

Terapia Familiar en un Programa de Rehabilitación Ambulatoria de la drogadicción¹

Autores: Lic. Susana Barilari, Dr. Gastón Mazieres, Dra. Cristina Ravazzola
Artículo publicado en la revista Sistemas Familiares

A partir de la aplicación del pensamiento sistémico a prácticas comunitarias de autoayuda, hemos ido desarrollando un abordaje terapéutico para la problemática de la adicción a drogas. Si bien se asocia el pensamiento sistémico a la terapia familiar, no sólo comprometemos a las familias en este tipo de tratamiento, sino que incluimos a las personas significativas de la red que puedan constituirse en apoyo efectivo para cada consultante.

Nos interesa destacar que comenzamos hace ya más de 12 años instalando un programa ambulatorio, concientes de que la resocialización que puede sostener los logros de contención y sobriedad que los consultantes alcanzan, es un proceso en el que están involucrados los miembros de su red social, y que ese proceso es necesario desde el comienzo del programa. (Los programas residenciales tienen que superar el período en que la institución está a cargo de la cotidianeidad de los consultantes). También somos concientes de que ese sostén sólo es posible desde las relaciones de amor y compromiso que familiares, amigos, y a veces empleadores y vecinos pueden apostar en cada caso. Y es un proceso de reflexión constante en grupos de pares los que hemos venido instrumentando desde nuestra plataforma sistémico-relacional, y el que queremos describir y compartir en este artículo.

Consideramos que este abordaje es múltiple ya que involucra distintas disciplinas desde áreas biopsico-sociales, recreativo-artísticas, comunitarias y educativas. Y que integra profesionales de estas disciplinas y aportes de personas que han sufrido y superado experiencias de adicción.

**

La tradición acerca de la aplicación del pensamiento sistémico remite automáticamente a la teoría y práctica de la terapia familiar, en cuanto se privilegia a la familia como contexto en el que se despliegan las conductas por las que somos consultados.

La Problemática de la drogadicción no tiene en general resolución a partir de un abordaje terapéutico único. En nuestra experiencia, hemos recurrido a integrar a los miembros de la familia en una organización comunitaria ambulatoria participando : adictos, sus padres, esposas, hermanos, etc, en grupos de autoayuda, terapia familiar, y grupos multifamiliares, interrelacionados todos entre sí, conformándose así una unidad estructural de compromiso familiar múltiple.

¹ Autores: Susana Barilari, Gastón Mazieres, Directores de Proyecto Cambio, y Cristina Ravazzola, Supervisora General de la misma Institución. Fundación Proyecto Cambio, Matienzo 2639 (1426) Buenos Aires, Argentina., 54 11 4553-6777. proyectocambio@cion.com. www.proyectocambio.com

Ponemos entonces el énfasis de nuestro quehacer terapéutico en esta unidad, en la que la conjunción de grupos de autoayuda de pares y terapia familiar (contextos diferentes interconectados entre sí) serán ahora conceptualizados desde una rica ampliación del tradicional campo de acción del pensamiento sistémico.

Inclusión de la familia y las redes sociales significativas

Nuestra propuesta de trabajo incluye la necesidad de incorporar en el tratamiento a la “familia” del consultante ya que en nuestro país ésta sigue siendo un núcleo de apoyo afectivo, lugar de crecimiento e identidad muy valioso. Su presencia constante a lo largo del proceso terapéutico, nos permite conocer y operar sobre las relaciones cotidianas de cada consultante con sus familiares y de estos entre sí.

Esto nos da la posibilidad de recuperar a la familia como institución reforzadora de condiciones contextuales para la salud al reconocer sus propias capacidades de intervención y participación activa en el proceso de cambio.

Por otra parte entendemos que como agentes de salud al trabajar sobre esta red social respondemos a una situación conflictual, sufrida dolorosamente por todos los miembros de la familia bloqueados en el desarrollo de sus aspectos valiosos personales.

Nuestra propuesta de rehabilitación ambulatoria (sin internación) implica que el adicto participe de una estructura, de una red comunitaria en la que revisa, reflexiona y cuestiona sus múltiples roles familiares y sociales.

Trabajamos sobre el contexto complementario relacional: grupos de autoayuda de padres, esposas, novias, hermanos, amigos, etc., entrevistas familiares, encuentros multifamiliares, etc. Los cambios obtenidos no se circunscriben, entonces, solo a la persona afectada por el consumo, sino que se extienden a todos los miembros de su familia y su grupo social. Podemos definirnos así como agentes de salud de una estructura social perjudicada por la drogadicción.

Población drogadependiente

Las conductas abusivas, características de la población dependiente de drogas, se expresan a través de actos delictivos, prostitución, violencia, alteración del rendimiento escolar y productivo, etc., como así también a través de permanente y cotidiana crisis en los vínculos familiares, y sociales.

La drogadicción no sólo abarca zonas marginales carenciadas y postergadas en su crecimiento frente a sectores más evolucionados del país, sino que se extiende a todos los sectores y edades de la comunidad.

La situación sociopolítica, económica, moral, así como el consumismo, facilismo, la falta de valores, etc. generan condiciones socioculturales, en las que el alcoholismo, la agresividad, los desvíos sexuales, la delincuencia y las drogas se instalan, circulan y acrecientan y reproducen culturalmente.

Esta población está particularmente expuesta a situaciones de riesgo francamente alarmantes: muerte por sobredosis, SIDA, violencia, accidentes. Teniendo en cuenta la índole gravemente abusiva de las

conductas habituales de la población adicta, nuestro programa encara el objetivo de resocialización desde sus comienzos como una tarea conjunta asumida por la institución y por la red familiar.

Un abordaje terapéutico, para que tenga efectos positivos, deberá tomar en cuenta la necesidad de cambiar las mencionadas conductas abusivas que el adicto presenta, como así también considerar que generalmente, el adicto pertenece a una población desarticulada de las normas relacionales vigentes en la comunidad, de la que se ha automarginado.

Breve descripción del tratamiento ambulatorio

El aumento del número de adictos en la población general con el consiguiente aumento de la demanda asistencial, la crítica situación socioeconómica de nuestro país con altos índices de desocupación, nuestro cuestionamiento a los modelos tradicionales del tratamiento de la drogadicción fueron factores que nos exigieron un tipo de respuesta que, al ser ambulatoria, respetara los espacios laborales y permitiera, aún con dificultades, mantener la relación con la familia, el trabajo y/o la escuela, sin el abandono al que obliga la internación en una comunidad terapéutica.

El proceso terapéutico de recuperación se desarrolla en diferentes etapas. En nuestro programa de rehabilitación ambulatoria el proceso terapéutico se desarrolla progresivamente en diferentes etapas o fases, en cada una de las cuales se van cumpliendo sucesivamente diferentes objetivos. Los adictos participan de varios grupos de pares semanales (coordinados por un equipo mixto, de profesionales y operadores ex-adictos). Paralelamente se realizan grupos de padres, hermanos, cónyuges, amigos, y otros componentes de la red social.

Grupos de orientación - información

Cuando un miembro de la familia, preocupado por el consumo de un hijo, esposo o hermano, nos solicita ayuda lo invitamos a participar en el grupo de orientación-información, que será entonces el primer contacto que el familiar tiene con la institución. En otros casos, generalmente de adultos que consumen, son ellos los que solicitan directamente la ayuda institucional, y será también la invitación a un familiar de ellos para que concurren a ese primer grupo de orientación. A él concurren miembros de otras familias que también consultan inicialmente, como así también familiares de adictos que están en el primer mes de tratamiento. Está siempre presente un padre cuyo hijo está por terminar el tratamiento, quien transmite y responde desde su propia experiencia vivida en el proceso de rehabilitación.

Es a través de participar en ellos, que los familiares descubren o confirman las dudas que pudieran tener con respecto al consumo que sus hijos hacen de alcohol y de drogas. definen así la necesidad de ayuda o no y, al escuchar la experiencia de otros padres, aprenden maneras de traer a sus hijos a nuestra institución para evaluar la posibilidad de incorporarse a nuestro programa.

La alianza entre la institución y la familia, se teje desde el comienzo en el trabajo que realizan los padres asistentes a este grupo inicial de orientación. El trabajo con los padres que se realiza en este grupo, los orienta y capacita, para actuar de una manera diferente, más concientes de su poder y autoridad.

Características de la Terapia Familiar en este contexto.

Consideraciones sobre las tensiones familiares

Las entrevistas familiares conjuntas (ahora con el adicto incluido) comienzan en la primer etapa (de admisión) y se continúan a lo largo de todo el proceso (fases A, B y C). Los encuentros se realizan en forma semanal o quincenal y concurren a ellos, el adicto, sus padres, hermanos, esposas, hijos, etc., solicitándose a veces la participación de otras personas significativas del medio social (redes).

En la primer etapa del proceso, los temas de las entrevistas familiares están referidos a situaciones tales como la dificultad de suprimir el consumo, las recaídas, el maltrato, la desorganización, el desorden cotidiano, la necesidad de cumplimiento mínimo de normas y control. En estas reuniones se ponen en evidencia los intentos de delegación que la familia hace a la institución de sus funciones ligadas a los roles parentales: poner límites, consecuencias, registrar y controlar los abusos, etc.

En las etapas siguientes, los temas centrales giran alrededor de los vínculos con los padres, hermanos, pareja, amigos, manejo de emociones, relaciones laborales, de estudio, contactos sociales, etc.

¿Qué características vemos nosotros en estas familias?

Con frecuencia un debilitamiento de los roles materno y paterno, las funciones de los padres aparecen desdibujadas con marcado desorden y confusión en las jerarquías; una alianza particular del hijo adicto con uno de los padres, la parentalización de alguno de los otros hijos, el poder centrado en el paciente adicto, etc.. Observamos también que en estas familias aún los hechos abusivos del adicto tienen poca relevancia y no dan origen a consecuencias punitivas. Al no haber registro del daño no hay modificación y no hay aprendizaje. Esta anestesia emocional explica entonces la tolerancia y la reiteración de los maltratos.

Es la entrevista familiar la que pone en evidencia la trama particular del funcionamiento de cada familia. En un primer momento los padres, eludiendo y sin poder hacerse cargo de su responsabilidad, tratarán que la institución resuelva y dé respuesta inmediata a sus problemas (intento de delegación). Lo paradójico es que la institución espera la ayuda de la familia, y la familia a su vez la ayuda de la institución; parte del trabajo terapéutico consiste entonces en no hacerse cargo de las responsabilidades que los padres, al sentirse inhabilitados, pretenden delegar.

Vemos en el espacio de las entrevistas familiares, como forma de comunicación habitual, actitudes de maltrato en los vínculos, entre los miembros de estas familias y también hacia el equipo institucional. Estas actitudes de maltrato son formas habituales de provocación, se expresan en palabras, frases, o gestos. Centramos la tarea terapéutica en destacar y resolver esta característica no percibida por ellos.

Otro aspecto habitual que vemos es la incongruencia que hemos llamado de envase- contenido² entre el rol esperado de los padres y su desempeño concreto. Ejemplo_ un hermano de 12 años que se comporta como un padre responsable; una madre que se coloca en el rango de hija, evitando responsabilizarse; un padre que se muestra desvalido e ineficaz como si fuera un niño pequeño.

Todas estas características relevantes que describimos, son habituales en las familias de adictos, se muestran sin estridencias y pueden llegar a producir un clima hipnótico donde aparentemente no existe la tensión, verdadera trampa para la coordinación.

² Metáfora creada por la Dra. Cristina Ravazzola desde el trabajo clínico.

Tanto las tareas sistemáticas de supervisión de las entrevistas familiares en cámara Gesell como el trabajo semanal de las reuniones de equipo, tienen por objetivo el cuidado de los terapeutas y la preservación de su posibilidad de clarificar con otros pares su forma de trabajo.

En los últimos años hemos incorporado una modalidad de supervisión en la que todo el equipo acompaña al terapeuta familiar en la sesión en la que la familia está incluida, y lo ayuda a resolver situaciones complejas o difíciles con la familia (entrevista que hemos denominado “de tribu”³)

En las entrevistas familiares, los integrantes muestran distintos aspectos de sí mismos que no siempre son los más eficaces, los mejores, los más positivos. La redefinición, la connotación positiva y la ampliación son técnicas que usamos para recuperar la resiliencia familiar. También recurrimos a técnicas psicodramáticas que al poner en escenas situaciones concretas, permiten entonces darse cuenta de las dificultades y alternativas que solo por medio de la palabra no se alcanzaban a percibir.

Otros recursos técnicos son el diálogo co-terapéutico ya que en la mayoría de las entrevistas familiares se trabaja con dos coordinadores que tienen amplia libertad para dialogar entre sí, creando otros conceptos que amplían la mirada de los miembros de la familia.

Como podemos ver, no empleamos, en nuestro trabajo, un solo modelo terapéutico, optamos por una línea heterodoxa dentro de la concepción sistémica. Incluimos aspectos del modelo experiencial (escuela de Andolfi, C.Sacu, Whitaker, etc.); como ampliaciones y redefiniciones inesperadas, como así también recursos del modelo estructural y estratégico (Minuchin, Hay). La propuesta del constructivismo social acerca de la enorme importancia del cultivo y cuidado de las relaciones⁴ atraviesa toda esta estructura del tratamiento.

Ampliando el contexto de la entrevista familiar, llevamos a cabo los grupos multifamiliares. A ellos asisten los adictos, sus familias, y miembros del equipo. Estos encuentros permiten trabajar temas específicos, tales como alguna dificultad grave que puede traer una familia, desacuerdos entre padres e hijos, la búsqueda de nuevos proyectos de socialización, etc. La riqueza de elaboración compartida y el fuerte tono emocional son las características de estos grupos. En los que cada familia potencia con las otras sus recursos, sintiendo que todos participan y comparten la construcción de nuevas soluciones a problemas comunes. Queremos remarcar otro detalle técnico importante y es, que el foco del trabajo de las entrevistas familiares está “centrado” en el adicto, en las situaciones que él genera. En general, otras situaciones de conflicto que aparezca durante la entrevista son relacionadas siempre con la repercusión que estas traigan a la relación con el adicto.

Algunas consideraciones sobre las tensiones familiares

Es común que previo a la primer consulta con nuestra institución, las tensiones familiares originadas por las conductas del adicto hayan sido contenidas rígidamente por la familia. Estas familias generan complementariedades rígidas que les condicionan periodos muy largos en los que se eluden tensiones y conflictos familiares. Por lo tanto sus miembros no aprenden a incluir tales tensiones en los procesos de cambios necesarios en las distintas etapas del desarrollo familiar.

³ Concepto descripto en artículos de la Dra. Cristina Ravazzola

⁴ Ken Gergen, **Realidades y relaciones**.

El sistema familiar puede mantenerse tolerando la presencia del adicto muchos años sin pedir ayuda. Mientras las conductas antisociales no son muy notorias generalmente son negadas por los familiares que ocultan el consumo (que levantan sus deudas, reponen los objetos robados, etc.) de esta manera se impide que intervenga el sistema macrosocial: control judicial o policial, ayuda terapéutica, etc.

Cuando la tensión no puede ser mas contenida en el ámbito familiar, es que surgirá la necesidad de consulta. Esto sucede frente al descubrimiento de drogas, sobredosis, intervención policial, violencia, denuncia de un amigo o escuela, etc.

Al realizarse la consulta ha aumentado considerablemente la tensión en el sistema familiar. Esta crisis abre al sistema familiar a un pedido de ayuda a un sistema social más amplio, pero aún no hay cambio de reglas en el interior de la familia. Muchas veces con la consulta inicial, disminuye la tensión intrafamiliar, aliviándose sus miembros por la contención institucional.

Como en el tratamiento ambulatorio el adicto no es separado de su entorno, se mantiene su presencia en la dinámica familiar cotidiana. Esto producirá continuamente confrontaciones que generan y mantienen las tensiones, es decir que éstas se alivian relativamente. Progresivamente si se ha producido una buena evolución en el proceso terapéutico, las sucesivas crisis irán generando un cuestionamiento de las antiguas normas y reglas familiares. La incorporación progresiva de nuevas conductas en la interacción entre sus miembros logran modificaciones relacionales y una mayor flexibilidad familiar.

Cuando en el proceso terapéutico aumenta la tensión nuevamente por actos del adicto (como escaparse, tener una recaída, una acción maltratadora) la familia es apoyada para realizar y revisar nuevas reglas de funcionamiento que incluyan el aprendizaje de autocontrol y asunción de responsabilidades sobre el propio cuidado necesarios en la evolución de todas las familias.

Algunas características de los miembros de la familia

En los padres: se muestran incondicionales con los hijos, que son muy centrales y tienen gran poder. Los padres no ejercen su autoridad, no actúan en equipo, y uno de ellos está aliado con el hijo- problema. Idealizan a los hijos (sensible, inteligente, bueno). Es común que durante mucho tiempo nieguen evidencias de que el hijo se droga, observan conductas extrañas (cambios de amigos, violencia, déficit educativo, reiterados cambios laborales, maltrato, etc.) pero las ocultan o tienen dificultades de asociarlas al consumo de sustancias.

Se muestran impotentes frente a los operadores y tienden a delegarle la responsabilidad de la definición y aplicación de las normas familiares.

Están empobrecidos como personas o como parejas y no pueden transmitir con convicción y autoridad sus valores a los hijos. Están anestesiados en su registro emocional en relación al efecto que les produce la conducta del hijo adicto, sometiéndose al desprecio y a otras formas de maltrato. Buscan rápidamente culpar a alguien, a veces a sí mismos, amigos, escuela, etc, como para seguir protegiendo al hijo, quien sigue así sin asumir sus responsabilidades.

En los hermanos: generalmente hay un hermano que ocupa el rol parental siendo el que tiene actitudes más responsables en la familia. Es común que un hermano se sacrifique por el adicto renunciando a sus propios proyectos y a veces es él el que lleva al adicto al tratamiento. Otras veces hay otro hermano que

no quiere saber nada con el tratamiento, mientras que otros se constituyen en importantes colaboradores participando activamente en los grupos de autoayuda.

En las esposas: durante mucho tiempo toleran o niegan la adicción de su compañero o las consecuencias de ella. Se sienten madres de sus maridos, generalmente en competencia con sus suegras a quienes consideran malas madres y culpables de la adicción. Son abnegadas, muchas veces mantienen económicamente a la familia, los hijos y el tratamiento de él. Escuchan el discurso del marido como si fuera la verdad sacrosanta. Niegan totalmente los malos tratos de que son objeto, y muchas veces son compañeras de adicción de su marido para no perderlos, o con la fantasía de ayudarlos.

A veces se rebelan al sometimiento de un modo tan ineficaz que la rebelión se les vuelve en su contra, siendo entonces acusadas y responsabilizadas por la familia del adicto, por el adicto o por los profesionales de ser el factor causal de la drogadicción de él.

Otras reflexiones

Las conductas adictivas se sustentan en la creencia del adicto y su entorno, de que no pueden “controlarse”, y se repiten debido a que él no asume responsabilidad por las consecuencias de las mismas. Su descontrol frente al estímulo adictivo constituye un alivio fácil a las tensiones de su cotidianidad.

De alguna manera, la organización que presentan las familias que consultan permite al adicto eludir responsabilidades que recaen sobre otros miembros de la familia.

Los adictos consiguen formas creativas de eludir normas en el seno de su familia, generalmente aliándose con uno de sus padres, aprovechando para ello los desacuerdos propios de cualquier conducción compartida. Han desarrollado un entrenamiento en favorecer esos desacuerdos y en instalarse “ventajosamente” en ellos.

Como parte del entrenamiento mencionado utilizan el recurso de colocarse muy fácilmente en el lugar de la “víctima”, apareciendo frente a quienes juegan roles complementarios como “los pobrecitos”.

Por lo descripto en estos ítems aparecen siempre “otros” como responsables de tales transgresiones (generalmente para los padres son los amigos, o la esposa, para la esposa es la madre, etc.) así se puede continuar sin que el propio adicto sea responsabilizado, no haciéndose cargo entonces de sus propias conductas.

La cultura favorece la culpabilización de los padres sindicándolos como los responsables de una “crianza eterna”. Esto contribuye a la postergación de sus propios proyectos, sus propios placeres, y la dificultad en el registro de sus propios malestares (anestesia emocional). Una especial contribución a esta forma de complementariedad, la constituye la específica socialización de las mujeres, como madres y esposas dispuestas a sacrificar incondicionalmente su vida por amor a ellos, muchas veces sin ningún reconocimiento.

Nuestro trabajo terapéutico apuntará entonces a dar a los miembros de la familia del adicto, elementos de revisión y cuestionamiento de esta complementariedad para que ellos recuperen la conciencia de su lugar de respeto, dignidad y autoridad, pudiendo ahora, desde esta nueva posición, reformular sus vínculos de forma distinta.

Conclusiones finales

Nuestro programa ambulatorio se apoya en la resocialización. Si bien el objetivo básico del proceso de rehabilitación es dejar el consumo de sustancias, también es para nosotros una finalidad importante lograr una modificación estructural del grupo familiar. Son los espacios de las entrevistas familiares las que muchas veces, con gran intensidad dramática, nos permiten como a través de una mirilla, observar esta evolución.

Para el adicto en tratamiento el aprendizaje de tolerar frustraciones, el cumplimiento de reglas, el control de los impulsos, el respeto y el cuidado por sí mismo y por los otros, le permite recuperar la capacidad de desarrollar vínculos significativos dentro de la propia familia y con diferentes grupos sociales.

Ser capaces de tolerar frustraciones, permite recuperar la capacidad de desarrollar vínculos significativos dentro de la propia familia, con otras familias y grupos sociales.

Esta resocialización entonces, apunta además a que cada sujeto logre formas de autocuidado y autocontrol, que le posibiliten a no ser inducidos a un “alivio fácil” de las tensiones propias de toda su existencia. Será entonces, a través de este proceso de socialización, en el que se establecen y circulan valores tales como solidaridad, humildad, responsabilidad, buen trato, respeto, agradecimiento, que permitirá ahora desarrollar nuevas pertenencias a grupos no marginales.

Para los miembros de la familia son logros de gran importancia en el tratamiento la desaparición de la anestesia a la capacidad de sentir y, como consecuencia, el resurgimiento de emociones. Vemos aparecer la firmeza ante situaciones de duda, la incorporación de conductas de cuidado, el recuperar la capacidad de experimentar placer y el desarrollo de nuevos proyectos personales.

El enriquecimiento que se logra con la organización de programas ambulatorios en los que participan los miembros de las familias distribuidos en grupos de pares, en un auténtico “trabajo en red”, permite a cada uno de los participantes intercambiar problemas comunes, movilizándolo y potenciando recursos nuevos, valorizando y confrontando su pensamiento junto a otros sintiendo en esencia que todos son partícipes y comparten la construcción de una nueva realidad. Además la inclusión en estos programas ambulatorios de la terapia familiar en forma sistemática, asegura un testeo permanente de lo trabajado en los grupos, ahora trasladado a las interacciones familiares, y promueve nuevas perturbaciones a partir de examinar los conflictos propios de la convivencia.

No hay hoy en el mundo un país que escape a la droga. Sabemos que el combate es desigual pero ayudar a eludir accidentes a veces mortales y a recuperar una dignidad social son algunas de las gratificaciones que premian a los que trabajamos con adicciones.

Referencias bibliográficas

- Andolfi, M., *Detrás de la máscara familiar*. Buenos Aires: Amorrortu editores. 1985.
- Barilari S., “Recuperation Ambulatoire de L’Abus de Drogues”. Artículo presentado en la I.C.A.A. C.I.P.A.T., Praga , 1994.
- Barilari S. “Traitement Ambulatoire de L’abus de Drogue: Therapie Familiale. Artículo presentado en la I.C.A.A. C.I.P.A.T.. Trieste, 1995.
- Barilari S. y Mazieres G., “Terapia Familiar en un programa de Rehabilitación Ambulatoria de la drogadicción”. Publicación a consideración de la Revista Sistemas Familiares. 1996.
- Cancrini L., *Los temerarios en las máquinas voladoras*. Ed. Nueva Visión, 1991.
- Dabas Elina y colaboradores, *Redes de Redes, la práctica de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1993.
- Duncan Stanton, M. y Landau Stanton J., “Terapia con familias de adolescentes drogadictos”. *Rev. Sistemas Familiares*, Buenos Aires, año 7 n° 2, 1991.
- Duncan Stanton M., Todd T. y cols. *Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas*. Buenos Aires, Ed. Gedisa, 1988.
- Foerster H. von, “Visión y conocimiento: disfunciones de segundo orden”. *Nuevos paradigmas, Cultura y Subjetividad*. compiladora: Fried Schnitman D. Buenos Aires, Editorial Paidós. 1995.
- Haley J., *Leaving Home*. New York: Mc Graw-Hill Book Co., 1980.
- Haley J., *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1988.
- Keeney B. P. y Ross J. M., *Construcción de terapias familiares sistémicas. “Espíritu” en la terapia*. Buenos Aires, Amorrortu editores. 1987.
- Minuchin S., *Familias y Terapia familiar*. Buenos Aires: Ed. Gedisa, 1986.
- Packman M., “Redes, una metáfora para la práctica de intervención social”. *Redes, el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y fortalecimiento de la Sociedad Civil*, compiladoras Elina Dabas y Denise Najmanovich. Buenos Aires, Editorial Paidós. 1995.
- Olievenstein C., *No hay drogados felices*. Barcelona: Ed. Grijalbo, 1986.
- Olievenstein C., *La clínica del toxicómano*. Ed. Artes Médicas, 1990.
- Olievenstein C., *Jornadas sobre Drogadicción*. Ed. Hebraica, 1986.
- Ravazzola M.C., “Dejarse abusar no ayuda”. *El Malestar Silenciado*, compiladoras Ravazzola M.C. y Daskal A.M.. Edición de las Mujeres n° 14. Chile: Isis Internacional, 1990.
- Ravazzola M.C., “La Familia como educadora”. Artículo presentado en el Congreso de ASIBA, Mar del Plata, 1994.
- Ravazzola M.C. y Mazieres G., “Una metáfora de la relación terapia-familia”. *Revista Sistemas Familiares*. Buenos Aires, n° 12, 1986.