

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA SISTÉMICA

ADICCION: una lectura interaccional

Alumna: Lic. Laura Del Pópolo
Dir.: Beatríz Sabah
Año: 2003

INDICE

TEMA: ADICCIONES, UNA LECTURA INTERACCIONAL.....	2
INTRODUCCION.....	3
CAPITULO UNO : EPISTEMOLOGIA.....	5
CAPITULO DOS : LAS DROGAS	10
CAPITULO TRES : INTERACCIONES	23
CAPITULO CUATRO : INTERVENCIONES	48
CAPITULO CINCO : ESTUDIO DE CASO.....	67
CONCLUSIONES.....	85
APENDICE	95
CITAS.....	95
BIBLIOGRAFIA	98

INTRODUCCION

La experiencia laboral en el centro asistencial en adicciones Jesús Nazareno dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza, ha permitido la integración de los aportes teóricos sistémicos con el trabajo terapéutico directo de familias con miembros adictos.

El cuerpo sistémico ha sostenido la labor terapéutica permitiendo enfrentar los avatares implícitos en esta problemática. Observar el mapa vislumbrar sus rutas, a veces oscuras, a veces con desvíos inesperados, alivia el camino de la psicoterapia de la toxicomanía.

Enmarcada en una epistemología cibernética sistémica, es posible entender la adicción inmersa en un contexto cargada de juegos interaccionales. Se intentará pues, develar el aspecto interaccional de la conducta adictiva, se trata de una pauta compleja, con intrincaciones familiares, sociales, culturales y judiciales .

Esta investigación pretende construir un marco conceptual teórico y clínico, que permita comprender el fenómeno adictivo desde su contexto familiar, además de proponer posibles intervenciones terapéuticas. Son los trabajos de investigación realizados por Stanton y Tood, Haley, Fischman, Kalina, Jorge de la Vega, entre otros, los que han permitido fundamentar la elaboración de esta tesis.

El marco epistemológico sistémico será desarrollado en el primer capítulo, luego se abordaran aspectos médicos de las adicciones, tipos de sustancias, efectos sobre el organismo, características de uso, entre otros, temas que serán abordados en el capítulo dos. El capítulo tres abre el abanico del contexto familiar, identificando las pautas de interacción de las familias con un paciente identificado adicto. ¿ Cómo se interviene en el ámbito terapéutico? La respuesta a este interrogante define el cuarto capítulo. El capítulo cinco estará dedicado a las conclusiones generales. Con el fin de ejemplificar lo desarrollado en el marco teórico se realizará un estudio de casos. El análisis de una familia durante el tratamiento, pondrá en evidencia funcionamientos familiares e intervenciones terapéuticas implementadas.

La epistemología sistémica, constructivista, se propone abordar el conocimiento teniendo en cuenta que el observador está incluido en el proceso de

conocer. Es por ello que el recorte y la puntuación de esta investigación tienen un sesgo subjetivo.

CAPÍTULO UNO.

EPISTEMOLOGÍA

Desde la Epistemología cibernética, sistémica; se supone centrar el estudio y la observación ya no en el individuo como objeto sino en la familia como sistema. A su vez, el concepto de sistema remite a la integración de las partes con el todo, del todo con las partes, de las reglas con el proceso, de la estructura con la función.

Pensar en sistemas supone pensar en relación, en unión, en interacción; pensar en objetos, en cambio, supone pensar en compartimentos estancos, aislados, fragmentados. Frente a la anterior relación simple y lineal, causa efecto, en los sistemas las causas se vuelven sobre si mismas y los efectos son necesarios, nutrientes, causales de las causas. Aparece entonces la retroalimentación.

De lo señalado se deduce que un " sistema es el conjunto de objetos así como la relación entre los objetos y entre los atributos, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones mantienen unido al sistema" (1)

Trasladada la noción de sistema al campo psicológico los objetos pueden ser seres humanos individuales, los atributos, sus conductas interaccionales y el sistema, la familia.

Vista como sistema, la familia es dinámica, está gobernada por reglas, sus miembros se conducen entre sí de manera organizada y repetitiva y las reglas pueden ser inferidas de esas secuencias repetitivas. Es decir, la familia opera a través de pautas transaccionales que regulan la conducta de sus miembros.

Cuando el campo de observación se amplía y se incluyen los efectos de las conductas individuales sobre los demás, las reacciones de los demás frente a la conducta individual, entonces el foco se desplaza hacia una interrelación entre las distintas partes. Se pasaría de esta manera a un estudio de las manifestaciones observables de la relación, cuyo vehículo es la comunicación.

Se acepta, desde un punto de vista comunicacional, que una conducta solo puede estudiarse en el contexto en que ha tenido lugar. Se puede afirmar que toda

conducta es comunicación y toda comunicación, afecta la conducta. Como es sabido, existen diversas unidades de comunicación, se llamará mensaje a cualquier unidad singular, una serie de mensajes intercambiados entre personas recibirá el nombre de interacción.

Las pautas de interacción constituirían, por último, la conexión de la conducta de una persona con las conductas de otras, en un nivel más complejo de comunicación.

La comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas, habría entonces en todo acto comunicativo dos aspectos intrínsecamente unidos: el contenido del mensaje y el aspecto relacional, que define la relación entre los comunicantes. Este aspecto relacional de la comunicación también está vinculado con el concepto de metacomunicación, es decir con la posibilidad de comunicar acerca de la comunicación misma. La capacidad de metacomunicarse es una condición sine qua non de la comunicación eficaz, además está relacionada con la percepción del self y del otro.

Otra característica básica de la comunicación se refiere a la interacción entre los comunicantes. "Para un observador, una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Sin embargo, quienes participan de la interacción siempre introducen lo que ha sido llamado por Bateson y Jackson la puntuación de la secuencia de hechos" (2)

En otras palabras en un intercambio entre personas, cada uno puntúa la secuencia estableciendo patrones de intercambio, la puntuación organiza los hechos de la conducta. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es una de las causas de conflicto en las relaciones.

Existen dos tipos de comunicación humana: la verbal y la no verbal o analógica que incluye la postura, los gestos, la expresión facial, el tono de voz, el ritmo y cualquier otra manifestación no verbal. La comunicación analógica tiene sus raíces en los períodos más arcaicos de la evolución humana. Frente a la complejidad y abstracción del mensaje verbal o digital, el analógico carece de sintaxis lógica y no hay equivalentes para sus elementos. En el lenguaje digital en cambio la utilización de la palabra supone la existencia de una conexión entre el nombre y la cosa nombrada.

Los seres humanos se comunican tanto verbal como analógicamente. En esta necesidad de combinar los dos lenguajes el hombre debe pasar constantemente de uno al otro y al hacerlo se enfrenta con problemas ya que la traducción adecuada del modo analógico de comunicación al modo digital, es un hecho que resulta difícil.

En cuanto a los modos de interacción se puede hablar de interacción simétrica y complementaria según se trate de relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia. En el primer caso, los participantes tienden a igualar su conducta y así su interacción puede considerarse simétrica. En el segundo caso la conducta de uno de los participantes complementa la del otro.

Lo que pretende postularse con esto es que la comunicación no debe entenderse como un simple modelo de acción y reacción sino que se trata de un sistema en un nivel transaccional. Se pretende además sentar bases epistemológicas a fin de comprender la conducta adictiva como una pauta compleja de interacción, como un acto comunicacional, inmersa en un contexto cargado de juegos interaccionales. Resultó conveniente remitir a uno de los postulados de esta investigación a fin de otorgar sentido al desarrollo de los conceptos vertidos en este capítulo.

Entonces, Watzlavich, Beavin, y Jackson afirman que toda conducta en una situación social es comunicación y está regida por reglas, en su mayor parte inconsciente, que son propias de un sistema comunicacional que se ha construido (3).

Maturana y Varela dan una definición un poco más amplia ya que entienden por comunicación al "Mutuo gatillado de conductas coordinadas que se da entre los miembros de una unidad social" (4)

Ellos critican lo que se llama metáfora del tubo, que aplicado a la comunicación, implica que algo se genera en un punto, se lleva por un conducto y se entrega al otro extremo.

A diferencia de esta concepción lineal, las concepciones constructivistas conciben al ser humano como creador de significados, desde este punto de vista, la comunicación es un proceso continuo de múltiples niveles por el cual se comparten, se validan, se generan significados en la interacción con los otros, a través de el se organiza la trama de experiencias que definen su propio yo y la propia concepción del mundo" (5).

Esta definición constructivista nos acerca a considerar que cada familia sostiene un mapa o modelo de mundo que genera una manera peculiar de actuar, pensar y sentir. También el mapa de mundo incide en los síntomas que se manifiesten y hasta en el modo peculiar de sufrir.

El mapa de mundo, o construcción internalizada de creencias, rige el pensamiento y la acción que a su vez refuerzan aquellas creencias y conducen a pautas estables de interacción, propias de cada familia. Será tarea del tercer capítulo abrir el abanico del contexto familiar, identificando las pautas de interacción propias de las familias con un miembro adicto.

Cuando hablamos de constructivismo, decimos que no existe una realidad objetiva, el observador está incluido en el proceso de conocer. Esto sería "cibernética de segundo orden.

La cibernética de segundo orden nos introduce en la dimensión de la subjetividad y de la complejidad.

Demoler la fantasía de una realidad objetiva, tangible, certera y controlable, es tarea del constructivismo. Se propone pues, comprender el mundo desde los observadores. Correr la mirada y abrir las puertas del que conoce significa penetrar en la estructura del ser, comprender sus límites al resignar la seducción del conocimiento objetivo. Desafiar la lógica del absolutismo, de las verdades inmodificables, es cambiar objetividad por subjetividad responsable.

En este sentido, como un planteo ético Lyn Segal afirma: "a fin de cuentas la preocupación moral del constructivismo es reducir los monstruos de la razón, revelando la naturaleza de la que sueña" (6)

Este corrimiento de afuera hacia adentro propone abordar el conocimiento teniendo en cuenta que el observador está incluido en el proceso de conocer. Así cada orientación terapéutica construye su propia manera de organizar el tratamiento, a su vez cada terapeuta realiza su propio distingo que orientará su modo de abordar cada caso. Se trata pues de un metamodelo terapéutico, de una meta comunicación que dicen sobre los mapas de la psicoterapia. Este planteo resulta liberador y creativo. Liberador ya que no se plantea una teoría inmodificable y verdadera, creativo porque permite trazar distingos y saber que son solo puntuaciones organizadas por el terapeuta.

El cuarto capítulo acerca de las intervenciones terapéuticas se apoya en esta concepción.

La drogadependencia en la República Argentina, tiene un efecto creciente, hecho que motiva preocupación en el área de la salud, es preciso como punto de partida reconocer la necesidad de su enfoque multidisciplinario, teniendo en cuenta su multicausalidad, y las dificultades para su abordaje. Médicos clínicos, Psiquiatras, Trabajador Social, Psicólogos, tienen su participación en el tratamiento de las toxicomanías.

Para el desarrollo de este capítulo se ha recurrido, entre otros, a conceptos desarrollados por la Dr. Estela Raquel Giménez. Profesora Titular en el Departamento de Toxicología y Farmacología, de la Facultad de Medicina (U.B.A.)

La drogadependencia es el abuso de drogas y sustancias químicas con fines no médicos, que se incorporan con la finalidad de cambiar el humor, alterar la percepción de sí mismo y del mundo que lo rodea, experimentar nuevas sensaciones y aumentar la capacidad funcional del consumidor en ciertas situaciones.

El uso no médico de drogas abarca desde el uso del alcohol hasta la aplicación compulsiva de opiáceos.

El empleo no médico de las drogas puede ser o tener:

- ❖ Carácter experimental
- ❖ Causal o recreativo
- ❖ Uso circunstancial
- ❖ Dependencia y uso compulsivo.

De modo que para hablar de drogadicción debe existir el **componente compulsivo**.

DEFINICIONES.

La dependencia puede definirse como la pérdida de control de la necesidad frente al uso de la o las sustancias apareciendo el deseo de seguir consumiéndola a pesar de los efectos adversos que provoca.

CAPÍTULO DOS

LAS DROGAS

Algunas drogas producen dependencia física y, o, psíquica que aparece como consecuencia de la exposición a una gran variedad de drogas y sustancias químicas.

La intensidad de necesidad o dependencia puede variar desde un deseo leve hasta un ansia ingobernable al punto de que si la droga no está disponible puede buscarla apelando a cualquier medio, mostrando una conducta recurrente.

La **dependencia física** es un estado fisiológico alterado producido por la administración repetida de una sustancia que exige la provisión continua de la misma para evitar la aparición de un síndrome estereotipado o síndrome de abstinencia

La tolerancia es la capacidad que se desarrolla en el organismo expuesto reiteradamente a una sustancia química de necesitar cada vez mayor dosis para el logro del mismo efecto.

Criterios de diagnostico para el abuso de sustancias

- ❖ Patrón patológico de uso.
- ❖ Deterioro de la actividad social o laboral debido al uso de sustancias
- ❖ Duración Mínima del trastorno de por lo menos un mes.

Criterios diagnósticos de dependencia de sustancias

- ❖ Presencia de tolerancia o abstinencia.
- ❖ Para alcohol o para marihuana se requiere además:
- ❖ Patrón patológico de uso o deterioro de la actividad social o laboral.
- ❖ Hay demanda oculta bajo la referencia de problemas de conducta u otros.
- ❖ Es frecuente la complicidad familiar, hecho que acentúa el ocultamiento.

Como generalmente los afectados son adolescentes es preciso diferenciar entre proceso propio de esta etapa del ciclo vital y uso indebido de drogas. Debe establecerse sospecha cuando:

- ❖ Hay cambios súbitos de la conducta habitual.
- ❖ Relaciones sociales alteradas: no cumplimiento de obligaciones con amigos y familiares por conductas excéntricas o impulsivas y por expresión inadecuada de sentimientos agresivos.
- ❖ Cambios bruscos en el estado de ánimo
- ❖ Actividad laboral o escolar deteriorada: ausentismos, indisciplina, dificultad para aceptar y cumplir responsabilidades
- ❖ Trastornos en la atención
- ❖ Cambios de amistades y salidas fuera del hogar sin destino conocido
- ❖ Cambios de lenguaje y de vestido.
- ❖ Abandono de su persona y de sus pertenencias
- ❖ Alteraciones del funcionamiento fisiológico: vómitos, palidez, sudoración, dificultad para orinar y defecar
- ❖ Enrojecimiento de los ojos, dilatación o achicamiento de las pupilas
- ❖ Dolores en el cuerpo
- ❖ Tos a repetición
- ❖ Alteración del ritmo del sueño
- ❖ Intoxicación aguda por sobredosis
- ❖ Disminución del peso corporal
- ❖ Infecciones a repetición como consecuencia de la forma de aplicación de las sustancias de la disminución de la inmunidad debido al efecto de las drogas y como consecuencia de la deficiente alimentación.
- ❖ Delitos contra la propiedad y prostitución como medios para adquirir la droga. En sus comienzos estos hechos son disimulados por la familia

FRECUENCIA DE CONSUMO EN NUESTRO MEDIO.

En nuestro medio es frecuente la politoxicomania, En orden de frecuencia se usan: marihuana, cocaína, benzodiazepinas (ansiolíticos y miorrelajantes), antitusivos(aplicados al tratamiento de problemas respiratorios), opiáceos y antiparkinsonianos. Son menos utilizados el LSD (derivados del ácido lisérgico) y las anfetaminas.

En poblaciones marginales hay mucho empleo de solventes volátiles.

El consumo de alcohol, cerveza, es alto y en crecimiento en la población joven. El uso de drogas autorizadas, aquellas que la sociedad aprueba, medicamentos, tabaco, alcohol, poseen también la fuerza de la dependencia provocando deterioro psicofísico, sin embargo es considerablemente menor el grado de marginación con que la sociedad responde.

PROBLEMAS ORGÁNICOS ASOCIADOS AL CONSUMO.

Las complicaciones infecciosas son consecuencia del hábito de compartir agujas y jeringas, hecho muy frecuente cuando se reúnen y realizan las prácticas de consumo grupal: rituales.

Las más conocidas por su gravedad y frecuencia son: SIDA, Hepatitis , infecciones de partes blandas y osteoartritis. Muchas de las complicaciones infecciosas se expresan por fiebre prolongada sin otros signos.

Pueden presentar también problemas orgánicos no infecciosos, enfermedades que dependen de la sustancia utilizada.

Por ejemplo:

Por alcohol: gastritis, alteraciones del hígado y enfermedades neurológicas y psiquiátricas.

Por solventes volátiles: anemia con depresión de la médula ósea, hipertensión endocraneana.

El humo del tabaco produce problemas respiratorios y cardiovasculares

El consumo de cocaína se asocia a la aparición de arritmias cardíacas y de problemas cardiovasculares.

Se comenta para cada droga una síntesis acerca de: la acción farmacológica, las indicaciones terapéuticas, la dependencia física y psíquica, tolerancia y las manifestaciones en la intoxicación crónica.

MARIHUANA

Esta sustancia proviene de la planta Cannabis Sativa, de origen asiático, cuyo ingrediente activo es un producto químico conocido como THC. El humo de la marihuana contiene más elementos cancerígenos que el tabaco.

La resina concentrada en el cannabis es conocida como Hachis.

Acción farmacológica : depresor del sistema nervioso central.

Indicación terapéutica: no se encuentra comercializada en nuestro país.

Vía de administración. Se fuma.

- ❖ Dependencia física: se considera que no tiene.
- ❖ Dependencia psíquica: aparece en algunos individuos.
- ❖ Tolerancia. Puede presentarse con el tiempo. Hay tolerancia si se consume alcohol y opiáceos.
- ❖ Síndrome de abstinencia. Aparecen manifestaciones como ansiedad, irritabilidad, disminución del apetito, insomnio. El cotejo sintomático desaparece en una semana.
- ❖ Intoxicación crónica: hay sospechas de que altera la fertilidad y el sistema nervioso central.

COCAÍNA

La cocaína es un polvo blanco llamado especialmente clorhidrato de cocaína, derivados de la hoja de la planta ERITHROXYLON COCA, que crece principalmente en los paises de América del Sur.

El modo más frecuente de consumo es en forma de polvo inhalado por las fosas nasales, pero también puede ser inyectado en el torrente sanguíneo, o fumada en forma de Pasta Base. La pasta base es un producto, que se obtiene mezclando

hojas de coca maceradas con sustancias tóxicas y altamente dañinas para el organismo como parafinas, bencina, éter y ácido sulfúrico.

- ❖ Acción farmacológica: estimulante del sistema nervioso central
- ❖ Indicaciones terapéuticas. Como anestésico superficial.
- ❖ Vías de administración: inhalada, fumada, esnifada parenteral.
- ❖ Dependencia física: produce
- ❖ Dependencia psíquica: aparece tanto más rápido según la vía de administración, en especial si se usa la vía endovenosa.
- ❖ Tolerancia: se discute
- ❖ Síndrome de abstinencia. Enlentecimiento psicomotor, atontamiento, letargia, irritabilidad, trastornos del sueño, sensación de opresión y muerte, parestesias (sensación de hormigueos dolorosos,), taquicardias, vértigo, vómitos.
- ❖ Intoxicación crónica: alteraciones de la personalidad, cuadros delirantes y depresivos, trastornos ciclotímicos y en la atención, Arritmias y alteraciones cardiovasculares, Alteraciones endocrinas y complicaciones dependientes de la vía de administración, por ejemplo perforación del tabique nasal. Problemas infecciosos variados.

OPIÁCEOS (INCLUYE DERIVADOS USADOS COMO ANTITUSIVOS) HEROÍNA.

Derivados del fruto de la Amapola. La India es uno de los países donde no está prohibido el cultivo de Amapolas del opio, o Adormidera.

La cosecha de la flor es artesanal, inmediatamente después de la floración, se debe realizar un tajito en el fruto sin ser sacados de la planta. Durante la noche las heridas rezuman una resina, esa pasta pegajosa y oscurecida por el sol, recogida con espátulas al día siguiente, es el opio.

Los opiáceos incluyen, los opiáceos naturales como la morfina, semisintéticos como la heroína, y sintéticos como la metadona.

Los opiáceos se prescriben como analgésicos, anestésicos, antidiarreicos o antitusivos.

Las características de intoxicación son: euforia inicial seguida de apatía, inhibición psicomotora, alteración de la capacidad de juicio o deterioro de la capacidad social o laboral, somnolencia, disminución de la atención y memoria.

- ❖ Acción farmacológica: son depresores del sistema nervioso central.
- ❖ Indicación terapéutica: dolores intensos, tos, diarreas.
- ❖ Vía de administración: oral, inhalación, endovenosa.
- ❖ Dependencia física: más intensa a mayor dosis.
- ❖ Dependencia psíquica: intensa.
- ❖ Síndrome de abstinencia. Es intenso y aparece tanto por la supresión como por el tratamiento con otros fármacos.
- ❖ Intoxicación crónica: los abusadores presentan numerosas complicaciones, hepatitis, SIDA, endocarditis, abscesos múltiples.

INHALANTES:

Los trastornos inducidos por la inhalación de hidrocarburos alifáticos y aromáticos, que se encuentran en sustancias como la gasolina, el pegamento disolventes y pinturas en spray, son altamente intoxicantes.

La característica esencial de la intoxicación por inhalantes es la presencia de comportamientos desadaptativos. Estos cambios se acompañan de signos que incluyen mareos, alteraciones visuales, incoordinación, marcha inestable, temblores y euforia. Las dosis más altas de inhalantes pueden provocar retraso psicomotor, disminución de reflejos.

Otros trastornos inducidos por inhalación son: delirium, demencia persistente, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad.

El usuario sufre constantemente de hemorragias nasales, náuseas, fallas en la coordinación

Tos y estornudos, similares a un resfriado.

ANFETAMINAS.

A diferencia de la cocaína, que se adquiere en forma ilegal, las anfetaminas o estimulantes pueden obtenerse por prescripción médica para el tratamiento de la ansiedad, o depresión.

La característica esencial de la intoxicación por anfetaminas es la presencia de cambios psicológicos que empiezan por una sensación de bienestar, seguida por la aparición de euforia sensación de vigor tendencia al contacto social, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, tensión, estado de alerta, grandiosidad, rabia, violencia y deterioro del juicio.

Estos cambios s acompañan de los siguientes signos, taquicardia, dilatación pupilar, elevación de la tensión arterial, sudoración escalofríos, náuseas, vómitos, pérdida de peso, agitación o retraso psicomotor, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolores en el pecho o arritmias cardíacas.

BENZODIAZEPINAS

Al igual que las anfetaminas, estas sustancias se consiguen por prescripción médica y su venta es legal.

- ❖ Acción farmacológica: Depresoras del sistema nervioso central.
- ❖ Indicaciones terapéuticas: ansiedad, insomnio, en algunas formas de epilepsia, y en crisis convulsivas. En el síndrome de abstinencia alcohólica
- ❖ Vías de administración: oral, endovenosa.
- ❖ Dependencia física: cuando se administran altas dosis durante períodos prolongados.
- ❖ Dependencia psíquica: sí.
- ❖ Síndrome de abstinencia: puede ser grave

❖ Intoxicación crónica: depresión, excitación, disminución del impulso sexual, temblores, alteraciones psicomotoras, baja presión arterial, ictericia, visión borrosa.

Alucinógenos

Este grupo de sustancias diversas incluye el ácido lisérgico o L.S.D. mezcalina, Extasis. Los alucinógenos se toman por vía oral, y por vía intravenosa.

La característica esencial de la intoxicación por alucinógenos es la presencia de cambios comportamentales desadaptativos clínicamente significativos, ansiedad, depresión causadas, miedo a perder el control, ideas paranoides, deterioro del juicio, estos cambios aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos, también se observan intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones y sinestesias.

Además el diagnóstico requiere que haya dos o más de los siguientes signos fisiológicos, dilatación pupilar, taquicardia, sudoración, palpitaciones, visión borrosa, temblores e incoordinación.

En la mayoría de los casos se conserva el sentido de la realidad, el sujeto sabe que los efectos son inducidos por las sustancias.

El abuso de drogas sean estas legales o ilegales, producen en el individuo efectos claramente identificables. Se intentará a continuación sintetizar estos efectos a fin de reconocer cuando un individuo abusa de sustancias.

Marihuana, puede detectarse por un olor dulzón en la habitación, la ropa, el cuerpo. Así mismo el aspecto general es de embriaguez, sin olor a alcohol.

Inhalantes, el usuario sufre de náuseas, hemorragias nasales, fallas en la coordinación, estornudos y tos similares a los causados por un resfrío, el aspecto general es de cansancio. El adicto a inhalantes suele poseer una colección desacostumbrada de gomas, pinturas, diluyentes, limpiadores, etc.

Cocaína, se exterioriza en forma de gran excitabilidad, ansiedad, locuacidad, dificultad para enfocar los ojos, aceleración del ritmo cardíaco, aumento de la presión

sanguínea y dilatación de las pupilas, posteriormente puede producir vómitos dolor de cabeza, náuseas, fiebre y alucinaciones.

Alucinógenos, se observa cambio en el aspecto de los ojos, dilatación de las pupilas, y extrema sensibilidad a la luz. Alucinaciones, inquietud, insomnio, dislalia, y una evidente pérdida de coordinación motriz.

Anfetaminas, su consumo produce una sensación temporaria de exaltación del animo, hiperactividad, pérdida de apetito, insomnio, vigor intenso y locuacidad. Sus efectos visibles son dilatación de las pupilas, sudor intenso, temblores, mal aliento, mareos, sequedad en la boca, y labios, picazón en la nariz, . Otros síntomas son comportamiento agresivo, irritabilidad, ansiedad, pánicos, y alucinaciones.

En síntesis, las sustancias psicoactivas, modifican el comportamiento, alteran la conducta del consumidor, su rendimiento intelectual, laboral y social.

Actúan sobre el sistema nervioso central (cerebro), alterando el estado de ánimo, provocando distorsiones en la percepción de la realidad con falsa sensación de aumento de audición, visión o sensibilidad cutánea, según las dosis aparecen alucinaciones, percepción de cosas o situaciones irreales. En el área cognitiva producen pérdida de memoria, baja capacidad de concentración, alteraciones en la atención. En el área motora, se presenta pérdida de equilibrio y de fuerza muscular, la capacidad de reacción también se altera.

La conducta personal presenta inquietud, excitación, pérdida de contacto afectivo, aislamiento, hosquedad, apatía. Estos signos conforman el denominado síndrome amotivacional.

Con frecuencia se presenta una baja en el rendimiento escolar, laboral, alteraciones a nivel familiar, y serios problemas económicos. Presentan una fuerte tendencia a transgredir las normas legales y costumbres sociales.

En no pocos casos se puede llegar a la psicosis tóxica, tipo paranoide.

La toxicidad de las sustancias afecta a órganos vitales como los pulmones, corazón, órganos sexuales y sistema inmunológico.

“Una sustancia que en vez de ser vencida por el cuerpo, es capaz de vencerle, provocando grandes cambios orgánicos, anímicos o de ambos tipos (7)”, de esta

manera Hipócrates y Galeno, padres de la medicina científica, definieron el concepto de droga psicoactiva hace ya milenios.

Resulta interesante una revisión histórica de las drogas, destacando lo que tiene de relevante en la mentalidad religiosa, y la medicina, para ello se ha recurrido a las investigaciones de Antonio Escohotado, profesor de derecho, filosofía y sociología, en la Universidad de Madrid.

El recorte particular de estas investigaciones tendrá que ver con las asignaciones y atribuciones otorgadas a las distintas sustancias según concepciones sociales, religiosas y medicinales.

UNA REVISIÓN HISTÓRICA DE LAS DROGAS

1-La Antigüedad remota.

La primera noticia escrita sobre el opio aparece en tablillas sumerias del tercer milenio a. C.

Mediante una palabra que significa también "gozar". Cabezas de adormidera (opio), aparecen también en los cilindros babilónicos más antiguos, así como en imágenes de la cultura cretence jeroglíficos egipcios mencionaban ya el jugo extraído de estas cabezas, y lo recomiendan como analgésico y calmante, tanto en pomadas como por vía rectal y oral. Uno de los empleos reconocidos, según un papiro de Ebers, es "evitar que los bebés griten fuerte: El opio egipcio aparece también mencionado por Homero en la Odisea, como "algo que hace olvidar cualquier pena.

Si el cultivo de adormidera parece originario de Europa y Asia menor, el de Cáñamo (marihuana) remite a China. Un tratado chino de medicina escrito en el siglo I afirma que "el cáñamo tomado en exceso hace ver monstruos, pero si se usa largo tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo"

También se ha descubierto su empleo en India, La tradición budista celebraba sus virtudes para la meditación. En usos médicos, la planta formaba parte de tratamientos para la fiebre, y el insomnio.

La primera referencia mesopotámica al cáñamo se produce en el siglo IX a. C. en tiempos de dominio asirio, y menciona su empleo como incienso ceremonial. El

brasero abierto era frecuente entre los escitas, que arrojaban grandes trozas de haschish sobre piedras calentadas cerraban el recinto para impedir que salga el humo. Una técnica parecida usaban los egipcios en sus ceremonias.

En el siglo VII a. C. los celtas exportaban cuerdas y estopas de cáñamo a todo el Mediterráneo. Muchas pipas indican que esa cultura conoció su empleo como droga.

El uso de plantas alucinógenas también se remonta a viejos testimonios en Medio y Extremo Oriente. A estas plantas ligadas tradicionalmente con el brujo y su oficio, se le atribuyen fenómenos de levitación, fantásticas proezas físicas, telepatía, y delirios, cuando no la muerte por intoxicación aguda.

En América, se conocen docenas de plantas alucinógenas. En la actual Guatemala, se han encontrado entre los monumentos de la cultura de Izapa ,piedras hongos, esculpidas por distintos puntos de Centroamérica. En Perú deidades de la cultura chavín aparecen en algunas tallas de piedra sujetando un cactus visionario, se han encontrado también pipas de cerámica con dibujos de peyote.

Las obras de pintura y escultura relacionadas con este grupo de drogas no tiene paralelo en la Antigüedad , entre las más asombrosas están el mural de Tepantitla , en uno de los templos de Tenochtitlán, y la estatua de Xochipilli, dios de las flores , cuyo cuerpo aparecen recubiertos por plantas psicoactivas.

Los estimulantes puros, basados en drogas como la cocaína y la cafeína, son originarios de los Andes. El arbusto de la coca crece allí. Existen esculturas de rostros con las mejillas hinchadas por la masticación de sus hojas. También son americanos el guaraná y el mate que contienen cafeína. El efecto de estas drogas es energizante, faculta para comer menos y trabajar más. Nunca sirvieron para producir trances. En la naturaleza de su efecto está también que su usuario sea un usuario regular, y recurra a ellas varias veces al día.

Las plantas productoras de alcohol son prácticamente infinitas.

Numerosísimas son las referencias al vino en la Biblia hebrea. El Antiguo Testamento distingue entre vino y bebida fuerte. Por bebidas fuertes se refieren a vinos y cervezas cargados con extractos de alguna otra droga. La actitud favorable al alcohol de la religión Hebrea tiene su opuesto en la religión de la India para quienes las bebidas alcohólicas simbolizan falsedad, miseria y tinieblas.

2- El descubrimiento de América

Que los tesoros Americanos fuesen básicamente botánicos sorprendió al conquistador. ...” Los aztecas curaron a Hernán Cortés una herida con tal pericia que éste escribió al rey que no dejase venir médico alguno al Nuevo Mundo...” (8) Sin embargo no había manera de distinguir a las eminencias médicas y farmacológicas indígenas de hechiceros, pues lo que para algunos eran curas para otros eran actos de magia impura. Las vacilaciones que este conflicto produce las expone Juan de Cárdenas en un libro de 1591, donde se pregunta “si alguna hierba o raíz permita forzar al demonio para que venga”. Desgarrado entre la medicina y el cristianismo, Cárdenas llega a la siguiente conclusión :

“El hombre que usa hierba a fin de sanar una enfermedad no ha de ver al demonio ni saber cosa por venir. Lo contrario sucede con el que con mal fin usa de las hierbas, a fin de ver al demonio y saber cosas que no sabía. A estos tales les permite Dios que se les presente el Demonio. ”(9)

Las hierbas concretas a las que se refiere Cárdenas son el peyote, y el tabaco.

La riqueza del continente Americano en plantas de tipo alucinógenas no es inferior a la de sus estimulantes, que siguen siendo los más preciados en buena parte del planeta.

Cuando Pizarro topó con el imperio Inca, en 1530, observó que el uso de la coca era una práctica idólatra. En este sentido un Inca realiza una disquisición notable:

“Se han dicho muchas cosas en contra de la pequeña planta, sin otra razón que la haber hecho ofrendas a los ídolos, debido a lo cual dice esta gente que su uso habría de prohibirse por completo. Lo dicho sería un sabio consejo si los indios ofrecieran esto y nada más al diablo, pero viendo que también los antiguos idólatras y brujos sacrifican maíz, verduras y frutas, lana, ropas y ganado y muchas otras cosas que no todas pueden prohibirse, tampoco debería suceder esto con la coca. ” (10).

Otra planta estimulante americana es el mate, que contiene una proporción de cafeína muy parecida a la del café. Acostumbrados los conquistadores a tanta idolatría vegetal, comienzan a postular que se trata de drogas que usan los brujos para “oír oráculos falaces del padre de la mentira, Satanás”. Los clérigos llevan estas

noticias a los Cardenales de Roma, quienes exigen a los jesuitas que se extirpe el uso de algo tan dañino para la salud de las almas y los cuerpos.

Las hierbas estimulantes fueron consideradas diabólicas.

Otro estimulante americano es el cacao cuyo cultivo es originario de México, donde los emperadores Aztecas lo consumían ceremonialmente, en una línea afín a la del Inca con la coca, conservándose cuencos, cucharas y otros instrumentos de oro para su administración. La primera noticia sobre esta sustancia aparece en una carta de Hernán Cortés al rey español, denominándola "alimento divino".

El tercer estimulante americano de gran relieve es la guaraná, que brota en los afluentes del Amazonas y posee concentración de cafeína notablemente superior a la del mate y el café. El hecho de crecer en la selva profunda, donde los colonizadores llegaron tarde y poco, explica que esta droga no haya motivado polémica.

Queda por mencionar la droga más extendida y venerada en América, que es el tabaco. Bebida, comida o fumada, esta planta interviene en ceremonias religiosas, ritos de pasaje y uso cotidiano, desde la cuenca del Mississippi hasta la Patagonia, y cuando faltaba el tabaco muchos aborígenes decían que la tribu era pobre.

Ya fumaban los primeros nativos descubiertos por Colón, y se sabe que los primeros en imitarlos fueron los conquistadores Rodríguez de Jerez y Luis de la Torre. También ellos fueron los primeros en sufrir proceso inquisitorial debido a esa costumbre, porque según decía el acta de acusación, "solo Satanás puede conferir al hombre la facultad de expulsar humo por la boca". (11).

CAPÍTULO TRES.
INTERACCIONES

El siguiente capítulo está destinado a la comprensión del contexto familiar del adicto.

Se intentará también develar el juego interaccional que se establece entre el consumidor y la sustancia, es decir, se postula, que, existe un espacio relacional entre el individuo y la droga, espacio cargado de atribuciones y entrampes relacionales. La experiencia terapéutica con adictos ha permitido una aproximación para esta consideración.

1- LA FAMILIA COMO SISTEMA.

Postular que la familia está implicada en un sistema de acción recíproca implica un cambio epistemológico, que, como se planteó en el capítulo uno, supone centrar el estudio y la observación ya no en el individuo como objeto sino en la familia como sistema. Pensar en sistema supone pensar en relación en interacción, pensar en objetos, en cambio, supone pensar en compartimentos estancos, fragmentados, aislados.

Sumada a las definiciones de familia expresadas anteriormente, y desde un enfoque más amplio, se considera a la familia como un "sistema organizado cuyos miembros unidos por relaciones de alianza y o consanguinidad, sustentan un modo peculiar y compartido de leer y ordenar la realidad para lo cual utilizan información de adentro y afuera del sistema y la experiencia actual e histórica de sus miembros" (12).

Existen pues distintas formas de funcionamiento familiar. En general, se pueden distinguir dos: el de las familias funcionales y el de las familias disfuncionales. Las características de unas y otras se advierten cuando se focaliza la atención en los siguientes parámetros:

- ❖ Capacidad de la familia para resolver problemas.
- ❖ Clima emocional de la familia
- ❖ Capacidad de cambio en el curso del ciclo vital de la familia
- ❖ Capacidad para regular la proximidad y distancia en las relaciones interfamiliares.

❖ Formación de fronteras generacionales funcionales.

John Weakland y col. Sostienen que las familias funcionales son aquellas capaces de abandonar conductas que les han resultado ineficaces, y de formular creativamente estrategias nuevas

Virginia Satir afirma que las familias que funcionan bien resuelven con éxito los problemas y evitan paralizar o fijar procesos interaccionales. Los conflictos suelen ejercer en ellas un efecto positivo en cuanto estimulan los cambios necesarios para el desarrollo, tampoco hace falta un chivo expiatorio que sea portavoz denunciante de alguna disfunción. Es también esta autora quien propone reglas de comunicación que garantizan la funcionalidad de la familia, estas son:

- ❖ Las transacciones que son iniciadas deben ser terminadas.
 - ❖ Las preguntas se formulan y se responden con claridad.
 - ❖ La hostilidad y los conflictos son reconocidos e interpretados
 - ❖ Los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismos y de cómo son percibidos por los demás.
 - ❖ Cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás y de comunicar las esperanzas, los temores y expectativas que tiene con respecto a las partes interactuantes.
 - ❖ Se admite la diferencia de opiniones
 - ❖ Los miembros de la familia son capaces de elegir entre varias alternativas de conductas, cada uno de ellos tiene capacidad de aprender de la experiencia y rechazar modelos obsoletos.
 - ❖ Los mensajes que los miembros de la familia se envían mutuamente son enunciados con claridad y la conducta correspondiente es coherente con el mensaje.
- (13).

Las familias que no logran cumplir con estos objetivos y características son familias disfuncionales.

La finalidad de toda familia son la alimentación, la adaptación al medio, la protección, la socialización de sus miembros. El no haber logrado estos objetivos básicos indica la disfuncionalidad del sistema. En este tipo de familias, los conflictos

no estimulan el desarrollo y la transformación sino que acentúan la rigidez y poca capacidad de cambio. Cuando el sistema se torna rígido, es porque, la incapacidad para cambiar roles y funciones pesa sobre las necesidades de diferenciación de sus miembros. Se estructuran relaciones rígidas que conducen a una progresiva disminución de las energías disponibles y a un empobrecimiento de la comunicación con el afuera. En el interior del grupo familiar disfuncional, se instaura una red de funciones que se refuerzan recíprocamente y que cristalizan las relaciones en roles estereotipados, en detrimento de experiencias nuevas y diferenciadas que son vividas como amenazantes para el equilibrio familiar. La consecuencia de esto es una confusión creciente

entre el espacio personal y el espacio interaccional de cada individuo, o sea entre el lugar de la definición del propio ser dentro de sí y el lugar de los intercambios con el afuera.

De estos conceptos se desprende que las familias con un miembro adicto son familia disfuncionales.

2- CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS CON UN MIEMBRO ADICTO.

José Arias, Fernández Labriola, Eduardo Kalina y Carlos Pierini, dicen que *"...la experiencia cotidiana nos muestra que surgen adictos de determinados grupos familiares y no de otros"*. Esta posición no implica una valoración de tipo moral sino que hay determinadas circunstancias de la vida que son facilitadoras e inductoras del consumo de drogas. Luego reflexionan *"estas son palabras que tenemos que decir con dolor, tristeza, respeto y comprensión hacia el otro que sufre, porque somos clínicos, nuestra actitud es de comprensión hacia la problemática humana y no de juicio..." (14)*.

Compartiendo esta reflexión, entonces, vamos a hablar de un tipo de estructura familiar en la que es posible que uno de sus miembros se convierta en adicto.

Estos sistemas familiares se caracterizan por presentar un modelo psicotóxico, a través de mensajes verbales y no verbales la familia se encarga de ir mostrando conductas adictivas que tienen que ver con el abuso de medicamentos,

psicofármacos, café, alcohol, trabajo, etc. para calmar ansiedades. En este modelo, pensar, esperar, y controlar los impulsos no existe, en cambio la acción y especialmente la acción tóxica sustituyen el pensar. En estos grupos familiares no se aprende el control de los impulsos, no hay esperas la gratificación debe ser inmediata. Es así como el uso indiscriminado de estas sustancias, a veces, en forma compulsiva ante cualquier ansiedad, va construyendo en el niño un modelo donde pensar, esperar, controlar los impulsos no existe, en cambio la acción y especialmente la acción tóxica sustituyen el pensar.

José Barrionuevo afirma que en el núcleo familiar de un adicto a las drogas es posible observar la presencia de adicciones en otros miembros del grupo, sea manifiesta o no, también ha observado una cosmovisión onnipotente de la familia como forma de vérselas con el mundo, expresándose en el incentivo exagerado al esfuerzo ciego, evitando el procesamiento psíquico ante la aparición de un obstáculo al logro de algún deseo anhelado. (15).

Se piensa que son familias con una estructura narcisista donde la delimitación del self de uno no está bien claro con la delimitación del self del otro, la invasión permanente de unos con otros es la norma, se funciona mediante invasiones que hacen que se borren los límites entre unos y otros.

Se observan características de fusión indiscriminación, dificultad en la individuación y autonomía, características que confluyen en pautas específicas de interacción.

Como es sabido, para lograr la autonomía (posibilidad del individuo de desarrollar cierta independencia de su ambiente, emancipación), el ser humano debe, en el transcurso de su existencia, configurar su propio self (*conjunto de ideas y percepciones del propio ser producidas en el transcurso del desarrollo individual e integrada en un todo funcional que se percibe como la identidad*), de modo que le permita diferenciarse de los otros individuos, para lograrlo, debe discriminar entre lo que le pertenece a si mismo y lo que le pertenece a los demás. En esto consiste el proceso de individuación. Desde la perspectiva sistémica, se entiende que la individuación es un proceso interpersonal que involucra a la familia como unidad. La familia puede tener diferentes formas de relación entre sus miembros o puede tratarse de familias bien diferenciadas con buenas fronteras entre el self y los otros o de

familias no diferenciadas, con fronteras difusas entre el self y los otros, como es la situación de las familias de adictos.

El desarrollo de la infancia a la adultez entraña un proceso recurrente de individuación. Por individuación se entiende la definición de sí mismo con relación a los otros, desde el reconocimiento inicial por él bebe de sus fronteras corporales con el cuerpo materno, hasta las experiencias adultas que requieren reevaluar la propia identidad en el interior de los vínculos, pasando por la definición inicial de los adolescentes con sus progenitores. (16)

El paso por las etapas del ciclo vital de la familia ponen a prueba al individuo porque crean una discontinuidad de la identidad a partir de las diferentes formas de vinculación; cuanto mayor sea el estrés experimentado en una transición evolutiva, tanto más urgente será la necesidad de aferrarse a una solución tranquilizadora. Pero la opción de vivir conforme a los roles tradicionales y las reglas familiares sólo protegerá por un tiempo de la confrontación, llegado el momento, el acuerdo deberá ajustarse gradualmente a esos roles y reglas de manera tal que puedan incorporar la nueva experiencia a una definición de sí mismo.

En el desarrollo normal de una familia, el crecimiento incluye la pérdida de viejas pautas de relación y la adquisición de nuevos aprendizajes. En la mayoría de las familias, el proceso evolutivo proporciona más ganancias que pérdidas y para cada uno de los miembros la diferenciación entre sí mismos y los otros integrantes del grupo es suficiente para que el crecimiento de éstos no se experimente como una amenaza a la organización del self. Cuando sucede lo contrario, es preciso controlar el crecimiento de los otros para que el propio self pueda sobrevivir.

Las familias disfuncionales con un miembro adicto, han fracasado en su proceso compartido de individuación. Han perdido el equilibrio entre explorar lo novedoso y mantener la seguridad de lo conocido. Paradójicamente las pautas familiares destinadas a conservar en su momento el equilibrio imposibilitan ahora el crecimiento, al mantener rígidamente el estatus quo.

En un contexto familiar indiscriminado como es el de estas familias, la fusión entre los integrantes impide el desarrollo de la autonomía. Modelo relacional que isomórficamente * el adicto repite con su droga. . esta idea, será desarrollada más adelante.

Siguiendo esta línea de pensamiento Murray Bowen postula la existencia de dos disfunciones paralelas: una emocional y otra intelectual. En este modelo, las enfermedades vista como un desorden del sistema emocional familiar. Para entender este aspecto resulta útil la aclaración acerca de que la existencia de cada individuo podría ser vista como un continuum de funcionamiento sobre un axis regulado por el grado de fusión y diferenciación: " La fusión implica que la conducta está dominada por el sistema emocional y por lo tanto es impulsiva y primitiva, la diferenciación implica que la conducta está determinada por el sistema intelectual" (17)

Para Bowen mientras más fusionado esté el individuo, más difícil será establecer para él relaciones que preserven su individualidad y separación. Este postulado se convertirá en uno de los ejes esenciales en el tratamiento de familias y adictos.

- *Isomorfismo: concepto derivado de las matemáticas, se refiere a que dos estructuras complejas pueden ser mapeadas entre sí de manera correspondiente*

Con respecto a la diferenciación de las familias Salvador Minuchin desarrolla los conceptos de apego y desapego excesivos. Conceptos de suma importancia en la comprensión de esta problemática.

Por apego excesivo se entiende tanto la dificultad para definir roles y funciones como la incapacidad para estructurar las relaciones rol -función; el desapego familiar, en cambio, sería la existencia de un marcado aislamiento en la familia que conllevan a una demarcación demasiado fuerte de los límites individuales con una restringida comunicación o influencia recíprocas.

Estas consideraciones generales, permitirán comprender lo que se postulará a continuación. Resulta preciso profundizar las intrincadas pautas familiares, en una mirada que permita visualizar como desde un microscopio la intimidad de estas familias.

"EL PACTO". UNA VISIÓN INTERACCIONAL.

En el libro "La familia del adicto, y otros temas" Kalina, Arias y otros, sostienen luego de varios años de investigación y de trabajo con adictos, que existe en las familias con un paciente identificado adicto, una especie de pacto, un pacto siniestro en la que el adicto cumple el mandato de no ser, designio que culmina con la destrucción parcial de la personalidad o con la muerte. El adicto es alguien que cumple con un

pacto criminoso en el cual participan él y su familia(18). Existe en estas familias un hijo que está destinado a no ser, es decir a no tener identidad propia, en su afán por ser elige una forma de no ser, como la identidad del adicto, una identidad negativa, es decir destinado a no ser un ser autónomo, con vida propia.

Cabe señalar que etimológicamente la palabra adicto viene del latín *addictum*, participio pasado del verbo *addico* que significa, adjudicar, ofrendar, designar. En épocas de la República Romana, *addictum* como adjetivo designaba al hombre que para saldar una deuda se convertía en esclavo por carecer de otros bienes ,más que su propio cuerpo, a fin de sustraerse del compromiso contraído. (19) .

Veamos como se origina este destino. Cuando una pareja se estructura decimos que surge una dialéctica entre roles asignados, asumidos, y los roles esperados o ilusionados. En el juego de interacciones, a veces, surgen malentendidos, cuando estos roles no se asemejan a las expectativas. En la situación de las familias con un miembro adicto, este tipo de estructura comenzó con un malentendido, basado en una mentira o engaño entre los miembros de la pareja: un pacto ilusorio. La problemática de la mentira en la familia del adicto es fundamental y si nos remitimos al significado etimológico de droga, significa mentira, embuste.

El hombre que va a ser el marido se coloca como una figura, que Kalina denomina "sol" o como un dador universal", la mujer, en cambio se dispone como una "receptora universal" . Aquí comienzan los malentendidos y se instala la primera mentira o el "pacto ilusorio" . Estos son roles asignados, esperados de uno y del otro. En cambio los roles asumidos son diferentes. El hombre, que se presenta como dador universal poco a poco se va transformando y se coloca en el papel de ´receptor universal". Y la mujer que era "receptora universal" se ve exigida a transformarse en una dadora universal". ..."A él aquella figura fantástica, ese sol, después lo reencontramos en la clásica descripción del padre del adicto, escondiendo una figura débil, que se ofrece como el que va a dar y hacer las cosas, posición que no sostiene y en cambio asume el rol de necesitado y exige, si no le dan, desaparece...."(20) El también está necesitado de estima, su relación con sus propios padres fue conflictiva y cargada de exigencias. En cambio ella, es la que tiene que dar, cuando le habían prometido que iba a recibir toda la vida. ".

Resulta que una pareja que se integra en forma funcional, pasa a tener una interacción mutua, con las posibilidades que ofrece un vínculo que se basa en el

respeto a las diferencias de cada uno, es democrático por esencia y por lo tanto no narcisista. El hijo es en consecuencia un logro enriquecedor que ayuda a ampliar el sistema vincular.

En cambio en la pareja "adictogenética", se presenta este pacto ilusorio que restringe y empobrece las posibilidades de desarrollo autónomo de los miembros, amenaza con romperse si alguno intenta alterar el status quo. En tal caso el divorcio es una amenaza peligrosa. El sacrificio de un hijo resulta homeostático para neutralizar las demandas producto del cambio de roles y mantener el vínculo encolado.

Por lo tanto, y como resultante del mencionado pacto surge como emergente "el elegido", es decir el hijo "droga"

Como se mencionó en párrafos anteriores, el adicto está destinado a no ser un ser autónomo, con vida propia, ahora podríamos decir que en realidad está destinado a ser para la mamá. Por lo general las madres de adictos, siguiendo a Kalina, son personas, depresivas, ya sea en forma manifiesta o enmascarada y su propia madre también lo fue. La personalidad depresiva, receptora universal, vive necesitada de estima de fuente externa. En otros términos depende hasta límites esclavizantes de la estima que viene de afuera de su self, es decir desde el otro. Entonces un hijo droga de quien se nutra, es la forma que el marido encuentra para tranquilizarla y así poder mantener su rol de esposo y padre, presente y ausente. Si no se va.

Hecho que ocurre frecuentemente, porque la frustración de la mujer, que en el fondo es depresiva, reclamante, angustiada, dramática y asfixiante; es insoportable para él. (21).

Otras perspectivas sostienen que los padres, en la mayoría de los casos son hombres pasivos, que se dejan dominar y mantienen una gran distancia con respecto a sus esposas. Ceden completamente sus prerrogativas como padres, a cambio de libertad para sumergirse del todo en su trabajo.

Las madres son mujeres exigentes y controladoras, que necesitan y mantiene fuertes relaciones simbióticas con sus hijos. No objetan el distanciamiento del esposo, mientras éste les permita el control total sobre los hijos.

Otro aspecto importante en las interacciones familiares es la vivencia del "NO", Es vivido como la muerte, tanto para el denominado "el elegido, como para los

padres. El no, ya sea transitorio o definitivo, implica esperar, y este es un concepto que todo el grupo familiar debe llegar a aprender que puede tener una connotación positiva y no siempre catastrófica, como tiene para ellos. Vale decir que disponen de la palabra no pero carecen de la experiencia de negación entendida como aceptación de límites.

Es importante resaltar el factor tiempo. Saber esperar. Tomar conciencia de que algo que comienza y termina, es insoportable para quien terminar, implica vacío, pérdida.

En consecuencia, al hijo droga, le pasa esto. Va creciendo y en el proceso de desimbiotización recibe mensajes contradictorios que le dicen: no te desimbiotes, quédate conmigo, no seas. En vez de ser un ser para la vida debes ser un ser para mí y por lo tanto para todo el sistema.

Este tipo de adoctrinación es mediatizada en forma de mensajes contradictorios, modelos tóxicos, pactos perversos, y de toda clase de mensajes mediante los cuales se les enseña que crecer, independizarse, ser, significa causar la catástrofe total del núcleo familiar. Si crece y se vuelve autónomo el hijo, abandona a su madre, por lo tanto ella queda enfrentándose con su propio vacío, con sus insatisfacciones y disfunciones conyugales.

Este fenómeno interaccional es conceptualizado también desde una vertiente Psicoanalítica.

Olievenstein, en "La vida del toxicómano, afirma; ...el hijo que será adicto revitalizará un juego ilusorio, deberá ocupar el lugar de ser lo que la madre desea: Superman, Tarzan o Popeye, es decir un dios, un ser especial. Se ha denominado a la drogadicción como "el síndrome de Popeye.. El drogadicto ilusiona en cada incorporación de la droga encontrar la espinaca y así poder lograr en forma inmediata, o sea mágica, omnipotente, realizar ilusoriamente el deseo de ser un ser grandioso, que a su vez, es el deseo de la madre. La madre funciona como un Superyo sádico y el adicto como un Yo ideal maníaco, que no debe deprimirse para satisfacer el Ideal del Yo materno, que a su vez es imposible de satisfacer.

A través de su esclavitud, (ver el significado etimológico ,pág 17), el adicto lleva a cabo una tarea salvacionista, hasta la muerte si es necesario. Es que si no es mediante el acto grandioso ilusorio nunca podrá satisfacer lo que se espera de él.

Como ya se ha mencionado estas familias se caracterizan por hacer la vista gorda, en esta ceguera, nadie puede ver ni que el hijo es un adicto, ni el adicto ve su cuerpo, no se ve así mismo, no ve su destrucción.

Estos modelos los van aprendiendo y así se va configurando un proceso de desarrollo en el cual se le descalifican todos los valores de lo que es la vida autónoma, invirtiéndose el significado: autonomía o libertad es mala, dependencia o sumisión, es bueno.

El potencialmente adicto también aprendió, desde su nacimiento, que la palabra no vale nada,. Nunca fue escuchado, tampoco mirado, es decir se lo miraba sin ver o viéndolo parcialmente, continuando con la línea de la ceguera, es así como la interandina, así aprende a hacer la vista gorda.

Son familias donde la acción prepondera la palabra y en consecuencia el lenguaje verbal está descalificado. Esto es vivenciado como que los padres son mentirosos, y la mentira se convierte en uno de los síntomas del adicto.

Por estas razones es que en el tratamiento se intenta lograr un sinceramiento tanto personal como familiar. Se colocaría a las familias en el camino de enfrentarse con la verdad de quienes son. La valoración de la palabra, de la expresión a través de la palabra es otro elemento fundamental en los tratamientos, sabemos que en la psicología la palabra es central, recurso imprescindible para estas familias ya que el lenguaje de la acción siempre sobrepasa al lenguaje verbal.

Otro de los aspectos importantes en la caracterización de estos grupos familiares es la problemática de los límites, ya se adelantó, como el no, no tiene registro simbólico. Es decir, que para poner límites no basta con decirle a un hijo que vuelva a las 12 hs. de la noche, sino que significa delimitar quien es quien, desde el comienzo de la vida.

La importancia al significado del no, tiene que ver con que son familias con una profunda estructura narcisista, formulación que significa, mirando siempre con microscopio, que estamos ante una estructura simbiótica, donde la limitación del self de uno no está bien clara de la delimitación del self del otro y la invasión permanente de unos por otros es la norma. Se funciona mediante invasiones que hacen que se

borren los límites entre unos y otros. Esta modalidad también es manipulación. Sabemos que el adicto es manipulador.

Todos deben aprender el significado del límite, desde respetar los espacios de cada uno hasta

Aprender a tolerar la ansiedad, intentando no regirse por la inmediatez.

Entonces, tenemos que: la mentira, los dobles mensajes, la falta de confianza en la palabra, el predominio del lenguaje de acción, la manipulación, el modelo tóxico, los pactos perversos, son todos fenómenos interaccionales que van configurando un hijo con profundos sentimientos de abandono, vivencias depresivas y que en la droga encuentra la ilusión de integridad y muchas veces de identidad: "soy adicto".

Hasta aquí el desarrollo de las pautas interaccionales , desde el aporte de Kalina , Arias , Labriola , Pierini, y Olievenstein.

Se propondrán ahora los aportes teóricos de Stanton y Tood.

EL CICLO VITAL.

Desde el marco conceptual del ciclo vital, se toman los trabajos realizados por Staanton y Tood, dentro del proyecto de Adictos y Familias, realizado en Filadelfia E.E.U.U.

En ellos quedó demostrado el nexo entre el abuso de sustancias y las etapas del desarrollo individual y familiar.

El modelo conceptual de estos autores propone la idea que la drogadicción puede concebirse como parte de un proceso que involucra a tres o más personas, por lo común el adicto y sus padres. Ellos observaron que cuando el equilibrio conyugal se ve amenazado el adicto se conduce de manera de llamar la atención en él. Superada la crisis conyugal, es adicto adopta una conducta más competente , pero a medida que funciona más independiente de la familia, los padres quedan solos frente a sus conflictos que no resuelven. En este punto el ciclo, aumenta las tensiones conyugales y surge la amenaza de separación, entonces el adicto se conduce de modo autodestructivo y así continúa el ciclo triádico disfuncional.

A Stanton y Tood les impresionó la utilidad del ciclo vital de la familia, a diferencia de las nociones puramente estáticas de las pautas y la estructura familiar, como paradigma para identificar las variables que rodean el problema del drogadicto y prescribir el tratamiento.

Las etapas del ciclo vital que predominan en el desarrollo de la adicción son: la entrada en la adolescencia y la emancipación. En estas etapas se plantea un cambio en las reglas familiares sobre todo las que tienen que ver con la autonomía y mayor relación con el afuera. Es aquí donde aparece el punto de tropiezo en estas familias.

Las ideas fundamentales de los estudios realizados por estos autores son:

Stanton y Tood consideran que el abuso de sustancias es una resolución paradójica a la crisis de autonomía. En este sentido el síntoma le sirve al adicto para mantenerse cercano y distante a la vez, poderoso e irresponsable, tener experiencias casi sexuales y permanecer fiel a la madre.

Es decir que su posición es de pseudoindividuación .

En su modelo conceptual también se consideró las relaciones parentales, cuando el equilibrio parental se ve amenazado por separación o crisis el adicto intenta centrar la atención en él mediante la autodestrucción.

Desde esta perspectiva , la conducta del adicto cumple una importante función protectora y contribuye a conservar el equilibrio homeostático del sistema familiar. En este sentido al concentrarse en los problemas del adicto, por más riesgosos que sean, los padres toman un rumbo aparentemente más seguro que el de encarar conflictos conyugales de larga data.

Como ya se mencionó, las etapas del ciclo vital que predominan en el desarrollo de la adicción son la adolescencia y la emancipación, pero se considera la emancipación como etapa de mayor riesgo. Parece ser que durante la adolescencia la pauta de adicción está menos arraigada, y la familia puede ejercer una influencia poderosa. En ambos casos el consumo es una respuesta a una crisis de desarrollo que enfrenta toda la familia.

A la luz de estas observaciones, sugieren para el tratamiento trazar fronteras claras entre el sistema conyugal y filial a fin de evitar coaliciones intergeneracionales,

y restablecer el control parental adecuado. (estas propuestas serán trabajados en el próximo capítulo)

Haley concluyó que la etapa de mayor riesgo es la emancipación por lo que propone incluir a la familia de origen agrupar a los padres para que ayuden al hijo a marcharse por "el buen camino".

UNA INVESTIGACIÓN INTERESANTE ...

En Argentina La Fundación Cedro subsidió un proyecto de investigación, con bases sistémicas, realizado por: Ana María Kornblit, Ana Mendes, Azucena Bilyk, Graciela Di Marco ,Luis Gonzalez, Daniel Frankel. (22)

Se comentará acerca de esta investigación, realizando un recorte de la misma a los fines de ampliar los conceptos pertinentes a esta tesis.

La investigación se basó en una muestra de 61 adictos residentes en tres centros asistenciales de la ciudad de Buenos Aires. En la mitad de los casos (31), se tomó también una entrevista familiar. La información relevada se cotejó con respecto a alguna variables, con la aportada por una muestra de 30 sujetos de control. En estos casos se entrevistó también a las familias, en la totalidad de los casos. La selección de los sujetos control se realizó mediante el procedimiento denominado muestra por cuotas o intencional. ,en la que se buscan sujetos correspondientes a cada uno de los grupos a estudiar hasta completar el número estipulado de acuerdo con las variables sociodemográficas establecidas (sexo, edad, ocupación, educación). El grupo de control quedó así homologado al grupo de estudio.

Se tomó a cada uno de los sujetos del estudio una entrevista semidirigida de una hora y media de duración, con preguntas abiertas y cerradas, con el objetivo de obtener información acerca de: características generales de los sujetos adictos y de sus familias, para compararlas con las de los sujetos control y sus familias. Y concepciones generales de los sujetos control acerca de la temática de la drogadicción.

1- Relaciones familiares

Existe un mayor porcentaje entre los drogadictos, (18%) de familias con un solo padre, en la mitad de los casos por fallecimiento de uno de los progenitores.

Entre los controles el porcentaje de familias incompletas es del 7%. Esto abona la hipótesis, ya corroborada en algunos estudios, acerca de un mayor contacto con vivencias de pérdida, por parte de los sujetos drogadictos.

Los datos confirman también el conocimiento ya aportado por otras investigaciones acerca de la existencia de uno a más miembros de la familia adictos, en el caso de los consumidores.

Sin embargo los familiares de los adictos tienden a negar la existencia de otros adictos en la familia.

El consumo de alcohol y tabaco es visualizado como adicción en mayor porcentaje por los jóvenes de ambos grupos, que por sus familiares. La mayoría de los sujetos control también consideran adicción a otros elementos como la televisión y el trabajo.

Respecto al clima familiar, existen diferencias significativas entre las respuestas de los sujetos drogadictos y las de los controles.

Los drogadictos perciben en mayor porcentaje que los controles un clima familiar de peleas y violencia, tanto ellos como los controles tienden a percibir un clima familiar más conflictivo que sus familiares.

Las familias de los controles son más críticos consigo mismos que los familiares de los adictos, con respecto al clima habitual de la casa.

Con relación a las alianzas entre los miembros de la familia, los sujetos de control perciben a sus padres unidos en un porcentaje mayor que los sujetos drogadictos y se sienten aliados de la madre o del padre en un porcentaje mayor que los adictos.

En lo que se refiere a la cohesión familiar, los miembros de la familia control están más presentes psicológicamente entre sí que los de las familias de los drogadictos. Esto lo infieren de las respuestas de los familiares respecto a la medida en que los jóvenes pueden percibir el malestar de todos los miembros de la familia, lo hacen en un 40% de los casos, mientras que los familiares de adictos señalan lo mismo en un 6% de los casos.

Puede decirse que en las familias de los controles existe mayor cohesión familiar que en las de los adictos.

Es interesante destacar un dato relevante, resulta que los adictos perciben más a sus madres, de lo que ellos son percibidos por ella.

Indagaron acerca de la reacción familiar ante conductas no esperadas del sujeto y hallaron que los familiares de los controles se enojan más ante la falta cometida por sus hijos, pero los castigan menos que los familiares de los drogadictos. En las respuestas de los familiares de los controles surgen dos categorías que no aparecen en los familiares de drogadictos: tratar de que entiendan por que no deben cometer la falta y comprenderlos. Por otra parte los adictos mencionan la falta de reacción de los familiares ante una falta cometida. El castigo y la falta de reacción son categorías que surgen en las familias de drogadictos, mientras que los controles se dan más reacciones que tienen que ver con límites puestos no represivamente.

Los sujetos de control se sienten más aceptados en sus familias que los adictos. También observaron que los jóvenes de control se oponen más y pelean más abiertamente por lo que les interesa.

2 Actividades del sujeto

El 26 % de los adictos no trabaja ni estudia, ninguno de los controles estaba en esta situación. Asimismo revelan diversas modalidades de inadaptación a la situación laboral, en un 54% (ser echado, cambios de trabajo, tener conflictos). Las dos terceras partes de los sujetos drogadictos entrevistados responden haber sido rechazados en situaciones no laborales, mientras que los sujetos de la muestra control solo responden afirmativamente en un 10%.

El modo de ocupar el tiempo libre de los sujetos control es más diversificado que el de los drogadictos.

3 -Vida de relación

En lo que se refiere al tipo de relaciones amistosas, los sujetos del grupo de control están mas conectados con sus amigos y vecinos, perciben más el eventual malestar de las personas con las que se relacionan, y en este caso, hacen más cosas que los sujetos drogadictos, como acercarse y cuidar a la persona que perciben que está mal, lo cual es corroborado por sus familiares.

En cambio la mitad de los sujetos drogadictos que manifiestan percibir los momentos en que otras personas están mal no hacen nada al respecto.

Respecto al tema del apoyo social, los jóvenes de control y sus familiares cuentan con una red que les brinda un apoyo social mayor que el que reciben los drogadictos y sus familias.

Esta investigación corrobora la hipótesis acerca de la existencia de diferencias en los funcionamientos familiares de familias con un miembro adicto con respecto a las familias en las que no se presenta esta problemática.

INTERACCIÓN DEL ADICTO CON LA SUSTANCIA.

Como se planteo en la introducción, uno de los postulados de esta investigación se refiere a que *“existe entre el adicto y la droga un espacio interaccional, cargado de juegos relacionales entrampantes y atribuciones paradójicas*. Se intentará en este punto develar el aspecto relacional de la conducta adictiva, también se contemplaran rasgos de la personalidad del adicto. Para el desarrollo de este postulado se recurrirá a viñetas recortadas del discurso de los pacientes adictos. Se apelará además a recursos extraídos de la literatura, a fin de ejemplificar este postulado.

En la novela “El Corazón del Tártaro”, Rosa Montero, describe cómo Zarza., La protagonista, se relaciona por primera vez con la cocaína.

“La primera vez que se entregó a la Blanca , Zarza vomitó. Era normal que las primeras veces vomitaras, Como si la Reina quisiera jugar limpio y advertirte, desde el mismo principio, que su amor iba a deshazerte las entrañas , que su inmenso atractivo no era más que un espejismo escatológico. Pero la rudeza de los comienzos no disuade a nadie: incluso mientras te sacudían las arcadas querías seguir echándote en sus brazos y fundirte en ella, y desaparecer en su belleza helada. Y es que la primera vez ya era demasiado tarde con la Blanca: a menudo bastaba un solo beso suyo para caer rendido. Así sucedió con Zarza en aquella

ocación, quince años atrás. Arrojó hasta el alma por la boca pero por dentro explotó como un fuego artificial en algo semejante a un colosal orgasmo. Entró en el Palacio de la Reina y allí todo era bienestar y limpieza. Ni siquiera las apestosas ropas de Zarza, manchadas de su propio vómito, ensuciaban ese ambiente resplandeciente y quieto. La hermosura de la Blanca es cristalina, como el corazón de un iceberg... "

(23).

Resulta que la cocaína un polvo blanco, una sustancia química, aparece en el relato cargada de atribuciones mágicas y personificada en una forma humana. La idea de arrojarle en sus brazos y fundirse en ella, como un anhelo de cohesión y fusión, de borramiento de los límites. Pareciera una relación de vínculo primario mamá-bebe, o de enamoramiento, sin amor, con frialdad como atributo afectivo, pero con enorme satisfacción placentera, a pesar del daño. Resulta pues paradójal que lo "malo "se presenta como bueno, y es así como la estructura interna de la adicción demuestra su expresión perversa Entendiéndose de esta manera el sometimiento a lo destructivo, que está encubierto bajo una fachada de protección.

En todas las adicciones la sustancia adictiva captura la persona en su totalidad y tanto la conducta como el pensamiento giran bajo la órbita de la droga.

La adicción presenta un aspecto de la personalidad primitivo e infantil, aspecto que debita la parte adulta de la personalidad. Estas partes infantiles desprecian la dependencia pero paradójicamente se esclavizan con pasividad a lo destructivo. Es fundamental para comprender lo paradójal de esta situación diferenciar pasividad de dependencia. Pasividad es un modo de relación que tiene que ver con el sometimiento y la esclavitud a aspectos destructivos de la propia persona, mientras que dependencia en una relación basada en la confianza y la seguridad de aspectos más protectores.

En referencia a estos conceptos, Paula, una paciente adicta a la cocaína, escribe, con un estilo artístico y creativo, acerca de su relación con la sustancia, en el contexto del trabajo terapéutico:

*“ A mi lado nada te separará, nadie te hará daño,
 a mi lado nadie te tocará, nadie se acordará de ti,
 cuando no te acuerdes de nada, serás mía.
 Y estás bajo mi control, solo yo puedo tocarte,
 y puedo ahogarte en el vértigo del sadismo..
 No me importa morir, no me importa morir en la oscuridad...
 Cuando no haya aire para respirar, te estaré asfixiando,
 Encadenada con mi foto, condenada a pensar en mí.
 El pasado desaparece y eres mía,
 Y estás bajo mi control, solo yo puedo tocarte,
 y puedo ahogarte en el vértigo del sadismo
 No me importa morir, no me importa morir en la oscuridad.
 Solo tu, solo yo, eres mía. ”...*

Resulta interesante, traspasar la noción de “hechizo”, concepto desarrollado por Perrone para describir situaciones de abuso sexual, al campo de las adicciones. Como un intento de seguir ampliando los conceptos que se vienen desarrollando.

El fenómeno relacional denominado hechizo se refiere a una forma extrema de “relación no igualitaria, en el aspecto del abuso sexual sería la influencia que una persona ejerce sobre la otra sin que esta sepa este aspecto esencial. Es la colonización del espíritu de uno por el otro, es una invasión de territorio, una negación de la existencia del deseo de la alteridad. La diferenciación se vuelve incierta, las fronteras individuales se esfuman, y la víctima queda atrapada en una relación de alineación. Otro componente importante del fenómeno del Hechizo es el ritual, que consiste en una serie de actos, reglas y costumbres que son ejecutados en forma repetitiva y habitual. El ritual también se refiere a una serie de actos en nivel analógico con un fuerte impacto sobre el nivel de conciencia. La fuerza del ritual proviene del particular estado de conciencia de los participantes, y se puede denominar trance a este estado concomitante. El trance se expresa mediante la

modificación de percepciones y sensaciones, es un proceso psíquico en el que se desdibujan los límites de la identidad y del tiempo.

Estas condiciones también se observan en el acto de drogarse, se trata, pues, de una relación hechizante, siempre está mediatizada por rituales, que pueden ser grupales pero también se dan en el consumo individual. , y el efecto de trance se encuentra altamente reforzado por la sustancia química. En esta atrapante interacción, el adicto se sumerge en un circuito abusivo en el que, mientras consume se siente sometido a la droga, pero cuando deja de hacerlo la droga pasa a estar sometida por él. Siempre gira alrededor de un juego sometedor- sometido, en una dialéctica de quien controla a quién .

Dicho en los términos de Bateson, la relación que se establece entre el consumidor y la sustancia, caracterizando específicamente al alcoholismo, es de simetría. "A medida que el alcoholista se transforma en adicto y trata de resistir a la bebida, comienza a encontrar difícil el contexto social en el cual tiene que equipararse con sus amigos en el beber, cuando dos hombres beben juntos están impelidos por las convenciones a equipararse uno al otro, trago tras trago. En esta etapa el otro es real, y la simetría o rivalidad entre bebedores es amistosa. A medida que las cosas empeoran el alcoholista tiende a convertirse en bebedor solitario, y a exhibir todo el espectro de la respuesta al desafío. Su esposa y sus amigos comienzan a insinuar que su manera de beber es una debilidad, y él responde simétricamente cobrándose rencor y aseverando su fuerza para resistir la botella. "Gradualmente, el eje de la batalla se desplaza y el alcoholista se encuentra enzarzado en una especie nueva y mas letal de conflicto simétrico. A hora tiene que demostrar que la botella no puede matarlo." (24.)

Estos conceptos se trabajan en la psicoterapia con adictos intentando develar junto con él su particular relación con la droga. ¿ Cómo define su relación con las sustancias?, ¿ Cuales son las atribuciones con las que enviste la droga?. Veamos algunas respuestas:

"La cocaína me ayudaba a vivir, llegue a disminuirme tanto como persona, cuando me sentía así tomaba. He sido cobarde, cuando me iba mal o hacía algo mal iba y consumía y así pasaba los días de mi vida...

'La marihuana me hace encontrar, me abre la cabeza, me hace dar cuenta que puedo, pienso mejor, me hace sentir vivo, me levanta el bloqueo

"La coca me domina, no la puedo controlar, termino como esclavo de ella, pero no puedo dejarla"

"La droga alimenta mi soledad, la cocaína es una mina muy puta que te tiene loco, es como una pareja, te lleva todo el tiempo, te hace gastar plata, no me deja querer a nadie, no cumplo con mi trabajo. "

Como se viene postulando, en estas frases se observan entrapamientos paradójicos, la droga, en los dos primeros casos, como dadora de vida y autoestima, cuando en realidad genera lo contrario de lo que se busca, ya que la incapacidad de adaptación y la confianza en sí mismos disminuye cada vez más. La pauta del esclavo, que denota en el segundo ejemplo, coloca al adicto en una posición "uno abajo", de la que resulta difícil salir. En la última frase, la droga ocupando el lugar de una pareja dominante.

Retomando los aportes de Bateson, en "La cibernética del sí mismo: una teoría del alcoholismo", se considera que las pautas de interacción simétrica que establece el alcohólico con la bebida, bien se ajustan al adicto y la sustancia, "La relación que existe entre el alcoholista y su "otro ficticio" es claramente simétrico y claramente esquimogénica. También en ella se da una escalada " (25)

La paradoja de buscar la vida en la muerte, anular la identidad, sentirse incapaces de llevar a cabo un proyecto, quedar atascados en relaciones interpersonales insatisfactorias, disminuir el espectro de conductas hasta el reduccionismo mortal del consumo, las escaladas simétricas, son algunas de las características de lo que significa "vivir" en la adicción. Un verdadero drama.

Se deduce también en estos jóvenes adictos la falta de confianza en sí mismos y en su capacidad de adaptación, sus sentimientos de fracaso y desvalorización. Sienten no ser capaces de dejar de usar drogas por sí mismos. Predominan sentimientos de incompetencia e inadecuación.

La relación de apego es tal que a pesar de ocasionar consecuencias negativas y daño, no pueden dejarla. Pareciera que las expectativas depositadas ilusoriamente en la sustancia tienen la fuerza de "la espinaca de Popeye". La esperanza de conseguir una solución para sus sentimientos de inadecuación o de rellenar algo interno que les falta resulta altamente condicionante.

Condicionante en el sentido conductual, aquí se hará una consideración en este sentido, ya que se produce un aprendizaje de condicionamiento clásico, tal como lo definió Pavlov en sus experimentaciones, la asociación de estímulos es altamente reforzante. El consumo de droga asociado al efecto deseado es más poderoso que la asociación con el daño.

Ser adicto describe una relación de esclavitud, caracterizada por la sumisión, por un funcionamiento mental de sometimiento. Aparece un repertorio de conductas estereotipadas y pobres que dificultan el aprendizaje de su propia experiencia, deteniendo, así, el desarrollo y el crecimiento hacia la autonomía. La dependencia patológica a la sustancia es tal, que se percibe al objeto droga como total, ideal, que calma y reconforta y no se tienen ojos sino para continuar con esta relación. Este es el componente compulsivo, hay un mandato interno que no pueden dejar de obedecer. La compulsión es repetitiva, es una acción no creativa, difícil de detener y que obstaculiza el proceso de aprender. Dicha acción reemplaza la capacidad de pensar y detiene el desarrollo personal.

Otro de los postulados planteados en esta tesis tiene que ver con la consideración que el acto de drogarse es un mensaje comunicacional. En este sentido se considera que el acto del toxicómano es una transgresión, se trata de un problema de salud pero también judicial. En Argentina la ley 23737, prohíbe la tenencia, y venta de estupefacientes, normatizando medidas de seguridad según el caso. Estamos, entonces, frente a un acto que se enmarca en la ilegalidad, y por lo tanto transcurre en la marginalidad.

Que estaría comunicando el adicto mediante sus actos de transgresión?

Desde el análisis de esta investigación la respuesta a este interrogante, tiene que ver con que el acto del toxicómano es un desafío de las normas, es un cuestionamiento a las figuras que representan el poder (padres, jueces, terapeutas, docentes), un cuestionamiento sobre la consistencia de los límites.

El adicto viola las normas de los sistemas, desafía al poder de la autoridad, pero con el intento de obtener una respuesta consistente. La importancia de las normas radica en la forma de sostenerlas, el límite debe ser lo suficientemente consistente para poder sostenerlo con fuerza y claridad.

Es decir, el adicto con su consumo, comunica, dos cosas al mismo tiempo, he aquí una nueva paradoja, por un lado dicen que las normas se pueden transgredir, los límites se pueden saltar, la autoridad se puede cuestionar y pisar, pero por el otro, busca y necesita la consistencia, y la seguridad en las normas, en los límites y en las figuras representantes de autoridad para que las medidas que se adopten puedan frenar sus actos compulsivos.

Estos conceptos remiten a la necesidad de reconocer algunos aspectos sobre el perfil del adicto, considerando que sus características individuales emergen de un contexto más amplio, su familia, y cobran sentido cuando se toma en cuenta el marco familiar desarrollado en el capítulo anterior.

Se intentará realizar un recorte individual a los fines de distinguir sus aspectos de personalidad.

PERFIL PSICOLÓGICO DEL ADICTO

Para el desarrollo de este punto se ha recurrido a una investigación, llevada a cabo en Mendoza, en la Asociación Viaje de Vuelta, basada en el estudio de 200 casos. Los profesionales de dicha institución han observado rasgos y características que se repiten en forma frecuente en la personalidad del adicto.

Se trata de sujetos impulsivos, les cuesta reflexionar antes de actuar, no mediatizan la acción con el pensamiento, sus vivencias son puntuales, momentáneas, se rigen por el principio del placer, no pueden sentir ningún tipo de tensión, y actúan como un niño buscando el placer y evadiendo todo aquello que sea displacentero. Por eso su tolerancia a la frustración es escasa. Le cuesta regirse por el principio de realidad ya que ésta le provoca angustia, ansiedades. Su adaptación a la realidad se ve dificultada. Entablar vínculos profundos, comunicarse, compartir con otros, les es difícil también.

Se trata, de individuos con una estructura yoica deficitaria, por lo tanto frente a situaciones de angustia, dolor o ansiedad responden con mecanismos defensivos, tales como:

- ❖ Negación, con la finalidad de no ver aspectos del yo o de la realidad que atemorizan.

- ❖ Evasión, para no enfrentar situaciones y eludir responsabilidades, .
- ❖ Disociación, es decir dificultad para integrar lo que siente y piensa.
- ❖ Proyección, con el objetivo de colocar afuera lo que molesta y no acepta como propio.
- ❖ Regresión, que se observa en las conductas de apego , consideradas como correspondientes a una etapa primitiva en la vida .

Como rasgos de personalidad se observan:

Tendencia egocéntrica, exigen a su entorno, se vuelven tiranos con los que lo rodean.

Les cuesta conectar sus sentimientos con sus emociones, lo que piensan con lo que en realidad desean, consecuencia del mecanismo de disociación.

Son vulnerables, y no pueden proyectar un futuro satisfactorio.

Su pensamiento es concreto, les cuesta simbolizar, poner palabras a lo que piensan. No pueden abstraer, se va empobreciendo la facultad de atención, concentración, comprensión, juicio crítico, análisis y síntesis. Su inteligencia se vuelve superficial, sin motivaciones profundas.

Se muestran desconfiados, con hostilidad, se sienten amenazados, evidenciado rasgos paranoides.

También aparecen rasgos psicopáticos, agresividad, impulsividad, tendencia a la actuación

Tienden a no sentir culpa, ni a hacerse cargo de sus actitudes o a asumir las consecuencias de su conducta.

Las dificultades para conectarse internamente dificultan la posibilidad de profundizar consigo mismos y en las relaciones con los demás. Manifiestando, así, sensaciones de vacío interno.

No sabe quien es , ni con que recursos cuenta , no sabe que puede hacer ni que le gusta.

Su repertorio de conducta se torna rígido, estereotipado y no creativo.

Otro estudio realizado en la comunidad terapéutica Hogar La Roca , de Viña del Mar, Chile, acerca del sentido de identidad de Jóvenes Drogadependientes, arrojó las siguiente conclusiones:

Los adictos, viven sus relaciones interpersonales con sentimientos de insatisfacción, experimentándolas como situaciones amenazantes para su integridad , desconfían de los demás . Tienen una expectativa interpersonal de ser rechazados, aislados o engañados , junto con el deseo de ser aceptados, reconocidos y apoyados. En sus vínculos significativos, especialmente con la madre y la pareja, establecen un patrón de relación

Pasivo-dependiente , centrado en la instrumentalidad y la explotación , pero también en la demanda de protección y ayuda. En cuanto al padre resaltan sentimientos hostiles

Estos jóvenes manifiestan faltad de confianza en sí mismos y en su capacidad de adaptación , sensación de pérdida de oportunidades en la vida y sentimientos de fracaso y desvalorización. Coinciden en no ser capaces de dejar de usar drogas por sí mismos, y se muestran esperanzados de llegar a controlar por su propia voluntad los deseos de drogarse.

Presentan dificultad para reconocer sus propias capacidades y habilidades , predominan sentimientos de incompetencia e inadecuación, han sido ineficaces para organizar su vida personal, y se plantean metas personales difusas . Existen dificultades para adecuarse al orden social , manifiestan desdén por las convenciones , y tienden a desafiar las normas provocando alguna forma de transgresión. (26)

CAPÍTULO CUATRO

INTERVENCIONES

Cada orientación terapéutica construye su propia manera de organizar el tratamiento, también el terapeuta realiza su propio distingo que orientará el modo de abordaje. El observador está incluido en el proceso de conocer, y esto constituye la cibernética de segundo orden. Entonces, enmarcado en esta concepción el siguiente capítulo pretenderá ofrecer una propuesta terapéutica para el adicto y su familia.

Desde una puntuación basada en la subjetividad de la experiencia, se propondrá un recorte. Este recorte advierte modelos de intervención que se organizarán en tres opciones de abordaje terapéutico. Ellos son :

- 1- Terapia Familiar.**
- 2- Comunidad terapéutica**
- 3- Modelo Comunitario.**

TERAPIA FAMILIAR.

El abordaje sistémico permite investigar las complejidades de los sistemas familiares y las pasibilidades terapéuticas de los mismos . En un sistema, donde todos tienen que ver con todos, donde no es posible no comunicarse , donde observamos el efecto de la conductas y no los por qué, donde enfocamos sobre las interacciones, donde privilegiamos los para qué, es en donde se intentará intervenir.

Con el objetivo de que cada uno se haga cargo de su parte, se procura una redistribución tanto del juego de roles como de la co- responsabilidad., hecho que significa un crecimiento grupal , ya que aprenden que de esta forma se salvan todos y por lo tanto deja de ser necesario el sacrificio del "elegido ".

Desde esta perspectiva también el terapeuta forma parte del juego de interacciones , se transforma en un miembro activo del sistema, cuyo accionar es fundamental para el logro de cambios.

En esta línea de pensamiento los autores del libro la "Familia del adicto y otros temas", señalan:

"... En cierta forma es válido decir que nuestra intervención tiene una finalidad democratizante (cada uno debe asumir la responsabilidad que le corresponde) pues constituye una lucha contra los modelos autocráticos y esclavizantes que caracterizan la vida familiar del adicto . No nos referimos con exclusividad al autoritarismo paterno o materno ya que muchas veces este rol corresponde al adicto quien desde su posición esclaviza a todo el resto del grupo familiar..."

"... La lucha terapéutica democratizante requiere no solo de conocimientos psicológicos , sino también políticos y sociales , ya que debemos intervenir en la política familiar , negociando con y entre las partes , integrando transitoriamente alguna de las coaliciones familiares, entrando en coaliciones si es necesario, participando del derrocamiento de algún gobierno autocrático dictatorial..."(27)

Esta cita sugiere la necesidad de vincular conceptos sobre triángulos en grupos sociales

Haley describe estructuras triádicas, observa que siempre causaran tensiones en un sistema social. Llama a esto el triángulo perverso o coalición intergeneracional y observa que parecen coincidir con manifestaciones indeseables como violencia, comportamientos sintomáticos o disolución de sistemas. Como se viene señalando estos tipos de organizaciones caracterizan las familias con un miembro adicto, y proponen configuraciones similares en el espacio terapéutico. Conocer acerca de las posibilidades de los juegos relacionales triangulares permite al terapeuta re-utilizarlos para fines de cambios. Estas organizaciones triádicas tienen fines de distribución de poder y de fuerzas; y orden de estatus y jerarquías.

Las características de este triángulo son:

Debe contener dos o más personas del mismo nivel en una jerarquía de estatus y una persona de un nivel distinto. En la familia, esto significa, dos miembros de una generación y uno de otra.

Debe abarcar una coalición de dos que se encuentran en distintos niveles contra uno que quedará restante. Debe establecerse una distinción entre alianzas que pueden basarse en intereses comunes y una coalición, en que dos personas se unen contra o con exclusión de una tercera.

La coalición contra la tercera persona debe mantenerse oculta. Es decir el comportamiento que indica que existe una coalición será negado al nivel metacomunicativo. En suma Haley dice que el triángulo perverso es aquel en que la separación entre generaciones queda esbozada en forma encubierta. (28).

Teodore Caplow, analiza un tipo similar de tríadas que se manifiestan en organizaciones jerárquicas. La coalición impropia, como la llama, queda definida como cualquier coalición de tres personas que aumenta el poder de un superior mientras socava la autoridad legítima del otro.

Esta organización tendrá dificultades para funcionar por causa de una inestabilidad interna .Traducido al campo familiar del adicto, observamos que una coalición entre un padre y el hijo (generalmente la madre) , no solo socava la autoridad del otro padre, sino que hace que la autoridad del padre con favoritismo dependa del apoyo que reciba del hijo. La incapacidad de los padres con un hijo adicto para actuar en unión al imponer disciplina es un reflejo de su incapacidad para mantener la línea de generación.

Además de este tipo de organización triádica, como se desarrollo en capítulos anteriores, estos sistemas familiares se caracterizan por presentar un modelo psicotóxico , a través de mensajes verbales u no verbales la familia se encarga de mostrar al niño conductas adictivas, que tienen que ver con el abuso de medicamentos, psicofármacos, café, alcohol, trabajo, para calmar distintas ansiedades

En este modelo, el pensar, esperar, y controlar los impulsos no existe, en cambio la acción y especialmente la acción tóxica sustituyen el pensar. Las técnicas terapéuticas apuntan entonces a ayudar al adicto y a su familia, a pensar antes de actuar, a saber esperar, a escuchar al otro,. En estos grupos familiares no se aprende el control de los impulsos , no hay modelos de reflexión, de espera, se busca la gratificación inmediata.

Es fundamental comenzar a enseñar tanto a la familia como al adicto a decir no, ya que todos son transgresores.

Poner límites no basta con decirle a un hijo que llegue a determinado horario, significa, como ya se ha señalado, delimitar quien es quien. La importancia que se atribuye al significado no, tiene que ver con que se trata de familias indiscriminadas,

donde la delimitación del self de uno no está bien claro con la delimitación del self del otro. La invasión de unos con otros es permanente. Es así como los límites entre unos y otros, se borran.

La terapia familiar consiste, entonces, en configurar un contexto donde el otro es otro y tiene una identidad propia y un tiempo propio.

Stanton y Tood, han elaborado un modelo estructural estratégico que consiste en terapia breve orientada hacia metas y centrado en la conducta concreta del adicto y los miembros de su familia. Apuntando a ayudar a las familias a superar las crisis del ciclo vital en las que intervengan las drogas y las conductas relacionadas con ella. En todos los casos de abuso de sustancias, se debe incluir un diagnóstico del ciclo vital. Es importante verificar si la familia ha superado las etapas previas en la que se encuentran, la verificación apunta a las conductas relacionadas con el logro de conductas autónomas. (nivel de escolaridad, trabajo, relaciones de pareja, etc.)

Stanton y Tood, afirman que cuando se advierte que una familia se ha atascado en una etapa determinada del ciclo vital y que el síntoma de abuso de sustancias ha asumido un rol funcional en este atascamiento, se pueden utilizar diversas técnicas clínicas, entre ellas se consideran:

- ❖ Intervenciones estructurales que tiendan al trazado de fronteras.
- ❖ Intervenciones estratégicas que bloqueen la función del síntoma.
- ❖ Intervenciones paradójicas que fomenten el rechazo de las pautas disfuncionales.

El mayor objetivo de la terapia es destriangular al hijo del subsistema padres, y ayudarlo a recuperar su lugar en el subsistema filial.

Ya se advirtió que el adicto cumple una función homeostática en el sistema conyugal, en este sentido se intentará renegociar el sistema conyugal como una diada y realinear el sistema familiar.

Dicho de esta manera pareciera una tarea fácil de llevar a cabo, sin embargo, trabajar con familias de adictos, dice Kalina, es como aprender a jugar al Basketball con los Harlem Globetrotters, y con esto se refiere a la dificultad de ingresar en estos sistemas familiares y del entrenamiento constante del terapeuta. En este juego, la familia pide que se la cure pero sin cambiar y menos tener que cambiar todos, no solo

el adicto. En este sentido afirma Olievenstein, que al intentar alterar las reglas del juego familiar el terapeuta se vuelve un intruso y el cerco de goma familiar actuará como una honda de los juegos de niños. "...Pues al entrar nos rodea una banda de goma que al llegar a cierto grado de tensión, si la sueltan nos expulsa como si fuéramos una piedra que descansa en el cuerito de la honda." (29)

A través del trabajo con familias y pacientes, se ha podido delimitar algunos momentos dentro del proceso terapéutico.

En el primer paso, siguiendo los principios de la terapia estratégica, se dedicará un tiempo al chequeo de la motivación, a fin de adquirir maniobrabilidad, condición imprescindible para lograr algunos resultados en la terapia. Se dedica un tiempo importante a fin de detectar la verdadera motivación del paciente adicto, tanto para recibir tratamiento como para dejar el consumo. Esta es la primera etapa.

Casi al mismo tiempo se intentará establecer empatía, el elemento fundamental es la utilización (concepto desarrollado por Erikson), de todo lo que el paciente diga o haga,

Técnicas como espejamiento, tendencia al sí, confirmación, sirven para este propósito.

Luego, se diagnostica la situación familiar. El objetivo en esta etapa es vislumbrar el juego del síntoma dentro de los modelos relacionales de la familia. En las sesiones familiares, se repara en su estructura, jerarquías, límites entre subsistemas, triangulaciones. En cuanto a las intervenciones se comienza generalmente a trabajar sobre el trazado de fronteras a fin de destriangular al adicto, preparando así el terreno para delimitar el sistema parental a fin de lograr acuerdos y restablecer el control. Es importante, que el padre y la madre funcionen como un bloque cuando se trate de frenar las conductas desafiantes y transgresoras de su hijo.

Con el paciente, se realizan sesiones individuales para establecer juntos, el tipo de interacción que establece con la sustancia, como define su relación con la droga, que significación le atribuye (ver pág., 28, 29). Se dedica tiempo para que pueda poner palabras a lo que le pasa con su adicción, para lograr este objetivo se utilizan preguntas como: ¿ Cuales son los beneficios que te aportan el consumo?, O, ¿ qué lugar ocupa el consumo en tu vida, en una escala del 1 al 10?, ¿ Te trae alguna complicación? , ¿ Ha obstaculizado algo en tu desarrollo el consumo de drogas?.

También se identifican situaciones de riesgo de consumo (muchas veces relacionadas con situaciones familiares estresantes), zonas de riesgo, (plazas, bares, esquinas) y grupos de riesgo, (compañeros de consumo) a fin de esclarecer los aspectos vulnerables y construir conductas alternativas para enfrentar o a veces evitar estos peligros.

Una vez destrabadas algunas pautas patológicas se intenta fortalecer conductas autónomas, restableciendo modelos relacionales satisfactorios, ayudando a construir proyectos conectados con la vida.

A veces, el tratamiento ambulatorio, no es suficiente. Cuando el adicto no responde a tratamientos de tipo familia, e individual, y su vida corre peligro, existen como alternativas las Comunidades Terapéuticas.

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Cuando el adicto ya no se cuestiona su problemática con las drogas, corre riesgo su vida, entonces la indicación de la internación es fundamental, debe llevarse a cabo con o sin la aceptación voluntaria del adicto.

Esta posición es cuestionada, pero, teniendo en cuenta el riesgo de vida y la pérdida de voluntad del paciente, es recomendable que otros lo protejan y asuman, en un primer momento el control que el adicto no puede ya tener sobre sí mismo. Aquí, generalmente, entran en juego acciones judiciales, o porque los padres han recurrido a la intervención de un juez, en el caso de menores de edad, o porque la policía los encuentra con drogas, iniciándose una causa, en la que le imponen al adicto una medida de seguridad curativa, según la ley 23737. Esta medida estipula que el drogadependiente cumpla con un tratamiento que deberá ser informado mensualmente al juzgado.

Para estos pacientes es recomendable la internación en Comunidades Terapéuticas. Que son sistemas de rehabilitación que consisten en que el adicto viva durante un tiempo en la Comunidad.

Según las observaciones clínicas y el chequeo de derivaciones a estas instituciones, los pacientes que ingresan contra su voluntad, salvo algunas

excepciones, a los pocos días se sienten aliviados , aceptan quedarse , y no se fugan a pesar de poder hacerlo.

Este tipo de tratamiento permite que el adicto permanezca contenido las 24 horas del día.

Se trata de una planificación de actividades durante la semana . El plan de trabajo intenta recuperar la capacidad funcional de la persona, poner orden al desorden (manejo del tiempo, adaptación a un ritmo de trabajo, etc.).

El supuesto básico de estos programas es brindar un marco de adaptación a las normas, reconocimiento de límites, respeto por sí mismos y por el otro. En este sentido, Labriola, Arias, Kalina, afirman que el adicto es un príncipe que ha aprendido a reinar en un clima familiar particularmente transgresor agravado por un estado social donde la corrupción y la transgresión han pasado a ser normales... (30)

El cumplimiento de las normas, las actividades grupales, resultan recursos valiosos para vulnerar el estado narcisista. Es decir, la vida comunitaria constituye una experiencia antinarcisista por excelencia.

Durante el período de internación , el "residente", recibirá tratamiento grupal, familiar e individual.

Se busca privilegiar la palabra y el pensamiento sobre la acción , y recrear el interés por los vínculos humanos, la cultura y el placer de conocer.

Resulta interesante mostrar un cronograma semanal de una Comunidad Terapéutica, el siguiente relato ha sido vivenciado en una pasantía realizada durante 10 días, en una Comunidad de Buenos Aires.

A fin de ordenar la experiencia, se intentará un relato según la distribución del tiempo y de las tareas realizadas. Además del relato pautado se arrojan algunas observaciones desde una mirada sistémica.

A las 7 hs. se comienza el día con el desayuno, preparado y servido por los mismos residentes, que van rotando una vez por semana .Al final del desayuno, se lee el diario y el operador (es quien coordina los horarios, realiza un seguimiento personal de cada residente en relación al cumplimiento de las normas de la institución) , coordina y escucha algunos comentarios.

De 9 hs. A 10 hs. Se realizan clases de gimnasia, cuyo objetivo principal es recuperar el estado físico, y llevar a los internados a que tomen conciencia de la existencia de su cuerpo y del estado del mismo.

De 10, 30 a 12 hs, todos los días de lunes a sábados, se realizan los grupos de confrontación que tienen la función de trabajar sobre las alteraciones de las leyes comunitarias.

Las leyes básicas son : no ingresar drogas a la institución, no tener sexo en la comunidad, no violencia, tanto contra las personas como hacia el lugar.

Los fundamentos de estas leyes tienen que ver con ayudar al control de los impulsos, de la ansiedad, de la agresividad, y con el restablecimiento de los límites entre una persona y los otros.

Si algún residente incurre en alguna transgresión, el equipo terapéutico, impone una sanción, que generalmente consiste en la privación de algún privilegio, como por ejemplo, salir el domingo, visitas, o realizar algún trabajo extra durante el tiempo libre.

Luego de los grupos de confrontación, se deja un espacio para descansar , y a las 12.30 hs, se sirve el almuerzo comunitario, mientras el equipo terapéutico se reúne diariamente una hora para trabajar sobre la evaluación de los pacientes . En la institución visitada el equipo está formado por Psicólogos, Psiquiatras, Operadores, Profesor de Educación Física, Trabajadores Sociales.

Posteriormente de 14,30 a 16 hs. De lunes a viernes tienen lugar las actividades de psicoterapia grupal, en los grupos observados, la temática giraba alrededor de crear en los residentes un contacto con su problemática adictiva, es decir, crear conciencia de enfermedad, se los colocaba en la posición de pensar en sí mismos.

Después de los grupos terapéuticos , se realizan actividades terapéuticas complementarias, como musicoterapia, plástica, teatro, expresión corporal.

Luego de la merienda, y hasta la cena, quedan horas libres , para descansar, recibir visitas.

Después de la cena comunitaria se realiza un grupo de reflexión sobre lo realizado en el día.

Una vez a la semana se realizan reuniones grupales de padres .

Además cada paciente y su respectiva familia reciben tratamiento con un terapeuta designado por el equipo .

Este modelo de intervención es una herramienta valiosa, fundamentalmente en el logro y sostenimiento de la abstinencia,. El contexto controlado y reglamentado contribuye en la incorporación de la noción de procesos, de la capacidad de espera, y ubicación en el tiempo real, ya que para ellos solo rige la inmediatez ante el deseo. Confunden el tiempo de la fantasía con el tiempo de la realidad.

Sin embargo, la observación sistémica y la experiencia vivencial en la Comunidad, permitió, considerar la importancia de comprender la Comunidad como un sistema, donde se crean pautas particulares de interacción propias del contexto inmediato. En este sentido se observó, en varias situaciones, el reduccionismo de la linealidad, reduccionismo que consistía, por parte del equipo terapéutico en programar castigos, y sanciones por las transgresiones de los pacientes, descontextualizando las conductas, rompiendo pautas.

O a veces interpretando que las acciones de los residentes tenían la intención de burlar alguna norma. Es decir, dentro de un proceso terapéutico el simple cumplimiento de las normas no basta, esta mirada de ojo de cerradura, generaba, en los residentes un juego de aparente cumplimiento, se observaba cómo simulaban sumisión, con el fin de no ser privados de algún privilegio. Se instalaba entonces un pato perverso, que no era mirado en la complejidad de la pauta, sino que era evaluado desde lo concreto del cumplimiento de reglas. Intentando evitar en un nivel de contenido, lo mismo que generaban en un nivel relacional.

Este análisis solo fue realizado en una sola institución, por lo tanto no es posible generalizar. Solo se intenta mostrar la importancia de la lectura sistémica para la comprensión de la Comunidad Terapéutica como un contexto en constante interacción.

El pensamiento sistémico procuraría incluir las conductas y sus consecuencias en un todo que se transforma en más que la suma de las partes, es así que amplía la mirada abriendo el ojo de cerradura. Mirada que solamente ancla los procesos en el reduccionismo de los premios y los castigos .

Más allá de esta apreciación el modelo de Comunidad Terapéutica, funciona bien en los momentos de deshabitación y de desintoxicación, además propone la posibilidad de ir adquiriendo progresivamente un sentido de adecuación, y de aceptación de una convivencia normatizada.

MODELO COMUNITARIO.

Uno de los puntos principales de esta modalidad es integrar el tratamiento del toxicómano dentro de la red sanitaria de la comunidad, por ejemplo los centros de salud. Conformer un equipo de profesionales que integran la red sanitaria comunitaria y que estarían dispuestos al trabajo con adictos, se transforma en el desafío de este tipo de intervenciones.

El trabajo desempeñado en el centro de adicciones (Jesús Nazareno) , permitió, desarrollar una experiencia comunitaria en la Zona Este de Mendoza. (Rivadavia, Palmira.) Fue de gran utilidad para el desarrollo de este programa de atención comunitaria

el aporte de una experiencia con adictos que se desarrolla dentro de un centro de salud de Gran Tarajal Islas Canarias, España, es Jorge de Vega quien publicó esta experiencia.

Se considera a las adicciones como un problema más de salud que debería ser atendido en los centros de atención primaria o centros de salud.

Jorge De Vega cuenta que a la hora de poner en marcha el proyecto en el centro asistencial , fueron surgiendo algunos obstáculos, por parte del personal. Frases como ! Yo con drogadictos no trabajo! , "los toxicómanos tienen mal aspecto, son peligrosos, nos hacen sentir incómodos,, nos amenazan, nos roban los talonarios de recetas, los sellos, las muestras gratis". Cabe señalar que estas expresiones se dicen en nuestro contexto , también se convirtieron en un obstáculo cuando se abordaba la comunidad de la zona Este de Mendoza (en las pág.44, 45. se encuentra el relato de esta experiencia) Continuamos con la experiencia de España.

Frente a estos obstáculos se recurrió a construir argumentos para la aceptación del programa. Un primer argumento a favor del programa consistió en recordar que en un centro de salud no existen reservas en cuanto al derecho de

admisión, ningún profesional puede negarse a tratar un adicto. Independientemente de las ganas que se tengan de tratar con drogadictos, ellos acuden a los centros de salud y a los servicios de urgencia. La base de la argumentación a favor de elaborar el programa fue demostrar la equipo que un adicto causa grandes problemas cuando los profesionales que lo atienden no saben qué hacer con él (admitirlo, expulsarlo, ignorarlo, escucharlo, darle o no lo que pide, quien debería atenderlo...) , El atractivo del proyecto para el personal consistió en saber que se iba a formar un equipo de profesionales a los que se les podían derivar los casos.

Hubieron algunos profesionales del centro de salud que se ofrecieron voluntariamente para formar parte del proyecto . Se negociaron horas libres de atención, para las reuniones pertinentes al proyecto.

Como punto de partida, consideran muy positivo el hecho que un adicto se acerque al centro de salud solicitando ayuda para dejar la droga, también se incluye a los familiares

El programa ofrece al adicto una atención y seguimiento psicoterapéutico de tipo familiar y un apoyo medicamentoso para la desintoxicación .La modalidad es ambulatoria, se atiende al joven y a su familia en consulta, no hay internación ni centro de día.

El grueso del programa , lo compone la atención psicoterapéutica , en la modalidad familiar, relacional de tipo sistémico. Desde el primer momento acude el adicto acompañado por su familia, así lo ha indicado previamente un trabajador social.

La terapia familiar , en un primer momento, está encaminada a la desintoxicación

Se intenta organizar a la familia para enfrentarse al estrés que supone el período de desintoxicación , utilizan técnicas del modelo estructural : crear distancia entre los miembros excesivamente apegados , establecer límites, ordenar el flujo comunicativo, otras veces es necesario un enfoque más estratégico : diseñar tareas, reorganizar la jerarquía familiar, se inspiran también en los modelos psicoeducativos para tratar las tasa de emoción expresada a lo largo de la psicoterapia familiar, con intervenciones que apuntan a reducir "el drama ".

Los pasos posteriores de la terapia están orientados a ayudar a la familia a enfrentar los períodos de deshabitación , que significa acostumbrarse a vivir sin

tener la adicción como punto central del intercambio relacional. Intentan conseguir que tanto el adicto como su familia adquieran un grado de tolerancia a la frustración y madurés en las relaciones interpersonales.

“Utilizamos una amplia variedad de enfoques y modelos que persiguen un único fin : persuadir al adicto para que deje la droga, persuadir a la familia de que puede hacer cosas útiles en lugar de lamentarse inútilmente , y persuadir a ambos de que pueden poner en marcha de nuevo su ciclo evolutivo y ser exitosos a la hora de enfrentar futuras etapas. ” (31)

Otro punto básico del programa es buscar los recursos curativos que la familia posee.

El manejo del drama en la terapia es otro de los puntos que tienen en cuenta para promover el cambio. El sentimiento de drama frente a la adicción paraliza a las familias y bloquea generalmente los intentos eficaces para solucionar el problema. El drama, distorsiona la visión del problema , además de convertirse en un mecanismo de estabilización homeostático del síntoma.

El terapeuta debe tratar de reducir esa sensación de drama y poner a trabajar a la familia en forma productiva. Es fundamental en la terapia mantener el foco en la superación de la adicción , para ello es necesario trabajar en términos del modelo psicoeducativo, a fin de rebajar las tasas de Emoción Expresada , es decir trabajar con vistas a reducir en lo posible los intercambios violentos, insultantes, agresivos, moralizantes, vengativos, celosos, acusatorios, que la familia presenta, en pocas palabras, el drama.

El modelo psicoeducativo, propuesto por Anderson y cols, en sus trabajos de familias con psicóticos, también resulta muy útil en el trabajo con toxicómanos. En este sentido se le ofrece a la familia una amplia información sobre el fenómeno de la adicción, el síndrome de abstinencia, el curso del tratamiento. Se ha observado que cuando la Emoción Expresada disminuye, el adicto se plantea iniciar la desintoxicación en forma más seria, los familiares se muestran más dispuestos a colaborar y más eficaces, además se disminuyen las posibilidades de recaída.

Una forma de reducir la Emoción Expresada consiste en ofrecer a la familia una amplia información sobre el problema, intentando eludir todo juicio de valor y demás consideraciones éticas y moralistas.

UNA EXPERIENCIA COMUNITARIA EN LA ZONA ESTE DE MENDOZA

Durante el desempeño de funciones en el centro asistencial en adicciones, participé de una experiencia comunitaria gracias a la convocatoria de la Lic. Edith Perez, quien se desempeña en el Ministerio de Seguridad y Justicia como Directora de Recursos Humanos, en la zona Este.

Debido a los problemas relacionados con el abuso de sustancias de jóvenes de la comunidad, el Departamento de Servicio a la Comunidad de la Policía local, manifiestan la necesidad de un

soporte técnico a fin de resolver la problemática

El objetivo apuntaba a la atención de pacientes adictos, generalmente con problemas con la ley, para prevenir el delito y evitar disturbios con la policía.

Luego de reuniones con el Comisario Inspector, y la Lic. Perez, se decide plantear una estrategia de abordaje comunitario, debido a la cantidad de pacientes y al poco tiempo disponible para su atención.

Es así que la labor realizada en los departamentos de Palmira y Rivadavia, se insertó en la red comunitaria. Para ello se realizó un trabajo de tejido en la red, articulando recursos humanos de distintas instituciones.

Los objetivos fueron:

- ❖ Acercar al adicto y su familia a las instituciones de la comunidad para que reciban la ayuda que necesiten, rescatándolos de la marginalidad.
- ❖ Integrar el tratamiento de adictos dentro de la red comunitaria como un problema más de salud mental.
- ❖ Crear compromiso en los miembros de las instituciones de la comunidad acerca de la problemática de la drogadicción .
- ❖ Colaborar con asesoramiento a los miembros de la red, para el sostenimiento, de los tratamientos de los casos derivados.
- ❖ Creación de espacios de reflexión con los miembros de la red policial, acerca de la problemática adictiva y su relación con el delito.

Se logró convocar distintos brazos de la comunidad, entre ellos se mencionan:

Hospital Saporiti de Rivadavia, dentro del equipo de salud mental, se ofrecieron para colaborar con la red una Psicóloga, y una Psiquiatra. Recursos humanos fundamentales a la hora de las derivaciones.

Municipalidad de Rivadavia, Servicio de Acción Social, las Trabajadoras sociales luego de algunas visitas se comprometieron a colaborar con tarjetas Mendobus para los pacientes que necesitaban movilizarse.

Centro de Salud de Palmira, se contó con la colaboración de médicos clínicos para la atención de pacientes con H.I.V.

Iglesia Apostólica Romana, de Palmira, el sacerdote colaboró con la contención de familiares, derivación de pacientes y a veces con el espacio físico para las reuniones de la red. Jóvenes de los grupos juveniles, algunos estudiantes de trabajo social colaboraron con el seguimiento y el apoyo de los jóvenes atendidos.

Iglesia Evangélica, el Pastor junto con algunos miembros de su iglesia, trabajaron en la construcción de proyecto de hogares de contención para jóvenes adictos. Se colaboró activamente en el asesoramiento de este proyecto.

Sindicato Químico de Palmira, gracias al compromiso de sus miembros se consiguió el espacio edilicio para la atención de las admisiones de los pacientes.

Polideportivo Rivadavia, ofreció sus instalaciones, para integrar a los jóvenes en actividades deportivas.

Estas instituciones eran convocadas a participar de las reuniones de "redes comunitarias", así se llamaron, las redes de profesionales y de los demás miembros comprometidos, acudían, martes y viernes. En esos espacios se planificaban estrategias de abordaje, se realizaban derivaciones, se compartían diagnósticos y se jerarquizaban necesidades. También se tejían redes de contención para algún caso en particular.

Además del asesoramiento sobre estrategias comunitarias, se atendieron algunos casos, derivados directamente para realizar tratamientos familiares o individuales. Los casos eran atendidos en el Sindicato Químico de Palmira, y en la casa particular que un miembro de la red ofreció.

A fin de evaluar la problemática adictiva y su relación con el delito, se realizaron reuniones. Las mismas contaron con el asesoramiento de una psicóloga de Rivadavia(miembro también de la red comunitaria) experta en Criminología. La temática había sido planteada por el personal de la policía, criemos conveniente, entonces, materializar sus inquietudes a través de estas reuniones.

La importancia de esta experiencia, radica ,en el intento por construir tejidos sociales capaces de contener y enfrentar situaciones referidas a la drogadicción. El esfuerzo , tanto ,por crear compromiso en los distintos agentes de la comunidad , como por desmitificar al adicto , contribuyeron al desarrollo de esta propuesta comunitaria.

Conceptualizando la experiencia, se considera que las redes son un instrumento para horizontalizar la participación, para distribuir información, para articular personas e instituciones.

Resulta que las redes , que ni siquiera percibimos , nos piensan, piensan por nosotros, por lo tanto es beneficioso pensar las redes ,explicitar lo que piensan y utilizar el poder de la articulación a la hora de construir espacios de salud.

Cuando se perciben las redes, se escuchan, entre otras cosa algunos mitos, creencias que confunden y obstaculizan el pensamiento y la acción.

En este sentido, se afirma que no hay sociedad sin mitos, su misión es mostrar lo permitido y lo prohibido. Según Castorides, los mitos que una sociedad instituye son cristalizaciones de significación que operan como organizadores de sentido en el accionar, el pensar y el sentir de los hombres y mujeres que conforman una sociedad, sustentando a su vez la orientación y la legitimidad de sus instituciones.

Este conjunto de significaciones configuran sistemas de creencias y valores que contienen lo que se considerará , incluido o excluido., valorado o devaluado, etc.

Sostenerse en mitos acarrea algunos riesgos, sobre todo tratándose del fenómeno de la drogadicción, en el transcurso de los intercambios con los distintos sectores de la comunidad, y con los jóvenes adictos se fueron visualizando mitos. Se hizo necesario cuestionar algunos de ellos.

EL MITO FRENTE A LA REALIDAD

Existen argumentos dañinos relacionados con la problemática de la drogadicción, en este punto se intentarán abstraer frases que resulten representativas de algunos mitos.

La droga es un viaje de ida....

Este mito considera al adicto como irrecuperable, frente a la concepción del daño irreparable sólo queda la resignación y la impotencia. Desde esta visión estereotipada y fatalista no hay espacio para la posibilidad de recuperación.

Los drogadependientes son delincuentes y peligrosos.

Se asocia arbitrariamente droga, delito, inseguridad, con esto se logra estigmatizar , y convertirlos en delincuentes. Las representaciones sociales dominantes los sitúan como personas peligrosas, causas de males sociales y amenazas a la seguridad.

En realidad los toxicómanos se convierten en personas débiles. Las drogas tienen un poder de seducción ,en algunos casos proporciona lo que el usuario busca, huir de la realidad, ser aceptado por los demás, etc. Se trata de una enfermedad.

La maldita droga es la causa de la drogadependencia.

Se sitúa el eje de la cuestión en la sustancia a la que se demoniza y persigue, y con ella a los que la consumen.

A los drogadictos hay que encarcelarlos.

El encarcelamiento de un toxicómano no resuelve el problema, Los usuarios de drogas si bien han cometido un delito, es necesario que reciba atención especializada para aprender a vivir sin drogas .

Sostener estos argumentos, favorece la exclusión y la marginalidad, alejando a los implicados en la problemática adictiva de la posibilidad de hacer valer el derecho a la salud.

Se han detectado también algunos mitos , sostenidos por los adictos, que funcionan como obstáculos a la hora de instalar conductas protectoras

El uso recreativo de drogas no es perjudicial

La realidad es que las drogas ilícitas son peligrosas, provocan cambios físicos y psicológicos, además contienen elementos tóxicos que utilizan para abaratar los costos de la sustancia .

La marihuana no es peor que el consumo de alcohol y tabaco.

La realidad es que la marihuana a diferencia del alcohol, que abandona el organismo antes de las 24hs, , en virtud de su carácter hidrosoluble, la marihuana es liposoluble , lo que significa que los productos químicos psicoactivos se fijan en las partes grasas del organismo , por lo general el cerebro, y los órganos reproductores, y pueden detectarse hasta hasta 20 días después de su uso inicial. Se ha demostrado que la marihuana altera la memoria reciente y retarde el aprendizaje , altera la percepción y dificulta el desempeño de actividades especializadas como tareas complejas de destreza motriz.

Un cigarrillo de marihuana contiene más agentes cancerígenos que el más fuerte cigarrillo de tabaco.

Todo el mundo consume drogas,.

Es habitual que los usuarios de drogas generalicen y empleen este argumento para tratar de que se acepte su comportamiento .

La desmitificación de estos argumentos colabora en el contacto con la realidad generando la posibilidad de implementar alternativas de conducta protectoras y facilitar el acceso a la salud.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA POSICIÓN DEL TERAPEUTA.

Cada terapeuta de acuerdo a su formación, tiene sus ideas acerca de qué es lo que puede funcionar, cual es el motor del cambio. Desde la cibernética del segundo orden se considera que el terapeuta también forma parte del sistema, por lo tanto la

actitud, y las ideas, aunque permanezcan en un nivel analógico, que se tengan acerca del problema también influyen.

La postura que el terapeuta adopte frente al problema que se le presenta va a condicionar poderosamente el resultado de la terapia.

A veces la terapia con adictos está contaminada por actitudes moralistas de los agentes terapéuticos, que manifiestan ante la adicción posturas que van desde una excesiva permisividad hasta el rechazo. El terapeuta debe cuidarse para no dejar traslucir consideraciones éticas sobre el tema, debe ser tratado en lo posible como algo que está allí, como un problema del que tanto el adicto como su familia quieren liberarse.

En este sentido, el Comité Europeo de Lucha Anti Drogas, propone entre otras cosas, *"En los países europeos en los cuales se han elaborado políticas de reducción de los problemas y riesgos asociados al uso de drogas , se ha hecho evidente la condición para que estas políticas sean eficaces : el establecimiento de relaciones no moralizantes entre los agentes de prevención y los consumidores de drogas. (32)*

Jorge de Vega propone que el terapeuta se muestre:

- ❖ Extraordinariamente paciente con el adicto, con su familia, y con los pasos atrás en el tratamiento. Pero esta paciencia debe estar desprovista de toda muestra de vocación redentora.
- ❖ Dispuesto pero no servil.
- ❖ Atento a los intentos de manipulación, pero no insultantemente desconfiado.
- ❖ Como aconsejaría Andolfi, aplicando sus ideas acerca de la provocación en terapia : sensible al sufrimiento de la familia, pero implacable con el drama que los paraliza.

Extremadamente suspicaz ante la extremada suspicacia de la familia (33)

"Una terca negativa a aceptar la derrota, una libertad para usar la autoridad y el liderazgo, cierta flexibilidad ante la crisis, una capacidad ante la furia y la compasión", (34) ,son los requisitos esenciales que subrayan Stanton Todd, para trabajar con quienes abusan de la droga.

Todo terapeuta conoce la capacidad de manipulación que tiene el adicto. Cuando se trabaja con ellos es importante tener en cuenta esta característica para no sucumbir a los deseos del adicto, pero también para evitar una lucha por el control de la terapia. Para ello se pueden alternar posturas de dominancia y sumisión.

Ante la manipulación es fácil caer en consideraciones éticas y tachar al adicto como perverso, sin embargo resulta útil pensar que el adicto es una persona que no tiene futuro más allá de la próxima dosis ni un pasado más allá de la anterior. Debe asegurarse el suministro de la droga porque teme el sufrimiento físico de la abstinencia y el mental del contacto con la realidad. Cualquier cosa que se interponga entre él y la dosis, no es más que un obstáculo que debe eludir como sea. Entender su postura no implica, sin embargo, que sea él quien deba dirigir la terapia.

Muchas veces, en el transcurso del tratamiento, cuando el paciente ha dejado de consumir, comienza a faltar o a llegar tarde, es decir comienza a corromper el contrato terapéutico, en este momento se puede suponer que ha trasladado a la relación con el terapeuta la pauta, sometedor, sometido, que antes tenía con la droga. Intenta, así, someter al terapeuta maltratándolo con sus faltas o llegadas tardes.

La importancia de este isomorfismo en la pauta, es que el terapeuta, a diferencia de la droga, puede revertir esta situación, a través de la metacomunicación de la definición de la relación que propone el adicto.

Conseguir que el adicto deje de depender de la sustancia y pase a depender del terapeuta es un paso importante, ya que implica dejar la dependencia pasiva de aspectos destructivos, y pasar a la dependencia de aspectos protectores y aseguradores de su salud.

CAPITULO CINCO

ESTUDIO DE CASO

Esta segunda parte del trabajo tiene por objeto ejemplificar los postulados desarrollados en el marco teórico, a través de la observación, análisis y tratamiento de una familia con un miembro adicto.

Teniendo en cuenta el enfoque sistémico de este trabajo y el cambio epistemológico que entraña frente al modelo lineal y objetivo, no se ha buscado cuantificar datos surgido del manejo de variables , sino más bien observar y analizar los modos particulares de funcionamiento familiar .

Por esta razón se ha elegido como metodología **la investigación descriptiva** tal como la define John Best para quién esta metodología (que se relaciona con condiciones o conexiones existentes en el momento de la investigación), "refiere minuciosamente e interpreta lo que es ", la investigación descriptiva por lo tanto comprende la descripción , registro , análisis e interpretación de las condiciones existentes en el momento .

Dentro de la investigación descriptiva se ha elegido como modo de abordaje, **el estudio de casos**, según Best, éste es intenso y longitudinal, analiza un solo caso o un numero limitado de casos , que son considerados como parte de una unidad individualizada.

Además del análisis y la observación, intensa y longitudinal del funcionamiento familiar , también se pretende considerar las intervenciones terapéuticas dentro del marco de la investigación, para ello se ha recurrido al **diseño de un solo grupo sin repetición** .

Según Jaime Arnau Gras, este tipo de diseño tiene por objeto descubrir una relación entre el tratamiento y la variable dependiente.

Esquemáticamente , el diseño de un solo grupo sin repetición puede representarse de la siguiente manera :

<i>Grupo</i>	<i>Asignación</i>	<i>Observaciones antes</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Observaciones</i>
<i>después</i>				

Único	Algún sistema	O,1	X	O,2
	de selección			

El razonamiento que se aplica a este esquema consistiría en considerar que tales resultados no habrían ocurrido en caso de que no se hubiese efectuado el tratamiento.

Con este diseño se pueden comparar las observaciones antes y después , y de esta manera se cumple con el requisito comparativo del conocimiento científico,. Se espera que la diferencia entre las medidas antes y después sea nula en ausencia del tratamiento, de ahí que cualquier cambio que se produzca se atribuirá al tratamiento.

Puesto que los sujetos actúan como su propio control , este diseño no requiere la adición de un grupo control. (35)

La técnica elegida fue **la entrevista semidirigida**. Como es sabido esta entrevista es una técnica intermedia entre la entrevista libre y la dirigida. A diferencia de la primera , permite la intervención del entrevistador que señala algunos vectores ya sea para empezar o para continuar la entrevista . Frente a la entrevista dirigida , as preguntas son formuladas de la manera más amplia posible y atendiendo el curso del funcionamiento familiar, manifestado en el diálogo.

La intención de este estudio de caso, es corroborar lo expuesto en el marco teórico acerca de las interacciones familiares ,a través de la configuración del tratamiento realizado a una familia con un miembro adicto.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO: "LAS CARTAS DE ANITA. "

Se trata de una familia que consulta en forma particular, se realiza tratamiento familiar , y farmacológico, durante 4 meses, con una frecuencia de dos sesiones por semana. Consultan como última instancia antes de recurrir a una internación psiquiátrica.

Llama Ana, la mamá de Carlos, con un tono de urgencia pide turno, comenta que ya han pasado por varios profesionales e instituciones, y que está a punto de

internar a su hijo en el Hospital Pereyra. Refiere el problema de adicciones de Carlos desde un lugar de desesperación.

Se acuerda una entrevista para ella.

Ana tiene 49 años, vive con su hijo Carlos de 24 años, sus dos hijos mayores están casados, María de 29 años, y Juan de 26, Pedro de 50 años ,el padre de los hijos vive con sus padres, están separados desde el año 1998.

Ana no tiene trabajos estables, a veces vende celulares, ropa, o promociona medicinas prepagas. Carlos no trabaja, abandonó el colegio secundario, Pedro tiene un negocio de fotocopiadora y de revisiones técnicas de las máquinas.

Durante la entrevista Ana plantea el problema con un estilo comunicacional confuso y desesperante : *“...Hace 4 años que estoy separada, mi marido es bipolar, funciona con medicamentos, 30 años de casados..., los dos cortados por la misma tijeraEn el 98’ falleció mi mamá, era lo único que me sostenía, me fui a vivir a San Luis porque ya no los aguantaba más los dos vagabundeaban por toda la casa, yo dije basta..*

Estas frases incompletas develan un alto nivel de significación relacional . Refiere su separación conyugal, unifica al padre y al hijo desde la enfermedad connotándolos negativamente , se vislumbra la relación de apego con su madre y el impacto de su muerte.

Frente a la pregunta acerca de su hijo, Ana responde:

Carlos era un niño miedoso , le tenía miedo a todo, a la oscuridad, no podía despegarse de mí, no tiene amigos, si tiene alguno son de los que toman, no se contacta con los demás , quiere hacerse amigo de su hermano pero no podía, la hermana lo cuidaba de chiquito. Era muy buen alumno, toca la batería,..., no se como comunicarme con Carlos, (llora), no soy importante para nadie , hay que internarlo y el padre no reacciona, no tengo apoyo de nadie , los dos son niños inmaduros ,no sé.. para qué lo tuve..., cada vez que me quedaba embarazada me ponía a llorar, tuve 3 abortos , es que siempre estuve muy desprotegida de mi marido, era un drama .

El relato arroja algunos datos interesantes : relación de apego de Carlos hacia su madre, dificultades de Carlos en el mundo externo, problemas en la sociabilidad, dificultades de relación en el sistema fraterno, Ana mezcla tiempos verbales pasado y

presente no se diferencian . Centra la atención en si misma cuando intenta mostrar los recursos positivos de Carlos , victimizandose. Se evidencia al final un aspecto destructivo enmascarado a través de desviar la agresión hacia Pedro.

Se visualiza además tasas de Emoción Expresada Alta.

Se indaga sobre la internación en el Hospital Pereyra, ya que lo había mencionado cuando concertó la entrevista por teléfono.

En este sentido , alude a la intervención del psiquiatra de la familia, quien debido al estado de adicción de Carlos indica una internación de desintoxicación, cuando llegan al Hospital, Carlos promete iniciar un tratamiento ambulatorio con tal de no permanecer internado, el Dr. Linares acepta la propuesta de Carlos pero con la amenaza latente de la internación si no cumpliera con las indicaciones.

Se solicita el teléfono del Dr.Linares a fin de acordar estrategias de intervención para esta etapa de desintoxicación.

Se cita para la próxima entrevista a Carlos.

Carlos se presenta puntualmente acompañado por su madre , su aspecto es prolijo y limpio.

El objetivo de esta sesión era indagar acerca del grado de consumo, las sustancias consumidas y la motivación para el tratamiento.

... consumo bebidas blancas, marihuana, cocaína, esas estupideces , lo hago solo de noche, es una tentación terrible, no la controlo, las cagadas me las mando solo, me engaño a mi mismo porque digo va ha ser un poquito y nada más, pero caigo en los excesos.

Se comenta ,a fin de indagar la motivación actual, que chances de éxito tenemos ahora.

...ahora hay algo que me frena , me digo basta pibe crece! , dejá de hacer cagadas !, ver a esos locos en el Pereyra me mató....

Se propone trabajar juntos para que su destino no sea el Hospital Pereyra, Carlos acepta esta propuesta, seguidamente se acuerdan los objetivos a alcanzar en el tratamiento a fin de establecer vectores claros de manera de chequear avances y retrocesos.

En este sentido Carlos propone :

Quisiera que se me vayan las ganas de consumir , quiero sacarme la ansiedad y la inquietud. También me gustaría poder interaccionar con la gente abiertamente , me sacaría un peso de encima no ser tan introvertido.

Desde esta perspectiva, Carlos asume su problema y establece una relación entre su introversión y el consumo, a fin de indagar esta hipótesis se pregunta acerca de esta posibilidad , además se chequea el grado de importancia que tiene el consumo en su vida en una escala del 1 al 10 .

No podía afrontar situaciones, en la escuela, o con amigos, la marihuana fue un nexo, conoces gente que está en la misma, pero la marihuana me empezó a encerrar más, y entonces con la cocaína me estimulaba y me sacaba de la depresión, la cerveza me descontrola y es peor.

Ahora tengo miedo a enfrentar la evolución , el progreso, siento mucha apatía.

En una escala del 1 al 10 , la falopa tiene un 9 de importancia , quisiera que no sea ella la protagonista de todo, el 1 es un poco de freno .

El panorama está dilucidado, hay motivación para el tratamiento, existe capacidad de reflexión y de conexión entre su adicción y aspectos de su personalidad, esto indica buena capacidad para iniciar el proceso de psicoterapia , pero el grado afectación del consumo en su vida es muy alto, en este sentido el tratamiento ambulatorio tiene riesgo de fracasar, sus estrategias de control están debilitadas y la amenaza de internación solo sirve como puntapié inicial en el tratamiento.

Teniendo en cuenta este primer acercamiento al caso, se realiza una interconsulta con el Dr. Linares y se acuerda realizar una internación domiciliaria durante 15 días. Durante este período Carlos permanecerá en su domicilio, sin poder recibir llamadas, ni salir , recibirá medicación y acudirá a las consultas acompañado por sus padres.

Se cita para la próxima sesión a Carlos y a sus padres.

El objetivo de la entrevista familiar fue realizar la indicación de internación domiciliaria y preparar a los padres para atravesar este período.

Acuden a la consulta, Pedro, Ana y Carlos.

Sostener el eje de la entrevista en la situación de Carlos y la propuesta de internación domiciliaria resultó difícil. Ana centraba la atención en ella, en sus dificultades económicas, Pedro hacía referencia al pasado familiar y a su dificultad para asumir la separación conyugal, Ana lo desprecia y culpabiliza por los abortos, comenta acerca de accidentes de auto de Carlos, por conducir drogado, su temor a que se muera y sus fantasías de encontrarlo colgado , bajo este panorama "tanático", Carlos que había permanecido en silencio, reacciona y dice: *si me cuelgo es una decisión mía ,es mi vida, si parece que no les importa que estoy acá*. Pedro se angustia y lo "rescata", poniendo en valor sus habilidades con la música y la electrónica, calificándolo como un buen técnico manifestándole que lo necesita.

Quien comprende la estrategia con más claridad es Carlos, contrariamente a lo esperado. Ana parece no escuchar , Pedro sigue la indicación respetando el criterio del Dr. Linares quien es también su psiquiatra.

La posición de Ana se transforma en una situación de riesgo para Carlos , además viven los dos solos, es un obstáculo para la estrategia acordada, en este sentido se le pide a Pedro que pase por la casa todos los días para verificar el estado de su hijo.

Ana se hará cargo de la administración de la medicación, con esta propuesta de "control", sobre Carlos, ahora , al servicio de la salud ,se pretendería reducir su ansiedad.

El objetivo de la siguiente entrevista era sostener la estrategia de internación domiciliaria y constatar su cumplimiento.

Carlos acude a la consulta, comenta no haber consumido, en esa semana pero se ha sentido muy desganado e inquieto.

Me la paso viendo tele o en la cama ,mi vieja me está encima , es muy rompe, me pide que pase el trapo de piso , que limpie , no me deja en paz. Mi viejo pasa y me deja puchos ,por lo menos, si fumo no tengo tanta ansiedad . Cuando no me entretengo me vienen imágenes de consumo y me pongo muy inquieto.

Hasta aquí se ha sostenido la abstinencia , sin embargo estamos en presencia de dos factores de riesgo : la relación con su madre, y las imágenes de consumo frente a la inactividad.

Carlos toca la batería, desde hace tiempo, no practica ya que por su estado de intoxicación no podía sostener la coordinación motriz, se apela a este recurso positivo y se propone la siguiente tarea "cada vez que aparezcan estas imágenes debe tocar la batería".

Se abren en esta entrevista dos vertientes terapéuticas: por un lado el trabajo directivo apuntando al control de la adicción, por el otro el esclarecimiento de las pautas relacionales familiares,

Se inicia la investigación de las pautas familiares teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital, en este sentido se indaga acerca de sus transiciones en las diferentes etapas. Carlos colabora con este eje de investigación, recordando sus dificultades de inserción desde el inicio de su escolaridad.

"No quería ir a la escuela, era muy tímido, me escapaba de chiquito y me le caía a mi vieja por la mañana a la casa."

Mi hermana me cuidaba era mi segunda mamá ella me ayudaba con la escuela, no era de tener amigos, me gustaba jugar solo.

"La secundaria también me costó, pero no estudiar, sino ir a la escuela, no enganchaba con nadie."

A los 16 años empecé a drogarme, conocí a unos chicos que me invitaron a tocar en su banda de rock, con la droga fue más fácil, era el nexo...

...La separación de mis viejos me afectó mucho, fue la etapa de más consumo, llegaba a cualquier hora, pero lo peor fue cuando mi vieja se fue a San Luis, ahí me quede solo con mi viejo y fue ..., mucha calle, mucho descontrol, mi vieja se tuvo que volver...

Otra situación familiar que me afectó fue el casamiento de mi hermana, yo estaba muy pegado a ella, mi vieja la dejaba para que me cuide, con mi hermano nos llevamos re mal, él hace la suya, no da ni bola.

Mi hermana se casó cuando iba al secundario, a los 17 o 18 años, yo ya consumía, después abandoné la escuela.

Desde esta perspectiva se comienza a hilvanar estos acontecimientos familiares con su adicción. Intentando dar sentido y contextualizar. Significar la adicción teniendo en cuenta estos sufrimientos, resultó aliviador para Carlos.

Carlos acude a la siguiente sesión con una carta de su madre:

"Dra. Laura:

Sergio a pesar de la medicación que le recetó el Dr.Linares y el pedido de reposo que debía hacer, se burló entre comillas , porque entiendo que está enfermo pero eso no le da derecho de tomarle el pelo a su mamá siendo que por el momento Ud. y el Dr. son las personas que pueden ayudarme , el día viernes a las 18 hs. salí a llevar a mi hija una torta para el cumpleaños de mi nieta y me dijo que se acostaba mientras yo volvía , ni le explico la desesperación que sufrí cuando llegué y no estaba , también me faltaba una pulsera que me regaló mi madre de 6 gramos de oro para usarla en casos urgentes me sentí tan desesperada que cuando llegó a las 21, 30 hs, deseaba que fuera una pesadilla porque esta realidad me supera .

Le pido que me ayude ,el día sábado fui al cumple de mi nieta el se negó a acompañarme y prometió quedarse y no lo hizo. La medicación lo duerme bien de noche pero de día está despierto . Yo comienzo a trabajar y no tengo con quien contar , en esto y en todo estoy sola, no hay guarderías para estos problemas el no es un loco es un enfermo demasiado difícil para mi entender, se que debo caminar con él pero creo que a esta mamá sólo la hace caminar el dolor de una persona que casi puede caminar.

Ayudame Laura te lo ruego

Con Cariño

Anita

30-10-02

Luego de leer la carta, Carlos asume su recaída y su conducta transgresora, aunque refiere que su madre también transgredió el tratamiento ya que no podía dejarlo solo, además le pidió que le cerrara la puerta con llave antes de irse y ella no lo hizo.

La carta de Anita abre en esta sesión una nueva dimensión en el análisis relacional de la problemática en un nivel de complejidad mayor.

Por un lado en el contenido del mensaje se lee entre líneas una carga de agresividad hacia el tratamiento, hacia Carlos , hacia Pedro , violencia invisible y entrampante, confirmandose su alto grado de Emoción Expresada .

Por el otro, en un nivel relacional la carta coloca a Carlos como mensajero pasivo de su madre y a mí como receptora silenciosa de su enojo camuflado bajo su pedido desesperante de ayuda.

La explicitación de este lugar de "mensajero pasivo", resuena en Carlos , asociando otras situaciones en las que su madre le manda mensajes a través de él a Pedro. Mensajes con importantes cargas emotivas, en este sentido Carlos se refirió a si mismo como el "corre ve y dile ".

"Yo soy el corre ve y dile de mi mamá, es que mi mamá no le habla a mi papá

El efecto de este lugar termina siendo el enfrentamiento entre padre e hijo. De esta manera Carlos actúa la agresión de Ana.

Estamos frente a uno de los principales factores de riesgo : la propensión de Carlos a los "acting out", estarían vinculados con la transmisión indiscriminada de estados emotivos de Ana.

El párrafo ...no hay guarderías para estos problemas..., ubica a Carlos en una posición de niño dependiente , descalificando toda posibilidad de desarrollo autónomo , si bien la adicción sume a Carlos en una posición dependiente y pasiva, no es un niño.

Mientras dilucidamos esta línea de trabajo terapéutico comienzan a resonar en mí las últimas frases de la carta "... a esta mamá sólo la hace caminar el dolor de una persona que casi puede caminar ..."

El propósito de la entrevista con Ana fue, además de escuchar sus quejas, intentar mostrar esta pauta de interacción.

Se abre un nuevo interrogante en esta sesión, ¿ cómo es esto de que el dolor de Carlos la hace caminar? , ¿ es que la adicción de su hijo se ha convertido en el centro de su vida otorgándole un sentido? .

Es aquí donde aparece el obstáculo para la curación , el drama y la tragedia.

A fin de intentar resolver este punto de tropiezo, se plantea un desafío para Ana, en este sentido se construye un cuestionamiento para la pauta de mantenimiento,: Cuales son sus planes para cuando Carlos se cure, que hará de su vida sin este drama ?.

El desconcierto y la sorpresa frente a esta intervención movilizaron a Ana.

La cita familiar se realizó con el fin de trabajar sobre la internación domiciliaria, debido a las transgresiones surgida en el transcurso de la semana. El Dr. Linares me comunica la necesidad de continuar con esta modalidad. Resulta necesario mantener el aislamiento de Carlos fundamentalmente para que los efectos de la medicación sean efectivos . Se pretende lograr control de la ansiedad y de la impulsividad.

La sesión gira en torno al sentido de la intervención, se explica la necesidad del aislamiento como método de control para que la medicación logre su efecto como curación ,y no como una sustancia posible de combinar con el alcohol o con otras drogas. Resulta conveniente realizar esta diferenciación ya que la mayoría de los pacientes adictos utilizan la medicación recetada como una droga más que manejan a su antojo combinándola con alcohol .

Significar la medicación psicotrópica como una indicación médica, como un método de curación , resulta ser un paso importante en el tratamiento

Se informa acerca de las características esperables de un adicto , acerca de lo que significa la etapa de abstinencia.

En esta sesión se apeló a técnicas psicoeducativas

Carlos pide ayuda para lograr pasar este proceso, a través de pedidos concretos como cerrar la puerta con llave en caso de quedarse solo.

También se retoma la consigna de tocar la batería cuando sienta ansiedad o el impulso por consumir.

Es así como el trabajo terapéutico se va construyendo según los ejes trazados al comienzo: uno de ellos el control de la adicción , y el otro el esclarecimiento de pautas familiares disfuncionales . Para continuar en este eje se cita a Carlos y a su padre.

La carta de Ana puso en evidencia un juego familiar , el del "corre ve y dile " , según las palabras de Carlos . El juego conseguía el enfrentamiento entre padre e hijo.

Desde la circularidad del enfoque sistémico resulta necesario investigar cual es la posición en el juego que Pedro y Carlos asumen.

Pedro asegura su dificultad para comunicarse en forma directa con Ana, en este sentido Carlos se ofrece de intermediario, a veces como mensajero de Ana, y a veces como conciliador de Pedro. Carlos expresa su tendencia a ubicarse en esta posición , está en el medio del conflicto conyugal, si bien su intención implícita es la de mantener unidos a sus padres, el costo de esta posición es la de encarnar los estados de insatisfacción y bronca de Ana hacia Pedro , y de esta manera deteriorar la relación con su padre .Por otra parte Pedro intenta ser aceptado por Ana enviándole a través de Carlos mensajes que apuntan a la conciliación , que son rechazados por Ana a través de Carlos. En el medio de este caos relacional y comunicativo, Carlos queda atrapado y sin salida. Frente a este juego Carlos intenta salir de alguna manera con su adicción, creándose un nuevo circuito de entrapamiento, donde su lugar queda reducido a la alineación de su propia identidad.

Se propone una vez esclarecido el juego , buscar modos de relacionarse sin la intermediación de Ana, pretendiendo de alguna manera "desintoxicar" el vínculo padre e hijo.

Pedro ofrece la posibilidad de que una vez concluida la etapa de internación domiciliaria Carlos colabore con él en su trabajo.

El lugar de entrapamiento de Carlos, queda de manifiesto en la triangulación conyugal. El deseo de mantener unidos a sus padres, refuerza esta posición. Ocuparse en esta misión tiene su efecto en la dificultad de socialización y en los problemas de relación con sus hermanos .

Transmitir esta construcción relacional colaboró aliviando a Carlos, otorgando sentido .

Cumplir con la misión del corre ve y dile , significa que su cabeza debe estar siempre dispuesta a los requerimientos de su mamá y a los problemas conyugales, de esta manera es poca la "cabeza que le queda para pensar y hacer sus propias cosas".

En este sentido afirma: *"Mi mamá ocupa mucho espacio en mi cabeza, la tengo metida adentro mío todo el día, es la protagonista de todo"*

Es la protagonista de todo.... recuerdo esta frase, cuando Carlos se refería en la primera sesión al lugar que ocupaba la droga en su vida..., empiezo a vislumbrar una pauta isomórfica,

Acerca de estas construcciones giraron las sucesivas sesiones individuales con Carlos.

Cuando el tratamiento parece seguir un rumbo de acción claro, Ana envía otra carta :

"Quienes beben para escapar , solo

Cambian de cárcel"

LA META MAS GRANDE.

Conocerse a sí mismo es claridad, dominarse a si mismo es fuerza, saber hacer es realidad, superioridad, poder realizar es energía .

El vaso infinito no tiene capacidad, el sonido infinito no es oíble.

Carlos esto lo leí del libro de los Senderos.

La suprema pureza es la ingenuidad.

Creo que tu comportamiento está pidiendo algo más de lo que recibes , la realidad es esta mamá, tu mamá que te quiere hasta las lágrimas y te va a ayudar , quiero por escrito delante de Laura , me contestes en realidad que necesitás , porque siento que todo es en vano. Estas al acecho mirando a tu alrededor sin conectarte, como una forocopiadora sin lámpara , cambias una cosa por otra pero ninguna te hace sentir bien son todos insumos sin valor lo que recibe esa máquina .

La ganancia se trueca a veces sólo para pérdidas , donde está la escencia de mi hijo. Creo ver a un desconocido que ya mira a ojos de nadie. Eres demasiado valorable para mí pero si no lo entendés así contestame a la vuelta de la hoja , creo así es la vida cortita , pequeños instantes y tu lo estás desperdiciando.

Anita.

Pido a Dios un hijo libre.

Noviembre 2002. 1 mes de tratamiento?

Hay dolores que curan, y placeres que enferman.

Decido leerla en voz alta, al finalizar, Carlos en un estado de confusión casi como el mío, pregunta: *"Que le escribo atrás, no sé, dice que, qué necesito...?"*

No sé que quiere de mí.

La carta es un mensaje indirecto para Carlos, que , mediante contenidos abstractos, ambiguos, confusos, pone nuevamente en evidencia las descalificaciones.

En este sentido la alusión a ... *"como una fotocopiadora sin lámpara..."*, hace referencia evidentemente al padre, descalificándolos a los dos, el acercamiento entre padre e hijo, resulta amenazante . El proceso de "desimbiotización " es atacado.

...Son todos insumos sin valor lo que recibe esa maquina. , en esta línea de desvalorizaciones pareciera decir, sos tan poco valioso y tan poco útil como tu padre.

La ambigüedad del mensaje... *creo ver a un desconocido que ya mira a ojos de nadie...* ,entraña un aspecto ya no de descalificación sino ya de desconfirmación de su identidad, ella lo mira como a un desconocido, como si fuera nadie. La imagen del hijo que ella devuelve, el espejamiento que hace de él , reflejan a un nadie. Antes una máquina sin valor ,ahora, un desconocido.

Luego de definir su ser desde la desvalorización y la desconfirmación , dice... *eres demasiado valorable para mi, si no lo entiendes así contestame a la vuelta de la hoja, creo así es la vida cortita...* , . A través de este mensaje ella prohíbe la metacomunicación de la desconfirmación y desvalorización. Sugiriendo un castigo mortal si así lo hiciera. Ella le dice te obligo a que entiendas cuanto te valoro, si no la vida puede ser corita.

Carlos parece reaccionar mediante la confusión cuando expresa, *no sé que dice, que escriba atrás que... que necesito, No sé que quiere de mí.*

Impacta en mí el párrafo: *"la realidad es esta ,una mamá , tu mamá que te quiere hasta las lágrimas..."*

Pareciera que Ana pretende ser la única realidad para Carlos, ser omnipresente en su mente, la protagonista de todo...

Resolvemos no enviar un mensaje escrito detrás de la carta de Ana, estableciendo así un corrimiento en la pauta del "mensajero" sino que convenimos una sesión en conjunto con ella para develar la pregunta ¿qué quiere de mí?.

Comienzo la sesión con la carta, intento rescatar en primer lugar algunos aspectos positivos como la idea de conocerse a sí mismo, dominarse a sí mismo , compartir algunas reflexiones con Ana y Carlos ayudaron a crear un buen clima .

Carlos, se dirige a Ana y le pregunta : No sé que querés de mí, frente a lo que Ana responde en forma abstracta e indefinida. Se intenta bajar de los contenidos abstractos que involucran aspectos de la identidad de Carlos, a acciones concretas de la convivencia cotidiana. Así se acuerdan tareas específicas en el plano doméstico. Con el fin de chequear la realización de las mismas se solicita un cronograma de actividades diarias durante la semana.

En la sesión siguiente Carlos trae el cronograma:

Martes 19 de noviembre:

Me levanté, hice la cama, me vestí, hice mi desayuno, saqué la perra, fui a trabajar , estuve revisando una máquinas , contestando el teléfono, tomando café y escuchando la radio y música , llegué a casa me di una ducha y tomé los medicamentos , vi televisión y me acosté.

Miércoles 20 de noviembre:

Me levanté tomé los medicamentos, hice mi cama , desayuné , me duché y me fui a la oficina , en la oficina lo mismo de ayer . Llegué del trabajo tomé la medicación y almorcé con mi mamá , dormí toda la tarde y noche.

Jueves 21 de noviembre:

Hice el desayuno , me duché y tendí mi cama , me fui a la oficina . Atendí el teléfono, llegué a casa no había nadie , llegó mi mamá y almorzamos lavé mi plato y taza y los sequé y guardé , vi televisión con mi mamá y me acosté a dormir , me levanté a cenar y me volví a acostar .

Viernes 22 de noviembre:

Me desperté, me levanté , tendí la cama y me fui a la oficina , atendí el teléfono , escuché música y arreglé una máquina , por la tarde me dormí y a la noche salí con mi papá,

almorcé con mi papá

Sábado 23 de noviembre:

Me levanté , tendí mi cama , desayune con mi mamá, matiné con ella un rato.

Tal como se había acordado con Pedro , Carlos ha comenzado a trabajar con él, ahora que el proceso de internación domiciliaria ha concluido. Se observa una actitud activa , frente al estado de pasividad y adormecimiento en el que se encontraba.

Luego de estos primeros pasos, Carlos comienza a moverse, acude a un gimnasio, tres veces por semana, con la intención , además de realizar ejercicio físico de interaccionar socialmente. En este sentido se propone, comenzar a tejer una red social buscando vínculos sanos ya conocidos por Carlos, es así que se reencuentra con un amigo de la primaria con quien se junta a jugar con la computadora, también contacta con sus primos con quienes se encuentra en las respectivas casas para ver películas y comer pizzas.

Poco a poco Carlos comienza un proceso de socialización e inclusión con el afuera , en este proceso Pedro lo acompaña , desde la contención y el control Carlos no puede manejar dinero, por lo tanto Pedro debe estar atento al control del mismo. Entre tanto Ana ha comenzado un curso de depilación y cosmetología, actividad que le permite mantener cierta distancia de su hijo.

Para Carlos volver ha conectarse con la música a través de la tarea encomendada, de tocar la batería ante el impulso por consumir, resultó estimulante .

El contacto con su cuerpo y el reconocimiento de su deterioro colaboró en el sostenimiento de la actividad física con el fin de recobrar cierto bienestar.

Existen en él espacios para la salud y conductas de autocuidado , sostenerlos se transforma en un desafío, Carlos conoce del esfuerzo que debe realizar día a día para mantener la abstinencia.

Se trabajó intensamente en los factores de riesgo inductores del consumo, entre ellos su posición de "corre ve y dile", pauta mencionada anteriormente graficando la triangulación conyugal, las cargas de emotividad alta de Ana y el impacto desde la indiscriminación, sus descalificaciones, el vínculo de apego y la dificultad de la madre para aceptar la distancia, su impulso por consumir, el lugar de protagonismo tanto de la droga como de su madre.

Frente a este panorama, los factores de protección, apuntan fundamentalmente al sostenimiento de sus proyectos personales. Carlos es consciente que es su vida y su identidad las que corren peligro. De esta manera se pretende la transformación de él como el protagonista de su propia vida.

ANÁLISIS DEL CASO A LA LUZ DE LOS CONCEPTOS TEÓRICOS.

Teniendo en cuenta el diseño experimental elegido, el de "un solo grupo sin repetición". Donde al aplicar la variable dependiente, el tratamiento, se encontrarían diferencias antes de ser aplicado y después de su aplicación. Podríamos afirmar que existe una modificación en el sistema de relación en la tríada, madre, padre, hijo, y en la resolución de la problemática adictiva de Carlos.

El modelo teórico sistémico orientó el tratamiento, sirviendo como marco científico.

La vertiente teórica que afirma que el adicto es un ser destinado a no ser un ser autónomo, con vida propia, ya que está destinado a ser un ser para la mamá, quedó demostrado. Además se pudo comprobar en el padre un rol pasivo, dejándose dominar por una mujer exigente, controladora que mantiene un fuerte lazo simbiótico con el hijo.

El marco conceptual que propone la idea que la drogadicción puede concebirse como un proceso que involucra a tres personas: el adicto y sus padres, queda puesto en evidencia con la involucración de Carlos en el cisma conyugal.

El modelo triádico presentado se refiere a la coalición revolucionaria, coalición caracterizada por el aumento de poder de uno socavando la autoridad legítima del otro progenitor. Observamos cómo la madre en coalición con el hijo no solo socava la autoridad del padre sino que hace que su posición dependa del apoyo que reciba del

hijo. De esta manera nos enfrentamos con una incapacidad de los padres para actuar en unión al imponer disciplina que es al mismo tiempo su incapacidad para mantener la línea generacional.

El punto de tropiezo del ciclo vital de estas familias se encuentra en la adolescencia y emancipación, el desarrollo de la autonomía y el contacto eficaz con el afuera no ha sido logrado competentemente.

Asimismo observamos cómo la adicción presenta un aspecto de la personalidad primitiva e infantil, aspecto que debilita la parte adulta de la personalidad. Vemos cómo la pasividad y la esclavitud a lo destructivo ganó terreno en Carlos. En relación a la pauta que se establece con la droga, podemos considerar que existe un vínculo isomórfico a la relación con su madre, en el sentido de la atribución sugerida por Carlos a las drogas y a su madre como los protagonistas de todo, ocupando tanto lugar en su vida que no queda espacio para ser , el estado de alineación de su identidad confirma esta atribución.

El modelo terapéutico utilizado fue psicoterapia familiar y apoyo psicofarmacológico para la desintoxicación. Con modalidad ambulatoria.

La terapia familiar apuntó en un primer momento a la desintoxicación, para ello se intentó organizar a la familia para enfrentarse al estrés que supone esta etapa, apelando a herramientas psicoeducativas enfocadas a reducir el nivel de dramatismo expresado en la alta emotividad de la madre.

Por otro lado se recurrió a un enfoque estratégico para la asignación de tareas, y para el mantenimiento de la motivación y el manejo de la maniobrabilidad.

Los recursos del enfoque estructural colaboraron en la creación de distancia entre los miembros muy apegados (madre e hijo), en la destriangulación de Carlos y en el reordenamiento de la tríada generando un corrimiento en la coalición generacional.

Acostumbrarse a vivir sin tener la adicción como punto central del intercambio relacional , fue el objetivo luego de la primer etapa, fomentando actividades, colaborando en la creación de proyectos vitales. (curso de capacitación de Ana, la inclusión de Carlos en el negocio del padre, el gimnasio, etc.)

Para el terapeuta es importante tratar de reducir la sensación de drama y poner a trabajar a la familia en forma productiva. Esta es la posibilidad que guía y sostiene el arduo proceso terapéutico.

CONCLUSIONES

Desde una epistemología cibernética sistémica, se intentó entender la adicción inmersa en un contexto, considerándola desde su aspecto interaccional .

Esta investigación pretende construir un marco conceptual teórico y clínico, que permita comprender el fenómeno adictivo desde su contexto familiar, además de proponer posibles intervenciones terapéuticas .

Se postula que las familias en las que hay un miembro adicto presenta características particulares. Además existe entre el adicto y la droga un espacio relacional posible de identificar estableciendo o bien pautas isomórficas al modelo relacional familiar , o creándose un entrampe relacional donde la droga comienza a cargarse de atribuciones.

De esta manera se desprenden los objetivos que han guiado la investigación :

- 1- Comprender el fenómeno adictivo desde su contexto familiar.
- 2- Develar el aspecto interaccional de la conducta adictiva.
- 3- Proponer posibles intervenciones terapéuticas.

El desarrollo de cada uno de estos objetivos estructurarán el orden de las conclusiones.

1- Comprender el fenómeno adictivo desde su contexto familiar:

Desde la perspectiva planteada a lo largo de esta investigación, es pues imposible pensar en la adicción como manifestación de un problema exclusivamente individual. Como se vislumbra en este enfoque, el problema es mucho más complejo y emerge de un sistema disfuncional.

En tanto sistema, la familia es una unidad de interacción . A partir de este cambio epistemológico del objeto al sistema , es imposible pensar las interacciones familiares solamente como relación causa- efecto, desde la circularidad que implica lo transaccional, las causas se vuelven sobre sí mismas y los efectos son nutrientes de las causas. Por eso se ha postulado que pensar en sistemas implica pensar en interacción . En los términos de este trabajo , las interacciones que van configurando el contexto familiar del adicto, adquieren distintas formas.

Estos sistemas se caracterizan por presentar modelos tóxicos de comunicación, a través de mensajes verbales y no verbales la familia se encarga de ir mostrando conductas adictivas para calmar ansiedades. En este modelo pensar, esperar, y controlar los impulsos no existe. En cambio la acción y especialmente la acción tóxica sustituye el pensar.

Se ha observado en el núcleo familiar de un adicto a las drogas, la presencia de adicciones en otros miembros del grupo. También se observa una cosmovisión omnipotente de la familia como forma de vérselas con el mundo, expresándose en el incentivo exagerado al esfuerzo ciego.

Se piensa que son familias donde la delimitación del self de uno no está bien claro con la delimitación del self del otro, la invasión de unos con otros es la norma, de esta manera se borran los límites entre unos y otros.

Se manifiestan características de fusión, indiscriminación, dificultad de individuación y autonomía. Funcionamiento evidente en el estudio de caso presentado.

El análisis de la familia de Carlos arrojó luz sobre los conceptos acerca del pacto criminoso,

en donde se cumple con el mandato de no ser. El hijo droga está destinado a no tener identidad propia, en su lugar se ofrece como miembro sacrificado para ser un ser para la mamá. Como se ha señalado las madres de adictos son mujeres reclamantes, demandantes dramáticas, y los padres son hombres pasivos que ceden sus prerrogativas como padres y mantiene distancia con sus esposas.

Es así como las madres exigentes y controladoras necesitan y mantienen fuertes lazos simbióticos con los hijos, y no objetan el distanciamiento del esposo mientras éste les permite el control total sobre los hijos.

Estos modelos van configurando un proceso de desarrollo donde se descalifican los valores de la vida autónoma, invirtiéndose el significado: autonomía es mala, dependencia o sumisión es bueno.

Otro de los aspectos importantes en la caracterización de estos grupos familiares es la problemática de los límites, el "no", no tiene registro simbólico. Es

decir que para poner límites no basta con decirle a un hijo que vuelva a las 12hs, sino que significa delimitar quien es quien, desde el comienzo de la vida.

Todos deben aprender el significado del límite , desde respetar los espacios de cada uno hasta aprender a tolerar la ansiedad , intentando no regirse por la inmediatez.

Los efectos de estas pautas interaccionales son la configuración de un hijo con profundos sentimientos de abandono, vivencias depresivas y que en la droga encuentran la ilusión de integridad y muchas veces de identidad : "soy adicto".

Como un modo de ampliar las nociones de las pautas interaccionales ,surgen los postulados acerca de la comprensión de la adicción desde el marco del ciclo vital.

En este sentido se ha comprobado que existe un nexo entre el abuso de sustancias y las etapas del desarrollo familiar. La entrada en la adolescencia y la emancipación son las etapas del ciclo vital donde se plantea un cambio de reglas familiares fundamentalmente las que tienen que ver con la autonomía y mayor relación con el afuera. Es aquí donde aparece el punto de tropiezo de estas familias.

Se considera que el abuso de sustancias es una resolución paradójica a la crisis de autonomía En este sentido el síntoma le sirve al adicto para mantenerse distante y cercano a la vez,

poderoso e irresponsable , tener experiencia cuasi sexuales y permanecer fiel a la madre. Desde una posición de pseudoindividuación, se ofrece como mantenedor homeostático, del sistema conyugal , cuando el equilibrio parental se ve amenazado por crisis de separación, el adicto intenta centrar la atención en el mediante la autodestrucción. Se recordará que en la presentación del estudio de casos, se manifestó que la etapa de mayor consumo de Carlos fue cuando su madre se fue a San Luis, logrando a través de su autodestrucción traer a su madre de vuelta.

Se sugiere que la drogadicción puede concebirse como parte de un proceso cíclico que involucra al adicto y sus padres . Estas personas forman un sistema íntimo, interdependiente, cuando el equilibrio de este sistema es amenazado , por discordias o separación, el adicto se activa , y crea una situación que dramáticamente concentra la atención en él. Esto permite a los padres pasar del conflicto conyugal a un excesivo apego parental. En efecto el movimiento va de una interacción diádica inestable , los padres solos, a una interacción triádica estable padres y adicto.

El adicto está atrapado en un dilema , por una parte sufre presiones para permanecer ligado a su familia, mientras que por otra parte las fuerzas socioculturales lo incitan a establecer relaciones con el afuera.

Desde esa perspectiva el adicto a través de sus relaciones con la cultura de la droga refuerza su dependencia con respecto a su familia . Las relaciones externas se pueden considerar como el escenario para una conducta seudoindependiente y seudocompetente, pues, paradójicamente, cuanto mayor sea su vínculo con el grupo de pares , mayor es su indefensión, es decir su adicción. Esta indefensión refuerza la dependencia con sus padres y es por ende mantenedora del equilibrio.

Por último , es importante destacar , otro aspecto de estos grupos familiares, se trata de la posición de los padres frente a las fallas cometidas por los hijos , que va desde el castigo represivo a la falta de reacción ante conductas de gravedad, mientras que los hijos no pelean abiertamente ni se oponen , sino que eligen la transgresión solapada.

Develar el aspecto interaccional de la conducta adictiva.

“Existe entre el adicto y la droga un espacio interaccional, cargado de juegos relacionales entrampantes y atribuciones paradójicas”. Este es el postulado que se plantea en la investigación encontrando su confirmación en el desarrollo teórico y clínico.

En todas las adicciones la sustancia adictiva captura la persona en su totalidad y tanto la conducta como el pensamiento giran bajo la órbita de la droga.

Ser adicto describe una relación de esclavitud, caracterizado por la sumisión, por un funcionamiento mental de sometimiento . Aparece un repertorio de conductas estereotipadas

y pobres que dificultan el aprendizaje de la propia experiencia , deteniendo así el desarrollo y el crecimiento hacia la autonomía.

La dependencia patológica es tal que se percibe a la droga como objeto total, ideal, que calma y reconforta y no se tienen ojos sino para mirar esa relación.

En los jóvenes adictos se manifiestan sentimientos de inadecuación e incompetencia., falta de confianza en sí mismos y en su capacidad de adaptación.

La relación de apego es tal que a pesar de ocasionar consecuencias negativas y daño no se puede dejar la relación. Pareciera que las expectativas depositadas ilusoriamente en la sustancia tienen la fuerza de la "espinaca de Popeye", La esperanza de conseguir una solución para sus sentimientos de inadecuación o de rellenar algo interno vivido como vacío , resulta altamente condicionante.

Existe en este sentido un aprendizaje del tipo del condicionamiento clásico, la asociación de estímulos es altamente reforzante, el consumo de droga asociado al efecto deseado es más poderoso que la asociación con el daño.

Se consideró que la relación adictiva tiene un efecto hechizante . El fenómeno relacional denominado Hechizo se refiere a una forma extrema de relación no igualitaria , es la colonización del espíritu de uno por el otro, una invasión de territorio , una negación de la existencia de la alteridad. Si bien estos conceptos han sido vertidos para comprender la relación de abuso sexual, bien puede traspolarse a la relación adictiva. En donde también la diferenciación se vuelve incierta , las fronteras del self se esfuman , y la víctima queda atrapada en una relación de alineación. El acto de drogarse es una relación hechizante , mediatizada por rituales , el efecto de trance se refuerza por la sustancia química. En esta atrapante relación el adicto se sumerge en un circuito abusivo en el que, mientras consume se siente sometido a la droga, pero cuando deja de hacerlo la droga pasa a estar sometida por él. Siempre se gira en el circuito sometedor -sometido, en una dialéctica de quién controla a quién.

Las escaladas simétricas definen la relación desafiante y competitiva, otro aspecto del tipo de interacción que se establece con las drogas y el alcohol, en este sentido las escaladas para "ganarle", al alcohol o a las drogas, refuerzan y entrapan al consumidor.

Se ha observado en los pacientes adictos, cómo enlazan atribuciones a las drogas significándolas de diferentes formas: como fuente de autoestima, como energía de vida, generadoras de potencia, como compañía, otorgándoles el lugar de una pareja, como las protagonistas de todo, como facilitadoras del pensamiento y la percepción. Todas trampas ilusorias ya que en el plano de la realidad y de la corporalidad el efecto es el contrario al anhelado.

Otra perspectiva investigada es la de considerar el acto del toxicómano como un mensaje comunicacional dirigido al desafío de las normas. Resulta ser un cuestionamiento a las figuras que representan la autoridad, un cuestionamiento sobre la consistencia de los límites.

El adicto viola las normas de los sistemas, desafía el poder de la autoridad, pero con el intento de obtener una respuesta consistente. Es así que la importancia de las normas radica en la forma de sostenerlas.

3-Proponer posibles intervenciones terapéuticas

Para el desarrollo de este objetivo, se han sugerido tres opciones de abordaje terapéutico, la terapia familiar, la comunidad terapéutica y el modelo comunitario.

En relación a la terapia familiar, el abordaje sistémico permite investigar las complejidades de los sistemas familiares y las posibilidades terapéuticas de los mismos. En un sistema donde todos tienen que ver con todos, donde no es posible no comunicarse, donde observamos los efectos de las conductas y no los por qué, donde enfocamos sobre las interacciones, donde privilegiamos los para qué, es en donde se intentará intervenir.

Desde esta perspectiva el terapeuta también forma parte del juego de interacciones, transformándose en un miembro activo del sistema.

La terapia familiar consiste en configurar un contexto donde el otro es otro y tiene identidad propia y tiempo propio.

En todos los casos de abuso de sustancias se debe incluir un diagnóstico del ciclo vital. Se afirma que estas familias se han atascado en la etapa de adolescencia y emancipación, el síntoma adictivo asume un rol funcional, entonces el adicto cumple una función homeostática en el sistema conyugal.

El mayor objetivo terapéutico se basa en la destriangulación del hijo del subsistema de los padres, ayudándolo a recuperar su lugar en el sistema filial. Es decir realinear el sistema familiar.

Para ello se apela a intervenciones estructurales que tiendan al trazado de fronteras.

La terapia familiar , en un primer momento está encaminada a la deshabituación . Se intenta organizar a la familia para enfrentarse al estrés que supone el período de desintoxicación, para lograrlo es necesario : crear distancia entre los miembros excesivamente apegados , establecer límites, ordenar el flujo comunicativo, diseñar tareas, reordenar la jerarquía familiar, reducir las tasas de emoción expresada alta , y desdramatizar.

Para la eficacia de esta etapa terapéutica se apela a técnicas psicoeducativas , ofreciéndole a la familia información sobre el fenómeno de la adicción, el síndrome de abstinencia, y el curso del tratamiento

Un punto básico consiste en explorar los recursos curativos de la familia , apelando a los lados fuertes.

Los pasos posteriores de la terapia están orientados a ayudar a la familia a vivir sin tener la adicción como punto central de intercambio relacional. Se intenta conseguir que tanto el adicto como su familia adquieran grados de tolerancia a la frustración y madurez en las relaciones interpersonales.

Poner en marcha de nuevo el ciclo evolutivo colaborando en soluciones eficaces frente a las soluciones que solo consiguen perpetuar la dificultad, se convierte en otro de los desafíos del terapeuta. Encontrar alternativas útiles redundará en la recuperación del control y dominio de las situaciones aliviando el lamento inútil y paralizante.

Cabe considerar que cuando el terapeuta intenta alterar las reglas del juego familiar ,la familia lo percibe como un intruso, y aparece una especie de cerco de goma que al llegar a cierto grado de tensión , expulsa . Es por ello que se vuelve necesario el manejo del delicado equilibrio entre estabilidad y cambio.

El abordaje individual del adicto, también desde el marco sistémico, apunta a conseguir el control de la adicción , el chequeo constante de los grados de motivación para abandonar la conducta adictiva garantiza la posibilidad de que el adicto colabore con las tareas encomendadas para tal fin.

Cuando el adicto no responde a los tratamientos de tipo familiar e individual, y su vida corre peligro, se sugiere, entonces, la internación en comunidades terapéuticas.

Son sistemas de rehabilitación que consisten en que el adicto viva durante un tiempo en la Comunidad. Estos tratamientos permiten que el adicto permanezca contenido las 24 horas del día, cumpliendo con un cronograma de actividades. El plan de trabajo intenta recuperar la capacidad funcional de la persona, poner orden al desorden. El supuesto básico de estos programas es brindar un marco de adaptación a las normas , reconocimiento de límites, respeto por sí mismos y por el otro.

La observación sistémica y la experiencia vivencial como pasante en una comunidad, permitió considerar la importancia de comprender la comunidad como un sistema, donde se crean pautas particulares de interacción propias del contexto inmediato. En este sentido se observó, el reduccionismo de la linealidad , que consistía en la programación de castigos y sanciones por las transgresiones de los pacientes, a veces interpretando que todas las acciones de los residentes tenían la intención de burlar alguna norma.

El pensamiento sistémico procuraría incluir las conductas y sus consecuencias en un todo que se transforma en más que la suma de las partes.

Esta modalidad es una herramienta valiosa en aquellos casos en los que el adicto ha perdido su voluntad, su vida corre peligro y ya tiene problemas legales. Entonces es necesario que otros lo protejan y asuman en un primer momento el control que el adicto ya no tiene sobre sí.

Frente a las propuestas de internación en comunidades terapéuticas, surge un enfoque comunitario, que intenta incluir las adicciones como un problema más de la salud mental que debe ser atendido en los centros de salud de la red sanitaria de una comunidad.

La propuesta apunta a la realización de tejidos de la red comunitaria, articulando recursos humanos de distintas instituciones, con el fin de lograr que el adicto y su familia se acerquen a las instituciones de salud pública para recibir atención, rescatándolos de la marginalidad.

Uno de los desafíos de esta propuesta es crear compromiso en los miembros de las instituciones acerca de la problemática de la adicción.

Se considera que las redes son un instrumento para horizontalizar la participación y para articular personas e instituciones.

Cuando se perciben las redes se escuchan , algunos mitos , creencias que confunden y obstaculizan el pensamiento y la acción.

Para el abordaje comunitario es conveniente cuestionar estas creencias, que funcionan como argumentaciones dañinas que favorecen la exclusión, la marginalidad, la penalización y las acusaciones morales, también los adictos se encuentran atravesados por estos mitos funcionando como obstáculos a la hora de instalar conductas protectoras.

En esta línea de pensamiento , es importante detectar cual es la postura que el terapeuta adopte frente a esta problemática, ya que sus creencias implícitas actúan poderosamente en el resultado de la terapia.

A veces la terapia con adictos está contaminada por distintas posturas , estas pueden ir desde una excesiva permisividad hasta el rechazo . El terapeuta debe cuidarse para no dejar traslucir consideraciones éticas sobre el tema, debe ser tratado como "algo que esta allí, como un problema del que tanto el adicto como su familia quieren liberarse ".

APÉNDICE - CITAS

- (1) Watzlavich Paul, Beavin Janet, Jackson Don. Teoría de la comunicación humana . Barcelona . España. Editorial Hender 1981. Pág. 117.
- (2) Ibidem. Pág. 56.
- (3) Ibidem Pág. 45.
- (4) Lescano Elena. Documento de Trabajo. El concepto de comunicación . Mendoza Argentina U.D.A. Facultad de Psicología.
- (5) Ibidem.
- (6) Lyn Segal .Soñar la realidad. El constructivismo de Heinz von Foerster
Barcelona España. Editorial Paidós, 1994. Pág. 26.
- (7) Escohotado Antonio. Las Drogas de los orígenes a la prohibición .Madrid. España. Editorial Alianza . 1995.
- (8) Ibidem Pág. 56.
- (9) Ibidem Pág. 58
- (10) Ibidem. Pág. 69.
- (11) Ibidem Pág.62.
- (12) Jorge Fernández Moya .La Familia . Cuaderno de tratamiento psicológicos área sistémica. Mendoza Argentina , U.D.A. Facultad de Psicología.
- (13) Ibidem .
- (14) Arias José, Fernández Labriola, Kalina Eduardo , Pierini Carlos, La Familia del adicto y otros temas. Buenos Aires Argentina. Editorial Nueva Visión. 1990. Pág. 15.
- (15) Barrionuevo José. Droga: Adolescencia y Familia. Buenos Aires Argentina. Editorial Tekne . 1991. Pág. 40.
- (16) Falicov Celia Transiciones en la familia. Buenos Aires Argentina, Amorrortu Editores 1991, Pág. 243.

- (17) Sabah Beatriz, La familia disfuncional, Tratamiento psicológico, área sistémica, Mendoza Argentina , U.D.A. Facultad de Psicología.
- (18) Arias José, Fernández Labriola, Kalina Eduardo, Pierini Carlos. (op. cit.) Pág. 12.
- (19) Inchurraga, Escudero, Trinchí, Coronel, Rodriguez. Drogas haciendo posible lo imposible, Santa Fé. Argentina CEADS, U.N.R. 2002.Pág. 90
- (20) Arias José, Fernández Labriola, Kalina Eduardo, Pierini Carlos, (op. cit.) Pág. 19.
- (21) Ibidem Pág. 20.
- (22) Kornblit Ana, Mendes Diz Ana, Bilyk Azucena, Di Marco Graciela, Gonzalez José, Frankel Daniel, Situaciones de riesgo en relación con la recaída en las conductas drogadictivas. Fundación CEDRO. Buenos Aires Argentina. 1989.
- (23) Montero Rosa El corazón del Tártaro, Espasa Calpe España. 2001. Pág. 53.
- (24) Bateson Gregory Pasos hacia una ecología de la mente . Buenos Aires . Argentina. Editorial Planeta. 1991. Pág.355,356.
- (25) Ibidem Pág. 356.
- (26) Comunidad terapéutica Hogar La Roca. El sentido de la identidad de los jóvenes drogadependientes, Viña del Mar. Chile. 2000.
- (27) Arias José, Fernández Labriola, Kalina Eduardo, Pierini Carlos, (op. cit.). Pág. 13.
- (28) Hoffman Lyn Fundamentos de la terapia familiar. Pág. 111.
- (29) Arias José, Fernández Labriola, Kalina Eduardo, Pierini Carlos, (op. cit.) Pág. 16.
- (30) Ibidem Pág. 52.
- (31) Góngora Comp. Nuevos avances en Terapia familiar sistémica. Terapia familiar y toxicomanías. Jorge de la Vega. España. Pág. 280.
- (32) Interdependencias, Consejo europeo de Drogas. Año 2000 .
- (33) Góngora comp. (op. cit.) Pág. 284.

- (34) Stanton , Toods, y cols. Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas. Gedisa Editorial. Barcelona España. 1999,Pág. 17.
- (35) Arnau Gras Jaime. Psicología Experimental. Un enfoque metodológico. Trillas Editorial. Pág. 458.

BIBLIOGRAFÍA

Arias José, Fernández Labriola, Kalina Eduardo, Pierini Carlos. La familia del adicto y otros temas. Buenos Aires Argentina. Ediciones Nueva Visión 1990.

Arnau Gras. Psicología Experimental. Un enfoque metodológico, Trillas Editorial

Anderson Carol, Reiss Douglas, Hogarty, Esquizofrenia y Familia. Guía práctica de Psicoeducación. Buenos Aires. Argentina, Amorrortu Editores, 1986.

Barrionuevo José. Droga, Adolescencia y Familia . Buenos Aires. Argentina. Editorial Tekne. 1991.

Bateson Gregory. Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires Argentina Editorial Planeta. 1991.

Best Johon. Cómo investigar en educación. Bs. As. Argentina Editorial Morata. 1978.

Boerner Marcel, Anker Cristian . Evaluación del modelo de intervención implementado por la unidad de farmacodependencia del Hospital Vicuña de San Antonio para pacientes con dependencia a drogas. Viña del Mar. Chile . 1998.

Conace, informa. Las drogas sintéticas. Bs. As. Enero 1998.

Droeven Juana comp. Más allá de pactos y traiciones , construyendo el diálogo terapéutico . Bs. As. Editorial Paidós. 1997.

Escohotado . Las drogas de los orígenes a la prohibición . Madrid. España Alianza Editorial. 1994.

Falicov Celia comp. Transiciones en la familia . Buenos Aires. Argentina . Editorial Paidós. 1991.

Góngora comp. Nuevos avances en terapia familiar sistémica.

Hoffman Lyn Fundamentos de la terapia Familiar .

Inchaurrega, Escudero, Triencheri, Coronel, Rodriguez. Drogas, haciendo posible lo imposible. Universidad Nacional de Rosario. Santa Fé , Argentina. 2002.

Kalina Eduardo. Adolescencia y drogadicción . Buenos Aires, Argentina. Ediciones Nueva Visión .1988.

Kornblit Ana Lía. Estudios sobre drogadicción en Argentina. Bs. As. Editorial Nueva Visión. 1987.

Kornblit Ana Lía, Mendez Diz, Bilyk, Di Marco, Gonzalez, Frankel, Situaciones de riesgo en relación con la recaída en las conductas drogactivas. Fundación Cedro, Bs. As. 1989.

Lescano Elena. Documento de trabajo. El concepto de comunicación . Mendoza Argentina U.D.A. Facultad de Psicología.

Micarelli María Elena. Tesis de maestría en criminalística. Estudio de medidas de autoestima y ansiedad social en casos de adictos. 1999.

Montero Rosa. El corazón del Tártaro. Madrid España .Espasa Editorial 2001.

Reseña mensual de actividades de la secretaría de prevención y asistencia de las adicciones. Bs. As. Marzo 1998.

Robles Teresa. Terapia cortada a la medida, un seminario ericksoniano con Jeffrey Zeig. Mexico. 1991.

Siquier de Ocampo, Garcia , Grassano de Pícolo y col. Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Bs. As. Nueva Visión. 1987.

Stanton , Todd y cols. Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas. España. Gedisa Editorial . 1999.

Segal Lyn Soñar la realidad . Bs.As. Ediciones Paidós. 1986.

Sash. Revista argentina de Sexualidad Humana. Editada por la Sociedad argentina de sexualidad humana. Bs. As. Octubre 2000.

Tomhé Marcela . El Perfil Psicológico del Adicto. Investigación de Viaje de Vuelta Comunidad Terapéutica de Mendoza Argentina. 1998.

Watzlavich Paul, Beavin , Jackson Don. Teoría de la comunicación humana. Barcelona España. Editorial Hender 1981.