

Familia y Toxicomanía



ESCUELA VASCO NAVARRA
DE TERAPIA FAMILIAR
EUSKADI ETA NAFARROAKO
FAMILI TERAPIA ESKOLA

Úrsula Sagüés Alfaro
3º Zaragoza 2007

El estudio de las toxicomanías es un fenómeno bastante reciente. Actualmente, está adquiriendo una relevancia mayor debido a su expansión y a la nueva concepción que se está dando al consumo.

Las investigaciones en el campo de las drogodependencias vienen a confirmar que no podemos centrar en un único factor la existencia de toxicomanías sino que debemos hablar de multicausalidad de este fenómeno. Así, podemos hablar de aspectos biológicos, sociológicos y psicológicos. Son muchas las disciplinas que han centrado sus estudios en este campo y las diferentes explicaciones vienen determinada por los marcos referenciales de los que parten los diferentes autores; por este motivo, no podemos hablar de causas sino que es más correcto hablar de factores.

Hasta hace poco, las aportaciones que se hacían desde la Psicología, se centraban únicamente en aspectos individuales aunque estudios posteriores incluyen también aspectos sociales y contextuales como factores relacionados con el fenómeno de las toxicomanías.

Actualmente, desde los modelos de prevención se propone un modelo integrador que explica el fenómeno como la interacción de diversos factores relacionados con las propias sustancias, las características personales de los consumidores (físicas y psicológicas), y con las variables del entorno donde este consumo se produce. Este modelo integra las aportaciones de los enfoques tradicionales en prevención de las drogodependencias (médico, ético-jurídico, psicológico, sociológico...), ponderando la importancia de cada uno de los tres elementos que configuran la relación a tres bandas que establecen: las sustancias, la persona que las usa, y el contexto o entorno que la rodea.

Siguiendo un poco las aportaciones teóricas, podemos encontrarnos con diferentes modelos según el énfasis que se pone en un factor o en otro. Desde la psicología clínica, se pone el énfasis en las características personales del sujeto y podemos encontrarnos con diferentes estudios psiquiátricos que relacionan el fenómeno de las drogas con la patología mental. (Charro Baena, 1995). Pero poco a poco, los estudios se han desplazado a aspectos más sociales e interpersonales.

El inicio de las toxicomanías se sitúa en la mayoría de la literatura en la etapa de la adolescencia ya que entre las características evolutivas propias de la adolescencia que acentúan el riesgo de uso de drogas se incluyen el progresivo aumento de la influencia de los semejantes en detrimento de la influencia de los padres, el desarrollo social y la conducta de conformidad, el desarrollo de nuevas funciones cognitivas (operaciones formales), y la formación de una identidad personal.

Kandel llevó a cabo diferentes estudios longitudinales en el que estableció las fases del inicio del consumo en adolescentes en relación con la influencia de la familia y los amigos del consumidor y teniendo en cuenta las características personales del sujeto. Así, la influencia de unos y otros va a ser distinta en función de la fase de consumo en la que se encuentre el sujeto. Concluyó que antes de iniciarse el consumo, la influencia de los progenitores es alta pero en las primeras fases de consumo de alcohol y marihuana la mayor influencia va a venir dada por el grupo de pares. Por otro lado, relaciona las dificultades en las relaciones familiares como factor predisponente al consumo de otras sustancias ilegales. Este estudio fue replicado por Recio (1992) en España con una muestra menor de sujetos donde distingue diferentes fases del consumo y las relaciona con la influencia de los progenitores y amigos concluyendo que la calidad de las relaciones con los progenitores es el factor protector más eficaz para el consumo de drogas.

Desde la teoría del aprendizaje social (Simon, Marcos, Leedle) también se han desarrollado modelos de varias fases de iniciación similares a Kandel en las que se tienen en cuenta factores individuales, familiares y sociales. Estos autores concluyen en general, la importancia del grupo de amigos como un factor poderoso en el inicio del consumo y señalan al grupo de hermanos/as mayores como otros grupos importante de referencia. Otros factores que incluyen son el uso y la actitud favorable de los progenitores hacia el consumo de drogas, el tipo de vinculación con éstos en relación a la vinculación con los pares, la falta de supervisión, la falta de relación afectiva positiva con los progenitores.

Si atendemos a la estructura familiar, es normal que las toxicomanías queden instaladas en el momento evolutivo de la adolescencia pero no tanto por las características individuales del adolescente sino debido a la función que el adicto cumple en la familia porque se va a producir un proceso crónico y repetitivo centrado en el individuo, el crecimiento y el alejamiento del hogar del paciente identificado que conllevará un desequilibrio en la estructura familiar homeostática. Es desde esta postura desde la que se sitúan los autores de la terapia familiar.

Otras investigaciones situadas más en lo clínico desplazan la mirada hacia aspectos más psicológicos y psiquiátricos. Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza distinguen tres sectores de observación: el estudio de la personalidad del toxicómano, el estudio de la familia del toxicodependiente y el estudio de los tratamientos. En el caso del estudio de la personalidad se lleva a cabo desde dos perspectivas, una primera, psiquiátrica donde se estudia el perfil psicopatológico y otra más psicoanalítica donde se analizan los procesos terapéuticos individuales. En los estudios sobre la familia distingue entre investigaciones estadísticamente reguladas por instrumentos de análisis y las investigaciones derivadas de la praxis terapéutica. No describiré estos estudios, tan sólo recalcar que todos demuestran una relación estrecha con diferentes matices entre el consumo del toxicodependiente y su familia.

Tras este pequeño recorrido por los diferentes estudios que se han llevado a cabo con el fin de recoger los diferentes factores que influyen en el consumo de drogas, resaltar que tanto los estudios más clínicos como los longitudinales o los educativos reflejan la importancia de la familia como un factor influyente en la génesis, la persistencia y la disminución de los problemas relacionados con las drogas sobre todo en los últimos años.

En este trabajo, me centraré más en aquellos modelos teóricos que ponen el énfasis en aspectos interpersonales y sociales y en concreto, en las relaciones que se establecen en la familia del toxicómano. La familia desempeña un papel central en el desarrollo de las personas, no sólo porque garantiza su supervivencia física y satisface sus necesidades emocionales sino también porque es en ella donde se van a llevar a cabo los aprendizajes básicos para desenvolverse en la sociedad. Por esto, el comportamiento de alguien dependerá de las relaciones que se de en su situación familiar.

Es inevitable pues, el considerar a la familia como un factor influyente tanto protector como de riesgo en cualquiera de las conductas de drogodependencia y en esto confluyen la mayoría de autores. Ahora bien, aunque se da importancia a la familia en la génesis, persistencia y disminución de los problemas relacionados con las toxicomanías, son poco los autores que consideran a la familia importante en la persistencia del síntoma. Por esto mismo, son pocos lo que trabajan con la familia como sistema y es precisamente en estos en los que más me voy a detener.

Son dos los **objetivos** que me planteo en este trabajo, que vienen guiados por responder a las siguientes preguntas:

1. **¿Podemos hablar de características familiares diferenciales en el caso de familias en las que existe un miembro toxicómano?, ¿De qué características hablamos?**
2. **¿Qué tipo de intervención se lleva a cabo con estas familias?**

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

Parece claro debido a la extensa bibliografía que encontramos sobre el tema que sí podemos hablar de una serie de características que distinguen a las familias con un miembro toxicómano. No está tan claro cuáles son estas características que será lo que intentaré responder en este primer apartado.

Me llama la atención la cantidad de estudios que se han llevado a cabo para intentar discernir este aspecto y no sólo desde la terapia familiar sino también desde disciplinas diferentes que hacen hincapié en la importancia de la familia en relación a las toxicomanías.

Dado lo extenso del tema, mi objetivo principal será analizar la estructura y dinámica familiar en aquellas familias en las que exista un miembro toxicómano. Para ello, intentaré llevar a cabo una revisión bibliográfica de lo que se ha estudiado hasta ahora en este campo, intentando remarcar las diferencias y similitudes que recogen los diferentes autores.

En un principio recogeré las impresiones desde diferentes modelos teóricos para luego centrarnos en cómo se trata este tema desde el modelo sistémico.

Como ya he comentado, los modelos de prevención de las toxicomanías hablan de una serie de factores de riesgo es decir, situaciones personales o sociales que incrementan la probabilidad de que exista un consumo problemático o no deseable. Estos factores se enmarcan en distintas áreas: personal, social, escolar, comunidad y familiar. Me centraré sólo en aquellos factores de riesgo que los autores identifican en el área familiar para explicar el uso y abuso de drogas, lo que nos puede dar una pista de cuáles son las características familiares de una familia con un miembro toxicómano.

Hawkins (1992) identifica como factores los siguientes: uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas, divorcio y separación de los padres, problemas en el manejo de la familia y bajas expectativas de éxito.

Petterson (1992) está de acuerdo en el caso de problemas de manejo de la familiar y uso de drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia su uso e identifica la historia familiar de alcoholismo como un nuevo factor.

Moncada (1997) está de acuerdo con este último factor de historia familiar de alcoholismo y añade las pautas educativas, las actitudes y modelos de conducta por parte de los padres y los conflictos familiares.

Pollard (1997) establece en seis los factores de riesgo: pobre supervisión familiar, pobre disciplina familiar, conflicto familiar, historia familiar de conducta antisocial, actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y hacia el uso de drogas.

Kumpfer (1998) nos habla de nuevo de conducta de la Amalia relacionada con el abuso de drogas, de prácticas de manejo de los hijos y crianza en la familia inadecuadas, conflicto familiar y añade un factor novedoso hasta ahora que el denomina abuso físico.

Por último, hablar de los factores que identifica Muñoz-Rivas (2000) que atienden a la estructura y composición familiar, el estatus socioeconómico familiar, la disciplina familiar, las relaciones afectivas y de comunicación y actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.

Si analizamos un poco los factores que proponen estos autores, encontramos que en muchos casos estos se repiten. Por esto, desde los modelos de prevención podemos concluir que los factores familiares que más se identifican como aumentadores del riesgo al consumo serían los siguientes:

- Historia familiar de alcoholismo.
- Problemas en el manejo de la familia en cuanto a pautas de crianza, pautas educativas y disciplina familiar.
- Actitudes parentales favorables hacia el uso de las drogas.
- Conflictos familiares.

Esta primera conclusión es importante, ya que como veremos más adelante, muchos de las características que los autores establecen como propias de familias con miembros toxicómanos coinciden en parte con estos factores de riesgo.

Entre las características que encontramos de autores que hablan de familias pero no pertenecen a la teoría sistémica encontramos las siguientes:

Charro Baena (1995) destaca los siguientes rasgos más significativos que definen este tipo de familias cuando el miembro toxicómano se encuentra en la fase vital de la adolescencia.

1. Falta de cercanía y afecto. Existe una falta de afecto y de aceptación del hijo además de desvinculación y frialdad afectiva y pobre identificación del hijo con los progenitores.
2. Control y supervisión deficientes o muy autoritarios. De los tres estilos educativos que utilizan los progenitores, *laissez faire*, democrático y autoritario, se ha demostrado que en este tipo de familias los más habituales son el autoritario donde son los progenitores los que fijan exclusivamente la normas o los límites siendo estas inflexibles o el *laissez faire* donde los límites y las normas son débiles ("dejar hacer").ambos

estilos está unidos por una disciplina inconsistente donde las normas y metas no están claramente definidas y las consecuencias de obedecerlas casi nunca se mantiene de una forma estable.

3. Alta frecuencia de muertes y separaciones en la infancia y adolescencia. Referidas bien a separaciones o divorcios de los padres, pérdidas traumáticas de un familiar cercano, separación de la familia en la infancia o abandono del hogar de alguno de los miembros,...algunos autores plantean que la toxicomanía es un síntoma que manifiesta las dificultades familiares para defenderse de la desesperanza y elaborar el duelo por la pérdida de uno de los miembros.(Stanton, 1988; Coleman, 1986, Carbonell, 1984; Jurich, 1985)
4. Frecuencia de enfermedades severas e invalidantes. Enfermedades degenerativas, accidentes laborales, etc. Cuyos momentos de aparición y empeoramiento coinciden con la trayectoria del toxicómano.
5. Sobreprotección e intrusión. Los adolescentes consumidores perciben a sus padres como más invasores de su intimidad, posesivos y sobreprotectores.
6. Ocupan tipologías extremas en el modelo circunplejo de Olson.
7. Mayor frecuencia de consumo de drogas legales en especial de alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes.

Martínez llevó a cabo un estudio dirigido a tratar de comprender la complejidad del sistema familiar en aquellos adolescentes que empiezan a tener sus primeros consumos. Para ellos se compararon distintos aspectos familiares en familias donde un hijo se inicia en el consumo con familias donde no hay hijos con consumo. Las conclusiones a las que se llegó fueron las siguientes:

- Existen diferentes percepciones del sistema familiar en cada uno de los miembros de una misma familia, lo que hace relevante tomar como unidad al menor las tríadas de padre-madre e hijo.
- Las familias consumidoras presentan un peor funcionamiento familiar, tendiendo hacia el Desapego en cohesión, de acuerdo con la terminología de Olson. En ellas, es menor la implicación de los miembros, las actividades, el tiempo o los amigos compartidos así como el sentimiento de unidad familiar.
- Desde la percepción global de la familia, se observa una menor satisfacción con el funcionamiento familiar en aquellas familias en las cuales los hijos consumen drogas.
- Las dos conclusiones se mantienen al estudiar los datos proporcionados por el padre y el hijo., pero no hubo diferencias en el caso de la madre lo que podría sugerir que ésta posee un afrontamiento de los problemas basado en la negación.
- En cuanto a la comunicación, las familias con hijos consumidores presentan una menor apertura, más dificultades en la comunicación y más selectividad y desconfianza.
- La percepción de la madre en comunicación fue acorde con la del padre y el hijo.

- Independientemente del consumo, el hijo presenta una comunicación más positiva con la madre que con el padre... También las madres percibieron una mejor comunicación con el hijo que con los padres. No obstante las discrepancias no varían en función del consumo.
- Las variables más significativas a la hora de percibir las diferencias entre las familias consumidoras y no consumidoras con la satisfacción, el sentimiento de unidad familiar y la existencia de una comunicación abierta entre los miembros de la familia.

Vielva (2001) habla de la importancia de las prácticas educativas parentales en el inicio y mantenimiento de conductas de consumo y abuso de drogas por parte de hijos e hijas adolescentes así como de las actitudes que estos presentan ante las drogas. Compara familias de hijos no consumidores con familias con hijos consumidores.

Afirma que en el caso de los progenitores de adolescentes con problemas de drogas los estudios demuestran que se utilizan bien un estilo autoritario o bien un estilo permisivo, es decir, que no existe un único patrón sino que se manifiesta por un exceso o un defecto de control y límites en el comportamiento.

En el caso del estilo permisivo se permite al adolescente que él mismo marque sus normas sin la participación de los padres quienes no imponen sus criterios ni supervisan el comportamiento.

En el estilo de disciplina autoritario, los padres y madres fijan ellos exclusivamente las normas y límites y esperan que sus hijos e hijas obedezcan sin cuestionarse nada. La disciplina es rígida. Esto puede provocar que el adolescente se vea como falto de autonomía e independencia según Jurich y Cools (1985).

Así mismo, destaca la importancia de variables que tienen que ver con las actitudes hacia las drogas y los patrones de consumo de los propios padres. El efecto de modelado que ejerce la familia es otra de las variables influyentes en el consumo de drogas del adolescente. Este efecto fue descrito por Bandura (1984) para explicar la aparición y el mantenimiento de la conducta teniendo en cuenta dos factores: lo significativo que sea el modelo y las consecuencias que se perciban de la conducta. Aplicando esta teoría al problema de las drogas, Vielva (2001) afirma que se observa que los padres son el primer modelo de los hijos por lo que el consumo de determinadas sustancias por parte de los padres va a favorecer el consumo del hijo, ya que transmiten mensajes de aceptación o desaprobación y expectativas sobre el comportamiento de los hijos. Por otro lado, la percepción de las consecuencias que se cree que se va a obtener es un importante reclamo o inhibidor del consumo. Ahora bien, aunque la influencia del modelado familiar es importante en los primeros años de vida durante la adolescencia y la juventud cobrará más importancia lo que digan y hagan sus iguales.

Son muchos los estudios que avalan la influencia de la conducta y la actitud hacia las drogas que exhiban los padres para el consumo de los hijos e hijas. (Entre estos estudios se reencuentra el de Charro Baena (1995) del que ya hemos hablado)

Podemos incluir estos estudios en modelos más de tipo educativo que hacen hincapié no sólo en la dinámica familiar sino también en aspectos como el estilo educativo o los valores transmitidos. Se trata de modelos que trabajan a un nivel de inicio de consumo interviniendo de forma preventiva para que la problemática no se haga mayor.

Pasamos ahora a centrarnos en aquellos autores que han descrito las características de familias con un miembro toxicómano desde el modelo sistémico. Estos autores van a incluir aspectos como la estructura y la dinámica familiar pero también encontramos bastantes diferencias en función del aspecto central en el que se apoyen a la hora de describirlas.

Stanton y Todd estudiaron las características de las familias de los toxicómanos comparándolas con otras patologías. Las siguientes conclusiones fueron resumidas por Ayerbe y cols:

- En las familias de toxicómanos existe mayor frecuencia de dependencias químicas, particularmente alcohol y propensión a otras conductas adictivas como el juego y la televisión.
- La conducta de los padres no exhibe patrones esquizofrénicos.
- Comparando familias de adictos, esquizofrénicos y psicósomáticos, los adictos son más capaces para tener lazos fuertes fuera de la familia, la ilusión de independencia es mayor pues tienen una subcultura a la cual poder referirse.
- Las familias de toxicómanos serían más primitivas en la expresión del conflicto.
- Las alianzas dentro de la familia son explícitas y la familia se autocalifica como unida, mostrando una conducta nutricia hacia el otro.
- Las madres de los adictos muestran más prácticas simbióticas de crianza, tendiendo a retener a sus hijos y a tratarlos como si fueran más jóvenes.
- Las familias de adictos muestran una preponderancia de temas de muerte así como de muertes prematuras en la familia.
- El síntoma de la drogadicción proporciona una forma de pseudoindividuación en una familia que teme la separación de sus miembros.
- La disparidad cultural entre padre-hijo y la aculturación tienen un papel importante en la adicción, especialmente en hijos inmigrantes.

Así mismo, **Stanton y Todd** explican la dinámica familiar de los toxicómanos desde un modelo homeostático basado en las concepciones de Jackson y Haley. Para estos autores hay que tener en cuenta los siguientes conceptos y modos de pensar:

1. Adicción y ciclo familiar. Entienden la drogadicción como parte de un proceso cíclico que involucra al adicto y a sus padres que conforman un sistema íntimo, interdependiente e interpersonal. El desequilibrio en el sistema parental conlleva la activación del adicto para desplazar la atención del conflicto conyugal a un excesivo apego parental evitando así la separación de los padres. Se pasa de una interacción diádica inestable (padres solos) a una interacción triádica más estable (padres y adicto).
2. Pseudoindividuación. El drogadicto está atrapado entre la presión de permanecer estrechamente ligado a su familia que lo necesita para no derrumbarse y la necesidad de llevara a cabo su propia individuación que le permita establecer relaciones íntimas externas.
3. Separación y muerte. El temor de la familia a la partida del adicto es también una característica paradójica. En el caso de la separación definitiva pueden ocurrir tres cosas: que la díada conyugal se sienta unida por la pérdida del tercero, la formación de una nueva triada o la disolución de la relación conyugal.
4. Familias con un solo progenitor. En muchas familias de adictos un o de los progenitores (habitualmente el padre) suele estar ausente. En estos casos también existe una triada pero que incluye a otro miembro como puede ser un amante del progenitor, la abuela,...En estos casos la dinámica es similar, los conflictos de los adultos se ven interrumpidos por los conflictos del adicto.
5. El contacto de sistemas en el sistema marital parental. A pesar de que el adicto forme parte a su vez de un sistema marital, la relación con su propio sistema parental va a seguir las mismas pautas descritas, ya que el adicto vuelve de vez en cuando para seguir demostrando que no lo han perdido y evitar que sus padres se enfrenten a su propio conflicto.
6. Sistemas extrafamiliares. Hay otros sistemas que pueden amenazar el sistema familiar y desencadenar el ciclo adictivo como son la pérdida de empleo, la jubilación del padre, una enfermedad,...

Guy Ausloos definió las características de las familias de transacción caótica, que generarías delincuentes toxicómanos, contraponiéndolas a las familias de transición rígida, que generarían miembros psicóticos o anoréxicos. Describo a continuación las características que el propone para las familias de transacción caótica que corresponden al tema que tratamos:

- Tendencia a la transformación, las reglas están continuamente en proceso de cambio, no hay reglas estables.
- Se las puede denominar "familias de cambio".

- Poca información debido a que las fronteras con el exterior son muy abiertas y permeables por lo que hay demasiada información pero no saben retenerla.
- Desorden e el comportamiento.
- El tiempo va muy rápido. Ausloos lo denomina el "tiempo de los acontecimientos"; siempre hay un acontecimiento que impide la utilización del pasado para prevenir el futuro.
- No ligación ni lazos entre los miembros.
- Buscan que alguien arbitre los conflictos entre ellos y con la sociedad.
- Familias centrífugas.

Friesen (1983) tras una revisión bibliográfica concluyó que existen una serie de patrones comunes en las familias de drogadictos, señalando los siguientes elementos.

- Relación emocional conflictiva de larga duración entre los padres.
- Un padre inafectivo y/o distante e inactivo, muchas veces físicamente ausente de la familia, y si está presente, mínimamente implicado con el drogadicto a nivel emocional.
- Un padre dominante e infantilizante, que es también emocionalmente inmaduro, conflictivo y ambivalente sobre el crecimiento, la individuación y separación de su hijo/a, particularmente sobre el drogadicto.
- Un clima de crisis emocional en la familia que es equilibrado por el drogadicto al distraer la atención de otros problemas.
- Límites difuminados o borrosos de las distintas generaciones con presencia de alianzas patológicas entre padre e hijos.
- Una historia familiar de uso y/o promotor de uso de drogas.

Ángel y Ángel (1989) describen las siguientes características de las familias de toxicómanos:

- La ceguera familiar al hecho de la drogadicción de un hijo.
- La negación de la apuesta mortal que supone el drogarse.
- La ausencia de barreras generacionales, lo cual puede llevar al incesto.
- La existencia de una tasa mayor de muertes en la familia antes de la aparición de la drogadicción.
- La existencia de una tasa mayor de patología física y psíquica en los padres o hermanos.
- Rupturas culturales entre padres e hijos y entre los padres.

Cancrini y La Rosa (1991) parte de la idea de que el abuso de un fármaco se considera un intento de hacer frente a niveles de sufrimiento intolerables lo que le lleva a considerar las toxicomanías como situaciones personales e impersonales

unificadas por el remedio que se da a una situación problemática. Atendiendo a la organización y modelos comunicativos de la familia del toxicómano, a la organización psicológica del toxicómano, sus mecanismos de defensa y los rasgos de carácter que definen los modos de comportarse y su personalidad, a las características propias de los comportamientos de consumo de droga del toxicómano, a las modalidades de relación que el toxicómano y/o sus familiares tienden a establecer con los asistentes y los servicios que se ocupan de ellos y a las formas de evolución y la utilidad real de las distintas formas de intervención terapéutica, establece que no existe un único modelo tipo de familia de toxicómano sino que establece 4 tipologías distintas:

1. *Toxicomanía traumática o A*

Neurosis traumática. Surge de una situación de duelo, de pérdida de una persona o de una etapa del ciclo vital.

Se caracteriza por:

- Desarrollo de la toxicodependencia. Ruptura del estilo habitual de vida donde el consumo protege al individuo de una fase de pánico y un sufrimiento violento.
- Características del hábito. Dirigido a aturdirse más que a obtener placer.

2. *Toxicomanía de área neurótica o B.*

Trastornos del área neurótica que se caracteriza por una connotación depresiva del hábito y una actitud de exhibición. En cuanto a la estructura familiar:

- Fuerte implicación de uno de los padres en la vida del hijo y en la enfermedad.
- Rol periférico del otro padre.
- Triángulo perverso.
- Debilidad de límites entre subsistemas.
- Desarrollo de polaridad: hijo malo-hijo bueno.
- Modelo comunicativo caracterizado por la contradicción y el desarrollo violento de conflictos.

3. *Toxicomanía de "transición" o C.*

Utilización de mecanismos neuróticos y psicóticos, que se modifican en contacto con la heroína, rompiendo el equilibrio de las estructuras de personalidad más rígidas y coartadas, condicionando el curso de la crisis y difuminando la experiencia vivida en la fase de crisis y orientándola hacia el fármaco y sus efectos.

En cuanto a la estructura familiar:

Analogías con otras familias con problemas de desvinculación:

- Esfuerzo en no definir las relaciones sostenidas por el uso de mensajes paradójicos e incongruentes.
- Los miembros muestran una tendencia difusa a ignorar el significado del mensaje de los otros y a utilizar la enfermedad para resolver el problema de liderazgo expresándose en términos de autosacrificio.

Diferencias:

- Tendencia a implicar y manipular a los terapeutas, amigos o parientes en las cuestiones familiares.
- Tendencia a repetir dramatizaciones muy intensas pero de breve duración.

Otras características:

- Ambos padres implicados en la toxicomanía o en la vida privada del hijo.
- Existencia de "miembro prestigioso".

4. Toxicomanía "sociopática" o D

Desarrollos psico o sociopáticos caracterizados por:

- Evidencia de comportamientos antisociales antes del comienzo de la toxicodependencia.
- Rápida y natural asimilación de la toxicodependencia dentro del estilo de vida del toxicodependiente.
- Actitud de desafío
- Desapego al hablar del hábito, consumo para embotamiento de sensaciones, politoxicomanía e infravaloración de efectos.

En cuanto a la estructura familiar:

- En los casos menos graves, similar a las de toxicomanía tipo B
- En los casos más graves, familias desligadas.

Vinci, propone una reflexión sobre algunas recurrencias empíricamente encontradas en el trabajo con toxicómanos que consumen heroína, en un intento de conectar el trastorno de toxicomanía a la relación diádica padre-hijo paciente y madre-hijo paciente y al tipo de relación existente entre las parejas parentales. El

punto de partida es el trabajo realizado por Cancrini (del que ya hemos hablado) y se basa en las hipótesis del equipo de la Escuela de Milán.

Atribuye a las familias toxicómanas cierta heterogeneidad por lo que establece recorridos diferentes en base a tres aspectos:

1. Padres incompletos como hijos.

Esta idea es común a los tres recorridos y consiste en la existencia de historias difíciles y carentes en el plano emotivo en la infancia de cada uno de los padres del paciente, lo que hace entrever una infancia en la que han sufrido el rol de niños incompletos.

Este malestar psicológico se transmite, como veremos, de una generación a otra.

2. Relación de pareja y malestar en la familia.

La incompletad emotiva de los futuros padres del toxicómano tiende a reflejarse en consecuencia en la relación conyugal. La elección de la pareja responde al reclamo de las "partes blancas" que cada uno tiene dentro de sí y que espera que el otro pueda colmar o completar.

Este tipo de relaciones suelen conllevar desilusión y tensión que es inevitable transferir a las relaciones con los hijos.

Describe tres tipologías diferentes de disfunción en la pareja que implican tres modalidades de desarrollo de las toxicomanías.

1. Matrimonio inexistente. Expectativas recíprocas muy bajas de partida, esta falta de interés y la experiencia traumática de abandono en la infancia anulan todo aspecto emotivo.
2. Matrimonio de interés. El cónyuge es visto como instrumento para satisfacer las propias necesidades.
3. Matrimonio obligado. Búsqueda de satisfacción de una necesidad importante en el otro miembro de la pareja, esto impide la ruptura pero crea una insatisfacción.

3. La disfunción de la relación padres-hijos.

Estas tres tipologías de matrimonio conllevan a su vez distintas disfunciones en la relación entre padres e hijos.

1. M. Inexistente. Abandono real y verdadero de los hijos bien por falta de habilidad en rol paternal o por estrategia para culpabilizar al otro de la consecuencia del abandono.
2. M. Interés. Cónyuges excesivamente centrados en sí mismo por lo que el investimento parental es débil y modesto basado en una autoilusión de haber dado y haber recibido que representa un elemento confusito.
3. M. Obligado. Cuidado de los hijos instrumentalizado por uno de los padres frente al otro.

Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza realizaron un estudio en el que analizaban cómo evolucionan las relaciones familiares en el caso del toxicómano en el curso del ciclo vital basándose en las líneas de reflexión del análisis de Vinci que acabamos de describir. Establecieron siete estadios: familias de origen, pareja paterna, relación madre-hijo en la infancia, la adolescencia, el paso al padre, el encuentro con las sustancias estupefacientes y las estrategias basadas en el síntoma. Encontraron que existían tres recorridos distintos en el desarrollo patológico de las toxicomanías.

1. Recorrido 1: el abandono disimulado.

Los padres del futuro toxicodependiente han experimentado en su propia familia de origen una relación carencial respecto a sus propios padres, por esto a la hora de buscar pareja se basan en que el compañero pueda suplir estas carencias afectivas constituyéndose lo que denominan "matrimonio por interés".

La calidad de la relación madre-hijo tiene efectos de privación y carencia sobre el niño respecto de las necesidades afectivas primarias., además, ineficacia del padre para realizar su rol.

Con la llegada de la adolescencia, la relación madre e hijo se vuelve más rígida. La madre no atiende a las necesidades evolutivas del hijo quien reclama su autonomía. Pueden aparecer comportamiento de oposición o negación. Ante el trato infantilizante de la madre, el hijo busca al padre pero es rechazado.

Ante este tipo de relación el adolescente está predispuesto al encuentro con las drogas, el consumo se refuerza por el círculo ya descrito.

2. Recorrido 2: el abandono desconocido.

Aunque piensan que pueden existir elementos de carencia y traumáticos en la familia de origen, el relato es difícil de obtener. El matrimonio se forma

en un intento de encontrar desahogo a la frustración en el otro, es lo que denominan "matrimonio forzoso", en estos casos el riesgo de separación es intolerable.

La relación madre e hijo está caracterizada por sentimientos ambivalentes y contradictorios y subordinada a la relación conyugal. Con la adolescencia, el hijo comienza los intentos de desplazarse hacia el exterior pero sólo se encuentra con la indiferencia de la madre que sigue centrada en la relación conyugal. Cuando intenta acercarse al padre sólo encuentra un aumento de confusión ya que éste considera que los intentos de autonomía o bien ponen en peligro su relación con la madre o siente que el hijo se puede convertir en un rival como compañero de la madre.

En este caso el encuentro con las sustancias estupefacientes responde a la exigencia de mantener la confusión, pueden por un lado ofrecer la oportunidad de que la madre siga instrumentalizando al hijo en su relación conyugal o utilizar su relación con el hijo contra el padre.

3. Recorrido 3: el abandono activo.

Situación de abandono objetivo en la familia de origen de los padres que se reproduce en los hijos, lo que les hace considerar que es mejor enrocarse en la autosuficiencia y mantener una actitud depredadora frente al otro. Con estos orígenes la pareja constituye un matrimonio carente de intercambio emocional, lo que denominan "matrimonio inexistente".

En la relación madre-hijo, la madre no es capaz de evitar que su hijo repita las carencias sufridas por ella por lo que el hijo se encuentra en una situación de abandono que le lleva a una prematura expresión de agresividad directa contra sus familiares.

El ingreso en la adolescencia es prematuro en una búsqueda de grupos que asuman las funciones familiares. El padre está ausente (en muchos casos ni lo han conocido) o incapacitado para sus funciones parentales.

Esta condición de marginalidad social facilita el contacto con la droga, cuando la toxicomanía es descubierta por la familia, la madre traslada la responsabilidad a la sociedad. Corresponden en la mayoría de casos a familias multiproblemáticas.

Sólo como apunte recalcar que estos tres recorridos pueden correlacionarse con las cuatro tipologías de toxicomanías que describen Cancrini y La Rosa. Así el tipo A y tipo B correspondería al primer recorrido con un predominio de síntomas depresivos, el tipo C corresponde al recorrido 2 con un

predominio de síntomas psicóticos y el tipo D corresponde al tercer recorrido con predominio de comportamientos antisociales.

CONCLUSIONES PERSONALES (1º Objetivo)

Soy consciente de la dificultad de extraer conclusiones significativas cuando las fuentes son tan dispares. La metodología que los diferentes autores han utilizado en las características expuestas son de diversa índole; estudios, cuestionarios, práctica clínica,...y las muestras estadísticas diferentes por lo que no podemos extraer características concluyentes.

A pesar de esto, me gustaría sintetizar un poco la información recogida examinando aquellas características familiares que más se han resaltado.

- A nivel estructural, parece que la mayoría de autores destacan que se trata de familias cuyos límites son difusos y permeables tanto en el sistema nuclear como en el caso de la familia extensa y otros sistemas externos. En el caso del sistema nuclear, se habla de intrusismo (Charro Baena), límites difuminados y borrosos (Friesen), debilidad de límites entre los diferentes subsistemas (Cancrini), etc. Al hablar de la familiar extensa, se define una relación de contactos intensos con los sistemas parentales de origen a pesar de haber formado su propio sistema marital (Stanton y Todd). En cuanto a las fronteras con el exterior son definidas como abiertas y permeables (Ausloos)
- Estas familias se caracterizan principalmente por la existencia de triangulaciones normalmente entre progenitores y adicto (Stanton y Todd, Friesen, Cancrini). Friesen las define como patológicas y Cancrini nos habla de triángulos perversos en el caso de las toxicomanías de tipo B. En aquellos casos en los que falta la figura de un progenitor, la triangulación se establece entre un progenitor, el adicto y otras figuras de referencia que pueden incluir a la abuela, el amante del progenitor, etc. (Stanton y Todd)
- Muchos son los autores que hacen referencia a la ausencia de uno de los progenitores (Stanton y Todd, Cancrini, Friesen, Ángel y Ángel, Cirillo). Se habla de la ausencia real por separación o muerte (Friesen, Stanton y Todd) o bien por su baja implicación (Friesen, Cancrini, Cirillo y cols.) Cancrini al describir la tipología B nos habla de la fuerte implicación de uno de los padres frente al rol periférico del otro, introduce así una reciprocidad de roles.

Gonzalo Aizpún describe diferentes tipos de roles que suelen darse en una familia con un miembro adicto. Distingue:

1.- El Rescatador: se encarga de salvar al adicto de los problemas que resultan de su adicción.

2.- El Cuidador: Ellos asumen con ímpetu todas las tareas y responsabilidades que puedan, con tal de que el adicto no tenga responsabilidades, o tenga las menos posibles.

3.- El Rebelde: La función del rebelde u oveja negra, es desenfocar a la familia y atraer la atención sobre sí mismo, de modo que todos puedan volcar sobre él, su ira y frustración.

4.- El Héroe: El también está empeñado en desviar la atención de la familia y distraerla hacia él, a través de logros positivos.

5.- El Recriminador: Esta persona se encarga de culpar al adicto de todos los problemas de la familia.

6.- El Desentendido: Usualmente este rol es tomado por algún menor de edad que se mantiene "al margen" de las discusiones y de la dinámica familiar.

7.- El Disciplinador: Este familiar presenta la idea de que lo que hace falta es un poco de disciplina y agrede al adicto, ya sea física y/o verbalmente.

- Martínez nos habla de menor apertura en la comunicación y más selectividad y desconfianza. Para Cancrini lo más destacado en cuanto a la comunicación es que se caracteriza por la contradicción y el desarrollo violento de conflictos en los casos descritos como toxicomanía tipo B. Por último Stanton y Todd describen una expresión del conflicto primitiva que podría encajar con esta violencia de conflicto de la que habla Cancrini.
- La mayoría de autores hablan de que la aparición de las toxicomanías coincide con crisis en el ciclo vital, en el paso de una etapa a otra. La mayor dificultad se produce en el momento de individuación del toxicómano que se sitúa en la etapa de la adolescencia. Se trata de una etapa donde los padres tienen que permitir una adecuada autonomía del niño, para eso, las normas que funcionaron para criar niños se hacen obsoletas, es necesario renegociarlas. El chico cada vez es más protagonista de su toma de decisión y los padres deben ir tolerándolas en la medida en que el niño actúa con responsabilidad. La autoridad debe dar paso a la cooperación.

Durante la etapa del ciclo vital de la adolescencia el chico debe distanciarse emocionalmente de la familia, debe diferenciarse y afirmarse en su

identidad, y este recorrido vital es parejo al crecimiento físico y al desarrollo mental y social que posibilita su maduración personal.

El autor que más importancia concede a idea del ciclo vital es Haley quien afirma que el síntoma toxicodependencia parece claramente referirse a las dificultades ligadas a la búsqueda de autonomía y de independencia del joven adulto con respecto a los padres y de los padres con respecto al joven adulto. La dependencia del uso y del abuso de sustancias estupefacientes bloquea de forma clara un proceso de diferenciación. El joven se muestra viviendo todo ese período nodal para construir su vida de adulto inmerso en un estilo de vida que le impide dicha construcción y, mientras, ni siquiera la familia consigue afrontar los cambios necesarios, absorbida como está por la gestión de ese grave problema. Es lo que ha sido llamado *función del síntoma*: la toxicodependencia en realidad permite al núcleo familiar el no modificar excesivamente su funcionamiento: la madre continuará siendo y sintiéndose la más sacrificada y afectada; el padre se sentirá cada vez más periférico y extraño; el hijo toxicómano continuará viviendo como "desafío" a la familia una dependencia efectiva; una eventual hermana o hermano podrán continuar siendo "el ejemplo bueno" y también su salida de casa será difícil pues tendría que "abandonar" a los padres en su sufrimiento.

Respecto a esto, otros autores hablan de un proceso que denominan "pseudoindividuaación", ya que el drogadicto está atrapado entre la presión de permanecer ligado a su familia que lo necesita para no derrumbarse y la necesidad llevar a cabo su propia individuación. (Stanton y Todd).

Cirillo y cols. también otorgan importancia al ciclo vital familiar, ya que utilizan la reconstrucción histórica de sus fases evolutivas tanto para describir a la familia como para intervenir sobre ella como luego veremos.

- Existe un tema recurrente respecto a las toxicomanías y es el de la muerte. Son muchos los que aluden a él refiriéndose a que antes de la aparición de la toxicomanía es común que haya existido alguna muerte importante en la familia. (Stanton y Todd, Ángel y Ángel, Charro Baena). Ángel y Ángel añaden también una predisposición mayor a la existencia de una mayor patología física y psíquica en padres y hermanos.

El tema de la muerte aparece en un segundo sentido y en la idea de la posible muerte del propio adicto que también está presente en la familia y que va a desencadenar un cambio en el funcionamiento familiar.

- En cuanto a la dinámica familiar y la función que cumple el síntoma en esta dinámica, casi todos los autores describen el síntoma de la adicción como un intento de encubrir otro tipo de situaciones familiares lo que permite mantener la homeostasis familiar. Stanton y Todd entienden la drogadicción

como un proceso por el cual el desequilibrio en el sistema familiar conlleva la activación del adicto, así mismo Friesen habla de un clima de crisis emocional en la familia que es equilibrado por el drogadicto para distraer la atención sobre otros problemas.

También según Cancrini en algunas tipologías de toxicodependencias en particular en las de tipo B la reactividad del hijo sintomático se inserta como respuesta a la conflictividad de pareja encubierta que se desarrolla preferentemente en el desacuerdo sobre cómo tratar el trastorno del hijo.

Cirillo destaca las dinámicas verticales frente a las horizontales de las que hablaban los anteriores autores. A pesar de que esta de acuerdo con que las relaciones parentales tienen importancia en el síntoma, desde el punto de vista etiopatogénico considera que el hijo toxicodependiente no tiene función dentro del vínculo conyugal excepto en el caso del recorrido 2; se centran más en las dificultades de la pareja para ejercer las funciones parentales.

Este punto lo desarrollaré de forma más adecuada en la segunda parte del escrito donde veremos cómo entienden de manera más específica esta función cada modelo de terapia familiar lo que va a desembocar en un tipo de intervención u otra.

A modo de conclusión de todo esto, decir que existe en la bibliografía la descripción de otras características familiares que aquí no he reseñado, ya que mi intención era rescatar aquellas más coincidentes y que desde mi punto de vista son más significativas.

INTERVENCIÓN FAMILIAR.

En este segundo apartado voy a intentar responder a la segunda pregunta propuesta: ¿qué tipo de intervención se lleva a cabo con estas familias? Para ello, me centraré exclusivamente en autores del modelo sistémico e intentaré llevar a cabo una síntesis que incluya las diferentes escuelas que componen el modelo para poder resaltar las diferencias entre ellas.

Como primer punto a resaltar, decir que Mc Leland propone que aquellas intervenciones que incluyen a la familia y al entorno del paciente en cualquier propuesta de tratamiento mejoran sensiblemente el pronóstico. Por otro lado, Girón García, Martínez Delgado y González Saiz, en una revisión bibliográfica sobre la eficacia de la terapia familiar en el campo de las drogodependencias concluyen que a pesar de la dificultad de comparar tratamientos debido a los diferentes modelos de intervención que abarca la terapia familia y que en la mayoría de casos, ésta va acompañada de otros tratamientos, las terapias basadas en la familia han demostrado su eficacia en cuanto a un mayor compromiso y adherencia al tratamiento y en cuanto a la mejora del funcionamiento familiar lo que favorece la inserción social.

Desde el modelo sistémico, el consumo de drogas como patología desborda los límites individuales y se convierte en una situación de consecuencias generales en los diversos sistemas donde se desarrolla y especialmente en la familia. (Abeijón)

Uno de los pasos más importantes que debe hacerse para trabajar desde este modelo es conseguir la involucración de la familia y esto no resulta fácil, ya que se sigue considerando que la toxicomanía es un problema individual. La importancia de que acuda la familia es valorada en todos los autores siendo en algunos casos imprescindible. Stanton y Todd enfatizan la participación activa de toda la familia de origen del adicto incluso cuando esto no vive con ellos. Por esto, hacen hincapié en la primera entrevista donde es necesario presentar esta idea al paciente identificado nada más empezar para evitar confusión y favorecer la involucración de la familia en el tratamiento, ya que en muchos casos es el propio adicto el que rechaza esta participación. Indagar sobre la composición familiar y la relación entre los miembros, ayuda al terapeuta a decidir a qué miembros se debe convocar a la siguiente entrevista. Ambos padres son importantes en todos los casos, pero otros miembros serán valorados en base a la relación con el paciente. Una vez decidido a quién convocar, se trabaja con el paciente como va a hacer para invitarles al tratamiento.

Muchos terapeutas de familia se niegan a trabajar si no acuden todos los miembros de la familia al tratamiento. Para otros autores, la convocación de toda la familia no puede ser "la condición sine qua non" para iniciar la intervención, sino una etapa

imprescindible de la misma intervención. La implicación debe ser construida poco a poco, con paciencia y con razonamiento.

Otro de los aspectos que hay que tener en cuenta cuando se trabaja con familias con un miembro toxicómano es el análisis de la demanda. Mejías Valenzuela al hablar del momento de acogida destaca la importancia de tener en cuenta quien hace la demanda y sobre todo, de valorar no sólo la demanda explícita sino tener en cuenta la demanda implícita que encubre. Es tarea del profesional desvelar los elementos de esta demanda implícita de forma que se pueda llevar a cabo una intervención adecuada.

Girón García atribuye a este primer momento otros aspectos a tener en cuenta. En sentido estricto, cuando los terapeutas de familia nos acercamos al problema de la drogodependencia, apreciamos un sufrimiento directamente relacionado y producido por la conducta del drogodependiente sobre los demás miembros del grupo familiar. La familia se presenta con dolor y percibiéndose a sí misma como víctima de la situación. Otras dos características son comunes en el momento en que se nos solicita nuestra ayuda: la primera, que el toxicómano acepte la intervención por compromiso. Es decir, que en realidad está respondiendo más a la presión a la que es sometido (a veces por coacciones y amenazas de los familiares y otras por remordimiento y sentimientos de culpa ante el daño que está ocasionando a sus seres queridos) que a una necesidad propiamente sentida como necesidad de cambio. Eso se traducirá a lo largo del tiempo de la intervención en fracasos repetidos y una persistente y dolorosa sensación de impotencia.

La otra característica que vemos en muchos casos en el momento de plantearse el problema es la delegación: la idea de que alguien reconocerá qué es lo que le ocurre a nuestro familiar y proporcionará una indicación, una receta de lo que hay que hacer para resolver el problema.

La forma en que cada familia participa en el problema es diversa pero Cancrini señala que al mismo tiempo que se pueden identificar patrones de conducta de los miembros de la familia que ayudan a que se mantenga el problema, también se encuentra en ella el germen del cambio, la posibilidad de la cura. La bibliografía en el trabajo con familiar reseña tratamiento con terapia familiar múltiple y de grupos de pareja, pero sólo voy a reseñar aquellos autores que establecen una intervención familiar individual.

Charles Fishman.

En su trabajo sobre los tratamientos con adolescentes con problemas destaca la importancia de que el tratamiento sea breve debido a que los adolescentes están experimentando un rápido crecimiento. Por esto, considera importante que se evalúe la situación familiar correctamente para poder crear una realidad terapéutica que conduzca a la transformación más rápida del sistema.

Utiliza como instrumentos de evaluación:

- El modelo cuatridimensional (presiones evolutivas contemporáneas sobre la familia, historia, estructura y proceso).
- El identificar el mantenedor homeostático (individuos o fuerzas sociales que están manteniendo un problema dado y que, por lo tanto, deben ser incluidos en el tratamiento).
- Identificación de los patrones de transacción claves (patrones que contribuyen a la disfunción del problema)

Una vez hecha esta evaluación se pasa a la intervención; las técnicas que el considera más útiles en el trabajo con adolescentes son:

- Establecimiento de límites.
- Representación (fomentar la representación de transacciones disfuncionales entre los miembros de la familia para poder modificarlos a transacciones más funcionales).
- Desequilibración (para cuestionar y cambiar la organización familiar)
- Reencuadre (introducir terapéuticamente otras realidades posibles que brinden a los miembros de la familia un marco distinto)
- Búsqueda de competencia. (en todos los miembros)
- Intensidad (en los mensajes que el terapeuta quiere que queden claros a la familiar)

Escuela Estratégica.

Desde este enfoque se prioriza la elaboración y el desarrollo de estrategias para resolver los problemas planteados por las familias.

Jay Haley.

Enmarca el tema de las drogodependencias dentro de una categoría más amplia a la que denomina problemas de la emancipación juvenil, por lo que no habla de una intervención específica. Esto se entiende desde la importancia que otorga al ciclo vital como objetivo implícito. Considera que el síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa de su ciclo vital. Todos los casos que presentan adolescentes con problemas presentan una misma disfunción familiar que consiste en una organización jerárquica anormal.

A la hora de intervenir, Haley considera importante que todos los miembros que conviven en el hogar familiar acudan a la terapia. Establece diferentes fases que se deben seguir.

1. Primera etapa.

Enfocada a corregir la jerarquía familiar para que los progenitores sean los que estén al cargo. El hecho de que los padres se hagan cargo implica resolver las desavenencias entre los cónyuges que los invalidan como conductores de la familia. Este debate para establecer las normas que fijarán al hijo es un modo de comunicarse y de resolver sus diferencias, lo que hace que el hijo quede liberado de su papel de mediador. Esta comunicación entre los padres y la reorganización de la jerarquía familiar son procesos paralelos.

Cuando el joven problemático comienza a aceptar la autoridad paterna, a menudo surge un hermano o hermana que introduce confusión en la jerarquía, en este caso hay que actuar de la misma forma.

Por último, cuando la familia se estabiliza y los padres se hacen cargo, se presenta la amenaza de separación, provocando que el joven aparezca como salvado. El terapeuta debe mantener unidos a los padres y conseguir una estabilidad aunque sea temporal.

En el caso de adolescentes toxicómanos, los padres se presentan como pasivos e impotentes lo que dificulta que se hagan cargo del hijo desde un primer momento. En estas circunstancias el enfoque consiste en situar al drogadicto en una situación inferior a la que realmente le corresponde para que los padres resulten jerarquizados.

2. Segunda etapa. En esta segunda etapa puede ocurrir dos cosas:

Apatía.

La apatía del joven puede manifestarse en una inactividad y mutismo totales o en inútiles protestas. En muchos casos los padres toleran esta situación por lo que se les debe motivar para transformar la benevolente manifestación de su inquietud en disposición para actuar. Es necesario que los padres definan una meta para que el joven retome su actividad normal, fijando una fecha para su cumplimiento y ayudándoles a preparar su cumplimiento. Además, deben discutir que va a hacerse si el joven no cumple lo previsto.

Hay que recordar que el problema principal no es que el joven actúe sino elaborar una relación entre los padres que los haga cooperar en la empresa común.

Conducta alborotadora.

La familia vuelve a enfrentarse con lo que sucedía al hacer erupción del problema; en nuestro tema recaída en el consumo. La labor del terapeuta en esta etapa consiste en aprovechar la recaída para contribuir a resolver los problemas de la familia de algún otro modo sin convertir en inválido a ninguno de sus miembros.

El objetivo sigue siendo trazar la de delimitación de los límites, corregir la jerarquía y liberar al joven de la relación triangular.

3. Tercera etapa.

Consiste en desenganchar al joven de su hogar, aunque también es posible desenganchar al joven del triángulo familiar aunque siga viviendo bajo el mismo techo.

Cloe Madanés.

Este enfoque es similar al de Haley pero con algunas evoluciones. El problema del abuso de drogas se convierte en el problema central de la familia. La familia y sobre todo los padres, se centran el foco de atención en el joven y la necesidad de estar a su disposición, su objetivo es superar sus fallos y mantenerse unidos para poder ayudarlo.

Establece la existencia de dos posibles jerarquías incongruentes.

- Joven inepto, deficiente y dependiente de los padres que se encuentran en una situación superior.
- A la vez, padres dominados por el joven debido a su desvalimiento y las amenazas de conductas peligrosas.

Frente a la hipótesis que plantea Haley de que el abuso de drogas cumple una función protectora sobre los padres para mantenerlos unidos, Madanés aunque no niega que esto pudiera ser importante en el inicio, afirma que lo importante es modificar la jerarquía para que el joven no domine a los padres. Por esto, la estrategia de intervención es dar poder a los padres definiéndolos como capaces y definiendo al joven como a cargo de los padres.

Para esto los padres deben llegar a un acuerdo sobre sus expectativas respecto al joven y transmitírsela a este como reglas, reglas concretas y que impliquen unas consecuencias si no se cumplen.

Una jerarquía se define mediante secuencias de comunicación por lo que a su vez, el terapeuta deberá establecer secuencias de comunicación que definan que los padres se hacen cargo del hijo. En un principio los padres evitan esta definición de jerarquía invertida de varias maneras:

- Descalificándose a sí mismo, dando la autoridad al experto, al joven problemático o a otros parientes.
- Un progenitor descalifica al otro
- Descalificando al terapeuta.

Ante esta situación el terapeuta debe influir en los padres para que establezcan reglas y consecuencias rigurosas para aumentar su poder frente al hijo. Cuando el joven pierde el poder se conducirá normalmente y a la larga se independizará. La estrategia se basa en la manipulación del poder que el terapeuta redistribuye entre los miembros de la familia. Para eso, es necesario generar en las familias secuencias comunicacionales que definan la jerarquía apropiada y contrarresten las maniobras comunicacionales que descalifican dicha jerarquía.

El modelo etiopatogénico relacional de Stefano Cirillo y col.

Enmarco este modelo dentro de la Escuela de Milán porque parte de un trabajo llevado a cabo por Cirillo (que participó con Mara Selvinni en otros trabajos) y otros autores que habían llevado a cabo distintos estudios dentro de las toxicomanías. Algunos de los aspectos teóricos parten de supuestos de esta escuela, pero es importante recalcar que este modelo no se adscribe en esta escuela, ya que incluye aspectos que no son propios de ella.

La primera parte de trabajo fue una investigación en la que analizaron diferentes familias para intentar desvelar el proceso de interacciones familiares que a lo largo del tiempo acaban generando una drogodependencia en uno de los miembros. Las conclusiones extraídas han sido descritas en la primera parte de este trabajo por lo que no considero necesario referirme a ellas de nuevo. Me centraré aquí exclusivamente en sintetizar el modelo de trabajo de la familia que surge de esas conclusiones. Es importante resaltar que estos autores consideran su modelo como una guía útil para el tratamiento por lo que es algo flexible.

Esta guía se centra en la utilización de la reconstrucción histórica de las fases evolutivas del ciclo vital familiar en un intento de reconocimiento de la familiar de las carencias de atención y destete a las que ha estado expuesto el paciente en sus conexiones con la historia emocional del grupo familiar en relación con el malestar de los padres a partir de sus respectivas familias de origen. Esta reconstrucción

no es fácil, ya que implica un cambio en las definiciones familiares difícil de asumir sobre todo en el caso de los padres.

Esta reconstrucción:

- Permite explorar el síntoma desde una óptica trigeneracional sin culpabilizar directamente a nadie.
- Ofrece a cada miembro la posibilidad de considerarse parte de un sistema sufriente, dando sentido a los malestares experimentados.

Para acceder a esta reconstrucción, los autores proponen las siguientes vías:

1. Empezar por la historia de los padres con su familia de origen.

Consiste en recoger las conexiones trigeneracionales con la situación actual. Para esto es necesario que se haya establecido un contexto terapéutico que defina a toda la familia como objeto de intervención y por otro lado, es necesario que se hayan creado las condiciones previas para una intervención terapéutica que haya conseguido que el paciente esté libre de drogas lo que permite un trabajo menos apremiado por las urgencias planteadas por el síntoma. Si estas condiciones no se dan, el trabajo del terapeuta va a ser mayor por lo que es aconsejable utilizar otra vía de acceso.

2. Empezar la indagación partiendo de la elección matrimonial.

Desde este enfoque, el hijo toxicómano no cumple desde el punto de vista etiopatogénico una función en el vínculo conyugal y las dificultades de la pareja son entendidas como el resultado de la dificultad de cada uno de los miembros para sintonizar con su rol paterno específico. Se valora a la pareja en sus funciones paternas. Esta vía de acceso debe ser utilizada sólo en situaciones especiales y puede ser combinada con los aspectos reconstructivos de la historia individual de cada miembro que les han llevado a la elección de pareja con el fin de crear una nueva actitud de solidaridad recíproca y activar los recursos para proporcionarse apoyo mutuo.

3. Empezar la indagación partiendo de los comportamientos inusitados anteriores a la droga.

Entienden por comportamiento inusitados las señales analógicas que muestran cómo un individuo empieza a reaccionar de manera diferente a los mismos estímulos del pasado. Leer estos signos permite a la familia ver que el paciente siente que ha sido expuesto a una situación desventajosa y como los padres no han captado a tiempo la señal, el chico ha pasado a un comportamiento más grave.

Partir desde este acceso puede ser indicado para los pacientes más jóvenes y menos cronificados. Esta entrada permite reflexionar sobre sí mismos a padres e hijos frente a las problemáticas planteadas por las funciones del respectivo rol.

4. Empezar el proceso de ayuda partiendo de las estrategias basadas en el síntoma.

Tiene como objetivo acceder al análisis de las vicisitudes familiares siguiendo la vía de menor resistencia, aceptando y sosteniendo las dificultades de los padres en un primer momento para luego restituirles en sus propias competencias afectivas.

Hay que considerar que en esta fase, normalmente nos encontramos con demandas urgentes que buscan soluciones rápidas. Se plantean algunas prescripciones ante la demanda de la familia, pero las dificultades para llevarlas a cabo constituyen una primera información relacional. Esto permite trabajar sobre niveles relacionales, afectivos y de sufrimiento de cada uno.

5. Empezar por la necesidad de protección de los hijos del toxicodependiente.

Esta puerta de entrada se sitúa en una fase en la que el toxicómano se ha convertido en padre. Busca combinar la necesidad de proteger a los menores con el compromiso del toxicómano para acabar con esta situación en beneficio del hijo. Aquí sigue siendo importante no olvidar la perspectiva plurigeneracional.

Desde esta guía se propone que en ocasiones será necesario trabajar con algunos subsistemas por separado bien como estrategia terapéutica o bien por la imposibilidad de reunir a todos los miembros, dado el carácter desorganizado de estas familias. En muchos casos va a ser importante el trabajo con los hermanos como recurso terapéutico.

Enfoque Estructural/Estratégico.

Stanton y Todd (1994).

Este modelo es denominado así porque se basa en prácticas predominantes tanto de la escuela estructural como de la escuela estratégica, además de introducir características distintivas propias. El impulso general es estratégico pero muchos de los movimientos dentro de las sesiones son de índole estructural.

Se enfatiza la participación activa de toda la familia de origen del adicto en la terapia, incluso cuando este no vive con la familia, ya que estas familias suelen estancarse en la etapa del ciclo vital en la que el paciente identificado debería

abandonar el hogar. Al involucrar a todos los miembros, se permite regresar a la etapa anterior donde no se negoció con éxito la salida del hogar. En primer lugar, comienzan trabajando la triada compuesta por el adicto y los progenitores e ir alejándose de ella de acuerdo con la disposición de los padres para liberar al adicto. Se incluye a los hermanos en las sesiones, ya que éstos pueden actuar como aliados del adicto y ayudarlo a afirmarse mejor, pueden fortalecer la posición de un padre que adopta una postura mejor, puede constituir un foco alternativo que descentralice la atención en el paciente identificado o simplemente brindar información adicional.

Una de las herramientas que se utilizan para el trabajo con este tipo de familias son las atribuciones nobles, que consisten atribuir motivos positivos a los clientes evitando la acusación y la crítica en términos negativos que pueden generar la resistencia de los miembros. Estas atribuciones pueden servir para aliarse con los padres o situar el problema en un contexto mayor en el caso que abarquen diferentes subsistemas. Otra de las claves de intervención es negociar las metas de la terapia con la familia desde el principio del tratamiento. La meta principal suele ser la desintoxicación de las drogas por lo que en la primera sesión conviene preguntar cuando se va a producir. Las metas no son impuestas sino que deben ser negociadas con la familia. Es necesario que el terapeuta establezca una alianza con los progenitores para conseguir que adopten una actitud firme ante el adicto respecto a la meta elegida.

Tanto Minuchin como Haley enfatizan la importancia de concentrar la terapia en una conducta concreta y observable. Por esto es importante estar atento en las sesiones a aquellas secuencias que permiten observar conductas relacionadas con el síntoma. Cuando esto ocurra, es importante formular hipótesis sobre la función que cumplen en la secuencia. La información sobre lo que ocurre fuera de sesión puede ser útil para confirmar y elaborar la secuencia hipotética.

La maniobra de reestructuración más básica de esta terapia es lograr que los padres colaboren juntos en la rehabilitación del adicto, para esto se llevan a cabo diferentes estrategias en función de la relación que exista entre cada progenitor y el adicto.

En muchas familias de adictos, las crisis son un modo de vida. Por tanto es previsible una crisis cuando la terapia acarrea cambio y el adicto interrumpe o reduce la ingestión de drogas. El terapeuta debe contener la crisis dentro de la familia para evitar que se pierda el control y que desborde hacia otros sistemas. Aun así, las crisis son necesarias para el cambio, por lo que en ocasiones será el propio terapeuta el que genere la crisis.

Cuando se produce un cambio positivo en el uso de drogas por parte del paciente identificado es probable que aparezcan conflictos parentales, pero es crucial que

estos sigan trabajando juntos sin separarse por lo menos hasta que la crisis haya desaparecido.

Por último, Stanton y Todd destacan algunas trampas y peligros potenciales que un terapeuta puede encontrarse ante este tipo de tratamiento:

1. Elusión de luchas de poder. Para evitar las luchas de poder contra la familia, una táctica puede ser recurrir a la jerarquía apropiada, habitualmente los padres, cuando se busca el cambio.
2. Elusión del aumento de resistencia. Esta resistencia puede neutralizarse a través de atribuciones nobles de las que ya hemos hablado, otra estrategia puede ser el atenerse al problema actual.

El enfoque relacional de la Cooperativa Albelo.

Esta cooperativa socio-sanitaria de Roma publicó en 1984 una síntesis de su trabajo con drogodependencias donde plantean un modelo de abordaje como elaboración de los conflictos relacionales a partir de las fases en las que se puede dividir un tratamiento.

Este modelo se centra en tres puntos fundamentales:

1. Primer contacto. Es importante ver la relación entre quién hace la petición (demandante) y qué es lo que pide (demanda). En la respuesta del servicio a la petición de ayuda hay dos elementos básicos:
 - Especificidad. El primer encuentro tiene como objetivo tratar de comprender juntos cuál es la intervención más adecuada a la situación específica que están viviendo el consumidor y su familia en ese momento concreto.
 - Activación. La actitud del servicio es de escucha activa pero además trata de activar a todas las personas implicada para que la búsqueda a sea común y el proyecto sea compartido de forma que quede claro que el consumidor y sus familiares son los protagonistas de la solución y el cambio.
2. Contrato terapéutico. Describen cuatro requisitos:
 - El acuerdo entre las partes para definir y formar el sistema terapéutico.
 - La causa del contrato es el cambio.
 - El objeto del contrato es la definición del problema teniendo en cuenta aspectos explícitos e implícitos de la comunicación de quien está pidiendo ayuda.

- Delimitación de la forma de abordar el proceso terapéutico con la posibilidad de modificarlo y renovarlo.

3. Proceso terapéutico. Lo dividen de forma artificial en tres fases:

1. Fase de deshabitación centrada en la desintoxicación física domiciliaria.

Son necesarias indicaciones claras, negociadas y focalizadas y la seguridad de que el drogodependiente no consume droga mediante el control por parte de sus familias.

2. Fase de confrontación con los nudos estructurales del sistema.

Intervenciones referidas al cambio en las relaciones y en las reglas entre los miembros de la familia, para las cuales el comportamiento sintomático cumple una funcionalidad específica en esa familia.

3. Fase de desvinculación.

Hacer frente a la problemática relacionada con la salida de casa del hijo de forma que ese distanciamiento progresivo sea vivido como una entrada en la vida de los adultos por parte del hijo y como una fase de crecimiento colectivo por parte de la familia.

Hemos llevado a cabo un recorrido por los principales modelos que encontramos desde la teoría sistémica para intervenir en drogodependencias, ahora bien, desde esta teoría se han descrito algunos modelos que centran su atención no en las drogodependencias en general sino en una concreta: el alcohol. Me parece interesante incluir estos modelos aquí ya que aunque son específicos para el tema del abuso del alcohol, ofrecen perspectivas diferentes a las ya nombradas y pueden proporcionarnos algunas pautas de intervención interesantes.

Peter Steinglass.

Este autor no desarrolla un modelo de tratamiento de las toxicomanías sino que se centra en exclusiva en una de ellas, el alcoholismo. Aún así, creo que es interesante incluir su visión ya que expone un modelo diferente de tratamiento basado en una construcción teórica que denomina Historia de Vida.

Denomina a la familia "familia alcohólica" ya que aunque sólo uno de los miembros pueda ser identificado como bebedor, las conductas relacionadas con el uso del alcohol han llegado a representar un papel importante dentro de los mecanismos

morfo genéticos y morfoestáticos del sistema de la familia convirtiendo a las familias en sistemas alcohólicos.

Propone cuatro principios básicos en el caso de la familia alcohólica:

1. Las familias alcohólicas son sistemas conductuales en los cuales el alcoholismo y las conductas vinculadas con éste se ha convertido en principios organizativos centrales en torno a los cuales se estructura la vida de la familia.
2. La introducción del alcoholismo en la familia posee la capacidad potencial de alterar en profundidad el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación en el seno de la familia. Por lo general, esta alteración impulsa a la familia en la dirección de un acento sobre la estabilidad a corto plazo (regulación), a expensas del crecimiento a largo plazo.
3. El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol sobre el funcionamiento sistémico se advierte con mayor claridad en los tipos de cambios que se producen en las conductas reguladoras, a medida que la familia adapta, poco a poco, su vida a las exigencias coexistentes del alcoholismo.
4. A su vez, los tipos de alteraciones que se producen e las conductas reguladoras pueden verse en su profunda influencia sobre la forma general del crecimiento y desarrollo de las familias. Son cambios en el ciclo formativo de la vida de ésta ("deformaciones del desarrollo").

En base a estos cuatro principios se establece el modelo explicativo que ha denominado Historia de Vida de la Familia y que esta dividido en dos partes:

1. Descripción de las propiedades fundamentales de la morfoestasis en el sistema de la familia y una explicación de cómo se modifica casi siempre la regulación cuando aparece en escena el alcoholismo.

Determina como estructuras reguladoras el temperamento y la identidad de la familiar pero al no ser susceptibles de evaluación y medición directa, identifican una serie de conductas reguladoras observables. Las rutinas cotidianas de la familia, rituales y la solución de problemas a corto plazo. Las conductas relacionadas con la bebida dominan y hacen a un lado las conductas características del estado de sobriedad. En ocasiones solo son necesarios cambios menores pero en algunos casos la respuesta de la familia al alcohol es la de adaptar sus conductas reguladoras para impedir un enfrentamiento definitivo y mantener así su estabilidad interna, así la familia se ve invadida por el alcoholismo.

2. Crecimiento y desarrollo de la familia.

Describen tres fases de maduración sistémica (aunque describen estas fases en el caso de las familias normativas me centraré sólo en recalcar algunos apuntes sobre el desarrollo de la familia alcohólica):

1. Primera fase: establecimiento de límites y formación de la identidad.

Las tareas son universales pero la introducción del alcoholismo acarrea importantes consecuencias para el proceso de formación de la identidad, además estos factores pueden acentuar las tensiones entre las familias de origen y la nueva familia. La situación va a ser diferente en función de si la familia decide enfrentar el desafío del alcoholismo o transigir con él.

2. Fase intermedia: compromiso y estabilidad.

Para comprender esta fase es necesario ver de que manera el alcoholismo influye en las conductas reguladoras de las que ya hemos hablado en el punto anterior, evaluar si son invadidas o no. En el caso de invasión, la familia se vuelve rígida en términos de desarrollo.

Aunque ya hemos comentado que las conductas reguladoras son las rutinas, los rituales y las solución de problemas a corto plazo, describiré únicamente ésta última por considerarla la más significativa.

3. La última fase: aclaración y legado.

Esta fase se caracteriza por se aquella en la que el enfoque de la familia se desplaza de manera gradual del presente al futuro. La familia se siente presiona para adoptar una actitud acerca de su identidad alcohólica, debe elegir si el alcoholismo se convertirá el legado familiar o si se pasará a una etapa de sobriedad. Este paso es traumático sobre todo por dos factores: la extrema rigidez de las conductas reguladoras y el impacto potencia de la pérdida del alcohol a lo largo del desarrollo.

Tras esta explicación del modelo que defiende esta autor vamos a ver que implicaciones tiene para el tratamiento. El modelo de la Historia de Vida implica:

1. Diferenciación entre familiar alcohólica y la familia con un integrante alcohólico.

Como ya hemos visto, define a la familia alcohólica como aquella en la que el alcoholismo y las conductas vinculadas al alcohol se han convertido en principios organizadores centrales para la vida de la familia. Por esto, el tratamiento debe ir dirigido no sólo al cese del consumo sino a encara las

consecuencias de éste a nivel familiar. Por tanto, durante la entrevista diagnóstica es fundamental realizar la historia de vida de la familia e indagar acerca de la naturaleza de las conductas reguladoras de la familia y evidencias de que tales conductas han sido alteradas durante los periodos de mayor consumo.

2. Que estas familias manifiestas "deformaciones características del desarrollo".

La significación subjetiva y funcional del alcoholismo para la familia cambia en gran medida cuando pasa de una fase a otra, por lo que un tratamiento uniforme no es lo adecuado sino que la terapia debe ser diseñada de forma que tenga en cuenta la fase de desarrollo y las necesidades desarrollistas singulares de cada familia y de cada persona integrante de ésta.

A pesar de esto, es posible identificar cuatro etapas características en el curso de la terapia:

1. Diagnóstico del alcoholismo y su definición como problema de familia.

El objetivo es contestar los interrogantes de si se trata de una familia alcohólica o de una familia con un integrante alcohólico, si el alcoholismo es la primera prioridad de tratamiento, si es adecuada la terapia familiar para ese momento y si es posible elaborar un contrato de tratamiento aceptable.

2. Eliminar el alcohol del sistema familiar.

El terapeuta debe adquirir una postura firme para lograr la abstinencia y concentrarse en esto junto a la familia aunque eso implique desviarse de otros problemas que parecen imperiosos en esos momentos.

3. El desierto emocional.

El acabar con el consumo de bebida que hasta ahora era el centro en torno al cual la familia había organizado su vida, le lleva a una situación de sensación de vacío, por eso es preciso ayudar a la familia a tolerar esta etapa y recuperar un sentimiento de estabilidad que esta vez se alcanzará sin la utilización de conductas relacionadas con el alcohol.

4. Reestabilización de la familia y la organización de ésta.

Muchas familias logran la sobriedad pero se mantienen concentradas en temas de alcohol y organizadas en derredor de ellos (Familia estable seca), para estas familias es necesaria esta etapa de reestabilización.

En otras familias, las etapas anteriores precipitan una crisis cuya resolución lleva a la familia a una pauta de organización diferente, para estas familias esta cuarta etapa se denomina etapa de reorganización.

Terapia Breve Centrado en Soluciones.

Kim Berg y Miller.

Este modelo parte del modelo centrado en soluciones propuesto por Steve de Shazer. Se trata de un modelo alternativo al tratamiento tradicional de bebedores problemáticos y /o las familias con miembros bebedores problemáticos. Es un modelo centrado en los éxitos de los pacientes en el manejo de problemas, que utiliza los propios recursos del paciente, sus habilidades, conocimientos, creencias,...para alcanzar el resultado que quieren obtener. Además, este enfoque adopta una visión atórica del tema del alcohol centrándose en la molestia particular del individuo acerca del abuso del alcohol. Otro principio en los que se basa con la afirmación de que el cambio es inevitable y el mantener una orientación hacia el presente y el futuro. Por último, recalcar que para lograr los objetivos es imprescindible la cooperación del paciente.

Esta aplicación del modelo centrado en soluciones al tema del alcohol puede presentarse en "cinco pasos":

1. Desarrollar relaciones de cooperación entre paciente y terapeuta.

Este paso es importante ya que el resultado del tratamiento depende tanto del paciente como del terapeuta y el terapeuta y el paciente juntos determinan el tipo de relación de trabajo que se construye. Establecen tres tipos de relaciones entre paciente y terapeuta: tipo "comprador" (cuando el paciente y el terapeuta juntos identifican una dolencia o un objetivo para el tratamiento), tipo "demandante" (cuando identifican el objetivo o dolencia pero no los pasos concretos que el paciente necesita dar para producir una solución) y el tipo "visitante" (cuando no identifican juntos una dolencia u objetivo sobre el que trabajar).

En el caso de aquellos pacientes que reciben el rótulo de "difícil", "resistente" o "negador", exponen que se trata de la incapacidad de reconocer el tipo de relación. Para conseguir esto proponen como estrategias describir al comprador culto (si no es un comprador para tratar el tema del alcohol por el que fue derivado lo será para tratar alguna otra cosa o descubrir al "otro" comprador (entrar en contacto con la persona que deriva).

2. Negociar y cooperar: los objetivos y la relación entre paciente y terapeuta.

Los objetivos del tratamiento deben estar "bien pensados". Es necesario establecer los criterios que marquen que el tratamiento ha tenido éxito y puede ser terminado, para eso es necesario determinar cuáles son los objetivos del tratamiento. Para que estos estén "bien pensados" deben tener importancia para el paciente, ser limitados, ser concretos, específicos y estar formulados en términos de conducta, plantear la presencia y no la ausencia de algo, ser un comienzo no un fin, ser realistas y alcanzables dentro del contexto de la vida del paciente y que se perciba que exigen un "trabajo duro".

Además, el siguiente pasos será el llegar a acuerdos entre terapeuta y paciente en cuanto a los objetivos en función de la relación que existe entre ambos. Para cumplirlo, nos encontramos con diferentes situaciones problemáticas:

1. Establecer objetivos con un paciente involuntario
 2. Establecer objetivos en una relación del tipo visitante. Algunas técnicas que proponen para llevar la relación en el rumbo adecuado son descubrir lo que el paciente quiere, aceptar el objetivo del paciente y ser comprensivo con su mala situación, elogiar al paciente y pedir al paciente su opinión acerca de las exigencias de la persona que lo derivó.
 3. Negociación de objetivos con un demandante. Son personas que adoptan una posición de víctima y que consideran que la solución está en manos de otras personas, por lo que necesitan ser autorizados y convalidados por el terapeuta que los ayudará a reconocer que deben producir algunos cambios para que sus vidas mejoren.
 4. Establecer objetivos con un comprador. Estos casos son el tipo de relación ideal y la que se intenta alcanzar en el resto de casos. Pero aun cuando se hacen cargo del problema, muchos tratarán de negociar una disminución del consumo y no una renuncia por lo que se debe trabajar porque él mismo llegue a decidir la abstinencia como única solución viable.
 5. Negociación de objetivos con los no bebedores. En algunos casos el paciente bebedor no está preparado para iniciar el tratamiento pero sí sus familiares no bebedores. La manera en que el familiar no bebedor ve al familiar bebedor determina hasta qué punto el no bebedor está dispuesto a resolver los problemas y que está dispuesto a hacer.
- ## 3. Orientar hacia la solución: cómo entrevistar con miras al cambio.

Establecen cinco preguntas útiles para fomentar la conversación que lleva a soluciones:

1. Preguntas que destacan el cambio previo a la sesión.

Los estudios confirman que los pacientes hacen cambios significativos en las pautas de sus problemas antes de llegar al tratamiento, por lo que es fundamental que el terapeuta indague sobre si se han producido, sobre los pasos que dio para llegar a su decisión y cómo lo han percibido otros miembros de la familia y ayudarle a encontrar maneras de mantener la sobriedad que inició.

2. Preguntas para encontrar la excepción: exaltar los éxitos del momento y del pasado.

Consiste en realzar los éxitos de paciente poniendo énfasis sobre las escasas pero importantes excepciones para que sea consciente de que es capaz de dejar de beber. Con frecuencia el paciente percibe claramente que hay momentos en que puede controlar la bebida o abstenerse de beber pero cuando se le interroga es incapaz de describir los pasos que dio, en estos casos el trabajo se hace más difícil.

3. Preguntas por los milagros.

Esta pregunta orienta al paciente hacia un estado futuro en el que el problema está resuelto, lo que concede al paciente la esperanza y una visión de posibilidad. Además, describe los cambios necesarios para el éxito del tratamiento.

4. Clasificar según una escala.

Se pide al paciente que clasifique según una escala numérica sus problemas, prioridades, éxitos, compromisos emocionales y nivel de autoestima lo que confiere al terapeuta un acceso a una mejor evaluación de las cosas que debe saber.

5. Preguntar al paciente cómo enfrenta su problema.

Son útiles en casos en los que el paciente tiene una visión desesperanzada de sí mismos y de su futuro, ya que cuestionan delicadamente el sistema de creencias del paciente y sus sentimientos de desesperanza y, al mismo tiempo, lo orientan hacia la sensación de haber tenido o de tener cierta medida de éxito.

4. Intervenciones terapéuticas.

Todas están destinadas a suscitar, desencadenar y repetir las excepciones que el paciente genera. El terapeuta no busca detener la bebida

problemática sino suscitar y ampliar las buenas soluciones ya existentes que han sido generadas por el paciente.

Las tareas para el hogar deben ser personalizadas y deben encajar en el tipo de relación terapeuta-paciente. Para conseguir esto y la cooperación con el tratamiento proponen lo siguiente:

1. Consulta dentro de la sesión y el método de equipo.

Uso de cristal espejo por un lado y traslúcido por otro que permite que la sesión sea seguida por un equipo de profesionales que pueden intervenir telefónicamente y dar múltiples visiones de la solución. En un momento dado, la sesión se interrumpe para consultar con este equipo y juntos elaborar una devolución.

2. Personalizar la tarea.

Va a depender del tipo de relación, ya que cada relación conlleva un objetivo diferente.

3. Los elogios: el poder de la afirmación.

Se utiliza en todos los casos. Se trata de reconocer la visión del mundo y de sí mismo del paciente, aceptando su historia y aliviando su frustración por tener que admitir tantos fracasos.

4. Aceptar los objetivos del paciente.

Se respeta al paciente y se le considera experto en su problema por lo que las tareas deben ir encaminadas a cumplir el objetivo inmediato que proponga.

5. Cuando ya nada funciona haga algo diferente.

En este apartado se explican algunas estrategias para aumentar el éxito en el caso de que lo demás no hay funcionado. Son estrategias que ayudan a responsabilizar al paciente en su propio tratamiento.

5. Estrategias para mantener y favorecer el progreso.

A partir de la segunda entrevista el terapeuta comienza las sesiones preguntando que es lo que va mejor desde la última sesión. Una vez que el paciente nos ha descrito la situación se pasan a preguntas sobre cómo lo

logró para acabar indagando sobre qué debería hacer el paciente para seguir adelante.

En los casos en los que el paciente informa de que la situación no mejora, lo mejor es dar por válida la información y repasar lo que ha hecho durante la semana, lo que nos permitirá encontrar los pequeños cambios.

Con frecuencia los pacientes plantean problemas nuevos pero es mejor concentrarse en los objetivos de la pregunta milagro para no alargar el tratamiento.

COMENTARIO PERSONAL.

En un principio la idea de llevar a cabo un análisis de la bibliografía existente más representativa del tema de las toxicomanías surge de la oportunidad de introducirme en una fundación dedicada a este tema como es Proyecto Hombre. Este contacto se limita a uno de los programas que la componen, a la intervención que desde allí se lleva a cabo con adolescentes que se inician en el consumo de drogas desde un modelo basado en factores de riesgo y factores de protección. Considero que esto no es suficiente y que no es adecuado para el tipo de trabajo que se me pide, por lo que sin dejar de tener en cuenta este modelo (de ahí que al principio haga referencia a estos factores de riesgo que incluyen aspectos familiares entre ellos) decido centrarme en el análisis del tratamiento que se ha dado desde los últimos años al problema de las toxicomanías.

¿Por qué limitarme a estos últimos años? Existen varios factores que han influido en esta decisión. En primer lugar, surge la necesidad de acotar la bibliografía que quería revisar dado que si no me podía enfrentar a algo demasiado extenso que no podría abarcar. Decidí entonces limitar un poco el tema de trabajo y entre otros aspectos que más tarde aclararé, el factor tiempo me pareció imprescindible. Una vez tomada esta decisión, era necesario aclarar en qué periodo me iba a centrar. Sabemos que las drogas existen desde siempre, pero no siempre han sido tratadas de la misma manera y como ya adelantaba en la introducción su estudio es bastante reciente. Si analizamos un poco la evolución del consumo de drogas, vemos que ha habido bastantes cambios en cuanto a las sustancias que se consumen, la forma y el contexto en que se consumen. El analizar estos últimos veinticinco años me parecía que iba a ser bastante representativo de los distintos consumos. Así, podemos observar en los estudios cómo los autores se han ido centrando en unos aspectos o en otros no sólo en función de dónde ponen el acento (asunto que ya he tratado) sino también en función de esta evolución en cuanto a sustancias y formas de consumo. Vemos por ejemplo, como los estudios de Vinci y Cirillo y cols. se centran en los consumidores de heroína. No he recalcado esta idea en el análisis, pero sí que me gustaría que se tuviera en cuenta, ya que me parece importante, reflexionar sobre el momento histórico en el que se escriben las ideas de cada autor. Uno de los aspectos que dificulta el hacer un análisis más exhaustivo es la heterogeneidad de los autores en cuanto al país de procedencia lo que puede influir a la hora de enmarcarlo en un contexto social u otro.

Retomo ahora otras de las acotaciones que he llevado a cabo para analizar el tema. En la primera parte, he recogido ideas que no se limitan al modelo sistémico, ya que me parecía interesante destacar algunas características familiares que han sido descritas desde otros modelos. Pero en la segunda parte dedicada a la intervención, me parecía necesario recortar estas ideas ya que mi intención era que aquellas que plasmara quedaran suficientemente claras al lector por lo que abarcar mucho iba a dificultar este objetivo.

Uno de los problemas a los que me he enfrentado a la hora de llevar a cabo este trabajo es el acceso a la bibliografía. No olvidemos, que el tema había quedado bastante acotado; en primer lugar, toxicomanías, en segundo lugar, modelo sistémico y en tercer lugar, últimos veinticinco años.

Con todas estas características, la bibliografía era bastante específica y el acceso a fuentes desde mi situación personal bastante complicado. Es por esto, uno de los motivos por los que quizás el trabajo no sea lo más completo que hubiera querido pero hay limitaciones difícilmente superables. Aun así, he intentado reunir en esta revisión, todos los trabajos que han llegado a mis manos respecto a la relación de las toxicomanías y la terapia familiar. Esto implica que se incluyan en ella materiales muy diversos desde libros completos, artículos de revistas o artículos de la red de Internet. Esto explica también que en algunos casos los materiales no son específicos del tema sino que hacen referencia a éste, como es el caso de la descripción que llevo a cabo de algunos modelos que no son específicos para el tratamiento de familias con miembros toxicómanos sino que se incluyen en modalidades más amplias como el tratamiento de problemas de adolescentes (Fishman) o los trastornos de emancipación juvenil (Haley). Por el contrario, también he incluido tratamientos específicos para una sola sustancia, el alcohol, de los que podemos extraer algunas ideas para el trabajo con otras drogas.

A la hora de hacer una lectura de mi trabajo, creo que es importante tener en cuenta que aunque yo haya incluido en él tratamientos tanto para el caso de adolescentes como para adultos, todos no pueden incluirse en una misma categoría. Las familias adolescentes se encuentran en un punto del ciclo vital muy diferente al de las familias de adictos adultos por lo que la intervención va a ser diferente. Creo que este punto queda claro si tenemos en cuenta a qué tipo de población se dirige cada uno de los autores reseñados. Hay que tener en cuenta que no sólo difieren en cuanto al ciclo vital sino que normalmente también difieren en cuanto al grado de adicción por lo que en muchos casos son tratados como consumidores o como abusadores y no como adictos. Otra diferencia entre ambos es la sustancia de consumo; menos adolescentes son fisiológicamente adictos a sustancias opiáceas por lo que el tratamiento no va a incluir aspectos farmacológicos.

En cuanto a la división del trabajo en dos partes diferenciadas decir que es tan sólo una forma de organizarlo en base a los dos objetivos que quería conseguir, pero en realidad son dos partes unidas ya que muchos autores se repiten en ambas partes. La intervención de la que cada autor nos habla está íntimamente relacionada con las características familiares; para explicarlo mejor, el tratamiento se lleva a cabo en base al modelo que proponen a la hora de explicar el funcionamiento familiar. Por esto, encontramos tantos tratamientos diferentes a priori, ya que a pesar de que hablamos de terapia familiar no toda la terapia familiar se practica igual. Se parte de ideas similares pero cada autor le impregna su propio estilo personal. Estas diferencias no son representativas del tratamiento

con toxicómanos sino que están relacionadas con las diferencias existentes entre las diferentes escuelas que incluye la terapia familiar sistémica. Así, podemos comprobar que autores que pertenecen a la misma escuela siguen intervenciones en base a una misma línea como es el caso de Haley y Madanés. Otra posibilidad es que se trate de evoluciones de una línea que surge de un autor y que es desarrollada por otro como es el caso de Vinci que sentó las primeras líneas de lo que posteriormente sería el trabajo de Cirillo.

Como conclusión, decir que esto es tan sólo una muestra de los modelos más representativos que existen en el tratamiento de familias toxicómanas. En el caso de autores que describieron las características de estas familias podemos encontrar muchos más, pero yo creo que lo importante son aquellas características que más se repiten en los estudios ya que parece que son más representativas. Por otro lado, conocer el tratamiento que llevan a cabo diferentes autores en el caso de familias con un miembro toxicómano puede servirnos de guía en nuestro propio trabajo.

BIBLIOGRAFÍA:

ABEIJÓN, J. L. (1989): « Familia y Droga » en *Drogas y Menores*. Ministerio de justicia (consejo superior de protección de menores). Madrid.

AIZPÚN, G.: *Los roles en la familia del adicto*.

AYERBE, A.; ESPINA, A.; PUMAR, B.; SANTOS, A. Y GRACÍA, E.: *Clima familiar y pautas de crianza en Toxicomanías*.

BANDURA, A. (1984): *Teoría del aprendizaje social*. Ed. Espasa- Calpe. Madrid.

BECOÑA, E. (2002): *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.

BENEIT MONTESINOS, J.V.; GARCÍA CARRIÓN, C.; MAYOR SILVA, L.I. (1997): *Intervención en drogodependencias: un enfoque multidisciplinar*. Ed. Síntesis, Madrid.

CANCRINI, L. (1987): « Tipología de la drogodependencia juvenil » en *Comunidad y Drogas*, monografía nº1.

CANCRINI, L.; LA ROSA, C. (1996): *La caja de Pandora*. Ed. Paidós. Barcelona.

CHARRO BAENA, B.; MARTÍNEZ DÍAZ, M.P. (1995): *Dinámica personal y familiar de los toxicómanos*. Ed UPCo. Madrid.

CIRILLO, S.; BERRINI, R.; CAMBIASO, G.; MAZZA, R. (1999): *La familia del toxicodependiente*. Grupo Igia, Barcelona.

CIRILLO, S. (1994): *El cambio en los contextos no terapéuticos*. Ed. Paidós, Barcelona.

COLETTI, M.: *Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias en Comunidad y Drogas*.

Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Fundación de Ayuda contra la drogadicción, Madrid. (2000)

FISHMAN, H.C. (1990): *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Ed. Paidós. Barcelona.

GIRÓN GARCÍA, S.; MARTÍNEZ DELGADO, J.M.; GONZÁLEZ SAIZ, F. (2002): *Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia en Trastornos adictivos*, 4.

GIRÓN GARCÍA, S. (2006): *Intervención con familias de drogodependientes en XVII JORNADAS ANDALUZAS De Asociaciones de Drogodependencias y Sida*, Sevilla

GUZMÁN VILLANUEVA, E: Familia y adicciones.

HALEY, J. (1980): *Terapia para resolver problemas*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

HALEY, J. (1985): *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

Hijos y padres: comunicación y conflictos. FAD, 2003.

IV Jornadas de Psicología y Drogodependencias. Barcelona. 1986.

JURICH y cols. (1985): Family factors in the lives of drug users and abuses. *Adolescence*, 20.

KAUFMAN, E.; KAUFMAN, P. (1979): *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. Ed. Gardner Press, Nueva York.

KIM BERG, I.; MILLER, S. (1996): *Trabajando con el problema del alcohol*. Ed. Gedisa. Barcelona.

MADANÉS, C. (1982): *Terapia familiar estratégica*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

MEJÍAS VALENZUELA, E.: *Acogida y orientación de los drogodependientes*.

RAMÍREZ VILLASEÑOR, M.A.: *Terapia Familiar y Adicciones: Un enfoque práctico con resultados prácticos*. En <http://espanol.geocities.com/aguilera99/volumen29.htm>

RECIO ABRADOS, J.L.; SANTOS AGUADO, C.; SÁNCHEZ, M.A. ESCANILLA, J.P.; PLAZA, L.A.; BARCHONA, M.J. (1991): *El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de las drogas*. Cruz Roja Española.
Steinglass, P. *La familia alcohólica*. Ed. Gedisa. 1987. Barcelona.

SELVINI PALAZZOLI, M.: *Los juegos psicóticos en la familia*. Ed. Paidós. Barcelona.

STANTON, M.D.; TODD, T. Y COLS. (1985): *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Ed. Gedisa. Barcelona.

VIELVA, I.; PANTOJA, L. Y ABEIJON, J.A. (2001): *Las Familias y sus adolescentes ante las drogas: el funcionamiento de la familia con hijos*

adolescentes (consumidores y no consumidores de drogas) de comportamiento no problemático: avances en drogodependencias. Universidad de Deusto. Bilbao.

VINCI, G. (1991): *Recorridos familiares en las toxicomanías de heroína: hacia una tipología de las parejas parentales* en Ecología della mente.

YUBERO, S. (2001): *Drogas y drogadicción: un enfoque social y preventivo*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.