



**UNIVERSIDAD
DE PALERMO**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Integración

“La familia del adicto en rehabilitación”

Autor: Massara, Fiorella

Tutora: Lic. Pfefferman, Rosa

INDICE

1. INTRODUCCION.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 ADICCION A LAS DROGAS Y DEPENDENCIA.....	6
2.1.1 Drogas, Efectos y Consecuencias.....	7
2.1.2 Teorías y Modelos que explican la drogadicción.....	8
2.1.3 El Adicto.....	11
2.2 COMUNIDAD TERAPEUTICA.....	12
2.2.1 El Proceso de Rehabilitación dentro de la C.T.....	13
2.2.2 Comunidad Terapéutica	15
2.3 EL IMPACTO DEL ABUSO DE DROGAS EN LA FAMILIA.....	16
2.3.1 Características Familiares.....	17
2.3.2 Familia como Factor de Riesgo y Protección.....	18
2.3.3 Terapia Familiar.....	19
3. METODOLOGIA.....	24
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	24
3.2 PARTICIPANTES.....	24
3.3 PRODECIMIENTO E INSTRUMENTOS.....	24
4. DESARROLLO.....	25
4.1 PRESENTACION DEL CASO.....	25
4.1.1 ENTREVISTA DE ADMISION.....	26
4.1.2 TRABAJO TERAPEUTICO CON N.....	27
4.2 TRABAJO TERAPEUTICO CON LA FAMILIA.....	32
5. CONCLUSION.....	48
6. BIBLIOGRAFIA.....	53

1. INTRODUCCION

En el presente trabajo se realiza la descripción de un caso de un paciente internado en una comunidad terapéutica y la participación de su grupo familiar, a partir de la experiencia de pasantía en la Comunidad Terapéutica.

La pasantía se realizó como requisito de la materia Práctica y Habilitación Profesional V de la Universidad de Palermo. A partir del recorrido teórico se intentará abordar la teoría sobre la problemática de la adicción y la experiencia adquirida a través de la pasantía realizada de manera integrada, otorgándole a dicho trabajo un marco teórico-científico y a su vez, que el mismo sirva como soporte a las intervenciones llevadas a cabo.

El trabajo terapéutico y la forma de abordar la problemática dentro de la comunidad es acorde a cada caso y a las características de cada paciente. Para ello, el staff que allí se desempeña realiza Entrevistas de Evaluación, Entrevistas Psicológicas, Entrevistas Psiquiátricas, Entrevistas Familiares y/o Vinculares, como también, Grupos Terapéuticos, Terapias Individuales, Internación, Talleres de Capacitación.

La práctica tuvo un promedio de veinte horas semanales, alcanzando las trescientas veinte horas en el transcurso de cuatro meses aproximadamente.

Las actividades llevadas a cabo dentro de la comunidad incluían desde la lectura de las historias clínicas para un mayor conocimiento de los pacientes, como también la posibilidad de entrevistarlos para sumar información a las mismas. Inicialmente el acceso a los Grupos Terapéuticos era mediante el modo de observación, y con el transcurso de las semanas, se comenzó a tener participación activa en los mismos bajo la coordinación del Psicólogo a cargo de dicho grupo.

El trabajo llevado a cabo en los Grupos Terapéuticos, incluía desde la toma de notas relevantes para volcar al Libro de Guardia con el cual la Comunidad realiza un seguimiento diario de cada uno de sus pacientes, como también, la posibilidad de realizar ciertas intervenciones terapéuticas supervisadas por el profesional responsable de dicho grupo, el operador terapéutico.

Se participó de varias entrevistas de Admisión, tanto con el paciente que iba a realizar su posterior internación, como también con la familia y/o red que lo acompañaba en dicho momento.

Se realizaron informes mensuales de algunos pacientes que se encontraban en tratamiento, teniendo en cuenta las distintas áreas que lo conforman (la parte individual, la relación con sus compañeros, la relación con su familia, las salidas, etc.).

Se participó también del Grupo de Padres, el cual se realiza una vez por semana y al que concurren los padres de aquellos pacientes que alcanzan la etapa ambulatoria de su tratamiento; donde se trabaja la importancia de la atención y apoyo por parte de la familia.

Durante todo el período de la Práctica, se tuvo contacto directo con los pacientes de la comunidad, lo que favoreció a un mayor conocimiento sobre las normas y reglas sobre las cuales se organiza su internación, como así también, al enriquecimiento sobre las actividades diarias dentro del lugar y la forma en que se relacionan como grupo.

Se participó también de las reuniones de Equipo realizadas una vez por semana, en las cuales participaba la Directora de la comunidad; y en las cuales el staff trabajaba en función de las problemáticas que se debían resolver, se evaluaban las salidas para el fin de semana solicitadas por los pacientes, y se tomaban medidas educativas en casos particulares.

A partir de todo lo observado durante la asistencia a la comunidad se realizó la elección del tema que trataremos en dicho trabajo final de integración:

La familia del adicto en rehabilitación.

Para comenzar se hará un recorrido por los principales conceptos teóricos que den sustento al trabajo llevado a cabo, se continuará con el desarrollo de cada uno de los objetivos y al finalizar, se realizará una conclusión a modo de reflexión sobre lo expuesto en el trabajo.

El objetivo general

- Describir la importancia de la participación familiar en el tratamiento de un paciente internado en la Comunidad Terapéutica para la rehabilitación de drogadependientes .

Objetivos específicos

- Describir la situación familiar previa a la internación y la situación familiar actual del paciente "N".
- Describir como es el trabajo terapéutico que se lleva a cabo con la familia del paciente "N" durante el periodo de internación.
- Describir cuales fueron los cambios producidos en el paciente "N" durante su tratamiento hasta alcanzar la etapa ambulatoria.
- Describir como es el abordaje terapéutico con la familia del paciente una vez que él mismo regresa a su hogar.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ADICCIÓN A LAS DROGAS Y DEPENDENCIA

De acuerdo a la clásica definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por droga aquella sustancia que introducida en el organismo, puede modificar funciones de éste (Kramer y Cameron, 1975) y por abuso de droga cualquier sustancia que al ser consumida, altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral (Schukit, 1995).

Tal como sostiene el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) la drogadicción se considera una enfermedad del cerebro porque produce cambios en la estructura y en el funcionamiento del mismo. Si bien es cierto que en el caso de la mayoría de las personas la decisión inicial de tomar drogas es voluntaria, con el tiempo los cambios en el cerebro causados por el abuso repetido de las drogas pueden afectar el autocontrol y la habilidad del usuario para tomar decisiones sensatas, al mismo tiempo que envían impulsos intensos de usar drogas.

Debido a estos cambios en el cerebro es muy difícil para el drogadicto lograr dejar de abusar de las drogas, ya que, tal como sostiene el médico psiquiatra Eduardo Kalina (2006), la palabra adicto remite a la Antigua Roma, en donde cuando un sujeto no podía pagar una deuda entregaba su vida como adicto, es decir como esclavo. Para el médico psiquiatra, igual destino tiene quien recurre a la droga, -que etimológicamente significa mentira, embuste, cosa de mala calidad-, porque mediante la automedicación, en lugar de liberarse, se vuelve drogodependiente.

Según el DSM - IV la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Se establece a partir de lo expuesto y de acuerdo a la definición planteada por la OMS, que la dependencia, da lugar a una pérdida total de la libertad, pues la persona se encuentra supeditada, controlada, en definitiva, esclavizada por la sustancia psicoactiva;

en otras palabras: la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2001).

2.1.1 Drogas, Efectos y Consecuencias

La mayoría de los estudios indican que los jóvenes generalmente se inician en el consumo de drogas sobre los 12 o 13 años, siendo su inicio las drogas legales como el tabaco y alcohol, pasando luego al consumo ilícito (Becoña, 1999). Más allá de lo que indican la mayoría de los estudios, no puede afirmarse que el fumar y beber a edades tempranas, sea más tarde la causa del consumo de drogas ilegales (NIDA, 1997); esto es, sin duda, una probabilidad que aumenta.

Rossi (2008) explica que, aunque los efectos que producen al principio las drogas pueden resultar satisfactorios y placenteros, los resultados a largo plazo suelen incidir en el mal funcionamiento de los sistemas corporales. El sistema inmunológico se daña dando paso a la vulnerabilidad de posibles infecciones. Distintas drogas como la cocaína, el cannabis, las drogas de diseño como el éxtasis o el LSD, son sólo algunos de los ejemplos del gran abanico de sustancias ilegales que provocan daños físicos y orgánicos en los adictos.

Rossi (2008) sostiene además que, no se pueden dejar de lado el alcohol o el tabaco, porque aunque estos gozan de amparo legal y están inmensamente socializados, sus efectos también resultan muy agresivos con la salud.

Es sabido que la drogadependencia produce alteraciones no deseables de la homeostasis psicofisiológica; y que el drogadependiente sufre consecuencias relacionadas con ella (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2001).

- I. **Reacciones antisociales:** el adicto vive por y para la droga; y hará todo aquello que le sea posible para conseguirla, sin reconocer límites morales. De esta forma es que se tornan frecuentes los robos, el aumento de la agresividad, conflictos familiares y laborales y hasta posibles suicidios.
- II. **Síndrome de déficit de actividad:** se presenta con indiferencia, cansancio o interrupción de la actividad motora como también disminución o

pérdida de las capacidades cognitivas (deterioro intelectual), apatía, pasividad, aislamiento, abulia, etc.

- III. **Riesgo de escalada:** cuando se consume de manera abusiva y/o frecuente alcohol y/o cannabis (mal llamadas drogas blandas), existe el riesgo ampliamente comprobado de iniciarse en consumo de otras drogas como la cocaína, la heroína, etc. La peligrosidad del alcohol y el cannabis, además de sus propios efectos, reside en que son una “puerta abierta” hacia las drogas duras. En situación de intoxicación, con de alcohol o de cannabis, las capacidades cognitivas, volitivas están disminuidas y limitadas, lo que hace mas incapaz a la persona de negarse a consumir otra droga. Por lo tanto, el término escalada refiere a aquellos factores psicológicos y sociales y no a factores químicos o físicos.
- IV. **Riesgo de recaída:** existe gran consenso en relación a que el consumo de las mal llamadas “drogas blandas” (p. ej.. alcohol) durante periodos de abstinencia de otras drogas (luego de una desintoxicación por ej) es un factor de riesgo importante de recaída.

2.1.2 Teorías y Modelos que explican la drogadicción

Al realizarse una profunda revisión de la bibliografía sobre el tema del uso de drogas, es posible señalar que la misma fue evolucionando de manera considerable hacia nuestra actualidad. Se han incrementado nuevas y distintas variables, nuevos factores que se relacionan e implican en el consumo y se han distinguido desde factores biológicos, individuales, familiares hasta sociales (González Galleja y García-Señorán, 1996).

Inicialmente, el uso de las sustancias se explicaba utilizando variables individuales, se trataba la problemática desde una perspectiva medica, desviacionista. Posteriormente, se incluyeron variables de carácter social en la conducta del consumo, entre las que se es posible mencionar: el rol de los padres, de los hermanos, los amigos y otros tantos factores que, lo que posibilitan es afirmar que además se trata de un fenómeno con fundamentos sociales. Este notable avance en la literatura, explica de cierta forma, la gran cantidad de modelos propuestos para explicar el desarrollo de los trastornos por abuso de sustancias que oscilan desde explicaciones biológicas a espirituales y desde lo intrapersonal a lo sociocultural (Becoña, 1986).

Aquellas teorías que incluyen factores biológicos sostienen la existencia de cierta anomalía biológica pre-existente o inducida ya sea de naturaleza química o fisiológica. Las teorías genéticas explican que la dependencia a las drogas es una tendencia hereditaria hacia la dependencia en general o hacia una sustancia puntual como puede ser el alcohol o alguna medicación (Becoña, 1999).

Dentro de la gran variedad de teorías psicológicas que intentan explicar la dependencia a las drogas, se menciona la existencia de una autoestima baja o una imagen de sí mismo pobre como un factor que contribuye al consumo. Podría decirse que a algunos individuos, el consumo de drogas los hace sentirse capaces para enfrentar a distintas tensiones a lo largo de su vida (Becoña, 1999).

Otras teorías sostienen que algunos individuos comienzan con el uso de drogas por el deseo de experimentar y por la curiosidad acerca de los efectos que las mismas producen; y continúan luego con el consumo por el efecto placentero que les produce o por temor a abandonarla. Es decir, que se convierten en adictos psicológicamente en el proceso de tomar la droga y el efecto que la misma provoca (Becoña, 1999).

Las teorías sociológicas mencionan a ciertos factores del ambiente propio del individuo que contribuyen al consumo de drogas. Por ejemplo, si los padres u otras personas importantes en su vida abusan de drogas, el joven tiende a tomar como modelo de conducta aquello que ve dentro de su hogar (Becoña, 1999).

Los factores sociales como la edad, el sexo, la clase socioeconómica, la religión o el origen familiar, el tipo de familia y el vínculo entre sus miembros influyen directamente en la posibilidad de que un individuo se inicie en el consumo de sustancias (Becoña, 1999).

También, las teorías culturales sostienen que las actitudes colectivas hacia el consumo de drogas (consumo en ambientes sociales, por ejemplo), juegan un papel importante en la formación de la conducta individual respecto de las drogas (Becoña, 1999).

Entre los mecanismos psicológicos, algunas hipótesis aseguran que individuos con una personalidad lábil, poco estable y muy permeable hace que traten de imitar la conducta de aquel individuo o a un grupo de individuos al que se siente identificado, esto demuestra una baja auto estima (Becoña, 1999).

Un malestar psíquico con una gran carga de angustia podría ser un elemento desencadenante en la experimentación y posterior uso de sustancias. La falta de esperanza u objetivos claros, con un sentimiento de tristeza, depresión y dificultades en el pensamiento (Becoña, 1999)

En el campo de las drogodependencias (Casal, 2009) encontramos varias teorías ya que se trata de un tema complejo, que no admite una respuesta simple porque hay inmersos múltiples factores como los anteriormente mencionados; pero la familia consideramos, representa el vinculo mas importante ya que se trata del espacio donde el individuo aprende a convivir y a relacionarse con los demás.

El proceso de socialización es fundamental para la vida de cualquier individuo, para que pueda hacerse humano en el grupo cultural en el que ha nacido. Muchos de los modelos y teorías psicológicas para explicar el consumo de drogas parten del proceso de socialización como elemento central (Becoña, 2007). Dentro del consumo de drogas se ha estudiado especialmente el papel de la familia.

Los modelos de familia consideran que el consumo de sustancias, como así otros tipos de problemas, son una expresión de conductas inadaptadas por parte de los miembros de una familia, que generan una disfunción en el sistema familiar, y también, que la conducta de consumo cumple una función importante dentro del sistema ya que lo que permite es enfrentarse a estresores internos o externos o mantener otros procesos que se han establecido en la organización del sistema.

Los primeros estudios sobre familia y abuso de drogas se centraron en el vínculo entre la madre y sus hijos con problemas con drogas, como también en la ausencia o falta de participación de los padres (Becoña, 2007). En un estudio realizado por Fort (1954) se observó que estas madres eran sobreprotectoras, controladoras y que estaban dispuestas a hacer todo por sus hijos, pero sin permitirles su independencia. También encontró que había gran ausencia de la figura del padre; como también otros estudios,

por ejemplo los de Alexander y Dibb (1975) han apuntado la presencia de un padre autoritario o distante (Becoña, 1999).

Algunos autores han observado que muchas veces el consumo de drogas era imprescindible para poder mantener el equilibrio en la interacción de los miembros de la familia, como una forma de resolver la desorganización previa en el sistema familiar. Desde esta visión, se desprende que la familia, muchas veces traslada sus problemas sobre el joven que abusa de drogas, pasando a ser el centro de todos los problemas (Kaufman, 1994).

El *modelo estratégico* considera los problemas como un síntoma y como una respuesta a una interacción familiar que es disfuncional. Se sostiene que la manera en que la familia intenta resolver sus problemas es de gran interés, ya que las soluciones intentadas ineficaces pueden incrementar el problema o bien, convertirse en sí mismo en un problema más grave. Las familias actúan de la manera en que lo hacen porque creen que lo hacen bien, o porque desconocen otras maneras de actuar (Marcos Sierra y Garrido Fernandez, 2009).

En el modelo de trabajo de Stanton y Todd (1982) definido como *estructural-estratégico*, señalan que mediante el consumo de drogas el adicto no está totalmente dentro ni totalmente fuera de la familia. Es mimado cuando está dentro y se le hecha la culpa a la droga cuando está fuera. Se lo considera competente dentro de un marco de incompetencia como es la droga (Stanton y Todd, 1989).

Dentro de la orientación familiar se entiende que el consumo de sustancias es como una forma de bloquear un claro proceso de diferenciación. La adicción lo que le permite al núcleo familiar en realidad, es no modificar excesivamente su funcionamiento (Becoña, 1999).

2.1.3 El Adicto

El adicto crea una barrera psicológica que le sirve para no conectarse con sentimientos displacenteros. No permite que lo invada el dolor, pero de esta forma, también impide sentir la verdadera alegría o el amor. Rossi (2008), sostiene que es por esto que el adicto busca sentir grandes emociones; el “flash de la cocaína” por ejemplo.

Sólo este tipo de actividades le garantizan sensaciones que pueden traspasar ese umbral logrado por aquella barrera.

En su omnipotencia, el adicto cree que nadie es capaz de sentir como siente él, pero, sin embargo, el desajuste emocional que sufre no le permite ver que de la única forma en la que es capaz de sentir alguna clase de placer es mediante el consumo de la droga (Rossi, 2008). Sin la droga afloran en él la inmadurez afectiva, las demandas desesperadas, la incapacidad afectiva de tolerar la frustración y la necesidad de satisfacciones inmediatas. El adicto, sostiene Rossi, se siente fracasado, rechazado, despreciado.

En la mayoría de los casos, cuando el adicto se acerca a la Comunidad Terapéutica viene huyendo, culpabilizado, desalineado, golpeado, y en muchos casos, con el sentimiento de ser un fracasado, porque ya ha pasado por varios intentos de tratamiento. Su familia también se siente cansada, muchas veces fracasada y frustrada (Goti, 2000).

El adicto se siente un inútil, no terminó nada de lo que emprendió, su autovaloración es nula, cuenta con fracasos escolares, laborales, peleas familiares, problemas con la autoridad (Goti, 2000).

Se considera que un residente en C.T, que viene de vivir huyendo de todo, que se siente incomprendido y que siempre intentó evadir la realidad drogándose decide quedarse y permanecer en la Comunidad por el amor que recibe de sus pares (Goti, 2000).

2.2 COMUNIDAD TERAPEUTICA

La Comunidad Terapéutica es un modelo de tratamiento residencial para la rehabilitación de adictos a las drogas. Es fundamentalmente una estrategia de autoayuda, que comenzó siendo independiente de la psiquiatría, la psicología y la medicina. En la actualidad, la C.T incluye un amplio abanico de servicios (Goti, 2000). Dentro de los servicios se encuentran aquellos que están a cargo de los profesionales de la salud: psicólogos, médicos psiquiatras, asistentes sociales, operadores terapéuticos (generalmente adictos rehabilitados entrenados para el trabajo profesional) (George De León, 2004).

Una Comunidad Terapéutica basa la recuperación del paciente en un aprendizaje social. Se la considera un sistema social porque reemplaza a la familia, oficia de familia sustituta, de grupo primario. Funciona como un sistema de trabajo, todas las tareas se realizan en conjunto entre los residentes, se colabora con la reorganización personal, se modifica la autoimagen y se trabaja en la aparición de la autoestima (Cancrini, 1991).

El tratamiento que se lleva a cabo dentro de una C.T es activo, voluntario y sin drogas. Se busca la madurez individual del adicto, que logre convertirse en un miembro activo, útil, productivo de esa microsociedad que es la comunidad, para que luego, traslade lo aprendido a la sociedad exterior (Goti, 2000).

2.2.1 El Proceso de Rehabilitación dentro de la C.T

Más allá de cuál sea el modelo teórico sobre el cual se apoya el tratamiento, todas las comunidades lo definen en fases o momentos a través de los cuales los residentes deben transitar en el proceso de “crecer” (Goti, 2000).

El abordaje cognitivo aplicado al abuso de sustancias tiene como finalidad ayudar a los individuos a luchar con aquellos problemas que les producen angustia y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y/o alivio del malestar (Beck, Wrigth, Newman y Liese, 1999).

Algunas estrategias cognitivas se emplean con el fin de aliviar sus impulsos y al mismo tiempo, para establecer un sistema más fuerte de control interno. El objetivo es reducir la presión e incrementar el control y dentro de las comunidades terapéuticas, puede llevarse a cabo mediante varias formas (Beck, Wrigth, Newman y Liese, 1999):

- ✓ Ayudar al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que llevan al abuso de drogas para poder evaluar las creencias básicas acerca del valor que tienen las drogas para él.
- ✓ Entrenar al paciente para que evalúe y considere las formas en que sus pensamientos erróneos le provocan ansiedad y angustia. El terapeuta lo ayuda a modificar dicho pensamiento para que pueda lograr una mayor comprensión de los problemas reales.

- ✓ Con la aplicación de las herramientas aprendidas a lo largo del tratamiento, el paciente se entrena para construir un sistema de controles y poder aplicarlos cuando se enfrente con sus impulsos de consumir.
- ✓ Se trabaja para estructurar la vida del paciente y pueda disponer de otras formas de placer.
- ✓ Al tratarse de pacientes con baja tolerancia a la frustración, el trabajo es hacerles notar cómo sus actitudes contraproducentes acerca de sí mismo y de sus capacidades, lo llevan a reaccionar de forma desmedida cuando encuentra obstáculos, impedimentos, etc.. El trabajo es demostrar que los obstáculos deben ser resueltos y no creer que son barreras inamovibles.
- ✓ Fomentar la confianza en sí mismo y en el tratamiento.
- ✓ Trabajar sobre las emociones ya que, al estar asociadas con pensamientos o creencias automáticas, se le debe enseñar al paciente a ser más consciente de dichos procesos, evidenciando que están asociados a su vida emocional. Los pacientes que abusan de drogas, no son conscientes del procesamiento cognitivo que precede a una emoción particular como la ira, la ansiedad o la tristeza. El trabajo, es ayudarlos a reconocer sentimientos que, durante sus años de consumo, no se permitieron reconocer.

Las estrategias se irán implementando a lo largo del tratamiento de acuerdo a la etapa en la que el paciente se encuentre, ya que dependerá de su posibilidad de madurar internamente en todas las áreas que lo conforman.

El primer momento del tratamiento se conoce con el nombre de Admisión, es la etapa de la motivación, de los primeros contactos con la institución. El candidato debe manifestar su intención y decisión de quedarse, por lo que pone a prueba su motivación. En este periodo también se realizan los estudios necesarios para determinar si el candidato reúne el perfil requerido de acuerdo a los criterios de selección de la institución (Goti, 2000).

Una vez admitido, el residente se adaptará con mayor o menor rapidez y con mayor o menor facilidad; pero deberá aceptar las normas de la C.T.. De esta manera, logrará cambios en su conducta, en su lenguaje, en su aseo, aprenderá a familiarizarse con la institución. Si se han logrado estos cambios, si el residente da muestras de que se ha integrado en el grupo, se evalúa la posibilidad de pasarlo de fase (Goti, 2000).

La fase de Tratamiento es la etapa del cambio y del crecimiento. El residente se encuentra entrenado en las normas y valores de la casa, y se inicia en el camino más difícil: el de enfrentarse consigo mismo. Aquí dependerá de él si quiere quedarse y profundizar o irse. Este proceso es muy difícil, aparecen sentimientos de culpa y de mucho dolor, pero existe el apoyo de sus pares que lo empujan para que se atreva a avanzar y sepa que es aquello que lleva dentro. Sus pares ya han pasado por esto, lo comprenden y no lo juzgan (Goti, 2000).

En esta fase, el aspecto laboral comienza a tomar más fuerza, más responsabilidad, pero también más presión. Su contacto con el mundo exterior va creciendo de manera gradual (Goti, 2000).

El equipo terapéutico evaluará cada una de las conductas, actitudes, compromisos, salidas y responsabilidades sostenidas del residente para determinar si está listo para “salir” a la sociedad y poner en práctica esos valores que ha ido incorporando (Goti, 2000).

Por último, la etapa de la Reinserción, es considerada la etapa de la realidad. Es la etapa más difícil en todo el tratamiento ya que el residente debe salir del medio de la comunidad, en el cual estaba protegido, donde era “alguien”, donde recibía el amor y la ayuda de sus pares a encarar el mundo exterior, que aun recuerda como hostil y difícil. Es además, el momento de reacomodaciones entre el residente y su familia, donde se pone de relieve lo individual y todo lo adquirido en el tratamiento, que debe ser acompañado por el reconocimiento de los adultos (Goti, 2000).

Cuando el residente llega al periodo de Graduación, lo vive como un momento de mucha tensión emocional, de mucho balance y de recuerdos, por eso, las C.T tienen en cuenta ciertos cuidados luego de la graduación, que incluyen sistemas de contención, asesoramiento, grupos de seguimiento para que el residente, si desea acercarse a pedir ayuda o apoyo, tenga la posibilidad de hacerlo (Goti, 2000).

2.2.2 Comunidad Terapéutica .

La CT elegida tiene por objetivo la promoción de la salud y la rehabilitación de personas con adicciones, ofreciéndole a éstas y a sus familiares ayuda terapéutica. La

meta es que las personas logren recuperar la confianza en sí mismas para vivir sin ningún tipo de dependencia o adicción .

Es la misión dar tratamiento a las personas que padecen una adicción a drogas y/o alcohol y a sus familias con el objetivo de tener una vida sana. Según la filosofía de trabajo , la adicción es el síntoma de un problema personal que hay que trabajar desde una acción educativa y terapéutica. Es por esto que se apunta al desarrollo integral de la persona en todos los ámbitos de su vida. Desde allí , se considera como un elemento indispensable para la continuidad de un tratamiento la motivación personal y el compromiso del residente con las normas planteadas por la institución, como así también, contar con un grupo familiar de referencia .

2.3 EL IMPACTO DEL ABUSO DE DROGAS EN LA FAMILIA

La familia es considerada como la principal instancia encargada del proceso de humanización de las personas. En ella se verifica la subsistencia en cuanto proceso biológico y también se construyen las bases de la personalidad. Es el grupo primario por excelencia, es el pilar fundamental del proceso de socialización-ideologización (Séñz Rojas, 2003).

La familia proporciona al individuo valores y normas para poder relacionarse con los demás, moldea en gran medida su comportamiento, es por eso que no puede dejarse de lado este contexto (Trujano, Montalvo Reyna y Tolentino, 2004).

Es un *sistema activo en transformación constante*, un organismo complejo que se modifica a fin de asegurar su *continuidad y crecimiento* psicosocial a los miembros que lo conforman. Este doble proceso, permite que la familia se desarrolle como conjunto pero al mismo tiempo asegura la diferenciación de sus miembros (Andolfi, Angelo, Mengui y Corigliano, 1995).

Cuando dentro de una familia hay presente algún tipo de trastorno, físico y/o psicológico que afecta a uno de sus integrantes, extensivamente afecta a todos los miembros del sistema, provocando distintas alteraciones en su funcionamiento. Dichas alteraciones comprenden: dificultad en la adaptación y reorganización de las demandas generadas por la situación, problemas derivados de la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas, la imposibilidad de mantener la autonomía e independencia

entre los miembros del sistema, gran sobrecarga emocional, física y económica. La familia del adicto en ocasiones mentirá por él, lo ocultará, pagará por él y otras tantas cosas como si quisiera evitar a toda costa que el adicto sufra las consecuencias de sus actos (Botella, 2007).

Por lo tanto, en el caso particular de la drogadicción, el apoyo a ofrecer no debe ser de índole individual, sino que se debe contemplar el contexto y los factores que rodean al individuo que, de alguna manera, influyen en su comportamiento; como así también, las conductas de este, influyen sobre el sistema familiar (Soria Trujano, Montalvo Reyna y Tolentino, 2004).

2.3.1 Características Familiares

Distintos autores han realizado varios estudios sobre las características familiares de los adictos a las drogas, encontrándose rasgos característicos comunes en la mayoría de ellos.

En el estudio de Stanton y Todd (1982) las conclusiones a las que arribaron luego de estudiar a las familias de los toxicómanos señalan que:

- ✓ Se trata de familias primitivas en la expresión del conflicto.
- ✓ Las alianzas dentro de la familia son explícitas y la familia se autocalifica como unida.
- ✓ Las madres de los adictos muestran prácticas más simbióticas de crianza, tendiendo a retener a sus hijos y a tratarlos como si fueran más jóvenes.
- ✓ El síntoma de la drogadicción proporciona una forma de pseudoindividualización en una familia que teme la separación de sus miembros.

Por otro lado, Espina y Begoña (1996) señalan un estudio de Friesen (1983) como patrones comunes los siguientes:

- ✓ Una relación emocional conflictiva de larga duración entre los padres.
- ✓ La presencia de un padre inafectivo y/o distante, mínimamente implicado con el drogadicto en un nivel emocional, y si está presente, implicado a través de afectos negativos.

- ✓ Padre dominante, emocionalmente inmaduro, conflictivo y ambivalente sobre el crecimiento, individuación y separación de su hijo.
- ✓ Clima de crisis emocional en la familia que es equilibrada por el drogadicto al distraer la atención de otros problemas.
- ✓ Límites difusos o borrosos en las distintas generaciones con presencia de alianzas patológicas entre padres e hijos.

Cancrini (1995), define a estas familias con las siguientes características:

- ✓ Insuficiencia grave, sobre todo por parte de los padres en lo que respecta a las actividades funcionales y expresivas, necesarias para asegurar un correcto desarrollo de la vida familiar.
- ✓ Labilidad de límites.
- ✓ La presencia simultánea en dos o más miembros de la familia de comportamientos problemáticos estructurados, estables en el tiempo.

2.3.2 Familia como Factor de Riesgo y Protección

Como el consumo de drogas no suele ir solo, sino que va unido a otras conductas problema conocer los factores de riesgo y protección es de gran relevancia para conocer y abordar la problemática de las drogodependencias y sobre todo, desde uno de sus elementos determinantes como son las familias (Becoña, 2003).

Rossi (1997) conceptualiza que un factor de riesgo no es un determinante por sí solo, sino que contribuye a aumentar la vulnerabilidad de caer en el consumo; por lo tanto deben ser tenidos en cuenta como un componente más de aquellos que aumentan el riesgo de caer en dependencia.

Como factores de riesgo familiares, Rossi (1997) refiere que están relacionados con las deficiencias en la comunicación entre padres e hijos, y con la incapacidad de los primeros para establecer pautas de comportamiento.

En uno de sus estudios, Clayton (1992) enumera, de manera genérica, algunos factores de riesgo: problemas económicos, ser hijos de padres con problemas de abuso de drogas, ser víctimas de abuso físico, sexual o psicológico, ser jóvenes sin hogar,

abandono de la escuela, jóvenes embarazadas, implicancias en actos delictivos y/o violentos, jóvenes con problemas de salud mental, jóvenes con intento de suicidio.

Pollar, Catalano, Hawkins y Arthur (1997) indican como factores de protección: el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar, la religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales, el apego a los iguales, la implicación escolar y comunitaria (Becoña, 1999).

Por lo tanto, se establece que la familia también puede actuar como un agente de protección, en la medida que implemente normas adecuadas, mantenga buenas relaciones interpersonales y brinde seguridad a cada uno de sus miembros (Becoña, 2003).

2.3.3 Terapia Familiar

Es sabido que existen diversos modelos de Terapia Familiar para aplicar al campo de las adicciones, cada uno con sus aportes y perspectivas diferentes han demostrado amplia eficacia en dicho ámbito; pero a los fines del presente trabajo, se revisará la Terapia Familiar Sistémica.

Cuando la familia se involucra voluntaria y activamente en el proceso terapéutico, está poniendo al servicio del familiar en rehabilitación todas sus potencialidades. Son familias que entienden al residente y sus circunstancias como parte constitutiva de sí mismas y como tal asumen las responsabilidades inherentes a la situación que les toca vivir (Goti, 2000).

En el campo de la Psicología, la Terapia Familiar Sistémica parte de la idea de que algunas interacciones familiares se correlacionan con la aparición de un síntoma -en este caso, la drogadicción- en uno de sus miembros; síntoma que funciona como mecanismo homeostático de las relaciones familiares y que pone de manifiesto que existe una disfuncionalidad que tal vez tenga que ver con el crecimiento de todo el sistema. La Terapia Sistémica se interesa por las conexiones entre las partes, y estudia el todo para comprenderlas, de esta manera puede entender que relaciones se mantienen entre los elementos y que patrones de comportamiento se establecen a través del tiempo (Wainstein, 2006). Para hacer funcional al sistema, es necesario que la familia entienda y asuma que debe formar parte del tratamiento.

Uno de los modelos más reconocidos en el campo de la terapia familiar es el *Modelo Estructural* creado por el médico argentino Salvador Minuchin. En el caso de las adicciones, para este modelo, son reacciones desadaptativas a los cambios evolutivos o ambientales. Se debe prestar atención al equilibrio de la organización familiar, analizando particularmente las dificultades de la jerarquía familiar y los problemas que resultan de fronteras inciertas entre los distintos subsistemas. La adicción, es vista como el síntoma de los problemas del sistema, que actúa desviando los conflictos familiares (Minuchin, 1974).

Dentro del Modelo Estructural de Minuchin (1990), hay tres conceptos que son claves: la estructura, los subsistemas y fronteras. La *estructura familiar* es el conjunto de demandas funcionales en que interactúan los miembros de una familia. La familia es un sistema que opera a través de pautas, las cuales al repetirse, establecen reglas y patrones que le dan una estructura determinada al sistema y definen de esa forma una gama de conductas y facilitan la interacción recíproca entre sus integrantes.

La familia es un continuo cambio, tanto en su historia como en su ciclo vital, pueden cambiar las formas de relación, o el modo, pero lo que no cambia es que esta conectada (a través de patrones de relación) como estructura necesaria para determinadas funciones, es decir, es un invariante (Wainstein, 2006).

Los *subsistemas* son la organización funcional de la familia y se relacionan con las funciones que deben cumplir juntos cada uno de los miembros (Wainstein, 2006). Minuchin (1990) los clasifica de la siguiente manera:

- a) Subsistema individual: incluye el concepto de sí mismo dentro del contexto, contiene los determinantes personales e históricos del individuo.
- b) Subsistema conyugal: se conforma por dos adultos de distinto sexo que aportan para la relación de pareja valores que sirven para la crianza de sus hijos.
- c) Subsistema parental: se forma por la pareja en relación con los hijos, desarrollándose la tarea de socialización de éstos.
- d) Subsistema fraterno: es la relación que se establece entre hermanos la cual tiene función dentro del ciclo vital.

Minuchin (1990) considera que, para que los subsistemas funcionen de manera exitosa es necesario que se encuentren protegidos por barreras invisibles llamadas *limites*, los cuales define como el conjunto de reglas o normas que designan quienes participan y de qué manera lo hacen en un subsistema determinado; es decir, definen los roles que tendrá cada uno de los miembros en relación con los otros. También sirven para proteger la diferenciación del sistema de subsistemas familiares. Los límites pueden ser de tres tipos: a) Claros: pueden definirse con precisión y permiten a los miembros del sistema el desarrollo de sus funciones sin interferencias, como también, el contacto con otros sistemas; b) Difusos: los miembros de la familia no saben con precisión quien debe participar, cómo y en qué momento; hay falta de autonomía entre los miembros del sistema; c) Rígidos: los miembros de la familia son demasiado independientes sin mostrar lealtad ni pertenencia. Es un factor de riesgo para la familia.

La estructura familiar, puede establecerse de acuerdo a la *Jerarquía* que se refiere a la manera en que se encuentra distribuido el poder dentro de la familia, lo que permite que al reconocer a una persona con esa autoridad, se dé cumplimiento de roles y funciones. Las *alianzas* son la unión de dos o más miembros de la familia con el fin de apoyarse sin estar en contra de nadie, mientras que las *Coaliciones* significan el apoyo que se establece entre dos o más miembros de la familia para estar en contra de otro.

Para Minuchin (1990), la familia deberá presentar límites claros, tanto al interior del sistema como al exterior; también habrá de presentar una jerarquía compartida por los padres con alianzas positivas alternadas entre todos los miembros del sistema. De esta manera se considera que la familia debe tener una estructura para que pueda llevar a cabo sus tareas y posibilitar la individualidad de cada uno de sus miembros, y también inculcar en ellos un sentido de pertenencia.

Desde este modelo, la intervención terapéutica es el fortalecimiento de los cimientos estructurales que permiten el funcionamiento familiar; logrando una jerarquía generacional adecuada, en donde los padres mantengan una unidad de liderazgo férrea y con fronteras claras, ni demasiado difusas, ni demasiado rígidas. Este tipo de planteamiento, es especialmente útil en el caso de las adicciones ya que frecuentemente se observa un funcionamiento familiar en donde existe la sobreimplicación de uno de los progenitores y el papel periférico del otro (Marcos Sierra y Garrido Fernández, 2009).

Otro aspecto teórico de gran importancia dentro de este modelo es el concepto de Ciclo Vital de la Familia, que se refiere al proceso de nacimiento, desarrollo y muerte del sistema familiar. El nuevo sistema deberá ir haciendo modificaciones en su manera de interactuar si es que quieren “sobrevivir” como un sistema diferenciado y lograr la homeostasis. En el caso de las familias con algún miembro drogadicto, reciben principalmente retroalimentación negativa; la conducta de la drogadicción puede ayudar a mantener la estabilidad de la familia (Minuchin, 1990).

Todas las familias deberán realizar cambios en el nuevo sistema y modificaciones en sus interacciones para lograr el equilibrio, que inevitablemente sufrirá presiones hacia otro cambio “natural”, es decir, hacia otra etapa del ciclo vital en donde habrá nuevas negociaciones, nuevos acuerdos. En las familias consideradas funcionales, el sistema es variable y flexible; y en el caso particular de un familiar adicto, se evidencia cuando la familia toma conciencia que debe formar parte del tratamiento, ya que se trata de una disfuncionalidad que tiene que ver con el crecimiento de todo el sistema (Soria Trujano, Montalvo Reyna y Tolentino, 2004).

Minuchin (2004) señala que el desarrollo de una familia transcurre en etapas en la cual hay periodos de equilibrio y adaptación; pero también hay periodos de desequilibrio. La consecuencia de estos es el salto a un estadio nuevo y complejo, en donde se elaboran tareas y aptitudes nuevas.

El proceso de llevar a cabo el Modelo Estructural en el trabajo con familias se desarrolla en varios pasos y es prioridad entender de qué modo la familia se ubica para lograr sus objetivos y poder encontrar junto a ellos una forma de ver como ir desde donde ellos se ubican, a donde ellos quieren estar (Wainstein, 2006).

El primer paso es abrirse a la presentación del problema o a la demanda de la familia. En general, en esta etapa, el problema siempre se reduce a un miembro de la familia, a una conducta o una cuestión que abarca sólo a una parte de todo el sistema familiar. El trabajo del consultor es ir descubriendo los comportamientos y pensamientos más complejos que son los que sostienen lo que aparece como problema en el miembro problema. Es la etapa en la que es necesaria la terapia familiar. Poder descentrar aquello que está focalizado en algo o en alguien se da por la capacidad del terapeuta de descubrir las competencias del miembro problema y las carencias en el

resto de la familia. Se explora el contexto, como participan los otros miembros de la familia. (Wainstein, 2006).

En el segundo paso, se intenta explorar que es lo que hacen los miembros de la familia para perpetuar el problema; el intento está en ayudarlos a que puedan ver como su accionar favorece el mantenimiento del problema, sin que eso provoque resistencia de su parte (Wainstein, 2006).

El tercer paso tiene como objetivo ayudarlos a tener una visión de cómo llegan a su situación presente con modos restringidos de valoración y apreciación de si mismos y de otros. A medida que el tiempo pasa, ya no es necesario mantener prejuicios acerca de explorar el pasado de los miembros de la familia. La cuarta etapa, se orienta a definir qué se quiere y quien está dispuesto a qué; ahora, el esfuerzo activo del terapeuta se desplaza hacia algo que debe ser llevado a cabo por la familia (Wainstein, 2006).

La posibilidad de analizar en forma conjunta al individuo sintomático y a su familia como dos entidades que están interrelacionadas continuamente, y en donde ambos dependen uno del otro para su crecimiento y funcionamiento, va a permitir comprender mejor su comportamiento y facilitar, en el caso particular de la adicción a las drogas de uno de sus miembros- su rehabilitación.

Goti (2000), sostiene que la participación familiar es sumamente importante ya que si el adicto se propone cambiar y trabaja para ello, pero la familia permanece moviéndose con el mismo patrón familiar, el éxito del tratamiento es poco probable.

Marcos Sierra, J. A y Garrido Fernández, M (2009), citaron la investigación de Ozechowski y Liddle (2000) donde se corrobora que: (i) Las terapias basadas en la familia con jóvenes drogodependientes logran mas éxito en conseguir comprometer a las familias en los procesos de tratamiento que las intervenciones estándar; (ii) La adherencia y permanencia al tratamiento es mayor en los programas terapéuticos que incluyen la intervención desde la perspectiva familiar; (iii) Los abordajes familiares consiguen reducir el nivel de consumo de drogas post tratamiento y a este respecto se muestran mas eficaces que la terapia individual; además las intervenciones basadas en la familia son igual de efectivas que los grupos de padres o la terapia familiar con una persona; (iv) La terapia familiar consigue mejorar de forma significativa el

funcionamiento en la familia (comunicación, ambiente, flexibilidad y disminución de conflicto).

El Dr. Lenin Torres García (2007), del Consejo Estatal contra las Adicciones de México sostiene que la familia es una parte elemental en la historia del uso y abuso de sustancias, en su detección, aceptación, orientación, canalización, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la abstinencia; así mismo disminuye o provoca recaídas, es entonces, un elemento clave en la generación y recuperación de la fármacodependencia. Así mismo sostiene que la recuperación de la familia del adicto es necesaria para sanar de manera integral todo el daño que se ha producido en el sistema familiar.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, estudio de caso único.

3.2 PARTICIPANTES

Se trabajó sobre el caso clínico del paciente –al que se ha decidido llamar N- el cual actualmente se encuentra en la “Fase Ambulatoria” de su tratamiento de rehabilitación de las drogas en la Comunidad Terapéutica y su familia quien lo acompaña durante todo el proceso.

3.3 PRODECIMIENTO E INSTRUMENTOS

Se utilizó la historia clínica del paciente, los informes mensuales referidos a su terapia individual y los informes de los Grupos de Familia a los que concurrieron sus padres desde el inicio de su internación a la fecha, con el fin de poder desarrollar los objetivos propuestos y alcanzados por todo el grupo familiar durante el proceso de internación.

Se utilizó además un registro de observaciones que fue confeccionado a lo largo de la participación en el grupo.

En el caso particular de los padres de N, haber tenido la posibilidad de coordinar el grupo al que concurrían una vez por semana y estar haciéndolo hasta la actualidad sumó el material mas importante para el desarrollo del presente trabajo.

Al tratarse de un paciente con más de un año de tratamiento, se describirá su caso a través de las etapas que establece la comunidad terapéutica elegida.

4. DESARROLLO

4.1 PRESENTACION DEL CASO

N hace su ingreso a la Comunidad Terapéutica con 31 años de edad. Se acerca al programa acompañado por su padre -al que se ha decidido llamar J- y su madre -a la que se ha decidido llamar S- de 53 y 49 años respectivamente. Los tres muy conmovidos por la situación que estaban por afrontar y entendiendo que es la familia quién proporciona al individuo valores y normas, como también es quién moldea su comportamiento, es muy característico en las familias que acompañan al familiar en cuestión, el sentimiento de frustración y angustia por no saber, en ese momento, en que se falló. Se produce un gran impacto en la familia tal como establecen Trujano, Reyna y Montalvo (2004).

La familia, está conformada por: N el mayor de sus hijos, otro hermano cuatro años menor y una hermana de doce años.

Su padre se desempeña como herrero y su madre en la actualidad se desempeña como peluquera, siendo ama de casa durante la adolescencia de N.

Padre de dos hijos, de seis y cuatro años, N se encuentra separado de la madre de los niños hace ya 3 años.

4.1.1 ENTREVISTA DE ADMISION

La presente información fue tomada de la historia clínica del paciente, en la que se vuelcan los primeros datos brindados por él al momento del ingreso a la comunidad y donde se incluye la información citada. Es de reconocida importancia la entrevista de admisión ya que como sostiene Goti (2000) en este período se realizan los estudios necesarios para determinar si el candidato reúne el perfil requerido de acuerdo a los criterios de selección de la institución.

N arriba a la institución por iniciativa propia, si bien se encontraba conmovido por la situación, refirió que necesitaba “*empezar un tratamiento en serio*” lo que es realmente importante, ya que la motivación es en la mayoría de los casos, el paso principal (Goti, 2000).

Los datos más relevantes de la primera entrevista son:

N se inició en el consumo a los 16 años, siendo su droga de inicio la marihuana teniendo una frecuencia de consumo diaria junto con el alcohol, particularmente cerveza, también de consumo diario (2 cervezas o más por día). A esa misma edad, conoce la cocaína, creándose una adición a la misma, siendo la frecuencia de su consumo diaria, generalmente por las noches.

Estos datos confirman los datos aportados por Martín del Moral y Lorenzo Fernández (2009) quienes refieren que el alcohol y la marihuana son “una puerta abierta” hacia la posibilidad de consumo de otras drogas, generándose lo que ellos denominan como “Riesgo de Escalada”.

A los 17 años hace abandono del colegio secundario, el cual había descuidado hacia ya un tiempo y se inicia en el consumo de LSD, con una frecuencia de consumo de una vez por semana (generalmente los sábados, cuando iba a bailar).

Al abandonar el colegio su padre lo lleva a trabajar a la herrería, refiriendo N que durante muy poco tiempo pudo sostener el trabajo, ya que faltaba mucho, discutía con su padre y “*no tenía ganas de laburar*”.

Refirió que no se cuidaba en las relaciones sexuales que mantenía con distintas mujeres y que en la mayoría de los casos, las mantenía bajo los efectos de las drogas.

Contó que nunca tomo medicación en referencia a su adición a las drogas, que nunca tuvo una sobredosis y tampoco intentos de suicidio. Previo a su acercamiento a la CT refirió haber tenido contacto con distintos psicólogos en forma individual, y haber

realizado dos tratamientos en un CPA que nunca fueron completados sosteniendo que lo hizo *“porque mis viejos y mi hermano me lo pedían, a mi no me importaba nada”*.

En lo referido al área judicial, N tuvo una causa por Intento de Robo de Automotor y Tenencia de Drogas, encontrándose la misma caducada.

De toda la información obtenida a partir de la primera entrevista con N, pueden verse cumplidos los criterios establecidos por el DSM IV para diagnosticar que cumple con el Trastorno por Abuso de Sustancias, como así también las reacciones antisociales resultado de su adicción tal como sostienen Martín del Moral y Lorenzo Fernández, (2009).

Luego de esta primera entrevista, la Directora de la Comunidad junto con el Operador Terapéutico informan a N y a su familia la consideración de una internación debido a la gran implicancia que tenía en el consumo y a la gran cantidad de años que llevaba su adicción. También se les informa a los padres que es importante que participen del “Grupo de Padres”, el cual se desarrolla una vez por semana. Es la participación de la familia uno de los pilares fundamentales dentro de un tratamiento para rehabilitación de drogas ya que como sostienen la mayoría de las teorías psicológicas el proceso de socialización primario se da dentro de la familia, por lo tanto, como sostiene Becoña (2007), no puede excluirse.

Esto es entendido por el paciente y su familia quienes aceptan firmar la internación, teniendo lugar en ese mismo momento.

4.1.2 TRABAJO TERAPEUTICO CON N

El tratamiento de N pasó por diversos momentos y etapas en las que se fueron trabajando junto a su grupo de terapia con otros residentes y en su terapia individual, los distintos objetivos que se proponen como iniciativa de trabajo.

Cada uno de los objetivos propuestos fueron respondiendo a las necesidades individuales que N tenía: aprendizaje de herramientas comunitarias, modificación de conductas y estilo del lenguaje, responsabilidades, sentimientos, la relación con su familia e hijos, etc. A medida que se va alcanzando el logro de los objetivos y estos son sostenidos en el tiempo es que, desde el staff de profesionales se consideran los cambios de fase hasta alcanzar en la actualidad el paso a la Fase “Ambulatoria” en la cual la continuidad del tratamiento se da ya sin la modalidad de internación.

Fase de Inducción: durante el inicio de esta etapa N mostraba cierta dificultad en la incorporación de las herramientas comunitarias e integración de normas y pautas que se evidenciaban en cuestiones relativas a sus impulsos y a su manera de relacionarse de forma marginal.

Esta fase, sostiene Goti (2000) es el momento de modificar conductas desviadas y el lenguaje callejero, también de familiarizarse con los valores del lugar; actitudes que a N le costaron internalizar y que se hacían evidentes a través de sus reclamos respecto de la estructura comunitaria con los horarios y actividades establecidas. Se mostraba cuestionador y agresivo. El cumplir las normas y reglas de funcionamiento que establece la comunidad son los primeros objetivos que se establecen en el tratamiento ya que hacen a la preservación de la Comunidad Terapéutica y el residente debe aceptarlo con mayor o menor rapidez, pero si decide realizar el tratamiento debe aceptarlo, ya que es la forma en la que podrá modificar de a poco su conducta (Goti, 2000). Ante los cuestionamientos de N, se empleaban medidas de aprendizaje siendo estas la incomunicación por algunas horas con sus compañeros; la escritura sobre aquello que sentía al tener que respetar ciertas normas o sobre aquello que debía modificar de su actitud.

Fase de Internación: durante el comienzo de esta etapa se continuaba trabajando sobre la dificultad de aceptar los límites por parte de N, y sobre su manera de relacionarse con sus compañeros, aunque se había logrado un cambio importante en su actitud frente al tratamiento.

Sus malos tratos fueron un punto a trabajar fuertemente, realizándose trabajos sobre la paciencia y la tolerancia. La dificultad de N en la vinculación con sus pares, como así también su imposibilidad de demostrar sus sentimientos de una manera no agresiva evidenciaba la dificultad afectiva de poder tolerar en muchos casos la frustración como también la inmadurez afectiva a la que llegó debido a su consumo de drogas. Rossi (2008) define estas actitudes como aquella barrera psicológica que le permite no conectarse con los sentimientos dolorosos y amargos.

Dentro de esta etapa, N ingresa al “Grupo Estático” en el cual se trabajan aspectos personales y se comparte con los otros residentes quienes colaboran en la elaboración de futuros objetivos a trabajar. Al iniciarse en este grupo, aparecieron en N aspectos relacionados a la falta de responsabilidad hacia sus hijos, su imposibilidad de ponerle límites y al poco vínculo que pudo generar con ellos. Se trabajo sobre este punto

qué significaba para N ser padre y responsabilizarse como tal, debiendo compartir con algunos de sus compañeros sobre esto y reflexionando al respecto. Es esta etapa el inicio del camino más difícil ya que como sostiene Goti (2000) el residente comienza a enfrentarse con él mismo.

Dentro del grupo se continuaban evidenciando malos tratos por parte de N hacia sus compañeros lo que mostraba la dificultad de aceptar opiniones y críticas hacia sus conductas. Dentro del grupo, se ponen en juego las emociones de cada uno de sus integrantes, y el tener que confrontar con un compañero sobre lo que uno siente, piensa o desea provoca en muchas ocasiones bronca y a la vez dolor. El trabajo terapéutico dentro del grupo intenta, como sostienen Beck y colaboradores (1999) enseñarle a N a permitirse sentir y reconocer nuevos sentimientos demostrándole que los mismos influyen en su vida emocional y que, si se impide poder expresarlos, sus conductas volverán a ser impulsivas y manipuladoras.

Sobre la dificultad de expresarle sus sentimientos y emociones a sus padres se trabajó mediante la escritura a través de cartas dirigida a cada uno de ellos. Son muy valiosas este tipo de intervenciones, porque participan a todo el sistema y posibilita que el conjunto esté al tanto de las emociones del otro, en este caso, del considerado miembro problema.

Se presentaron en N sentimientos de desvalorización, de angustia ante el sentirse sólo *“como cuando consumía”*, preocupación por el qué dirán, miedo a enfrentar a *“los pibes del barrio”*, por lo que se trabajó en el fortalecimiento de herramientas y en el trabajo de las medidas de cuidado y aceptación de las mismas como el entrenamiento necesario para responder de manera positiva a esas situaciones amenazantes para él. Estos sentimientos vuelven a hacer referencia a los sentimientos con los que N ingresó a la comunidad, en donde el dolor y la culpa primaban. Goti (2000) sostiene que esto es común en la mayoría de los adictos que deciden iniciar un tratamiento, y que por eso, lograr la autovalorización es tan importante a lo largo de su rehabilitación, como así también, trabajar sobre sí mismo y sus capacidades.

En cuanto a la formación de una red, se hizo hincapié ya que N no contaba con amigos sanos, *“de esa gente me alejé, ya no me mancaban mas, yo no me quería juntar con ellos tampoco”* por lo que se lo incentiva para que genere un nuevo acercamiento a ellos y los invite a conocer su actualidad, como una forma de agradecimiento y de pedir ayuda. Es un objetivo muy importante a trabajar dentro del tratamiento. El adicto debe

aprender a pedir ayuda y reencontrarse con esa gente sana, que en la mayoría de los casos, siempre están para ayudar.

Se trabajaron mucho las salidas terapéuticas de los fines de semana, sus miedos de volver a su barrio y *“como hacer para no saludar a los “locos”*”, haciendo fuerte hincapié en las normas de la comunidad y el apoyo de la familia en la puesta de límites y conocimiento de las medidas de cuidado hacia su hijo. En el caso de N, el regreso de sus salidas de los fines de semana eran de gran aporte para el grupo y para trabajar durante la semana ya que regresaba a la comunidad con sentimientos de angustia, con ganas de consumir y con conflictos con su madre sosteniendo que *“invita a gente a casa sin consultarme, me llena la casa de gente que hace mucho que no veo, como para que no me sienta solo y eso no me cabe”*. Esto brindó la posibilidad de trabajar sobre la puesta de límites y la dificultad que presentaba para relacionarse con su madre sin pelear. Las salidas terapéuticas de los fines de semana son movilizantes para todos los pacientes de la comunidad, porque deben, de a poco, volver a enfrentarse con ese mundo que ya conocen y recuerdan como hostil y doloroso (Goti, 2000). Se armaron estrategias conductuales respecto de cómo llevar adelante posibles situaciones y como actuar frente a ellas, por ejemplo al tener que enfrentarse con los “locos”.

Al final de esta etapa se trabajó sobre la preparación de N para los próximos objetivos que se iban a presentar como ser su reincorporación laboral con todo lo que ello implica. Volver a trabajar con su padre siendo una decisión suya, la responsabilidad de asumir un trabajo y la aceptación de límites. Durante toda esta etapa se trabajó como sostiene Goti (2000) la madurez individual de N, que pudiera convertirse en un miembro útil, productivo dentro de la comunidad para que luego, pueda trasladar todo lo aprendido al mundo exterior.

Fase Residencial: se trabajó en el inicio de su reincorporación al trabajo y el vínculo con su padre; el manejo de las herramientas y la aplicación de las mismas fuera del ámbito de la comunidad. Se comenzó a trabajar sobre las actividades de sus hijos en las cuales comenzó a participar y la responsabilidad que ello implicaba; también en la importancia que tiene lograr un buen vínculo con la madre de los niños, siendo eso parte de la responsabilidad como padre.

Se continuaba el fortalecimiento de su red, conformándose de gente sana y que participaba del Grupo de Amigos.

En esta Etapa N conoce a A, dándose la posibilidad de iniciar una relación, trabajándose fuertemente sobre ello y su miedo a contarle su situación y a perder la estructura que había alcanzado.

Al final de esta etapa se comenzó a trabajar y proyectar su salida de la comunidad, donde se hicieron presentes miedos a tener que volver a su barrio, miedo a no poder mantener la abstinencia, el miedo a desordenarse; por lo que se trabajó en su terapia distintas alternativas sobre como poder estructurarse en un futuro. Es importante mantener una estructura, esta le brinda al paciente un orden, le otorga la responsabilidad de cumplir con ella y sobre todo, como sostiene Beck (1999) le permite disponer de otras formas de placer. Se le solicitaba a N distintas opciones sobre aquellas cosas que debía y deseaba realizar cuando regresara a su casa y como pensaba llevarlas adelante. En su terapia grupal, se compartía con sus compañeros y entre todo el grupo definían si la estructura se adecuaba o no a las posibilidades de N.

Fase Ambulatoria: dentro de esta etapa, fue muy importante la activa participación que tuvo N en los dos grupos semanales de terapia, donde continua reforzando lo aprendido en la comunidad, en donde comparte aquello que lo angustia, preocupa y debe cambiar. La familia fue desde el inicio de esta etapa un importante apoyo, atravesando también grandes cambios y modificaciones, por lo que implica el volver a convivir después de varios meses sin su hijo.

En la actualidad N continua estable y participativo en su grupo terapéutico, siguiendo las consignas y las indicaciones; sostiene su trabajo de forma satisfactoria y con su padre no presentan mayores dificultades en el vinculo, salvo la presencia de algunos conflictos en el espacio laboral, que se deben a la dificultad de N de aceptar que se trata de un empleo mas allá de que el jefe sea su padre. Paralelamente, con el padre se trabajan los limites, el dialogo y las expectativas. Con su madre se continúan trabajando cuestiones puntuales como la posibilidad de dialogar sin agredirse, en la importancia de poner limites y en que N pueda hacerse responsable de su accionar, paralelamente en el grupo de padres. La importancia de continuar trabajando sobre estos aspectos, tiene que ver principalmente con entender dentro de la comunidad, que la familia es un factor influyente en el paciente y también puede resultar un factor de protección ante posibles recaídas. Rossi (1997) resalta este aspecto, mencionando que una buena comunicación entre padres e hijos, una adecuada manera de establecer límites y pautas, favorece a

evitar enfrentamientos que podrían conducir al paciente a sentirse desbordado y a tener deseos de volver a consumir.

En la relación con sus hijos, N pasó a compartir dos días de la semana con ellos, quedándose a dormir en su casa algunos fines de semana; participa de las reuniones del colegio y se continúa haciendo hincapié en la importancia de ser responsable en el cuidado y atención de los niños.

En la relación con su pareja, se trabajó mucho sobre la forma de vincularse de N, en el cuidado de los modos y en la forma de expresar los sentimientos con ella. En la actualidad se encuentra trabajando la posibilidad de convivir en algún momento.

La etapa ambulatoria, como señala Goti (2000) es la etapa en que N debía comenzar a enfrentar sólo los temas cotidianos de su vida y poner en evidencia todo lo adquirido a lo largo de su tratamiento. Desde el inicio respondió de manera satisfactoria, sosteniendo en el tiempo sus responsabilidades y reacomodándose nuevamente dentro de su sistema familiar.

El tema de la adicción debe trabajarse de manera integral, por lo tanto, integraron en el tratamiento de N, las problemáticas relacionadas a los distintos ámbitos de su vida, como son su familia, su trabajo, su socialización, etc. Este tipo de intervenciones, demuestran lo que sostiene George De León (2004), cuando aclara que si bien la estrategia básica y principal de la Comunidad Terapéutica es solucionar el abuso de sustancias, en la actualidad esto se ve ampliado por servicios adicionales.

4.2 TRABAJO TERAPEUTICO CON LA FAMILIA

Cuando dentro de la familia existe la presencia de un miembro adicto a las drogas que decide iniciar un tratamiento de rehabilitación, es de suma importancia la participación de la familia. Con el presente trabajo, se intenta demostrar, que se debe tratar de una participación activa y no sólo de un acompañamiento familiar. Por participación activa queremos resaltar la gran importancia que tiene que la familia se involucre en un “tratamiento paralelo” al del paciente identificado y concurra a los espacios que la institución en cuestión le ofrece; en muchos casos, como una condición para iniciar el trabajo terapéutico ya que como sostiene Botella (2007) la existencia de un trastorno psicológico en algún miembro, afecta extensivamente a todos los miembros del sistema.

El trabajo con la familia de N se describirá de acuerdo a las fases de tratamiento propuestas, como una manera de esquematizar las cuestiones trabajadas durante todo el proceso.

Fase Internación: Al comienzo se trata de una etapa de aprendizaje de normas y la incorporación de herramientas comunitarias comunes a todos los padres que conforman el grupo. Es el momento de involucrar a las familias ya que como establece Minuchin (1974) cada familia conforma una unidad psicosocial con un tipo de funcionamiento y patrones de comunicación particular, con roles y reglas que van estableciendo las relaciones entre ellos, que desde un inicio es necesario empezar a modificar. El poder brindarles a las familias herramientas comunitarias, es una forma de ayudarlos a poner en práctica algo nuevo y no repetir patrones disfuncionales. Al comienzo se trata de pautas y normas básicas, pero que indudablemente, modifican la estructura familiar, que nuevamente como plantea Minuchin, es indispensable que se reorganice.

Los padres deben aceptar que a partir de la internación de su hijo se deben respetar los días y horarios de llamados definidos por la institución; durante las salidas de los fines de semana ellos deben retirarlo y acompañarlo de regreso a la comunidad; durante dicha salida no pueden manejar dinero, no pueden hablar por teléfono, no pueden compartir tiempo con personas que no sean del grupo familiar primario; no deben estar solos, no pueden aislarse tampoco dentro de su casa; tampoco atender la puerta del domicilio. Si bien estos cuidados hacen referencia exclusivamente al paciente internado, modifica completamente las conductas habituales de la familia ya que se requiere de una atención importante y la puesta de límites, lo que muchas veces genera un mal clima durante la salida. La mayor dificultad de la familia se encuentra cuando debe aceptar que en su casa ya no deben existir bebidas alcohólicas de ningún tipo, no debe haber en la cocina vinagre, no deben cocinarse comidas ni postres con alcohol, no debe “llenarse” la casa de familiares cuando el paciente va a pasar el fin de semana; deben respetarse los horarios pautados por el programa y no debe modificarse bajo ningún concepto el informe de salida que su hijo ha preparado en la semana junto al equipo terapéutico.

Los padres de N, no presentaron grandes dificultades en lo referido a la incorporación de las normas de cuidado; mostraron un entendimiento positivo al

respecto. La madre, en varias oportunidades reclamó acerca de la imposibilidad de invitar familiares que no eran del grupo primario manifestando que *“no entiendo porqué no pueden verlo sus abuelos, o sus tíos, jamás se drogaron, y quieren lo mejor igual que nosotros para N”*. Este tipo de cuestionamientos y la dificultad de entender esta norma es común en la mayoría de los padres; es por eso que se trabaja explicándoles que las primeras salidas a la casa son un espacio para volver a encontrarse con la familia con la cual se convivía, donde el paciente pueda poner en práctica lo adquirido en la comunidad, donde puedan empezar a relacionarse de manera diferente, donde puedan volver a conocerse. Esta norma fue transgredida en algunas oportunidades por los padres, por lo que N llevó este tema a su grupo terapéutico sosteniendo que *“me pone mal que mi vieja me llene la casa de gente, sin preguntarme nada, me siento un bicho raro en ese momento”*. El sentimiento manifestado por N fue de suma importancia para trabajar con los padres, reforzando el motivo por el cual esto no se considera apropiado en los inicios de las salidas y también, como una manifestación clara de no estar respetándose las indicaciones de la institución, lo que se contradice con el trabajo que se lleva a cabo con su hijo. Esta dificultad que se hacía evidente en S refleja tal como sostiene la Lic. Elsa Gervasio (2010) la utilización de reglas con el fin de *“curarlo y ayudarlo”* que no son eficaces y que muchas veces terminan entorpeciendo el tratamiento ya que entorpecen el crecimiento individual y el desarrollo personal.

Es durante el transcurso de esta etapa también, donde se comienzan a trabajar dentro del grupo cuestiones vinculadas puntualmente con los padres; poniéndose en evidencia muchas veces, con gran dificultad, modos de actuar e interactuar equivocados. Podría mencionarse como el momento de abrirse y presentar el problema, y poder descubrir tal como sostiene Wainstein (2006) aquellos comportamientos y pensamientos que sostienen lo que se muestra o aparece como el *“miembro problema”* y poder descubrir las capacidades y competencias no solo del *“miembro problema”*, sino del resto de la familia, como participan, como exploran el contexto, entendiendo que el problema del consumo, como sostiene Botella (2007) es una expresión de conductas inadaptadas por parte de todo el sistema familiar.

El discurso del papá de N sostenía que siempre trato de ayudarlo, para que no se metiera en más problemas, para que se diera cuenta que contaba con él, refiriendo que

“me pedía plata y yo le daba porque tenía miedo que le pasara algo si seguía teniendo deudas”, “faltaba al trabajo o venía hecho un desastre, pero para no pelear y que se vaya de casa yo no le decía nada, lo seguía aceptando así”. El sentimiento expresado por J evidenciaba el clima de crisis emocional que vivía la familia y la dificultad de expresarse en referencia al conflicto, la falta de límites, la implicancia mínima en dicho problema, lo que impedía asegurar un correcto desarrollo de la vida familiar. Son éstas, características comunes en las familias con un miembro adicto tal como señalan en sus estudios Espina y Begoña (1996) y Cancrini (1995).

El trabajo a realizar con el papá de N debía ayudarlo a comprender que había actuado erróneamente, que había sido durante todo ese tiempo un “sostenedor” de la adicción de su hijo, que su función de proveedor de ayuda sostuvo muchas veces la conducta adictiva y que fue seguramente el principal proveedor de la droga de su hijo, porque era quien le daba el dinero. Es un paso muy difícil para los padres, pero lograr comprender que han actuado erróneamente favorece al cambio de rol, al cambio de actitudes y al cambio del vínculo a partir de ahora. Se le mostró dentro del grupo que las actitudes de N tenían mucho que ver con el pedido de límites de su parte y no por ejemplo, por parte de su madre con quien estas cosas no ocurría. Son los límites lo que protege a los sistemas, son los límites quienes definen los roles y estos, sostiene Minuchin (1992) deben ser claros, ya que de otra manera, podrían convertirse en un factor de riesgo para el sistema, como ocurría en este caso.

Fue un aspecto importante a trabajar el evidenciar donde se apoyó y aun se apoya la conducta transgresora del adicto y cuales son los beneficios que se reciben al otorgar dicho “apoyo”. En nuestro caso se trataba de J y el poder intervenir sobre ello, abriría un amplio abanico de posibilidades de cambio.

Se consideraba necesario que J pudiera darse cuenta porqué había tomado el rol que tomó dentro del sistema familiar y para ello, el trabajo del terapeuta debía de considerar sus funciones, ya que como sostiene Andolfi (1995); estas representan el conjunto de conductas dentro de una relación y satisfacen a demandas reciprocas, por lo tanto, resulta evidente que de acuerdo a cada familia, pueden cobrar una connotación positiva o una negativa. J ocupó durante mucho tiempo el lugar de sostenedor porque le resultaba menos angustiante que confrontar las conductas de su hijo, porque ocupaba un

lugar donde no primaba el conflicto, porque tenía grandes dificultades en poner límites y porque no había una unión con su mujer.

El trabajo que se llevó a cabo, tenía como objetivo que pudiera J darse cuenta de los efectos negativos que su rol generaba y que, para comenzar a modificarlos, debían trabajar juntos con S, resaltando la importancia de implementar en conjunto normas adecuadas, que entre ellos puedan establecer una relación más unida y que el objetivo principal sea brindarle seguridad a N. Estos son factores de protección señala Botella (2003) y es trabajo del terapeuta evidenciarlos. Debían ser capaces de hablar entre ellos, lo que necesitaban uno del otro, debían poder escucharse, y principalmente había que lograr formar una alianza entre ellos, conseguir un frente común con una posición firme ante su hijo; el objetivo era lograr acuerdos dentro del subsistema conyugal y mejorar la comunicación con el fin de ayudar a su hijo.

Los miembros de una familia solo pueden cambiar si, como sostiene Andolfi (1995), modifican los contextos en el interior de los cuales viven. Es por esto, que el terapeuta pide a un miembro de la familia que ayude al otro para que pueda cambiar; porque a la misma vez, eso lo ayudará a cambiar también. De esta manera se busca que puedan elaborar nuevas y distintas formas de interactuar entre ellos.

En lo que respecta a S, el trabajo terapéutico se basó principalmente en la gran dificultad que tuvo para comprender que, si bien para ella siempre estuvo presente e hizo todo por el bienestar de N, éste tenía un sentimiento y una mirada totalmente distinta. Susana, en varios grupos resaltó que *“yo tuve a mi hijo a los 16 años, era muy chica, no sabía nada, pero me hice cargo de mi familia siempre, me ocupe y tuve que aprender todo; tuve que salir a trabajar y hacerme responsable”* mientras que, ante la misma situación, la mirada de N sostenía que *“yo me crié sólo, mi vieja no me crió, me cuidaba la señora que limpiaba en casa, mi mamá era re chica, nos criamos juntos, me llevaba al colegio un vecino, yo cocinaba para mi y mi hermano”*. La posibilidad de cambio dentro de la familia del consumidor, muchas veces se ve como una posible crisis de identidad por parte de sus miembros, es por eso que se muestra a veces una fuerte resistencia de alguno de ellos y esta es una de las características de las familias.

Fue muy importante en el grupo, trabajar sobre el reconocimiento de creer haber hecho todo bien, pero que no fuera así para su hijo; fue muy doloroso para S empezar a

asumir que se pudo haber equivocado porque era muy chica y que seguramente no estaba preparada para ser madre y llevar adelante una familia con todo lo que ello implica. El poder conocer las relaciones familiares disfuncionales, mas allá de entender que la adicción funciona como el mecanismo homeostático entre ellas, sirve para entender porque el sistema no crece; por lo tanto, como refiere Wainstein (2006) se estudia el todo para entender las partes. Es en esos momentos, muy importante no generar mas culpa de la que ya los padres sienten, sino resaltar lo positivo de poder reconocer que cosas no se hicieron bien para lograr el cambio. Se refuerza mucho la importancia que tiene que en la actualidad se encuentre formando parte del tratamiento y que se abra a la posibilidad de cuestionarse ella misma, se intenta evitar la resistencia y un posible abandono del grupo.

Otro factor que se trabajó con los padres de N, tuvo que ver con el estilo de comunicación que ambos mantenían con su hijo, encontrándose grandes dificultades en ambos. J, presentaba dificultades en la transmisión de reglas y valores de manera clara y directa, su manera de comunicarse era poco asertiva y ante la puesta en evidencia de dicha dificultad, J lo asumía reconociendo que *“a mi me costaba mucho hablar con N, yo no quería pelear mas, la situación se me había ido de las manos, no podía ponerme firme”*; mientras que S ocupaba un rol totalmente opuesto, comunicándose de forma muchas veces rígida pero también difusa, muchas veces de forma agresiva, pero cuando esto se ponía en evidencia en el grupo como un patrón a modificar, se hacia presente cierta resistencia *“yo no podía tolerar mas las cosas que hacia N, muchísimas veces le dije que si quería seguir jodiendo que se vaya de casa, que yo no iba a mantener vagos. Como yo le decía las cosas en la cara, siempre terminábamos peleando, pero yo no lo toleraba mas”*.

A través de la manera de comunicarse, se ponía en evidencia la dificultad de los padres de N de poder afrontar la situación en conjunto; de conformar una alianza cuyo único fin sea el bienestar del hijo. El subsistema de los cónyuges es vital para el crecimiento de los hijos porque es aquel que construye un modelo de relaciones, es aquel que muestra como se manifiestan las interacciones cotidianas dentro de la familia. Minuchin (2004) sostiene que si existe una disfunción dentro de dicho subsistema, repercutirá en toda la familia; por lo tanto, el trabajo del terapeuta ante esta situación debería procurar que N no forme parte de un subsistema al que no debe pertenecer, y

que, tanto J como S resuelvan sus cuestiones como padres, que aprendan a modificar la rigidez de sus reglas.

J y S rivalizan, hay entre ellos ciertas competencias por quien desempeña mejor su rol de padre y madre; quien acompaña y guía mejor a N, quien se compromete más con el tratamiento de su hijo. El objetivo en este caso sería lograr que puedan conformar una alianza, que puedan unirse. Mientras intenten excluirse uno al otro no podrán brindar contención de ningún tipo hacia su hijo, no favorecen al crecimiento y por sobre todas las cosas, crean dependencia.

En este aspecto, se trabaja en conjunto con J y S, la forma de poder evaluar un nuevo modo de comunicarse con su hijo, pero con reglas y límites elaborados por ambos. El objetivo fue la lucha de poderes que había entre J y S, que al reconocerla puedan elaborar que no necesariamente intentar acercarse a su hijo signifique competir, que puedan eliminar las rivalidades.

Siempre van a existir momentos de fricción, donde el sistema deba adaptarse para hacer frente a las demandas que aparezcan; pero lograr una sólida estructura que conforme las bases de las interacciones, como la fijación de límites que los protejan, es para Minuchin (2004) una de las tareas más vitales del sistema de los cónyuges; protegiendo así sus necesidades psicológicas sin que nadie, aun los hijos, se inmiscuyan.

J debía comenzar a trabajar la posibilidad de hablar con su hijo y evaluar sus actos sin la creencia de que por eso va a culpabilizarlo, debía replantearse el rol evitativo que desempeñaba y comenzar a manifestarse; fue importante que comprendiera que esta actitud impedía que se pudiera enfrentar al verdadero problema, que se modificara la dinámica instalada hasta ese momento y que él dejara de ocupar, solamente, el lugar de proveedor de afecto y comprensión, tal como muchas veces lo sostuvo N *“mi viejo me banco en todas, lo que más me duele es haberle fallado a él, nunca me dejó solo”*. Entre J y N había presente una coalición, se apoyaban mutuamente, mediante la cual se excluía a Susana, lo que dificultaba la organización estructural de la familia, y sobre todo, la individualización de sus miembros. Era necesario mostrarle a J que de esta manera se estaba perpetuando el problema y que como refiere Wainstein (2006) esto no provoque resistencia de su parte, sino que pudiera trabajarlo para poder comprenderlo y así lograr el cambio.

S, por su parte, debía trabajar la agresividad volcada en sus mensajes, tratar de encontrar los momentos y las formas de dar un mensaje con el peso afectivo que los mismos tienen. Era necesario que pueda comprender que este estilo de comunicación con N tenía consecuencias negativas para ambos y para todo el sistema familiar, y que el distanciamiento percibido entre ella y su hijo, la tensión que se vivía a diario, era una respuesta a esta forma de comunicarse.

Para que pudiera llevarse adelante el trabajo que cada uno debía realizar, era necesario que J y N evaluaran la alianza que habían construido. La conducta disfuncional de N se apoyaba en el padre, actuando como proveedor sin cuestionar las conductas de consumo. Ambos obtenían beneficios frente a esta situación. El padre, posicionado como el “bueno”, como aquél que “siempre lo banco en todas” sin confrontar, sin poner límites. El hijo, conseguía permisos, silencios y ayuda para continuar con sus conductas de consumo.

Esta alianza, no sólo dificultaba el crecimiento individual de ellos, sino que excluía a S como “la mala” y aumentaba su ansiedad al no sentirse parte de este. Con el fin de comenzar a trabajar dicha cuestión, se trabajó en reorganizar los subsistemas (individual, conyugal y parental) para poder esclarecer las funciones que cada uno debía cumplir, con sus reglas y patrones como la manera de facilitar la interacción entre los integrantes, ya que, como sostiene Minuchin (1992), la estructura de la familia es el conjunto de demandas con las que se interactúa dentro de la familia.

El objetivo principal de esta etapa, es asumir el problema, asumir que un hijo adicto es consecuencia de muchos factores, y que la familia es un factor fundamental dentro de todo el contexto. Se trata de aceptar el problema, no desligarse, admitir deficiencias y conductas reiteradas erróneas; no se trata de inculcar culpas, sino de modificar aspectos personales y familiares que afectaron a todo el sistema familiar. Es en el transcurso de esta etapa donde prevalece como intervención terapéutica el intentar fortalecer los cimientos estructurales como plantean Marcos Sierra y Garrido Fernández (2009), con el fin de que los padres logren una jerarquía generacional correcta, y se pueda modificar lo que generalmente ocurre y como pasó en el caso de N, en donde el funcionamiento familiar muestra la sobreimplicación de un progenitor y el papel periférico del otro, resultado de la lucha de poderes entre ellos y en su dificultad de lograr una alianza debido a sus rivalidades.

Fase Reinserción Laboral / Educativa: En el transcurso de esta fase, tuvo un importante papel el rol del padre de N, ya que su hijo volvía a trabajar a la empresa familiar. Mientras se trabajaba con N la responsabilidad de asumir nuevamente dicho empleo, la aceptación de normas y límites por parte de su padre y la manera en que relacionaba sentimentalmente con él; con J se trabajó el sostenimiento de las herramientas adquiridas en la etapa anterior como son: el estilo de comunicación directa, fluida, intentando “encontrarse” con N en el momento oportuno pudiendo criticar o evaluar aquello sobre lo que él no está de acuerdo, pero sin culparlo, y principalmente, sin sentirse culpable él.

En esta etapa era fundamental que J pudiera dejar de ser el padre permisivo y codependiente que había sido durante los años de consumo de su hijo, se necesitaba más que nunca que pusiera en práctica las herramientas que el grupo terapéutico le había brindado. Este mantenimiento no sólo beneficiaría a N, sino a él, lo ubicaría en un lugar de mayor seguridad y sobre todo, a poder llevar adelante su rol de jefe y padre que no iba a resultar nada fácil.

Durante los primeros meses de trabajo de N, las dificultades que J llevaba a su grupo estaban relacionadas con su dificultad de hacerle cumplir las mismas pautas y horarios que al resto de los empleados, en varias ocasiones su relato hacía referencia a *“no me gusta cuando me pide que cambie la modalidad de pago, o cuando se enoja porque le descuento las dos horas que se va antes los miércoles a llevar a sus hijos a computación; la verdad por mi no lo haría, pero entendí que no puedo manejarme como antes, pero terminamos discutiendo por esto”*. Dicha información fue de gran utilidad, en principio porque se comparte con el terapeuta de grupo de N para que trabajara con él este tipo de conductas manipuladoras y reforzar la aceptación de límites y con J se continuaba reforzando la idea de que es importante que el paciente cumpla con sus responsabilidades y que para ello era necesario que él pudiera modificar la forma en la que estaba acostumbrado a vincularse; demostrándole lo importante que es su adhesión a la estructura que la comunidad propicia, tal como aconsejó una madre en el grupo terapéutico a J *“si vos sentís que no vas a poder ponerle límites o exigirle cosas dentro del trabajo, ¿pensaste como vas a hacer en el día a día?, nuestros hijos están acostumbrados a manipular todo, a que las cosas se hagan como ellos quieren y nosotros no sabíamos decirles que no a nada;* otro padre le aconsejó a J que *“yo creo*

que si no aprovechamos ahora que nuestros hijos siguen contenidos en el programa, para ponerles limites, decir que no o dejar que se hagan responsables de sus actos, cuando pasen de fase, no vamos a saber que hacer". Sus hijos están aprendiendo a encarar el mundo exterior nuevamente, pero sobre todo, están aprendiendo a ubicarse dentro de la familia desde otro lugar; por lo tanto, si ellos no hacen el esfuerzo de modificar y aprender, el resultado difícilmente sea positivo.

En cuanto a S, durante esta fase se la notó un tanto distante en lo referido a su participación en el grupo; en varias oportunidades se la invitó a comentar como lo veía a N y siempre respondía pidiéndole a J que hable, porque era quien compartía más horas con él. Es común que en esta etapa, algunos padres sientan o crean que sus hijos están "curados", que si ya pueden salir a trabajar o volver a estudiar normalmente, es porque las cosas están bien; es acá donde se trabaja en el grupo la importancia de no dejar de ocuparse y estar atentos, ya que se trata de una de las etapas mas difíciles del tratamiento y en la cual, mas se necesita la contención de la familia. Esto parecía pasarle a S.

En un grupo se la volvió a invitar a S a comentar como estaban las cosas con N a lo que respondió *"yo lo veo bien, está trabajando bien, lo noto tranquilo"* a lo que se le repregunto *¿vos como estás con él, como se están llevando?* y su respuesta estaba llena de sentimientos. Comenzó por contar que ella no se acerca a hablar con su hijo, que espera que él le vaya a contar las cosas, que ella durante el tratamiento aprendió a que debe correrse y a callarse la boca para no discutir; y que su mayor angustia estaba relacionada con el vinculo de N y sus nietos, que para ella no era el mejor y que le encantaría que vivieran con él para poder estar ella mas presente. J interrumpió a su mujer y comentó al grupo su desacuerdo ante dicho pensamiento, por lo que intentó en varias oportunidades convencerla de lo importante que iba a ser para madre e hijo que pudieran conversar, que iba a hacerle muy bien. De cierta manera, S estaba perpetuando el problema, con su manera de actuar estaba favoreciendo el mantenimiento del problema y en función de lo que refiere Waisntein (2006) es fundamental romper con esta resistencia, es por eso que se hizo mucho hincapié en que pudiera darse el encuentro. El trabajo que se llevo a cabo con S durante este periodo tenia que ver con eliminar la idea errónea de que debía ser N quien se acercara a hablar las cosas, o que había que callarse para no discutir; reforzando lo positivo del apoyo de

los padres se le aconsejó a S que pudiera ver la posibilidad de acercarse a N desde el diálogo, que seguramente tenía que cambiar la forma de comunicarse que traían desde un tiempo, como se había trabajado en el grupo; pero que si ella estaba interesada, debía demostrárselo también. Se trabajó para modificar el patrón organizativo de este subsistema, para que puedan lograr afrontar con éxito las tensiones, porque tal como indican Marcos Sierra y Garrido Fernández (2009), la unidad de liderazgo por parte de ambos progenitores, una adecuada jerarquía generacional, fortalece la estructura y permite el funcionamiento familiar. Fue importante el apoyo que J le brindó a S. Ella necesitaba sentirse contenida por su marido para poder afrontar aquello que le generara un nuevo acercamiento con su hijo, pero ahora, desde un nuevo lugar, por lo que se resaltó muy positivamente desde el grupo la contención que J brindaba.

En el primer grupo posterior al Día de la Madre, S le cuenta al grupo que había tenido *“una hermosa charla”* con su hijo. Una madre que compartía el grupo, se puso contenta por ello y le pidió si podía contar que era lo que habían hablado. S, comienza por decir que fue ella quién se acercó a hablar *“si me quedaba esperando que viniera N esto no pasaba mas, él es muy parco, muy serio”* y lo primero que le dijo fue que ella estaba aprendiendo a ver lo que no había podido ver todos aquellos años de conflicto. Que estaba asumiendo algunas equivocaciones y que le hubiese gustado, ahora que lo puede ver, actuar diferente. Dentro del espacio de la comunidad, este tipo de encuentros hacen referencia al poder respetarse los sentimientos de manera respetuosa y desde lo más sincero; S estaba poniendo en práctica la herramienta, y había resultado muy movilizadora por eso.

S continuo comentando que N le dijo que sufrió mucho cuando era chico la poca diferencia de edad que ellos tenían, que sentía que habían crecido juntos y que por eso siempre le costo acercarse a ella como su mamá porque no lo parecía; que durante mucho tiempo sintió hacia ella *“bronca”* por no haberse podido hacer cargo de él y de su hermano en las tareas cotidianas y que tuviera que hacerlo un vecino. También refirió que una de las cosas que más lo ayudó en su internación y su terapia fue a tratar de entender y no culpar, y querer cambiar ese sentimiento hacia ella. El grupo queda en silencio, J también se había emocionado, la había tomado de la mano y S parecía aliviada. El terapeuta del grupo le pregunta que sentía ella ahora, después de haber podido acercarse a N desde otro lugar, si había podido hacer alguna reflexión al

respecto, a lo que responde *“tengo dolor, es muy doloroso que un hijo te diga que uno no estuvo, pero tengo que aceptar que es así, porque yo creí que había hecho todo, y todo bien; pero para él las cosas no fueron así”*.

Había sido un momento muy importante para la familia en general que se haya dado espacio para esa charla, S tenía un trabajo personal importante por realizar, y la difícil tarea de asumir equivocaciones para no volver a repetirlas; desde el grupo terapéutico se continuo fomentando el encuentro entre ellos, la posibilidad de decir lo que sentían como una manera de empezar a cambiar su forma de vincularse y sobre todo, el apoyo del resto de los padres para que el asumir no se convierta en culpa, para que el trabajo de comprender al otro se sostenga en el tiempo y que siempre se resalte la importancia de querer cambiar.

Se destacó la importancia del lugar que ocupó J en este último periodo. S se sentía contenida por él y desde el grupo se valorizó que pudieran decirse como se sentían ahora. Para ello, se generó un espacio especial en el grupo el día que se les dio la noticia de que N pasaba a la ***Fase Ambulatoria***. Este es un momento de gran emoción para los padres. Cada paso de fase es una confirmación de que su hijo está curándose y esta comprometido con el tratamiento. Es muy motivador para la familia. El terapeuta les pidió a J y a S, que pudieran decirse como los encontraba esta gran noticia. S dijo *“sabemos que estamos fuertes para seguir, hemos aprendido mucho y con J queremos demostrárselo a N. Estamos muy unidos”*; J refirió *“tenemos las mismas herramientas, las aprendimos juntos acá, queremos seguir haciendo las cosas juntos, como nos hicieron entender en el grupo todos ustedes”*. Esta unión, este nuevo sentimiento común, era el que se debía trabajar para que se sostenga en el tiempo.

Fase Ambulatoria: Los padres de N habían realizado un gran trabajo desde el inicio del tratamiento de su hijo, si bien se habían presentado algunas dificultades en la implementación de ciertas normas o utilización de herramientas, siempre intentaron seguir el tratamiento involucrándose fuertemente.

Para el inicio de esta etapa, S ya había iniciado su terapia individual, situación que favoreció mucho al tratamiento de su hijo, pero principalmente a ella. Es una muestra de la importancia que tiene el involucrarse en la rehabilitación de un hijo, y

asumir que eso toca y moviliza a toda la familia. Ella sabía por su parte que tenía cosas que trabajar y desde el grupo terapéutico de padres, fue resaltado positivamente.

N volvía a su casa, dejaba la comunidad, ese espacio de contención constante, con una estructura armada que había aprendido a sostener, dejaba a esa familia que había cumplido el rol de familia sustituta y volvía a su familia de origen, pero ya ninguno de ellos eran los mismos. Ahora había que emprender ese nuevo camino.

J se sentía mas firme, tenía la seguridad de que contaba con herramientas para utilizar; el compartir con su hijo horas de trabajo lo había puesto a prueba y había llevado adelante dicha situación de una manera positiva. Sabía también que ahora iba a ser distinto, pero confiaba mucho en todos *“me pone feliz que vuelva N a casa, que haya llegado a esta etapa del tratamiento; pienso como entró acá y veo como se va y no lo puedo creer”*.

S, por su parte se mostraba preocupada y en el grupo lo hizo saber *“tengo miedo, me pregunto todos los días ¿y ahora que pasará?”*. Este sentimiento de incertidumbre y preocupación es muy común en todos los padres cuando sus hijos regresan al hogar, sienten que no van a poder cumplir el rol de la comunidad y es tarea del grupo también, dejar en claro que no es ese el rol que deben de asumir. Esta es la etapa en donde se pone de manifiesto el trabajo llevado a cabo por cada uno de los integrantes de la familia, es el momento de ver como fueron recompuestos los vínculos y sobre todo, de darle el espacio para que el hijo enfrente temas cotidianos y asuma las responsabilidades que le corresponden; debe probar su propia fuerza (Goti, 2000).

Con el correr de los grupos, fueron presentándose distintas cuestiones a resolver, que se vinculaban con la ansiedad de S por situaciones que N no resolvía al tiempo que ella esperaba o como ella esperaba. Es común también, que algunos padres esperen que sus hijos sepan resolver todo aquello que se presenta de una manera “ideal” o como ellos lo harían por lo que se involucran dando su punto de vista o hasta solucionando ellos mismos. Es importante trabajar esta ansiedad y ayudar a los padres a que permitan a sus hijos crecer, a resolver como crean conveniente y en el tiempo que eso les lleve. En S, se notaba gran dificultad ya que en distintos grupos, su relato hacia referencia a las dificultades de N de organizarse con las cosas de la casa, a lo que demoraba en organizarse con las tareas de sus hijos, refiriendo que *“como N se acuerda tarde de*

pedir el remis para llevar a los chicos a computación, yo salgo de mi trabajo y los llevo con el auto; y esto pasa casi todos los miércoles". Se trabajó para que S comprendiera que no estaba ayudando a N de esta manera, y que se estaba repitiendo nuevamente la creencia de estar haciendo las cosas bien, sin pensar en que genera esto en el otro. N debía aprender a organizarse sólo con sus tareas, y esto inevitablemente iba a llevarle tiempo ya que nunca lo había podido hacer; S tenía que entender que las cosas podían resolverse de distinta manera y que lo importante era que resuelva N. Varios padres durante distintos grupos sostenían que S se quejaba de esta situación, pero que la mantenía porque creía que ella resolvía todo siempre y bien, lo que ella en varias oportunidades reconoció. Este sentimiento de S y la constante intención de resolver las situaciones a su manera o queriendo que su hijo las resuelva como ella deseaba, fue algo muy importante de trabajar y le resultó muy difícil reorganizarse.

Si entendemos este momento por el que atravesó S, podemos observar un momento lógico del ciclo vital: el alejamiento del hogar de su hijo. Este, era para S y toda la familia, un momento de reacomodamiento de las funciones de cada uno, de adaptación. Dicho reacomodamiento inevitablemente produciría cambios y por lo tanto, cambiarían las relaciones entre los miembros del sistema. La intervención dentro del grupo tendría como finalidad ayudar a sentir que este proceso es algo "común" que atraviesan todas las familias, que no se trata únicamente de este caso porque hay un hijo adicto en rehabilitación y que en dicho proceso, al mismo tiempo, se verían los cambios.

Andolfi (1995) sostiene que todo cambio y todo ajuste están precedidos por un desequilibrio temporario, resultado de esa relación. Este desequilibrio temporario, es por el que estaba atravesando la familia de N y quien lo dejaba en evidencia es S. El terapeuta trabaja para que la familia alcance la reorganización, que encuentren su nuevo rol y sus nuevas funciones.

S percibía este cambio como amenazador, ya no tenía el mismo lugar para ubicarse frente a su hijo y el subsistema parental de este, su función de madre había y debía modificarse, porque de lo contrario iba a perpetuarse la rigidez en sus esquemas de interacción y en las funciones desempeñadas por cada uno de ellos.

Se trabajó con el fin de que puedan transformarse las reglas de asociación, es decir aquellas que aseguran la cohesión de la familia; pero no se puede olvidar que es

necesario intervenir para promover el crecimiento psicológico de cada uno de sus miembros. Minuchin (2004) sostiene que lo esencial del proceso es que la familia debe atravesar ciertas etapas de crecimiento y envejecimiento.

Este nuevo estadio dentro de la familia, es uno más dentro del desarrollo evolutivo que todas atraviesan. Inevitablemente se producía una reorganización del sistema familiar y por lo tanto, una nueva forma de relacionarse como adultos. Había que afrontar este nuevo periodo de crisis y de transición, y esto a S le costaba mucho. Ya no ocupaba el mismo lugar, sus funciones eran otras, su rol era otro. El proceso de separación que se estaba iniciando y que inevitablemente resonaba en toda la familia, debía de trabajarse dentro del grupo para lograr una mejor adaptación por parte de Susana, que pudiera ubicarse en el rol de madre de un hijo ya adulto, independiente y con su nueva familia, que logre elaborar nuevas relaciones como abuela y por sobre todas las cosas, que puedan junto con J crecer dentro del sistema conyugal y realizar proyectos o cumplir sueños que, mientras debieron ocuparse de la crianza de sus hijos, fueron relegando. El objetivo en este período era “empujar” al subsistema conyugal en su propia evolución, que no se atasquen y principalmente, como sostiene Minuchin (1992) trabajar la individualidad de los miembros.

A medida que el tiempo avanzaba y N afrontaba la realidad de un trabajo, de una convivencia, de ser responsable como padre y mantenía su tratamiento correctamente, tanto J como S, fueron de a poco, aprendiendo a disfrutar de los cambios que veían en su hijo, fueron dejando en el camino los miedos que en el comienzo los invadían y fueron permitiéndose vivir sin la tensión de “¿ahora que pasara?”. Es puntualmente en estos momentos en donde desde el grupo de padres se trabaja fuertemente la importancia de estar atentos y ocupados en la cotidianeidad de los hijos.

La fase ambulatoria, es la etapa mas gratificante para toda la familia, por ser la etapa en que los cambios empiezan a verse notablemente, porque la familia vuelve a estar junta, porque el hijo vuelve a la realidad y emprende nuevos desafíos, es la etapa en que las posibilidades de tener una recaída aumentan fuertemente. Para que esto no ocurra, claramente es importante como se encuentre el paciente, como esté de fortalecido y como ponga en practica las herramientas aprendidas; dependerá también si encuentra espacios para compartir sus cosas evitando sentir el desarraigo de no estar mas compartiendo con sus pares dentro de la comunidad; pero es muy importante

también el lugar que ocupa la familia. La familia debe contenerlo, escucharlo, poner en práctica lo aprendido durante el tratamiento de su hijo, trabajar fuertemente en la comunicación entre ellos y también con el staff de la comunidad, ellos son quienes pueden transmitir sus inquietudes, pueden comentar sus preocupaciones y pueden brindar información de mucha utilidad, como sostiene Goti (2000).

Los padres de N concurren todas las semanas al grupo de padres, ambos brindan mucha información sobre como se desenvuelve su hijo en las distintas responsabilidades que hoy asumió, y sobre todo, aprovechan al grupo para compartir aquellas situaciones en las que no les resulto fácil actuar, o preguntar cuando no saben como seguir. Los avances de la familia han sido evidentes, N ha trabajado fuertemente en su tratamiento, y actualmente aprovecha mucho su terapia de grupo en la comunidad. S y J, continúan trabajando y apoyando a su hijo como el primer día.

5. CONCLUSION

A lo largo del presente trabajo se ha realizado la descripción del caso de un paciente que estuvo internado una comunidad terapéutica para rehabilitarse debido a su trastorno por abuso de drogas y la Terapia Familiar llevada a cabo con sus padres durante el transcurso del tratamiento.

En general, la palabra droga o la problemática que genera su consumo forma parte del lenguaje cotidiano. Sin embargo, no todos conocen exactamente la magnitud

de este trastorno. La gran cantidad de variables que se enumeran al intentar explicar porqué alguien ingresa en el consumo de drogas, la diversidad de efectos físicos y psíquicos que provoca, las consecuencias que estos dejan, como sufre el adicto su adicción, y lo difícil que es comenzar un tratamiento de rehabilitación, son algunas de las tantas cosas que se han intentado dar a conocer.

También, se ha intentado poner en evidencia el porqué es importante que la familia de un adicto se involucre responsablemente en el tratamiento. Son muchas las teorías que involucran a la familia como un posible factor de riesgo o factor de protección para que se haga presente o no un trastorno por abuso de drogas. Son otras tantas las teorías que afirman que la participación familiar en un tratamiento de rehabilitación por abuso de drogas favorece a que el mismo comience, se mantenga en el tiempo y finalice, además de que disminuyan las probabilidades de una posible recaída. Esto muestra porque no se puede dejar de lado a la familia de un adicto en recuperación.

Pero se ha considerado que lo más importante es poder mostrar con la experiencia de haber formado parte de un tratamiento con un adicto y su familia, el porqué necesitan los profesionales de la salud y al servicio de un adicto en recuperación, que la familia comprenda que ella también necesita recuperarse. Poder trabajar con el individuo sintomático y su familia como dos entidades que están interrelacionadas continuamente, y que dependen uno del otro para crecer y funcionar, ha permitido comprender mejor su comportamiento.

La familia representa el vínculo más importante a través del cual el individuo aprende a convivir y a relacionarse con los demás, por lo que tiene gran influencia en su formación y desarrollo. El ambiente familiar, principalmente el de los padres, se muestra muchas veces como un determinante del ajuste psicológico y social de los hijos, reconocido ampliamente en distintas teorías. Es posible mencionar un sin fin de situaciones familiares que afectarían a una persona y ante la falta de recursos, habilidades, apoyo, principalmente familiar, para poder afrontar estas problemáticas, escoge la droga como una forma de afrontamiento y escape. Es desde este lugar que, se ha intentado demostrar que muchas de las cosas que le pasan son resultado de la relación con su familia. A partir de allí, ha surgido la pregunta ¿Podrá salir de la droga sólo? La respuesta es clara, seguramente no podrá, y si lo logra será muy difícil poder

sostener en el tiempo todo lo adquirido dentro del tratamiento, porque dentro de su familia no conocen de lo que se trata y porque principalmente ellos, no han cambiado nada.

En el caso particular del presente trabajo, N funcionaba como el miembro sintomático, en donde recaían todas las dificultades que presentaba el sistema familiar, sobre todo, muchos de los problemas del sistema conyugal. Pudo observarse que no tenían marcadas reglas claras y que la interacción con sus padres era muy diferente entre J y S. Con su padre, durante mucho tiempo sostenedor de sus conductas transgresoras, mantenía una coalición dejando por fuera a S, quien se sentía excluida y actuaba en consecuencia; aparecía como un miembro periférico del sistema. Con su madre, se presentaban grandes dificultades en la comunicación, el vínculo se encontraba bastante desgastado, no tenían diálogo, y ambos contaban con muchos sentimientos de culpa, reproche y dolor. Estas conductas llevaban años funcionando dentro del sistema, se repetían esquemas de organización disfuncionales por parte de cada miembro con la creencia, de estos padres, de estar haciendo lo mejor.

Entre los padres, se ha observado la falta de una alianza común con el fin de ayudar a su hijo y ayudarse, como también deficiencias en la comunicación y la puesta de límites y reglas; por el contrario se ha evidenciado una lucha de poderes. Esto provocaba que S actuara de manera agresiva con N y se sintiera muchas veces sola por parte de J y con gran ansiedad por no pertenecer. J se percibía al igual que su hijo, equivocadamente, como el aliado, como aquel que mejor lo comprendía, pero con dificultad en comprender que colaboraba al mantenimiento del problema de la adicción y que el vínculo con su hijo debía reorganizarse hacia otro lugar. Además, esta situación, lo distanciaba cada vez más de su mujer. N, con sus propios problemas y el desajuste emocional que ello generaba, también se beneficiaba pudiendo mantener sus conductas manipuladoras y reprochando el no apoyo de su madre, mientras que, mediante su vínculo con el padre, sostenía la conducta adictiva; era un intermediario dentro del sistema conyugal.

Durante el tratamiento, se evidenciaron en el sistema familiar grandes dificultades para tolerar los cambios y modificaciones que se iban generando en sus interacciones como el recorrido lógico para alcanzar cierto equilibrio. S se mostró durante el tratamiento muy ansiosa y reticente a aceptar que se estaban atravesando

momentos de cambio lógicos y sobre todo, mucha dificultad en asumir modificaciones en el Ciclo Vital de su familia y el inevitable paso hacia un nuevo rol. J presentó dificultades para lograr ubicarse dentro del sistema conyugal más próximo a su mujer, para ocupar el lugar de apoyo y sostén. Como sistema conyugal no presentaban la jerarquía adecuada, como tampoco una unidad de liderazgo férrea. No estaban unidos.

Se ha considerado, el gran aporte que hubiese sido para el tratamiento de N, el poder contar con entrevistas familiares, cuya finalidad sea ayudar a la familia en la toma de ciertas decisiones, propiciar un espacio para la reflexión y la toma de conciencia de aquellas situaciones que se les presentan al grupo familiar como difíciles de atravesar, pero principalmente con el objetivo de poder vivenciar y observar a todo el sistema familiar, la manera en que manejan sus tiempos, como se comunican, como se expresan y como llevan adelante cada uno su rol, como llevan a la práctica lo aprendido durante su recorrido terapéutico.

Las características familiares anteriormente mencionadas, sólo han sido posibles de conocer, abordar y modificar con la participación activa de la familia de N. Han sido utilizadas como instrumento fundamental para poder detectar todas aquellas áreas problemáticas o potencialmente problemáticas y poder trabajar sobre ellas como un factor fundamental dentro del tratamiento para lograr el fortalecimiento de una nueva estructura familiar, pero permitiendo la individualidad de sus miembros con un fuerte sentido de pertenencia. Sin embargo, ha de considerarse un aspecto importante dentro del tratamiento y que en muchas ocasiones dificulta el trabajo terapéutico. Al tratarse de un grupo de padres que no demanda voluntariamente terapia, sino que la realiza como una condición pautada por la comunidad terapéutica; se ha podido percibir, no sólo en el caso descrito, sino en otros padres que concurren al grupo, la dificultad de asumir cierta responsabilidad en la conducta adictiva que sus hijos presentan. Dicha resistencia se resume a la idea de que siempre han sostenido que el problema era del hijo adicto, sin contemplar a todo el sistema familiar como un posible factor de riesgo. Esta creencia, impide en ciertas ocasiones que se pueda desenvolver la terapia de manera adecuada, debido a que de mantenerse ese pensamiento, ciertas conductas negativas o maneras de vincularse disfuncionales limitan el desarrollo y posterior crecimiento del sistema familiar.

La Terapia llevada a cabo con la familia de N durante el tratamiento ha brindado la posibilidad y el beneficio de modificar aspectos importantes dentro de este sistema familiar. El beneficio no sólo lo recibía N, sino la familia en su totalidad. Se cree que, de no haber participado la familia, el tratamiento de N no hubiese sido el mismo. La importancia de realizar una Terapia con la familia, brinda el beneficio de ampliar y anticipar la posibilidad de cambio que pueden provocar el reacomodamiento de las funciones; además permite normalizar, entendiendo este proceso como una ayuda para que los padres sientan que aquello por lo que están atravesando en este proceso es algo común pero que al mismo tiempo muestra el cambio.

Se considera un aspecto sumamente importante a trabajar con la familia del paciente cuando el mismo regresa a su casa, la creencia de que por regresar, ya está curado. Se ha evidenciado como algo muy común este tipo de pensamientos por parte de los padres, por lo que se ha propuesto que se trabaje actualmente con los padres de Nicolás sobre la prevención de recaídas. Es preciso trabajar sobre la importancia de estar al tanto de los quehaceres y obligaciones que N llevará a cabo, como así también sobre la importancia de que ellos, como padres, sigan concurriendo a sus grupos terapéuticos con toda la información posible sobre sus estados de ánimo, sobre como se desempeña en sus responsabilidades y principalmente sobre sus propias dificultades como padres en esta nueva etapa. Se ha podido reconocer a través de todo el período que llevó el presente trabajo, que muchos padres, al llegar a la etapa ambulatoria, modifican su actitud, se comienzan a desentender. Este, es sin duda, uno de los primeros motivos para una posible recaída.

Se ha comprobado a través del presente trabajo que cuando la familia se involucra activamente en el proceso terapéutico, está poniendo al servicio del paciente en rehabilitación todas sus potencialidades; por lo tanto asume las responsabilidades que le tocan y se abre a la posibilidad de cambio. Se comienza a mostrar cierta flexibilidad, aspecto importantísimo hacia la funcionalidad de un sistema familiar.

Sería interesante también, que los Psicólogos que desarrollan su actividad en el tratamiento de pacientes adictos a las drogas o bien con la familia de los mismos, pudieran volcar sus experiencias y estrategias sobre como ayudar a una familia a convertirse en un factor de protección. El proceso por el que se atraviesa cuando existe un miembro adicto dentro de una familia es muy doloroso, pero se ha considerado a

partir del presente trabajo, que la posibilidad de recuperarse es inmensamente gratificante.

6. BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2000). *DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington: American Psychiatric Association.

Andolfi, M., Angelo, C., Mengui, P. y Corigliano, A.M. (1995). *Detrás de la máscara familiar. La familia rígida. Un modelo de psicoterapia relacional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Beck, A., Wright, F., Newman, C., Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós

Becoña, E. (2003). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del gobierno para el plan Nacional sobre Drogas. Recuperado el 19 de Noviembre de 2010 de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf

Becoña, E. (1986). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela: Grial.

Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. (2007). *Teorías y Modelos explicativos en prevención de drogodependencias*. Santiago de Compostela.

Botella Calvo, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: La familia. *Salud y Drogas*. 7,001, 45-50.

Cancrini, L. (1991). *Los temerarios en sus máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos*. Buenos Aires: Nueva Vision.

Cancrini, L. y Cols. (1995). *Viva Palenno Viva*. Roma: Nova Italia Cientifica.

Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En Glantz, M. y Pickens, R (Eds.), *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.

De León, G. (2004). Primera Parte: Introducción. En *La comunidad Terapéutica y las Adicciones: Teoría, Modelo y Método*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 25-35.

Espina, A., Begoña, P. (Eds). (1996). *Terapia Familiar Sistémica: Teoría, Clínica e Investigación*. Madrid: Fundamentos.

González Galleja, F., García-Señorán, M. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicotema*: Vol. 8, nº 2, 257-267.

Goti, E. (2000). *La Comunidad Terapéutica: Un desafío a la droga*: Buenos Aires: Nueva Visión.

Kalina, E. (2006). *Aportes para la clínica y la terapéutica*. Buenos Aires. Paidós.

Kaufman, E. (1994) *Psychotherapy of addicted persons*. Nueva York. Guildford Press.

Kramer, J.F. y Cameron, D.C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: OMS, p.p 13-17.

Lenin Torres García. (2007). *El adicto y la familia en recuperación*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2010 de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_adicto.pdf

Marcos Sierra, J.A., Garrido Fernández, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27, 2-3, 357-359.

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

Minuchin, S., Fishman, Ch. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.

NIDA (1997). Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide. National Institute on Drug Abuse and National Institutes of Health.

Revista "Esa es tuya" (2004). *Revista del Programa Andrés*. Buenos Aires: Graficont.

Rossi, P. (1997). *Guía para padres: todo lo que los padres deben conocer acerca de las adicciones*. Buenos Aires: El estribo.

Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes: lo que los padres deben saber sobre las adicciones*. Madrid: Tébar.

Sáenz Rojas, M.A. (2003). Aportes sobre la familia del farmacodependiente. *Revista de Ciencias Sociales*, 1, 099, 26-30.

Shukit, M.A. (1995). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (4th ed.). Nueva York: Plenum Medical Book Company, p.p 3-8.

Stanton, M.D. y Todd, T. C. (1989). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Traducción de Carlos Gardini. Buenos Aires: Gedisa.

Trujano,R., Montalvo Reyna, J., M.G., Tolentino. (2004). Análisis Sistémico de familias con un hijo adolescente drogadicto. *Psicología y Ciencia Social*. 6, 002,3-6.

Wainstein, M. (2006). *Comunicación. Un paradigma de la Mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.