiente peligro de sobredosis por el consumo actual.

Cuadro comparativo

Programa Ambulatorio <i>Proyecto Cambio</i>	Tratamientos psiquiátricos y psicoterapias individuales
<ul style="list-style-type: none"> - Proximidad y contacto - Trabajo con la familia y redes sociales - Grupo de pares, autoayuda - Trabajo vincular - relacional - Capacitación de los operadores - Supervisión del equipo - Equipos mixtos: ex adictos y profesionales - Actividades socializantes múltiples - Interesa inicialmente eliminar el consumo - Tratamiento centrado en el control del impulso 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico psicopatológico - Uso de Psicofármacos (chalecos químicos) - Internación en clínicas psiquiátricas - Búsqueda histórica de factores causales - En las psicoterapias individuales, es común la continuidad del consumo durante el tratamiento con la imposibilidad del trabajo psicoterapéutico, poniéndose al paciente en riesgo por sobredosis

Conclusiones finales

Son dos formas de salir de la situación tóxica del consumo: una la del esfuerzo personal, la de la lucha en la que participan las potencialidades del propio adicto, ayudado por los demás pares y su familia, y la otra, la del paciente que pone su cuerpo para que actúen sobre él sustancias medicamentosas, negando así sus propios recursos y su capacidad de acción.

En esta difícil tarea de rehabilitación lo que está en juego es, ni más ni menos, un auténtico proceso de rescate y resocialización de seres que, anulados por los reiterados fracasos, sin proyectos de vida, deteriorados al máximo sus vínculos, necesitan participar en programas específicos de rehabilitación, en los que el contacto humano y el amor tengan un papel protagónico más que las pastillas idiotizantes que lo encaminan a una carrera de discapacidades.

El trabajar con las potencialidades (Radrizzani 2006) (no con los déficit) y emociones del adicto y sus familiares, el no culpabilizar, el estimular las responsabilidades, el no aceptar delegaciones ni ponernos en el rol de “expertos”, nos permite en esencia unimos con el adicto y su red social acompañante, tratando siempre de lograr un encuentro pleno de confianza en el cambio.

Bibliografía:

Barilari, S., Mazieres, G. y Ravazzola, M. C.; “Terapia Familiar en un programa de rehabilitación ambulatoria de la drogadicción”, *Sistemas Familiares*, 20 (1-2), 2004

Castilho, T., “A Terapia Familiar, o Terapeuta e a droga – adição: Uma experiência de crescimento”, *Temas em Terapia Familiar*, org. Tai Castilho. Summus Editorial: São Paulo. 2001.

Dabas, E. comp., *Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Paidós: Buenos Aires. 1993

Duncan Stanton, M., Todd, T. y cols., *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Gedisa: Buenos Aires. 1988

Goti, M. E., *La Comunidad Terapéutica. Un desafío a la droga*. Nueva Visión: Buenos Aires. 1990

Grimson, W., *Sociedad de adictos*. Editorial Planeta: Buenos Aires. 1999

Radrizzani, H., “Cuando podemos ver más allá de los diagnósticos”; *Sistemas Familiares*. 22 (1-2) 2006

Ravazzola, M.C., “Supervisión de terapeutas familiares en el marco de los modelos de competencias y de ampliación de los settings tradicionales”. *Psykhé*, 10 (2), 181-184. 2001