



COMUNIDAD Y DROGAS  
(Monografías)

Precio del ejemplar: 500 pts. (IVA incluido).

Edita y distribuye:  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas  
Publicaciones, Documentación y Biblioteca  
Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID.

ISBN: 84-7670-049-0.  
NIPO: 351-87-001-0.  
Depósito Legal: M-18.761-1987.

Imprime:  
Rumagraf, S. A.  
Nicolás Morales, 34. 28019 MADRID

# COMUNIDAD Y DROGAS

Director

**D. Miguel Solans**

Consejo de Redacción

**D.<sup>a</sup> Pilar Alvarez**

**D. Carlos Alvarez**

**D. Jaime Funes**

**D.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Jesús Manovel**

**D. Ramón Mendoza**

**D. José Navarro**

**D. Pedro Oñate**

**D. Armando Peruga**

**D. Santiago de Torres**

Secretario de Redacción

**D. Francisco de Asís Rábago**

MAYO 1987

MONOGRAFIA N.º 1

## PRESENTACION

- 7 Introducción. Luigi Cancrini.
- 11 Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias. Maurizio Coletti.
- 21 Los sistemas en la demanda del toxicómano. Juan Antonio Abejón.
- 35 El terapeuta como parte del problema: modelos, cadenas, sistemas terapéuticos. Rodolfo Hoyuelos.
- 45 Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles. Luigi Cancrini.
- 59 Abordajes terapéuticos con la familia del toxicómano. Fernando Carrasco.
- 75 La terapia después de la crisis: reestructuración, separación, reconstrucción. Maurizio Coletti.
- 81 Organización de los servicios y formación de los trabajadores sociosanitarios. Maurizio Coletti.
- 87 La familia del toxicómano desde un abordaje sistémico. Mercedes Rodríguez y Rosario Sanz.
- 105 Bibliografía. Rodolfo Hoyuelos.

## **Nota a los colaboradores**

Los artículos deberán dirigirse a: Secretario de Redacción de COMUNIDAD Y DROGAS. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID.

Los artículos se enviarán mecanografiados a doble espacio, por un solo lado, sin exceder de 40 folios. Se enviará también un resumen de 8-10 líneas de extensión. Las notas se mecanografiarán a un solo espacio, numeradas y colocadas, bien a pie de página, bien al final del artículo.

Los artículos serán inéditos, de forma preferente; en caso de no ser así, se hará constar lugar y fecha de publicación.

El nombre y un breve «currículum» del autor deberán ir mecanografiados en hoja aparte.

---

La responsabilidad por las  
opiniones expresadas en los  
artículos publicados por  
COMUNIDAD Y DROGAS recae  
únicamente sobre sus autores.

---

# Presentación

5

COMUNIDAD Y DROGAS comienza con este número la publicación de una serie monográfica, intercalada en la programación ordinaria, con objeto de tratar en extensión un conjunto de materias relacionadas con su contenido habitual en el campo de las toxicomanías. Se persigue la profundización en aquellas materias que supongan actualidad, innovación o demanden una especial atención por parte de profesionales e instituciones.

Se ha elegido en este número, bajo el título de «**Enfoque relacional en toxicomanías**», la exposición de una conceptualización sobre el significado de las alteraciones de la salud y el comportamiento contemporánea, susceptible de ser aplicada en un terreno interprofesional y que desde hace algunos años se ha introducido en el ámbito de las toxicomanías como una línea de trabajo en la evaluación diagnóstica y en los intentos de solución de los problemas que se plantean a la persona toxicómana y a su entorno.

Los trabajos seleccionados responden a una doble intención: por una parte, acotar el marco teórico y los antecedentes históricos del enfoque relacional —la teoría general de sistemas, los abordajes familiares de los problemas de salud— y por otra, destacar experiencias concretas realizadas internacionalmente y en nuestro país en el campo de las toxicomanías.

La colaboración prestada por autores italianos —el profesor *Luigi Cancrini* y *Maurizio Coletti*— y españoles —*Juan Antonio Abeijón*, *Rodolfo Hoyuelos*, *Fernando Carrasco*, *Mercedes Rodríguez* y *Rosario Sanz*— todos ellos implicados profesionalmente en el estudio y la aplicación cotidiana de la teoría y sus técnicas, permite garantizar la solidez de los temas expuestos y dar pie a la información rigurosa, el debate profesional y el contraste con otras experiencias en un campo conceptual y técnico —el de las toxicomanías— donde no existe un modelo uniforme que proporcione respuestas universales y en el que esperamos que el enfoque relacional sitúe sus propuestas y alternativas junto a otros existentes.

6

---

Otros títulos en preparación:

- *Cocaína.*
- *Bibliografía comentada sobre drogodependencias.*

Luigi Cancrini

## Introducción

**E**N 1969 la Fundación «Giovanni Agnelli» me encargó un estudio sobre la toxicomanía juvenil (1). Centrando el proyecto de investigación sobre aspectos familiares y sociales como factores en el origen de tales problemas, decidimos conocer al toxicómano en el contexto vivo de su vida familiar.

Íbamos tres, de noche, después de cenar. La familia nos recibía en el comedor o en la cocina, según su nivel social o sus costumbres. Armados (es un decir) de los libros de Ackerman y de Sal Minuchin, de Boszormeny-Nagy y de Jim Framo (2), reconstruíamos la historia de la familia y explorábamos las dinámicas familiares. Tomábamos nota y grabábamos las conversaciones. Pero sobre todo, sin quererlo y casi sin darnos cuenta, entrábamos en estas dinámicas suscitando expectativas, reacciones, movimientos y emociones en aquel momento o después. Efectuando sin saberlo nuestras primeras «terapias familiares».

A distancia de casi 20 años de aquella experiencia, quizá absolutamente pionera (3), al menos tres observaciones hechas entonces mantienen aún hoy toda su vigencia:

1. La posibilidad de situar el comportamiento toxicomano dentro de un conjunto de comportamientos comunicativos que se relacionan lógicamente con él, resultando a la vez fruto y explicación. Como si quien vive junto al toxicómano estuviese dolorosamente obligado a comportarse de un modo que refuerza la toxicomanía. Como si el ac-

cidente toxicomanía se viese, en términos comunicativos como el resultado de un encuentro desventurado entre los efectos farmacológicos, psíquicos y sociales de un fármaco y el juego en buena parte ya jugado previamente dentro de algunas familias.

2. En segundo lugar, la relativa a la posibilidad de distinguir. Distinguiendo, en efecto, tipos diversos de juego familiar que la droga tiene el poder de reforzar y de «reclamar». Situaciones *diversas*, dotadas de su coeficiente específico de gravedad y cubiertas de modo superficial por la toxicomanía. Nos propusimos, desde entonces, y a partir de esa base, pensar en estrategias terapéuticas también fuertemente diferenciadas.

3. La tercera, en fin, relativa al potencial terapéutico de la familia. Una estructura de sistema admirable y potente, con gran capacidad de ser utilizada, que bien guiada y seriamente ayudada, la fuerza de una desesperación más o menos resignada sabe transformarla en fuerza positiva y segura de cambio. Como si el terapeuta, en la mayoría de los casos, no pudiese prescindir de esta fuerza para resolver sus dificultades.

Punto de referencia de una moderna estrategia de intervención en relación con un fenómeno que continúa difundándose entre los jóvenes de toda Europa, las observaciones relativas a la importancia de la familia en el intento de comprender lo que ocurre, pero sobre todo en el intento de intervenir modificando, se han transformado de hecho en patrimonio común.

En una investigación desarrollada por Labos en ocho países europeos bastante diferentes entre sí desde el punto de vista de las culturas, de los servicios y de la gente (de Suecia a Italia, de Polonia a Hungría, Francia, Inglaterra, Alemania y Holanda), la implicación de las familias se ha verificado como recurrente en la absoluta mayoría de los servicios, residenciales o no. Y a ello corresponde, normalmente, ese vasto y general cambio de humores y expectativas en relación a los resultados de una intervención terapéutica en la que se integra el paso del estereotipo de la toxicomanía como una situación sin esperanza al de la toxicomanía presentada y entendida como un problema grave, pero que puede ser afrontado con esperanzas serias de curación desde el punto de vista del individuo, con soluciones fuertes de avance desde el punto de vista del sistema familiar implicado.

Si todo esto, en la actualidad, es historia de nuestro tiempo, quedan sin embargo algunas observaciones que hacer utilizando la perspectiva propia del terapeuta relacional o sistémico. Implicación de las familias en el proyecto de tratamiento no significa, en todos los casos, terapia familiar. Las familias que se bloquean en torno a una toxicomanía son bastantes distintas, en efecto, las unas de las otras. Pedir tratamientos diversificados en los que la implicación activa en el control y el apoyo del trabajo no propio (por ejemplo, la Comunidad Terapéutica) es un aspecto necesario pero, a menudo, no suficiente. Resulta bastante peligroso, en algunos casos, detenerse ahí, atrapando a los padres en la responsabilidad de no haber seguido tareas o comportamientos que no estaban preparados para seguir o cumplir. Queremos aclarar, en suma, que la terapia con la familia no es un bloque de instruccio-

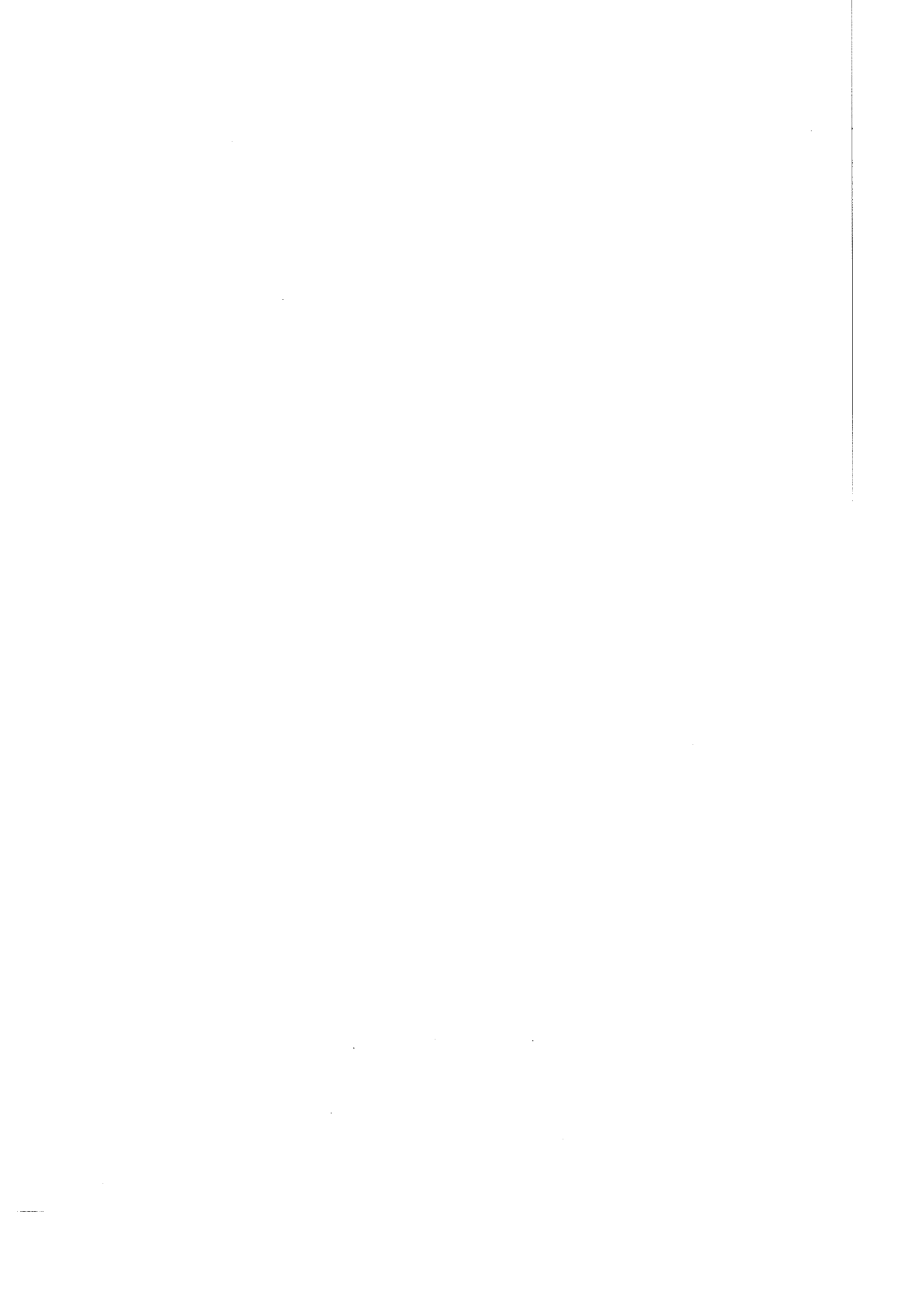
nes para pasar a las personas que vienen a pedir ayuda, sino un estudio dúctil, paciente y flexible de lo positivo de un sistema familiar, una formulación y verificación de hipótesis sobre las reacciones más probables a las propuestas del terapeuta. Proceso dialéctico, pues, en el que implicarse continuamente, y continuamente salir a la búsqueda de las condiciones que hagan posible un cambio sobre vías que no pueden ser trazadas desde dentro, que deben ser halladas en conjunto por una familia que las posee ya en su repertorio.

El lector se habrá dado cuenta, llegado a este punto, del hecho de que quien escribe no piensa en efecto en la terapia sistémica, como en una más de las técnicas que se pueden utilizar en el campo del tratamiento de las toxicomanías. La óptica sistémica centrada sobre todo en la familia y luego en los recursos del sistema terapéutico imaginado en toda su complejidad, debería ser considerada, a mi parecer, como punto de referencia de todas las técnicas de intervención. Razonar sobre las estrategias en vez de sobre las tácticas es una exigencia cada vez más evidente para quien trabaja en general en el campo de la salud mental. Un hecho éste del que deberían comenzar a preocuparse todos aquellos que continúan permitiéndose el uso de una sola técnica. «Los pacientes incurables no existen —decía D.D. Jackson—, lo que existe son los terapeutas incompetentes». Lo que quiere decir, si nos centramos en el campo de la toxicodependencia, que hay necesidad, sobre todo, de un instrumento cultural capaz de afrontar el error. Transformar la psiquiatría, la psicoterapia en ciencias «reflexivas» capaces de autoincluirse en su campo de observación. Utilizando, para hacerlo, el instrumento de que disponemos hoy día, el sistema terapéutico.

## NOTAS

- (1) Los resultados de la investigación están en: «*Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia*». Mondadori, Milano 1973.
- (2) Ackerman N.W.: «*Treating the troubled families*». Basic Books, Inc., N.Y. 1966; Minuchin S. et al.: «*Families of the Slums*». Basic Books, Inc., N.Y. 1967; G. Zuk e Boszormeny - Nagy: «*Family Therapy and disturbed families*». Science and Behavior Books, Inc., Palo Alto, Cal. 1969.
- (3) Las primeras investigaciones importantes sobre la terapia familiar sobre los toxicómanos fueron, también en los Estados Unidos, las de Stanton y Todd, en la segunda mitad de los años setenta.





Maurizio Coletti

# Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias

## RESUMEN

*Se realiza un breve recorrido histórico sobre el nacimiento de la terapia sistémica y relacional como teoría psicoterapéutica. A continuación se presenta el enfoque relacional en sus principales formulaciones teóricas aplicables al trabajo con personas toxicómanas, explicando el significado que el síntoma toxicomanía cumple en el contexto familiar.*

## Theory and epistemology of relationship treatment in drug dependence

## SUMMARY

*A brief historical overview of systemic and relationship treatment as psychotherapeutic theory is issued. The relationship approach is presented with its main theoretical formulations as applicable in work with drug addicts. The significance of drug addiction symptom within the family group is also explained.*

**L**A terapia sistémica y relacional tiene una corta historia pero un pasado largo. Durante muchos años los terapeutas se resistieron a la idea de ver a los miembros de la familia de sus pacientes, con el fin de poner a salvo la intimidad y la reserva de la relación terapeuta-paciente. Los freudianos excluían a la familia real con el fin de poner al descubierto la familia inconsciente e introyectada. Los rogerianos mantenían lejos a la familia para poder ofrecer a sus clientes la aceptación incondicional que consideraban necesaria para que ellos redescubrieran sus impulsos internos propios. Y los psiquiatras de hospitales desaconsejaban las visitas de las familias que venían a alterar el ambiente sereno y protector de las salas del hospital.

A pesar de las buenas razones para mantener a los miembros de la familia apartados de la psicoterapia de los individuos, había también una serie de inconvenientes claros. La psicoterapia individual presupone una cierta inestabilidad en el entorno del paciente, de lo contrario no tendría sentido sacar a ese individuo de su entorno para hacerle cambiar. Y cuando las familias están pasando una crisis o una situación conflictiva, sucede a menudo que la mejoría del paciente hace empeorar a la familia. De esa forma se hizo patente que un cambio en cualquier persona cambia a todo su sistema familiar. Y por otro lado, también empezó a verse que cambiar a la familia podía ser el método más eficaz para cambiar al paciente.

Una vez que empezó a apreciarse el impacto recíproco que tenían los pacientes y sus familias, varios terapeutas decidieron intentar el tratamiento de toda la familia en conjunto. Lo que parece curioso —visto desde esta distancia— no es que las familias tengan un efecto tan potente en los pacientes, sino que llevase tanto tiempo el poner en práctica las implicaciones de este hecho. Cuando los clínicos empezaron a experimentar con la terapia familiar, echaron mano del trabajo previo hecho desde distintos campos.

En primer lugar, del psicoanálisis que había puesto de relieve el rol de la familia en el desarrollo de la personalidad del individuo, pero aislaba completamente a la familia del tratamiento. Freud descubrió muchas cosas que fueron útiles a los terapeutas de familia, pero por otro lado muchas de sus conclusiones no congeniaban con la terapia familiar y crearon una serie de prejuicios que tuvieron que ser superados más tarde. Iluminó el impacto de los primeros años de la vida en familia sobre la estructuración de la personalidad, pero descuidó los períodos cruciales de la adolescencia. Reveló el poder de las fuerzas irracionales e inconscientes, pero infravaloró los poderes de la razón. Descubrió las imágenes distorsionadas de la familia en las proyecciones, la transferencia y la fantasía, pero perdió de vista la realidad de la interacción familiar real.

La mayoría de los pioneros de la terapia familiar estaban familiarizados con la teoría freudiana o provenían del campo del psicoanálisis, y encontraron sus conceptos básicos de un enorme valor para la comprensión de las personas, aunque no tanto para su tratamiento de familias, neutralizando su tendencia a aislar al individuo del grupo y de disociar el mundo interno de la

mente, de la conducta externa y la interacción.

Otros psicoanalistas también dirigieron su atención a ciertos aspectos de la teoría freudiana, entre ellos Fromm, Horney y Sullivan, cuya teoría interpersonal de la psiquiatría daba un mayor énfasis a las fuerzas sociales que actuaban sobre las personalidades. Aunque ellos no llegaron a tratar familias, sus ideas inspiraron a los que las trataban.

Por otra parte, el paralelismo evidente entre los pequeños grupos y las familias indujo a algunos terapeutas de familia a tratarlas como si fueran simplemente otra forma de grupo, y a algunos terapeutas de grupo a tratarlos como si el grupo fuera un modelo de funcionamiento familiar, con el terapeuta como padre, los miembros del grupo como hermanos y el grupo colectivamente como madre. Algunos terapeutas de grupo experimentaron con parejas en grupos y otros terapeutas familiares empezaron a llevar el grupo de terapia con varias familias, entre ellos John Bell, que sigue teniendo gran influjo en el campo de la terapia familiar múltiple. Con el tiempo, la mayoría de los terapeutas familiares vieron que el modelo de terapia de grupo no era apropiado para las familias y se fueron pasando a diversos modelos sistémicos.

El movimiento de atención a la infancia aportó el enfoque en equipo a la terapia familiar. Al principio, se asignaban miembros de los equipos interdisciplinarios a los diferentes miembros de la familia, pero poco a poco empezaron a apreciar la interconexión de las pautas conductuales de los distintos pacientes y a integrar y combinar sus esfuerzos. Las clínicas infantiles pronto sobrepasaron el campo de los tribuna-

les de menores y jóvenes delincuentes para dedicarse a una población infantil más amplia que incluía otra serie de trastornos, al mismo tiempo que ampliaron la unidad de tratamiento del niño a su familia. Al principio, la terapia familiar se consideraba como el mejor medio para ayudar al paciente, pero después pasó a ser considerada como la forma de ayudar a las necesidades de toda la familia.

La investigación sobre la dinámica familiar de la esquizofrenia es probablemente uno de los capítulos mejor conocidos de la historia de la terapia familiar. Los nombres de Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, Murray Bowen, Theodore Lidz y Lyman Winne son conocidos de todos, así como algunos de sus conceptos de metacomunicación, doble vínculo, diferenciación, triangulación, cisma y sesgo maritales, cerco de goma y pseudomutualidad. Pero hay algunos reparos que hacer a la investigación sobre la esquizofrenia en las familias. En primer lugar, que los mecanismos interaccionales que se observan en estas familias no pueden ser aplicados a las familias normales; y en segundo lugar, que el rol de la familia en la producción de la esquizofrenia resulta difícil de conciliar con la evidencia de determinantes genéticos. Los estudios de observación de las familias esquizofrénicas dicen más sobre la aparición y el mantenimiento de la esquizofrenia que sobre su etiología. Sin embargo, los estudiosos de la dinámica familiar de la esquizofrenia han hecho más que nadie para lanzar el movimiento de terapia familiar.

En cuanto forma de tratamiento, la terapia familiar fue precedida por los consejeros matrimoniales y el tratamiento psicoanalítico de parejas. Los consejeros contribuyeron enormemente a una gran cantidad de técnicas de

terapia familiar y siguen ofreciendo soluciones para los problemas familiares. Por otro lado, los psicoanalistas han reconocido desde hace tiempo que las parejas están ligadas por motivaciones inconscientes complementarias, y para modificar estas influencias recíprocas, algunos empezaron a tratar a los esposos primero de forma concurrente y luego conjuntamente. Jackson, Ackerman y Whitaker hablan de sus propias versiones de terapia matrimonial, pero el campo de la terapia de pareja ha sido absorbido por el de la terapia de familia en este punto.

Muchos todavía se preguntan quién ha sido el primero en practicar la terapia familiar. Lo que hay de cierto es que al principio de los años cincuenta y en Estados Unidos, la terapia familiar comenzó independientemente en cuatro lugares diferentes: John Bell empezó a tratar a las familias de esquizofrénicos en la clínica Menninger; Nathan Ackerman empezó su terapia familiar psicoanalítica en Nueva York; y Don Jackson y Jay Haley iniciaron su terapia comunicacional en Palo Alto.

Todos estos pioneros tenían antecedentes claramente diferentes y orientaciones clínicas diversas y esa diversidad todavía caracteriza hoy el campo de la terapia familiar.

En aquellos años cincuenta, la terapia familiar constituyó un experimento radicalmente nuevo, practicado en un aislamiento relativo por parte de un pequeño grupo de clínicos que tenían poco contacto entre sí. En los años sesenta, la terapia familiar emergió como una fuerza en crecimiento dentro del campo de la salud mental; los que la practicaban se iban haciendo fuertes, gracias a las ideas compartidas, pero tenían que enfrentarse con la psiquiatría establecida que les veían como vio-

ladores de las normas sagradas y se resistían a la idea del tratamiento en familia.

#### EL ENFOQUE RELACIONAL Y LA TOXICODEPENDENCIA.

Estas novedades surgen y se confirman cuando hacia el inicio de los años sesenta, el tratamiento de los adolescentes problemáticos comienza a ser relacionado también con el abuso de estupefacientes y, en general, con el comportamiento antisocial. Salvador Minuchin pone en marcha una experiencia extraordinaria en el ghetto portorriqueño de Filadelfia enfrentando situaciones desesperadas y dramáticas a través de una implicación sistémica de las familias. Es la experiencia de las «Families of the Slums» (4).

Desde entonces comienza a confirmarse una visión nueva del síntoma toxicodependencia relacionada también con la enorme expansión de este tipo de problemas y con las nuevas situaciones que se plantean en las estructuras dedicadas al tratamiento.

L. Cancrini y col. describen en 1973 (5) los resultados de una amplia investigación en que la hipótesis fundamental era la de una conexión significativa entre el consumo de droga y las dinámicas familiares de los toxicodependientes.

En los Estados Unidos mientras tanto, la práctica del tratamiento familiar de los consumidores de droga cobra un enorme impulso estimulada por notables resultados clínicos. Describen dichos resultados Erik y Pauline Kaufman (6) y, sobre todo, Duncan Stanton (7) (8) (9) (10) que dirige un programa clínico y de investigación bastante amplio para la Philadelphia Child Guidance Clinic.

En Europa, junto con el surgir de las Comunidades Terapéuticas, se desarrolla el tratamiento familiar de los toxicodependientes como un medio bastante concreto para afrontar los problemas que se plantean en la existencia de este campo. Cancrini (11) (12) describe repetidamente la eficacia de los resultados y su base teórica y clínica.

#### EL ENFOQUE RELACIONAL DESDE EL PUNTO DE VISTA TEORICO: ALGUNAS NOCIONES SOBRE TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS.

¿Cuál es el punto de vista relacional sobre el síntoma toxicodependencia? Y, más aún, ¿cuál es el punto de vista relacional sobre el síntoma psiquiátrico en general?

La óptica relacional se basa ampliamente en la Teoría General de los Sistemas (TGS) aplicada a los sistemas humanos y, sobre todo, a la familia. Según la TGS, cada sistema o grupo está compuesto por una serie de elementos en interacción y con una organización tal que un cambio en el estado de uno de los elementos irá seguido por cambios en los demás.

Los sistemas humanos (al igual que los no humanos) están sujetos a reglas generales como la homeostasis, la no sumatividad y la equifinalidad. *La homeostasis* (o retroacción) es la característica según la cual el sistema tiende siempre a mantener el «status quo», o sea, a no cambiar. Sin adentrarnos en un tortuoso recorrido teórico ya muchas veces hecho, diremos que por «no cambio» se entiende la actividad del sistema para defender su acción y sus objetivos generales del conjunto de las condiciones internas y externas que nos puedan amenazar.

El ejemplo más simple es el del calentador: programado para suministrar y conservar agua a una cierta temperatura, el aparato elabora las informaciones sobre el estado térmico del agua que contiene, sobre la cantidad caliente suministrada y sobre el agua fría recibida. Estas informaciones, recogidas a través del termostato, activan la resistencia que queda encendida hasta que la temperatura sea la prefijada. Así el calentador, a través de pequeños cambios, a través de la utilización de energía eléctrica y, gracias a su aparato de control, consigue mantener su estado casi invariante.

Los sistemas son también «no sumativos», lo que significa que no es posible la simple suma algebraica de las propiedades para identificar el conjunto de las funciones. Para explicar brevemente este concepto podemos recordar cómo también en otras ciencias la interacción entre dos o más elementos produce los resultados cuya complejidad no podrá nunca ser explicada recurriendo simplemente al conjunto de las propiedades de los componentes individuales del sistema.

El principio de la *equifinalidad* desplaza la atención del observador de las condiciones de partida de un sistema determinado a la naturaleza del recorrido que el sistema realiza y a los parámetros del mismo sistema. Lo que significa que las preguntas sobre «quién» y sobre «por qué» a propósito de una acción determinada, se sustituyen por la búsqueda sobre el «cómo» el proceso de cambio ha tenido lugar o se ha desarrollado.

Otra piedra angular de la óptica relacional y sistémica es la de la «circularidad de las secuencias de acontecimientos». Evitando el preguntarse quién ha causado qué, la dinámica de

un proceso visto y descrito con una óptica relacional se limita a constatar la relación simplemente temporal que une un comportamiento a otro. El observador, así, evitará el concepto de culpa y, en definitiva, el nexo causa-efecto. Una eficaz descripción de las consecuencias de este modo de proceder es posible encontrarla en el libro más conocido de P. Watzlawick (13).

«Supongamos que una pareja tenga un problema conyugal del que cada conyuge es responsable al 50 %: él cerrándose pasivamente en sí mismo y ella refunfuñando y criticando. Cuando explican sus frustraciones, el hombre declara que cerrarse en sí mismo es su única «defensa contra» las críticas de la mujer, mientras ella etiqueta esta explicación como una grosera y voluntaria distorsión de lo que «realmente» ocurre en su matrimonio: o sea, ella critica a su marido «a causa de» su pasividad. Si prescindimos de todos los elementos efímeros y fortuitos, sus peleas se reducen al intercambio monótono de mensajes: «yo me cierro en mí mismo porque tú refunfuñas» y «yo refunfuño porque tú te encierras en ti mismo»... si queremos representar esta interacción con un diagrama, sería aproximadamente así: (ver diagrama 1, al final.)

Descubrimos, así, que los participantes en la relación usan sistemáticamente lo que se llama «puntuación de secuencia de acontecimientos», o sea, una lectura de la relación que hace consecuentes un determinado acto del otro, como si ello fuese algo perfectamente legítimo y natural».

Dentro de esta organización, la pregunta sería: ¿Cuál es el valor y el significado del síntoma? En otras palabras, qué función tiene el síntoma en la relación? Se considera al síntoma como comunicación perfectamente in-

tegrada dentro del conjunto de las reglas del mismo sistema. Se puede ver como parte necesaria de la organización de ese sistema, pues su ausencia «obligaría» a los miembros a la búsqueda de un equilibrio distinto. Pongamos un ejemplo: la función estabilizante del síntoma depresión puede ser observada si se piensa en los grandes cambios que su desaparición imprevista podría comportar en un sistema en el que un miembro estaba deprimido: no tendría ya sentido el papel del que hasta aquel momento, ha actuado como enfermero; tendría que cambiar de costumbres, comportamientos, etc., alguien que hasta el momento había hecho de «parte optimista». Quien tiene experiencia clínica con los pacientes psiquiátricos sabe bien qué modificaciones comporta una desaparición imprevista del comportamiento sintomático. El hecho de que el síntoma tenga una función propia no significa que es el comportamiento causa y base de toda la organización del sistema. Es, en cualquier caso, una parte importante. Podemos explicar mejor este concepto recurriendo a un ejemplo de C. H. Waddington: ninguna de las partes de un avión es capaz *por sí sola* de volar. Una hélice, las alas, la carlinga, el mismo motor, no consiguen mantenerse en el aire. Sin embargo, *juntas y organizadas de determinada manera*, consiguen alzarse de tierra. El síntoma, pues, debe ser considerado como parte integrante de la organización del sistema.

En otras palabras, ¿cómo explicar la función de un síntoma como la toxicoddependencia? Para hacerlo, recurriremos a la aportación teórica de Jay Haley que ha tabajado sobre el llamado *Ciclo Vital de la Familia*. La idea nace de la observación según la cual la aparición de un comportamiento sintomático coincide, generalmente, con algunos períodos particulares de la vida de

las personas. Estos períodos son aquellos en los que es mayor el esfuerzo para adecuarse a condiciones cambiantes de vida. Haley (14) define como momentos de mayor riesgo:

1. El matrimonio o el cambio en el status de la persona.
2. El nacimiento de un hijo.
3. El período en el que el hijo inclina una vida de autonomía.
4. La salida de casa del hijo.
5. La jubilación.

Como se puede observar, cada uno de esos momentos presupone un fuerte cambio en las reglas de funcionamiento del sistema familiar y exige el abandono de costumbres, esquemas, roles, tanto por parte de los padres en cuanto tales y en cuanto pareja, como de los hijos.

Un sistema familiar puede no soportar tal «stress» y *el síntoma que surge en uno de sus miembros permite no afrontar el cambio*.

En particular, el síntoma toxicoddependencia parece claramente referirse a las dificultades ligadas a la búsqueda de autonomía y de independencia del joven adulto con respecto a los padres y de los padres con respecto al joven adulto. La dependencia del uso y del abuso de sustancias estupefacientes bloquea de forma clara un proceso de diferenciación. El joven se muestra viviendo todo ese período nodal para construir su vida de adulto inmerso en un estilo de vida que le impide dicha construcción y, mientras, ni siquiera la familia consigue afrontar los cambios necesarios, absorbida como está por la gestión de ese grave problema. Es lo

que ha sido llamado *función del síntoma*: la toxicodependencia en realidad permite al núcleo familiar el no modificar excesivamente su funcionamiento: la madre continuará siendo y sintiéndose la más sacrificada y afectada; el padre se sentirá cada vez más periférico y extraño; el hijo toxicómano continuará viviendo como «desafío» a la familia una dependencia efectiva; una eventual hermana o hermano podrán continuar siendo «el ejemplo bueno» y también su salida de casa será difícil pues tendría que «abandonar» a los padres e su sufrimiento.

Refiriéndose al trabajo de Haley, Cancrini (15) resume así el valor del síntoma y la organización subsiguiente:

«...el mal funcionamiento de una organización familiar queda demostrado por:

- a) un equilibrio basado en la subversión, en el desorden caótico y en la mistificación de las relaciones jerárquicas y de las alianzas entre los miembros de la familia;
- b) la insuficiencia funcional de uno de los miembros definido como «enfermo» e incapaz por tanto de comportamientos adecuados a su papel, a su edad, a las funciones que tendría que realizar en la familia y fuera de ella.
- c) el efecto estabilizante que la insuficiencia funcional del punto b) tiene sobre el equilibrio del a).
- d) el efecto estabilizante de las «terapias» que confirman las convicciones del grupo con respecto al punto b).»

Desde este punto de vista, la toxicodependencia viene a jugar un papel de bloqueo y de obstáculo en la evolución

de la familia y de sus miembros hacia un desarrollo centrado en la formación de una individualidad autónoma que siempre debe surgir de procesos complementarios de diferenciación/unión.

La familia disfuncional no es, en otras palabras, capaz de realizar sus funciones de sustento y apoyo al crecimiento.

En otro lugar será un intento de clasificación de las situaciones de toxicodependencia. Es, sin embargo, bastante claro que el enfoque relacional considera prioritario el aspecto de la disfuncionalidad del núcleo familiar con respecto a la especificidad del síntoma toxicodependencia. En este sentido pueden explicarse las analogías entre las reglas de funcionamiento de la familia con un miembro toxicodependiente con las de otras familias con pacientes designados portadores de anorexia o familias con miembros afectados por disturbios psicósomáticos o psicóticos. Dicho de otro modo, la elección del síntoma con el que la familia se expresa tiene un valor secundario respecto a las reglas, a las redundancias, a la completa organización del sistema familiar. De ahí se extrae una consecuencia de enorme importancia: el enfoque clínico tendrá muy poco que ver con la toxicodependencia en sentido estricto.

Según Bateson (16), la forma en que un sistema se organiza no puede definirse como «predeterminada»; es escasa la posibilidad de prever con precisión que *aquel* sistema tendrá un determinado futuro. Todo esto se define como *proceso estocástico* que es: «un ocurrir de los acontecimientos de modo parcialmente casual, puesto que algunos de ellos tienen una mayor probabilidad de darse. Si una sucesión de acontecimientos combina una componente casual con un proceso selectivo

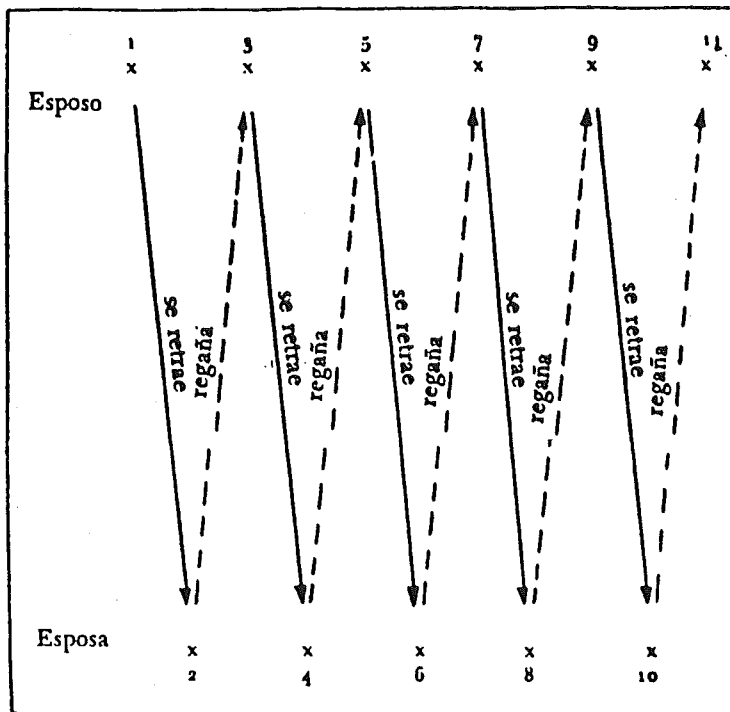


de tal modo que sólo ciertos resultados del azar puedan perdurar, tal sucesión se puede definir como estocástica».

El objetivo de la intervención, desde dicha perspectiva, se focalizará sobre la formación del sistema terapéutico prescindiendo del hábito del abuso de droga o sobre el intento de introducción de cambios en *la estructura* misma de la familia en términos de la jerarquía, de alianzas, de coaliciones, de comportamientos individuales y colectivos como explicaremos en otro lugar.

Una ulterior consecuencia de este

modo de proceder se refiere a la imposibilidad de codificar una intervención única que pueda funcionar en situaciones consideradas como «únicas» y que requieren por tanto soluciones originales y diversas. La intervención se codificará una vez más, no sobre el uso de droga, sino sobre las características de los sistemas. Desde este punto de vista, analizaremos una serie de elementos relativos a la construcción del sistema terapéutico, que, aun no siendo característica exclusiva de los tratamientos de las toxicodependencias, serán objeto de una particular reflexión.



Puede observarse que el marido sólo percibe las triadas 2-3-4, 4-5-6, 6-7-8, etc., etc., donde su conducta (líneas llenas) es «meramente» una respuesta a la de su mujer (líneas de puntos). En el caso de la mujer, las cosas ocurren exactamente al revés: puntúa la secuencia de hechos en las triadas 1-2-3, 3-4-5, 5-6-7, etc., y entiende que sólo reacciona frente a la conducta de su esposo pero no que la determina. En la psicoterapia de parejas, a menudo sorprende la intensidad de lo que en la psicoterapia tradicional se llamaría una «distorsión de la realidad» por parte de ambos cónyuges. A

menudo resulta difícil creer que dos individuos puedan tener visiones tan dispares de muchos elementos de su experiencia en común. Y, sin embargo, el problema radica fundamentalmente en un área que ya se mencionó en numerosas ocasiones: su incapacidad para metacomunicarse acerca de su respectiva manera de pautar su interacción. Dicha interacción es de una naturaleza oscilatoria de tipo si-no-si-no-si que, teóricamente, puede continuar hasta el infinito y está casi invariablemente acompañada, como veremos más adelante, por las típicas acusaciones de maldad o locura.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) FRIEDA FROMM REICHMANN  
«Notes on the Development  
of Treatment of Schizophrenia by Psychoanalytic Psychotherapy»  
PSYCHIATRY II 263-272. 1948.
- (2) ACKERMAN, N. W.  
«The Family as a Social and Emotional Unit»  
BULL. KANS. MENT HYG. SOC. 1937.
- (3) LIDZ R.W., TH.  
«The Family Environment of Schizophrenic Patient»  
AM. J. PSYCHIATR. 106: 332-345. 1945.
- (4) MINUCHIN S., MONTALVO B.,  
GUERNEY B., RISMAN, L.  
«Families of the Slums»  
BASIC BOOKS, NEW YORK. 1967.
- (5) CANCRINI L. (a cura di)  
«Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia».  
MONDADORI, MILANO 1973.
- (6) KAUFMAN E. e P.  
«Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse»  
GARDEN PRESS, NEW YORK, 1979.
- (7) STANTON M.D.  
«The Family of Drug Misuse»  
AM. J. DRUG ALCOOL ABUSE. 5. 51, 1979.
- (8) STANTON M.D.  
«Drugs and the Family»  
MARR. FAM. REV. 2., 1. 1979
- (9) STANTON M.D.  
«Family Treatment Approach to Drug Abuse Problems»  
FAM. PROC. 18. 251.
- (10) STANTON M.D., TODD T.C.  
«The Family Therapy of Drug Addiction»  
GUILFORD, NEW YORK. 1982.
- (11) CANCRINI L. et al.  
«Droga: chi, come, perché e soprattutto come fare»  
SANSONI, FIRENZE. 1972.
- (12) CANCRINI L.  
«Quei temerari sulle macchine volanti»  
N.I.S., ROMA, 1982.
- (13) P. WATZLAWICK, J.H. BEAVIN,  
D.D. JACKSOB  
«Pragmatic of Human Communication a Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes»  
W.W. NORTON NEW YOR 1967



J. A. Abeijón

# Los sistemas en la demanda del toxicómano

## RESUMEN

*Se examinan detenidamente diversos indicadores de la relación establecida entre las personas toxicómanas y las estructuras terapéuticas a los que se denomina «juegos de poder». En este sentido se analizan «juegos de poder» implicados en la relación terapéutica como la urgencia, la dramatización, la delegación, el pseudoacuerdo, el ausente y se abordan cuestiones referidas a la voluntad del paciente, del entorno familiar y del equipo terapéutico.*

## Demand systems of drug addicts.

21

## SUMMARY

*In-depth examination is made of the different pointers to types of relationships established between drug addicts and therapeutic structures, denominated «tests of power». In this context the tests of power are analysed in different contexts, such as emergency, drama, delegating, pseudo-agreements, absence, etc. Questions regarding the patient's willingness, family surroundings and the therapeutic team are also treated.*

## INTRODUCCION

**L**A demanda del toxicómano se sitúa como punto primordial del trabajo de un equipo de profesionales que van a ver en ella «el punto de encuentro» entre dos realidades o dos sistemas:

- aquel que pertenece al conjunto de relaciones en el que la toxicomanía se manifiesta y desde donde se realiza la demanda;
- aquel otro que desde su capacidad de escucha y su preparación profesional pretende elaborar una respuesta eficaz.

Una relación semejante es aquella que se produce entre el médico y su paciente. Este último acude a la consulta presentando un problema que él mismo intenta definir lo más concretamente posible y esperando una respuesta que llevar a la práctica sea del estilo que sea, con tal de poder resolver el problema. Por parte del primero su trabajo consistirá en investigar y discernir para así ajustar la respuesta eficaz. Los roles de cada uno están claros y aceptados, la relación contextual definida, el contrato está perfectamente manifiesto.

¿Pero qué sucede con la demanda de un toxicómano?

El contexto aparece confuso e indeterminado.

¿Quién está delante? ¿Un médico, un psicólogo, un asistente social?

¿Quién está más interesado en que los problemas se resuelvan?

¿El paciente, el médico, la familia?

¿Se puede decir la verdad?

Esta confusión hace que se presente la demanda del toxicómano como un juego de poderes, como una relación tramposa en alguna de sus características y que habrá que esclarecer antes incluso de iniciar un tratamiento «sensu estricto».

¿Por qué sucede esta confusión?  
¿Qué características presenta?

Desde una perspectiva relacional cuando hablamos de trampas o de juegos de poder, no queremos, peyorativamente, situar la demanda del toxicómano como un mecanismo «perverso» expresamente elaborado para confundir la «respuesta», sino como una serie de características que nos hablan de cómo el síntoma «toxicomanía» no es individual ni aislado, sino que se presenta como en un contexto perteneciente a un sistema interrelacional en el cual este síntoma encuentra un sentido (1).

Dentro de los múltiples planteamientos que se realizan en el tratamiento con toxicómanos, quisiéramos remarcar la dificultad de coordinación entre todos ellos y sobre todo la sensación de una multiplicidad de recursos y de una dispersión y desgaste de energías que cualquier equipo terapéutico realiza en esta atmósfera atomizada de tratamientos. Da la sensación que nos en-

contramos en el abordaje a los toxicómanos con un ambiente dominado por la demanda del toxicómano, que a su vez nos llega a los diferentes servicios dependiente de su toxicomanía; nos encontramos pues nosotros también dependientes de la propia toxicomanía en la respuesta terapéutica que le damos.

Damos en nuestra dispersión respuestas construidas en tiempo y espacio de toxicomanía, a una demanda realizada en las mismas coordenadas.

Ante un paciente que nos llega con una demanda inmediata y urgente para un problema con varios años de historia y cuya solución no es inmediata, sino a largo plazo, el equipo terapéutico se mueve en su respuesta en las dimensiones de espacio y tiempo del propio toxicómano intentando proponer soluciones rápidas e inmediatas y abarcando únicamente la problemática propuesta por el toxicómano, dejando a un lado aquellos otros elementos que para el mismo son difíciles de asumir.

Nos preguntamos con frecuencia (en nuestro equipo) si no son el poder de la cultura creada en torno al toxicómano y a la toxicomanía y la propia ansiedad que genera con frecuencia en el equipo terapéutico demandas presentadas en momentos de crisis, algunas de las causas de la proliferación de diferentes servicios y de la atomización de los esfuerzos terapéuticos que se les presentan a los toxicómanos.

Nos planteamos, pues, la necesidad desde el inicio de la presentación de un programa de tratamiento que sea presentado al toxicómano como una oferta integrada de los diferentes recursos existentes y que sobre todo va a pretender tocar todos los aspectos de la toxicomanía, ajustándolos a cada caso.

Es decir, se pretende analizar y plantear soluciones a las alteraciones de carácter orgánico que presentan, a aquellas relacionadas con la estructura de su propia personalidad, aquellas que se refieren al estilo de relaciones establecidas con su familia y su entorno y a los aspectos pedagógicos y educativos necesarios para facilitar una mayor integración en el medio social y para ayudar a la resolución definitiva del problema. La presentación de una oferta que no es nada rígida o inamovible, sino que tiene una coherencia y que sobre todo es planteada al toxicómano como una invitación exigente y libre, es fundamental, como inicio del planteamiento de una respuesta terapéutica.

Presentar una oferta, es decir, que el toxicómano cuando llegue a un servicio se encuentre con algo que le es propuesto y que va a trabajar en actitud dialógica profunda en un marco caracterizado por la libertad y por la exigencia y no lo que con frecuencia ocurre, es decir, que a su llegada a un servicio, el toxicómano consigue elaborar él mismo la propuesta de tratamiento.

Por otra parte, el toxicómano es percibido por parte de la sociedad como el chivo expiatorio que recoge sobre sí mismo y sobre todo lo que le sucede los estigmas de las grandes cuestiones y problemas que la sociedad actual se plantea, y así, como catalizador de las grandes ansiedades generales, familiares y personales, se paraliza cualquier posibilidad real de cambio o bien se emplean todas las energías en la búsqueda de soluciones marginalizadoras, llegando a plantearse éstas como únicas y mágicas, produciéndose situaciones en las cuales la solución se convierte en el problema.

Recordemos que la toxicomanía es en sí misma y tras el rol que ocupa en el conjunto del desarrollo social una encrucijada de muchas realidades psicopatológicas y sociales distintas que se expresan a través del síntoma «toxicomanía», siendo éste la punta del iceberg que va a ocultar muchas otras realidades más importantes. Discernir al toxicómano «vero» del que presenta personalidades psicopáticas, neuróticas o gravemente psicóticas y ajustar la respuesta de tratamiento necesaria deberá ser misión primordial del equipo de trabajo que ofrezca soluciones válidas aunque no simples para iniciar el enfrentamiento con el problema.

Esta va a ser la posición del terapeuta y de su equipo, la de recogiendo todos los factores implicados en el problema presentando, asumiendo la carga de ansiedad con que estos problemas son planteados en el actual momento presente, elaborar respuestas concebidas en un programa amplio que acentúe, organizándolas, las fases esenciales del tratamiento.

Y todo esto planteado y propuesto como un proceso en el que determinadas «vueltas atrás» son posibles y recogidas como mensajes que plantean otros pasos resolutivos del problema.

## LOS JUEGOS DEL PODER

«Un sistema vivo es autopoyético en cuanto se autoproduce: esto no puede estar caracterizado en términos de input y output, ninguna de sus transformaciones puede ser explicada como una función de los estímulos de su ambiente, se modifica en base a su organización, a la tarea de conservar constante su misma organización: este proceso de constante ajuste es el proceso de conocimiento.

La organización de los sistemas vivos es circular, en el sentido de una circularidad en las relaciones que la especifican: las relaciones de producción de los componentes que especifican la organización están constantemente regeneradas por los componentes que la producen. De lo cual se deriva que los sistemas vivos son autónomos, tienen una individualidad, son una unidad, compensan las perturbaciones que su ambiente produce, mas no sufren transformaciones expresables como efectos de las perturbaciones que por otra parte compensan. Los sistemas vivos son sistemas cognitivos y la vida como proceso es un proceso de cognición (2).

Sirva este largo párrafo recogido del libro de Maturana y Varela «Autopoyesis y cognición» para situarnos en la reflexión que sobre mecanismos de poder o juegos de poder nos proponemos compartir.

Si los sistemas vivos son una unidad, debemos situar las estructuras de poder en el interior de dicha unidad. Es decir, que lo que para el observador de un sistema puede significar una característica generadora de patología, en dicho sistema es la manifestación de la coherencia de la propia unidad del mismo.

Es una ingenuidad de terapeutas jóvenes intervenir en el sistema a partir de aquellos elementos considerados como accesorios por su patogenia sin entender la importancia de éstos en la consolidación de la propia unidad del sistema; por el contrario, respetar la unidad e introducir en el sistema desde la propia estructura organizativa y de poder, supone permitir que el cambio se presenta en el mismo como un proceso de cognición que preserve la propia unidad del mismo.

Teniendo en cuenta que en la relación terapéutica se parte del sistema familiar para con el sistema formado con los terapeutas y su contexto crear el sistema terapéutico, debemos entender que existen estructuras de poder en cada uno de los diferentes subsistemas.

Diferenciaremos «estructuras de poder» de los «juegos de poder», entendiendo las primeras como características de la organización interna del sistema para mantener su unidad, y los segundos como indicadores de la relación que se manifiesta en los diferentes subsistemas y que pertenecen al propio proceso cognitivo.

Si entendemos que los juegos de poder son manifestaciones de la relación de los diferentes subsistemas frente al exterior como respuesta a los estímulos de éste sobre el sistema, no debemos olvidar que estos estímulos y transformaciones se hacen en base a su organización misma, es decir, se presentan como indicadores del sistema cerrado y son por lo tanto señales del funcionamiento y de la unidad del sistema que pretenden perpetuarlo y conservarlo: reproducirlo en base a las unidades de reproducción (las unidades básicas referenciales) y la evolución propia exige la capacidad de reproducción. El sistema terapéutico se presenta como el campo de desarrollo de este proceso, la reproducción y evolución de la unidad básica del sistema.

El nuevo sistema: «el sistema terapéutico», su creación y la elaboración de las leyes de funcionamiento son las claves del cambio.

Los juegos de poder pretenden mantener la unidad del sistema familiar y pretenden, en relación con el sistema terapéutico, crear y consolidar la «nueva unidad del nuevo sistema».

Veámoslo en el caso de la petición de demanda de un paciente toxicómano:

¿Cuáles son las características de esta demanda?

Veamos dos: delegación y dramatización.

Podríamos definir la delegación desde una óptica relacional como un intento explicativo por parte del paciente identificado y de su familia de situar la solución del problema planteado en manos del equipo terapéutico, evitando la responsabilidad de cualquier iniciativa que pueda producir un cambio en el sistema; al hacerlo, la familia y el paciente designado se colocan en *down-position*.

Este mecanismo es un juego de poder que pretende reproducir la unidad del sistema familiar en el sistema terapéutico.

Por otra parte, la dramatización es presentada como aquella situación imposible y crítica que pertenece a la esencia del problema, se presenta absorbida por la cotidianeidad, todas las situaciones son dramáticas y todas se repiten iguales desesperadamente. También se pretende en el sistema terapéutico reproducir la situación dramática con fugas, llamadas urgentes, situaciones imposibles, que hagan de éste una unidad a imagen del sistema familiar para perpetuar la relación.

¿Cuál es la respuesta del sistema terapéutico?

La característica del sistema terapéutico es que es un sistema nuevo que elabora sus leyes originalmente a partir de aquellas imágenes repetidas por el sistema familiar y aquellas otras

transmitidas por el contexto terapéutico.

¿Cómo se desenvuelve esta relación?

En un caso de encuentro entre dos sistemas y las estructuras de poder reflejadas por ellos, aparecen dos tipos de juegos de poder que pertenecen a los dos subsistemas presentes:

- Subsistema familiar
- Subsistema terapeutas

El resultado final es la emergencia de un sistema circular, que es el sistema terapéutico en el cual las prescripciones o tareas son el resultado de esta relación.

¿Cómo son los juegos de poder en los sistemas terapéuticos con pacientes toxicómanos?

En lo que al trabajo con adictos respecta, los juegos del poder y su tratamiento resultan ser de gran importancia en lo que a fortalecimiento y construcción del sistema terapéutico se refiere. Luigi Cancrini describe de forma genérica al adicto como a alguien que se trata a sí mismo medicamentosamente de las dolencias que se ha diagnosticado y de la forma que cree más conveniente, viviendo en cierto modo la presencia del asistente terapéutico como competitiva en relación al tipo de terapia a instaurar y llegando en ocasiones a situaciones de auténtica rivalidad y lucha entre ambos por «hacerse con el poder», con el control de la relación terapéutica (3).

El adicto es genéricamente alguien acostumbrado al manejo particular de las nociones de tiempo y espacio, los usa a su medida y en orden a la satisfacción lo más inmediata posible de



sus necesidades; el tiempo y el espacio están permanentemente al servicio de su emotividad oral y cambiante (4), de modo que con el tiempo se acaba convirtiendo en un experto de su uso a costa de los integrantes de su entorno más inmediato, especialmente de su familia, que acaba la mayoría de las veces atenzada en la telaraña de manipulaciones y deseos de autocomplacencia que aquél teje pacientemente llegando a confundirse ambos en la interpretación de las mismas.

Nos encontramos, pues, frente a un sistema (familia) que alrededor del síntoma «adicción» de uno de sus miembros presenta sus propias reglas de procuración de la «dosis», de participación en el juego adictivo y de alianza inconsciente con el mantenimiento del síntoma, y contamos en general con alguien que lo dirige y que a su vez es regulado por aquél (adicto) (5).

Ambos (familia y adicto) son parte de un todo que se nos presenta interpretado con perfección la partitura del cambio y de la homeostasis al mismo tiempo, del deseo de ayuda para transformar las reglas e intentar hacer desaparecer el síntoma y del trabajo sutil frente al terapeuta para impedir y bloquear los intentos de cambio que éste intente promover.

Es así como podríamos definir estos juegos de poder; se trata, pues, del trabajo que familia y bloque terapéutico realizan juntos para construir un sistema terapéutico al servicio del cambio y no de la homeostasis, y por tanto ello requiere un esfuerzo del lado del terapeuta para bloquear algunas de las características fundamentales en las que es presentada la petición de ayuda por parte de un «sistema adicto», y que son expresión del poder mismo, para así conseguir revestir al terapeuta de otro

poder, no perverso, que sea puesto al servicio del cambio (6).

Haremos hincapié en este punto en algunos de los modos más comúnmente recurridos por parte de «las familias adictas» para plantear cuestiones de poder con respecto al terapeuta; como se verá son formas de autoridad que se presentan en el momento mismo en que la petición de ayuda-tratamiento es planteada, y por ello habrán de ser trabajadas en ese instante, pues de lo contrario, si no son devueltas, podrán suponer la organización de juegos de poder por parte de la familia que dificultarán su abordaje con posterioridad.

### 1. El poder de la urgencia

Todos aquellos que se han acercado con espíritu observador en alguna ocasión al conocimiento de un caso de toxicomanía saben la infinitud de circunstancias por las que un adicto es capaz de pasar cuando en un momento determinado siente, necesita de una dosis. Muchas veces los obstáculos de naturaleza física e incluso los vinculados a aspectos emotivos no resultan impedimentos suficientes para trastocar los planes de procuración de la droga. El ritmo temporal de administración de una nueva dosis adquiere un valor absoluto, y por ello todo el cúmulo de circunstancias externas condicionantes se hacen insuficientes para alterar el curso de una decisión que desde el mismo momento en que es tomada se hace irrefrenable.

Se diría que con la misma urgencia con que se desarrolla una conducta de búsqueda, con la misma urgente rotundidad con la que todo lo demás se detiene frente a la droga, la presenta la familia y el paciente identificado en la petición de ayuda inmediata (7).

Las fórmulas de presentación podrán ser múltiples: habrá problemas de salud graves, la policía estará en la puerta, desde la familia se habrá planteado un ultimátum, la molestias del síndrome de abstinencia son o se harán insoportables... En resumidas cuentas, mañana, esta noche, dentro de tres horas o de algunos minutos podrá ser tarde, «la única posibilidad es hacer algo ya, sin pérdida de tiempo».

Esta circunstancia no aparece porque sí, por generación espontánea, resulta ser un reflejo de lo que es una regla repetida de actuación del «sistema adicto», una regla que es observada con la suficiente eficiencia por parte de los integrantes de la familia como para regular la persistencia en el consumo de droga y el ritmo temporal a que habrá de producirse.

Cuando esta regla es expuesta al terapeuta en su consulta, la familia le está ofreciendo un modo de actuación estrechamente ligado al propio hecho de consumo de drogas (el ritmo de procuración y el papel de cada uno en ese ritmo) y al mismo tiempo le está emplazando a una definición sobre el «tiempo» terapéutico que habrá de ser empleado.

El tratamiento por parte del terapeuta de este primer factor que la familia le comunica resulta ser un verdadero juego de poder por cuanto si es admitido sin mayores matices, se estará plegando sin reservas a la jerarquía que en la cuestión temporal la familia le ofrece (habrá que arbitrar alguna salida terapéutica inmediata: medicación urgente, ingreso hospitalario, medidas de apoyo social...), y si, por el contrario, lo desecha sin contemplaciones, ofrecerá una imagen de jerarquía y poder absoluto que puede resultar capaz de «alejar» a la familia a un lugar quizás ya inaccesible para el terapeuta.

## 2. El poder de la dramatización

La dramatización, entendida como la expresión fuertemente emotiva de diversas situaciones que forman parte en sí mismas o se encuentran ligadas a la conducta de toxicomanía, puede convertirse en un instrumento de poder en manos del adicto o su familia para cobrar el mando sobre el tipo o momento más ajustados de intervención terapéutica.

No resulta infrecuente la presentación impactante del problema que muchas familias realizan. El recuento de sucesos vitales... acaecidos en la casa, el relato de intervenciones policiales sobre el adicto, la persecución por parte de otros adictos o traficantes, la expresión inmediata de emotividades manifiestas a través del llanto y las voces apenas comenzada la relación terapéutica... son modos naturales de manifestar la sobrecarga afectiva con que en ocasiones es vivida la adicción, pero simultáneamente resultan ser un recurso que consigue una readaptación de las propuestas de terapia al ritmo de urgencia y solución inmediata que la familia demanda. A veces la dramatización construida por la familia genera un efecto multiplicador en el diagnóstico de gravedad que se forma en el terapeuta: ante un relato tan florido en el drama, en lo alarmante, el terapeuta puede sentirse obligado a construir soluciones «agrandadas» que presupongan la incapacidad de la familia para abordar algunas cuestiones relativas al tipo de tratamiento, aceptando y por ello reforzando los sentimientos de incapacidad e impotencia con que muchas familias se presentan a tratamiento.

Por el contrario, una forma tampoco infrecuente de presentar la demanda es aquella en la que la ausencia de emotividad preside la exposición que adic-

to y familia hacen del problema. No se trata en este caso de que los hechos habitualmente dramáticos, alarmantes no hayan acontecido; ocurre que el grupo demandante los presenta carentes de toda emotividad quizás como forma de poder convivir con ellos, pero aun así la exposición resulta anímica, incapaz de poder transmitir al observador-terapeuta la sensación de existencia de la mínima energía disponible para el cambio. (Nadie responderá a los desafíos o insolencias del adicto, los miembros de la familia permanecerán, se mostrarán como insensibles a los intentos de movilización practicados por el terapeuta, quizás se produzcan largos silencios o respuestas sin sentido aparente cuando el profesional demande alguna información puntual, etc.). El grupo familiar se presentará como una masa de aspecto pegajoso, amorfa, que mostrándose incapaz de entusiasmarse o enfadarse ante cualquier intervención controla cualquier intento de cambio puesto en práctica.

### 3. El poder de la delegación

La delegación como factor de poder a la hora de plantear una demanda de asistencia en un caso de toxicomanía resulta ser la aplicación práctica en esta situación de aquella fantasía a través de la cual todos deseamos que alguien resuelva mágicamente los problemas por nosotros, sin apenas contribuir al esfuerzo siempre necesario a invertir para resolverlos.

Es ésta, la delegación, una de las características más importantes y repetidas en que las familias formulan peticiones de ayuda y tratamiento para resolver los problemas.

Las familias declaran de manera más o menos indirecta los fracasos que han cosechado en las sucesivas tentativas

efectuadas para resolver la cuestión, detallarán la dificultad especial que entaña su caso particular, hablarán de incapacidad franca para ayudar, en ocasiones de hastío y desesperanza, e incluso se abstendrán de venir, planteando ausencias de personas claves en la comprensión del funcionamiento familiar o enviando a miembros que se pueden denominar «mensajeros», cuyo trabajo en terapia consistirá en expresar meridianamente la incapacidad para resolver y ayudar a resolver la cuestión y pedir con fuerza que alguien realice una toma en cargo absoluta del problema.

«Nosotros no podemos más, lo hemos intentado todo»; «ustedes saben más que nadie de cómo tratar a drogadictos»; «díganos qué es lo que debemos hacer»; «hágame caso, no existe otra solución que no sea de ingresar en un psiquiátrico o en una de esas granjas». (8)

Cualquiera de los anteriores enunciados reflejan, sobre la base de una confesión de impotencia propia para solucionar, la cesión explícita y más o menos total que el sistema familiar hace de la responsabilidad y esfuerzo de curación al equipo terapéutico, situándose por tanto y desde un principio al margen del protagonismo inherente a todo proceso de cambio.

A través de la delegación, el sujeto y la familia adicta movilizan poderosamente al terapeuta en la búsqueda de explicaciones y soluciones, transformándose en meros sujetos pacientes a la espera de recibir las consignas del tratamiento. Este juego permite a la familia descomprometerse en la búsqueda de soluciones obteniendo el poder de decidir, de optar o rechazar, según sean o no adecuadas, las consignas o propuestas de tratamiento realizadas por el terapeuta.

#### 4. El poder del pseudoacuerdo.

Tomando en este momento como premisa que el síntoma toxicomanía resulta ser la respuesta adaptativa que un miembro de un sistema circular pone en funcionamiento en contestación a la integración general de aquél y a la que gira en torno a él mismo; el pseudoacuerdo es aquella característica de la petición en la que bajo la formulación única de asistencia para un solo problema (en general la adicción de uno de sus miembros), se agrupan matices claramente diferenciados de interacción e intervención para cada uno de los miembros de la familia.

Recogiendo aquí uno de los casos más prototípicos de pseudoacuerdo, nos referiremos a aquella familia en la que tras la formulación verbal de un acuerdo sobre el que el trabajo terapéutico se habrá de desarrollar (la desaparición del hábito adictivo de un hijo) aparecen formulaciones adyacentes de otros objetivos terapéuticos «agregados» al anterior y de diferentes, y a veces opuestas naturalezas, según quien las formule.

Para el padre, quizás la cuestión primordial sea la de conseguir que la madre no sea la «encubridora» o «mantenedora» de la toxicomanía del hijo; habrá de trabajarse sobre la madre porque ahí reside fundamentalmente el mal.

Para la madre quizás se trate de buscar el apoyo de su marido, la presencia de un esposo comprometido y cálido para ella y sus hijos, quizás en especial para el hijo toxicómano; habrá de trabajarse sobre el marido insolidario, alcohólico...

Para el propio adicto la solución deberá pasar por la solución de las distancias y problemas que afectan a sus dos padres, quizás a punto de la sepa-

ración. El resolverá su problema cuando sus padres se reorganicen. (9)

Cada una de estas formulaciones responden a la visión y la vivencia que cada miembro del sistema tiene de los factores causales a remover.

Además, expresan deseos íntimos y personales de reorganización de todo el sistema, administrando el poder de decidir quiénes habrán de cambiar y cómo habrán de hacerlo.

A veces estarán relacionados con los deseos de mantener esquemas de jerarquía y poder familiar que no habrán de ser remodelados bajo ningún concepto.

Establecerán finalmente y de modo sutil pactos y coaliciones latentes con el terapeuta en orden al mantenimiento de los viejos roles y jerarquías familiares (10), estimulándole a tomar parte dentro de ese abanico de juicios y provocando pactos con él, que casi siempre chocarán con las propuestas de otros miembros. En definitiva, pondrán al terapeuta ante la decisión de optar sobre una de las sugerencias que se le aportan pudiendo con ello quedar englobado en un instante en el juego de jerarquías familiares y perdiendo en ello un valiosísimo poder terapéutico. (11)

#### 5. El poder del ausente.

Desde muchos ángulos se conoce el recurso que muchas familias presentan en su afán homeostático a través del mantenimiento de alguno de los miembros del sistema familiar fuera de las sesiones de terapia, «ausente» al desarrollo de la misma.

En muchos casos han sido recogidas estas ausencias como resistencias al cambio y otras veces como desafío al

sistema terapéutico, lo que ha llevado a plantear sea la imposibilidad de realizar la terapia, sea un intento paradójico de definir la ausencia como útil para el trabajo terapéutico.

El poder de la ausencia como presión ejercida sobre el propio equipo terapéutico es bien conocida de todos, pero al igual que en los casos anteriores, ¿por qué no recoger las ausencias como informaciones válidas que indican la dirección a seguir aceptando la propia ausencia como un juego de poder más, que ciertas familias establecen (las de los toxicómanos especialmente) en relación con el sistema terapéutico?

De esta manera, los juegos de poder se presentan al mismo tiempo como trampas en la creación del sistema terapéutico y como señales de la dirección adecuada para la creación del mismo.

Individualizar el programa de tratamiento supone el que tras una decisión diagnóstica sobre la característica fundamental del toxicómano con la que nos encontremos estemos en posibilidad de elegir un único instrumento terapéutico, pero aunque éste sea importante y de elección, no bastará para estructurar los múltiples aspectos que intervienen en la problemática de la persona del toxicómano.

La voluntariedad es, no obstante, una característica fundamental de todo el programa terapéutico. Esta voluntariedad está referida de manera distinta a los tres puntos-base que intervienen en el programa de tratamiento, así tendremos una:

#### *Voluntariedad referida al propio paciente*

Esta voluntariedad expresa una realidad evidente: la de que nadie puede cu-

rar a otro, siempre es el otro quien resuelve su propia problemática, se cura: para esto hay que querer hacerlo, esta voluntad debe de estar *manifiesta* expresamente por parte del paciente designado y de una manera objetiva, concreta y visible.

La voluntad no se obtiene súbitamente, como caída de lo alto, sino que es más bien un proceso que respeta «el ritmo interno» del propio toxicómano. La necesidad de una manifestación objetiva y concreta de esta voluntariedad supone un «desafío» y un «proceso de seducción» que es iniciado por el equipo terapéutico con el propio paciente, y que significa en realidad la devolución al paciente de su propio protagonismo, protagonismo perdido en tantas ocasiones por el paciente en el conjunto de disparatadas soluciones que la realidad social y científica ha ofrecido al toxicómano, sorprendida ella misma por las dimensiones tan dramáticas que el «fenómeno droga» tomaba en su seno.

Ser protagonista supone explícitamente dos cosas para el equipo terapéutico en su relación con el paciente:

La primera se puede definir y concretar en estas dos expresiones frecuentemente dichas al toxicómano: «Nadie va a poder hacer las cosas por ti.» «No podremos hacer nada que tú no quieras hacer.»

El equipo terapéutico podrá acompañar un proceso lento de resolución de los problemas haciendo propuestas de avance y ayudando a comprender las situaciones que se presenten únicamente, pero no podrá hacer mover los pies del propio paciente, aceptando incluso la imposibilidad de ahorrarle al

mismo situaciones difíciles que podrían presentarse y que en muchas ocasiones entrañarán la presencia y la relación con «el peso de lo real, el sufrimiento» (Denis Vasse).

Este *acompañar* tiene dos características, la primera: es que se trata de un acompañar «dialógico», y la segunda, es que se trata de un acompañar «empático». Es decir, acompañar supone una comprensión profunda «desde dentro» para poder entender el lenguaje utilizado por el toxicómano, el mensaje que en realidad nos envía; y al mismo tiempo, acompañar supone una intervención «de cambio» desde la entrada en el mensaje y no una escucha pasiva.

Quisiera señalar aquí que el «acompañante» se encuentra sometido a las mismas leyes de interacción que «el acompañado», de ahí que al trabajo de análisis sea doble, pero de esto hablaremos en detalle mas adelante.

La segunda se puede expresar en esta otra frase frecuentemente utilizada también en el trabajo directo con toxicómanos: «Nadie va a correr detrás tuyo para que hagas o no hagas tal o cual cosa.»

Esto redefine la realidad de la situación en el encuentro entre toxicómano-equipo terapéutico: «la problemática es esencialmente tuya, no nos pertenece a nosotros». La distancia terapéutica creada, que no alejamiento frío y superior, le da al terapeuta la posibilidad de trabajar con las diferentes situaciones que puedan presentarse, así como devolviendo el problema a su propietario, permite que éste sea protagonista y respe-

ta el trabajo que éste ha de realizar.

#### *Voluntariedad referida al entorno inmediato del paciente (familia)*

La situación aquí es tan delicada como la anterior. La familia cuando acude con un paciente identificado suele expresarse así: «Dr., cúremelo». La labor del terapeuta será la de partiendo del problema del toxicómano implicar a todos en «la danza de la familia» (Minuchin), que por otra parte ya está establecida cuando ésta llega a cualquier servicio. La familia dirige hacia el paciente designado, entre otras cosas, los vectores de su propia ansiedad:

«El tiene que ponerse en tratamiento»

«Nosotros no podemos más»

«Somos una familia normal»

La intervención del terapeuta, con frecuencia, ha de situarse desde abajo:

«No podemos hacer nada nosotros solos»

«¿Podrían ustedes ayudarnos?»

Se trata casi de una intervención desde la «incapacidad». Es una intervención que busca la acción terapéutica del y en el grupo a nivel de fondo y no de forma: «¿Quieren ustedes, están ustedes dispuestos a trabajar junto con nosotros?». Trabajar con la familia evita el sentimiento por parte de ésta de sentirse sometida a tratamiento como si fuese la culpable de la situación en la que está viviendo. Evitar la situación defensiva que rigidifica a la propia familia dejándola inmóvil ante los problemas e imposibilitando la actuación de sus propias fuerzas de cambio.

Por otra parte, la familia o el grupo significativo para el paciente intenta

despojarse del problema a través de la paradoja: «estamos muy preocupados, dispuestos a hacer todo lo necesario para que usted nos cure a nuestro hijo, llevándolo fuera de aquí para que así no esté bajo la influencia de los amigos». Esta paradoja supone para el equipo terapéutico una trampa, que en otro lugar hemos dado en llamar «la trampa de la confianza» y en la que básicamente están comprometidos los siguientes mecanismos que habrá que tener muy en cuenta para no caer en ella y poder así continuar el trabajo terapéutico:

1. El problema se elimina situándolo fuera del grupo significativo (familia) y de la persona.
2. El problema se elimina cuando además de situarlo fuera pertenece a otro.
3. La familia permanece en homeostasis, dado que siempre se está en búsqueda para resolver
4. Este problema así planteado desculpabiliza: es el otro el que falla. Son los otros los que no solucionan y por lo tanto podemos seguir así.
5. El sistema terapéutico se similariza al sistema familiar; se entra así en una relación simétrica.

Teniendo en cuenta todo esto, puede suceder que la familia a pesar de todo no acuda, siendo necesario en este caso para el equipo terapéutico el establecer una estrategia que intente resolver este problema, para lo cual se deba discernir si la falta de colaboración se produce en el sentido Familia-Paciente-Equipo Terapéutico o bien Paciente-Familia-Equipo Terapéutico o incluso Equipo Terapéutico-Familia-Pa-

ciente, dado que las estrategias como se puede comprender son bien diferentes según cada uno de los casos.

La voluntariedad del grupo significativo o familia después de todo lo tratado se entiende más como un terreno de trabajo terapéutico que como un punto de partida del propio trabajo terapéutico, es por eso que decimos Voluntariedad No Manifiesta, a diferencia de la del propio toxicómano. Esto nos puede ayudar a entender mejor el sentido dinámico e interrelacional que esta presente en todo el proceso de tratamiento.

#### *Voluntariedad del propio equipo terapéutico*

La voluntariedad no es sólo un elemento que concierne al toxicómano y a su familia, sino que también compromete y así ha de ser expresada explícitamente, de una manera manifiesta, al propio Equipo Terapéutico.

El equipo debe aceptar la responsabilidad de seguir un proceso con capacidad de exigencia de análisis, recordemos que puede quedar encerrado en el propio movimiento circular del problema, al mismo tiempo que deberá tener capacidad creativa para elaborar respuestas ante las posibles crisis que vayan apareciendo.

No se debería tener miedo a decir NO a un paciente que acude en demanda de un servicio. Este *no* puede tener tres significados:

1. Que el paciente no ha conseguido «seducir» al Equipo Terapéutico. Quiere decir que éste no encuentra suficientes apoyos en el paciente para iniciar un tratamiento «en serio».
2. Que el Equipo Terapéutico consi-

dera que no es necesario iniciar un tratamiento. El No Terapéutico necesita una estrategia que lo va a convertir en objetivo final de trabajo en sí mismo terapéutico.

3. Que el Equipo Terapéutico se sienta incapaz para abordar el caso, bien sea a corto o a largo plazo. En este caso se podrá indicar otro equipo más adecuado.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) (3) (9) LUIGI CANCRINI.  
**«Quelli temerari sulle machine volanti».**  
EDITORIAL NIS. NOVIEMBRE. 82. PAGINAS 33-36-21-26-60-63
- (2) MATURANA Y VARELA.  
**«Autopoyesis y cognición».**  
MARSILIO EDITORES. MARZO 85. PAGINAS 7-8.
- (4) (7) C. OLIEVENSTEIN.  
**«Toxicomanía».**  
EDITORIAL FUNDAMENTOS. SEPTIEMBRE 75. PAGINAS 49-54.
- (5) S. STERNLSHUSS- AWGEL.  
**«La toxicomanía, su producto, su familia».**  
EDITORIAL UNIVERSITAIRES. ENERO 83. PAGINAS 35-47.
- (6) J. HALEY.  
**«Trastornos de la emancipación juvenil»**  
EDITORIAL AMORRORTU. JUNIO 85. PAGINAS 57-58. 61-63.
- (8) (14) J.A. ABEIJON.  
**«La trampa de la confianza».**  
REVISTA. «JORNADA TERAPIA FAMILIAR.» OCTUBRE 84. PAGINAS 63-75.
- (10) COOPERATIVA ALBEDO.  
**«Terapia familiar para toxicodpendientes»**  
EDITORIAL NIS. ABRIL 84. PAGINAS 59-71.
- (11) MAURIZIO COLLETTI.  
**«Papel de los servicios sociales en la atención a los toxicómanos»**  
ABRIL 83. QUADERNE DEL CENTRE FERRARA. PAGINAS 38-52.
- (12) DENIS VASSE.  
**«Le poids du reed, la souffrance».**  
EDITORIAL SENIL-PARIS. MAYO 83. PAGINAS 7-11.
- (13) PAULO FREIRE.  
**«Pedagogía des Oprimés»**  
EDITORIAL MASPERO. PARIS. ABRIL 74. PAGINAS 73-73.





Rodolfo Hoyuelos

# El terapeuta como parte del problema: Modelos, cadenas, sistemas terapéuticos.

## RESUMEN

*Se exponen distintas fórmulas asistenciales dirigidas a personas tóxicómanas. Se recomienda la implicación personal del terapeuta en los distintos procesos rehabilitadores para no olvidar la permanente situación relacional que siempre existe en todos los sistemas terapéuticos entre los diversos componentes que lo forman.*

## The therapist as part of the problem: Models, chains, therapeutic systems

### SUMMARY

*Different formulas for treatment of drug addicts are explained. The therapist's personal involvement with the different rehabilitation processes is recommended, remembering the continuous and ever present relationship between the different components that make up all therapeutic systems.*

35

## INTRODUCCION

**S**ALA de espera de una emisora radiofónica. Los invitados a un debate sobre «cómo dejar la droga», todos ellos ex-tóxicómanos, charlan calentándose, buscando la naturalidad necesaria antes de salir en antena. La mayoría están moderadamente nerviosos, pero no falta el que demuestra el aplomo y la seguridad adquirida después de haber explicado su «experiencia» un montón de veces.

Antonio: «Lo que hay es mucho cuento. Lo que hace falta es estar convencido de que lo quieres dejar. Yo, cuando me decidí de verdad, me fui a un hospital, hice una cura de desintoxicación para no pasar el mono y hasta ahora.»

Ana: «¿Pero qué dices? Yo estuve en el mismo hospital y al mismo tiempo que tú, que aún me acuerdo de tu cara, y en cuanto salí me volví a picar. Luego probé con la metadona, y peor aún. Y no es que no quisiera dejarlo, ¡que si no de qué iba a aguantar tanta bata blanca! A mí lo que me curó fue el año que me pasé en una Comunidad Terapéutica. Allí me espabilé y me enteré de lo que vale un peine... aprendí a funcionar, a enrollarme con los demás... Si hubiese más Comunidades habría menos gente enganchada.»

Marta: «Eso depende, porque yo pasé por dos Comunidades y nada. De la primera me escapé y a los dos días de darme de alta de la segunda, volvía a las andadas. Menos mal que allí conocí a un psicólogo que se lo hacía bien

y poco a poco me hizo entender algo de lo que me pasaba. Y bueno... me sirvió. Ahora vamos toda la familia y lo de menos es la heroína. Apenas hablamos de ello, tenemos otras cosas más importantes de qué ocuparnos».

Juan: «Pues lo que yo pienso es que lo que hace falta de verdad es un buen curro. Yo he ido a todos los sitios que habéis dicho, pero bueno, más que nada era para que alguien me hiciese caso. Porque para mí, la droga era sobre todo una manera de buscarme la vida. Hasta que me cogió una asistente social de allí del barrio y con otros cuatro nos ayudó a montar una cooperativa de carpintería. Hombre, no es que seamos ricos, pero vamos tirando, y lo que es más importante, tenemos algo que hacer y podemos pasar de droga.»

Cosme: «Pues a mí...»

Locutor: «Preparados dentro de un minuto.»

Y aquí cortamos la transcripción. Quizá el resto lo hayan oído por la radio.

Espero que se me perdone la pequeña licencia de haber traído a las páginas de esta revista un fragmento de debate tan poco «académico». Pero, por un lado, siempre resulta interesante, y más desde un punto de vista relacional, la opinión de lo que podríamos llamar «la otra parte» del trabajo terapéutico, y por otra, ¿no es el contenido de la discusión transcrita el mismo que el de tantos debates, a veces enconados, en Congresos y Jornadas sobre tratamiento de toxicómanos? ¿No intenta responder a la misma pregunta: qué intervenciones tienen éxito en el tratamiento de las toxicomanías y qué es lo que hace que lo tengan?

## DIVERSIDAD DE LAS INTERVENCIONES TERAPEUTICAS

En efecto, obsérvese que nuestros cuatro amigos son ex-toxicómanos, o sea, pruebas palpables del éxito terapéutico de sus respectivos tratamientos. Esta evaluación de resultados en propia piel, aunque falta de rigor estadístico, nos permite al menos evitar las descalificaciones prematuras. Obsérvese por otro lado que las cuatro intervenciones exitosas en último término, son representativas de los cuatro enfoques más generalizados en el abordaje de las toxicomanías: farmacológico, Comunidad Terapéutica, psicoterapia y reinserción social.

Quizá, antes de seguir adelante sea útil hacer un breve recordatorio de su filosofía y mensajes. Y quizá también sea interesante observar cómo Ana, Marta, Antonio y Juan recogen y proponen dichos mensajes. Veamos:

a) *Intervención farmacológica*. Ya sea con metadona, o con fármacos sintomáticos, la idea básica es la misma. El paciente necesita una intervención que actúe sobre las consecuencias fisiológicas del uso de drogas. El mensaje que se puede deducir es que lo importante es afrontar la crisis de abstinencia, siempre dentro de un proyecto de acabar la relación con la droga. Como dice Antonio: «Hacer una cura de desintoxicación para pasar el mono... siempre que estés convencido de que lo quieres dejar».

b) *Comunidad Terapéutica*. Su filosofía es de fácil formulación: es necesario cambiar de vida. Y por ende su mensaje también es sencillo: tienes que aprender a soportar el cambio de costumbres. Cómo afirma L. Cancrini\*: «La Comunidad Terapéutica es una microsociedad en la que la vida y las consi-

guintes dinámicas del grupo son utilizadas para un análisis del comportamiento individual, y para el inicio de un trabajo que basado en la fuerza del grupo, se propone modificarlo.» O como dice de forma más gráfica Ana: «En la Comunidad Terapéutica me espabilé y me enteré de lo que valía un peine... aprendí a funcionar, a enrollarme con los demás...»

c) *Psicoterapia*. Sin querer entrar en pormenores de escuelas, teorías, etc., podríamos sintetizar con lenguaje relacional la filosofía general de este tipo de abordaje diciendo que existen conflictos no resueltos en el interior del sistema de referencia, ya sea individual o familiar. El papel de la droga en este caso sería doble: cubrir el conflicto por un lado y/o paliar el dolor que el conflicto abierto y no resuelto puede producir. La heroína ejercería a la vez sus funciones de estupefaciente y de narcótico. El mensaje sobre el que se moverá el tratamiento es que es necesario tomar conciencia del conflicto para desactivarlo. Al menos para Marta: «Poco a poco fui entendiendo lo que pasaba. Y bueno... a mí me sirvió... Ahora vamos toda la familia... lo de menos es la heroína.»

d) *Reinserción social*. Se parte de la idea de que los problemas socioeconómicos —el paro de forma destacada en estos momentos—, son una causa fundamental del consumo de drogas. Luego, la consecución de un trabajo se traducirá en un abandono de dicho consumo. Como dice Juan: «Tenemos algo que hacer y podemos pasar de droga».

#### EXITOS Y FRACASOS DE LAS DISTINTAS INTERVENCIONES

Hemos ido señalando hasta aquí los aspectos positivos de las intervencio-

nes apuntadas, pues queríamos establecer desde el inicio el potencial terapéutico de todas ellas. Sin embargo, una lectura más atenta, más maliciosa también, podría hacernos observar que la intervención farmacológica a Ana no le sirve para nada, que la Comunidad Terapéutica muestra sus límites con Marta y que para Juan la solución estuvo fuera del circuito que habitualmente entendemos por sanitario.

Así pues, a la pregunta ¿qué intervenciones tienen éxito en el tratamiento de las toxicomanías y qué es lo que hace que lo tengan?, que al principio parecía que podíamos responder con una amplia gama de posibilidades, tendremos que oponer ahora una más modesta: depende. Un «depende» que aparte de en el debate radiofónico, está basado sobre todo en la experiencia clínica cotidiana, en esos casos en los que después de repetir lo más cuidadosamente posible procedimientos que han demostrado previamente su capacidad terapéutica, acaban en estruendosos fracasos: en abandonos, recaídas, sobredosis...

Es ese «depende», que intenta explicar la circunstancialidad de cada intervención el que nos lleva a reformular la pregunta que hemos ido realizando hasta ahora en otra que, menos totalizadora, esperamos que resulte más operativa: ¿por qué los distintos recursos terapéuticos tienen éxito en un momento, en un contexto, en un caso determinado?

#### «TERAPIA PARA RESOLVER PROBLEMAS»

Este título de J. Haley, que en su aparente inocuidad resulta toda una declaración de principios e intenciones nos puede dar las primeras pistas. Estamos

seguros que a la mayoría de terapeutas que estén leyendo esto les resultará una perogrullada la afirmación de que «toda terapia exitosa es la que resuelve los problemas del cliente». Pero nos tememos que otra mayoría semejante habrá aceptado como correctamente formulada la pregunta ¿qué intervenciones tienen éxito en el tratamiento de la toxicomanía?

Y sin embargo, afirmación y pregunta son verbalizaciones de dos puntos de vista absolutamente enfrentados. En efecto, al hablar de «tratar la toxicomanía» se está hablando de una categoría, comportamental o patológica, algo objetivable en sí mismo y que predeterminaría en el sujeto que la «adquiere» una serie de síntomas, al igual que una infección, por ejemplo, puede producir fiebre. Ergo, «curando» la toxicomanía haremos desaparecer los síntomas. Se trata pues de encontrar el método, el suero que la cure como los antibióticos curan las infecciones. Una pena que cada vez que parece que lo hemos encontrado, un 70 por 100 de los siguientes «enfermos» se empeña en demostrarnos que no. (1)

Si en vez de ello hablamos de «resolver problemas», estamos estableciendo una diferenciación mucho mayor. Cada caso con el que nos enfrentamos es único y para cada uno de ellos tenemos que diseñar una respuesta individualizada. Por eso, una intervención útil para resolver, por ejemplo, el problema de Ana no tiene por qué serlo a la hora de enfrentarnos al de Marta. Y ya hemos visto también que la respuesta al de Juan era distinta. No es que pretendamos decir que cada caso tenemos que abordarlo ex-novo, como si la experiencia anterior no existiese. Es evidente que cada tentativa resuelta positivamente o cada error cometido están aumentando nuestra información

para poder enfrentarnos a otros casos. Lo que aquí se afirma es que cada problema exige un planteamiento específico, y que no hacerlo así, pretendiendo que si una respuesta ha funcionado una vez tiene que funcionar la siguiente, sería para utilizar un silogismo provocador, como pretender que porque en nuestro primer problema de álgebra la respuesta era  $x = 8$ , lo tendrá que ser para el resto de problemas que entren dentro de la «categoría» álgebra.

#### «PROBLEMA»: UN CONCEPTO RELACIONAL.

El concepto «problema» nos lleva inevitablemente a abandonar al individuo como único punto de referencia, pues un problema se da siempre «entre» o «con respecto a», o sea, dentro de un juego relacional de como mínimo una diada de factores.

Así, para J. Haley, un problema puede referirse en diferentes unidades sociales, o lo que es lo mismo, en distintos sistemas de referencia. En el primer capítulo de su libro lo define como: «Un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas. El síntoma sería la cristalización de dicha secuencia, una etiqueta que se le adosa. Y la terapia se debe concentrar justamente en esa secuencia reiterada de comportamientos. La tarea del terapeuta consiste en formular con claridad el síntoma presentado y planear una intervención en la situación social del cliente a fin de modificarlo.»

Así pues, la eficacia de las intervenciones descritas al inicio iría ligada a la correcta interpretación del síntoma como señal de un problema definido en un sistema, y a la elección de momento y contexto adecuados para intervenir sobre dicho sistema, pues no olvi-

demos que tiempo y contexto adjetivan el problema y deben ser tomados en consideración en los intentos de resolverlo.

## EL TERAPEUTA COMO PARTE DEL SINTOMA

El terapeuta relacional no debe olvidar que desde el primer momento en que se produce el encuentro con el cliente, el tiempo y el contexto de que hablábamos también se refieren a él, que desde ese momento se crea una nueva unidad social o sistema referencial que le incluye, y que las secuencias reiteradas de comportamientos o redundancias de que habla J. Haley, también desde ese momento le conciernen.

Tener en cuenta esa contaminación le ayudará a centrar correctamente problema e intervención. No tenerla, pretender que la respuesta terapéutica es algo meramente técnico y por lo tanto aséptico, le impedirán comprender, por ejemplo, las recaídas ligadas a transferencias o contratransferencias, o el poder objetivamente reforzado del síntoma de determinadas respuestas «asistencialistas».

Y desde esa contaminación, desde ese juego relacional que se establece, nos será más fácil entender lo que la experiencia común nos enseña: que generalmente hace falta más de una intervención en la respuesta al problema, o lo que es lo mismo, que nuestro trabajo se desarrolla en un contexto continuo, en una serie reiterada de propuestas y respuestas encadenadas entre sí.

## LA CADENA TERAPEUTICA

C. Olivenstein (2), en páginas de una enorme belleza literaria, nos describe

de forma precisa e intensa el juego relacional lleno de amagos, estrategias, rechazos, propuestas de soluciones, etc., que constituyen la cadena terapéutica.

Cualquier terapeuta con experiencia en el tratamiento de toxicómanos sabe que se va a encontrar ante un síntoma dinámico y polisémico en cuanto que se refiere y tiene significado en muchos sistemas: individual, familiar grupos de pares, macrosocial etc..., Ante esta heterogeneidad de significados, sólo «la heterogeneidad clínica es fuente de eficacia terapéutica». (2)

No es útil, y los resultados son una buena prueba, mantenerse en una actitud rígida en función muchas veces de las necesidades de la institución. Desde cada uno de los sistemas a los que nos hemos referido surgen interferencias, emboscadas, trampas: «seducción, erotización, manipulación, dolor, sufrimiento, síntomas psiquiátricos, agresiones, automutilaciones, suicidios»\*, que desarman una y otra vez la artillería terapéutica aportada con la mejor intención, pero a menudo por pesada, poco ágil.

Sólo admitiendo la implicación del terapeuta en el problema nos será posible aceptar el entrar en esta cadena de acontecimientos que muchas veces, al menos aparentemente, se desarrolla a golpes de caos y azar. Somos conscientes de que estos conceptos pueden repugnar a mentes metódicas y «científicas», y que en muchos casos, como mero movimiento de defensa instintiva, existen resistencias a aceptar la intersubjetividad en la relación, la necesidad de la mutua adecuación entre los sistemas del terapeuta y del paciente.

Sin embargo, puesto que esa contaminación, esa relación dinámica existe,

una vez que se tiene conciencia de ella no se puede ignorar. Y ello por varias razones:

— La primera de todas, para poder utilizarla dentro de una estrategia terapéutica. Espero no haber sido mal interpretado y que mis palabras no hayan sonado a invitación a algo parecido a un «vértigo terapéutico». Todo lo contrario. Una de las ventajas que posee el terapeuta es su capacidad de situarse en posición meta, de poder analizar a la vez que actúa, y de que ese análisis está informado de objetivos que él conoce. No olvidemos que el toxicómano no viene por su toxicomanía, sino por alguna situación de sufrimiento: dolor, crisis económica, etc., por algún problema, en palabras de J. Haley. No hay objetivo positivo, sino negativo: «salir de». Por eso es tan importante transformar esa demanda en objetivo, en contrato terapéutico desde el primer momento. Será la brújula que oriente el movimiento de la cadena terapéutica.

— Dentro de la estrategia terapéutica, la conciencia de este juego nos puede permitir escapar de sus aspectos más peligrosos. Todos sabemos de la capacidad de seducción, de manipulación, de atraer la atención sobre sí mismo que tiene el toxicómano. Sabiendo que ello forma parte de su estrategia podremos distanciarnos y, desde una perspectiva relacional, buscar salidas a partir de la idea de que el toxicómano puede ser el «protagonista» de la historia, pero no es nuestro único centro de interés; de que hay que actuar sobre el contexto amplio. Obsérvese que las intervenciones más eficaces son las que actúan sobre el mayor número de grupos sociales, de sistemas referenciales posibles. Quizá podría hipotetizarse que sólo se obtienen resultados definitivos cuando se desactiva

la función del síntoma en todos y cada uno de los sistemas en que actúa.

— Pero esta desactivación múltiple sólo puede hacerse desde la idea de que la cadena terapéutica hace que cada intervención, sea con el toxicómano, sea con otros elementos del contexto ampliado, tenga que ver con las demás, que cada movimiento del terapeuta; del aparato institucional o de la sucesión de los dos, constituye un eslabón dentro de un todo, que a pesar de la sensación de caos y azar que apuntábamos, todo esté informado de una idea central, de una coherencia interna —C. Olivenstein habla de «melodía infraverbal»— que haga más eficaz el trabajo en que intervenimos.

## EL SISTEMA TERAPEUTICO

Pero cuando hablamos de esta melodía y de estos intérpretes que se provocan, discuten o acompañan pero en cualquier caso siempre con un determinado objetivo creador, con una duración y dentro de un espacio de acústica más o menos buena, ¿de qué estamos hablando sino de un sistema?

En efecto, aun en el caso del «setting» terapéutico más restringido: terapeuta más paciente y los dos aislados, que en el trabajo con toxicómanos raramente se da y cuando lo hace siempre suele ser dentro de un proceso global, estamos hablando de dos elementos en interacción, en un contexto y un tiempo determinados y persiguiendo un objetivo, o sea, de un sistema que por contexto y objetivos, llamamos sistema terapéutico.

Hoy, todo terapeuta relacional lo sabe y tiene conocimiento de ello. Y sin embargo a la hora de actuar no siempre se tiene en cuenta. Hay demasia-

dos vicios adquiridos, una larga tradición de pensamiento lineal, y es difícil evitar el recetar, el decir «para curarte tienes que hacer esto y lo otro y si no es culpa tuya», el pensar que lo que ocurre no tiene nada que ver con nosotros, que no formamos parte del problema. Es una rara pretensión en un terapeuta relacional, pero muchas veces caemos en la trampa: queremos actuar como si los axiomas de la comunicación humana no nos atañesen.

Y lo hacemos cuando abusamos de clasificaciones diagnósticas por muy sistémicas que sean, y decretamos que a los pacientes de las familias de tipo A les corresponde el tratamiento X y a los de tipo B, el Y. Y además, si consideramos útiles las clasificaciones diagnósticas, ¿por qué limitarlas al sistema del paciente y no ampliarlas al sistema terapéutico?

O lo hacemos también cuando pensamos que la forma de curar correctamente la toxicomanía es la terapia sistémico-familiar, olvidándonos que lo sistémico es una forma de conocer y entender y no una mera técnica. En todo caso, el trabajo sistémico con la familia puede ser el más rentable en la obtención de resultados para algunos de nosotros y para tratar determinados problemas relacionados con el consumo de drogas. Ya se ve que volvemos una y otra vez a lo mismo: a la forma de estar el terapeuta en el problema, a la interacción de su forma de ser y trabajar con el resto de factores que intervienen, al sistema terapéutico dentro del que acontece la cadena terapéutica.

Y como decíamos para ésta, es necesario para el terapeuta relacional ser consciente de que pertenece a un sistema determinado y que todo lo que ocurre allí y desde allí también le ata-

ñe, pues sólo así podrá hacer uso de ello. Por eso son de tanta ayuda el co-terapeuta o el supervisor detrás del espejo; hacen de conciencia y permiten sumergirse con menos miedo en las dinámicas de la cadena terapéutica. Es difícil ser a la vez director, actor y espectador.

## EL SERVICIO ASISTENCIAL COMO SISTEMA Y SUS MARCAS DE CONTEXTO

Durante las recientes Jornadas sobre Drogodependencias (3) realizadas en Barcelona, una de las preguntas que más se repitió en nuestro grupo de trabajo fue: ¿Qué puede hacer un terapeuta relacional dentro de un servicio que no utilice el mismo enfoque?

La pregunta es índice de un avance cualitativo con respecto a los habituales debates sobre aspectos técnicos o búsqueda de fórmulas magisistémicas pues demuestra una percepción del propio terapeuta dentro de un sistema.

En cualquier caso, quizá tenga una más fácil respuesta si no nos limitamos a la contemplación interior del servicio, y lo consideramos como uno de los factores que en interacción con el de los usuarios forma el sistema terapéutico en su acepción más amplia e integradora.

Ahora bien, esta interacción se da en un contexto determinado, con unas marcas que lo definen y que representan una primera propuesta de metatexto para el usuario.

Imaginemos una familia que acude con su hijo toxicómano a un servicio asistencial por primera vez. Arquitectura y formato, horario, denominación, etc., son la primera información que re-



cibe. Es distinto que la visita se haga a un ambulatorio de medicina general que a un «servicio de asistencia para toxicómanos». Si el horario se limita a dos horas por la mañana y otras dos por la tarde, es difícil esperar que allí se gestionen situaciones de crisis. La familia entra. Es posible que quien les atiende les haga llenar una ficha, también es posible que la ficha sólo hable del paciente o que incluya a toda la familia. En función de todas estas señales la familia dará una respuesta u otra: se irá o se quedará. Ahora, si se queda, sabe que la comunicación se va a dar en un contexto determinado y tiene derecho a esperar que el resto de lo que ocurra sea acorde con el mensaje que emiten esas primeras señales, que la cadena terapéutica que ahí se inicia siga coherentemente a ese primer eslabón.

Y eso es algo que cualquier terapeuta, sobre todo si se pretende relacional, tiene que tener en cuenta. No se puede ofrecer terapia familiar en un servicio de prescripción de metadona, ni pretender obviar la existencia del paciente identificado cuando el toxicómano está en una Comunidad Terapéutica.

El usuario tiene derecho y necesita recibir una información no contradictoria y que no repugne a su sentido común. Una prescripción de síntoma va a chocar no sólo contra su lógica, sino también con lo que acaba de decir el monitor del despacho de al lado o lo que le dirán esta noche en el grupo de terapia. Es fácil hablar de limpieza de campo y de no contaminación del espacio terapéutico. En un terreno como

el de las toxicomanías, en que las intervenciones casi siempre son múltiples, también es inútil. Sólo hay dos formas de evitar interferencias: hacer que nuestra acción sea complementaria con la de los demás, o el aislamiento. Así se evita incluso la contaminación. El único problema es que no se puede demostrar lo bueno que es nuestro método, porque como tampoco hay pacientes...

## CONCLUSION

A modo de conclusión intentaremos sintetizar lo más significativo de lo expuesto hasta ahora:

— El profesional que trabaja dentro de un servicio asistencial tiene que tener en cuenta que no trabaja asépticamente, sino que forma parte del problema, que está contaminado y contamina a su vez y que cualquier cosa que haga forma parte de la terapia.

— También tiene que tener en cuenta que su trabajo se desarrolla en un contexto con unas marcas determinadas y que no puede entrar en contradicción con ellas.

— En una cadena terapéutica si no hay comunicación entre los diversos niveles existe un gran riesgo de que se dé una comunicación incongruente y contradictoria dentro del sistema terapéutico.

— La óptica sistémica es integradora y debe contar con el resto de enfoques terapéuticos que demuestran su capacidad de responder a demandas y necesidades concretas del usuario.

## BIBLIOGRAFIA

G. BATESON.  
**Pasos hacia una ecología de la mente.**  
ED. CARLOS LOHLE.

L. CANCRINI.  
**Quei temerari sulle macchine volanti.**  
ED. N.I.S.

J. HALEY.  
**Terapia para resolver problemas.**  
ED. AMORRORTU. 1984

C. OLIVENSTEIN.  
**Destin du toxicomane. La clinique.**

M. SELVINI Y OTROS.  
**Al frente de la organización.**  
ED. PAIDOS.

## NOTAS

(1) La mayoría de las evaluaciones de resultados realizadas hasta ahora cifran en aproximadamente un 30% el número de toxicómanos que abandonan su adicción.

(2) C. Olivenstein. *Destin du toxicomane. La clinique.*

(3) *IV Jornades de Psicologia i Drogodependències*: La intervención psicológica en el ámbito del grupo: Una estrategia eficaz en drogodependencias. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. Barcelona, noviembre de 1986.



Luigi Cancrini

# Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles

## RESUMEN

*Se presenta una nueva forma de conceptualizar distintas toxicomanías juveniles, siguiendo criterios de valoración referidos a la persona del toxicómano y de la comunicación con su familia. Se describen la toxicomanía traumática, a partir de neurosis actual, de transición y sociopática.*

## Towards a typology of youth drug addiction

## SUMMARY

*A new way of conceiving various forms of youth drug addiction is presented, applying assessment criteria based on the drug addict and communication with his family. Traumatic drug addiction is described, starting from actual neurose, transitional and sociopathic one.*

45

**L**A toxicomanía como «autoterapia». El estudio clínico de la toxicomanía demuestra claramente que el uso de fármacos por parte del toxicómano se puede considerar, en el plano de las motivaciones, un intento evasivo y equivocado de autoterapia. Bajo este punto de vista, la principal dificultad del terapeuta consiste en identificar, conocer y afrontar el problema que antecede, explica y determina la toxicomanía, aportando respuestas alternativas que mejoren las proporcionadas por el proveedor.

De acuerdo con una análisis de este tipo, el tema que vamos a desarrollar en este capítulo tiende a identificar las condiciones que hacen que el encuentro entre los efectos de la droga y las necesidades de una persona y/o el sistema interpersonal del que forma parte pueda ser una vivencia positiva e importante, hasta el punto de tener que

repetirse de un modo obsesivo (pensamiento coartado por el fármaco, que centra gran parte de la afectividad) y desmesurado (el comportamiento se distancia de las demás necesidades de la persona). Debe quedar claro que estas necesidades se pueden intuir o atisbar *antes*, pero sólo se descubren realmente cuando la persona acepta (o lo intenta) prescindir del fármaco. Aquí planteamos la idea, sencilla pero no del todo clara para el médico y el resto de los asistentes, de que la terapia del toxicómano no comienza realmente hasta que aquél trata de dejar las drogas.

*Hacia una tipología de las toxicomanías.* En los libros de psiquiatría se lee que la toxicomanía aparece en aquellas personalidades que francamente están predispuestas a ello. Esta afirmación, basada en observaciones efectuadas en un período en que las toxicoma-

nías eran raras, debido a la dificultad para conseguir drogas, seguramente es discutible en cuanto «tautológica». En cualquier caso, hoy día los hechos la han rebasado, ya que la amplia oferta de drogas permite constatar el desarrollo de toxicomanías en situaciones que, evidentemente, son bien distintas. Ya se aborde el problema desde el punto de vista de la psicopatología individual, o desde el sistémico interpersonal, se obtiene prácticamente el mismo resultado: las toxicomanías no son exclusivas de una sola categoría de personas o grupos familiares. No por ello tienen la misma frecuencia en todas las situaciones; hay algunas en las que se recurre al uso de fármacos de una forma más fácil y dramática. En una palabra, es como si se pudieran identificar unos problemas humanos que determinarán, a escala de un individuo concreto, ciertas experiencias de dificultades, formas de sufrimiento y de actitudes frente al sufrimiento especialmente sensible a un fármaco o grupo de fármacos. Esto sin perder de vista, a la hora de explicar la fuerza y calidad de un efecto que para el que toma drogas es terapéutico y/o equilibrador, tanto la acción farmacológica como el significado que él mismo y los que le rodean atribuyen al hecho de tomarlas, enfocado como un comportamiento peculiar desde el punto de vista social.

Con estas premisas, la tipología que se presenta aquí no es más que un intento de utilizar los conceptos de la psicología individual y de la perspectiva sistémica *al mismo tiempo*, y *combinándolos* en parte. Intento lógico, si reflexionamos acerca de la necesidad de pasar por unas experiencias subjetivamente destacadas para el individuo, antes de desembocar en la toxicomanía. (Esquema n.º 1). Es interesante, dejando al margen las toxicomanías en sí, si reflexionamos acerca del cuadro de

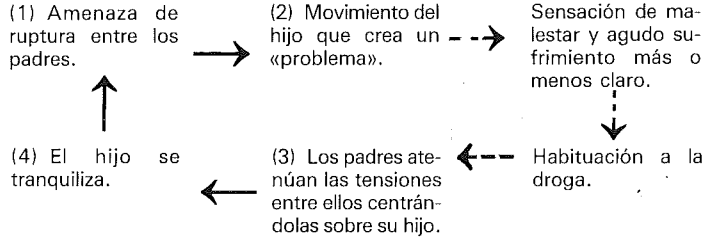
correspondencias significativas y recíprocamente clarificadoras que se establece entonces entre dos formas de clasificación basadas en puntos de vista muy distintos (aparentemente).

Para aclarar el esquema, detengámonos en el punto 2 de la frase A. El terapeuta sistémico sabe bien, a ese respecto, que el desarrollo de cierto número de molestias psicosomáticas (por ejemplo, el asma «intratable» del niño) plantea la posibilidad de verificar el mismo ciclo del que hablamos aquí. Pero la emergencia subjetiva (en el ejemplo anterior, «hambre de aire») no se resuelve usando fármacos que determinan toxicomanía: por consiguiente, los riesgos de toxicomanía son otros. En lo que respecta a la distinción, antes mencionada, entre acción farmacológica de una determinada sustancia y significado interpersonal y social del comportamiento al tomarla, el esquema también resulta útil para entender que tomar drogas no influye sólo en la subjetividad del toxicómano. En efecto, al ser un hecho conocido por los otros miembros de la familia, es *en sí mismo* un problema capaz de conseguir el efecto que se necesita a su nivel. Para hacernos una idea de la importancia de este mecanismo, reflexionemos sobre los siguientes ejemplos, extraídos de una investigación acerca de las toxicomanías juveniles.

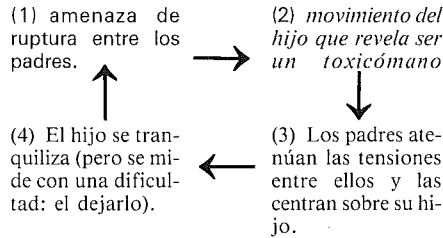
A— Mucho tiempo después de que desapareciera el comportamiento tóxicómano del hijo, una madre siguió espionando la expresión de su cara, los bolsillos de su ropa y el sentido de sus palabras, buscando una «droga» que ya era totalmente imaginaria. El muchacho, que se había reinsertado perfectamente en la escuela y había cambiado de amistades y costumbres radical y, al parecer, definitivamente, parecía haber olvidado por completo el problema

**ESQUEMA N.º 1. Dinamismo interpersonal repetitivo y emergencia subjetiva (tipo B)**

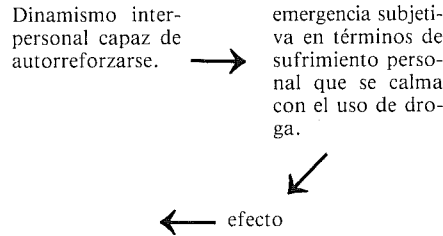
(A) Fase anterior al desarrollo de la toxicomanía.



(B) Fase posterior al desarrollo de la toxicomanía.



(C)



de la «droga». Pero no podía quejarse de que estaba un poco cansado, ni comer más o menos que de costumbre, ni retrasarse un poco, ni hablar o callar demasiado sin que su madre se angustiara muchísimo pensando en la «droga».

Durante mucho tiempo, las sesiones de terapia familiar estuvieron dominadas por la exposición de estas fantasías de la madre: ella veía las facciones de su hijo «crispadas» o incluso deformadas por la droga. La cara de su hijo podía «cambiar de color»; también cambiaban los ojos (de pronto se volvían amarillos) y el tono de su voz, mientras que el hijo «ya no era el mismo».

A medida que fue avanzando la terapia se puso de manifiesto que la madre notaba como inspirados por la droga todos aquellos comportamientos comunicativos con que el hijo demostraba su autonomía con respecto a ella. Y sobre todo salieron a la luz, analizando las argumentaciones ilógicas y contradictorias con las que ella defendía esta tesis, las continuas sugerencias que hacía a su hijo para que volviera a su comportamiento toxicómano. No es fácil traducir en palabras dicha impresión, pero la mezcla de orgullo, horror, admiración y desdén con que la madre hablaba de las «extrañezas» de su hijo, el clima de misterio y tabú que evocaban sus referencias a la droga, su constante asociación de esta última

con cualquier placer que experimentara su hijo, la expresión de desencanto con que acogía las buenas noticias de los cambios de su hijo formaban en conjunto el núcleo de una sensación muy precisa, que los terapeutas fueron capaces de verbalizar para discutirlo con todo el núcleo familiar.

Así, en el caso de este ejemplo, la sugerencia implícita de la madre llegaba al muchacho por dos vías principales: la continua actualización de un problema que el muchacho, por su parte, parecía dispuesto a olvidar, y las comunicaciones no verbales con que la madre remachaba a su hijo la relación autonomía-droga, así como su admiración hacia las experiencias excepcionales que había tenido y aún podía tener.

B— Una madre les contó a los terapeutas esta experiencia: muchos años atrás, cuando su hijo se marchaba de viaje a Francia, vio una «pastilla» en su maleta. Era un comprimido de aspirina, y quedó muy claro cuando se comprobaron los relatos que el comportamiento toxicómano del hijo empezaría varios años más tarde. La madre, cuando requisó la «pastilla», fue presa del pánico. Lloraba por la noche, y comentaba aterrorizada con su marido el hundimiento del hijo en el mundo de la «droga». Sin embargo, no se opuso al viaje y sólo le recomendó repetidamente a su hijo que no se «drogara».

El valor y el peso de esta «fantasía anticipadora» sólo se pusieron en evidencia al cabo de varios años.

Este comportamiento de reproche y al mismo tiempo aprobación por parte de los padres se ha interpretado de varias formas: Johnson y Szureck, por ejemplo, han afirmado que aquéllos utilizan el comportamiento de sus hijos para satisfacer al mismo tiempo sus

pulsiones contenidas (la aprobación) y la severidad de su super-Yo (la reprobación). Pero lo importante es subrayar que el comportamiento comunicativo contradictorio de los padres constituye el trasfondo habitual del comportamiento alterado de su hijo: en efecto, los procesos circulares como círculos viciosos son comunes en el comportamiento alterado del paciente, que es reforzado progresivamente por los comportamientos que él mismo refuerza.

Como veremos, ambos factores (efecto sobre los sufrimientos subjetivos, y sobre el dinamismo interpersonal) tienen distinta importancia relativa.

a) en los diferentes tipos de toxicomanías: se refleja, por un lado, en las características del hábito (por ejemplo, con actitudes más o menos selectivas frente al tipo de fármaco) y, por otro, en los programas del terapeuta (sobre todo en lo que se refiere a los proyectos de deshabituación, que son tanto más fáciles en su vertiente *médica* y difíciles en la *psicológica* cuanto menor sea la importancia relativa de la propia acción farmacológica del fármaco);

b) en las distintas fases del hábito: sobre todo en el caso de la heroína, aunque también en el de otras drogas (barbitúricos, alcohol, cocaína), el uso prolongado e intenso provoca modificaciones físicas y psicológicas capaces de sostener de manera autónoma, cuando ha pasado un tiempo, la motivación para el uso repetido de la sustancia.

Veamos este otro testimonio:

«Sabía que con la heroína uno se siente tranquilo. Yo no tenía ninguna necesidad de sentirme tranquilo. Ese fue el principal motivo de que no la tomara al principio. Luego, probando un

día sí y otro también, empecé a tomar por la nariz también heroína. Siempre fue así, cada vez más. Siempre la tuve a mano, pero para traficar. Un día, me di cuenta de que me había atrapado, más que nada físicamente. La primera sensación es física. Era un domingo por la mañana, estaba en casa, me levanté a las once, ya llevaba tiempo despierto y me sentía débil. Me levanto, cojo el termómetro, me mido la fiebre: tenía 36. ¡Diablos, estaba perfectamente! Paso dos horas así, en casa, sin embargo notaba todo el tiempo como si me subiera la fiebre. Llega la hora de comer, tenía heroína en casa. Tenía mucha. No tenía ni idea de que podía ser el primer inicio de la habituación. Hablo con mi madre y después de comer me voy a mi habitación porque me encontraba mal de veras, con estos escalofríos a pesar de que tenía calor, tenía escalofríos. En un momento dado saco la cabeza y así, sin pensarlo, cojo un poco de caballo, empiezo a prepararlo sobre un cristal y me lo tomo. Al principio también lo esnifaba. Estaba en contra de las jeringas. No me gustaban. Habían pasado tres minutos, y empecé a sentirme bien, no tardé ni medio segundo en entender por qué estaba bien mientras antes me sentía mal, porque el físico se había habituado ya a la heroína y yo no me había dado cuenta, porque la tomaba normalmente.»

*Cuatro situaciones en las que se desarrollan más fácilmente las toxicomanías juveniles.* La hipótesis que planteamos aquí al respecto se ha formulado teniendo en cuenta una serie de datos verificados desde diferentes puntos de vista:

a) el de aquél que observa y describe la organización y los modelos comunicativos de la familia del toxicodependiente

b) el de aquél que observa y describe la organización psicológica del toxicómano, los mecanismos de defensa y los rasgos de carácter que definen su modo de comportarse y su personalidad; y por último, las formas de la emergencia subjetiva sobre las que la droga tiene efectos «terapéuticos»;

c) el de aquél que observa y describe las características de los comportamientos del toxicómano que se habitúa a la droga (selectividad en el uso de fármacos, riesgo de sobredosis y niveles de atención/desatención hacia las consecuencias físicas y/o interpersonales de la habituación; tendencia a la dramatización o a la minimización de los datos referentes a la toxicomanía; capacidad para reconocer, sopesar y «disfrutar» los efectos de los fármacos, etcétera);

d) el de aquél que observa y describe las modalidades de la relación que el toxicómano y/o sus familiares tienden a establecer con los asistentes y/o con los servicios que se ocupan de ellos (selección formal e informal, recíproca, de los casos entre terapeutas y pacientes, trampas en las que caen más a menudo los terapeutas, etc);

e) el de aquél que, analizando el proceso, sopesa la utilidad real de unos métodos terapéuticos distintos.

Las principales categorías de toxicómanos que se establecen de acuerdo con estos criterios son:

A— toxicomanías traumáticas;

B— toxicomanías a partir de neurosis actual;

C— toxicomanías de transición;

D— toxicomanías sociopáticas.



A— *Toxicomanías «traumáticas»*. La situación familiar en la que se presenta esta forma de toxicomanía posee unas características bastante diferenciadas: se trata, en algunos casos, de un hijo/a considerado «ejemplar», pero acostumbrado a tragarse sus propios problemas (pues está enfrascado en el intento de resolver los de los demás) que se derrumba y se hace toxicodependiente ante la experiencia de un grave trauma. En otros casos se trata de individuos que sólo recientemente han superado la fase de la individualización y la desvinculación: el trauma desencadena la crisis de su equilibrio cuando las relaciones anteriores ya no ofrecen un soporte adecuado, o las nuevas son aún demasiado precarias y no suponen un punto de referencia seguro. Se trata, por lo tanto, de adolescentes que acaban de definir su propia identidad, o de jóvenes adultos que aún no están sentimentalmente comprometidos o han formado recientemente una pareja cuya red de relaciones resulta inoportuna en ese momento debido a la necesidad creada por el dolor o el luto. El sentimiento de culpa, que acompaña a menudo a las experiencias del luto, en estos adolescentes o jóvenes adultos se suma con facilidad precisamente al esfuerzo de emancipación de un núcleo familiar en situación de «stress».

Tomado desde el ángulo de la emergencia subjetiva, el cuadro que precede y es «cubierto» posteriormente por el comienzo de la toxicomanía es el de la neurosis traumática magistralmente descrita por Freud y, sucesivamente, por Bowlby y Parkes. Sólo recordaré que el luto generalmente es el relacionado con la pérdida de una persona querida, aunque en cierto número de casos puede referirse a la pérdida de la fe en una idea (que ha demostrado ser inviable y/o absurda: en nuestro caso, a inicios de los 80, la crisis de los gru-

pos armados y de los colectivos «autónomos») o en una persona. Lo más importante es resaltar que el elemento clave para su evolución patológica es el que se refiere a la dificultad para encontrar un punto de referencia para verbalizar la experiencia vivida dentro de una relación interpersonal percibido como fiable y seguro: una clara ejemplificación del modo en que las comunicaciones interpersonales se relacionan entre sí a la hora de determinarse una condición de sufrimiento como base de una toxicomanía.

Clínicamente, podemos identificar dos elementos que caracterizan a este tipo de toxicodependencia:

a) el desarrollo de la toxicodependencia: ya se trate de un primer encuentro con la sustancia, o la transformación en toxicomanía derive de un abuso controlado anterior, la ruptura del estilo de vida habitual tiene lugar en poco tiempo, la heroína se convierte de golpe en el centro de su atención, protegiendo al individuo en una fase de pánico (en los casos más graves) o de sufrimiento muy violento;

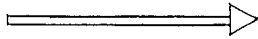
b) las características del hábito: el comportamiento del toxicómano es autodestructivo y teatral en los casos más graves; en otros casos es disimulado; recurre también el alcohol y a los barbitúricos; trata de aturdirse, mas que de obtener placer del fármaco.

B— *Toxicomanías a partir de neurosis actual*. La estructura familiar en la que se desarrolla este tipo de toxicodependencias es la que describen con más frecuencia los terapeutas familiares que han trabajado con toxicómanos. En el aspecto familiar y sistémica implica:

a) la fuerte preocupación de uno de los progenitores (generalmente el de

## ESQUEMA N.º 2

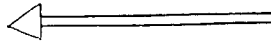
Una circunstancia interpersonal.



Favorece la evolución patológica del luto: la emergencia subjetiva es el pánico.



El círculo vicioso se puede romper al definirse una circunstancia interpersonal terapéutica.



El encuentro con la droga alivia el sufrimiento subjetivo sin favorecer la elaboración del luto.

sexo contrario) ante su hijo y su «enfermedad»;

b) el papel «periférico» del otro progenitor;

c) la evidencia de la estructura (alianza transgeneracional negada) llamada «triángulo perverso» y la tendencia del progenitor cómplice a proteger y a tapar los problemas planteados por el comportamiento del hijo;

d) la debilidad de los límites entre los subsistemas que determinan la «jerarquía» familiar;

e) el desarrollo de una polaridad que define la figura del hijo/a toxicómano como «malo» comparado con otro hijo/a «bueno»: un elemento cuya importancia depende sobre todo de la situación que se crea en la familia del toxicómano del tipo C (polaridad «fracasado/logrado»);

f) un modelo comunicativo caracterizado por lo contradictorio (no paradójico) de los mensajes, la rapidez y el violento desarrollo de los conflictos.

Hay que subrayar las evidentes analogías que existen entre estas familias y las de los niños con problemas psicósomáticos o leves alteraciones del comportamiento. Desde el punto de vista de la emergencia subjetiva, las alteraciones que preceden y son cubiertas después por la toxicomanía determinan, en efecto, un cuadro caracterizado (a) por una larga historia de alteraciones del comportamiento (sobre todo en el sentido de la inestabilidad); (b) por un estado depresivo declaradamente relacionado con las dificultades del grupo familiar («el hijo es el más afectado en el drama familiar»); (c) por las manifestaciones de un malestar más bien inespecífico (distintos síntomas somáticos, falta de participación activa en los avatares de la propia vida, tendencia al tedio, a la insatisfacción y al nerviosismo) que se parece mucho, según la descripción de Freud, al que caracteriza la psicastenia de P. Janet. Un conjunto de emergencia subjetiva sin una especial gravedad, en suma, cuyas manifestaciones externas están muy influidas, entre otras cosas, por las ca-

racterísticas del entorno y la «moda». Desde el punto de vista clínico, las toxicomanías del tipo B se caracterizan por la connotación depresiva del hábito (falta de elementos ligados al «placer» que proporciona la droga) y por la actitud de exhibición.

El comportamiento toxicómano generalmente es más bien controlado, y de tendencia no muy grave; las dosis usadas no son muy fuertes: durante las fases de dificultad, el toxicómano pide ayuda en los servicios correpondientes, más que en ambientes más peligrosos; la enfermedad física o el accidente incitan a la curación; los intentos de suicidio son teatrales, pero poco peligrosos; en una palabra, el toxicómano tiende a mantener cierta relación con su familia y con su entorno incluso durante la toxicomanía. Esta es presentada alternativamente en términos de doloroso desafío o de intolerancia cargada de provocaciones dirigidas a aquellas personas que se considera o supone responsable: generalmente son los padres, aunque a menudo también son los terapeutas y todos aquellos que tratan de ayudar (esto se complica a menudo con comportamientos de compli- cidad más o menos irresponsables).

Desde el punto de vista terapéutico el trabajo se tiene que centrar desde el principio en el control de los comportamientos sintomáticos, a través de la formación de un frente unido por parte de los padres o, en su caso, de otros adultos que puedan contribuir en algo. Para una descripción detallada de los problemas que se encuentran por este camino y sus posibles soluciones se puede consultar el trabajo de Stanton y Todd o el de la Cooperativa Albedo. Aquí sólo vamos a resaltar la utilidad inicial de la deshabitación domiciliaria. Todo intento de trabajar individualmente con estos toxicómanos suele

ser por completo inútil. La experiencia de la comunidad terapéutica puede resultar decisiva (aunque no siempre es necesaria) sólo si se tiene en cuenta la necesidad de trabajar con ambos progenitores.

C— *Toxicomanías de transición*. Si se observa desde el ángulo interpersonal y sistémico, la situación en la que se desarrolla este tipo de toxicomanía se caracteriza por un estilo comunicativo y una organización transitiva de las interacciones, en tanto que participe de transacciones propias de las familias que presentan transacción psicótica y de las que no la presentan. Las familias de los toxicómanos, que en este sentido se parecen a las de los anoréxicos, tienen con ellas en común:

a) un empeño en no definir las relaciones, sostenido por el frecuente (aunque no obligado ni constante) recurso a mensajes paradójicos e incongruentes (por ejemplo, frente a la proposición de una terapia, el replanteamiento del hábito, la resistencia depresiva o paradójica a las intervenciones terapéuticas, etcétera): los niveles de mistificación en el interior de la familia y en sus relaciones con el exterior son altos, lo que hace que los datos correspondientes sean poco de fiar, mientras la atmósfera adquiere una importancia mayor;

b) miembros que muestran una tendencia difusa a ignorar el significado del mensaje de los demás y a servirse de la enfermedad para resolver el problema del liderazgo, con actitudes de auto-sacrificio;

c) padres cuya relación se caracteriza por la *hybris* simétrica de las familias psicóticas, y están ambos afectados por la toxicodependencia y la vida de su hijo/a;

d) una polaridad en la diversificación de los hermanos, que se mueven en el eje logrado/malogrado, y no en el eje bueno/malo típico de las familias del tipo B; polaridad que se relaciona en ciertos casos con la existencia del que, según una acertada definición de Mara Selvini, sería el miembro prestigioso:

«Un miembro de la *fratria* que, por distintos motivos, goza de prestigio frente a sus hermanos y hermanas... La característica que estas figuras tienen en común implica: un compromiso afectivo con los problemas de la familia, el sentirse más competentes para resolverlos y una larga historia de intimidad con uno de los progenitores»; en un momento de desvinculación con el miembro «prestigioso», «los comportamientos del paciente, lejos separar al incómodo hermano de un ambiente que se ha hecho insostenible, tienen el efecto pragmático de afianzarlo aún más»;

e) en términos de ciclo vital, la posibilidad de reconocer en la toxicomanía la manifestación sintomática de que se ha evitado o malogrado la desvinculación del paciente designado hacia la familia: coincidiendo a menudo con la desvinculación inminente o ya conseguida incompletamente, del hermano (o hermana) bueno y prestigioso.

El cuadro que hasta ahora hemos descrito se parece de una forma impresionante (ya lo hemos resaltado) al de la familia con pacientes anoréxica. Pero conviene subrayar algunas diferencias:

a) en la tendencia a implicar y manipular a los terapeutas, amigos y parientes en las cuestiones familiares, invitándoles a que cada cual defienda sus propias posiciones;

b) en la tendencia a repetir dramatizaciones muy intensas, pero de corta

duración: por ejemplo, en los conflictos entre padres, que desembocan a menudo en separaciones incompletas.

Vista desde el ángulo de la emergencia subjetiva, la toxicomanía de tipo C corresponde a una organización personal que E. Glover ha llamado transitoria (al estar caracterizada por la presencia, simultánea y alternada, de dinámismos neuróticos y psicóticos).

Los cuadros clínicos más frecuentes son los que corresponden: (a) a la descripción de los pacientes definidos como «*border-line*»; (b) a la descripción de los pacientes que presentan molestias físicas y graves del tono del humor con alternancia (en distintos sujetos o en la misma persona) de fases maníacas y depresivas profundamente modificadas por los efectos del fármaco.

«No deja de ser impresionante» escribe Olievenstein, hablando evidentemente de las primeras, «la descripción totalitaria, muy próxima al éxtasis, del primer flash (...) una incomparable revelación, la unidad una vez más conseguida, la atmósfera de júbilo (...); y no deja de ser impresionante, añado yo, la gravedad y la densidad de un comportamiento toxicómano ritualista, compulsivo y autodestructivo en el que sólo parece tener importancia la necesidad de estar crónicamente aturdidos, más que el placer provocado por los efectos de la droga.

Desde el punto de vista del hábito y sus características, las toxicomanías del tipo C se presentan de forma notablemente diversificada en fases y personas distintas.

Las drogas, peligrosas para todos porque provocan graves tendencias autodestructivas y el descuido hacia el

propio cuerpo (riesgo de errores de dosificación y/o de distintas infecciones), son sumamente selectivas (heroína) para dosis de fármaco que en seguida se hacen muy altas en las fases maníacas, y bastante menos selectivas (todos aquellos fármacos que son capaces de aturdir a una persona) en las fases depresivas; se controlan más en pacientes descritos como border-line y en las situaciones de esquizofrenia (personas que usan drogas, pero no están completamente centradas en ellas). De todas formas, los pacientes de los grupos (a) y (b) presentan estas características:

a) la dificultad con que el paciente, sus padres y el observador relacionan la evolución de la toxicodependencia con hechos específicos de la vida de la persona: buen ejemplo de ello son las historias en que el hábito empieza «en un buen momento» o se interrumpe cuando el daño físico o unos sufrimientos precisos ocupan el lugar de los efectos negativos de la droga;

b) el riesgo de recaídas a medio y largo plazo, a menudo en forma de alcoholismo, que presenta cierto número de «curados»;

c) la importancia del uso de drogas en el control de la angustia sentida por el toxicómano con grave riesgo de suicidio cuando se interrumpe violentamente el uso de drogas.

En la cárcel podemos comprobar a menudo la importancia que tiene este último punto. El toxicómano del tipo B, cuando está encerrado, reacciona con una fuerte dramatización de su sufrimiento (tal como estaba previsto en su «guión» familiar), mientras que el toxicómano de tipo C lo expresa a través de una rebelión ideológica o una cerrazón depresiva. Se trata de mensajes

bien claros para su núcleo familiar, pero totalmente incomprensibles para el personal de la cárcel, que lleva a la enfermería al toxicómano de tipo B y lo encierra en su celda, encontrándose al día siguiente con que se ha suicidado.

Por último, desde el punto de vista de la respuesta terapéutica, las toxicomanías transitoriales son mucho más complejas y difíciles que las que hemos mencionado hasta ahora. Dejando a un lado las peticiones angustiosas de ayuda, expresadas sobre todo en el plano verbal, el toxicómano de tipo C y su familia piden sobre todo que los protejan en su juego repetitivo. La tendencia a descalificar la situación terapéutica (demostrando la insuficiencia de los terapeutas; dirigiéndose a todos y a ninguno; proponiendo un optimismo superficial e incomprensible o una resignación total e incurable) dificulta el recurso a técnicas que son útiles en otras situaciones. El terapeuta que se enfrenta con este tipo de situaciones puede tratar de oponerse resueltamente al comportamiento del toxicómano, definiéndolo como la manifestación extrema de un problema interpersonal más relevante, y trabajando directamente en el control del síntoma. Sin embargo, en otros casos el camino más fácil de seguir es la intervención «contraparadójica».

Dicha intervención es muy difícil y requiere una gran competencia técnica. No es fácil de resumir. De todas formas, en líneas muy generales se basa, desde el punto de vista de la experiencia que se desarrolla entre el paciente designado y el terapeuta, en reconocer las razones del comportamiento toxicómano y la posibilidad de interrumpirlo con un acto de voluntad (en este concepto genérico se basan las prácticas de Alcohólicos Anónimos estudiadas

en el trabajo magistral de G. Bateson); desde el punto de vista de la experiencia desarrolla directamente con la familia, se basa en poner en práctica determinados movimientos que aceptan, prescribiéndolas, sus dificultades y sus resistencias al cambio.

D— *Toxicomanías sociopáticas*. Los modelos comunicativos y la organización familiar de este tipo de toxicodependientes corresponden a los que encontramos en las familias deterioradas, que son familias generalmente de las clases sociales más desfavorecidas, aunque a veces también de las privilegiadas, que aparecen como un grupo profunda y dramáticamente desorganizado, cuyos miembros:

a) observados en el momento en que piden ayuda, se mueven en órbitas aisladas sin que al parecer exista ninguna interdependencia recíproca;

b) observados desde el ángulo de la reconstrucción histórica, se caracterizan por la inconsistencia o falta de adecuación de las funciones parentales con respecto al niño: padres y madres totalmente ausentes, entrega e instituciones siguiendo una costumbre que por suerte hoy es mucho menos corriente; madres solas en situación de desventaja social y económica; falta de abuelas, según la clásica descripción de Minuchin (la madre sigue siendo hija y la abuela se vuelve madre sustituyéndola sustancial, pero no formalmente); progenitores infantiles enfrascados en sus peleas y en la necesidad de realizarse a sí mismos, que «no se enteran» del nacimiento y la presencia del hijo; progenitores con serios problemas de alcoholismo, toxicomanía y sufrimiento psíquico tratado con fuertes maniobras sustitutivas; progenitores ausentes a menudo o del todo, por distintas razones (desde un accidente hasta la pri-

sión), que se ven obligados a confiar a otros sus hijos; por último, progenitores que se han criado en una situación cultural (la familia amplia del asentamiento campesino tradicional) en la que el niño crece dentro de un grupo más amplio que el que forma la familia nuclear, y que al ser trasplantados a otra situación no reciben ayuda a la hora de desempeñar las funciones más complejas que son allí necesarias.

En lo que respecta a la emergencia subjetiva, una situación de este tipo se caracteriza sobre todo por la tendencia a expresar el conflicto psíquico a través del acting-out. Lo que implica:

a) la evidencia de comportamientos antisociales que preceden al inicio de la toxicodependencia; especialmente en adolescentes o jóvenes adultos que viven en condiciones de desventaja social y cultural;

b) una asimilación rápida y natural de la toxicodependencia, enmarcada en un estilo de vida que se adapta bien a ella, con una exasperación caricaturesca de este estilo de vida cuando la costumbre se convierte en dependencia;

c) una actitud desafiante del toxicodependiente, que se comporta con la frialdad y la provocación de una persona «incapaz de amar ni de aceptar amor» y percibe a su alrededor un ambiente frío y hostil, iluminado de vez en cuando por voluntarios ocasionales que desempeñan en su vida el papel de «salvadores» providenciales;

d) el desapego con que el toxicodependiente habla de su hábito debido al antiestético embotamiento de las sensaciones que se buscan con el recurso a la droga, la frecuencia de politoxicomanías y la infravaloración de los efec-

tos de la droga y de los daños que puede causar.

A veces, las historias de estos toxicodependientes son las de los hijos de mujeres económica y culturalmente desfavorecidas, abandonados en una institución, o las de familias con múltiples problemas que viven en los guetos de las grandes ciudades (que a menudo enlazan con las primeras). La falta de adaptación de estos jóvenes se pone de manifiesto antes que nada en las dificultades escolares, y luego, en la adolescencia, en el choque progresivo y cada vez más violento entre las reglas impuestas por una sociedad considerada cruel y hostil y las de la subcultura delictiva. Sin embargo, en otros casos las dificultades económicas y culturales no parecen tener tanta importancia, y el punto crucial parece ser el desorden afectivo.

De todas formas, conviene tener en cuenta que la experiencia subjetiva de estos toxicómanos es atravesada a menudo por movimientos depresivos importantes (sobre todo en los casos en que la educación y la procedencia social favorecen la tendencia a mirar dentro de uno mismo, a escuchar las propias emociones y sentimientos) con modalidades más esporádicas, pero muy parecidas a las que hemos descrito para las formas fásicas del tipo B.

Al describir los tipos de personalidades que nos encontramos en estos casos, ya me he referido a algunas de las características del hábito, pero conviene recordar que el descuido hacia uno mismo implica una peligrosidad indirecta de la toxicomanía (enfermedades secundarias, errores de dosificación, aceptación minimizante del papel que desempeña el «pequeño traficante toxicómano»), mientras que la tendencia a actuar el conflicto corresponde a una

capacidad bastante débil de sentir las emociones, y a la tendencia al uso no selectivo de fármacos: el hecho de aturdirse (alcohol, opiáceos, barbitúricos) o ser más rápidos y lúcidos en las situaciones que lo requieren (anfetaminas, cocaína) se presenta y se vive como un dramático intento de completar una experiencia subjetiva sentida como insatisfactoria, sobre todo porque es débil e incompleta.

En este sentido, revisten interés:

a) la analogía que a menudo establece el toxicómano de tipo D entre los efectos de la droga y los de los comportamientos acting-out en sí mismos («picarse con heroína es como robar una moto: te da la misma sensación»);

b) la tendencia, de otro modo inexplicable, a la disminución de la delincuencia local en barriadas pobres donde están muy extendidos los problemas humanos que son las premisas de este tipo de toxicomanía: ésta se propaga muy deprisa, pero la tasa de comportamientos delictivos puede disminuir.

Además, hay que tener en cuenta que la toxicodependencia acorta la duración de estas vidas marginadas, ya sea directamente (sobredosis, accidentes, enfermedades secundarias, etc.), ya sea indirectamente (debido a las consecuencias de una actividad delictiva, cínica y desordenada). Cuando no ocurre nada de esto, el toxicómano emprende una carrera «desviada» (traficante y otras formas de delincuencia) o el camino de una institucionalización crónica (prisiones, centros psiquiátricos).

Los asistentes deberían subrayar con fuerza la gravedad y el sombrío pronóstico de este tipo de toxicomanía, debi-

do sobre todo a que muchos de estos casos no piden ayuda espontáneamente.

Cuando la piden lo hacen de una forma tangencial (en la cárcel o en el hospital, adonde han ido a parar por problemas relacionados con la toxicomanía, no para curarse de ésta) o sumamente provocativa, según el esquema clásico de relación de la personalidad de tipo «abandonista».

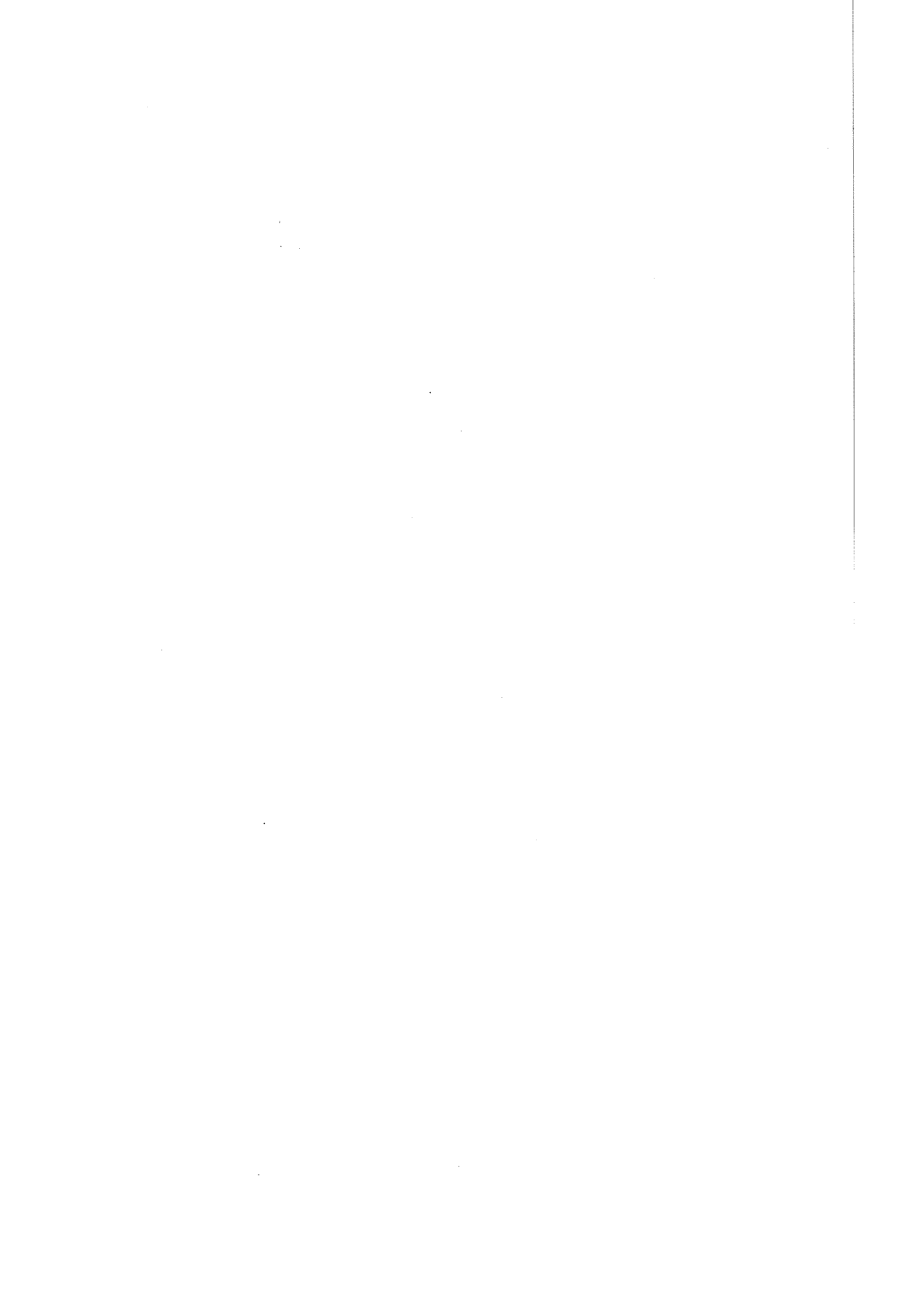
Ya he mencionado las dificultades del enganche y de la terapia.

Analizando las historias de estos toxicodependientes que han interrumpido la dependencia, es interesante resaltar que la combinación de varios «pasos» terapéuticos puede dar resultados «sorprendentemente» positivos. Hasta el momento se han podido estudiar recorridos espontáneos: para dejar de «picarse», la persona se ha dirigido primero a un ambulatorio para tomar metadona, allí ha establecido una relación con un profesional, luego ha ido a

una comunidad de la que se ha escapado para ir a otra comunidad distinta, «más adecuada», y ha terminado por integrarse en una cooperativa artesanal. Si examinamos estas historias atentamente, veremos que, lejos de demostrar la inutilidad de las distintas intervenciones, sugieren la hipótesis de que en estos casos puede ser conveniente organizar una «cadena terapéutica» en la que puedan colaborar varias entidades terapéuticas, cada una de las cuales representaría un paso significativo hacia el cambio.

La intervención comunitaria, especialmente útil como punto de llegada, puede colmar muchas veces las graves carencias a escala de relaciones sociales y familiares, acogiendo a la persona dentro de un grupo «sustituto». Sin embargo, a la hora de empezar el trabajo suelen necesitarse unas técnicas especiales orientadas hacia el sistema (como las que describe Mac Gragor para las familias multiproblemáticas y Judith Landau para las familias desfavorecidas).





Fernando Carrasco

# Abordajes terapéuticos con la familia del toxicómano

## Resumen

*Se exponen los principios básicos de diferentes escuelas de terapia familiar continuando con la presentación de diversos enfoques referido al trabajo con personas toxicómanas y sus familias desde ópticas relacionales.*

## SUMMARY

### Therapeutic approaches through the drug addict's family

*The basic principles of the different schools of family therapy are outlined first. Then the different approaches to working with drug addicts and their families from a relationship approach are examined.*

59

#### I. ESCUELAS PRINCIPALES DE TERAPIA FAMILIAR

##### 1. Terapia familiar experiencial

**L**A terapia familiar experiencial (Whitaker, Satir, Duhl, Kempler) trata de cambiar las familias cambiando a los miembros de las familias, invirtiendo así la dirección del efecto que generalmente buscan los otros terapeutas de familia. Los experiencialistas conciben y tratan las familias como grupos de individuos más que como sistemas. Los objetivos esenciales del tratamiento son una sensibilidad acrecentada y una autoconciencia dilatada.

Además de focalizar en el cambio *intrapersonal* esta escuela se distingue también por una dedicación total al crecimiento en vez de a la solución de problemas. Se consideran el crecimiento personal y la autorrealización como tendencias humanas innatas que emergen naturalmente a partir del momento

en que han sido reducidas las interferencias y las defensas. El tratamiento busca, por tanto, reducir las defensas dentro y entre los miembros de la familia. Estos terapeutas desafían y cuestionan todo aquello que es familiar y automático. Interrumpen la conducta automática y hacen que resulte extraño lo familiar, porque creen que al interrumpir la conducta automática, surge el potencial para una conducta alternativa más funcional y satisfactoria.

Para introducir la novedad y acrecentar la experiencia inmediata, los terapeutas utilizan sus propias personalidades y numerosas técnicas estructuradas y expresivas. Como el líder en los grupos de encuentro, los terapeutas experienciales actúan como «agentes provocadores» de la autoconciencia y la expresión emocional intensas. La terapia es considerada como un encuentro emocional, dirigido por terapeutas que participan plena y espontáneamente. En distintos momentos estas inter-

venciones adoptan la forma de auto-revelación, broma, sarcasmo, humor, confrontación personal, intención paradójica o modelaje. El riesgo de las respuestas suscitadas queda minimizado gracias a la presencia de los otros miembros de la familia y del co-terapeuta.

La terapia familiar experiencial procede del pensamiento existencial, humanista y fenomenológico según el cual la libertad individual y la autoexpresión pueden deshacer los efectos desvitalizadores de la cultura. Más allá de este principio, la escuela experiencial es más bien ateórica. En consecuencia no tiene una conceptualización sistemática de la dinámica familiar, sino que toma prestados los conceptos y las técnicas de otras escuelas.

Los terapeutas experienciales, para poder reducir las defensas e incrementar la experiencia emocional, tienden a ser sumamente activos, y por lo mismo, interpretativos y directivos. Al enfatizar la experiencia y no la comprensión, suelen presentar una actitud ambivalente sobre la utilidad del «insight» y autocomprensión.

## 2. Terapia familiar sistémica extensa

El foco conceptual de esta escuela es más amplio que el de otros terapeutas familiares, aunque su unidad actual de tratamiento sea más reducida (Bowen, Kerr, Fogarty). Su atención va siempre dirigida hacia el sistema familiar multigeneracional, aun cuando generalmente se reúne con individuos o parejas. Al ser los primeros en introducir la «hipótesis trigeracional» sobre la esquizofrenia, son muy conscientes de cómo los triángulos entrelazados conectan una generación con la siguiente.

En la teoría de Bowen el triángulo es la unidad universal de análisis, tanto en

principios como en la práctica. Como Freud, Bowen acentúa la importancia capital de las relaciones familiares tempranas. La relación entre el self y los padres es descrita como un triángulo y considerada la más importante en toda la vida. Su comprensión de la familia desde lo triangular constituye una de sus más importantes contribuciones y una de las ideas centrales en la terapia familiar.

El mayor problema en las familias lo constituyen la fusión emocional y principal objetivo de su terapia es la diferenciación. La fusión emocional surge a partir de la necesidad instintual de los demás, pero constituye una exageración patológica de esta necesidad. Algunas personas manifiestan la fusión directamente como una necesidad de estar apegado a alguien, mientras que otros la enmascaran con una fachada pseudo-independiente. La persona que tiene un self diferenciado no necesariamente está aislada, sino que puede permanecer en contacto con otros y mantener su propia integridad. Igualmente, la familia sana es la que permanece en contacto emocional viable entre una generación y la siguiente.

Para Bowen la terapia es una extensión lógica de la teoría. Antes de poder hacer una incursión significativa en los problemas de la familia hay que tener una comprensión total de cómo operan los sistemas familiares. La curación estriba en el volver hacia atrás, para visitar a los padres o antepasados y aprender a llevarse bien con ellos. La teoría de Bowen propugna un equilibrio entre la necesidad de estar junto a alguien y la independencia, pero en la práctica tiene un carácter claramente intelectual y emocionalmente distante. En cuanto terapeuta familiar, Bowen parece más científico que humanista, más teórico que práctico. Considera la an-

siedad como una amenaza para el equilibrio psíquico y por ello su enfoque del tratamiento parece a menudo desapasionado. Se aparta de las confrontaciones familiares para poder contemplar mejor la historia de las relaciones familiares y detectar las pautas. Su modelo desfocaliza los síntomas para concentrarse en la dinámica sistémica. En vez de incitar al terapeuta a que «arregle» las relaciones, procura que anime a los clientes para que comiencen el esfuerzo.

### 3. Terapia familiar comunicacional («M.R.I.»)

Esta Escuela de terapia familiar constituye una de las primeras y más influyentes formas de tratamiento de las familias. Su desarrollo teórico estuvo estrechamente unido a la Teoría General de Sistemas y la terapia que de ella surgió era un enfoque sistémico por excelencia. La terapia fue un producto derivado del proyecto de Gregory Bateson sobre la esquizofrenia. El producto principal fueron una serie de ideas sobre la comunicación humana y los sistemas familiares. El hecho de que sus estudios hayan tenido un impacto tan profundo en todo el campo de la psicoterapia se debe a que su investigación se desarrolló en el contexto psiquiátrico. Muchas de sus ideas —homeostasis, doble vínculo, feedback— fueron absorbidas por todo el campo de la terapia familiar de forma que ya no pueden hablarse de una escuela separada de terapia familiar comunicacional.

Aunque hoy se recuerde al grupo de Bateson por su concepto de «doble vínculo», su contribución más importante fue el aplicar el análisis comunicacional a un campo más amplio de conductas que incluían la dinámica familiar. De hecho, la idea de la «metacomuni-

cación» es un concepto mucho más útil que el del doble vínculo y ha sido absorbido no sólo por los terapeutas de familia, sino también por muchas otras personas del público en general que comprenden que todos los mensajes tienen la doble función de transmitir un contenido y definir una relación.

Otra de las ideas más destacables de la teoría de la comunicación es que las familias son sistemas gobernados por reglas y mantenidos por mecanismos de «feedback» negativos u homeostáticos. Son estos mecanismos los que explican la estabilidad de las familias normales y el por qué las familias disfuncionales se quedan atascadas en formas de conducta obsoleta; al carecer de mecanismos adecuados de feedback positivo, son incapaces de ajustarse a las circunstancias cambiantes.

Los teóricos de la comunicación se apropiaron del modelo de los sistemas abiertos a partir de la teoría general de sistemas, pero sus análisis clínicos y sus intervenciones están basados en el paradigma cibernético de los sistemas cerrados. Por eso este enfoque ha resultado más útil a nivel teórico que pragmático. En sus descripciones clínicas, las relaciones son descritas como luchas por el poder y el control. Haley enfatizó la lucha por el poder entre los esposos y Watzlawick decía que el principal problema de control en las familias es cognitivo. La terapia que ellos desarrollaron a partir de estas ideas era concebida como una lucha por el poder en la que el terapeuta asume el control para hacer frente a las fuerzas que mantienen el síntoma.

Cuando la comunicación tiene lugar en un sistema cerrado —las fantasías de un individuo o las conversaciones en una familia— hay muy pocas oportunidades para ajustar el sistema. So-

lamente cuando alguien externo al sistema proporciona un imput comunicacional, puede producirse la corrección. Esta es la premisa sobre la que se basa toda la teoría familiar comunicacional. Las reglas del funcionamiento familiar son ampliamente desconocidas para la familia, y la mejor forma de examinarlas y corregirlas es consultar a un experto en comunicaciones.

Aunque hay diferencias importantes entre las estrategias de intervención de Haley, Jackson, Satir y Watzlawick, todos ellos se dedican plenamente a alterar las pautas de comunicación autorreforzantes y mutuamente destructivas. Persiguen este objetivo con medios directos e indirectos. El enfoque directo busca el cambio haciendo explícitas las reglas familiares y enseñándoles los principios de la comunicación clara. Este enfoque podría ser descrito como el establecimiento de reglas fundamentales —o principios metacomunicacionales— e incluyen tácticas tales como decir a las personas que hablen en su propio nombre o señalar los diversos niveles o canales de comunicación. Otros terapeutas comunicacionales tratan de producir el cambio sirviéndose de otras estrategias más indirectas, diseñadas para provocar el cambio y no tanto para estimular la autoconciencia. Decir a los miembros de una familia que hablen en su propio nombre, por ejemplo, puede desafiar una regla familiar y encontrar en ella una fuerte resistencia. Las resistencias y los síntomas son tratados con una serie de directrices paradójicas, conocidas generalmente como dobles vínculos terapéuticos.

A veces la terapia comunicacional se convierte en una terapia breve, focalizada en el síntoma y directiva. El focalizar en los síntomas es coherente con el concepto sistémico de la «equifinali-

dad» que dice que dondequiera que el cambio sistémico comience, se llegará al mismo resultado final. Incluso cuando reúnen a familias enteras, los terapeutas comunicacionales focalizan en la pareja material y están más acostumbrados a pensar diádicamente que triádicamente.

Hoy en día, las teorías de la terapia comunicacional han sido absorbidas por las principales corrientes de la terapia familiar y sus intervenciones focalizadas en el síntoma constituyen la base de la escuela estratégica de terapia familiar.

#### 4. Terapia familiar estratégica

A partir de la teoría de la comunicación y de la teoría cibernética, e influidos por las técnicas terapéuticas de Milton Erickson, los terapeutas estratégicos han desarrollado un cuerpo de procedimientos poderosos para el tratamiento de los problemas psicológicos. Explican los problemas en términos de secuencias conductuales y su contexto social.

Las diversas escuelas estratégicas presentan algunas variantes en la teoría y en las técnicas, pero comparten un enfoque práctico y centrado en el problema. Se evitan el insight y la comprensión para potenciar las directrices que son diseñadas para cambiar la forma en que se relacionan entre sí los miembros de la familia. Las directrices pueden ser directas, pero más a menudo son paradójicos y reflejan la creencia de que las soluciones eficaces pueden parecer ilógicas a quienes tienen problemas.

Los terapeutas estratégicos empiezan estableciendo objetivos específicos y focalizando con persistencia en el problema presentado a lo largo de

todo el tratamiento. Piensan que los problemas son aumentados por las soluciones habituales que adoptan las personas y, por tanto, diseñan intervenciones terapéuticas para cambiar esas soluciones. Ponen el acento en una cuidadosa observación de las interacciones y la mayoría de los terapeutas estratégicos trabajan con un equipo de observaciones. También asumen la plena responsabilidad del resultado de la terapia y generalmente adoptan una actitud directiva.

Aunque ahora existen muchos terapeutas estratégicos, los grupos más influyentes son el grupo del Centro de Terapia Breve del MRI, Jay Haley y Cloe Madanes en Washington, y Mara Selvini Palazzoli y su equipo de Milán.

El grupo del MRI pone el énfasis en que los problemas se mantienen por los mismos intentos que se hacen para resolverlos y concentran sus esfuerzos en impedir esas soluciones que mantienen los problemas.

Jay Haley considera los problemas como mantenidos por secuencias recurrentes de interacción entre los miembros de la familia y por eso interviene para cambiar esas secuencias. Cree también que la estructura familiar y la jerarquía son factores importantes en la vida familiar, y considera que un tratamiento con éxito exige un cambio estructural y el establecimiento de jerarquías apropiadas, además de la solución del problema presentado.

Selvini Palazzoli y colaboradores tratan a las familias como sistemas que mantienen su cohesión y estabilidad a costa de uno o más miembros sintomáticos. La patología se perpetúa gracias a una serie extremadamente rígida de reglas familiares. Sus intervenciones, que generalmente adoptan la forma de

directrices paradójicas estrictas, son diseñadas para forzar los cambios en las reglas.

El grupo de Milán usa la «connotación positiva» como un elemento importante en su terapia y constituye una aportación original que ha influido en otros miembros de la escuela estratégica. El atribuir motivos positivos a las familias evita la resistencia que se moviliza, en cambio, cuando los terapeutas culpabilizan y critican. Dirigirse a los pacientes con respeto y comprensión por su ambivalencia ante el cambio es una forma eficaz de desarmar su oposición a la terapia, sobre todo cuando los terapeutas creen realmente que sus clientes están haciéndolo lo mejor que pueden.

Las tácticas para burlar la resistencia son la esencia de la terapia estratégica; constituyen su mayor contribución al campo de la terapia familiar y lo más criticado por otras escuelas. Las técnicas son cuidadosamente diseñadas para adecuarse a cada caso y de basan en la clara comprensión que tiene el terapeuta de la dinámica familiar. Haley es el más explícito en acentuar la necesidad de comprender la estructura familiar antes de intentar resolver los síntomas. Pero existe el peligro de usar las técnicas estratégicas, que son vistosas y parecen simples, sin una comprensión previa de cómo funcionan las familias y cada familia en particular.

##### 5. Terapia familiar estructural

La terapia familiar estructural surgió en los años 70 como uno de los enfoques más populares e influyentes en el campo. La razón es que es simple, inclusiva y práctica, y ofrece pautas claras para el diagnóstico y el tratamiento. Los conceptos básicos estructurales

—límites, subsistemas, alineaciones y poder— se comprenden y se aplican con facilidad. Tienen en cuenta el contexto individual, familiar y social y el modelo ofrece un marco de referencia organizativo claro para comprender y tratar a las familias.

Minuchin fue el primero en desarrollar esta técnica cuando estaba trabajando con familias desorganizadas en los suburbios de las ciudades. Para poder entrar en estas familias desarrolló técnicas de «joining» o acomodación y para poder cambiarlas desarrolló técnicas reestructurantes concretas y poderosas. Es una terapia de acción dirigida a las interacciones de la familia en el aquí y el ahora, pero diseñada para alterar la estructura básica subyacente a esas interacciones.

El único y más importante principio de este enfoque es que cada familia tiene una estructura y que esta estructura aparece solamente cuando la familia está en acción. Según esta visión, los terapeutas que no consiguen tener presente toda la estructura familiar e intervienen solamente en un subsistema, es muy probable que no efectúen un cambio duradero. Si la excesiva implicación de una madre con su hijo forma parte de una estructura que incluye su distanciamiento de su marido, por mucha terapia que se haga con la madre y el hijo será difícil modificar a la familia.

Los subsistemas son unidades de la familia basadas en su funcionalidad. Están circunscritos y regulados por límites emocionales. En las familias normales los límites son suficientemente claros para proteger la separación y la autonomía de los individuos y los subsistemas, y suficientemente permeables para asegurar el apoyo mutuo y el afecto. Las familias aglutinadas se ca-

racterizan por límites difusos; las familias desligadas tienen límites muy rígidos.

La terapia familiar estructural está diseñada para resolver el problema presentando mediante la reorganización de la estructura familiar. La evaluación, por tanto, exige la presencia de toda la familia para que el terapeuta pueda observar la estructura subyacente a las interacciones familiares. A lo largo del proceso, el terapeuta debe distinguir entre estructuras disfuncionales y funcionales. Las familias que sufren mucho no deben ser consideradas como patológicas. Cuando existan problemas estructurales, el objetivo estará en crear una estructura jerárquica eficiente. Esto significa activar las estructuras inactivas y latentes, no crear otros nuevos.

Los terapeutas familiares estructurales trabajan rápidamente para evitar ser absorbidos dentro de la familia con la que trabajan, como si fueran un miembro más. Empiezan haciendo esfuerzos decididos para acomodarse a la forma habitual de comportamiento de la familia, para poder saltar por encima de la resistencia. Una vez ganada la confianza de la familia, promueven la interacción familiar, pero asumiendo un rol descentralizado. Desde esa posición pueden observar lo que ocurre en la familia y hacer un diagnóstico que incluya al problema y la estructura que lo apoya. Estos diagnósticos están concebidos en términos de límites y subsistemas que son fácilmente conceptualizados como mapas en dos dimensiones que pueden ser utilizados para encontrar los caminos hacia el cambio.

Después de haberse acomodado con éxito y diagnosticado la familia, los terapeutas estructurales proceden a activar las estructuras inactivas usando

técnicas que alteren las alineaciones y modifiquen el poder dentro de y entre los subsistemas. Estas técnicas son concretas, enérgicas y a menudo sumamente dramáticas. Sin embargo, su éxito depende tanto de la acomodación y la evaluación previas como del poder de las mismas técnicas.

La popularidad de la terapia familiar estructural se basa en su teoría y sus técnicas de tratamiento. Su posición central en el campo de la terapia familiar ha aumentado gracias a sus programas de investigación y de formación. Hay actualmente un volumen considerable de investigaciones que ofrecen un apoyo empírico importante al enfoque de esta escuela. Por otra parte, los programas de formación de la Child Guidance Clinic de Filadelfia han influido en un grupo enorme de terapeutas familiares de todo el mundo.

## II. LA TERAPIA DE FAMILIA CON PACIENTES TOXICOMANOS

En los últimos años, han sido publicados varios trabajos que se enfrentan con el problema de las toxicomanías desde el modelo sistémico y adoptan la terapia familiar como un elemento fundamental y necesario en su tratamiento.

### A. *El enfoque estratégico de Jay Haley.*

Incluye a los toxicómanos en un grupo mas numeroso de «jóvenes con trastornos de emancipación», sean esquizofrénicos, adictos a sustancias tóxicas, o con trastornos serios de comportamiento. En todos estos casos se presentan una misma disfunción familiar que consistiría en una organización jerárquica anormal. El contenido de su libro «Leaving home» (1980) puede sinte-

tizarse en una serie de supuestos y diversas etapas en el tratamiento.

1. El problema no consiste en que un joven se drogue, sino en que una familia y una persona joven estén en fase de separarse. Es en ese momento cuando la familia se vuelve inestable y se apura, de forma que si el joven fracasa en su proceso de independencia, la familia vuelve a estabilizarse. Aunque el paciente viva fuera de casa, aunque la familia parezca estar furiosa y haberle echado de la casa, la situación se mantiene estable siempre que el paciente haga saber a su familia que su fracaso sigue.

2. Si la organización familiar no cambia, el joven toxicómano seguirá fracasando año tras año, a pesar de todos los esfuerzos terapéuticos. La unidad que tiene el problema no es nunca el joven, sino él mas otras dos personas de la familia, sean padres o parientes.

3. Se supone también que hay dos personas adultas en la familia que pueden comunicarse entre sí a través del paciente y que si no estuviera él como vehículo de comunicación, surgiría un grave conflicto.

4. Por ello, el objetivo de la terapia no es que surja el insight o la autoconciencia ni que se fomente la expresión de sentimientos, sino liberar al paciente del triángulo de forma que pueda llevar una vida normal y que la familia se estabilice sin su problema.

Para Haley, asimismo, la terapia debería transcurrir en las siguientes etapas:

1.<sup>a</sup> Cuando el paciente acude a cualquier centro de la comunidad, los profesionales deben organizarse de tal forma que haya un solo terapeuta que



asuma la responsabilidad del caso y del tratamiento en todos sus aspectos. Solamente si el terapeuta controla la situación, podrá poner a los padres al cargo de la familia y del paciente.

2.<sup>a</sup> El terapeuta debe reunir a la familia para una primera entrevista, a la familia de origen del paciente en cualquier caso, viva fuera de casa o se encuentre ya casado. Aunque el objetivo del tratamiento sea que el paciente tenga una mayor independencia, resulta paradójicamente que el primer paso del tratamiento sea el de devolverle a su familia.

Nunca se culpabilizará a los padres, sino que les pedirá que se hagan cargo de establecer las normas para el paciente, de forma que sigan comunicándose a través de él como era habitual anteriormente, pero de una forma positiva y eficaz.

Tener en cuenta durante esta fase que:

- Hay que mantener el foco sobre la persona problemática y su comportamiento, no sobre las relaciones familiares como tales.
- El pasado y las causas pasadas del problema no son tenidas en cuenta ni se exploran. El foco es lo que hacer ahora.
- El terapeuta debe aliarse con los padres y contra el paciente, incluso si ello puede parecer privarle de sus derechos individuales si parece demasiado mayor de edad para privarle de su independencia.
- Los conflictos entre los padres u otros miembros de la familia son ignorados o minimizados incluso

cuando surgen, hasta que la persona con el problema haya vuelto a la normalidad.

- En ningún momento se debe sugerir que se está tratando a una persona discapacitada que necesita medicación o internamiento. La vuelta al trabajo o a los estudios debe ser exigida cuanto antes.

3.<sup>a</sup> A medida que el toxicómano se va normalizando, la familia se va desestabilizando. Es el momento en que suele ser normal que el paciente tenga una recaída, ya que eso estabiliza a la familia. Pero si el terapeuta se ha aliado con los padres anteriormente, se apoyarán en él durante esta fase y el paciente no necesitará recaer para salvarles, sino que podrá seguir comportándose de una manera normal.

4.<sup>a</sup> La terapia deberá ser de una implicación intensa y un desenlace rápido y no durar durante años. El objetivo no es el de resolver todos los problemas familiares, sino los que están en torno al paciente toxicómano, a no ser que la familia quiera hacer un nuevo contrato para solucionar esos otros problemas.

5.<sup>a</sup>. Deben realizarse seguimientos regulares para asegurar que los cambios positivos continúan.

#### B. *El enfoque estructural-estratégico de Stanton y Todd.*

Estos dos autores norteamericanos estuvieron durante varios años trabajando con 118 toxicómanos, de edad inferior a los 35 años y con un consumo de al menos dos años de heroína. En 1982 publicaron un libro que constituye todo un Manual del tratamiento de toxicómanos y que abarca aspectos del problema que habían sido poco o

nada tratados anteriormente: desde un modelo conceptual que explica la dinámica familiar del toxicómano ampliamente, hasta un modelo de tratamiento con estrategias y técnicas para afrontar muy diversas situaciones.

Ellos definen su modelo de trabajo como «estructural-estratégico» porque aunque introducen algunos rasgos distintivos de su propio estilo, parten de los principios básicos de esas dos escuelas de terapia familiar. El estilo general es estratégico, pero muchos de los movimientos de cada momento o «micromovimientos» son más de tipo estructural. Más en concreto, su procedimiento consiste en:

1. Aplicar la teoría estructural dentro de Minuchin como paradigma básico.

2. Trabajar estructuralmente dentro de las sesiones mediante la actuación real de nuevas pautas y la aplicación de técnicas estructurales tales como la acomodación, el *joining*, la verificación de límites o la reestructuración.

3. Aplicar el modelo estratégico de Haley en cuanto que enfatizan un plan específico, los acontecimientos fuera de la sesión, el cambio en el síntoma y la colaboración entre los sistemas que intervienen en el tratamiento.

Su terapia está orientada a un objetivo y es de corta duración porque piensan que una terapia breve cataliza y comprime en un período máximo de cuatro o cinco meses todo un proceso que de otra forma se prolongaría sin ningún aumento en su eficacia, mientras que si el terapeuta puede mantener a la familia como aliada durante este proceso, podrá forzarse el cambio más rápidamente.

Al igual que Haley, también ellos enfatizan que hay que implicar activamen-

te a la familia de origen del paciente en la terapia, aunque ya no viva con ellos. Se trataría de hacerles volver a una fase anterior, la de su marcha de casa, que no fue negociada de una manera adecuada y hacerlo de una forma correcta esta vez.

En principio, son partidarios de empezar el tratamiento con la tríada padres-toxicómano antes de proceder más allá y solamente a medida que los padres se van manifestando dispuestos a dejar irse al paciente. Aunque las familias difieren en la forma de facilitar la transición de la familia de origen a la familia de procreación, su experiencia con toxicómanos casados es que si empezaron a trabajar con la díada conyugal, sólo consiguieron que el matrimonio entrase en crisis o se rompiera, con lo que el toxicómano volvía de nuevo con sus padres.

Pero tratan también de incluir a todos los otros hermanos que viven en casa o en la proximidades, no sólo por evitar el poder homeostatizante del miembro ausente, sino porque pueden servir para una serie de funciones dentro de las sesiones: actuar como aliados del paciente y ayudarle a ser más asertivo de una forma adecuada, o reforzar la posición de un padre en su lugar adecuado, o servir de foco alternativo impidiendo que se dé una atención excesiva al paciente, o en cualquier caso ofreciendo más información sobre las interacciones familiares.

En cualquier caso, su enfoque no se limita al toxicómano y a su familia inmediata. Este será el sistema primario implicado, pero se trata de convocar a otros sistemas interpersonales si se ve que pueden servir para facilitar o impedir el progreso terapéutico. Estos otros sistemas pueden incluir los amigos, parientes importantes, patrones, autorida-

des escolares o legales y hasta el mismo personal del programa de ayuda al toxicómano.

Es mejor negociar los objetivos de la terapia con la familia desde el primer momento del tratamiento, porque así verán que el tratamiento tiene una dirección y que obtendrán algo a cambio de sus esfuerzos, al mismo tiempo que les dará una mayor esperanza. De esta forma aumenta el poder del terapeuta y la familia sigue viniendo a la terapia. Los autores del programa establecen una prioridad en los tres objetivos: primero, el paciente no debe consumir ningún tipo de droga, sea ilegal o legal, como la metadona. Segundo, el paciente debe usar su tiempo de una manera productiva, o bien trabajando o bien en algún programa de formación. Finalmente, conseguir una situación de vida estable y relativamente autónoma, según su edad. Cualquier objetivo debe tener sentido para la familia y estar de acuerdo con las posibilidades reales del paciente y su entorno.

Las sesiones deben dedicarse al tema de la droga hasta que se haya conseguido una mejoría estable. Solamente si se ha mantenido un no consumo de drogas durante un periodo de un mes al menos, puede pasarse a otros objetivos en los que está más implicado el tema de la separación y la autonomía funcional de paciente.

Es importante, igualmente, mantener la terapia focalizada en conductas concretas y observables. Especialmente en el trabajo con los toxicómanos y sus familias es cuando se ve que los miembros de la familia parecen estar de acuerdo hasta que se trata de llegar a un consenso sobre detalles específicos, y entonces es cuando los conflictos escondidos salen a la superficie. El terapeuta debe ayudar a los padres y

al resto de la familia a focalizar en tareas positivas y alcanzables, sobre todo en mantener reglas que se refieren a la conducta relacionada con las drogas. Estas reglas domésticas deben ser negociadas dentro de la sesión, de forma que el terapeuta puede observar la interacción durante la negociación e intervenir para aumentar la probabilidad de un buen resultado. Una conducta específica que resultó especialmente importante en el trabajo de los autores fueron los resultados de los análisis de orina, en los que podía ver una indicación tangible del progreso y que no permitía a la familia dejar de lado el problema de la droga, y que servían para que la familia presionase al paciente y asumiese su responsabilidad en el tratamiento.

Hay dos aspectos de este enfoque que me parecen especialmente interesantes.

El primero está relacionado con la explicación de los autores dan a la función que el síntoma toxicomanía tiene de cara al mantenimiento de la homeostasis familiar. La adicción a opiáceos ofrece al toxicómano y a su familia una solución paradójica a su dilema básico de mantener o disolver la familia, es decir, quedarse en casa o marcharse. Y esta función «resolutiva» se cumple a diversos niveles:

a. A nivel individual-farmacológico, se ha hablado ya mucho de la experiencia de euforia del toxicómano como algo análogo a la unión simbiótica o fusión con la madre, una especie de saturación regresiva e infantil. La heroína le permite sentirse cercano a la madre o a la familia y al mismo tiempo separado, distante y absorto en sí mismo. A través de la droga, el toxicómano puede ser infantil y autónomo al mismo tiempo.

b. A nivel de la conducta agresiva, la heroína también da al toxicómano un sentimiento de nuevo poder y de omnipotencia que le permite ser más asertivo y hasta agresivo de cara a su familia y especialmente a sus padres. Parecen mantenerse de pie y ser autónomo y libre, pero en realidad se trata de una «pseudoindividuaación» porque su protesta y su rabia no se le tienen en cuenta, porque «la culpa es de la droga».

c. A nivel de las relaciones heterosexuales, la heroína parece reducir el impulso sexual, lo que impide al toxicómano establecer relaciones con esposas o hijos y ser infiel a su madre, o a su familia de origen.

d. A nivel de la subcultura de la droga, el toxicómano establece relaciones con sus amigos y de esta forma se convierte en una persona adulta e independiente, pero resulta que puede ser competente y tener éxito solamente dentro de una subcultura incompetente y fracasada de antemano en nuestra sociedad, dentro de un grupo que necesita la ayuda de esa sociedad para sobrevivir.

e. Finalmente, a nivel del rol de drogadicto, la heroína le sirve más como un símbolo de la incompetencia del adicto y su consiguiente incapacidad para abandonar a su familia. El paso último desde un miligramo a la abstinencia total puede resultar fácil fisiológicamente, pero tiene un valor simbólico muy importante, porque si lo da ya no será un adicto.

En resumen, mediante el consumo de drogas el toxicómano no está totalmente dentro ni totalmente fuera de la familia. Es mimado cuando está dentro y se le echa la culpa a la droga cuan-

do está fuera. Es competente dentro de un marco de incompetencia como el de la droga.

Otro aspecto que tratan los autores es el referente a la forma de conseguir que las familias resistentes se impliquen en el tratamiento. Presentan una serie de consignas a tener en cuenta ya desde el momento del primer contacto con el paciente. Debe ser el terapeuta quien decida los miembros de la familia que deben asistir y no dejar esta decisión al paciente, porque él nunca decidirá implicar a su propia familia. Una vez obtenida su autorización, hay que contactar con la familia inmediatamente, durante la misma entrevista con el paciente.

A través de su propia experiencia, observaron que cuanto antes entraba el terapeuta familiar en contacto con el cliente, más fácil resultaba reclutar a su familia para el tratamiento y que cuanto antes se contactaba con la familia, más probable era su implicación en el tratamiento.

Muchas veces el terapeuta tendrá que pasar por encima del paciente identificado y establecer directamente el contacto con cada miembro de la familia, por lo menos con ambos padres; y si antes de la primera sesión puede conseguir de ellos que estén de acuerdo en participar, es más probable que vengan de hecho a la entrevista.

El terapeuta debe acercarse a la familia con una explicación del tratamiento que no resulte peyorativa, condenatoria y que de ninguna manera les eche la culpa por el problema, aunque se les haga de alguna manera responsables por el mero hecho de pedirles que acudan. El foco primario debe dirigirse a la ayuda del paciente identificado más que a la de la familia. La expli-

cación del tratamiento familiar debe ser presentada de tal forma que para poder oponerse a la convocatoria, los miembros de la familia tendrían que decir claramente que prefieren que el paciente identificado continúe con su problema de adicción.

Finalmente, un factor decisivo en el momento de implicar a las familias es el interés que muestra el terapeuta por la familia a través de su disposición a dedicar su tiempo y sus esfuerzos para convencerles y estar a su disposición en los momentos necesarios, sobre todo si se lleva a cabo la desintoxicación en el propio hogar.

### C. *El enfoque relacional de la Cooperativa Albedo.*

Esta cooperativa socio-sanitaria de Roma publicó en 1984 una síntesis de su trabajo con toxicómanos que me parece especialmente interesante porque representa un acercamiento de la teoría sistémica a la realidad social y comunitaria de un país más semejante al nuestro.

Parten de la premisa de que el modelo sistémico permite la coexistencia teórica de modelos intraindividuales y de modelos interpersonales justamente porque están situados a niveles distintos de análisis y de intervención sobre los sistemas.

Para ellos, uno de los niveles más apropiados para comprender y afrontar los casos de toxicodependencia, es el nivel microsocio y más específicamente, el nivel familiar porque es en la familia, en su dinámica y su historia donde la opción por la toxicomanía puede encontrar un sentido y los recursos necesarios para el cambio. Por eso, todo el modelo de terapia está centrado en torno a una opción fundamental: en la

familia y en la red microsocio de las relaciones están los recursos para afrontar positivamente las situaciones con una sintomatología de toxicomanía.

Este modelo terapéutico está centrado en torno a tres puntos fundamentales: el primer contacto, el contrato y el proceso terapéutico.

1. *El primer contacto.* Es un momento decisivo el primer contacto entre el servicio y la demanda de ayuda, porque están estrechamente relacionados y se influyen recíprocamente, en una secuencia circular sin fin. El análisis de los distintos tipos de peticiones tiene en cuenta dos parámetros: quién hace la petición y qué es lo que pide.

Es un momento delicado porque la petición de ayuda viene envuelta en una carga de urgencia y de emotividad, e implica casi siempre una delegación total, en manos del servicio, de cualquier decisión y responsabilidad frente al toxicómano por parte de él mismo y de su familia. Hay además un doble nivel en la petición de ayuda: un nivel explícito que viene a decir «me pico y por eso sufro» y otro nivel más implícito que diría «me siento mal y por eso me pico». Es necesario, por tanto, saber hacer una lectura atenta a los dos niveles del problema presentado, para poder formular un contrato terapéutico que los tenga en cuenta y que vaya más allá de la fácil solución inmediata o la negativa a dejarse manipular.

Hay dos elementos básicos en la respuesta del servicio a la petición de ayuda. En primer lugar, la *especificidad*, es decir, que el primer encuentro no debe terminar necesariamente con «el» proyecto de terapia, sino que su objetivo es el tratar de comprender juntos cuál es la intervención más adecuada a la situación específica que están viviendo

el toxicómano y su familia en ese momento concreto. (De hecho, en la Cooperativa Albedo, en el 12 por 100 de los casos, los primeros encuentros terminan con una indicación de tratamiento en estructuras distintas a la suya.)

En segundo lugar, la *activación* tanto en el sentido de que la actitud del servicio es de escucha activa, como que trata de activar a todas las personas implicadas para que la búsqueda sea común y el proyecto sea compartido, de forma que quede claro ya desde ese momento que son ellos, el toxicómano y sus familiares, los protagonistas de la solución y del cambio. Es mejor no llegar a un resultado compartido, aunque sea el de no hacer nada.

En una llamada telefónica breve se establece cuanto antes una cita, a la que pueden presentarse las personas que tengan ganas de venir o que hayan sido elegidas por la persona que ha hecho la petición de ayuda. Será después función del terapeuta el convocar a otras personas, una vez que el demandante haya elegido una intervención de tipo familiar.

2. *El contrato terapéutico* constituye la piedra angular sobre la que se articulará todo el proceso terapéutico. Son cuatro los requisitos necesarios para que pueda hacerse este contrato. Primero, el acuerdo entre las partes para definir y formar el sistema terapéutico; poniéndose de acuerdo con la familia, el terapeuta establece las premisas para llegar juntos a una reestructuración y a la consecución de los objetivos terapéuticos.

Segundo, la causa del contrato es el cambio, puesto que la exigencia de cambio está implícita en la petición de terapia por parte de personas que se dirigen a un «experto» por que la situa-

ción en la que viven no les satisface. Eso no quiere decir que el cambio se realizará necesariamente, sino más bien que será el «marcapasos» de la relación terapéutica y su objetivo.

Tercero, el objeto del contrato es la definición del problema que puede presentar las formas más diversas y que no consiste solamente en lo que es evidente y explícito, sino también en lo que se filtra a través de los que Mara Selvini llama la «agenda secreta» y de los aspectos implícitos de la comunicación de quién está pidiendo ayuda. A veces, ya la misma definición explícita del objeto del contrato se convierte en el problema en sí.

Cuarto requisito del contrato es la forma de trabajar. El modelo psicoterapéutico con el que se trabaja es claramente directivo, sin caer en la rigidez ni dejar de admitir la modificación del contrato y la posibilidad de renovar el acuerdo sobre un contenido nuevo.

Otros aspectos que deben ser tenidos en cuenta para formular un buen contrato terapéutico serían:

- La falta de un esquema de referencia para elegir el problema que hay que afrontar juntos.
- La necesidad de no transformar el control de la relación terapéutica en una lucha por el poder.
- La importancia de profundizar en el contexto interpersonal en el que el comportamiento sintomático tiene su explicación.
- La necesidad de utilizar contenidos plausibles y un lenguaje claro y comprensible para la familia.

3. El *proceso terapéutico* lo dividen de forma artificial en tres fases:

1.<sup>a</sup>) *Fase de deshabitación* centrada en la desintoxicación física domiciliaria, con lo que se consigue no sólo que la familia se refuerce en su propia casa, sino que también se eliminan las interferencias externas de agentes sanitarios que dificultarían el campo de acción y de observación de la familia dejada a sus propios recursos.

Para ello, las indicaciones a la familia deben ser claras, negociadas y focalizadas, de forma que todos los miembros de la familia sepan el rol que deben desempeñar y sólo se pase a la actuación práctica cuando se haya llegado a un acuerdo preciso. En cualquier caso, los terapeutas deben estar disponibles las 24 horas de los siete días, por término medio que dura esta fase, se les proporcionan a los padres los fármacos sintomáticos que precise el paciente y es necesario que durante todo el proceso exista la seguridad de que el toxicómano no consume droga mediante el control por parte de sus familias.

2.<sup>a</sup>) *Fase de confrontación* con los nudos estructurales del sistema. Aunque en la fase anterior ya se ha puesto en marcha una cierta reestructuración, no ha sido suficiente para establecer un cambio significativo porque se trabaja sobre el contenido concreto del control del comportamiento sintomático. En esta segunda fase del proceso terapéutico las intervenciones se van a referir explícitamente al cambio en las relaciones y en las reglas entre las personas de la familia, para las cuales el comportamiento sintomático cumple una funcionalidad específica en esa familia.

Los «nudos estructurales» que la toxicomanía suele tener la función de

encubrir, pueden ser la falta de elaboración de un luto, un conflicto conyugal de los padres, la imposibilidad de una desvinculación, problemas intrapsíquicos de origen remoto, problemas educativos o de inserción social.

Generalmente los nudos estructurales no son únicos, sino múltiples y se hayan situados a distintos niveles, por lo que una buena estrategia terapéutica tendrá que hacerles frente sucesivamente y según una escala de progresión emotiva y de grados de dificultad. Muchos intentos de reestructuración familiar fracasan porque no tienen en cuenta el grado de preparación que la familia tiene en ese momento preciso para hacer frente a una maniobra terapéutica específica.

En cualquier caso, las intervenciones reestructurantes no pueden limitarse únicamente al nivel verbal, sino que deben implicar una experiencia concreta de cambio. Tienen que vincular de alguna forma de conducta sintomática al funcionamiento de todo el sistema familiar para dar un sentido relacional a lo que previamente era algo imprevisible e incomprensible, para devolver el carácter de voluntario a lo que antes era definido como un comportamiento incontrolable.

Finalmente, para realizar este difícil trabajo de cambio y de reestructuración es indispensable que de alguna forma se implique a todos los miembros del sistema familiar porque de cada uno de ellos depende la estructura del mismo sistema.

3.<sup>a</sup>) *Fase de desvinculación*. Una vez desatados los nudos que sostenían la estructura del sistema, es el momento de que la familia haga frente a la problemática relacionada con la salida de casa del hijo de forma que ese distan-

ciamiento progresivo sea vivido no como un abandono, sino como una entrada en la vida de los adultos por parte del hijo y como una fase de crecimiento colectivo por parte de la familia.

Por lo que se refiere a los padres, el terapeuta debe evitar que pongan en marcha movimientos homeostáticos que impidan que el hijo consiga una situación de autonomía real, al mismo tiempo que les ayuda a descubrir y a reconstruir su propia competencia y un nuevo proyecto de vida en el que no sea necesaria la presencia del hijo toxicómano.

En cuanto al toxicómano, es el momento en que recupera una mayor importancia el padre del mismo sexo que el paciente y que antes permanecía periférico, para ayudarlo en el difícil camino de la autonomía. Frente al antiguo proyecto de vida del toxicómano que estaba centrado en su pasividad y la dependencia, se trata ahora de comenzar otro nuevo plan de vida centrado sobre la autonomía y la desvinculación y que pasa por una cierta independencia económica o laboral y por unas relaciones sociales y afectivas que sean válidas.

#### D. *El enfoque multifamiliar de los Kaufman.*

Este enfoque sin llegar a constituir un modelo alternativo, propone algunos elementos que pueden resultar interesantes. En vez de dirigirse a familias individuales, su trabajo abarca a grupos de familias que tienen en común el hecho de tener un miembro que es toxicómano y que se encuentra ingresado en una comunidad terapéutica. Son grupos de varias decenas de personas que se reúnen semanalmente y que con el apoyo del terapeuta comparten su experiencia y sus sentimientos fren-

te a un problema común, al mismo tiempo que van descubriendo el papel que ha desempeñado la familia en la aparición y el mantenimiento de la toxicomanía, de forma que sin caer en la culpa estéril asuman la parte de la responsabilidad que les corresponde sin delegarla en técnicos o instituciones.

### III. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION CON LAS FAMILIAS DE TOXICOMANOS

Desde la óptica relacional-sistémica el síntoma «toxicomanía» está siempre en función de la realidad de la familia en la que surge. Pero esta relación funcional puede tener características, grados y hasta niveles distintos según una serie de factores que configuran la «constelación familia»: fase evolutiva del individuo y ciclo vital de la familia, duración de la conducta sintomática y grado de adicción, implicación del paciente en la dinámica familiar y/o conyugal de sus padres, intentos previos de ayuda por parte de distintos servicios, en un palabra, grado de necesidad recíproca entre paciente y familia para mantener su precario equilibrio homeostático.

A partir de todos estos factores vendrá articulada la demanda que deberá ser valorada por el Servicio para poder, luego, instrumentar el tipo de tratamiento y, sobre todo, la estrategia de intervención más adecuada.

En líneas generales, puede perfilarse una doble línea de intervención terapéutica.

La primera que suele denominarse directa o estructural y correspondería a un tipo de demanda en la que el cambio previsible en el sistema familiar resulta tolerable, aunque costoso. El te-



rapeuta encuentra un cierto nivel de resistencia a sus estrategias reestructurantes, pero el grado de cooperación permite ir alcanzando los objetivos previstos en las distintas fases del tratamiento. Las reglas del juego entre familia y terapeuta pueden ser explicitadas y la voluntad de cambio es real.

Sería el caso de Aurelio, de 24 años y cuatro de consumo habitual de heroína. Hijo mayor de un comerciante que ingiere grandes dosis de alcohol y pasa su tiempo libre fuera de la casa; su esposa se ha ocupado de la educación de los hijos y protege de una manera especial al mayor que ha tenido siempre problemas de salud y con los estudios, frente al otro hermano que le sigue, trabaja con el padre y amenaza con irse de casa si no se le pone coto a los desmanes del hermano mayor. A pesar de estar angustiada y deprimida, la madre sólo pide ayuda cuando el paciente empieza a tener problemas con la justicia. Lleva tiempo haciendo equilibrios entre los hermanos y protegiendo clandestinamente al hijo toxicómano. El contrato terapéutico hace que el padre salga del vacío familiar para ayudar a su esposa, hacer justicia entre los hijos y poner límites al toxicómano.

La segunda línea de intervención sería la indirecta o paradójica porque presupone una demanda de cambio más ficticia y una vinculación más fuerte de la conducta sintomática a la homeostasis familiar. Cualquier intento de reestructuración se encontrará con la resistencia sutil y la descalificación del terapeuta exasperado. Hay que dejar que sea la familia la que marque el ritmo y proponga el objetivo del tratamiento, frente a un terapeuta dubitati-

vo que se limita a señalar los riesgos y poner de relieve las dificultades de un cambio en la situación familiar, y se pone en el lugar de custodio de la continuidad y la estabilidad familiares.

Sería el caso de Genaro, de 22 años y dos de adicción a opiáceos, único hijo varón de una viuda de 45 años. Comienza a inyectarse al saber que su padre está enfermo de cáncer y es descubierto cuando el padre acaba de fallecer. El dolor por la adicción del hijo encubre el luto por la pérdida, involuagrada a la hija mayor casada. Los papeles de control de orina permiten seguir manteniendo el doble juego del paciente con la madre y con la institución y regular la distancia emocional entre él y la madre. Será negativo cuando la madre amenaza con la expulsión de la casa y será positivo cuando se han reconciliado y la madre parece haberle dado su confianza. Los intentos por poner límites y condiciones resultan infructuosos hasta que el paciente ingresa en una comunidad terapéutica, para proseguir en el mismo juego que antes cuando es expulsado de ella al cabo de unos meses.

Se trata de dos líneas de actuación en el tratamiento de toxicómanos que deben ser valoradas y adecuadas al tipo de demanda. Stanton y Todd afirman que es posible aplicar ambas líneas en forma separada, o bien en forma concurrente y contrapuntual. Proponen tratar al principio las familias con el enfoque estructural y cambiar a un enfoque más estratégico o paradójico, bien cuando las técnicas estructurales estén fracasando, o bien cuando se prevee que tendrán pocas probabilidades de éxito.

Maurizio Coletti

# La terapia después de la crisis: reestructuración, separación, reconstrucción

## RESUMEN

*El objetivo de suprimir el síntoma toxicomanía individual no basta. Es preciso reconstruir el camino de la relación familiar a partir de la abstinencia. En este artículo se señalan posibilidades de trabajo terapéutico con el núcleo familiar para lograr una reinserción satisfactoria y se presenta la evolución de un caso clínico concreto para ilustrar el proceso de cambio.*

## Post crisis therapy: reorganization, separation and reconstruction

## SUMMARY

*The aim of eliminating the individual's drug addiction symptom is insufficient. It is necessary to reconstruct family relationship posterior to abstinence. This article indicates possibilities of therapeutic activities with the family group in order to achieve satisfactory social rehabilitation. The evolution of a specific clinical case is presented to illustrate the process.*

75

**U**NA concepción del síntoma toxicodependencia como comportamiento funcional en la organización de un sistema humano complejo, tiene que enfrentarse necesariamente con qué se define como objetivo de la intervención. Dicho de otro modo: ¿Es suficiente centrar la atención en la desaparición del síntoma? O, más aún: ¿Qué es lo que provoca la reorganización del sistema mismo que permite «prescindir» del síntoma?

¿Qué camino conviene tomar?

No existe ninguna duda de que la fase siguiente a la del control del síntoma es enormemente delicada y bastante comprometida. Es necesario que el sistema familiar consiga encontrar un equilibrio dinámico que impida las recaídas y reorganizaciones sintomáticas y que pueda seguir un camino emancipador.

El primer problema que hay que afrontar es sin duda el de la separación del hijo ex-toxicómano de la familia (se ha venido comprobando cómo en realidad la toxicodependencia produce paradójicamente un refuerzo de los vínculos del paciente designado con el núcleo familiar y un real y auténtico bloqueo de la construcción de un estilo de vida autónomo sea por parte del muchacho, sea por parte de sus padres). En general, el núcleo familiar sigue pidiendo ayuda al terapeuta incluso después del fin del ciclo del tratamiento que ha tenido como objeto el consumo de droga. Y lo puede hacer de múltiples maneras: directamente, pidiendo una intervención focalizada sobre el estilo de vida o sobre las relaciones interactuantes entre los diversos miembros, o indirectamente, a través de la aparición de otro comportamiento sintomático. Es, en efecto, bastante frecuente el que

aparezca algún comportamiento depresivo en la madre justo cuando el hijo da suficientes señales de una decidida capacidad de resolver solo sus problemas.

¿Cómo pueden interpretarse estas señales?

Sin duda nos encontramos de frente a las dificultades que una reorganización del sistema a partir de la reducción o la desaparición de un síntoma provocan en los miembros del mismo sistema: la madre, en el ejemplo citado, se ve obligada a reorganizar su propio papel y la relación con el hijo sobre una base completamente nueva. La pareja de progenitores ha de revisar también las relaciones conyugales, que dejan de estar marcadas por las preocupaciones, por la ansiedad, por el temor. En el fondo, la funcionalidad del síntoma toxicodependencia puede tener también un valor de protección y de cobertura de eventuales desacuerdos en la pareja. Así, desaparecida la pantalla, los dos progenitores se encuentran cara a cara con problemas de relación a veces bastante graves y la expresión de un síntoma es sin duda una última tentativa de evitar la solución.

¿Cuál es el papel del terapeuta en esta situación?

Ante todo se encuentra frente a una clara delegación de la solución del problema y no se excluye que cualquier miembro de la familia señale precisamente al terapeuta como el responsable de la nueva situación de sufrimiento que aparezca. Así pues, es necesario un trabajo cuidadoso y responsable que permita al sistema un nuevo paso adelante en dirección al cambio. Eso significa seguir al núcleo familiar muy de cerca, pero también, simultáneamente, intentar responder a las exigen-

cias más individualizadas de cada miembro.

Es esta la fase en la que podría ser útil seguir al ex-toxicómano en forma individualizada prestando mucha atención a sus exigencias y a sus dificultades de reinserción. Al mismo tiempo, un ciclo de tratamiento individual tiene también el significado de una diferenciación de los problemas del muchacho con respecto a los de la familia. Simultáneamente, será necesario prestar una gran atención a los padres en el intento de ayudarles en su reorganización estructural. Se trata, en otras palabras, de permitir una evolución del núcleo familiar que pueda pasar, sobre todo, a través de una progresiva individualización de los distintos miembros. Queda claro que, en ese contexto, hay que hablar de la autonomía recíproca y que no puede existir autonomía de los hijos con respecto a los padres sin la simultánea autonomía de los padres con respecto a los hijos. Dicho de otro modo, la separación de la familia es un problema para todo el núcleo, sin excluir a nadie.

En el trabajo ya citado en la Cooperativa Albedo\* se subrayan dos puntos centrales a propósito del trabajo con el ex-toxicodependiente:

1.— *La importancia que, en esa fase, reviste la reconstrucción de la relación con el padre que con anterioridad había sido definida como periférica. Es esta figura genitorial la que se puede utilizar para transformar el mensaje de emancipación de incongruente e incierto en efectivo y congruente. Naturalmente, esta aproximación tendrá que pasar a través de la colaboración del otro miembro de la pareja genito-*

(\*) Ver: *Abordajes terapéuticos con la familia del toxicómano*. Fernando Carrasco.

rial, antes definido como central e hiperimplicado, que deberá colaborar estrechamente con su cónyuge quedándose más apartado y favoreciendo un encuentro y una relación emotivamente intensos.

2.— *La atención central, en esta fase, al proyecto de vida del ex-toxicodependiente.* El cambio habrá de ser real e intenso y no sólo aparente. En ese contexto podemos proponer todas las ocasiones de vida social que, anteriormente, no habían sido tomadas suficientemente en consideración: construcción de una red válida de amistades, búsqueda de un empleo no episódico o, al menos, autónomo y realista.

Es del todo evidente el que, desde un punto de vista relacional, esta fase de trabajo reviste una gran importancia y debe ser tomada con extremo cuidado. Una concepción de intervención encaminada solamente a la desaparición del uso de sustancias estupefacientes no puede, obviamente, ser considerada como satisfactoria.

Es quizá, más útil explicar mejor todo esto recurriendo a la exposición de un caso clínico:

— Filippo, al inicio del tratamiento, tenía 21 años y se inyectaba heroína desde hacía casi cinco. Al principio el recurso a la droga era esporádico, «controlado» y limitado a algunas ocasiones. En los últimos tres años, sin embargo, el uso de heroína se había hecho bastante más intenso y se mezclaba con el de otras drogas como cocaína y psicofármacos. El muchacho no tenía trabajo excepto esporádicas ocasiones en las que trabajaba de descargador de cajas de fruta en el Mercado Central. La familia estaba compuesta por el padre (54 años), obrero especializado, la madre (48 años), ama

de casa, el hermano mayor (30 años), obrero, casado, y viviendo por su cuenta, y la hermana mayor (25 años), ama de casa, y también viviendo por su cuenta. El descubrimiento de la toxicoddependencia por parte de la madre había ocurrido casi dos años antes como consecuencia de encontrar numerosas jeringuillas, lazos hemostáticos y todo lo necesario para inyectarse. En realidad, la madre explicó en ocasiones sucesivas haber notado algunos comportamientos «extraños» por parte de Filippo ya anteriormente y su preocupación por las amistades de su hijo que, a su parecer, eran bastantes peligrosas y equívocas. Pero durante toda la fase precedente al «descubrimiento» se había limitado a amonestar a Filippo de vez en cuando, porque volvía tarde a casa. La única enterada con certeza de los hábitos de Filippo era su hermana a la que éste se había confiado y a la que pareció más útil no hablar con los padres por temor a una eventual reacción del padre. También la madre, después de saberlo, intentó ocultar al marido su descubrimiento, pero este intento resultó inútil a causa del arresto de Filippo por posesión de algunos sobres de heroína. A la rápida excarcelación de Filippo, siguió una actividad frenética a la búsqueda de la solución: la madre se dirigió a una asociación de padres del barrio y de allí fue enviada a una Comunidad Terapéutica en la que, sin embargo, Filippo se negó a ingresar. Aceptó solamente entrar en un tratamiento con metadona de reducción gradual en el servicio público que le ofreció también un tratamiento individual de apoyo. En esa fase, el padre se desinteresó completamente del asunto declarando que si el hijo quería echarse a perder, que lo hiciese, ya que era un delincuente y un infeliz. También el hermano mayor declaró no querer saber nada ni ocuparse del problema puesto que estaba suficientemente ata-

reado con su familia y con el cercano nacimiento de su segundo hijo. Sólo la hermana intentó ayudar a la madre e insistió a menudo con el hermano sobre la necesidad de una cura.

78 Durante e inmediatamente después del tratamiento con metadona las cosas se desdramatizaron bastante, aunque la madre estuviese aún muy preocupada por los hábitos de su hijo. No pasaron dos meses desde el final del tratamiento y Filippo volvió a ser encontrado en posesión de sobres de heroína por la Policía. Este episodio provocó una crisis aún más grave en la familia y el padre decidió echar de casa al hijo pequeño. Durante una violenta disputa con Filippo, un intento de intromisión de la madre acabó con un golpe del hijo que la hirió ligeramente. Después de ello Filippo salió de casa y no se dejó ver en unos cuantos días. A su vuelta, la madre insistió en la necesidad de un tratamiento y Filippo aceptó. Se dirigieron juntos al Centro Público donde se les propuso iniciar un trabajo con todos los familiares. Fue muy difícil obtener la colaboración del padre, pero cuando se le convenció de que era posible algo útil y comenzó a acudir regularmente a las entrevistas las cosas mejoraron rápidamente. Filippo aceptó las reglas impuestas por sus padres y los terapeutas insistieron mucho sobre el papel positivo del padre, permitiendo a la madre descansar un poco. Sólo se dieron dos episodios de «recaída» que, en cualquier caso, fueron integrados rápidamente. Después de cuatro meses de tratamiento familiar, Filippo discutió con su familia la posibilidad de ir a otra ciudad durante el verano, pues tenía una oferta de trabajo como camarero de temporada. La madre expresó muchas dudas, pero el padre dio su permiso rápidamente y de manera convencida. Durante la ausencia del hijo la madre comenzó a pedir

ayuda a los terapeutas del Centro porque estaba «preocupada» por cómo habría acabado Filippo. Telefoneaba continuamente a su hijo y se mostraba enormemente alarmada por el «tono de voz» que le parecía una señal inequívoca de situación de peligro; llegó, así, a pedir a los terapeutas que convencieran al marido para que reclamase la vuelta de Filippo. Ante la negativa de los terapeutas, cogió el tren y se dirigió a la ciudad en la que su hijo estaba, por su cuenta, trabajando tranquilamente y no queriendo aceptar la actitud susceptible de la madre y mucho menos la escena que ésta le hizo ante su jefe y sus compañeros acusándolo de drogarse. Filippo se fue al punto álgido de la pelea, volvió a su ciudad natal y recomenzó a pincharse. A su vuelta a casa, encontró a su madre desesperada que, en cuanto le vio, tuvo la confirmación de sus temores. El padre estaba momentáneamente fuera de la ciudad a causa de un trabajo que le debía de tener ocupado aún un mes y tuvo que volver precipitadamente. Los tres se dirigieron al Servicio en el que los terapeutas se encontraron con una situación dramática y un terrible sistema de acusaciones recíprocas: la madre acusaba al hijo de ser un toxicómano, el hijo a la madre de haberle obligado a drogarse, el padre a los dos de haber roto un equilibrio. Se intentó salir de la situación de tensión y reconstruir la anterior para otra prueba. Esta vez, se pidió a los dos que siguiesen al padre al sitio en el que trabajaba y atenderse, también los dos, a las peticiones que les hiciese. Asimismo se acordó una sesión quincenal de verificación. El padre se tomó muy en serio el encargo y la mujer y el hijo, ante tanta decisión, obedecieron y colaboraron haciendo que la situación se hiciese inmediatamente menos tensa. A la vuelta del núcleo familiar, se pidió simplemente a los padres programar una visi-

ta los dos juntos a la familia de la madre que vivía en el Sur. Durante este período, la tarea específica del padre era la de tranquilizar a la madre sobre las buenas intenciones de Filippo, la de Filippo demostrar su voluntad, y la de la madre desahogarse con el marido en cuanto notase cualquier aumento de ansiedad a causa del hijo. A la vuelta, se discutió sobre todo sobre el hecho de que el padre, según la mujer, no había estado suficientemente atento a sus exigencias. Filippo no mostró especiales problemas y el tratamiento prosiguió con una cadencia cada vez más amplia centrándose sobre todo en el trabajo de la pareja.

El «follow up» del caso muestra que, pasados tres años, Filippo ha encontrado un trabajo estable mientras perviven

algunos momentos de tensión entre los padres. Filippo está programando su matrimonio y ello produce aún cierta aprensión a la madre que, en cualquier caso, declara poder aceptar la nueva evolución.

Está claro por qué este caso puede ser considerado emblemático y ejemplificador de la reacción del sistema al cambio. Como está claro que sólo el trabajo sucesivo que, en cierto sentido, proponía también la madre como paciente, ha podido obtener un resultado que se puede considerar satisfactorio. En opinión de los terapeutas, por otro lado, la permanencia de un estado de tensión entre los padres no se puede considerar como preocupante, puesto que está suficientemente explicitado y admitido.

2

Maurizio Coletti

# Organización de los servicios y formación de los trabajadores socio-sanitarios

## RESUMEN

*Partiendo del supuesto de que no hay una única fórmula asistencial para la rehabilitación de personas toxicómanas, se presentan principios comunicacionales que pueden ser tenidos en cuenta en el funcionamiento de servicios y grupos profesionales diversos.*

## Organization of services and training of social health workers

81

## SUMMARY

*The starting point is that there is no single formula applicable in the rehabilitation of drug addicts. Principles of communication to be considered in implementing services as well as activities of different groups of professionals are presented.*

**E**L problema de la intervención socio-sanitaria en los casos de toxicodependencia ha comenzado a ser competencia de muchas estructuras sanitarias desde que se ha dado el enorme incremento en el abuso de sustancias estupefacientes.

Antes, el problema interesaba, a lo máximo, a algunos especialistas que se dedicaban a esta patología en su aspecto psicológico-psiquiátrico o médico-internista, pero la característica de élite del conjunto de los consumidores hacía extremadamente rara una intervención planificada y coordinada.

El uso masivo de drogas ha acelerado sin embargo la discusión sobre quiénes tienen la «competencia» sobre

estos pacientes y qué tipo de servicio debe ocuparse de la intervención. Ha existido inicialmente un enfrentamiento entre la solución especializada y la no especializada para monopolizar el campo. O sea, se ha discutido mucho sobre el hecho de si se debieran crear servicios específicos de tratamiento de las toxicodependencias o si debiesen implicarse los servicios sanitarios normales ya existentes, cada uno con sus competencias.

Se han pormenorizado los riesgos y las ventajas de cada una de las soluciones. Las ventajas para la primera serían una atención del problema especializada y concentrada, con la utilización de profesionales preparados y formados «ad hoc». Con respecto a la se-



gunda, existirían una amplia gama de prestaciones posibles y la existencia de una red ya consolidada de servicios sociales y sanitarios. Las desventajas, sin embargo, para la solución especializada, se concretaban en el surgimiento de servicios demasiado aislados y monoespecializados con el añadido de un gasto seguramente considerable; para la solución de los servicios sanitarios generales, en el riesgo de una atención al problema menos específica y más ocasional.

Esta discusión inicial fue superada por las mismas dimensiones que el fenómeno tomó rápidamente y que obligaron a la creación de servicios y actividades dedicados exclusivamente al tratamiento de la toxicomanía.

Pero, podríamos preguntarnos: ¿qué impronta dar a estos servicios?, ¿qué personal utilizar?, ¿es necesario dejar autonomía amplia a estos servicios o es mejor ligarlos funcionalmente con otros?, ¿y cuáles?

La respuesta a estas preguntas se halla, seguramente, en la idea que se tenga sobre la *naturaleza del problema*.

Ya en el artículo de R. Hoyuelos dedicado a los modelos, cadenas y sistemas terapéuticos se han esquematizado sumariamente las propuestas posibles:

*Modelo médico-hospitalario:* Puesto que privilegia el aspecto de las patologías orgánicas del uso de drogas, la intervención sobre las consecuencias fisiológicas, el bloqueo o el control de la crisis de abstinencia, las cuestiones ligadas a la dependencia física de sustancias estupefacientes, propone como eje una organización basada en servicios de internamiento, unidades de desintoxicación y otras intervenciones de

carácter médico, entre las que pueden aparecer ocasionalmente algunas actuaciones de carácter social y psicológico. Este modelo privilegia, obviamente, la utilización de profesionales médicos.

*Modelo psiquiátrico-psicoterapéutico:* ofrece una visión del problema centrada y focalizada en el toxicómano visto como sujeto problemático desde el punto de vista psíquico y propone una actuación basada en la administración de psicofármacos o en otras formas de actuación psicoterapéutica. Este modelo seguiría la idea de los centros territoriales desde los que tratar los aspectos diagnósticos y terapéuticos de la toxicodependencia.

Los profesionales de estos centros tendrían que ser esencialmente psiquiatras o psicólogos.

*Modelo comunitario:* se basa substancialmente en la idea de un tratamiento que reconstruya un conjunto de reglas que el toxicodependiente ha perdido en relación con los demás y consigo mismo. El modelo, pues, propone la creación de una red de comunidades terapéuticas y la puesta en marcha de centros de acogida con el objeto de recoger y seleccionar las peticiones de tratamiento. Los profesionales deberían ser, en la medida de lo posible, voluntarios y/o ex-toxicodependientes que hayan ya afrontado o finalizado un programa similar.

*Modelo de reinserción social:* se basa en un conjunto de actuaciones que puedan cubrir todas las necesidades sociales básicas (casa, trabajo, tiempo libre, etc) que tan a menudo inciden en la vida del toxicómano. Un programa basado en este modelo primará la oferta asistencial vista como terapéutica en cuanto propone un fuer-

te cambio en el estilo de vida del toxicómano.

Hasta ahora estos modelos de interpretación, o mejor, de intervención han exhibido éxitos y curaciones contraponiéndose los unos a los otros. Por otro lado, partiendo también de paradigmas de curación tan diversos, se podían presentar los propios como éxitos y los de los otros como intervenciones parciales o mistificadoras. Naturalmente, los partidarios de cada modelo defendían la organización de los servicios en consonancia con él.

Solamente en los últimos tiempos se ha abierto camino y se está consolidando la idea de que la toxicoddependencia no puede ser una unidad diagnóstica homogénea y, en consecuencia, no hay «una única terapia». Como hemos venido repitiendo, cada caso es una historia propia y una historia compuesta de diversas fases concatenadas en función de las que la petición de ayuda y las ofertas de prestación cambian sensiblemente y están ligadas a parámetros y variables bastante complejos. Se deduce, efectivamente, que son muchas las prestaciones profesionales distintas que pueden ser utilizadas correctamente en el tratamiento de la toxicoddependencia.

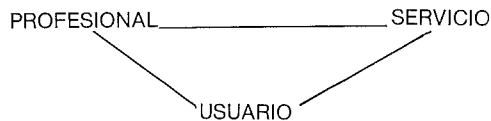
La óptica relacional no presupone ni propone ningún modelo de servicio. Puede ser aplicada y usada en el seno de muchas intervenciones diversas y, sobre todo, no se agota con la psicoterapia familiar.

Entra dentro de la óptica relacional, por ejemplo, valorar el grado de implicación, de atención, de consenso de cada uno de los miembros de una familia ante un proyecto de comunidad terapéutica para uno de ellos. Así como también entra dentro de la óptica rela-

cional proponer una desintoxicación domiciliaria, dando quizá funciones de control a los familiares del toxicodpendiente.

El problema, entonces, cambia de nivel y se repropone en el funcionamiento relacional de la relación profesional-usuario.

O mejor aún, en el triángulo:



Puesto que está claro que en el tratamiento de una situación de toxicoddependencia se producen distintas fases, períodos, episodios, demandas, la pregunta sería: ¿cómo es posible que el conjunto de los profesionales pueda actuar sin correr el riesgo de destruir el trabajo de sus colegas?

El problema halla su respuesta en el terreno de la cooperación. Un proyecto, un programa, tendrán más posibilidades de éxito si cada miembro de un servicio o de servicios diversos trabaja de una forma distinta, pero dentro de una homogeneidad substancial.

La cadena terapéutica, como ha sido presentada en el artículo ya citado se presta muy bien a ser leída en esta clave: no tiene razón de existir si sus anillos son episodios aislados o aislables, sin ningún tipo de conexión entre sí.

La idea general es que *el conjunto de los profesionales sociosanitarios, desde los que trabajan en la asistencia a los que lo hacen en la reinserción o en las fases terminales de cada caso deben formar un único equipo con niveles comunicativos suficientes*. En otras palabras, lo que la óptica relacional sugiere es una búsqueda de niveles de

comunicación entre los distintos trabajadores y servicios que eviten la repetición de errores, que permitan la evaluación general de cada caso y la particular de cada fase y de los problemas relacionados con ella, que facilite la construcción de estrategias terapéuticas que, aunque diversas por su naturaleza, por sus características, por el personal que las realiza, puedan seguirse dentro de un hilo lógico no heterogéneo. Todo ello necesita una operatividad de los profesionales y de los servicios que, más allá de la atención al usuario, se focalice también en la relación entre sí.

Quizá en ningún caso como en el de la toxicodependencia este nivel de comunicación y de intercambio de informaciones sea tan necesario.

Otra de las características necesarias para afrontar con éxito un caso de toxicomanía es, siguiendo la óptica relacional, *la flexibilidad*.

Se ha insistido abundantemente sobre el hecho de que cada situación de toxicodependencia es distinta, pero no es sólo eso lo que requiere la construcción de una actitud flexible por parte del profesional. Probemos, por ejemplo, a pensar en la distinta actitud a tomar en el caso de una petición de intervención según provenga de un consumidor o lo haga en cambio de un familiar, un amigo o un compañero de trabajo. Todas estas posibilidades necesitan de muy diversas modalidades de enfoque o prevén actuaciones y desarrollos obviamente bastante diversos.

¿Qué se puede decir, cómo puede comportarse un médico experto en desintoxicaciones farmacológicas frente a una petición de un familiar?

¿Qué puede hacer un psicoterapeuta frente a la necesidad de ocuparse de

algunas patologías orgánicas colaterales?

Estas y otras situaciones requieren por parte de los profesionales y de los servicios la adopción de actitudes de extrema flexibilidad que consientan en utilizar las energías y las competencias más diversas sin correr el peligro de contraposiciones, de subvaloraciones, de trampas. El mismo carácter de extrema multifactorialidad del fenómeno y de los casos no consiente de ningún modo una práctica clínica rígida y aislada.

La óptica relacional puede ser utilizada también para la lectura del funcionamiento de los servicios y de los grupos de profesionales vistos a su vez como componentes de sistemas más amplios.

En otras palabras, es posible razonar sobre servicios y sobre la relación entre servicios y otras estructuras sanitarias y con el sistema usuario, del mismo modo que se puede hacer con una familia. Por motivos de espacio y de contexto, reduciremos las observaciones respecto a esta aplicación de la óptica relacional a unos pocos casos, remitiendo a las notas bibliográficas al lector interesado en profundizar en el tema.

El sistema servicio puede tener su «patología». Puede producir, como «síntoma», una incapacidad general para funcionar de forma eficaz y eficiente frente a los usuarios y otros servicios y un malestar generalizado del personal hacia el trabajo de sus compañeros.

¿Cuáles son las principales «patologías» de un servicio vistas según la óptica relacional?

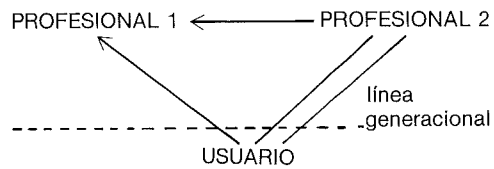
Esquemáticamente podremos reconocer:

1. *Problemas de jerarquía:* así como en una familia o en cualquier otro sistema, la ausencia de jerarquía o la presencia de una jerarquía rígida y exagerada producirán serios problemas en el funcionamiento de un servicio. Puesto que es suficientemente conocido el conjunto de las dificultades que pueden producirse por una jerarquía rígida, se podría pensar que la ausencia de jerarquía podría incluso ser beneficiosa para un grupo de profesionales de un servicio. El aspecto «democrático» de decisiones tomadas en conjunto y de programas fruto de elaboraciones verdaderamente colectivas puede ocultar la desidia que una falta de responsable oficial crea en un grupo de trabajo. La experiencia práctica enseña que, a largo plazo, el grupo sin una jerarquía reconocida está destinado a la parálisis, puesto que es inevitable una discusión sobre el poder. Y la ausencia de lo que J. G. Miller («La Teoría General de los Sistemas Vivos») llama el «subsistema decisorio» conlleva la consecuencia de un bloqueo en el proceso decisorio general.

2. *Problemas de triangulación:* J. Haley («Etiología de la esquizofrenia» a cargo de D. D. Jackson) llama *triángulo perverso* a la coalición (alianza negada, no reconocida, quizá no consciente) de los dos miembros de un sistema en perjuicio de un tercero. La patología es más seria si se rompe una línea generacional. La alianza negada entre un inferior y un superior en perjuicio de otro, sea inferior o superior, provoca siempre una situación bastante compleja y de difícil solución.

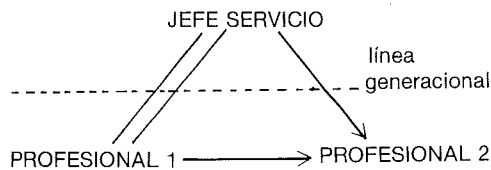
Es, por ejemplo, un triángulo perverso la alianza entre un profesional y un

paciente contra otro profesional según el esquema siguiente:

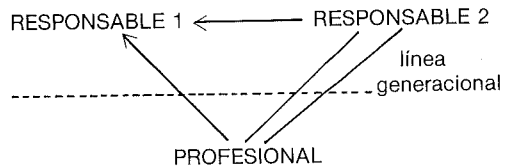


La línea generacional viene, en este caso, dada por la diferencia de papel entre profesionales de un servicio y pacientes del mismo servicio.

Pero el triángulo perverso puede producirse también dentro de un servicio con el siguiente esquema:



O bien, según este otro:



La patología va ligada, sobre todo, a la falta de metacomunicación (la alianza que se niega) y al hecho de que se crea una unión bastante similar a la que puede ligar un padre y un hijo contra el otro padre.

3. *Problemas de descalificación:* se entiende por descalificación el proceso por el que el mensaje de relación de un miembro de un sistema *no es tomado en consideración*. Es lo que ocurre, por ejemplo, cuando un profesional se dirige a otro profesional u otro servicio sin reconocer (a nivel del mensaje de relación) la competencia y el papel de estos últimos. Pero puede ocurrir también

que sea el paciente quien, frente a un profesional joven y quizá ingenuo, lo descalifique no reconociéndole función y pápel.

La descalificación provoca grandes problemas relacionales y bastante a menudo pone en peligro la misma naturaleza de la relación. Una descalificación por parte de un paciente hacia un terapeuta, por ejemplo, puede provocar enormes dificultades en la construcción de un sistema terapéutico.

¿Qué hacer frente a problemas y trampas de este tipo? La primera respuesta es relativa a un diagnóstico correcto del problema. Si un profesional es capaz de reconocer y descodificar la organización de la que forma parte, se facilita enormemente una eventual solución del problema. El segundo recurso es la capacidad de metacomunicación. Comunicar sobre la comunicación, comentar la situación, la atmósfera, los problemas, es un medio seguramente bastante eficaz para intentar afrontar los problemas que hemos expuesto.

#### EL PROBLEMA DE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES

La utilización de la óptica relacional *en el conjunto de las relaciones entre pacientes, profesionales y servicios*, exigiría una formación general y de base de todas las personas implicadas. En el centro de esta actividad formativa debe situarse la capacidad de leer un problema en relación al contexto en el que se da, o sea, la capacidad de saber trabajar con los demás y de verse uno mismo como «parte del problema».

Esta idea formativa debería ser desarrollada y ofrecida a todos los profe-

sionales y trabajadores que actúan en el sector.

Otro aspecto formativo a tener en cuenta debería ser luego el de la preparación de los profesionales para un trabajo psicoterapéutico en sentido estricto. Todo ello exige, aparte de una preparación de base, un trabajo específico al que podrán acceder aquellos profesionales (médicos, psicólogos, asistentes sociales) realmente preparados y encaminados a llevar a cabo un trabajo psicoterapéutico.

Otro aspecto decisivo de la formación y puesta al día es el de la supervisión.

Puede ser llevado a cabo por un profesional experto y externo al servicio de dos maneras distintas:

A—Supervisión de las actividades psicoterapéuticas en estricto sentido llevadas a cabo por profesionales que provengan de servicios distintos y sobre casos seguidos y discutidos de forma directa (a través de un espejo unidireccional o un circuito cerrado de televisión), o de forma indirecta, a través del comentario de material grabado con anterioridad.

B—Supervisión de las actividades de un servicio a efectuar sobre grupos homogéneos de profesionales y sobre el conjunto de las relaciones entre sí, con otros servicios y con el sistema usuario.

Como podemos deducir, tampoco la formación y la puesta a punto en aspectos de óptica relacional pueden limitarse sólo al aspecto psicoterapéutico, sino que debe tomar en consideración el conjunto de las condiciones que están en la base de la actuación de un servicio en una situación de toxicoddependencia.

Mercedes Rodríguez Pérez  
y M.<sup>a</sup> Rosario Sanz Cuesta

# La familia del toxicómano desde un abordaje sistémico (1)

## RESUMEN

*Se presentan las conclusiones de un estudio realizado en un barrio de Madrid con toxicómanos y sus familias destacando los diversos tipos de relación que se establecen dentro del grupo familiar y la influencia que el problema de la persona toxicómana crea.*

## A systemic approach to drug addicts' families

### SUMMARY

*Conclusions to a study on drug addicts and their families in a Madrid district, showing the different types of relationships created within the family group and the influence of the drug addiction problem thereon.*

87

### 1. OBJETO DE ESTUDIO

**N**os planteamos hacer un estudio de la dinámica familiar del toxicómano. Se trata de buscar indicadores familiares relacionados con la toxicomanía —potenciadores y perpetuadores de la misma—, que permitan una aproximación posterior a una *intervención preventivo asistencial*.

El planteamiento de este estudio se basa en una revisión teórica sobre el tema, habiendo tenido acceso a estudios realizados en Italia fundamentalmente. En España se han hecho trabajos en este sentido —intervención familiar con pacientes toxicómanos—, sin embargo, no hemos localizado ningún estudio descriptivo de la familia e interacción familiar del toxicómano,

realizado con muestra española. Los equipos españoles que trabajan con este enfoque, constatan la efectividad de trabajar con la familia del toxicómano.

Partimos pues, de la hipótesis de que el toxicómano es emergente de una problemática individual, familiar y social y suponemos un acercamiento no rígido, a un modelo de familia del toxicómano. Consideramos la importancia de las vertientes individual y social, pero en el presente estudio nos centramos en la familiar, aunque al ser aspectos difícilmente separables, aparecerán datos de una y otra.

### 2. PLANTEAMIENTOS TEORICOS SOBRE LA FAMILIA. MODELO TEORICO DEL ESTUDIO

El enfoque teórico del presente estudio está basado fundamentalmente en el modelo sistémico, que analiza, no

(1) Conclusiones del estudio realizado para la Junta Municipal de Moncloa del Ayuntamiento de Madrid (Mayo/Septiembre de 1986).

sólo al individuo en su contexto, sino el propio contexto, la familia, en su calidad de sistema estructural en equilibrio donde:

- Toda acción está influida e influye en las demás.
- Cualquier síntoma o síntomas conlleva reciprocidad (es una acción que modifica y se modifica con las acciones de los demás), y están relacionados con el mal funcionamiento del sistema y su necesidad de equilibrio.

### Sistema familiar

Para la mejor comprensión de las características y dinámica del sistema familiar del toxicómano, remitimos a las propiedades de dicho sistema ya descritas en otro artículo, y señalamos a continuación características de su evolución y estructura:

#### a) *Evolución familiar. Ciclos vitales de la familia*

El sistema familiar, inmerso en coordenadas de espacio y tiempo, evoluciona desde su comienzo, desarrollando a lo largo de su historia diferentes tareas y objetivos. Es decir, es un sistema en movimiento que se va adaptando continuamente a las presiones internas y externas de su estructura. Este proceso no se desarrolla linealmente, sino que, a semejanza de la evolución individual, hay períodos de asentamiento de los objetivos conseguidos y períodos de cambios cuantitativo. Durante este proceso, en los momentos de cambio intercíclico, donde el esfuerzo de adaptación debe ser mayor, pueden aparecer más fácilmente los momentos de crisis familiar. Analizamos seguidamente los distintos momentos evolutivos:

mente los distintos momentos evolutivos:

1. *Noviazgo-Matrimonio*: Aparece la necesidad de salir de la familia de origen, de negociar la forma menos dolorosa de separarse de los padres. En este momento existe toda una negociación, también entre la pareja, para establecer las bases de su funcionamiento familiar, a través del aporte de reglas, que van a tener que ver con las mutuas familias de origen. El establecimiento de un espacio propio, que permita la convivencia de la pareja, sin muchas invasiones o interferencias, sería el objetivo de esta fase, lo que iría asentando el subsistema conyugal.

2. *Aparición del primer hijo*. La incorporación del hijo —el tercero— requiere la adaptación y puesta en funcionamiento de nuevas normas. Aparece la función nutricia y de educación de cara al hijo. La adaptación a esta nueva situación puede ser muy difícil, si no se ha consolidado previamente el subsistema conyugal, y desde esa no consolidación, la necesidad de asumir prioritariamente las funciones de padres, puede desdibujar la relación de pareja, quedando el subsistema conyugal absorbido por el parental.

3. *Aparición de otros hijos*. Desde un lado, la posible aparición de otros hijos y la salida de los mayores al colegio, apunta al asentamiento de las funciones del subsistema parental. Es necesario seguir adaptándose al proceso paulatino de separación al madurar los hijos, y que se refleja en la niñez entre otras en la separación «socializada» para ir al colegio. El funcionamiento adecuado del sistema conyugal, parental y filial, entre sí y dentro de su grupo, y la asunción de la maduración de los hijos en cuanto a su progresiva independencia, serían los objetivos de este período.

4. *Adolescencia-Juventud*. En esta

fase, la necesidad y la reclamación de independencia de los hijos se hace mayor. Es necesario negociar con ellos esa separación. Se vislumbra la posibilidad de quedar la familia reducida al subsistema conyugal. El objetivo en esta fase es la negociación desde el subsistema parental de las salidas (independencia) de los hijos.

5. *Retorno a la pareja de origen.* Cuando los hijos son mayores y se independizan y/o crean su propia familia, la familia de origen queda reducida al subsistema conyugal. En esta fase se acaba la función nutricia. Como señala Haley, cuando los hijos se van, la pareja se encuentra de nuevo cara a cara, habiendo quizás olvidado este papel si durante años han dialogado exclusivamente a través de los hijos. La pareja debe adaptarse a la nueva situación de «nido vacío». Deberá afrontar la jubilación, el descenso en su nivel de actividad, etc. El objetivo sería el esfuerzo del subsistema conyugal y al adaptación a su menor actividad.

6. *Familias ancianas.* La pareja se enfrenta con la pérdida de sus facultades, enfermedades o fallecimiento de alguno de ellos. El síntoma por tanto puede ser un intento de ayuda, de perpetuación de las relaciones en un momento determinado de la familia. Esta muestra su desarrollo por su capacidad de adaptación y transformación. Cuando no se puede adaptar, alguno de sus miembros se tiene que desequilibrar para recobrar el equilibrio familiar amenazado.

#### b) *Estructura funcional*

La familia es un sistema organizado y jerarquizado estructuralmente, delimitado por reglas familiares/sociales (límites), que tienen como objetivo proteger la pertenencia y la diferenciación del sistema.

Según Malinowski, la familia sólo funciona por las diferencias entre los roles (madre, padre, hijos). Si éstas son negadas, hay confusión y caos.

Minuchin, en este sentido indica que, cada individuo pertenece a diferentes subsistemas, en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Las dos *funciones básicas* de la familia, que se consiguen gracias a su entramado estructural, para dar respuesta a sus estancias internas y externas son:

— *Pertenencia:* El sentimiento de que el individuo pertenece a esa familia. Incide directamente en el sentimiento de identidad.

— *Individuación:* Sentimiento de que el individuo es diferente y tiene un papel específico dentro de la familia; que éste puede crecer y hacerse independiente.

La familia se estructura y desempeña sus funciones a través de los siguientes *subsistemas funcionales*:

— *Subsistema conyugal:* Entre ambos miembros de la pareja funciona la complementariedad y acomodación mutua, negocian y sientan las bases de la convivencia, y mantienen una actitud de reciprocidad interna y en relación con otro subsistemas.

— *Subsistema parental:* El subsistema conyugal al nacimiento de los hijos debe desempeñar tareas de socialización, nutricias y educacionales. Han de asumir una nueva función, la parental, sin renunciar a las que caracterizan al subsistema conyugal.

El funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que la autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental.



— *Subsistema fraterno o filial*: La relación de los hermanos fomenta el aprendizaje de la negociación, cooperación, competición y relación entre iguales.

Las relaciones entre los iguales (hermanos) y el subsistema parental es lo que va permitiendo la identidad de cada individuo joven y el desarrollo hacia la madurez.

### 3. MATERIAL DE ESTUDIO

#### 3.1. Características socioeconómicas del área

El estudio ha sido realizado en una zona de Madrid correspondiente al Distrito de Moncloa. El Distrito de Moncloa cubre una zona de la ciudad de unas 5.000 Ha., y cuenta con una población aproximada de 110.000 habitantes. Está integrado por distintos núcleos de población de diferentes estratos socio-culturales y económicos.

Un porcentaje muy alto de los casos estudiados pertenecen a un área de asentamientos relativamente recientes (40 años aproximadamente). Son todas familias muy humildes donde sólo el cabeza de familia trabaja o trabajó en otros momentos, normalmente en trabajos poco profesionalizados (construcción o auxiliares en general). Actualmente, la madre, debido a los escasos ingresos económicos, realiza tareas de limpieza o similar en casas cercanas, y los hijos habitualmente están parados.

Los escasos medios económicos y su economía de supervivencia ha hecho difícil o imposible la integración real en la comunidad. La familia suele estar cerrada en torno a sus miembros, y suele mantenerse impermeable al de-

sarrollo de nuevas pautas sociales. En algunos casos aparece claro el componente de marginalidad.

Más recientemente se han ido asentando en el área de estudio poblaciones gitanas y marroquies. La zona concreta de estudio está situada dentro de lo que podríamos llamar el casco urbano, y junto a ella conviven otras poblaciones de clase media y media-alta.

Las viviendas de la mayoría de estas familias suelen haber sido levantadas por ellos mismos (en un 75% de la muestra), y suelen encontrarse en muy malas condiciones de habitabilidad y espacio.

#### 3.2. Metodología

En base a la revisión teórica del tema, seleccionamos aquellas áreas que nos interesa abordar en el estudio.

Comenzamos por elaborar un mapa familiar, sobre la familia de origen, la nuclear y los descendientes, recogiendo información entre otras, de los proyectos de independencia (trabajo, matrimonio, etc.) de los hijos, en un intento de desentrañar los roles que tiene asignado cada uno de los miembros que conviven o convivieron en la casa, y específicamente el del paciente identificado («P.I.» en lo sucesivo).

A través del estudio de las condiciones sociales (vivienda, trabajo, etc.) en que vive la familia, y de la petición de que cada uno se defina a sí mismo, al resto de los miembros, y dé la visión que tiene de su familia, junto con otros datos recogidos en otro momento de la entrevista, se intenta analizar de qué tipo de familias se trata. Asimismo se constata el momento evolutivo de la familia.

Se pide a los padres aspectos diferenciales de los hijos durante la primera y segunda infancia, para analizar la capacidad de diferenciar a los hijos y en qué sentido (roles asignados), especialmente para el P.I.

Sondeamos los cambios producidos a lo largo de la historia familiar y su modo de asimilarlos.

Asimismo analizamos los cambios que los padres han detectado en el P. I. y en el resto de los hijos durante la adolescencia, a fin de analizar las posibilidades dadas por la familia para el crecimiento y «separación» de los hijos.

Se recoge información sobre las vivencias del P.I. acerca de sus fantasías, juegos, ilusiones... en torno a sus aspectos «ideales», y su capacidad de reflexionar o pasar directamente a la acción, en una aproximación al conocimiento de aspectos de su personalidad.

Se sondea el área de límites, cómo se concibe y maneja la autoridad, quien pone y cómo las normas en la casa, para analizar la figura del padre fundamentalmente.

Se analiza la estructura de comunicación intrafamiliar.

Se recoge del P.I. su primer contacto con las drogas, tanto las aceptadas socialmente, como las no permitidas; motivaciones y necesidades entorno a su utilización, vivencias y efectos secundarios, etc.

Analizamos la reacción familiar, el cómo y cuándo se conoce la adicción del P.I. y de qué forma se aborda. Con ello, dentro del marco general de información recogida, se puede ver cual es el papel que desempeña la familia para el miembro toxicómano.

Sondeamos acerca de los antecedentes o consumo actual de personas significativas.

En el área de tratamientos realizados, además de concretar cuáles han sido, vemos de quien parte la iniciativa, papel activo o pasivo del P.I. en los mismos, vivencias de éste en ellos, etc. Si hay recaídas, nos interesan los motivos que encuentran, y el punto de vista tanto del P.I. como del resto de la familia, acerca del tratamiento que consideran eficaz.

Finalmente, pedimos la opinión familiar acerca de la solución del «fenómeno droga», en general, no ya de su caso concreto.

Terminada la entrevista, y tras agradecer su colaboración, en la idea de que sus experiencias contribuirán a un más real conocimiento de este tema, sobre el que tanto se ha escrito, a veces con criterios tan dispares, quedamos en volver a contactar con ellos para una reunión-coloquio, de todas aquellas familias que quieran asistir, como modo de retomar el trabajo iniciado, y ante la posible continuidad de la intervención.

### 3.2.1. *Recogida de información*

Definidas las áreas de interés, elaboramos una entrevista exhaustiva que sirve de guía cuando charlamos con la familia en la cita concertada. Además hemos intentado en todo momento ser flexibles, y no romper el estilo de comunicación familiar, a fin de ser lo más receptivos posibles a la comunicación no verbal de la familia.

La duración media de cada entrevista mantenida ha sido de dos horas.

### Contactos con las familias

Contactamos telefónica y personalmente con las familias. Nos presentamos como «Psicólogos que estamos realizando un estudio sobre el problema de la droga, y especialmente sobre el modo en que incide en el ambiente familiar, dentro del plan de reinserción del Ayuntamiento y en colaboración con personas significativas de la zona. Esto último sobre todo con familias no registradas en el Ayuntamiento, haciendo referencia a la o las personas que nos permiten a ellos. Para ello, necesitamos su colaboración y querríamos mantener una entrevista con toda la familia.»

Concertamos día y hora y concretamos los miembros que podrán estar en la entrevista, solicitando la presencia de todos los miembros de la familia nuclear que vivan en la misma casa, o el mayor número de ellos posible.

### Cómo se realizan las entrevistas

Las entrevistas las llevamos a cabo las dos Psicólogas que realizamos el estudio. Las hacemos en el domicilio familiar considerando que de este modo tenemos más fácil acceso a un mayor número de miembros, a la vez que podemos enriquecer los datos propiamente verbalizados con observaciones del entorno directo, etc. Las familias además, se pueden así sentir más cómodas que si se las cita en un entorno ajenas a ellas.

### 3.2.2. *Muestra consultada*

Se consultan un número total de 20 familias (17 de toxicómanos no alcohólicos y 3 de alcohólicos).

El número de familias consultadas es menor del inicialmente previsto dadas

las dificultades de localización de los casos.

Dejamos constancia del sesgo que supone trabajar con un grupo social bien definido (deprimido social y económicamente), y creemos necesaria la comparación con otra muestra de diferentes características.

De los 17 casos de la muestra de toxicómanos no alcohólicos consultados, 16 corresponden a varones. Los casos de mujeres, además de haber sido más difíciles de localizar, (parecen estar más ocultos por las familias), han dado muestras de resistencia a la celebración de la entrevista.

Datos estadísticos indican que aproximadamente un tercio de la población de toxicómanos corresponde a mujeres; sin embargo, la proporción de varones y mujeres en nuestra muestra, parece estar muy por debajo de la que parece existir.

### Criterios de selección y detección de casos

Nos limitamos a una zona bien definida. Trabajamos sólo con familias que, de un modo u otro, reconozcan previo inicio de este estudio, tener uno o más miembros toxicómanos: declaradas como familias de toxicómanos al solicitar algún tipo de ayuda en el Ayuntamiento o por su contacto con otras instituciones o personas del barrio al respecto —Parroquias, Asistentes Sociales, etc.—.

Nos pareció oportuno trabajar sólo con familias autorreconocidas como de toxicómanos por varias razones:

- a) Dado que la entrevista mantenida no ha ido precedida de ningún

otro tipo de contacto por nuestra parte, salvo el de su concertación, y que las psicólogas que las realizamos éramos desconocidas para las familias, considerábamos que nuestra intervención se podría interpretar como una fuerte intromisión en su vida privada. No así en las familias que ya han establecido algún contacto con persona o institución acerca del miembro toxicómano, en las que como preveíamos, ha sido en general muy bien aceptada la entrevista, y el grado de interés y colaboración ha ido en aumento a medida que ésta transcurría.

- b) Algunos de los casos nos venían por información de terceros, que a veces tampoco tenían muy clara la realidad de la toxicomanía en una familia. Pensamos por tanto, que en algunos casos, podríamos haber creado conflicto y/o desvelado secretos de forma indebida.

El ser fieles a este criterio, nos ha limitado también el número de casos con el que hemos podido trabajar.

Somos conscientes de que también ésto puede suponer un sesgo en la muestra consultada, pues suponemos que el hecho de dar el paso de reconocer al toxicómano fuera de la familia, implica unas características o momento evolutivo peculiares de la toxicomanía y/o de la familia. Pero a la vez, también nos permite generalizar más sobre los datos obtenidos, puesto que esta característica contribuye a una mayor definición de la muestra.

Miembros de la familia que han intervenido en las entrevistas

Las entrevistas no se han podido realizar en la mayoría de los casos con la

familia completa, a pesar de intentar concertarlas en días y horas en las que el número de miembros que pudieran estar presentes fuera el mayor posible.

A pesar de que algunos P.I. tienen ya formada su propia familia, salvo en un caso, la entrevista se ha mantenido con la familia de origen ya que los datos para su localización estaban referidas a ésta.

#### 4. CONCLUSIONES, DESCRIPCION DE LAS FAMILIAS

Las conclusiones que presentamos a continuación proceden del estudio descriptivo de los datos obtenidos en las entrevistas mantenidas. El análisis no se ha hecho estadístico por el número de casos consultados.

Los datos se presentan como una *aproximación a la estructura y características de la familia del toxicómano*. Somos conscientes de que muchos de los datos se pueden hacer extensibles a otro tipo de familia, fundamentalmente aquellas cuyos conflictos se corresponden con el área de relación; así como de los sesgos que pueden derivarse de las peculiares características de la muestra consultada.

Tras el análisis de diversos aspectos de estructura y dinámica de las familias con las que hemos trabajado, jerarquizamos aquellas características que nos parecen más revelantes en la descripción de las mismas.

##### 1 *Subsistemas familiares ambiguos*

Toda familia se estructura y desempeña sus funciones a través de subsistemas (parental, conyugal y fraterno), con roles determinados y cuyos límites

han de ser claros para que se dé una diferenciación del sistema en sí y de los distintos miembros. Los roles pueden estar distorsionados o contaminados, y los límites ser rígidos —en el caso de las familias desligadas—, o difusos e inexistentes —en el caso de las familias simbióticas.

Presentamos a continuación las características que aparecen en los distintos subsistemas de las familias consultadas:

### 1.1 Subsistema parental

Los roles socioculturales previstos para el padre y la madre aparecen en cierto modo desfigurados en la mayoría de estas familias, haciéndose especialmente difícil la evolución y crecimiento de la familia

#### a) *Características del padre*

En la mayoría de las familias el padre se sitúa en una posición periférica y de debilidad. Aunque con menos frecuencia, se encuentra el tipo de padre omnipotente, como modelo distante e idealizado impuesto a los hijos.

La generalización de la posición de periferia viene avalada por las siguientes características:

— Hay un gran porcentaje de padres sin trabajo, en paro, con incapacitación laboral por enfermedad o accidente, o fallecidos. Los fallecimientos generalmente se han producido tras enfermedades crónicas de tipo pulmonar (por exceso de tabaco u otros tóxicos), o hepático (por problemas ocasionados por el alcohol).

— Tanto para los padres que trabajan como para los que están en paro,

no hay una valoración mínima familiar de su trabajo. Esta no valoración va más allá de la «categoría social» otorgada al trabajo en sí.

— En un gran número de familias la madre trabaja para completar la aportación económica del padre, lo que en este contexto es mal visto socialmente, redundando en la sensación de debilidad y fracaso del padre.

— Hay una dificultad en su historia de separación de la familia de origen, siendo ya transgeneracional desde ésta la no jerarquización, falta de límites y no autoridad de la figura paterna.

— En la relación con los hijos se sitúa en una posición lateral; es como si nunca hubiese entrado a formar parte de este aspecto, salvo en lo relacionado con el mantenimiento económico de la familia. Así, aparentemente no recuerda, o manifiesta no recordar, nada sobre la infancia y desarrollo de los hijos, dejando toda la información en poder de la madre. Parece que nunca entró en la relación madre-hijo, lo que ha privado a los hijos del aprendizaje de relaciones con terceros, del modo adecuado de crecimiento y de la separación del modelo de dependencia primario. Esta postura se refleja en los hijos en una distancia, desconocimiento de la imagen del padre y falta de socialización.

Curiosamente las frecuentes adiciones al tabaco y/o alcohol parecen ejercer como modelo intermediario en la comunicación.

Tanto la posición de periferia por debilidad, como la de omnipotencia, dificultan el sentir la imagen del padre como modelo de identificación y crecimiento, a veces agravado por las condiciones sociales, así como ocasiona conflicto en la incorporación de las normas.

## b) *Características de la madre*

La madre en estas familias se presenta con un papel muy central, siendo generalmente la que tiene y ejerce el poder familiar.

La situación frecuente de trabajo de la madre como complemento de la aportación económica del padre, le da poder en la familia. En algunos casos es el subgrupo femenino (madre e hijos) el que trabaja, formando un grupo de presión en la familia.

Puede alegar poder coyunturalmente pero nunca de forma definitiva, lo que ocasiona una distorsión en los mensajes recibidos y una ambigüedad de los roles asignados. Son habituales los dobles mensajes: confianza/desconfianza, crecimiento/no crecer, etc. Se observa asimismo una cierta complicidad de la madre con el hijo toxicómano: es frecuente que se le proporcione dinero «ante una situación límite», que se dejen cosas a su alcance que puede robar y vender, etc.

Dentro de este contexto doblevinculante, el P.I. realiza un pseudo-independencia, aliándose con la droga, a la que transfiere la misma omnipotencia que a la madre, relacionándose en cuanto a dependencia y sumisión de manera similar.

Tiene asignado el principal papel con respecto a los hijos, no sólo al principio sino en todo el curso del desarrollo. No se da un progresivo distanciamiento, manteniéndose con estos una relación muy primaria (recordemos que no hay una incorporación paulatina del padre, propio de todo desarrollo familiar normal). En paralelo a esta postura, se da el que la madre ejerce únicamente su rol de maternaje, haciendo para los hijos cada vez más difícil el

abandonarla. La relación de dependencia y deuda es cada vez mayor.

En este sentido manifiesta que los problemas en la familia surgen cuando los hijos crecen.

La madre aparece pues en la familia como omnipotente, que lo soluciona todo y nunca es descalificada. Junto a esta omnipotencia, en algunos casos aparece como víctima, haciéndose también cargo de todos los conflictos familiares, incluida la toxicomanía. Su estilo de reproche en estos casos es a través de la enfermedad, presentando generalmente enfermedades difusas para las que busca soluciones mágicas (de tipo analgésico). Encontramos por tanto que la imagen que se recibe de la madre es por un lado de mucho poder, y a la vez de un fuerte fondo depresivo, del que hace generalmente depositario al P.I. (siguiendo lo que apunta E. Kalina acerca del toxicómano como depositario del núcleo melancólico de la madre); éste también opta por soluciones mágicas (droga) para aliviar el peso de esa depositación. La madre presenta con el P.I. una relación especialmente estrecha y de dependencia recíproca.

Al igual que ocurría en la historia del padre, se encuentra también dificultad de separación con respecto a su familia de origen.

La característica de frecuente enfermedad en el padre y en la madre (concreta en aquél y difusas en ésta), hablan de un estilo familiar de retrotraimiento hacia el propio cuerpo de sus cargas de libido. Siguiendo la relación que establece Freud entre narcisismo y enfermedad orgánica, en la que el enfermo cesa de interesarse por el mundo exterior en cuanto que no tiene relación con su dolencia, podríamos qui-

zá hablar de este funcionamiento de la familia como enferma, como un estilo de funcionamiento narcisista: la enfermedad se da en el padre, en la madre, en el propio toxicómano y en definitiva en el conjunto familiar, como veremos más adelante al comentar la funcionalidad del síntoma.

Volviendo al contexto circular, vemos como aparentemente aparece la fortaleza de la madre. Sin embargo, se está metacomunicando su debilidad ¿Qué pasaría con esa madre si no tuviera los hijos de quien preocuparse? Por otra parte el padre que desarrolla un rol periférico, y que sabe de la ruptura de la pareja, se sigue manteniendo marginal: no adopta decisiones, con lo que apoya el síntoma, ya que, tomar un papel activo podría resolver en favor de la salida de los hijos. El o los hijos, conscientes del conflicto, actúan de manera que la madre puede seguir preocupándose de ellos, y así despejar el fantasma del «nido vacío». De esa manera se mantiene la homeostasis, se paraliza la evolución, todos están juntos y no pasa el tiempo. Nada de ello es elaborado con la palabra.

### 1.2 Subsistema conyugal

La relación como pareja que se ve afectada con la incorporación de los hijos, pero no necesariamente en su detrimento o provocando su desaparición, en estas familias se ha perdido a favor de una exclusiva relación de maternaje que se convierte en el aglutinante familiar. En nuestras familias esta circunstancia se agrava por las precarias condiciones económicas, la falta de espacio físico y la pronta aparición de los hijos.

La relación suele partir de una precaria o nula separación de las familias de origen respectivas.

Cuando se señala como alarmante y se sitúa el comienzo de los problemas en el crecimiento de los hijos, nos están refiriendo entre otros, al miedo de volver a la situación de pareja.

Al ser reconocida la prioridad del papel de maternaje en la familia, el padre queda excluido, formándose dos núcleos bien definidos: por una parte el padre, algunas veces con algún hijo, y por otro la madre con los hijos.

La exclusión y autoexclusión del padre, tanto del subsistema parental como del conyugal, deja al descubierto los roles que le corresponderían, transmitiéndose en el contexto familiar una sensación de ambigüedad y falta de jerarquías. Esta ambigüedad, que provoca la ruptura, daría lugar a una situación depresiva que redundaría en este funcionamiento y que a la vez que aparentemente da poder a la madre en la familia, la sume en una soledad que necesita compensar con el aglutinamiento de los hijos, o la pseudocesión en alguno o algunos de estos de las funciones no atendidas por su pareja.

### 1.3 Subsistema fraterno

La importancia de las relaciones en el subgrupo filial estriba fundamentalmente en el hecho de que facilita el aprendizaje de relaciones entre iguales, y el establecimiento e incorporación de límites inter e intra subsistema.

El subsistema fraterno que presentan las familias consultadas no obedecen a una formación espontánea, sino que obedece a criterios peculiares de la familia. El grupo filial, aunque aparece muy junto, no tiene una verdadera comunicación, no hay consciencia de grupo. Todo ello concuerda con esa indefinición generalizada de roles, estable-

cimiento de límites y jerarquización familiar.

El grupo no es aprovechado de este modo para el aprendizaje entre iguales, apareciendo poco clara su delimitación. Hay además por parte de los padres una no diferenciación de las características de cada miembro —estas son vistas exclusivamente desde su perspectiva y con una fuerte carga de identificación proyectiva—, haciéndole incluso intercambiables (varios o todos pueden sustituir sucesivamente o de modo simultáneo al P.I.).

Las relaciones que se establecen tanto dentro del subsistema como en el conjunto familiar son atemporales, haciendo difícil discriminar a veces la edad que tienen los hijos; se puede pasar repentinamente y sin reflexión a adoptar modos o funciones adultas, o permanecer en una posición infantil.

## 2. Estructura familiar primaria

Analizamos los aspectos de la estructura dinámica familiar, encontrando estas ancladas en un funcionamiento muy primario, sin apenas evolución.

Estas familias se mueven entorno a pautas predeterminadas, habitualmente transgeneracionales, no revisadas, salvaguardadas por los mitos familiares como el de la unidad, fidelidad, etc., cuyo incumplimiento supone una falta de lealtad. El mito de la unidad-fidelidad implica aspectos ya señalados de «no individuación para no ser diferente, no crecimiento para no alejarse...», y al ser vivido en la familia como una pauta de lealtad, su no cumplimiento puede significar la exclusión del grupo familiar, o la descalificación por la vulnerabilidad a la influencia externa.

Existe dificultad en los padres para establecer gradaciones y matices entre cada uno de los hijos, su cónyuge o sí mismo. La descripción tanto personal como familiar se establece de acuerdo con unos valores absolutos y duales: bueno/malo, alegre/triste, etc.

Su carácter no socializado y su dificultad para entender otras normas que no sean las establecidas en su microespacio, impone un carácter defensivo, donde lo bueno está dentro de la familia y lo malo o peligroso fuera.

La falta de jerarquización, ligado a la figura debilitada del padre y la ambigüedad en los límites, apuntan a la primariedad y desorganización.

Las familias se presentan como aglutinadas o dispersas, teniendo como base la simbiosis. Las familias aglutinadas, desorganizadas, con dificultad para la individualización, y en las que aparece muy arraigado el sentimiento de pertenencia y unidad. La familia desligada, tiende a la disolución de los vínculos, la unidad familiar es escasa, casi nula, debiéndose esto en realidad a la intensidad de la internalización de las relaciones que permite al individuo mantener un diálogo con sus objetos internos, experimentando una cercanía interna que le impide vivenciar su soledad. Según Minuchin, los miembros de este último tipo de familias carecen de sentimientos de lealtad.

## 3. Dificultad de individuación

Entendemos por individuación la capacidad familiar de otorgar a los distintos miembros posibilidades de efectuar un crecimiento de la propia identidad, y de poder así desarrollar proyectos individuales. El sentimiento de identidad que imprime la familia es a través del



sentimiento de pertenencia, con la asunción de determinadas pautas claras, y de un sentido de separación o individuación que se logra a través de la participación en los diversos subsistemas intra y extrafamiliares. Si los límites entre estos no son claros, dificultarán este sentimiento igualmente.

Se da en estas familias una dificultad en el ordenamiento jerárquico de la estructura familiar, asignando y asignándose papeles que no corresponden, creando por tanto la confusión de papeles de los miembros.

Globalmente encontramos una dificultad para la realización de los proyectos personales, en los distintos miembros, con lo que esto supone de ruptura con la ideología familiar. La realización de estos proyectos individuales puede sentirse en la familia como una falta de lealtad. A veces, la resolución de este conflicto de lealtades es la simbiosis, dando lugar a unas relaciones sofocantes, en donde no caben los espacios individuales.

Entendemos que para que se de la individualización, la persona debe disponer de un espacio no compartido, que le permita actuar sus propias necesidades (fantasías, juegos), lo que proporciona un progresivo conocimiento de sí mismo y un establecimiento evolutivo de los propios límites, lo que conlleva una diferenciación de sí mismo con relación a los otros y a un entorno ordenado, que le permite encontrar su lugar dentro de la organización social y familiar.

Hay una especial dificultad por parte de los padres para otorgar un espacio individual a cada hijo y de respetar lo que sería su crecimiento y evolución natural, lo que provoca que los cambios que corresponderían a una evolu-

ción natural no son negociados sino traumáticos, dando lugar a separaciones bruscas y radicales.

Por otra parte la ambigüedad de límites que lleva consigo la ambigüedad de funciones, hace que el hijo/a que debería ocuparse de jugar, crecer... y relacionarse con sus compañeros deba ocuparse de funciones que no le corresponden y que están además por encima de sus posibilidades, no quedándole tiempo ni espacio para sus cosas. Esta asunción precoz de funciones y la impotencia para realizarlas crea en el hijo un sentimiento de que ser mayor es muy duro y difícil, y se fracasa, agravado todo ello con que estas transferencias masivas de responsabilidad no van acompañadas de prerrogativas como: reconocimiento de ser mayor, más independiente, o de poder.

Además de la dificultad de individuación el el subgrupo filial encontramos que le precede una dificultad de separación de la pareja paterna de sus respectivas familias de origen, como ya señalamos. Esta falta de individuación es por tanto una historia antigua, generacional, existiendo incluso en algunas familias la dificultad en los propios padres del P.I. para referirse a la familia creada, haciendo referencia de modo espontáneo a la de origen.

En las familias consultadas se da una característica común: dada su precaria situación económica, el espacio físico de que dispone cada miembro en la vivienda es mínimo, y en muchos casos totalmente compartido e indiferenciado, dándose además la circunstancia de que nunca lo manifiestan como carencia, incorporando además a él otros miembros de la familia. Entendemos que esta circunstancia agrava la situación de no sentir un espacio propio, o lo que es más, de no sentir la necesidad del mismo.

#### 4. *Comienzo de la adicción en momentos de separación familiar*

El comienzo de la adicción se da generalmente en momentos de crisis familiar que tienen que ver con lo que se siente como amenaza de separación: adolescencia, Servicio Militar, formación de pareja por el P.I. o algún hermano etc., lo que nos refiere nuevamente a la ya señalada dificultad de independencia que presentan las familias consultadas.

Antes del inicio en lo que podríamos llamar «drogas no permitidas», vemos como entran en las «socialmente aceptadas» (tabaco, etc.) a una edad temprana, que coincide con el comienzo de la adolescencia. Aunque el fumar se podría considerar como un fenómeno característico de este período, como uno de los múltiples intentos de afianzar o aclarar la ambivalencia con respecto a la propia identidad, en los casos estudiados se da de modo especialmente intenso. El cambio brusco que conlleva habitualmente la adolescencia, en algunas de nuestras familias no se registra, o se niega, y supone para el adolescente el comienzo de una vida en muchos aspectos al margen de la familia, y la búsqueda de una «familia sustituta» que fantasea encontrar en los amigos, con sus normas y pautas de comportamiento peculiares, entre las cuales se encuentra el fumar (tabaco, porros, etc.).

Es este momento de la adolescencia uno de los mayores desencadenantes de crisis familiar, por especial sentimiento de separación más o menos mediata, al requerir el hijo mayor autonomía y responsabilidad, y/o manifestar signos de adultez que implica para los padres y para él mismo la posibilidad de independencia.

En la mayoría de los casos estudiados aparece como, dentro de la crisis que supone en la familia el llegar a la adolescencia o juventud de los hijos, toma mayor relevancia la salida del primer hijo, que es quien llevaría el peso de la negociación de la independencia del subgrupo filial con respecto a los padres.

Es asimismo especialmente significativo el hecho de que el consumo de droga «dura» se asocie con el Servicio Militar en la mayoría de los casos (recordemos que la muestra que manejamos es de varones fundamentalmente): la familia y el propio P.I. no han asumido el crecimiento de éste, y la dependencia de la droga puede ser una forma de regresar a la familia sin dar muchas explicaciones.

Suele también aparecer la adicción cuando el P.I. forma pareja o tiene su primer hijo, siempre de forma aparatosa y accidental, haciendo salidas bruscas de la familia, y requiriendo de nuevo de sus padre el apoyo económico y/o cuidado total o parcial de sus propios hijos y de ellos mismos.

Estas salidas bruscas serían equiparables a las bruscas también transferencias de responsabilidad, no reconocidas en su lado gratificante por parte de la familia, como trabajo precoz, asunción de funciones paternas o maternas, etc., contradiciéndose con otros aspectos en que son tratados como niños.

El síntoma en el primogénito puede paralizar o al menos retrasar la salida de los demás.

Pero también hemos de señalar cómo la salida de la familia del hijo menor se hace especialmente difícil, ya que supone el final de la función de nu-

trición de los padres y el regreso a la pareja inicial, que en algunos casos no existe y en otros está olvidada y/o gravemente deteriorada. Aquí hay una especial dificultad para reconocer la mayoría de edad del hijo, haciendo la droga la función de demorar esta salida, al tener que mantener el maternaje; los padres tienen que seguir ocupados y preocupados por el hijo, pensando a veces que para toda la vida.

##### 5. Falta de límites

Nos referimos a los límites o normas que delimitan las funciones de los distintos subsistemas familiares (conyugal, parental, fraterno), que han de existir para un buen funcionamiento, pero que pueden no existir o ser patológicamente rígidos o difusos, y a la interiorización individual de normas que permiten al individuo una adaptación adecuada personal y social.

El ejercicio de la autoridad por parte del padre, que el niño discrimina a partir de los 3 años, hace aprender al joven individuo la existencia de normas. La autoridad materna, mucho más primaria, ha dado al niño el conocimiento de hábitos en la casa. De alguna manera al ser más primaria es más angustiosa, en la medida que ser regañado puede hacer sentir abandono o pérdida de amor de la madre. También, por esta misma razón de primariedad, es mucho menos consensuada, más preverbal.

El niño, que hasta entonces había concebido girando todo su mundo entorno a él, con la incorporación de la figura del padre se comienza a sentir desplazado e inmerso en una constelación de relaciones, donde la autoridad paterna ejerce el papel de guía y punto de referencia que le hará aprender sus límites, reconociéndose a sí mis-

mo, y desde ahí a los demás, y toda la estructura jerárquica que lleva consigo la familia y el entorno social.

En estas familias, el papel generalmente periférico del padre, y la falta de jerarquización (cuando ésta no es excesivamente rígida), hace que no existan unas normas claras e interioridades de funcionamiento. La madre es generalmente la que pone las normas en la casa, desplazando o descalificando al padre en esa labor. Se carece, por tanto, en general de un modelo paterno que favorezca el crecimiento.

Las normas o límites puestos por la madre son aparentemente acatados, pero incumplidos. Los hijos perciben un cierto mensaje de que no importa tanto que se incumplan las normas, en cuanto que de ese modo siguen siendo niños no desligados ni independizados... siempre necesitarán guía familiar.

Con respecto al subgrupo filial, la no discriminación entre los distintos miembros por parte de los padres (relacionado con la difusa jerarquización general intrafamiliar), dificulta asimismo la asunción de límites entre iguales, que permitiría el entrenamiento y aprendizaje de una buena relación. No hay límites sino que es un subgrupo fusionado.

##### 6. Comunicación intrafamiliar patológica

El estudio de lo que se comunica verbal y no verbalmente es especialmente importante en estas familias, así como de los canales de comunicación. Partimos de la existencia de dos tipos de comunicación: Comunicación digital, aquello que se comunica con la palabra o mediante un dibujo, y comunica-

ción analógica que sería la no verbal. La coherencia de estos dos tipos es fundamental para el crecimiento y evolución sana del individuo. La grave descoordinación de estos lenguajes paraliza y enferma.

En cualquier caso, al tener la comunicación analógica sus raíces en períodos mucho más arcaicos de la evolución, encierra una validez más general que el modo general de comunicación, relativamente reciente y mucho más abstracto. De ahí es importante ver que se comunica de un modo u otro, y como se resuelven los conflictos entre ambos en caso de que éstos se den.

En estas familias generalmente hay un miembro, que suele ser la madre, portador y portavoz de la información familiar. Esta información es compartida sobretodo por el padre que parece coincidir en todo con la opinión de su pareja. Nos referimos a información sobre datos puntuales y opiniones muy generales.

La comunicación de sentimientos, ideas, etc. parece estar ausente y no se echa en falta.

Las verbalizaciones de los padres al respecto recuerdan actitudes propias de las familias psicósomáticas, en las que «no pasa nada», «toda la información la tienen todos», o «no hay problemas: todo es de todos y no hay secretos»... denotando todo ello, por un lado una idealización de la comunicación intrafamiliar, que probablemente no existe (una verdadera comunicación nunca puede ser tan absoluta). Y por otra parte, y como consecuencia, nos referiría de nuevo a la falta de límites generacionales, situación ésta que ya parecen tener asumida nuestras familias.

Las decisiones son generalmente tomadas por la madre, lo que lanza el

mensaje paralelo de descalificación de la figura paterna. Los conflictos generalmente son dejados a una «solución mágica», y no abordados, al menos verbalmente.

En cuanto a la relación entre mensaje digital y analógico hemos constatado incongruencia entre ambos, llegando en algunos casos a ser antagónicos.

En la generalidad de los casos se le está pidiendo a los hijos que tomen una responsabilidad de adulto, sin embargo, son tratados y controlados como si fueran pequeños. Sus intentos de salida son descalificados. En muchos de estos casos, la actitud del P.I. con respecto a la droga es un intento de cumplir con ese doble mensaje parental de ser grande, tomar decisiones y a la vez mantenerse en estrecha dependencia de niño.

Con este tipo de doble mensaje, del cual el niño no puede salir ya que en la relación madre-hijo tiene comprometida su supervivencia psicológica, el joven individuo aprende que lo verbal no tiene validez, sino que lo comunicado analógicamente es lo importante, conservando un aspecto racionalizado y superficial.

La elección de actuar el mensaje analógico, dejando a un lado lo puramente verbal, podríamos hipotetizar que es uno de los aspectos que le separan del bloqueo psicótico, en el cual no se puede elegir entre ambas opciones, creando un mundo aparte que sería el delirio.

Pero tal como indica N. Caparrós este tipo de experiencia impide una estructuración de la personalidad. La salida consistirá en disociar los dos niveles de comunicación y atenderlos por separado.

## 7. La droga como síntoma de patología familiar

Se ve como el síntoma (toxicomanía del P.I.) está ejerciendo una función homeostática en la familia, habiendo en casi todas ellas un posible o ya real sustituto que pueda ejercer en el futuro esa labor equilibradora.

Partimos de la idea expresada por diversos autores acerca del síntoma como expresión de que algo no funciona bien, tanto a nivel físico (fiebre... síntoma de enfermedad, etc.), o como expresión de conflicto psicológico que se ha de manifestar de algún modo. N. Caparrós señala cómo el síntoma se interpone entre la conducta conflictiva pacificándola. Castilla del Pino seguido por otros autores, señala como el síntoma es un signo que indica algo, y lo puede hacer en distintas áreas de la conducta:

— El área de la mente: el síntoma sería una simbolización del problema y/o conflicto. Sería el *nivel de elaboración*, donde estarían situadas las neurosis.

— El área del cuerpo: sería el síntoma propiamente dicho, el síntoma como enfermedad. Es el *nivel de derivación*, utilizado por los enfermos somáticos.

— El área de las relaciones interpersonales: el síntoma aparece en la relación. El *nivel sería el de expresión*, dándose en las psicopatías.

En las familias entrevistadas no aparecen descritas angustias relacionadas con el área del pensamiento (problemas de tipo neurótico).

Los problemas generalmente se canalizan a través del cuerpo o de la actuación: enfermedades difusas en la madre y bien definidas en el padre.

Tanto las somatizaciones de la madre, como los accidentes y frecuente alcoholismo del padre, y la propia toxicomanía del P.I., tienen que ver con conflictos en las relaciones intrafamiliares.

Por lo tanto vemos como estas familias se hallan en los niveles de derivación o expresión, sin pasar por la elaboración neurótica de los conflictos. La toxicomanía parece como expresión de un conflicto de las relaciones y dinámica general de la familia. La toxicomanía del P.I. tiene unos cometidos concretos de los cuales, participa, sufre y se beneficia toda la familia.

La función homeostática del síntoma, que señalábamos al principio se concreta en primer lugar en que la droga hace al individuo más dependiente, lo que preserva del peligro de separación o independencia que tanto cuesta en estas familias; y en segundo lugar en que el P.I. vuelve a aglutinar a toda la familia en torno a la casa paterna (hermanos independizados, etc.), al ser un problema «tan grave» y de «tan difícil solución»... y del que en definitiva todos se sienten partícipes en algún sentido.

Esta funcionalidad del síntoma se corrobora además con la reacción que las familias demuestran al plantear la posible curación del P.I., en cuyo caso, o bien niegan totalmente la posibilidad, o se la plantean dejando siempre un posible sustituto, o bien lanzan encubiertos mensajes de desconfianza.

En todas las familias vemos como se ha restablecido un «cierto orden» (homeostasis) que es atemporal: una forma de conseguir que pase el tiempo sin que nada cambie en relación a la estructura de origen.

Por último señalaremos de nuevo

como la adición del P.I. es una situación doble vinculante en la medida que aparece una salida de la familia para el P.I., mientras que revierte en una mayor dependencia con relación a la familia, conviviendo dos vivencias antagónicas. Al igual que en el conflicto lenguaje digital/analógico, lo que prevalece es lo más primario, la no separación o dependencia.

#### 8. *Suicidio inminente postergado*

El componente de autocastigo y autoagresión de la droga, podría ser una forma de postergar el peligro de suicidio, que estaría latente en el toxicómano.

El autocastigo y la autoagresión se hace más intenso en la medida que el modelo familiar se acerca al tipo de familia estructurada como: padre descalificado/madre víctima/P.I. culpabilizado, donde el toxicómano manifiesta su conflicto de relación dentro de la familia. Su culpa actuada con respecto a la familia, y en concreto a la madre —que sufre por él— se agiganta, y no hay nada que pueda hacer para pagarla, salvo la muerte. En este sentido, en algunas familias, especialmente en las de este tipo, se asume incluso por el propio P.I., que la heroína acabará con su vida. La adicción cumple la función de actuar la culpa, a través de sobredosis o accidentes de administración.



# BIBLIOGRAFIA

(A cargo de Rodolfo Hoyuelos)

ACKERMAN, N. W.

**Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares.**

PAIDOS, BUENOS AIRES.

ACKERMAN, N. W.

**Psicodinámica de la vida familiar.**

PAIDOS, BUENOS AIRES.

ACKERMAN, N. W.

**Psicoterapia de la vida neurótica.**

PAIDOS, BUENOS AIRES.

ACKERMAN, N. W. y ot.

**Grupoterapia de la familia.**

PAIDOS, BUENOS AIRES.

ANDOLFI, M.

**Detrás de la máscara familiar.**

AMORRORTU, BUENOS AIRES, 1985.

ANDOLFI, M.

**Dimensiones de la terapia familiar.**

PAIDOS IBERICA, BARCELONA, 1985.

ANDOLFI, M.

**Terapia familiar.**

PAIDOS, BUENOS AIRES, 1985.

BATESON, G.

**Metálogos.**

BUENOS AIRES, BARCELONA 1982.

BATESON, G.

**Pasos hacia una ecología de la mente.**

CARLOS LOHLE, BUENOS AIRES, 1972.

BATESON, G. y ot.

**Interacción familiar.**

TIEMPO CONTEMPORANEO, BUENOS AIRES, 1971.

BERTALANFFY, L.

**Perspectivas en la teoría general de sistemas.**

ALIANZA EDITORIAL, MADRID, 1982.

BERTALANFFY, L.

**Robots, hombres y mentes.**

GUADARRAMA, MADRID, 1971.

BERTALANFFY, L.

**Teoría general de los sistemas.**

FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, 1976.

BOSZORMENYI-NAGY, I. y ot.

**Lealtades invisibles.**

AMORRORTU, BUENOS AIRES, 1985.

BOWLBY, J.

**El vínculo afectivo.**

PAIDOS IBERICA, BARCELONA.

BUCKLEY, W.

**La sociología y la teoría general de los sistemas.**

AMORRORTU, BUENOS AIRES, 1977.

CAPLOW, T.

**Todos contra uno: teoría de coaliciones en las tríadas.**

ALIANZA EDITORIAL, MADRID, 1974.

DOUGLAS R. HOFSTADTER.

**Godel, Esher, Bach: una eterna guimalda brillante.**

TUSQUETS, BARCELONA (EN PRENSA)

HALEY, J.

**El arte de ser esquizofrénico.**

BUENOS AIRES, BARCELONA, 1982.

HALEY, J.

**Tácticas de poder de Jesucristo.**

TIEMPO CONTEMPORANEO, BUENOS AIRES.

HALEY, J.

**Terapia no convencional.**

AMORRORTU, BUENOS AIRES, 1980.

HALEY, J.

**Terapia para resolver problemas.**

AMORRORTU, BUENOS AIRES, 1980.



HALEY, J.  
**Trastornos de la emancipación  
juvenil y la terapia familiar.**  
AMORRORTU, BUENOS AIRES, 1985.

HALEY, J.  
**Tratamiento de la familia.**  
TORAY, BARCELONA, 1980.

HALEY, J. y ot.  
**Técnicas de terapia familiar.**  
AMORRORTU, BUENOS AIRES, 1976.

HALL, E. T.  
**La dimensión oculta.**  
SIGLO XXI, MEXICO, 1984.

HALL, E. T.  
**Más allá de la cultura.**  
GUSTAVO GILI, BARCELONA 1978.

JACKSON, D. D.  
**Comunicación familiar y matrimonio.**  
NUEVA VISION, BUENOS AIRES, 1968.

JACKSON, D. D.  
**Etiología de la esquizofrenia.**  
AMORRORTU, BUENOS AIRES, 1974.

LACAN, J.  
**Los complejos familiares.**  
PAIDOS IBERICA, BARCELONA (EN PRENSA).

LAING, R. D.  
**Cordura, locura y familia.**  
FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO,  
1978.

LAING, R. D. y ot.  
**Conversaciones con mis hijos.**  
CRITICA, 1980.

LAING, R. D. y ot.  
**Percepción interpersonal.**  
AMORRORTU, BUENOS AIRES, 1973.

LEMAIRE, J.  
**Terapias de la pareja.**  
AMORRORTU, BUENOS AIRES, 1974.

LEMAIRE, J.  
**Los conflictos conyugales.**  
DESCLEE DE BROUWER, MADRID, 1971.

MADANES, C.  
**Terapia familiar estratégica.**  
AMORRORTU, BUENOS AIRES, 1982.

MINUCHIN, S.  
**Caleidoscopio familiar.**  
PAIDOS, BUENOS AIRES, 1985.

MINUCHIN, S.  
**Familias y terapia familiar.**  
GEDISA, BARCELONA, 1979.

MINUCHIN, S.  
**Psicoteca Mayor (colección).**  
GEDISA, BARCELONA, 1977.

MINUCHIN, S. y ot.  
**Técnicas de terapia familiar.**  
PAIDOS IBERICA, BARCELONA, 1984.

MORIN, E.  
**Ciencia como consciencia.**  
ANTROPOS, BARCELONA, 1984.

MORIN, E.  
**Ecología de la civilización técnica.**  
CUADERNOS TEOREMA DE LA UNIV. DE  
VALENCIA, VALENCIA, 1981.

MORIN, E.  
**El método: naturaleza de la  
naturaleza.**  
CATEDRA, MADRID, 1981.

MORIN, E.  
**El método 2: la vida de la vida.**  
CATEDRA, MADRID, 1983.

MORIN, E.  
**El paradigma perdido.**  
KAIROS, BARCELONA, 1983.

NAPIER, A. y ot.  
**El crisol de la familia.**  
AMORRORTU, BUENOS AIRES, 1982.

PRIGOGINE, Y.  
**¿Tan sólo una ilusión? Una  
exploración del caos al orden.**  
TUSQUETS, BARCELONA, 1983.

PRIGOGINE, Y.

**La nueva alianza: una metamorfosis de la ciencia.**

ALIANZA UNIVERSIDAD, MADRID, 1983.

SELVINI PALAZZOLI, M. y ot.

**Al frente de la organización.**

PAIDOS, BUENOS AIRES, 1986.

SELVINI PALAZZOLI, M. y ot.

**El mago sin magia.**

PAIDOS, BUENOS AIRES, 1985.

SELVINI PALAZZOLI, M. y ot.

**Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia a transacción esquizofrénica.**

A.C.E., BUENOS AIRES, 1982.

SHAZER, S. DE.

**Terapia familiar breve.**

PAIDOS, BUENOS AIRES.

SLUZKI, C.

**Psicología psicoterapia de la pareja.**

NUEVA VISION, BUENOS AIRES, 1979.

SLUZKI, C. y ot.

**El doble vínculo.**

NUEVA VISION, BUENOS AIRES.

SPECK, R. V. y ot.

**Redes familiares.**

AMORRORTU, BUENOS AIRES, 1974.

STIERLIN, H.

**Psicoanálisis y terapia familiar.**

ICERIA, BARCELONA, 1979.

STIERLIN, H.

**Terapia de familia. La primera entrevista.**

GEDISA, BARCELONA, 1981.

THOM, R.

**Parábolas y catástrofes.**

TUSQUETS, BARCELONA, 1985.

THOM, R.

**Teoría de las catástrofes.**

SIGLO XXI, MEXICO, 1983.

VARIOS.

**Terapias de la pareja y de la familia.**

FUNDAMENTOS, MADRID, 1974.

WATZLAWICK, P.

**El arte de amargarse la vida.**

HERDER, BARCELONA, 1985.

WATZLAWICK, P.

**El lenguaje del cambio.**

HERDER, BARCELONA, 1983.

WATZLAWICK, P.

**¿Es real la realidad?**

HERDER, BARCELONA, 1981.

WATZLAWICK, P. y ot.

**Cambio.**

HERDER, BARCELONA, 1981.

WATZLAWICK, P. y ot.

**Teoría de la comunicación humana.**

HERDER, BARCELONA, 1983.

WHITAKER, C. A. y ot.

**Las raíces de la psicoterapia.**

LABOR, BARCELONA 1967.

WIENER, N.

**Cibemética.**

GUADIANA DE PUBLICACIONES, MADRID, 1971.

WIENER, N.

**Sobre modelos de los nervios, el cerebro y la memoria.**

TECNOS, BARCELONA, 1969.

WILDEN, J.

**Sistemas y estructuras.**

ALIANZA EDITORIAL, MADRID, 1979.

ZEIG, J. K.

**Un seminario didáctico con Milton H. Erickson.**

AMORRORTU, BUENOS AIRES.

Aunque no publicadas en nuestro país, teniendo en cuenta la temática de la revista, creemos de interés señalar las siguientes obras:

### FRANCES

AUSLOOS, G. y ot.

**Marginalité; système et famille.**

VAUCRESSON, C.F.R.E.S., 1983.

### INGLES

BARNARD, C. P.

**Families, alcoholism and Therapy.**

THOMAS, N. Y., 1981.

KAUFMAN, E.

**Substance abuse and family Therapy.**

GRUNE & STRANTON, N. Y. 1979.

KAUFMAN, E. y ot.

**The family therapy of drug and alcohol abusers.**

HALSTED, N. Y., 1984.

MINUCHIN, S. y ot.

**Families of the slums.**

BASIC BOOKS, N. Y., 1967.

STANTON, D. y ot.

**The family therapy of drug abuse and addiction.**

GUILFORD PRESS. N. Y., 1982.

### ITALIANO

BATTAGLIA, M. y ot.

**Come parlare di droga nella scuola.**

N. I. S., ROMA, 1984.

CANCRINI, L.

**Quei temerari sulle macchine volanti.**

N. I. S., ROMA, 1982.

CANCRINI, L.

**Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia.**

MONDADORI, MILAN, 1973.

CANCRINI, L. y ot.

**Droga: chi, perché e soprattutto che fare.**

NUEVA SANSONI, ROMA, 1981.

COOP. ALBEDO.

**Terapia familiare per tossicodipendenti.**

N. I. S., ROMA, 1984.

MALAGOLI TOGLIATI M.

**Droga, verso quale intervento?**

N. I. S., ROMA, 1983.

## Escriben en este número

JUAN ANTONIO ABEIJON: Psiquiatra, psicoterapeuta de Familia. Médico de la Asociación Vasca de Terapia Familiar. Responsable del programa de Atención a Toxicómanos de la Unidad de Drogadicción de Vizcaya, Osakidetza. Docente del curso de Salud Mental del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco. Autor de diversos artículos sobre el tema.

LUIGI CANCRINI: Profesor de Psiquiatría y Psicoterapia de la Universidad de Roma. Se ocupa de problemas relacionados con la toxicomanía desde 1967. Ha publicado diversos trabajos desde entonces. Algunos de sus libros: *Droga: chi come perché, ma soprattutto che fare* (1973); *Bambini diversi a scuola* (1974); *Esperienza di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia* (1977); *Tossicomanie* (1980); *Quei temerari sulle macchine volanti* (1982). Es director de la revista «Ecologia della mente».

FERNANDO CARRASCO PEREZ-MACHADO: Psicólogo Clínico. Adscrito a la Sección de Drogodependencias del Servicio de Salud Mental de Alava, Osakidetza. Miembro de la Asociación Vasca de Terapia Familiar y de la «Association for Family Therapy» de Gran Bretaña. Profesor del Curso de Terapia Familiar en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico de Madrid. Coautor de «Paradigma sistémico y Terapia de familia», 1983.

109

MAURIZIO COLETTI: Profesor de Terapia Relacional en el Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale de Roma. Jefe del Proyecto Piloto Nacional sobre la Utilización de los Recursos Comunitarios para la Reducción y la Prevención del Uso de Drogas. Supervisor del Centro Coordinador de Toxicodependencias del Gobierno Vasco. Ha publicado diversos artículos en revistas especializadas sobre el tema del tratamiento de las toxicodependencias y de la prevención. Es coautor del libro «Come parlare di droga nella scuola», Ed. NIS-Roma, 1984.

RODOLFO HOYUELOS: Psicólogo Clínico. Consultor para temas de drogodependencias de la Comisión Técnica de Seguridad Urbana de Barcelona. Socio externo del Centro Studi de Terapia Familiar i Relazionale. Socio fundador de KOAN, Cooperativa de Terapia Familiar para Toxicómanos de Barcelona.

MERCEDES RODRIGUEZ PEREZ: Psicólogo. Psicoterapeuta clínico. Clínica privada y miembro del Servicio de Información y Orientación Psicológica de la Junta Municipal de Moncloa (Ayuntamiento de Madrid).

M.<sup>a</sup> ROSARIO SANZ CUESTA: Psicólogo. Psicoterapeuta clínico. Clínica privada y miembro del Servicio de Información y Orientación Psicológica de la Junta Municipal de Moncloa (Ayuntamiento de Madrid). Profesora de la Escuela de Especialización en Psiquiatría y Educación en Salud Mental (Comunidad de Madrid).





