

APORTES SOBRE LA FAMILIA DEL FARMACODEPENDIENTE

Mario Alberto Sáenz Rojas

*Como se ha dicho,
la primera escuela es el hogar
y los primeros maestros son los padres y las madres.
Por lo que
ellos y ellas cuentan con muchas oportunidades,
para preparar a los hijos y las hijas
contra el uso y abuso de drogas.*

RESUMEN

El presente artículo reseña la importancia de la familia en la constitución social y psicológica de la personalidad y cómo, cuando el individuo todavía depende primordialmente de ella, se inicia con el consumo de drogas en la mayoría de casos, haciendo referencia para ello a la realidad nacional. Por lo anterior, se presenta una síntesis de las características halladas en los grupos familiares de personas abusadoras y dependientes de drogas, mediante la investigación clínica, desde dos enfoques distintos: el sistémico y el psicodinámico, describiendo sus conceptos más relevantes y además, su complementariedad y aportes para la comprensión del comportamiento de los pacientes adictos en la terapia y sus familias.

Palabras clave: Adolescencia, drogas, factores de riesgo, familia, farmacodependencia, investigación, prevención, terapia.

ABSTRACT

This article presents the importance of family in both social and psychological constitution of the personality. Another issue is the persons basically dependence on family while drugs use, and are referenced to national statistics. Besides, there's a summary of the family's characteristics of the drug dependent person. These characteristics were obtained from clinical research in two different models: the systemic and the psychodynamic, which more important concepts are described.

The complement of the models is referenced and its contributions for know of the patients addicts behavior in therapy.

Key words: Adolescence, drugs, risk factors, family, drug abuse, research, prevention, therapy.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se analizará la estructura y dinámica de la familia tradicional; no obstante, es importante aclarar que, respecto a la far-

macodependencia y para un número no estimado de casos, el concepto de familia debe entenderse en una forma muy amplia, sobre todo cuando del tratamiento se hable, tema que sería objeto de un trabajo adicional.

La familia es la principal instancia encargada del proceso de humanización de las personas. En ella no sólo se verifica la subsistencia en cuanto proceso biológico, sino que, además, se construyen las bases de la personalidad y de las modalidades de interacción social.

Como grupo primario por excelencia, dota al niño y la niña de afecto y se constituye en la vía que le permite *metabolizar* sus emociones; es, pues, el contexto desde el cual se asume la realidad social y se configura el psiquismo.

De hecho, la relación dialéctica entre familia, individuo y sociedad implica una interdependencia en que la sociedad moldea a la familia y al individuo, este, como parte integral de la estructura familiar, y la familia de la estructura social.

Esto remite a considerar a la familia como un “*aparato ideológico de Estado*”, en tanto institución especializada y precisa que pertenece al dominio de lo privado pero funciona preponderantemente para el Estado, pues su finalidad consiste en asegurar la reproducción de las relaciones de producción y coadyuva en constituir en dominante a la ideología dominante (Althusser, 1983).

En otras palabras, es el pilar fundamental del proceso de socialización-ideologización y, de acuerdo con Cooper (1981), representante deliberado y necesario en toda sociedad clasista. Al respecto, se ha señalado que “en toda sociedad explotadora la familia refuerza el poder real de la clase dominante” (Cooper, 1981: 6). En este sentido, Caparrós (1977) plantea la hipótesis de que la *lucha generacional* podría ser una representación de la *lucha de clases*.

Asimismo, Caparrós (1977) refiere que la familia cumple distintas funciones en tres niveles:

- a) *Para consigo misma*: Básicamente la familia se limita a conservarse en el espacio y reproducirse en el tiempo, dando así continuidad al fondo de la relación familia-individuo-sociedad.
- b) *Para con el individuo*: Decide de alguna manera su nacimiento, satisface y culturaliza la dependencia biológica, determina en mayor o menor grado el límite de la independencia de la prole, vehiculiza el acceso a “lo otro”

mediante el principio de *realidad objetiva* o el principio de *realidad represiva* y transmite las normas sociales, posibilitando así la ideologización.

- c) *Para con la sociedad*: Actúa directamente en la perpetuación de las normas sociales y estabiliza el sistema social. La sociedad se procrea por medio de la familia, es una instancia sensibilizadora para próximas manipulaciones, sirve para la homogenización eficaz del psiquismo de sus miembros y, por otra parte, esta utiliza a la sociedad para hacer perdurables sus normas, promover su supervivencia y reproducir el individualismo y la competitividad.

En síntesis, se puede afirmar que la familia es la instancia mediadora entre lo individual-biológico y la estructura social e inicia la integración entre lo biográfico-individual y lo histórico-situacional.

Cuando Cooper (1981) analiza la estructura familiar propia de nuestras sociedades occidentales, afirma radicalmente que esta es, a la vez, generadora de problemas de salud mental. Lo anterior, por cuanto convierte en anónimas las relaciones de sus miembros, filtrando y tamizando sus experiencias, no tolera la duda ni el cuestionamiento, proyecta su problemática sobre sus integrantes, induce al conformismo y produce un modo de vida aglutinado, mediante el condicionamiento. En este sentido, afirma con un tono bastante crítico y desolador que “*criar a un niño equivale en la práctica a hundir a una persona*”¹ (Cooper, 1981: 13).

En el caso particular de Costa Rica, el tema de la familia ha tenido un *lugar privilegiado* en el campo de la *investigación* desde la década de 1970. Diversos trabajos (Acuña y Denton, 1979; Álvarez, Brenes y Cabezas, 1983; Cordero, 1998; Landero, 2000/2001; Monge y Núñez, 1991; Reuben, 1995; Vega, 1994 y Vega y Cordero, 2001) han revelado progresivos cambios en nuestro país respecto a la conformación, constitución y organización tradicionales de la familia típicamente nuclear.

1 La cursiva es mía.

Por otra parte, resulta un hecho reconocido en el nivel mundial que durante la adolescencia, etapa del desarrollo en que aún se mantiene una independencia limitada con el grupo familiar, se inicia la gran mayoría de casos de abuso de sustancias psicoactivas. Según Bernstein (1992), el modelo sistémico plantea que la adolescencia de los hijos resulta un punto crucial dentro del *ciclo vital familiar*; esto amenaza el equilibrio del grupo, pues el hijo tiende a separarse de la familia nuclear y, con ello, peligra la "unión" de la pareja parental; mientras tanto, el modelo psicoanalítico propone que este periodo es propicio para que se inicie el consumo de sustancias, ya que en él se da la resolución definitiva de la trama edípica y de la simbiosis madre-hijo, con el consecuente duelo por la ruptura de la endogamia y la apertura hacia la exogamia, donde evidentemente este NO a la endogamia es el LÍMITE por excelencia.

Así, por ejemplo, la encuesta nacional sobre consumo de drogas efectuada en 1995 estableció las siguientes edades promedio de inicio en el consumo: 16,6 años para el tabaco, 18,01 años para las bebidas alcohólicas y 18,55 años para la marihuana (Bejarano, Carvajal y San Lee, 1996). De conformidad con este mismo estudio, entre quienes han fumado, el 81,1% de los varones y el 67% de las mujeres consumieron antes de los 19 años de edad; entre quienes han ingerido alcohol, un 42,4% lo hizo también antes de los 19 años; mientras tanto, un 20% de los consumidores activos de marihuana contaban con una edad entre los 12 y los 20 años.

Por otra parte, de acuerdo con la encuesta nacional del año 2000, la edad promedio de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas fue de 17,26 años, la de marihuana 17,7 años, la de cocaína 19,93 años y la de "crack" 22,7 años; asimismo, llama la atención que un 14,5% de quienes han fumado inició antes de los 13 años, en tanto que, entre quienes han ingerido bebidas alcohólicas un 10,1% empezó antes de esa edad, alcanzando el 74% antes de los 19 años (Bejarano y Ugalde, 2003).

Paralelamente, algunas investigaciones con población escolar (Obando y Sáenz, 2000; Obando y Sáenz, 2001; Sáenz y Obando, 2000), han referido edades promedio inferiores a los 13 años en el inicio del consumo para las diferentes

drogas. Asimismo, entre adolescentes que cursaban el tercer ciclo de la educación general básica en el año 1999, se estableció que el 13% de las mujeres y el 7,2% de los varones iniciaron el fumado antes de los 10 años (Bejarano, 2001).

En cuanto al panorama general de consumo de sustancias psicoactivas en el país, se puede afirmar que la proporción de bebedores problema (bebedores excesivos y alcohólicos) se incrementó entre 1990 y 1995 en un 1,4%, estimándose un total de 22 702 nuevos alcohólicos para 1996, aunado a que la incidencia anual en el consumo de bebidas alcohólicas aumentó durante dicho intervalo en 4,4 por cada mil habitantes entre 12 y 70 años de edad; además, entre 1970 y 1990 la condición de ser una persona con bebida problemática de alcohol (bebida excesiva o alcoholismo) entre jóvenes de 15 a 19 años, varió de no encontrarse este tipo de sujetos en 1970 a un 13% en 1990 (Sáenz, 1997).

En otro orden, la prevalencia de vida de consumo aumentó entre 1990 y 1995 para los casos del tabaco de 33% a 35,2%, de la marihuana de 3,7% a 3,9%, de la cocaína de 0,5% a 0,9% y del "crack" de no registrarse consumidores residentes en hogares a 0,4% (Bejarano, Carvajal y San Lee, 1996). En 1999, Bejarano (2001) halló entre adolescentes escolarizados en el nivel de 7°, 8° y 9° años una prevalencia de consumo de vida de tabaco de 44,1% para varones y 48,6% para mujeres. Otro dato preocupante es que Sáenz y Obando (2000), establecieron, mediante una muestra de 4415 estudiantes de 5° y 6° grados de la escuela primaria, ubicados en cinco provincias del país, las siguientes prevalencias de vida de consumo: 12,8% para las bebidas alcohólicas, 11,9% para tabaco, 0,8% para marihuana, 0,3% para "crack" y 0,2% para cocaína.

Según Rodríguez (2000), para 1999 se produjo e importó en Costa Rica un total de aproximadamente 128,8 millones de litros de bebidas alcohólicas, estimándose un consumo per-cápita de 52,51 litros de estas bebidas en población de 15 años y más².

2 Estos datos corresponden a la última compilación estadística elaborada por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia que se encuentra publicada.

Además, con base en los resultados de la encuesta nacional del 2000 la prevalencia de vida de consumo aumentó en el periodo 1995-2000 en los siguientes casos: marihuana de 3,9% a 5,5%, cocaína de 0,9% a 1,7% y “crack” de 0,4% a 0,7% (Bejarano y Ugalde, 2003).

En este sentido, Cooper (1981) propone la idea de que, en el marco de la estructura familiar clasista, las drogas son un ejemplo de querer pasar de la *eknoia* (estado en que la persona se encuentra totalmente alienada, fuera de sí) a la *anoia* (estado en que se trasciende el sí mismo) sin haber obtenido la autonomía.

Por otra parte, en la generación del fenómeno del consumo de drogas es reconocida, inclusive por la Organización Mundial de la Salud, la existencia de *factores familiares de riesgo* (Mendes, 1999; Sandí, Díaz, Blanco y Murrell, 1995; San Lee, 1994), entendidos no como causas directas, sino más bien, como elementos influyentes y facilitadores en el desarrollo de este problema de salud pública, que han de entrar en inter-juego con factores de riesgo de otra índole.

En concordancia con esto, se han señalado aspectos tales como: el consumo de drogas por parte de los padres, la actitud favorable o permisiva de los padres hacia las drogas, las prácticas parentales débiles e inconsistentes, los intensos conflictos familiares producto de la discordia marital y los pobres vínculos afectivos al interior del grupo familiar, entre otros (Sandí, Díaz, Blanco y Murrell, 1995).

En el caso de Costa Rica, se ha determinado que:

... La mayoría de los consumidores inicia su problema cuando todavía es miembro del grupo familiar de origen. En consideración a que el individuo no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo del grupo social, en constante transacción con quienes lo rodean, la familia constituye el contexto social básico dentro del cual se crea la dinámica de la salud mental y la psicopatología (San Lee, 1994: 7).

En atención a los elementos señalados, el presente artículo se propone como objetivos, por una parte, la indagación de las características de las familias de pacientes farmacodepen-

dientes, halladas por las investigaciones clínicas, tanto desde la perspectiva sistémica y comunicacional como desde la psicodinámica y, por otra, la indicación de recomendaciones prácticas en tres ámbitos: la prevención, el tratamiento y la investigación.

EL ENFOQUE SISTÉMICO Y COMUNICACIONAL

Este enfoque se ha fundamentado en autores como Gregory Bateson, Jey Haley y Nathan Ackerman, a finales de la década de 1960. En sus antecedentes conceptuales cabe citarse la teoría del campo y la cibernética.

Esta perspectiva de análisis puede dividirse, de acuerdo con González (1996), en varias corrientes:

- a) *Palo Alto*: fundada por Gregory Bateson plantea identificar los mensajes inadecuados que se han perpetuado a través del tiempo para lo que se prescriben técnicas paradójales.
- b) *Estructural*: desarrollada por Salvador Minuchin pone énfasis en las estructuras jerárquicas y en las posiciones dentro de estas y, considera como fuente de patología la pérdida de límites dentro de la estructura familiar.
- c) *Cibernética*: fundada por Mara Selvini Palazzoli se basa en el hecho que la familia como sistema homeostático mantiene mecanismos autocorrectivos, de lo cual se deduce que a cada acción le sucede una reacción compensadora, por lo que al registrarse progresos en un miembro, como consecuencia empeora otro.
- d) *Estratégica*: originada en la obra de Jay Haley refiere como base teórica la lucha por el poder entre diferentes representantes de las jerarquías familiares y la movilidad de estas, por lo que el acento recae sobre las alianzas abiertas o solapadas.

Al respecto, se puede señalar que

La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo.

Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales... (Minuchin, 1982: 39).

Con base en los postulados de la *teoría general de sistemas* se establece que cada grupo está conformado por diversos elementos o subsistemas en interacción y organizados de tal manera que un cambio en uno de los subsistemas induce a cambios en los restantes. Las tres características esenciales asignadas a los grupos humanos señalan que: todo sistema tiende siempre a mantener el equilibrio (*homeostasis*), el todo o sistema es más que la mera suma de las partes o subsistemas (*no sumatividad*) y el principio de que al crecer la familia crecen también sus miembros (*equifinidad*) (San Lee, 1994).

Aunado a ello, González (1996) plantea que el énfasis de este enfoque está puesto en el aquí y el ahora (a diferencia de la perspectiva psicoanalítica), donde se visualizan los síntomas como una tentativa de comunicación extraverbal, susceptibles de modificación; a la vez, se pretende identificar y modificar los mensajes, alianzas y comportamientos inadecuados.

En este contexto, el *síntoma* y su representante (*paciente identificado*) se concibe como un mecanismo de adaptación a las condiciones del sistema familiar.

De esta forma, el enfoque sistémico es:

Un modelo donde se analiza no sólo al individuo en su contexto, sino al propio contexto: la familia, en su calidad de sistema estructural en equilibrio, donde toda acción está influida e influye en las demás y cualquier síntoma conlleva reciprocidad (es una acción que se modifica con las acciones de los demás) y está relacionado con el mal funcionamiento del sistema y su necesidad de equilibrio (García cit. por San Lee, 1994: 9).

Ruiz (1992) refiere que, según las investigaciones de Bloom, si las relaciones intrafamiliares son estables, entonces el grupo de pares no tiene mayor influencia en lo relativo al consumo de drogas. En este mismo sentido, para Stanton, Todd y colaboradores (1988) el abuso más severo de drogas se define como un fenómeno familiar,

pues parece depender fundamentalmente de la calidad de la relación padres-adolescentes, lo cual coincide con el hallazgo de que la influencia del grupo de pares tiende a ser nula cuando la familia es funcional.

A este respecto, el abuso y dependencia de drogas "... ofrece al adicto y su familia una *resolución paradójica* de su dilema de mantener o disolver la familia, es decir, de su permanencia o partida" (Stanton, Todd y colaboradores, 1988: 32).

Siguiendo a Bernstein (1992), se pueden plantear las siguientes características de los grupos familiares de las personas farmacodependientes:

1. *Mala alianza marital*: Se refiere a la existencia de una pareja disfuncional, denominada también "como si".

Un estudio llevado a cabo en 1972 por Seldin (cit. por Cardaña y Vernet, 1992), en el cual se efectuó una revisión de las investigaciones sobre familias de adictos desde diversas disciplinas científicas, determinó que aquellas de carácter sociológico encontraron una alta presencia de familias de origen caracterizadas por el divorcio, la separación o la evidente hostilidad entre los miembros de la pareja; mientras tanto, las investigaciones psicológicas, psiquiátricas y de trabajo social hallaron familias sumamente inestables, marcadas por el divorcio o la separación.

En este mismo sentido, en 1970, Cemerini (cit. por Cardaña y Vernet, 1992) encontró que entre un 40% y un 45% de las familias de pacientes adictos presentaban un padre ausente o una familia incompleta.

Además, diversos estudios referidos por Cardaña y Vernet (1992), señalan importantes proporciones de hogares desintegrados o "rotos" en las familias de pacientes adictos, antes de sus 16 años de edad; así, por ejemplo, el estudio de Hawks demostró que casi el 50% de los pacientes habían sufrido de privación paterna o separación antes de los 16 años. En este sentido, Stanton, Todd y colaboradores (1988) han señalado una alta incidencia de desintegración familiar por separación de los progenitores o muerte de uno de ellos (más frecuentemente el padre) antes de los 16 años de edad

del hijo, dato este que parece ser consistente respecto a varios estudios adicionales.

Por otra parte, en México, Acosta, Alvarado y Flores (1992) comprobaron su hipótesis de que, si existe desintegración familiar, las familias de los y las pacientes no asistirán a las sesiones grupales.

En el caso de Costa Rica, Míguez (1982), al efectuar un perfil del paciente alcohólico halló que aproximadamente un tercio de los pacientes provenían de hogares caracterizados por el divorcio o la separación de los padres, donde los pacientes más jóvenes procedían, en forma significativa, de hogares en que los progenitores se habían divorciado; aunado a ello, el 84,4% de los casos donde se detectó divorcio o separación de la pareja parental, esto se produjo antes de que el paciente contara con 17 años de edad. Asimismo, Bejarano y Solano (1988) determinaron con respecto a las familias de origen, al caracterizar una muestra de pacientes alcohólicos, que en un 35% de los grupos había ausencia de algún progenitor, en un 26% se había producido abandono parcial de roles y un 12% de los pacientes eran hijos de madres solteras, esto a pesar de que el 86% de los pacientes "... creció en familias nucleares constituidas, al menos al momento de su nacimiento, por ambos progenitores" (pág. 15).

2. *Interacción simbiótica en la relación madre-hijo:* Existe una relación indiscriminada y "pegoteada", lo cual es de esperar ante una madre y un padre que no se encuentran entre sí.

En este sentido, Stanton, Todd y colaboradores (1988), reseñan que los adictos mantienen vínculos familiares muy estrechos y que el contacto con su familia es mucho mayor que el de otros grupos, tanto normales como de otro tipo de pacientes psiquiátricos; esto sobre todo en varones entre 20 y 35 años. En general, según estos mismos autores, en la familia de procreación el adicto tiende a perpetuar y reproducir la dinámica y los roles de su familia de origen; además, la proporción de matrimonios entre adictos varones es de sólo la mitad de lo esperado y la de matrimonios múltiples es mayor al promedio para ambos sexos.

Según diversos estudios,

... parece que alrededor de dos tercios de los drogadictos masculinos de menos de 35 años viven con la gente que los crió y el 80-85% mantienen por lo menos un contacto semanal con estas figuras parentales (Stanton, Todd y colaboradores, 1988: 27).

Míguez (1982), estableció entre pacientes alcohólicos costarricenses que un 30,8% de ellos convivía con sus padres u otros familiares al momento del internamiento, alcanzando esta proporción un 44,4% entre los pacientes de 26 a 35 años y el 62,4% entre aquellos menores de 26 años.

Aunado a ello, se ha encontrado una correlación significativa entre la cura de los pacientes y el hecho de *no vivir* con los padres ni parientes (Stanton, Todd y colaboradores, 1988).

Reiterando:

... La drogadicción sirve de varios modos para resolver el dilema del adicto en cuanto a ser o no un adulto independiente. Es una solución paradójica que permite una forma de seudoindividuación. Al usar drogas, el adicto no está del todo dentro ni del todo fuera de la familia. Se lo nutre cuando está 'dentro' y se culpa a la droga cuando está 'fuera'. Es competente dentro de un marco de incompetencia (Stanton, Todd y colaboradores, 1988: 34).

3. *Coalición intergeneracional:* Los problemas de relación de pareja, más la simbiosis madre-hijo, conllevan una unión confabulatoria de dos contra uno (madre-hijo *vs.* padre ó padre-hija *vs.* madre).

En este sentido, Stanton, Todd y colaboradores (1988) refieren que las alianzas entre los miembros de las familias de adictos tienden a ser explícitas e inclusive confirmadas verbalmente.

En 1979, Kaufman y Kaufman (cits. por Cardeña y Vernet, 1992) observaron 78 familias de farmacodependientes y concluyeron que "cuando el farmacodependiente de sexo masculino estaba 'aglutinado' con la madre, se provocaba una separación conyugal, una respuesta de agresión del esposo y/o el alejamiento de la familia" (Cardeña y Vernet, 1992: 52). Asimismo,

encontraron que, en aquellos casos en que este tipo de vínculo se daba entre el padre y la madre, ambos colaboraban para mantener al adicto en un estado de conducta infantil, pensando, actuando y sintiendo por él y los demás miembros, y culpándolo por la sintomatología psicósomática de la madre.

4. *Padre sobreinvolucrado y padre periférico*: Cuando el adicto es hijo varón, la madre juega el rol de padre sobreinvolucrado y el padre aparece como padre periférico; en el caso de que el paciente identificado sea una hija, la situación anterior tiende a invertirse. Esto resulta esperable de acuerdo con la existencia de una coalición intergeneracional y una mala alianza marital.

Gerard y Kometsky (cits. por Cardeña y Vernet, 1992) establecieron que los padres (varones) de los adictos jugaban un papel ínfimo en la vida de estos (aunque, a la vez, esta característica sea trascendental en la generación de la patología), ya fuera por ausencia, divorcio, separación o desinterés; 30% de dichos padres eran extremadamente moralistas y 20% dominados y paranoicos.

Asimismo, en un estudio efectuado en Costa Rica con pacientes alcohólicos, San Lee (1994) halló que la ausencia de alguno o ambos progenitores determinaba un mayor riesgo de aparición del consumo de alcohol.

5. *Falta de fronteras claramente delimitadas*: La familia como sistema está conformada por subsistemas (paterno y filial), entre los cuales hay fronteras y, en este caso particular, las mismas no son respetadas, favoreciendo de esta manera la simbiosis.

6. *Incongruencia jerárquica*: Se refiere a la carencia de respeto hacia el orden familiar establecido, dándose confusión entre los sistemas filial y paterno, todo lo cual es producto de la falta de fronteras.

7. *Dobles mensajes*: El discurso verbal de la familia dice una cosa, mientras que la acción “dice” lo contrario. Es como si dijeran al hijo: “haz lo que yo digo pero no lo que yo hago”.

8. *Deseos de muerte*: Estos deseos se presentan ya sea en lo explícito-verbal o en la interacción grupal (implícito-actitudinal).

9. *Secretos familiares*: Se refiere a secretos del aquí y el ahora de la dinámica familiar y, por ende, ahistóricos. Por ejemplo, el padre se emborracha y la madre lo encubre o disimula.

En el caso del tratamiento de pacientes farmacodependientes, González (1996) considera que la psicoterapia familiar de perspectiva sistémica y comunicacional es *imprescindible* y apunta los siguientes recursos derivados de este modelo:

- a. prescripción del síntoma: control de conductas al simularlas,
- b. identificación de paradojas comunicacionales: diagnóstico y discusión de mensajes contradictorios,
- c. delimitación de estructuras jerárquicas: corrección de papeles o roles según autoridad,
- d. identificación de alianzas y luchas por el poder: detección de uniones por el mando y el control,
- e. ensayo de meta-alternativas: valoración escenificada de otras conductas,
- f. interacción guiada: solución dirigida de errores comunicacionales, y
- g. moldeado familiar: corrección escenificada de conflictos.

Por su parte, Ruiz (1992) plantea que la descentralización síntoma-paciente y la comunicación paradójica son técnicas contraindicadas; mientras tanto, se recomienda utilizar el desbalance, la acomodación, el enlace y la intensidad³.

3 Para profundizar en estas técnicas, la persona interesada puede remitirse a: S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso y R. Mazza (1999). *La familia del toxicodependiente*, traducción de Juan Carlos Gentinele. Barcelona: Ediciones Piadós Ibérica./ S. Minuchin (1982). *Familias y terapia familiar* (tercera edición), traducción de Víctor Fichman. Buenos Aires: Editorial Gedisa./ S. Minuchin y H. Ch. Fishman (1984). *Técnicas de terapia familiar*, traducción de José Luis Etcheverry, Barcelona: Ediciones Piadós Ibérica./ M. D. Stanton, T. C. Todd y colaboradores (1988). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*, traducción de Carlos Gardini. Buenos Aires: Editorial Gedisa.

EL ENFOQUE PSICODINÁMICO

Para Pichón-Riviere (1982), el “enfermo” dentro del contexto familiar es considerado como el portavoz de las necesidades del grupo. El “enfermo” es el *depositario* de las ansiedades grupales, es quien carga con los aspectos patológicos del resto de sus integrantes, es el emergente que expresa una estructura socioeconómica y familiar alienante y su consiguiente configuración patológica.

De hecho, “*la familia en el fondo constituye un relato privado de los mitos de Narciso y Edipo*” (López, 1994: 193). Esto lleva a plantear la trama familiar entre la resolución narcisística con la incorporación del *tercero social*⁴ y el conflicto edípico con su consecuente *exclusión*.

La anterior afirmación, de inspiración profundamente psicoanalítica, hace referencia cómo en la vida de cada individuo, su familia se constituye en la instancia donde se inicia su desarrollo psicosocial en la temprana infancia, por medio de un vínculo simbiótico con la madre (diada), el cual es interrumpido por la irrupción en escena del padre, pasando de la relación dual a la triada, la cual, a su vez, rompe con el narcisismo omnipotente del infante. Poco tiempo después, el niño o la niña inician la fase fálico-edípica, con la cual buscarán el amor del padre del sexo opuesto y rechazarán al padre del propio sexo, tratando de entablar un vínculo estrecho con uno y excluyendo al otro progenitor.

La enfermedad de un miembro, sin embargo, opera como *denunciante* de la situación conflictiva y del caos subyacente que este dispositivo patológico de seguridad intenta controlar. El paciente, por su conducta desviada, se ha convertido en el portavoz, el ‘alcahuete’ del grupo (Pichón-Riviere, 1982: 70).

Para este mismo autor existe un paralelismo entre la definición de *grupo familiar* y de *grupo operativo*, pues se trata de un colectivo de

personas, las cuales se reúnen según constantes de tiempo y espacio, articuladas por su mutua representación simbólica y que buscan directa o indirectamente el logro de una tarea en tanto finalidad. A esto sólo cabría agregar los lazos consanguíneos entre los miembros del grupo.

La dinámica familiar se constituye a partir del sistema vincular que mediatiza la interacción interpersonal. En este sentido, Calvo, Riterman y Calvo (1982) consideran que la pareja es una unidad autosuficiente, generadora de una familia centrada en sí-misma para operar matrices vinculares con la comunidad, que es el tercero social por excelencia.

Estas autoras realizan un esquema del *sistema vincular ternario*, léase de la interrelación madre-padre-hijo/a, de gran importancia para la comprensión, no sólo de la dinámica familiar, sino también de la psicopatología del emergente; esquema en que el tercero puede ser “incluido” o “excluido”:

- a) *Tercero incluido como prolongación simbiótica de la pareja*: los tres son idénticos, refuerza la estructura fusional original y la familia se repliega en sí-misma.
- b) *Tercero incluido como locus de actuación complementaria*: es el receptor del conflicto de la pareja para su pseudo-entendimiento, donde los padres se “ponen de acuerdo” en su pelea con el hijo.
- c) *Tercero incluido como pareja complementaria*: es el “parche” que asume el aspecto deficitario del vínculo de la pareja parental, encubriendo así su fractura.
- d) *Tercero excluido eliminado*: su crianza se deposita en otros, se le desconoce.

En relación con lo anterior, el farmacodependiente ha sido calificado como “*hijo utilitario*”; es decir, un hijo “... al servicio de la institución matrimonio, del logro de la madre, del narcisismo del padre, ser parche que remienda el vínculo, hijos para retener alguno de los polos, etc.” (Materazzi, 1990: 36); el mismo autor clasifica los grupos familiares de los farmacodependientes de la siguiente manera:

4 Por “*tercero social*” se debe entender la figura del padre que entra a jugar en el psiquismo del infante en los primeros meses de vida como alternativa que intenta cortar la simbiosis de la diada madre-hijo.

- a. *Grupo insatisfecho estable*: se refiere a una pareja “como si”, el padre delega inconscientemente el rol de líder emergente en el hijo adicto y, así, el hijo aglutina a la familia.
- b. *Grupo insatisfecho inestable*: en este grupo los miembros se hallan aislados y la pareja no se encuentra como tal; de esta manera el *adicto* se vuelve el depositario de los núcleos psicóticos de la familia, *aglutinando* también a dicho grupo, con la exacerbación de las ansiedades confusional, paranoide y depresiva, y la tendencia a la segregación.

A este respecto, se plantean tres situaciones triangulares en tales grupos (Materazzi, 1990), a saber:

- a. *Situación triangular primaria del abandonado*: en este grupo los padres no constituyen una pareja; el hijo, contrario a ser producto del amor, resulta consecuencia de la falta de amor. La madre asume un rol de sobreprotección y sobreinvolucramiento, y preocupación excesiva por el hijo desde lo exterior, con la finalidad de demostrarse a sí-misma algo que no es cierto; o sea, que es buena madre. Por su parte, el padre se encuentra afectivamente desligado de la madre y del hijo, este último queda sujeto a la simbiosis con la madre y al abandono.
- b. *Situación triangular primaria del tercero excluido*: en este grupo se presenta una pareja “como si”, el hijo se siente como un estorbo para los padres y entonces se ve obligado a la actuación para llamar la atención (adicción).
- c. *Situación triangular primaria de la homosexualidad en la “dependencia”*: en este grupo se presenta una pareja “como si”; el padre del sexo opuesto presenta notorias características histéricas y se pasa seduciendo tanto al otro miembro de la pareja como al hijo. El hijo percibe de manera inconsciente (en el caso del varón) que no puede acceder a la madre porque el padre lo impide y entonces, el hijo intenta seducir al padre para alejarlo de la madre.

Por otra parte, se ha referido que “a través de sus síntomas, el adicto les comunica a sus padres y hermanos, «luchando por ser lo contrario de lo que ustedes son, uso los mismos métodos que ustedes, sólo que empleo distintos elementos»” (Kalina y Korin, s. f.: 2).

En este sentido, los autores clasifican dos tipos de grupos familiares, a saber:

- a. *Familia simbiótica*: Es aquella en la que todos los miembros interfieren en la vida de todos, denotando una falta de discriminación en los límites interpersonales. Se caracteriza por el “pegoteamiento”, el cual evidencia una incapacidad para autoprotegerse, de manera independiente. Por su parte, Bleger se refiere al grupo simbiótico como aquel que “se mueve en bloque en forma masiva y rígida, la unidad es la totalidad del grupo entre cuyos integrantes los roles son fijos y rígidos, se reparten (no se comparten), siendo asumidos por sus integrantes en forma complementaria y solidaria” (Bleger, cit. por Rambla, 1989: 26).
- b. *Familia cismática*: Es el polo opuesto de la familia simbiótica; es un sistema en el que todos los miembros están separados. Si una familia de este tipo se reúne, se exagera el potencial psicótico compartido que, a su vez, genera interacciones bizarras. El mensaje en estas familias se podría definir así: «separados sobrevivimos, juntos nos destruimos».

Para López (1994), la familia une a todos sus miembros mediante un equilibrio que se produce al organizarse patológica o narcisísticamente para conservar una estructura dada. Así, pues, en torno del paciente *adicto* o “emisario” se *organizan* y se *unen* los *miembros* de la *familia* por medio de valencias narcisistas.

De acuerdo con el enfoque integrador de Bernstein (1992), las familias de pacientes farmacodependientes presentan las siguientes características en el modelo psicoanalítico:

- 1. *Madre depresiva*: La madre mantiene un núcleo melancólico y el gran vacío que posee lo llena por medio del hijo; al quedar

este también vacío, se suple por medio de la droga. Al respecto, Levy (cit. por Bernstein, 1992) encontró una correlación significativa entre la actitud sobreprotectora de la madre y carencias afectivas durante la infancia de esta.

Paralelamente, López (1994) refiere que el paciente adicto se puede considerar como un “*objeto transicional*” para la madre y lo define como el “falo fecal de su madre”, en tanto: “... Juguete fetichista, el falo que obtura la falta narcisística, pero en donde la droga es utilizada para mantener la regresión infantil del adicto, para mantener la simbiosis con la madre y hacerle así en un objeto controlado y manejado por ella...” (López, 1994: 198). De esta manera, el autor plantea que *el paciente es el espejo del deseo de la madre*.

En este sentido, Kalina (1988) considera, en el plano de las relaciones objetales tempranas, que la madre aparece como un inadecuado continente afectivo, lo cual está relacionado con el micro o macroabandono del infante.

Asimismo:

... La madre atenderá posesivamente a su hijo, no porque este la necesita, sino principalmente porque ella lo necesita a él, o sino directamente lo abandona (...) Se produce en definitiva, una simbiosis que no se va a resolver en forma normal, a través de los procesos de separación-individuación... (Kalina, 1988: 16).

Gerard y Kometsky (cits. por Cardeña y Vernet, 1992), en su estudio con familias de adictos adolescentes encontraron que las madres eran extremadamente rígidas y dominantes; o bien, indulgentes y permisivas, 24% de ellas se clasificaron como seductoras.

Mientras tanto, en el caso de Costa Rica, se ha establecido que la presencia de antecedentes familiares de depresión incrementa la probabilidad de que la persona llegue a ser alcohólica (San Lee, 1994).

2. *Padre ausente*: Puede considerarse también como padre autoritario. Hace referencia a familias separadas o hijos de madres solteras; sin embargo, este concepto trasciende

el significado de la ausencia física. Alude al padre “presente-ausente”, aquel que no logra cumplir con la función paterna, que posee pene pero no falo, que no llegó a instalar en el hijo el significante respectivo, en tanto simbolización de la ley y el orden, pues no ocupa su lugar dentro del contexto cultural y, por ende, no logra cortar con la simbiosis madre-hijo.

En otras palabras, “... La figura paterna no es capaz de sostener las dificultades de su esposa y por otro lado no reacciona frente a la simbiosis madre-hijo para evitar así hacerse cargo de las necesidades y exigencias de su esposa y/o del hijo” (Kalina, 1988: 17); es decir, el padre no puede ejercer su función de prohibición, es débil y frágil aunque aparenta ser fuerte (autoritario).

3. *Hijo abandonado*: Es el resultado de una madre depresiva y un padre ausente. En la sobreprotección de la madre hay generalmente abandono y rechazo, ya que está más preocupada en transformar al hijo en su “droga antidepressiva” que en darle y, por su parte, el padre ve pero no observa, oye pero no escucha y se encierra aún más en su mundo narcisista. Es como si el padre le dijera a la madre: «puedes hacer con ese hijo lo que quieras, siempre y cuando no te metas conmigo».

4. *Falta de límites*: La autoridad implica poner y marcar límites; no obstante, si el padre no está, tampoco están los límites que conlleva la prohibición, porque tampoco hay ley.

En este sentido, Kalina (1988) señala que el otro no es reconocido como “socio con derecho propio”, sino que se encuentra al servicio de otro y, por lo tanto, las relaciones intra-familiares son de tipo narcisista, prevaleciendo una negación magnificada de los conflictos.

5. *Modelo adictivo*: El farmacodependiente es un emergente de la adicción familiar. Siempre se va a encontrar alguna adicción en la familia: hay quienes consumen drogas de manera oculta o quienes lo hacen abiertamente por la permisividad social (alcohol y

tabaco); si se habla de una madre depresiva no es extraño que esta use o abuse de psicofármacos de prescripción médica, obtenidos por vías legales o ilegales. Empero, también hay otras adicciones que no se refieren a sustancias, tales como comida, trabajo, juego compulsivo, televisión, pornografía, otras personas, etc.

A este respecto, Kalina (1988) refiere que Davidson acuña el término “*familias psicotóxicas*”, relacionado con un modelo que transmite, mediante la comunicación verbal y no verbal, una serie de comportamientos adictivos.

“Por ‘familias psicotóxicas’ nos referimos, en sentido amplio a aquellas que por sus características favorecen el desarrollo de síntomas de adicción; y en sentido estricto, a aquellas que incluyen uno o más miembros adictos” (Kalina, 2000: 53).

De hecho, Stanton, Todd y colaboradores (1988) han señalado como una de las características esenciales de estas familias, el exceso de bebida en una proporción significativa de los padres.

Paralelamente, Sandí, Díaz, Blanco y Murrelle (1995), han manifestado que el alcoholismo paterno o materno incrementa el riesgo de consumo de alcohol y otras drogas en los hijos; el tabaquismo en el hogar aumenta al doble la probabilidad de que el hijo adolescente fume; asimismo, el consumo de drogas en el hermano mayor y en el menor se encuentran estadísticamente asociados de manera significativa.

A este respecto, en diversos trabajos sobre el tema se ha señalado que “muchos adultos que crecieron en familias donde por lo menos un miembro era alcohólico, están significativamente en riesgo de llegar a ser alcohólicos, de casarse con un alcohólico, o de desarrollar problemas físicos o emocionales” (Black, cit. por Rambla, 1989: 24).

En el contexto nacional, Míguez (1982) estableció en el perfil del paciente alcohólico que el 77,1% de los casos refirió alcoholismo en alguno de los progenitores. Aunado a ello, San Lee (1994) determinó que la existencia de antecedentes de alcoholismo en la familia es un elemento primordial de riesgo para el abuso de bebidas alcohólicas.

6. *Pacto criminoso*: Hace alusión a un convenio (inconsciente) entre los padres contra el hijo, que busca sacrificar una parte para salvaguardar el todo y que tiene sus raíces en el filicidio como inicio del mito de Edipo, lo que se relaciona además con una madre que “chupa” al hijo hasta dejarlo vacío y con un padre a quien no le importa ese hijo. “La familia lo impulsa a la muerte, en parte mediante mandatos de proporciones desmesuradas que él no puede cumplir. Suele haber en estas familias expectativas respecto al hijo de una grandiosidad sorprendente” (Bernstein, 1992: 45).

Según el criterio de Kalina (1988), este pacto implica la muerte de un miembro del grupo (del emergente o del elegido), lo que en la práctica aparece como la salvación del contexto familiar y, ante la ausencia de la internalización de la prohibición, resulta psicóticamente en el *suicidio*⁵.

En este sentido, en una investigación efectuada en Costa Rica, mediante la revisión de expedientes correspondientes a autopsias llevadas a cabo en la Medicatura Forense en el mes de mayo de 1996 (Bejarano y Sáenz, 2000), se encontró que la única manera de muerte que resultó claramente asociada con el consumo de alcohol, según el criterio del médico

5 El lector interesado en profundizar sobre la relación entre adicción y suicidio, puede referirse a: O. Díaz y M. Sanabria (1994, set.), El fenómeno de la muerte en el campo de la toxicomanía, *Revista Española de Drogodependencias* 19 (3): 235-244; E. Kalina (1987), *Temas de drogadicción*, Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; E. Kalina (2000), *Adicciones: Aportes para la clínica y la terapéutica*, Buenos Aires: Editorial Paidós; R. Martínez y N. Corominas (1991, dic.), Suicidio y toxicomanía, *Adicciones* 3 (4): 301-307; L. Mondragón, M. T. Saltijeral, A. Bimbela y G. Borges (1998, oct.), La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol, *Salud Mental* 21 (5): 20-27; A. Narváez, H. Rosovsky y J. L. López (1991, set.), Evaluación del consumo de alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en servicios de urgencias, *Salud Mental* 14 (3): 6-12; E. Vera-Ocampo (1988), *Droga, psicoanálisis y toxicomanía: Las huellas de un encuentro*, traducción de Marta Vasallo, Buenos Aires: Editorial Paidós.

forense, fue el suicidio; dos terceras partes de los posibles suicidas registraron concentraciones de alcohol en sangre superiores a 120 mg., lo cual refleja estados de embriaguez aguda o superiores (intoxicación).

Además, Kalina (1988) sostiene que las relaciones típicas que se dan al interior de estas familias implican un “*pacto perverso*” en el que el padre niega la explotación que la madre hace del hijo, mientras que ello no invoque al padre, lo cual, además, le permite a la pareja subsistir en el tiempo.

7. *Duelo no elaborado*: En estas familias se encuentran históricamente muertes de miembros cercanos del grupo (duelo central no elaborado de toda la familia acuñado por Pichón-Riviere). Asimismo, se presenta el “duelo parental familiar” (Kesselman), que se entiende como aquel duelo de cada uno de los padres con respecto a su familia de origen, y el “duelo conyugal” (Kesselman), el cual se refiere al que hacen los esposos en el momento en que se convierten en padre y madre.

De acuerdo con Díaz y Sanabria (1994), diversos autores han encontrado una relación entre el consumo de drogas y el duelo no resuelto producto de la muerte de un ser querido, aunado a que la experiencia de muerte de un familiar cercano ocurre más tempranamente y en mayor cantidad en familias de adictos que en familias normales.

En este sentido, “las familias de adictos revelan un predominio de temas relacionados con la muerte y con muertes prematuras, inesperadas o repentinas dentro de la familia” (Stanton, Todd y colaboradores, 1988: 31).

8. *Secretos familiares*: Se trata de situaciones a nivel histórico que todos saben, ya sea conscientemente o no, pero nadie se atreve a mencionar, con la consecuente alteración del diálogo y la comunicación.

cumple la estructura familiar y, cómo actualmente los medios masivos de difusión, en buena medida, han sustituido ciertas funciones familiares. En este sentido, la familia ha perdido preponderancia, lo cual se ha visto reflejado en una especie de indiferencia al asumir sus responsabilidades en el proceso de crianza de la prole; es común que estas le sean depositadas a la escuela y el o la docente, o bien, que el padre o la madre, al llegar a casa luego de la jornada laboral, utilicen al televisor para suplir el tiempo del vínculo paterno-filial, situación que sería coincidente con el planteamiento del *tercero excluido eliminado* y su respectiva *situación triangular primaria*, constituyéndose en un *grupo insatisfecho inestable*. Estos elementos, que sobresalen a partir de las últimas dos décadas, lamentablemente no han sido objeto de la suficiente investigación psicosocioepidemiológica en relación con el abuso de sustancias.

En segundo término, cabe resaltar los puntos de encuentro entre los modelos sistémico y psicodinámico, en torno a las características de los grupos familiares de pacientes farmacodependientes, siguiendo para ello la propuesta efectuada por Bernstein (1992), a la cual se le eliminaron algunos elementos, por no considerarse prototípicos de estas familias, ni patognomónicos⁶ de las adicciones.

Ante este panorama, quizás sea posible comprender el por qué de las altas tasas de reincidencia entre pacientes dependientes de sustancias psicoactivas o el por qué, cuando un paciente presenta una mejoría, de inmediato su grupo familiar lo “boicotea” (haciendo síntoma otro miembro, presionando para que vuelva al hogar, “amenazando” con una separación de la pareja parental, etc.), todo en un sentido implícito (Rambla, 1989; Stanton, Todd y colaboradores, 1988); o bien, comprender en la práctica de las relaciones familiares el concepto de “co-dependencia”, el cual refiere al reforzamiento de la conducta

A MANERA DE DISCUSIÓN

En primer término, es necesario reflexionar sobre el papel de agente socializador que

6 Por “patognomónico” ha de entenderse aquella condición propia de una determinada patología (enfermedad), lo que la identifica como tal y está referido sólo a ella.

TABLA 1
RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ENFOQUES
PSICODINÁMICO Y SISTÉMICO

MODELO PSICODINÁMICO	CORRESPONDE A:	MODELO SISTÉMICO
Madre depresiva	⇒	Interacción simbiótica en la relación madre-hijo Padre sobreinvolucrado
Padre ausente	⇒	Mala alianza marital Coalición intergeneracional Padre periférico
Hijo abandonado	⇒	Interacción simbiótica madre-hijo
Falta de límites	⇒	Falta de fronteras Incongruencia jerárquica
Modelo adictivo	⇒	Dobles mensajes
Pacto criminoso	⇒	Deseos de muerte
Duelos no elaborados	⇒	Ciclo vital
Secretos familiares	⇒	Secretos familiares

Fuente: Bernstein (1992).

adictiva del paciente por parte de otros miembros del grupo familiar, o a cómo el farmacodependiente induce a estos al consumo de la sustancia específica.

Sintetizando la dinámica de estos grupos, se puede decir que el farmacodependiente es el portador del síntoma de la disfunción familiar que ayuda a mantener el equilibrio del grupo, refuerza la tendencia de los padres para continuar controlándolo y, además, posibilita la negación de los conflictos implícitos y explícitos de la pareja parental.

En tercer término, los elementos apuntados hasta aquí ponen de manifiesto la importancia del trabajo con el grupo familiar, no sólo en el ámbito psicoterapéutico, sino, y quizás con mayor énfasis, en el de la prevención (Burkhart, 2001; Mendes, 1999; Recio, 1999).

Desde la óptica preventiva, la familia debe ser considerada como un miembro más de la comunidad educativa, integrándola dentro de la dinámica de la educación para la salud, pues precisamente son las figuras parentales las llamadas a definir adecuados patrones de comunicación asertiva, valores, reglas o normas, límites, hábitos de vida saludable y habilidades sociales; en fin, el trabajo de la familia debe orientarse a proporcionar al hijo y a la hija las bases sobre las cuales pue-

da construir una imagen sana y positiva de sí-mismo/a⁷.

Lo antes dicho encuentra sentido en el hecho de que “en una educación de calidad es tan importante un buen curriculum y sus prácticas educativas asociadas como unas buenas relaciones familia-escuela basadas en la relación y ayuda mutua” (Villa cit. por Recio, 1999: 202).

De esta forma, la familia y la escuela comparten la educación en valores de niños, niñas y adolescentes, ante lo cual la institución educativa no puede limitarse exclusivamente a lo instructivo y académico, y que, como consecuencia, lleva a reforzar recíprocamente las acciones formativo-educativas de ambas instancias socializadoras.

En relación con lo anterior, la educación para la salud ha de ser entendida como:

el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conductas respecto a la

7 El lector interesado puede referirse al folleto elaborado por el Proceso de Comunicación del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, titulado “Drogas: un asunto de familia”.

salud, así como los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella (Vega y García-Manzanedo cit. por Centros de Integración Juvenil, 1998: 15).

Entonces, la labor preventiva en el medio familiar debe dirigirse a esclarecer y sensibilizar a este grupo primario sobre los factores de riesgo que facilitan el consumo de drogas, en especial aquellos que se producen al interior del mismo grupo, con el propósito de favorecer en sus miembros una actitud positiva respecto a los factores protectores del abuso y dependencia de las drogas.

En este sentido, la familia como institución social y principal medio educador del individuo, está llamada a promover los factores protectores, para lo cual existen líneas generales de acción, tales como: apoyar continuamente la valoración positiva de sí-mismo/a o autoestima de todos sus miembros; promover la comunicación asertiva entre sus integrantes; motivar a los hijos y las hijas para el cumplimiento de normas y valores que orienten la vida familiar y comunitaria, y estimular la utilización sana y creativa del tiempo libre⁸.

Por otra parte y de acuerdo con Bojórquez (1995), la psicoterapia familiar en el caso de pacientes farmacodependientes cumple varias funciones:

- a. una disminución en la posibilidad de deserción,
- b. una disminución en la duración del tratamiento,
- c. una disminución de las recaídas y
- d. la generación de un grupo de apoyo y contención para los momentos críticos.

Atender a la familia, escuchar sus problemas, despertar su atención y captar su interés, constituye el mejor aliado en el combate de la farmacodependencia, en

general y en la curación del enfermo. Además, la familia es una valiosa fuente de información respecto del problema, sus manifestaciones y su significado específico dentro de determinado contexto social (Arce, 1992: 62).

Asimismo, para este tipo de paciente, López (1994) recomienda la modalidad de “*comunidad terapéutica*”, ya que constituye una “*familia experimental*”, pues la transferencia se manifiesta en sus diferentes niveles, tanto hacia los compañeros y compañeras, como hacia los operadores y operadoras socio-terapéuticos/as, el o la terapeuta individual y la institución como estructura. Además, el ingreso de un nuevo o nueva paciente desata las rivalidades propias del nacimiento de un hermano o hermana, o ambivalencias; también es común que se produzcan conductas regresivas y de “chivo emisario” o “expiatorio”.

En este ámbito, López (1994) sugiere la intervención familiar en dos casos, a saber:

- a. pacientes adolescentes o de sexo femenino, con el propósito de influir sobre la estructura familiar que ha generado la patología del paciente, mediante una terapia sistemática, y
- b. pacientes varones mayores de edad, con una finalidad de diagnóstico, de disminución de la ansiedad en casos muy fóbicos o de resolución de fantasías y angustias de la familia, utilizando entrevistas familiares en número reducido y, tiempo después reevaluarlas con el paciente; no obstante, pueden ser contraindicadas en el inicio de su inserción en la comunidad terapéutica.

Asimismo, en México, *Centros de integración juvenil* han diseñado una estrategia de orientación a familiares de adolescentes consumidores de drogas ilegales, destacándose su utilidad en aspectos tales como: la sensibilización de las personas que acuden a solicitar servicios, un mayor conocimiento y comprensión de la farmacodependencia como *enfermedad*, un mayor compromiso con el tratamiento, el mejoramiento del diagnóstico —tanto individual como familiar—, un mayor conocimiento de los factores que precipitan la deserción, así

8 Diversas instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales dedicadas a atender esta problemática, tanto en nuestro país como en otras latitudes, han dedicado gran parte de sus recursos, a desarrollar estrategias y programas de prevención dirigidos precisamente al ámbito familiar.

como una disminución de la conducta adictiva del paciente, entre otros (Acosta, Alvarado y Flores, 1992; Torres, Barberá, Soubran, Amador, Cisneros, Ortiz y Sanz, 1992).

Paralelamente, con respecto al alcoholismo, Valverde (1997) ha señalado la importancia de la ayuda al alcohólico dentro del grupo familiar, destacándose la necesidad de brindar orientación a sus familiares cercanos o responsables, con anterioridad a que se inicie en algún programa de recuperación, refiriendo para ello estrategias concretas derivadas de la experiencia en grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) y Al-Anon; por ejemplo, reconocer como familiar que se está en dificultades frente a las bebidas alcohólicas, procurar informarse sobre la enfermedad y los recursos comunitarios de ayuda, reforzar la determinación del paciente para ser ayudado, estimular al alcohólico para que asista a reuniones de AA, no obligarlo a que esté de acuerdo, no regañarlo por su ingesta, no intentar descubrir las razones por las que aquél bebe, no buscar que el alcohólico ofrezca promesas, no sermonearlo, no intelectualizar sobre su forma de beber y alentarle a buscar la ayuda de especialistas.

Otro elemento que cobra gran valor es la necesidad de crear una política de investigación en torno a las familias de los farmacodependientes en Costa Rica. Lo anterior, en virtud de que el estudio de Sandí, Díaz, Blanco y Murrelle (1995), con la finalidad de adaptar el Drug Use Screening Inventory (DUSI)⁹, detectó pocos indicadores que permitieran establecer el "área familiar" del DUSI con un índice de severidad asociado estadísticamente con el consumo de drogas, ante lo cual sugieren mayor investigación para aclarar este punto. No obstante, estudios más recientes con población escolar han determinado el consumo en miembros del grupo familiar como un significativo factor de riesgo para el consumo de los niños y las niñas (Obando y Sáenz, 2000; Obando y Sáenz, 2001; Sáenz y Obando, 2000).

Esto permite recomendar para estudios posteriores la aplicación del FACES III de Olson,

escala adaptada a la población adolescente escolarizada del Cantón Central de San José (Rojas y Tichler, 1989), en el caso de adolescentes consumidores de drogas y sus progenitores, pues permite evaluar la funcionalidad familiar en términos de cohesión percibida e ideal, así como de adaptabilidad percibida e ideal.

En este sentido, el estudio de Rojas y Tichler (1989) concluyó que los resultados demostraron que la escala es sumamente efectiva en cuanto a la discriminación de grupos clínicos y no-clínicos; de hecho, los adolescentes del grupo normal obtuvieron puntajes significativamente más altos en cuanto a cohesión percibida, cohesión ideal y adaptabilidad ideal, en comparación con los adolescentes del grupo clínico.

Por último, cabe hacer especial mención a la necesidad de profundizar este tipo de investigaciones con perspectiva de género, debido a que, comúnmente se ha generalizado para las mujeres, tanto las características familiares de pacientes adictos varones como las modalidades de tratamiento desarrolladas con ellos, desconociéndose así las especificidades propias del sector femenino que presenta esta problemática sanitaria. A este respecto, Roig (2000) ha planteado como diferencias entre farmacodependientes varones y mujeres las que se detallan en la tabla 2.

La necesidad de profundización a la que recién se hizo alusión, cobra sentido fundamentándose en dos aspectos de suma relevancia; el primero se refiere a los cambios observados en el país, respecto a los patrones de consumo (incremento en el uso de drogas) y la edad de inicio (niveles cada vez más tempranos) en este sector poblacional, así como prevalencias de vida de consumo para ciertas drogas, mayores que en los varones (Bejarano, 2001; Bejarano, Amador y Vargas, 1994; Bejarano, San Lee y Carvajal, 1999; Molina, Durán, Donas y Rocabado, 1999; Obando y Sáenz, 2000; Obando y Sáenz, 2001; Sáenz y Obando, 2000).

El segundo aspecto se refiere al hallazgo de Kilpatrick (cit. por Walker, 1990), quien determinó con una muestra de 2000 mujeres, que la historia de la violencia doméstica es mucho más significativa que la historia familiar en la predicción del abuso de sustancias. En este

9 Cuestionario para el tamizaje del consumo de drogas.

TABLA 2
DIFERENCIAS ESTRUCTURALES DE LAS FAMILIAS DE FARMACODEPENDIENTES
VARONES Y MUJERES

Varones	Mujeres
✓ El padre está ausente.	✓ El padre está presente de forma perversa.
✓ El hijo es manejado por la madre.	✓ La madre es descartada o se descarta.
✓ El hijo es el depositario de la melancolía materna.	✓ La hija es la depositaria del manoseo y la virilidad paternos.
✓ Hay un intento de resolución edípica mediante la muerte (pacto criminoso).	✓ Hay un intento de resolución edípica mediante la eliminación de la madre.
✓ El pacto perverso da al hijo el lugar de dador universal.	✓ El padre se coloca como dador y la hija como receptora universal.
✓ El padre se retira como dador de la madre.	✓ La madre es excluida.
✓ El uso de la droga simboliza el manejo omnipotente de la muerte.	✓ Se utilizan las drogas para acceder a la posición fálica.

Fuente: Roig (2000: 74).

sentido, la historia de violencia doméstica debe interpretarse como parte de la historia familiar y, esta, no sólo como un conjunto de otros aspectos que caracterizan a las familias de adictos y que, tradicionalmente, han conformado lo que se conoce como factores familiares de riesgo.

Paralelamente, en el caso de las mujeres adictas "... *La probabilidad de incesto es mucho mayor que lo normal, con estimaciones que se elevan hasta un 90%*"¹⁰ (Stanton, Todd y colaboradores, 1988: 26); aunado a ello, se ha señalado, al analizar las necesidades de atención en el ámbito de la salud mental de las mujeres farmacodependientes:

Interés especial debe prestarse a la historia del abuso físico y sexual. El abuso con frecuencia no es explorado en las historias clínicas de rutina, debido a los profundos sentimientos de vergüenza que sienten las mujeres cuando los padecen, porque la memoria de estos episodios puede estar reprimida o porque el personal de los servicios de salud se siente incómodo de explorar estas áreas. Por lo tanto, es imperativo que existan interrogatorios sutiles al tema del incesto y del abuso, que puedan explorarse a lo

largo del tratamiento (Romero, Gómez, Ramiro y Díaz, 1997: 44-45).

Lo anterior pone de manifiesto, la urgente necesidad de efectuar estudios en los cuales se considere la historia de abuso sexual infantil, así como de otras formas de violencia intrafamiliar, como factores de riesgo para la farmacodependencia en mujeres y, a partir de allí, diseñar estrategias preventivas y terapéuticas que contemplen esta especificidad.

Epílogo

Vuestros hijos no son vuestros hijos.

Son los hijos y las hijas de la vida,
deseosa de sí-misma.

Son concebidos a través de vosotros
pero no vienen de vosotros.

Y aunque con vosotros están, no os pertenecen.

Podéis darles vuestro amor,
pero no vuestros pensamientos,

porque ellos tienen sus propios pensamientos.
Podéis albergar sus cuerpos, pero no sus almas,
porque sus almas moran en la casa del mañana,
casa que no podéis visitar ni siquiera en sueños.

Podéis esforzaros en ser como ellos,
pero no intentéis hacerlos como vosotros,
porque la vida no retrocede ni se entretiene
con el ayer...

10 La cursiva es mía.

BIBLIOGRAFÍA

- Althusser, L. (1983). *La filosofía como arma de la revolución* (décimotercera edición). Traducción de Óscar del Barco, Enrique Román y Óscar Molina. México DF: Siglo XXI editores.
- Acosta, V.; Alvarado, A. y Flores M. d C. (1992). "Conceptos y praxis de la orientación familiar a fármacodependientes"; en: Centros de Integración Juvenil AC (ed.) *Experiencias de trabajo con la familia del fármacodependiente* (cuarta reimpresión de la segunda edición). México DF: CIJ, Serie Técnica - Vol. 3. (Pp. 43-78).
- Acuña, O. M. y Denton, C. (1979). *La familia en Costa Rica*. San José: Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes-IDESPO, Universidad Nacional.
- Álvarez, A. T.; Brenes, A. y Cabezas, M. (1983). *La familia en Costa Rica: Algunos aspectos socioeconómicos, demográficos y psicosociales*. San José: Instituto de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Arce, R. (1992). "La psicoterapia familiar en el tratamiento de la fármacodependencia"; en: Centros de Integración Juvenil AC (ed.) *Aproximaciones teóricas a la familia del farmacodependiente* (cuarta reimpresión de la segunda edición). México DF: CIJ, Serie Técnica-Vol. 2. (Pp. 59-82).
- Bejarano, J. (2001, jul.-dic.). "El consumo de tabaco en la población joven costarricense. Hallazgos de la encuesta mundial sobre tabaco en jóvenes (GYTS, 1999)"; *Revista Costarricense de Salud Pública* (18-19): 19-25.
- Bejarano, J. y Solano, S. (1988, abr.). "Caracterización psicosocial de una población de pacientes con problemas de alcoholismo, atendidos en un servicio de tratamiento intensivo"; *Boletín Informativo del Departamento de Investigación del IAFA* 1 (1): 13-18.
- Bejarano, J.; Amador, G. y Vargas, A. L. (1994). *Consumo de drogas y percepciones de riesgo en el estudiante costarricense de 10° y 11° años 1993*. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
- Bejarano, J.; Carvajal, H. y San Lee, L. (1996). *Consumo de drogas en Costa Rica: resultados de la encuesta nacional de 1995*. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
- Bejarano, J.; San Lee, L. y Carvajal, H. (1999, abr.). "El consumo de drogas en la mujer costarricense. Evolución de cinco años"; *Salud Mental* 22 (2): 41-48.
- Bejarano, J. y Sáenz M. A. (2000, set.). "Consumo de drogas y muerte violenta en Costa Rica"; *Adicciones* 12 (3): 435-441.
- Bejarano, J. y Ugalde, F. (2003). "Consumo de drogas en Costa Rica: Resultados de la encuesta nacional 2000-2001". San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, documento inédito.
- Bernstein, M. (1992). "Farmacodependencia y familia"; *Cuadernos Iberoamericanos sobre dependencias* (1): 42-49.
- Bojórquez, E. (1995, oct.). "Avances en el tratamiento de la dependencia a drogas" (segunda parte); *Revista de CASAMEN* 1 (4): 38-48.
- Burkhart, G. (2001, mar.). "Intervenciones preventivas en la primera infancia en Europa"; *Adicciones* 13 (1): 89-100.
- Calvo, I.; Riterman, F. y Calvo, T. (1982). *Pareja y familia: vínculo, diálogo, ideología* (segunda edición aumentada y corregida). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Caparrós, N. (1977). *La crisis de la familia*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Cardeña, D. y Vernet, J. J. (1992). "Familia y farmacodependencia: una revisión bibliográfica"; en: Centros de Integración Juvenil

- AC (ed.) *Aproximaciones teóricas a la familia del farmacodependiente* (cuarta reimpresión de la segunda edición). México DF: CIJ, Serie Técnica-Vol. 2. (P. p. 37-58).
- Centros de Integración Juvenil (1998). *Proyecto orientación familiar preventiva*. México DF: CIJ - Subdirección de Prevención.
- Cooper, D. (1981). *La muerte de la familia*. Traducción de Javier Alfaya. Barcelona: Editorial Ariel.
- Cordero, A. (coord.) (1998). *Cuando las mujeres mandan*. San José: FLACSO-Sede Académica Costa Rica.
- Díaz, O. y Sanabria, M. A. (1994, set.). "El fenómeno de la muerte en el campo de la toxicomanía"; *Revista Española de Drogodependencias* 19 (3): 235-244.
- González, R. (1996). *Psicoterapia del alcohólico y otros toxicómanos*. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Kalina, E. (1988). *Adolescencia y drogadicción*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, Colección Villa Guadalupe.
- Kalina, E. (2000). *Adicciones: Aportes para la clínica y la terapéutica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Kalina, E. y Korin, S. (s.f.). "La familia del drogadicto". (Documento mimeografiado sin referencia).
- Landero, R. (2000, dic./2001, mar.). "Las familias monoparentales: sus características y tipología"; *Revista de Ciencias Sociales* (90-91): 9-23.
- López, R. E. (1994). *La rehabilitación del adicto*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, Colección Villa Guadalupe.
- Materazzi, M. Á. (1990). *Drogadependencia* (tercera edición actualizada). Buenos Aires: Editorial Paidós, Biblioteca de Psicología Profunda.
- Mendes, F. J. (1999, set.). "Drogadicción y prevención familiar: una política para Europa"; *Adicciones* 11 (3): 193-200.
- Míguez, H. A. (1982). *Estudio del paciente alcohólico: perfil de 3000 internos*, San José: Instituto Nacional sobre Alcoholismo (INSA).
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar* (tercera edición). Traducción de Víctor Fichman. Buenos Aires: Editorial Gedisa.
- Molina, M.; Durán, W.; Donas, S. y Rocabado, F. (1999). *Conductas de riesgo en adolescentes de 12 a 19 años en Costa Rica*. San José: Ediciones Perro Azul.
- Monge, A. L. y Núñez, C. (1991). "El papel de las figuras parentales en la atención de la salud, el desarrollo y la sexualidad en la adolescencia" (*Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología*). San José: Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Obando, P. y Sáenz, M. A. (2000, mar.). "Percepción, consumo y factores asociados con el fenómeno droga en población escolar de Heredia, Costa Rica"; *Adicciones* 12 (1): 127-135.
- Obando, P. y Sáenz, M. A. (2001, dic.). "El fenómeno droga en población escolar de la Provincia de San José: Tibás, 2000"; *Revista de Ciencias Sociales* (94): 35-49.
- Pichón-Rivière, E. (1982). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social I* (séptima edición). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Rambla, M. J. (1989, jun.). "Hijos de alcohólicos, dinámica familiar y sus consecuencias"; *Revista Costarricense de Psicología* (15): 23-31.

- Recio, J. L. (1999, set.). "Familia y escuela: agencias preventivas en colaboración"; *Adicciones 11* (3): 201-207.
- Reuben, S. (1995). *Características familiares de los hogares costarricenses* (Contribuciones 28). San José: Instituto de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Rodríguez, D. (2000). *Algunos indicadores relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas en Costa Rica 1999*. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
- Roig, P. M. (2000). "La familia de la mujer adicta"; en: Kalina, E. *Adicciones: Aportes para la clínica y la terapéutica* (con la colaboración de G. Dorado, R. Fernández Labriola y P. M. Roig). Buenos Aires: Editorial Piados. (P. p. 69-74).
- Rojas, A. L. y Tichler, J. (1989). "Adaptación de la Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar de Olson (FACES III) a la población de familias con adolescentes que cursan educación secundaria en el Cantón Central de la Provincia de San José" (*Actualidades en Psicología*, Vol. 5 – Nro. 47). San José: Programa Psicología Social, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Romero, M. P., Gómez, C., Ramiro, M. y Díaz, A. (1997, jun.). "Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta"; *Salud Mental 20* (2): 38-47.
- Ruiz, Z. A. de (1992, dic.). "La aplicación del modelo de terapia familiar estructural-estratégico en el manejo del abuso y la dependencia a las sustancias psicoactivas"; *Revista Científica Hogar CREA Dominicano 1* (2): 41-47.
- Sáenz, M. A. (1997, set.). "Alcohol y alcoholismo: un severo problema de salud pública en Costa Rica"; *Revista de Ciencias Sociales* (77): 21-34.
- Sáenz, M. A. y Obando, P. (2000). "Consumo de drogas y factores asociados en escolares costarricenses"; *Revista Costarricense de Psicología* (aprobado para su publicación en la edición nro.32:17-32).
- Sandí, L. E.; Díaz, A.; Blanco, H. y Murrel, L. (1995). *Adolescencia y consumo de drogas en Costa Rica*. Heredia: Dpto. de Investigación-Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto del Niño-Universidad Nacional (UNA).
- San Lee, L. (1994). *Factores familiares asociados al consumo de alcohol en la población que acude a tratamiento al IAFA. 1993*. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
- Stanton, M. D.; Todd, T. C. y colaboradores (1988). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Traducción de Carlos Gardini. Buenos Aires: Editorial Gedisa, Colección Terapia familiar.
- Torres, S. A.; Barberá, E.; Soubran, L.; Amador, C.; Cisneros, S.; Ortiz, S. y Sanz, A. M. (1992). "La orientación a familiares de farmacodependientes, una experiencia"; en: Centros de Integración Juvenil AC (ed.) *Experiencias de trabajo con la familia del farmacodependiente* (cuarta reimpresión de la segunda edición). México DF: CIJ, Serie Técnica - Vol. 3. (P. p. 9-41).
- Valverde, L. A. (1997, set.). "Atención del alcoholismo en el medio familiar"; *Revista de Ciencias Sociales* (77): 79-86.
- Vega, I. (1994). "Diversidad familiar en Costa Rica: un análisis tipológico en la Región Metropolitana" (*Actualidades en Psicología* Vol. 9 – Nro. 79). San José: Programa Psicología Social, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.

Vega, I. y Cordero, A. (eds.) (2001). *Realidad familiar en Costa Rica: aportes y desafíos desde las Ciencias Sociales*. San José: FLACSO-Serie Costa Rica.

Walker, L. (1990). *Las madres agredidas, los niños y el abuso de sustancias*. San José: Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente (ILANUD).

Mario Alberto Sáenz Rojas.
masaenz65@yahoo.com