



Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Trabajo Final de Integración

Intervenciones con la familia del adicto en una comunidad terapéutica.

Autor: Martinez Dillon, Maria del Pilar.

INDICE

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	4
2.1 TIPO DE ESTUDIO	6
2.2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	6
3. DESARROLLO	
3.1 ¿QUE ES UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA?	7
Comunidad Terapéutica elegida.....	9
Comunidad terapéutica y familia”.....	13
Características de la familia de adictos.....	19
Criterios de admisión a la institución y criterios diagnósticos según DSMIV.....	22
Modelo y estructura familiar.....	24
Diferentes enfoques en terapia familiar.....	25
¿Por qué es eficaz la terapia familiar?.....	30
Objetivos en Terapia.....	32
Evolución y adaptación de la familia en terapia.....	33
4. LA ADICCION, EL CICLO FAMILIAR Y LA ADMISION DEL PROBLEMA	
Conceptos de la Primera entrevista.....	35
Segmento de una primera entrevista.....	37
Puntos básicos a tener en cuenta en el enfoque terapéutico.....	39
Caso Clínico.....	41
Principios y técnicas para la participación de las familias resistentes.....	44
Abordaje familiar con abusadores adolescentes.....	45

5. PREVENCIÓN

Actuación con la familia en la prevención.....47

Factores de riesgos familiar.....48

CONCLUSIÓN.....51

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....55

1. RESUMEN

La presente tesina de residencia tiene como objetivo describir el abordaje que realiza la comunidad terapéutica con las familias de los pacientes adictos para comprender la relevancia de ese grupo primario en la recuperación de la drogadependencia.

Para el abordaje del tema se realizará un relevamiento bibliográfico explorando la posición de los principales autores que han trabajado sobre esta problemática. Asimismo se utilizarán los casos observados durante la pasantía con la finalidad de realizar una articulación entre la teoría y la práctica. Los datos obtenidos mediante la observación permitirán ejemplificar las técnicas que se llevan a cabo durante el tratamiento familiar.

2 INTRODUCCIÓN

La presente tesina se basa en las 320 horas realizadas en una comunidad terapéutica, destinado al tratamiento de las adicciones.

Este tipo de institución trabaja con una modalidad de tratamiento residencial, ambulatorio, y su principal característica, es el uso deliberado e intencional de la comunidad como método primario para facilitar el cambio psicológico y sociológico de los individuos. (Gotti, 2000)

Algunas de las actividades en las que se participó durante la pasantía fueron: grupos de padres, grupos de novias y esposas, grupos red y entrevistas familiares.

A partir de la experiencia realizada se ha seleccionado el tema: “intervención con la familia del adicto que se lleva a cabo en una comunidad terapéutica”.

Para facilitar la descripción se comenzará por realizar una breve reseña acerca de qué es y cómo funciona una comunidad terapéutica, para luego puntualizar específicamente en el abordaje familiar.

Se intenta poner énfasis en el abordaje familiar ya que la problemática de la droga no solamente es un problema individual que atañe a quien la consume, sino que involucra a la familia y al contexto social. (Turturo y Brostow, comunicación personal a Martínez, 20 de mayo del 2004)

El trabajo con la familia de un adicto implica una apertura de foco en el campo de la intervención, ya que no sólo se considera al adicto enfermo sino a la familia disfuncional. (Yaria, 1990)

Se trabaja con un enfoque sistémico ya que a lo que apunta la terapia familiar es a cambiar la organización de esa familia, sobre la base de que cuando se transforma la organización familiar la vida de cada miembro también se ve consecuentemente modificada.

A lo largo de todo el trabajo se utilizarán ejemplos observados durante la residencia para dar cuenta de la importancia de este enfoque. En función que se presentan casos clínicos se ha modificado el nombre y otros datos a fin de preservar la identidad de los pacientes. Cabe destacar que durante la residencia se rotó por todas las áreas de la institución, esto imposibilitó realizar seguimiento de un caso en particular

Puntualmente en el caso de las adicciones la recuperación no está limitada al abandono del consumo sino también a una modificación personal y también de contexto familiar y/o social.

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo podría considerarse un estudio de caso porque tomará en cuenta una particular comunidad terapéutica, aquella en la que se realizaron las observaciones.

2.2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.

El objetivo general es describir el particular abordaje con familias que se realiza en el caso (la organización/institución) estudiado las comunidades terapéuticas con las familias de los pacientes adictos, de allí se desprenden objetivos específicos:

- Revisar críticamente diferentes enfoques en terapia familiar
- Detallar los objetivos básicos que debe tener en cuenta el psicólogo al emplear los diferentes dispositivos terapéuticos.
- Definir qué es una comunidad terapéutica y describir el funcionamiento de la comunidad terapéutica elegida.
- Describir los problemas que surgen en relación con la familia al comenzar el tratamiento.
- Describir el abordaje familiar con abusadores adolescentes.
- Relevar principios y técnicas para lograr la participación de la familia del adicto.

3. DESARROLLO

3.1 ¿Qué es una comunidad terapéutica?

Las comunidades terapéuticas para adictos aparecieron en el mundo en el curso de las últimas tres décadas para brindar un tratamiento integral en el área de la drogadependencia y a la vez para dar respuesta a una problemática social grave (Grimson, 1999).

El movimiento de comunidades se extendió progresivamente a Europa, Asia, y luego a América Latina, llegando a la Argentina en 1986, en la variable específica de atención a drogadependientes. (Grimson, op cit)

Este tipo de instituciones trabaja con una modalidad de tratamiento residencial, es decir el adicto vive en la institución. Gotti (2000) considera que su principal característica, que la distingue de otras modalidades de tratamiento, es el uso deliberado e intencional de la comunidad como método primario para facilitar el cambio psicológico y sociológico de los individuos. Esta autora realiza una clasificación de los diferentes tipos de comunidades terapéuticas. Considerando dónde están ubicadas, hay comunidades rurales, es decir alejadas de la ciudad y urbanas.

Si se toma en cuenta quien las opera se divide en Comunidades Terapéuticas, de profesionales, ex adictos o mixtas. En la actualidad en su gran mayoría se utiliza el modelo mixto ya que se une la experiencia de ex adicto con el conocimiento del profesional.

La organización dentro de la comunidad es similar a la organización familiar.

La comunidad esta altamente estructurada con límites precisos, funciones bien delineadas y roles claros. Lo roles y funciones los asignan los miembros del staff u operadores, como se los denomina en el lenguaje comunitario (Gotti, op cit).

Se podría decir que existe una homologación entre comunidad y familia ya que el residente al ingresar llega de una familia donde los roles están desdibujados, los afectos impregnados de matices negativos, de sentimientos contradictorios. El hecho de insertarse en esta nueva familia/comunidad le permite al adicto tener una visión de familia y del lugar que él puede ocupar en ella (Gotti, Ibíd) Simultáneamente la familia es incluida en algún dispositivo terapéutico.

Comunidad Terapéutica elegida.

La misma adapta la comunidad terapéutica al contexto socio-cultural con una visión pluralista, que se ve reflejada en el equipo de trabajo multidisciplinario donde el aporte de cada sector abre un abanico de posibilidades de intervención que apunta a un abordaje integral del paciente.

La población asistida es exclusivamente para el sexo masculino en internación; y para tratamiento ambulatorio se atiende a ambos sexos. Si bien la edad oscila entre los 15 y los 55 años durante la práctica la gran mayoría de los pacientes son adolescentes. Cuenta con un Staff permanente de Psicólogos, Médicos Psiquiatras e Infectólogos y Operadores Socioterapéuticos (ex adictos).

Los dispositivos terapéuticos apuntan a tres aspectos:

Desarrollo personal, ya que se persigue como objetivo el autoconocimiento y maduración hacia la propia identidad.

Participación de la familia: partiendo de la importancia que tiene para el ser humano su dimensión social, la familia se convierte en un pilar para la rehabilitación.

Resocialización: se persigue la inserción social y cultural mediante la consolidación de un proyecto constituido.

Como se mencionó anteriormente el programa terapéutico cuenta con dos modalidades de tratamiento: tratamiento ambulatorio e internación.

La primera, esta dirigida a todas las personas que su grado de adicción y por el apoyo de su grupo familiar no necesitan una internación, o a aquellos pacientes que culminan la etapa de internación. Cabe destacar que el paciente al ingresar a la comunidad

tiene una primera entrevista realizada por la directora de la institución, la cual designará cual es el tipo de tratamiento a seguir. Más adelante desarrollará los conceptos y un segmento de una primera entrevista.

El tratamiento ambulatorio se organiza en:

Entrevistas de admisión: Las entrevistas se realizan con el paciente, su grupo familiar. Los objetivos son determinar el tipo de tratamiento a seguir, realizar un diagnóstico diferencial. Tomando en cuenta los patrones de abuso y dependencia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, evaluar el grado de motivación para la realización de un tratamiento, determinar que grado de contención puede ofrecerle su red familiar y social, y por último establecer una relación de cooperación entre el paciente, la familia y la institución.

Fase o etapa inicial del tratamiento en donde el objetivo es el abandono del consumo y de los vínculos relacionados con la droga, elaborar pautas de cuidado y toma de conciencia de enfermedad, trabajar la motivación y aceptación de la problemática, organización del tiempo libre, trabajar la problemática familiar y vincular, establecimiento de nuevos vínculos, trabajar con la familia la capacidad de poner límites y establecer nuevas pautas y la recuperación de las relaciones familiares.

El dispositivo de abordaje en este caso se lleva a cabo a través de terapia grupal, terapia individual, terapia familiar, en el caso que sea necesario control y seguimiento psiquiátrico, grupos de padres, grupos red, grupo de novias y esposas.

Fase intermedia, el objetivo consiste en sostener los objetivos de la fase inicial, mantener el cuadro adictivo en remisión parcial. Mantener las responsabilidades y actividades, crecimiento personal, establecer un proyecto personal válido para mantener el

cambio conseguido, consolidación de redes positivas. En paralelo están los grupos de padres, grupo red.

La segunda modalidad de tratamiento es la de internación:

La comunidad terapéutica privilegia la terapia en un marco socializante con pautas y reglas claras que ayuden a moldear nuevos hábitos ligados a la salud y simultáneamente comenzar una etapa de replanteo personal e introspección.

La institución funciona como una estructura de sostén proponiendo un marco de apuntalamiento estable para intentar la continuidad de la vida social y la vida psíquica.

Al tratarse de una comunidad terapéutica urbana, excepto al inicio, no incluye aislamiento absoluto con el medio, siendo el intercambio con lo social una constante a lo largo del tratamiento. Cabe destacar que al inicio del tratamiento de internación el paciente, no puede recibir llamados, visitas y tampoco salir de la institución; esto se hace para evitar que el paciente tenga contacto con otros adictos.

Los instrumentos que se utilizan son:

Grupos diarios de terapia: incluye grupo de apertura, en el que los pacientes internados se ponen objetivos del día; grupo de cierre, se trabaja acerca de el cumplimiento de los objetivos puestos al comienzo del día; terapia individual; grupo estático incluye un número reducido de pacientes para poder cumplir con el objetivo de profundizar en la vida de cada uno de ellos, en este caso es importante destacar que esta coordinado por operadores terapéuticos que son ex adictos; asamblea comunitaria, en donde se discute acerca de problemas relacionados con la convivencia entre los pacientes o con la institución; por ultimo están los diferentes talleres que van variando de acuerdo al día, ejemplo taller de gimnasia, computación, música, cocina.

En el transcurso de todo el tratamiento se destaca como necesidad ofrecer asistencia integral al paciente y a la familia. Se intenta que la red familiar y social sean agentes favorecedores que puedan llevar adelante un proyecto de vida sano. Para ello se encuentra el grupo de padres y las entrevistas vinculares en donde participan los familiares más relevantes y el paciente (Ver Comunidad Terapéutica y familia).

Los criterios de admisión observados en la práctica son: en primer lugar que el paciente tenga motivación y compromiso para participar en el tratamiento; en segundo lugar lograr la participación de la familia en el caso que tenga familia y si no tiene familia lograr que participen aquellas personas significativas para el paciente, amigos, tíos, abuelos, primos; en tercer lugar se tiene en cuenta otros trastornos graves de personalidad y si es necesario se realiza derivación correspondiente, por último en la institución no se puede tener relaciones sexuales o de pareja, ingresar droga, cometer episodios de violencia y tampoco fugas; todos ellos pueden derivar en la expulsión de la comunidad.

Comunidad terapéutica y familia

De acuerdo a lo observado en la pasantía se parte de la base que la participación de la familia es *uno* de los pilares para la rehabilitación, por lo tanto se describirá el abordaje de la familia del adicto *específicamente* .

Se podría afirmar que en la institución, si bien se desarrolla un modelo ecléctico de abordaje familiar, ya que se utilizan técnicas de diferentes modelos, se pone énfasis en el enfoque sistémico-estructural.

En un principio es importante destacar cómo y cuando se establece la relación entre la comunidad terapéutica y la familia.

Hay dos situaciones bien diferenciadas:

La primera es cuando la familia es quien se acerca a la comunidad terapéutica a pedir ayuda u orientación.

M 21 años. M informo a sus padres que desde hace un tiempo consume cocaína y que siente que la situación se le va de control. Eligen esta comunidad para su hijo. A la primera entrevista llega el matrimonio y los cuatro hijos, incluido M. A la semana, todos los integrantes de la familia están incluidos en alguna estructura comunitaria.

Y la segunda cuando el adicto llega por su propia iniciativa o derivado por alguna instancia legal, policial, educacional, sanitaria.

A 15 años. Llega por orden del juez.

En el primer caso, existe la posibilidad que la familia se involucre en forma voluntaria y activamente en el proceso terapéutico, poniendo al servicio del residente todas sus potencialidades.

En el segundo caso, en general, la familia se entera de lo que esta pasando por medio de algún agente externo a la misma.

El periodo inicial, el momento de la admisión es el más indicado y el habitualmente elegido para involucrar a las familias. En este momento se puede plantear a los familiares la necesidad de su colaboración durante el proceso de recuperación de su ser querido.

Los padres comenzarán por recibir información sobre el tratamiento y la institución.

El objetivo será trabajar con el adicto y la familia, para ello, la comunidad abrirá espacio familiares y grupos. En el caso de que la familia no quiera o no pueda incluirse en el tratamiento se trabajará con el paciente y con aquellas personas cercanas, ya sea amigos, vecinos, tíos, abuelos, primos.

Como se mencionó anteriormente se utilizan dispositivos grupales y entrevistas vinculares. En el caso de los primeros se recurre al grupo ya que permite a la familia ver la enfermedad como algo externo, que no solo les pasa a ellos sino que es compartida por los que han sufrido el mismo problema. El grupo multiplica la experiencia, lo que permite poder tomar una distancia desde la que se puede evaluar características de la enfermedad, ya que no es lo que “me hizo mi hijo” sino “lo que los chicos hacen” (Sosa, 2004).

Los grupos están pautados y diseñados para favorecer a que cada miembro de la familia pueda expresar lo que siente y piensa, siempre en un marco de respeto y sin culpabilizar. Por otra lado a partir del comienzo del tratamiento los familiares van

conociendo las características de la enfermedad, esto permite escucharlas, comentarlas resaltando puntos en común (Sosa, op, cit).

Para abordar los dispositivos grupales y espacios terapéuticos se unificó lo observado con la formulación teórica de (Vinogradom y Yalom, 1989) acerca de la psicoterapia de grupo.

En la institución los grupos y espacios que hay son:

Grupo para los padres: el adicto funciona como un miembro pivote de la familia debido al tiempo que insumía seguirlo, cuidarlo y cuidarse de los daños que provoca. Los cambios que experimentará como consecuencia del tratamiento deberán ser aceptados e incorporados por el resto del núcleo familiar (Sosa, 2003)

Habrá que trabajar con los sentimientos, los subsistemas, las alianzas, las jerarquías, los roles, el modo de comunicación, hasta lograr un patrón familiar más acorde con la nueva realidad, que permita el crecimiento y el desarrollo de sus integrantes.

Los objetivos del grupo son:

- Lograr que las figuras parentales acompañen el tratamiento y exploren su propio rol.
- Desarrollar la capacidad de poner límites
- Poder actuar como red de contención emocional de sus hijos.
- Trabajar la modalidad de comunicación.

M, 19 años, tres hermanos menores. Empezó a consumir marihuana hace cinco años, consume cocaína desde hace tres años. Los padres viven desde hace varios años ocupándose de M, quien sólo trajo problemas a la familia. Una vez que M entra en la comunidad, los padres son incluidos en grupo de padres.

Espacio para hermanos: el hermano que se interna era, generalmente el eje alrededor del cual se organizaba la familia (Brostow, 2002).

De acuerdo a lo observado se concluye que la participación de los hermanos no es obligatoria. En los hermanos de adictos se presenta muchas veces una situación de hartazgo y de bronca hacia el hermano que consumió toda la atención de los padres.

Reunión de hermanos, M 23 años: “por suerte mi hermano se internó, porque ya estoy harta de hacer todo bien. Estoy harta de ser la hermana 10...ahora podré mandarme una macana cada tanto”.

Espacio para cónyuges: las mujeres, por ejemplo, reciben un entrenamiento social donde el cuidar y el estar al servicio del otro, permite y exige la negación de parte de su persona, su anestesiamiento. Esta situación si bien no es causada por la pareja actual emerge y se amplifica a través de ella.

El residente volverá de su internación habiendo adquirido sentido de responsabilidad. Habrá logrado la autonomía necesaria para funcionar solo. Cabe aclarar que no se desarrollará específicamente el abordaje con cónyuges.

Los objetivos son:

- Contener a las parejas de personas en tratamiento
- Abordar cuestiones particulares del vínculo
- Encauzar la ambigüedad de los sentimientos que mantienen
- Abordar y exploran tensiones, conflictos propios de este vínculo particular.

Grupo de esposas, M 27 años, cinco de casada: “Vino C de visita (de la comunidad) y trajo ropa sucia. Cuando él se fue a lo de mi suegra aproveché y se la lavé.

Cuando volvió se puso como loco, me dijo si no había entendido que él se podía hacer cargo de sus cosas, y no entendía nada”.

Espacio para amigos: en este caso la idea es aumentar la red social, rescatando los vínculos anteriores positivos. Es recomendable que al salir de la comunidad terapéutica cuenten con una estructura social positiva fuera del entorno comunitario que le permita una reinserción amplia pero protegida.

Los objetivos son:

- Proveer a la red social de herramientas para establecer una alianza terapéutica con la institución.
- Brindar información sobre la institución y características de la problemática.

T, 18 años, última fase: “C (su amiga) me controla todos los llamados de teléfono, no quiere que hable con ninguno de los de la banda. Aparte siempre arregla para que vayamos a boliches caretas. Me ayuda mucho.

En este apartado fundamental de la presente tesina se ha descripto cómo se establece la relación entre la comunidad terapéutica y la familia, los diferentes grupos en lo que se inserta a cada uno de los miembros, se hizo referencia al tipo de modelo utilizado, y por último se desarrollará cómo son y en qué consisten las entrevistas vinculares o familiares que se llevan a cabo. Para ello se unificaron algunos conceptos teóricos con lo observado.

Es importante mencionar que estas se ajustan de acuerdo a la necesidad de cada paciente y suelen tener la frecuencia de una vez por semana con los miembros de la familia más significativos, el adicto estará presente o no de acuerdo a lo que evalué el staff de psicólogos.

Las entrevistas vinculares, suelen ser originadas por los síntomas de uno de sus miembros. Es decir la familia consulta cuando se encuentra sin saber que hacer por la situación de algún familiar.

Se trata del paciente identificado, al que la familia rubrica como “el que es el problema”. Pero cuando una familia aplica a uno de sus miembros la etiqueta de paciente como un recurso para mantener el sistema o mantenido por el sistema, el sistema puede constituir una expresión de una disfunción familiar. (Minuchin, y Fishman 1981)

La función del terapeuta consiste en ayudar al paciente identificado y a la familia, facilitando la transformación del sistema familiar. Dicha transformación produce cambios en el conjunto de expectativas que gobiernan la conducta de sus miembros. Esta transformación es significativa para todos los miembros (Minuchin, op cit).

Para cambiar el sistema familiar, el terapeuta debe intervenir de tal modo que pueda producir un desequilibrio. Cuando el terapeuta desequilibra un sistema algunos de los miembros experimentan stress. Su respuesta puede ser la de insistir en la conservación del sistema. El terapeuta debe contrarrestarlo incitando a los miembros de la familia en la dirección de los objetivos terapéuticos mientras soportan las incertidumbres del período de transición. Este movimiento es facilitado por la comprensión y apoyo del terapeuta y por su confirmación de las necesidades experimentadas por los miembros de la familia (Minuchin Ibíd).

Características de las familias de adictos

El abuso de drogas suele originarse en la adolescencia. Esta vinculado con el proceso normal, aunque problemático, del crecimiento, la experimentación con nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de relaciones intimas con gente ajena a la familia, y el abandono del hogar (Andolfi, 1980 p. 52-53).

De acuerdo a lo observado durante la pasantía y en consonancia con algunos autores se podría decir que suelen darse tres etapas en el uso adolescente de drogas: la primera, uso de drogas legales, como el alcohol. La segunda, implica el uso de marihuana y esta influido por los pares. La tercera etapa, el uso frecuente de drogas ilegales, parece depender más de la calidad de las relaciones padres-adolescentes que de otros factores (Andolfi, 1980).

Afirmando que el abuso de drogas más serio es predominantemente un fenómeno familiar. Se podría afirmar que la influencia del grupo de pares es nula o escasa mientras la familia permanezca fuerte.

Stanton, Todd y Cols (1999) hacen referencia a ciertas características comunes a la familia del adicto. El patrón prototípico para familias de adictos masculinos se caracteriza por una madre apegada, sobreprotectora, abiertamente permisiva con el adicto. En cambio el padre es desapegado, débil o ausente.

En contraste con los varones, las adictas mujeres parecen estar en abierta competencia con las madres (a quienes consideran como protectoras y autoritarias), mientras que sus padres suelen caracterizarse como ineptos, indulgentes, sexualmente agresivos y a menudo alcohólicos (Stanton, Todd y Cols., op cit).

Uno de los aspectos más descritos en las familias de adictos es la presencia entre sus miembros de personas que juegan roles muy definidos durante el proceso (Stanton, Todd y Cols., *ibíd*). Quizás el más conocido es el coadicto o codependiente y se caracteriza por ser una persona muy ligada al adicto y que por el vínculo que los une termina siendo manipulado, facilitando el desarrollo y manutención de proceso adictivo. El coadicto puede ser alguno de sus padres, un hermano, cónyuge, amigo (Guajardo y Kushner Lanis, 2004).

Stanton, Todd y Cols (1999) en relación al contacto adicto-familia, hacen referencia a que a pesar de sus alardes de independencia, la mayoría de los adictos mantienen estrechos lazos familiares. Aunque no vivan con los padres, tal vez residan en las cercanías; su frecuencia de contacto es mucho más elevada que la existente entre “normales” comparables. Desde luego vivir con los padres o verlos regularmente no es indicio de disfunción. Tales situaciones pueden ser muy naturales, según el medio cultural y étnico.

De acuerdo a lo observado en la práctica no siempre se ve que el adicto resida cerca de la familia, hay muchos que abandonan el hogar.

Sosa (2000) realiza una clasificación de las familias de acuerdo al modo en que se relacionan y participan en el tratamiento: las familias pueden ser entregadoras o depositadoras, colaboradoras y trabajadoras. En el primer caso se caracterizan por estar apresuradas por conseguir la internación del paciente. Sienten un gran alivio cuando la persona se interna y muestran no tener la misma predisposición que al principio.

Consideran que la institución va a salvar al paciente y que el problema solo es de él.

En el segundo caso tenemos a las familias colaboradoras, las mismas se caracterizan por estar dispuestas a hacer todo lo que sea necesario para lograr la recuperación del familiar. Consideran que el terapeuta los puede ayudar pero no salvar.

Y por último están las familias trabajadoras, con este tipo de familia se hace difícil mantener distancia. Hacen de la recuperación familiar la causa de la familia. Son familias que llaman constantemente, tiene una actitud de ayuda permanente que siempre dan el ejemplo y participan activamente en los grupos (Sosa op cit).

Criterios de admisión a la institución y criterios diagnósticos según DSMIV (A.P.A.1995)

Uno de los ejes a tener en cuenta para comprender mejor la problemática de la familia del adicto son los criterios diagnósticos de la droga-dependencia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (A.P.A., 1995).

El DSMIV brinda una apoyatura de criterios acerca de las principales características de la adicción, realizando una diferenciación entre abuso y dependencia.

En la comunidad elegida los criterios que utilizan para la internación de un paciente adicto se corresponden con los de dependencia de sustancias. En el caso tratamiento ambulatorio depende de la contención familiar que tiene el paciente, es decir disponibilidad y ganas de la familia para colaborar con el tratamiento, por otro lado el grado de adicción, esto esta relacionado con el tipo de droga que consume y la frecuencia; y por último la voluntad del paciente. Si se piensa el caso de un paciente que de acuerdo a la entrevista de admisión le corresponde un tratamiento de internación en la comunidad terapéutica pero el paciente no quiere o la familia no quiere, se va a optar por un tratamiento ambulatorio. Esto es evaluado en la primera entrevista con el paciente y su familia. Cabe mencionar también que en la primera entrevista o entrevista de admisión generalmente la lleva cabo la directora de la institución.

La dependencia se caracteriza por la ingesta compulsiva de sustancias. La dependencia puede ser aplicable a todo tipo de sustancias excepto la cafeína (Pichot, Lopez-Ibor y Valdes, 1995)

Criterios para la dependencia de sustancias

Tolerancia definida por:

- Una necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación, o el efecto deseado.
- El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye con su consumo continuado.

Abstinencia, definida por:

- Un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitante cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en sangre disminuye.
- Se toma la misma sustancia para evitar los síntomas de abstinencia.

La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

- Existe un deseo persistente de controlar el consumo.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia.
- Reducción de las actividades sociales, laborales o recreativas producto del consumo de sustancias.
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos.

Si bien no están incluidos en los criterios diagnósticos, la “necesidad irresistible” de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes.

Criterios para el abuso de sustancias:

- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela, o en casa.
- Consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
- Problemas legales repetidos relacionados con las sustancias.
- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos producto del consumo.

Modelo y Estructura familiar

Resulta fundamental para abordar el tema propuesto tener en cuenta conceptos claves de familia según Minuchin (1974).

Este autor sostiene que las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos. Uno es interno, e implica la protección psico-social de sus miembros; el otro es externo y se caracteriza por la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

Pensando la familia como un sistema, se podría decir que tiene tres componentes.

En primer lugar, la estructura de una familia es la de un sistema socio cultural abierto en un continuo proceso de transformación. Se denomina sistema a la composición ordenada de elementos en un todo unificado (Simon, 1984). En segundo lugar, la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de etapas que exigen una reestructuración. En tercer lugar, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro (Minuchin, op cit).

En función del concepto de estructura familiar se podría decir que es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo, y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema (Minuchin, 1974 p. 86).

Las pautas transaccionales regulan las conductas de los miembros de un sistema, e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar. Por ejemplo debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferente (Minuchin , Colapinto, y Minuchin 1998).

Diferentes enfoques en terapia familiar

Las técnicas son la vía para alcanzar el cambio, pero lo que le imparte un rumbo es la conceptualización que hace el terapeuta sobre la dinámica de la familia y el proceso de cambio.

Desde la teoría las técnicas terapéuticas se ponen de manifiesto desde tres perspectivas: el esquema existencial sustentado por Whitaker, la escuela estratégica cuyos representantes son Haley y Madanes, y la posición estructuralista donde su principal exponente es Minuchin.

Whitaker (1991) considera la familia como un sistema en que todos los miembros tienen la misma significación. Es preciso cambiarlos individualmente a fin de modificar el conjunto. Cuestiona a cada uno de los miembros, socavando su cómoda adhesión al modo compartido de aprehender la vida.

Dentro de este marco las sesiones no parecen dirigidas, estableciendo asociaciones con su propia vida.

Todas sus intervenciones apuntan a cuestionar el sentido que las personas atribuyen a los sucesos.

La terapia es desconcertante por la gama de sus intervenciones. Cada técnica estratégica utiliza el humor, el abordaje indirecto, la seducción, la indignación.

Al término de la terapia, todos los miembros de la familia quedan movilizados, y habrán tomado contacto con una parte menos conocida de ellos mismos.

En la formulación estratégica las técnicas difieren, ya que apuntan a una meta. Explora aspectos disfuncionales específicos en una familia.

Haley (1980) considera a la familia como un sistema complejo, diferenciado en subsistemas que presentan un orden jerárquico.

Una disfunción en cierto subsistema puede tener expresión en otro.

En esta formulación estratégica, se considera que el paciente individualizado es el portador del síntoma para proteger a la familia. Al mismo tiempo, el síntoma es mantenido por una organización en que los miembros de la familia ocupan jerarquías incongruentes.

Las técnicas apuntan a cuestionar el núcleo de la estructura disfuncional: la organización del síntoma.

El abordaje estructural considera la familia como un organismo: un sistema complejo que funciona mal. El terapeuta socava la homeostasis existente, produce crisis que empujan al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento. De esta manera el abordaje estructural reúne elementos de los dos esquemas, el existencial y el estratégico.

Luego de un relevamiento bibliográfico acerca de los enfoques en terapia familiar se concluye que las técnicas que se describirán a continuación son las de la terapia estructural ya que las mismas son integradoras de los modelos antes mencionados. La terapia estructural de familia comparte el interés que el existencialista pone en el crecimiento y el énfasis en la cura propuesta por el modelo estratégico.

A medida que se van describiendo las técnicas se incluirán los datos producto de las observaciones de casos clínicos acordes a las mismas.

Técnicas de la terapia familiar

Las técnicas de la terapia estructural llevan a reorganizar la familia mediante el cuestionamiento de su organización.

Existen tres estrategias principales de terapia estructural de familia, cada una de las cuales disponen de un grupo de técnicas.

Las tres estrategias son: cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de familia y cuestionar la realidad familiar (Minuchin y Fishman ,1981).

Cuestionar el síntoma

El problema no reside solamente en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. El objetivo del terapeuta es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes. (Minuchin y Fishman, op cit).

A continuación se presenta un ejemplo de un caso que se observó. (Todos los datos reales de los pacientes han sido modificados).

Los L, una familia de padres profesionales con dos hijos. La hija mayor de 21 años, estudiosa, responsable, inteligente y F de 18 años, según su familia un desastre.

Comienzan el tratamiento ambulatorio por la adicción del hijo menor. Durante las entrevistas vinculares, los padres hacían referencia a todas las aptitudes que tenía su hija, desvalorizando a F.

El terapeuta lo que intentaba era redefinir el síntoma, es decir se proponía modificar el modo en que la familia percibía el problema, esto lo hacía invitando a la familia a explorar el vínculo entre los padres y el hijo, ya que se observaba claramente que los padres depositaban todas las culpas y problemas en F, sin tener en cuenta el maltrato que ellos tenían con su hijo.

Cuestionamiento de la estructura familiar

De acuerdo a lo desarrollado por Minuchin y Fishman (1981) la concepción del mundo de los miembros de la familia depende de las posiciones que ellos ocupan dentro de la familia.

Cuando el terapeuta se hace copartícipe de la familia, se convierte en miembro participante del sistema que intenta transformar. A medida que vivencia las interacciones de la familia, se forma un diagnóstico vivencial de su funcionamiento.

Este mapa señala la posición recíproca de los miembros.

El trazado que así se obtiene de las fronteras entre subsistemas indica el movimiento existente y marca sectores de posible fortaleza o disfunción.

El terapeuta puede desplazar su posición y trabajar en subsistemas diferentes, cuestionando la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y sus funciones (Minuchin y Fishman op cit).

S la mamá de E comenzó el tratamiento posteriormente de internar a su hijo de 18 años. El marido de S papá de E la había abandonado cuando ella estaba embarazada.

A lo largo de varias entrevistas vinculares, se observa un apego excesivo entre ambos. El apego se caracteriza por un tipo o estructura familiar que presenta una perturbación en los límites personales (Simon 1984, p 29).

Ejemplo de esto es que los días que E tenía salida en la comunidad, él

dormía con su madre en la misma cama y no programaba ningún paseo con amigos o gente de su edad-.

El terapeuta lo que hizo en este caso fue modificar el contexto de E y su madre, es decir produjo un leve distanciamiento entre ambos. Fomentó los vínculos con amigos y otros miembros de la familia.

Cuestionamiento de la realidad familiar

La terapia de familia parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada y contienen esta modalidad de experiencia. Entonces, para modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos (Minuchin y Fishman, 1981).

La familia Ch, compuesta por la madre y el padre, (cuarenta años), y su hija, F de 20 años, comienzan el tratamiento ambulatorio por la adicción de F. Los padres hablaban de la familia como muy normal, sin ningún tipo de problema hasta que empezó la adicción de F.

Los padres comentaban a la psicóloga que cada vez que intentaban ponerle una norma, ella empezaba a los gritos, insultos, y se iba.

El terapeuta, marco la necesidad de ponerle límites y normas, ya que ella no respondía a los límites porque los padres no se los ponían. En este caso era notoria la ausencia de fronteras generacionales. Se entiende por fronteras a umbrales que no deben ser transpuestos, como también las condiciones que lo vuelven más permeables. (Minuchin, Colapinto y Minuchin 1998)

¿Por qué es eficaz la terapia familiar?

Antes de desarrollar específicamente que es lo que hace a una terapia familiar eficaz se referirá a la eficacia terapéutica en general.

De acuerdo a una investigación realizada por Castro Solano (2001) se podría afirmar que la psicoterapia ha demostrado ser una forma efectiva para resolver problemas comparada con el no tratamiento. Sin embargo la superioridad de un modelo sobre otro no esta verificada. Los diferentes autores afirman que de alguna manera los diferentes modelos psicológicos aportan los mismos resultados.

El autor sostiene que el principal motor del cambio es producto de los denominados factores comunes o inespecíficos. Estos últimos hacen referencia a aquello que no esta en un manual, estos factores son el apoyo que brindan los clínicos a los pacientes, los efectos de la persuasión, y todo agente potencial de cambio (Castro Solano op cit).

Los pacientes que mejoran son aquellos que registran menos trastornos psicológicos. El cambio psicológico tiene lugar en el primer segmento, siendo las etapas sucesivas, de terapia de menor impacto en el bienestar psicológico (Castro Solano, Ibid).

En cuanto al terapeuta, Castro Solano (2001) sostiene que una mayor experiencia no asegura el éxito del tratamiento pero si permite un afianzamiento de la relación.

Según Fishman (1988) la terapia familiar es eficaz por varias razones. En primer lugar, normalmente conduce a una rápida mejoría de los problemas.

Otra razón radica en que abarca a todas las personas significativas en la vida del paciente. Este carácter inclusivo determina que los cambios tienden a mantenerse, debido a que el sistema familiar mismo, y no sólo los individuos, están transformándose.

En otras palabras, dado que todos los miembros de la familia cambian, sus respectivos cambios tienden a reforzarse y mantenerse entre sí.

La terapia familiar es también más eficaz debido a que respeta activamente a los miembros de la familia, incluyéndolos en el proceso de tratamiento. La familia no es contemplada como un estorbo externo capaz de dañar la terapia, sino como un recurso para facilitar el restablecimiento. La idea misma de la terapia familiar implica una confianza en la familia como ambiente propicio para la curación (Fishman, 1988).

El Objetivo en la terapia

El modelo estructural de familia que se lleva a cabo es una terapia de acción. La herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado. El pasado influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia, por lo tanto, se manifiesta en la actualidad y podría cambiar a través de intervenciones que cambien el presente (Minuchin, 1974).

El terapeuta se asocia a este sistema y utiliza su persona para transformarlo. Al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambia sus experiencias subjetivas.

Con este objetivo, el terapeuta confía en algunas propiedades del sistema.

En primer lugar, una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio. En segundo lugar, el sistema de la familia está organizado sobre la base de apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros.

Consecuentemente el terapeuta se une a la familia para reparar o modificar su funcionamiento para que ésta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia. En tercer lugar, el sistema de la familia tiene propiedades de autoperpetuación. (Minuchin, op cit).

Por lo tanto, el proceso que el terapeuta inicia en el seno de la familia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de ésta.

En otras palabras, una vez que se ha producido un cambio, la familia, lo preservará, proveyendo una matriz diferente y modificando el feedback que continuamente califica o valida las experiencias de sus miembros (Minuchin, Ibid).

Evolución y adaptación de la familia en terapia

Las experiencias de las personas se modifican a medida que sus posiciones relativas se transforman. Dicha transformación se mantiene ya que ha activado una nueva dinámica entre los miembros de la familia que apoyan las nuevas pautas transaccionales. De este modo, las nuevas pautas transaccionales tienden a automantenerse (Minuchin, 1974).

Este autor sostiene que los pacientes evolucionan por tres causas:

- Se cuestiona su percepción de la realidad.
- Se les proporciona posibilidades alternativas que les parecen adecuadas.
- Una vez que ensayaron las pautas alternativas aparecen nuevas relaciones que se refuerzan en sí mismas.

Los síntomas del paciente identificado ocupan una posición especial en el sistema de transacciones de la familia. Representan un nódulo concentrado

En función de la adaptación de la familia en terapia se sabe que la misma se encuentra sometida a presión originada en la evolución de sus propios miembros, y la presión exterior producto de los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares. La respuesta a estos requerimientos, tanto internos como externos, exige una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad (Minuchin, op cit).

No se produce la adaptación familiar cuando frente a tensiones incrementan la rigidez de sus pautas y evitan o resisten toda exploración de variantes (Schmith, 2001).

4. La adicción, el ciclo familiar y la admisión del problema

Stanton , Todd y Cols (1999) consideran a la drogadicción como parte de un proceso cíclico que se involucra a tres o más individuos, comúnmente el adicto y sus dos padres. Estas personas forman parte de un sistema íntimo, interdependiente, interpersonal. Por momentos el equilibrio de este sistema interpersonal es amenazado, cuando ello ocurre el adicto se activa, su conducta cambia, y crea una situación que dramáticamente concentra la atención sobre él. Al concentrarse en los problemas del adicto, los padres toman un rumbo aparentemente más seguro que el de encarar otros tipos de conflictos que pudieran existir.

Por ejemplo una paciente sufre recaída y ese acto implica que los padres deriven la atención de sus problemas conyugales al mayor cuidado de su hija.

Por esta razón el drogadicto sufre un dilema, por una parte permanecer ligado a la familia (que puede derrumbarse sin él) y por otro lado fuerzas socioculturales, y biológicas, lo incitan a establecer relaciones externas.

El adicto participa de un patrón homeostático de ida y vuelta entre sus pares y su hogar.

Es común que las familias con un miembro adicto reconozcan con extrema superficialidad los alcances problemáticos del abuso de drogas. En la comunidad elegida lo denominan no tener conciencia de enfermedad. Este término implica que el paciente y su familia no asumen la adicción.

Aunque los miembros de la familia expresen gran preocupación, el conjunto de sus declaraciones no manifiestan una crisis ni revela un movimiento activo hacia el cambio.

La familia se ha vuelto adicta a la adicción (Stanton , Todd y Cols op cit).

Lo que se pretende es desafiar a la familia acerca de lo que debería hacer en relación a la adicción, cambiar la participación pasiva por una activa .

El terapeuta debe hallar un modo de alcanzar metas terapéuticas dentro de la singularidad de la situación y la estructura de valores de cada familia.

Un requisito importante para el tratamiento de dicha problemática es ganar la confianza del paciente y su red. Para lograrlo el abordaje terapéutico debe asentarse sobre las fuerzas y las limitaciones de la familia. (Stanton Todd y Cols. Ibid).

Conceptos de la primera entrevista

Cuando los miembros de la familia están involucrados en el proceso del tratamiento, el sistema puede modificarse para que ayude al abusador de drogas a superar la adicción en vez de servir como fuerza que lo mantiene.

La entrevista inicial es crucial para determinar si el paciente y el resto de la familia pueden ser reclutados para el tratamiento (Stanton , Todd y Cols.1999).

Si bien se participó de muy pocas entrevistas de admisión de acuerdo a lo observado y a lo comentado con otros profesionales del equipo la primera entrevista se podría encarar en tres segmentos:

- Situación actual
- Historial de uso de drogas y previa participación en programas de tratamiento
- Comentario de los problemas familiares relacionados con el problema de la droga.

Situación actual

La primera etapa de la entrevista suele comenzar con un comentario general sobre uso de drogas.

Es fundamental no entrar en detalles, ya que el adicto tiene considerable manipulación como manera de soslayar problemas interpersonales.

En cambio, se debe exponer el objetivo de comprometer a la familia en el tratamiento.

Historial del uso de droga:

La segunda etapa de la entrevista inicial implica preguntas acerca del historial de uso de drogas por parte del adicto.

Es importante indicar no sólo cuándo el adicto comenzó a usar drogas, sino saber con claridad qué ocurría en ese momento en el ciclo vital familiar.

Previa participación en programas de tratamiento:

Un historial de la participación del adicto en programas de tratamiento indica el grado de cronicidad del problema y la inmediatez de la crisis familiar como un foco terapéutico viable.

La frecuencia de los fracasos en el tratamiento a menudo indica el éxito de la familia para desviar y mantener la crisis fuera de la familia.

Conceptualización de la familia:

Una conversación sobre el historial de drogas y previos fracasos en el tratamiento del adicto desemboca naturalmente en una conversación sobre la crisis familiar.

Hay un desplazamiento gradual de la autoridad, del adicto al terapeuta, cuando se encara la situación no como problema individual del adicto sino como un problema interpersonal que se puede resolver con la familia y sin drogas.

Segmento de una primera entrevista

Para ejemplificar la primera entrevista se ha tomado un caso en el que se participó

Previo llamado telefónico acude a la primer entrevista el paciente (C)

Terapeuta: Hola. ¿Como estas?

Paciente: y.....

Terapeuta: ¿con quien viniste?

Paciente: con mi hermana

Terapeuta: ¿Cuantos años tenés?

Paciente: 20

Terapeuta: ¿donde vivís?

Paciente: vivo en X, con mi abuela y mi hermana

Terapeuta: ¿Cómo llegaste?

Paciente: me trajo mi hermana, me dijo que si no venía me tenía que ir de mi casa.

Terapeuta: ¿trabajas? ¿estudias? ¿Que haces?

Paciente: deje de estudiar para trabajar y estuve trabajando en varios lados pero me echaban o me iba, me cansaban....aparte yo no cumplía porque cada tanto faltaba cuando me iba de gira.....

Terapeuta: ¿cuanto hace que consumís?

Paciente: desde que tengo 18 años y me empecé a juntar con los pibes del barrio, al principio fumaba un porrito ahora.....de todo pero..... últimamente pasta base..... y no puedo parar. Mi hermana me trajo porque la vez pasada vendí cosas que saque de la casa. Ella me dio varias oportunidades, y yo no le cumplí...

Terapeuta: ¿hiciste tratamientos anteriores?

Paciente: no, quise dejar varias veces pero no pude, una vez estuve sin consumir pero muy poco.

Terapeuta: ¿y tus padres?

Paciente: ellos fallecieron en un accidente de auto, hace dos años....

Es de primordial importancia obtener datos sobre: composición de la familia, y la intensidad del contacto entre sus miembros. Ello ayuda al terapeuta a decidir quien es el central en la familia. Las preguntas pueden ser: “¿quién te crió?”, “¿con que frecuencia los ves?”, “¿con que persona pasas más tiempo?”.

El cónyuge, novia e hijos del paciente también pueden ser relevantes para el tratamiento, y su inclusión se debe tener en cuenta.

Mientras el paciente habla de su familia, el terapeuta debe estudiar mentalmente su configuración, para decidir a que miembros desea tratar.

Es importante que se aclare al paciente, en el caso que cuente con la familia, la importancia de la participación

El caso ejemplificado anteriormente es un caso de una primera entrevista dentro de un marco sistémico, lo que la diferencia del resto, es que se pone especial énfasis en el consumo de drogas y las repercusiones de las mismas. En este caso la duda que se plantea es la diferencia con otras patologías como por ejemplo un trastorno obsesivo compulsivo.

Puntos básicos a tener en cuenta en el enfoque terapéutico.

Según lo describe Navarro Góngora (1995) el terapeuta debe ser:

- Paciente con el adicto, su familia y con los pasos atrás en el tratamiento.
- Dispuesto pero no servil.
- Sensible al sufrimiento de la familia, pero implacable con el drama que los paraliza.
- Extremadamente suspicaz ante la extremada suspicacia de la familia.
- Buscar los recursos curativos que la familia posee, más que la adhesión de la familia a la verdad terapéutica.
- Comprender la capacidad de manipulación de los adictos y no sucumbir a los deseos del adicto.

Por otro lado debe tener en cuenta, para promover el cambio, el manejo del drama en la terapia. El sentimiento de drama ante la adicción paraliza a la familia y bloquea los intentos eficaces de solucionar el problema. El terapeuta debe tratar de reducir esta sensación de drama y poner a trabajar a la familia de forma productiva. Para ello es fundamental en terapia familiar con adictos, mantener el foco en la superación de la adicción, pero sin ignorar el resto de los problemas que la familia plantea (Minuchin, Colapinto y Minuchin 1998, p 30).

La familia debe encontrar motivos suficientes para acudir a la terapia aunque el adicto persista en su problema, de lo contrario la abandonarán tras la primera recaída.

El terapeuta debe observar cómo actúa y qué dice cada uno de los miembros de la familia. La manera de hablar de los participantes revelará si creen que el terapeuta podrá hacer algo por ellos, o si han venido por obligación y sin esperanza alguna (Turturo, 2004).

Asimismo notará el grado de responsabilidad con que los miembros asumen el problema.

Mientras alguien habla, el terapeuta observará las reacciones de los demás. Su comportamiento le revelará si concuerdan o discrepan con lo que se dice (Turturo, op cit).

Durante la práctica se observó que cuanto mayor sea el interés y participación de quienes escuchan, cuanto más los irrite y perturbe lo que se dice, tanto mayor será la probabilidad de que esa familia se encuentre en estado de crisis, lo cual implica inestabilidad. Por el contrario, cuanto más calma e indiferencia demuestren, más probable será que la situación familia sea razonablemente estable, y por lo tanto quizás difícil de cambiar.

CASO CLINICO

La familia G esta compuesta por ambos progenitores, el padre es obrero y la madre trabaja limpiando en una casa de familia, muy humildes. Tienen dos hijos varones de 23 y 20 años y dos mujeres de 21 y 16 años. Viven todos en la misma casa. Ninguno de los hijos tiene empleo permanente. Consultan en la comunidad por la hija menor ya que consume cocaína desde los 15 años. Habían intentado otros tratamientos El hermano y la hermana mayor consumen marihuana y ocasionalmente cocaína.

Luego de varias sesiones familiares se descubre que el padre es alcohólico.

La hija menor no asistió a la primera sesión pese a que el terapeuta había requerido la participación de toda la familia. El terapeuta procedió a explorar la competencia parental en cuanto a poner normas y límites a sus hijos.

TERAPEUTA: ¿Se aseguraran de que venga la próxima sesión? Ustedes saben que la recuperación del paciente si no es con todos los miembros de la familia, o por lo menos los más importantes, es muy difícil.

PADRE: Voy a hacer lo posible.

MADRE: Ella va a decir que sí.

PADRE: No pienso arrastrarla hasta acá. Pero voy a hablar con ella.

(Más tarde en la entrevista)

TERAPEUTA: ¿Qué pasaría si ustedes le dicen a su hija que TIENE que venir a sesión?

MADRE: Creo que vendría

TERAPEUTA: ¿Y usted?

PADRE: voy a ser sincero...no sé.

PADRE: Ella es rara.

TERAPEUTA: Bueno...está en ustedes que ella venga o no.

MADRE: Si.

TERAPEUTA: Ustedes tendrán que tomar esa decisión

PADRE: Yo puedo hacerlo.

El terapeuta utiliza los datos que obtiene mientras observa la estructura familiar, y evalúa la competencia de la familia. A su vez intenta generar confianza, factor crucial para el tratamiento sobretodo en etapas de mayor confrontación.

El uso de tareas

Las tareas son proyectos realizados en la sesión o en el hogar entre una sesión y otra. Son desafíos concretos, utilizados para comenzar a organizar la familia en las áreas de competencia. A continuación se ejemplifica el uso de tareas con casos comentados en la reunión de equipo

El terapeuta se enteró a través de una entrevista con su esposa que el padre se violentaba sin motivo y en ocasiones empezaba a gritar e insultar al resto de la familia. Esto hacía que la adicta abandonara la casa con riesgo al consumo. El terapeuta le pidió al padre si podía intentar por una semana no insultar al resto de la familia y que antes de hacerlo lo piense previamente.

Siguiente sesión

TERAPEUTA: ¿Cómo les fue la semana pasada? ¿Pudo realizar la tarea encomendada?

HERMANA MENOR: si, pudo.

PADRE: Todos me gritaban a mí

PACIENTE: Yo no grité.

MADRE: Ayer le gritó a P por escupir en el tacho de basura.

TERAPEUTA: ¿Cuántas veces él grita en una semana?

HIJA MENOR: Un montón.

TERAPEUTA: ¿Ahora estuvo mejor?

MADRE: Si, mucho mejor.

TERAPEUTA: ¿le dijiste a tu esposo?

MADRE:.....No.

TERAPEUTA: Es importante que uno pueda decir las cosas malas pero también las buenas.

(Más tarde en la entrevista, el terapeuta felicitó al padre por gritar menos en la semana.)

Aunque la cesación de los gritos del padre podría parecer un cambio menor, fue en realidad un cambio importante. Se intento cambiar una secuencia familiar irritante, que implicaba a todos los miembros. Los efectos positivos fueron: un incremento de la flexibilidad en el sistema; El padre obtuvo un mayor sentido de dominio; también se supero la desesperanza de la familia, pensando que el cambio no era un ideal remoto.

Principio y técnicas para la participación de las familias resistentes

Aceptando que la familia puede ser un importante punto focal para la intervención, es obvio que los miembros de la familia se deben incluir en el tratamiento.

No obstante, en algunos casos, la tarea es dificultosa con las familias de adictos ya que así como en algunas familias los integrantes están dispuestos a participar activamente en otros casos existen ciertas resistencias.

De acuerdo a lo observado se considera necesario tener en cuenta ciertos principios: en el caso que el paciente haya decidido internarse por voluntad propia y los miembros de la familia no están enterados del tema, el terapeuta debe incluir a los familiares decidiendo cuáles deben participar, y no dejar esa decisión al paciente. Esta decisión la toma el terapeuta ya que el adicto puede incluir algún miembro de la familia que no influya favorablemente en el tratamiento o que también tenga una adicción. Cuando no se sigue esta regla, tienden a presentarse ciertas coaliciones familiares.

Cuanto antes se establezca contacto con la familia, más probable es que ella participe.

El terapeuta debe ir más allá del paciente y establecer contacto directo con cada miembro de la familia, o al menos con los más significativos.

El terapeuta debe esforzarse para no aliarse con el paciente en contra de los padres o la familia, el enfoque consiste en unirse para trabajar en forma conjunta y lograr solucionar el problema.

En el trato inicial estas familias suelen sentirse asustadas, defensivas y culpables, por lo tanto el terapeuta debe encarar a la familia explicando el tratamiento de un modo no peyorativo, libre de juicios.

El énfasis está en unirse a la familia para ayudar al paciente.

La justificación del tratamiento familiar se debe presentar de tal modo que los familiares, para oponerse, tendrían que manifestar abiertamente que desean que el paciente identificado conserve los síntomas.

A veces al tratar con los familiares, el terapeuta descubría que los cambios que ellos tenían, diferían de los que él tenía en mente, por lo tanto, es importante que el terapeuta logre acordar metas con la familia del paciente.

Abordaje familiar con abusadores adolescentes

En función de lo observado se podría decir que en su gran mayoría la población asistida es de adolescentes; por ello a continuación se describirá el abordaje de los mismos.

Para desarrollar el presente apartado se han utilizado conceptos de varios autores con el fin de obtener una visión más completa del tema. (Brostow, 2002; Fishman, 1988; Stanton, Todd y Cols, 1999; Yaría ,1999).

La adolescencia es una etapa en donde se empieza a asumir responsabilidades de adulto y a encaminarse hacia el grupo de pares, especialmente hacia las relaciones heterosexuales (Fischman, 1988).

Los adolescentes son personas que experimentan, que están en la búsqueda de definir su personalidad, necesitar probar, correr riesgos, romper reglas, desafiar algún límite. La presión social que existe es muy fuerte y entrar en el mundo adulto requiere una fortaleza en la personalidad que la mayoría de los adolescentes aún no ha adquirido. (Fischman, op cit)

En general cuando deciden probar drogas no consideran que se trata de algo malo sino que se significa como una diversión de la que podrán salir fácilmente. Es por ello que en el tratamiento de estos adolescentes, los terapeutas deben tener como objetivo tanto la transformación del paciente como de la familia (Brostow, 2002).

Se observó que las estrategias terapéuticas para el tratamiento de las cuestiones de control varían según la actitud adoptada por los padres. Cuando uno de los padres o ambos intentan controlar en demasía las actividades del adolescente, cualquier evidencia es tomada como prueba de que no se puede dejar de vigilarlo. Ante esta dificultad, el terapeuta puede tratar directamente de establecer fronteras apropiadas, para ello tal vez deba hacer que el progenitor menos involucrado tranquilice al otro, o procurar que las reglas y las consecuencias sean más claras y automáticas.

El terapeuta puede unirse a los padres validando sus deseos con respecto al hijo adolescente, pero haciéndoles entender que no son omnipotentes.

En el extremo opuesto están aquellos padres que han perdido todo tipo de control sobre sus hijos, en este caso lo primero que se debe hacer es ayudarlos a ponerse de acuerdo sobre las reglas domésticas que deban imponer a fin de recuperar su autoridad. Puede suceder que en un principio el terapeuta deba prestarles su autoridad hasta que logren poner control.

La terapia de adictos adolescentes, no solo apunta a eliminar los problemas existentes sino que puede servir para impedir disfunciones quizás más serias en el futuro.

5. PREVENCIÓN

La palabra prevención designa acción y efecto de prevenir, es decir anticipar algo futuro, es por ello que para desarrollar esta parte de la tesina se pensó en hacer hincapié en artículos de varias revistas actuales y especializadas en el tema propuesto

Actuación con la familia en la prevención

El ámbito familiar es el escenario principal para intervenir en prevención de las droga dependencia, ya que la adquisición de hábitos de salud o riesgo, el desarrollo de determinados estilos de vida, los modelos y estilos educativos que reciben los niños y adolescentes son factores que se desarrollan en primera instancia desde la familia (Gonzalez; Fernadez; Secades Villa, 2002).

Son varias las ventajas de prestar atención al contexto familiar. Durante la niñez y adolescencia aparecen y se consolidan patrones de comportamiento de gran trascendencia para la salud del resto de la vida (Jesor - Jesor, 1977).

Se podría decir que una buena proporción de problemas en la vida adulta tiene su inicio en los cambios drásticos que aparecen en la adolescencia. Por tal motivo es fundamental la prevención.

De acuerdo a lo expuesto hasta aquí, es esencial disponer de modelos teóricos sólidos y obtener información precisa y rigurosa de las relaciones existentes entre el contexto familiar y la conducta del niño o adolescente, de forma que cobre sentido una filosofía preventiva asentada en la familia como ámbito en el que inicialmente se adquieren determinados hábitos de importancia crucial para la vida adulta.

Se podría decir que la familia se convierte en un factor de control indispensable, y no sólo por su papel evidente como agente responsable del proceso de socialización sino por su influencia e implicación en el resto de contextos interpersonales que rodean al individuo (Becoña, 2002).

Es importante que los tipos de intervención en prevención que se generen en los contextos escolares y de “iguales”, sean complementarios con el aprendizaje familiar (Gonzalez; Fernadez; Secades Villa, 2002).

Factores de riesgo familiar

En lo que al ámbito familiar se refiere, se ha conseguido aislar una serie de factores que hacen más probable la aparición de determinadas conductas de consumo en los hijos. (Gonzalez; Fernadez; Secades Villa, 2002).

El primero tiene que ver con el consumo de drogas de los padres, ya que la exposición a ciertos modelos influirá en el consumo de los hijos. Otro factor de riesgo tiene que ver con lo que se denomina “conflicto familiar y “manejo inadecuado de la crianza”. El conflicto familiar hace referencia a la presencia de peleas y disputas frecuentes en la pareja, así como la falta de apego emocional entre los padres o en su relación con el hijo. En función de lo mencionado es importante destacar que no son las relaciones maritales deterioradas las que hacen más probable el consumo, sino el grado de control ejercido sobre los hijos o estilo educativo en el núcleo familiar (Katz y Gottman, 1993).

En efecto, un estilo educativo carente de normas o en que las normas las impone el hijo, o un estilo sumamente rígido y autoritario, son estrategias incompetentes.

Clayton (1992) enumeraba, de forma genérica, los siguientes factores de riesgo: problemas económicos, ser hijo de padres con problema de dependencia de drogas, ser víctima de abuso sexual, físico o psicológico, jóvenes sin hogar, implicaciones en actos delictivos y/ o violentos, y jóvenes con intentos de suicidio.

De este modo, cada una de estas circunstancias presentadas aisladas o en combinación, pueden ser elementos responsables y, por tanto predictores, de la ausencia de desarrollo adaptado.

Las intervenciones preventivas familiares se dirigen, en gran medida, pero no exclusivamente a reducir la presencia de los factores de riesgo familiar mediante la modificación de la conducta y de las actitudes de los padres, fundamentalmente, a través de procedimientos educativos o terapéuticos. Para ello es fundamental tener en cuenta la población destinataria de los objetivos y del contexto en donde se lleva a cabo la intervención (Gonzalez; Fernandez; Secades Villa, 2002).

Aumentar la motivación de los padres para colaborar en los programas de prevención es un objetivo esencial.

Hay una demanda creciente por parte de los padres y educadores, de información acerca de situaciones de consumo adolescente y de cómo actuar al respecto. Suelen ser demandas de asesoramiento y orientación para abordar situaciones concretas de consumos de drogas y conflictividad en grupos de menores. Aunque la solicitud de información y orientación se refiera a los consumos específicos de sustancias, hay otros aspectos que coinciden en mayor o menor medida y que resultan ser objeto prioritario de atención como son los problemas comportamentales; escasa asunción y control de normas, comunicación familiar conflictiva, actos delictivos, carencias de recursos personales y de competencias

sociales, ocupación inadecuada del tiempo libre, dificultades formativas profesionales (Gonzalez; Fernandez; Secades Villa, op cit).

Si bien se mencionó que uno de los escenarios principales para la prevención es la familia; en la comunidad terapéutica elegida sólo se realizan actividades preventivas en ámbitos escolares y ocasionalmente. El objetivo es informar a los estudiantes acerca de las drogas, sus efectos y consecuencias. Se lleva a cabo a través del desarrollo de actividades con contenidos específicos o juegos.

Conclusión.

Finalizar esta tesina de residencia, implica resaltar dos aspectos fundamentales de esta experiencia práctica llevada a cabo en una Comunidad Terapéutica. Por un lado lo referente a lo profesional, y por otro lo personal.

En cuanto a lo estrictamente profesional, ya sea por la experiencia basada en las trescientas veinte horas de práctica llevadas a cabo en la institución, y también por el relevamiento bibliográfico, se destaca el rol fundamental que tiene la inclusión del grupo familiar en el tratamiento de recuperación del adicto.

La familia del adicto es de alguna manera “adicta a la adicción del paciente”, y sostiene, como grupo disfuncional, esta patología, mediante características inadecuadas, que convierten al paciente en un verdadero emergente de un grupo que está enfermo.

Entonces se infiere que es de vital importancia no solo tratar al adicto en forma individual, sino realizar un abordaje terapéutico de la familia lo cual produce una reorganización familiar para estos casos.

Si bien en un apartado del trabajo se ha mencionado el porque es eficaz la terapia familiar, solo se indica en función de la teoría ya que corroborar la eficacia en la práctica es algo pendiente aún, debido a que se han observado casos aislados sin hacer un seguimiento en particular ni un estudio sobre la eficacia.

Con respecto a la colaboración de las familias resistentes se sabe que si bien hay una serie de técnicas y estrategias para aumentar la participación, se asume que hay muchas variables externas que entran en juego y por ende no siempre es posible cumplir con los objetivos fijados. Cuando se habla de variables externas se hace referencia a motivación y

grado de compromiso del paciente y de la familia con respecto al tratamiento, posibilidades económicas para poder asistir a los grupos y posibilidades de horarios.

A lo largo del presente trabajo, la búsqueda de una apoyatura teórica que lo sustente se ha visto dificultada ya que los temas que se encontraban eran aislados, por un lado adicción por otro lado comunidad terapéutica y por otro familia, es por ello que se ha intentado a través de un minucioso trabajo de elaboración integrar todos los temas con el fin de comprender el abordaje familiar en una comunidad terapéutica. Cabe destacar que no sólo se ha utilizado bibliografía actual sino también clásica y esencial ya que se parte de la premisa que si bien es fundamental actualizarse no todo lo nuevo es superior.

El abordaje de la familia de adictos adolescentes, se rescata como eje fundamental ya que no solo apunta a eliminar la adicción existente sino también a prevenir problemas futuros. De alguna manera la intervención familiar va unida con la prevención debido a que las conductas abusivas, según Cancrini (1991) características de la población dependiente de drogas, se expresan muchas veces a través de actos delictivos, violencia, prostitución, alteración del rendimientos escolar y productivo; como así también viviendo en una cotidiana crisis en los vínculos familiares y sociales.

En contraste con el tratamiento de la familia de adictos adultos, el de adolescentes involucra una etapa evolutiva diferente; en vez de procurar una separación normal entre el paciente y los padres, la familia se conserva intacta y se efectúan desplazamientos dentro de la composición dada.

En función de las características de la familia del adicto mencionado en uno de los apartados de la presente tesina, uno de los autores que desarrolla el tema hace hincapié en que el adicto tiene una dependencia a las drogas que va acompañada de una dependencia

familiar. Se cree que existe una estrecha relación con lo cultural ya que de acuerdo a lo observado muchas veces se produce el abandono del hogar.

Otro aspecto a concluir de acuerdo a lo observado, es que las técnicas utilizadas en el abordaje terapéutico se flexibilizan notoriamente de acuerdo a las características del paciente y de su grupo familiar. Es una muestra clara de que no es el paciente quien se debe adaptar a un marco teórico, sino este último a las posibilidades del individuo.

Uno de los interrogantes que aún queda planteado se refiere al porcentaje favorable que se produce en la rehabilitación y por ende en la reinserción social. Se sabe que la pasantía es limitada con respecto al tiempo y que los tratamientos sobre todo de internación suelen ser prolongados, es por ello que no se conoce cuales de los casos observados lograron la recuperación e inserción.

Otro interrogante que también queda, tiene que ver con la importancia y la participación que le dan otras comunidades terapéuticas a la familia, pero ¿esto sucede en otras comunidades?, o ¿sólo queda en las palabras la importancia de la participación familiar?

Referente al terreno personal, sucede que una vez en la práctica, se encuentran cantidad de variables que no se observan en la teoría universitaria.

Al traspasar las puertas de la comunidad, las enseñanzas bibliográficas y teóricas se complementan con la observación de la realidad.

Es llamativo y gratificante observar como personas con redes sociales deterioradas, logran a través del tratamiento, la contención y el diálogo la expresión de sentimientos auténticos que contribuyen a la recuperación, no solo en lo referente a la adicción sino también en lo que hace a una verdadera reinserción social.

Por momentos se piensa que lo distinto se encuentra muy lejano, y que jamás nos alcanzará, sin embargo las causas de las adicciones, están íntimamente relacionadas con lo que muchas veces se olvida, como el comunicarse, entenderse, expresarse y tener permiso de sentir. Como recalcó Yaria (1990) “la palabra adicto proviene de a-dictum; lo no dicho, lo que está por decirse”. Cuando se reflexiona sobre ello, se entiende que estos pacientes no están tan distantes de uno mismo, y cuando se observa que su recuperación está ligada a cuestiones aparentemente tan sencillas como el amor, la pertenencia, y el diálogo, no queda menos que reflexionar al menos un momento sobre nuestras verdaderas necesidades y las de aquellos que amamos, y preguntarnos si tal vez, en esta carrera desenfrenada de lo cotidiano, estamos dejando de lado lo esencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Psychological Association (2002) Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. México: El Manual Moderno.

Andolfi, M. Zwerling, I. (1980) *Dimensiones de la terapia familiar*. Barcelona: Paidos.

Becoña, E. (2002) *Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas*. En Gonzalez, A. Fernandez, J. Secades Villa, R. (2002) El papel de la familia. Factores de riesgo. *Proyecto Hombre*. (46) 27-38.

Brostow, C (2002) *Drogadependencia*. Esa es tuya. Revista Programa Andrés. 1 (3), 21.

Cancrini, L. (1991) *Los temerarios en las maquinas voladoras*. Buenos Aires. Nueva Visión.

Castro Solano, A. (Julio del 2001) *¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?* “Fundamento y eficacia de la psicoterapia”. Universidad Do Sul Santa Catarina (Brasil).

Clayton,R (1992) *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. En Glantz & Pickens (Eds), *Vulnerability to drug use* (p 15-51). Washington D: American Psychological Association.

Fishman, CH. (1988) *Tratamiento de adolescentes con problemas: Un enfoque de terapia familiar*. Barcelona: Paidos.

Gonzalez, A. Fernandez, J. Secades Villa, R. (2002) *El papel de la familia*. Factores de riesgo. *Proyecto Hombre*. (46) 27-38.

Gotti, E. (2000) *La comunidad terapéutica*. Un desafío a la droga. Buenos Aires: Nueva Visión.

Grimson, W.R. (1999) *Sociedad de adictos*. Buenos Aires: Planeta.

Guajardo, H. Kushner , D (2004, Agosto) *La reeducación de la familia en el proceso de rehabilitación de los trastornos adictivos*. Recuperado de: http://www.trad.cl/publi/la_reeducacion_de_la_familia_en_.htm.

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

Jessor- Jesor R. (1977) *Problem Behavior and Psychosocial Development*. New Cork: Academia Press.

Katz, L. y Gottman, J.(1993) Paterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. New York: Developmental Psychology.

Minuchin, S. (1974). *Familia y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. Fishman, CH. (1981) *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidos.

Minuchin, P. Colapinto, J. Minuchin, S. (1998) *Pobreza institución y familia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Navarro Góngora, J. Beyebach, (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidos.

Pichot, P, Lopez –Ibor Aliño, Valdes Miyar .M. (1995) *Manual diagnostico y estadístico*. *Barcelna.Mason*.

Schmidt, V. (2001) Recursos para el afrontamiento de eventos vitales estresantes en familias de drogadependientes. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*. 11 (1) 76-87.

Secades; Fernadez; (2002) *Intervención familiar en la Prevención de la Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.

Simon. F, Stierlin. H, Wyne. L. (1984) *Vocabulario de terapia familiar*. Barcelona. Gedisa.

Sosa, A. (2000) *Drogadicción: Orientación y prevención en la familia*. Uruguay. Psicolibros.

Sosa, A. (Mayo del 2003) *Grupos Multifamiliares*. Congreso Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina.

Stanton, M. D. Todd y Cols, T (1999) *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.

Turturo, V (2004) *Grupo Red*. Esa es Tuya. Revista Programa Andrés. 3 (4) ,19.

Vinogradon, S. Yalom, I.D. (1989) *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidos.

Whitaker, C. (1991) *El crisol de la familia*. Bs.As: Amorortu.

Yaría, J.A. (1990) *Tóxicodependencia: Asistencia y prevención*. Buenos Aires: Nadir.

Yaría, J.A. (1999) *Drogas, postmodernidad y redes sociales*. Buenos Aires: Lumen

