

Psicoterapia familiar con drogodependientes

FRANCISCO SORIANO MOMPO*

RESUMEN

Este trabajo resalta la importancia que posee el abordaje psicoterapéutico de la familia del drogodependiente en el tratamiento y rehabilitación del mismo. En una breve introducción se citan algunos de los estudios más recientes que confirman esta modalidad. Se hace a continuación un repaso histórico de lo que ha sido y es la terapia familiar. El artículo continúa con una definición de conceptos básicos para la comprensión del trabajo con las familias tales como: sistema, homeostasis, síntoma, paciente identificado, familia nuclear, etc.

El tercer apartado del trabajo: «La familia del Drogodependiente» se ha dividido en dos, pues las características de la familia del alcohólico difieren, en algunos sentidos, de las del toxicómano no alcohólico. Se analizan por separado las relaciones familiares del drogodependiente, las características de los padres, de los hijos, las esposas de alcohólicos, los maridos de alcohólicas.

Por último se aborda una forma de intervención en terapia familiar con drogodependientes, forma que en ningún momento pretende ser la única ni exclusiva, pero que puede ser orientativa para otros profesionales que trabajen en este mismo campo.

PALABRAS CLAVE: Familia; terapia familiar; drogodependencia, alcoholismo.

SUMMARY

This work emphasises the importance of discussing the treatment with the family of the drug-addict and the acceptance of the said treatment. In a brief introduction some of the most recent studies are quoted which confirm this form. Afterwards a revision is made of what has been and still is the family therapy. The article continues with a definition of the basic concepts for comprehension of the work with families, such as: system, homeostasy, symptom, the identified patient, nuclear family, etc.

The third section of the work, «The family of the drug-addict», has been divided in two parts since the family of the alcoholic differs, in many ways, from the non-alcoholic addict. The family relationships of the drug-addict are analysed as are also the characteristic of the parents, the children, the wives of the alcoholic and the husbands of the aforementioned.

Finally the work deals with a form of family therapy with the drug addicts, a form which never tries to be unique or exclusive but which can be pursued by other professionals who work in the same field.

KEY WORDS: Family; family therapy, drug abuse, alcoholism.

* Psicólogo del Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías del Hospital Psiquiátrico Provincial «Padre Jofré», Bétera, Valencia.

Recibido: 20-3-85.

1. Introducción

La terapia familiar es la forma de intervención que más éxitos parece haber obtenido en los últimos años en el tratamiento con drogodependientes. Así lo confirman estudios hechos recientemente (Coleman and Davis, 1978), en los que de 2.012 centros que tratan a drogodependientes, el 93% proporciona algún tipo de terapia familiar. El objetivo de la terapia familiar se ha centrado algunas veces en la familia de origen, otras en la familia nuclear y otras en ambas a la vez, dependiendo del caso (más adelante trataremos estos términos). Otros autores son partidarios de extender el estudio de la familia a tres sistemas generacionales anteriores al caso que se está atendiendo (Ackerman, 1976). Los terapeutas de familia están ampliando su campo de acción a todo el sistema social (familia, trabajo, amigos). Se están haciendo incursiones también en lo que se llama la terapia de familia múltiple. Es muy frecuente trabajar a nivel de pareja, tanto individual como en grupo (Regan et al, 1983).

Esto no quiere decir que todos los problemas de los drogodependientes se puedan resolver desde el ángulo familiar. En muchos casos sabemos que no cabe pensar en una terapia familiar, bien porque el paciente no tiene familia, bien porque el grado de desintegración familiar es muy grave o bien porque los familiares se niegan a colaborar en la tarea que se propone. Pero de todos modos, la observación de la familia en su totalidad esté o no dispuesta a colaborar en sesiones futuras será de valiosa ayuda. En algunos casos la psicoterapia familiar puede ser una preparación emocional necesaria para la intervención de la psicoterapia individual posterior o paralela.

Debemos anticipar ya que la terapia de familia no tiene como objetivo la «curación de un individuo o familia patológicos», sino el cambio de conductas interrelacionadas que son disfuncionales o conflictivas.

Por último, señalar que la familia del drogodependiente posee una estructura similar a la de cualquier otra patología (neurosis, psicosis, generalmente la primera), pero con unos rasgos especiales que permiten su identificación y tratamiento (Kaufman and Pattison, 1981).

La terapia familiar debe muchas de sus concepciones a la teoría psicoanalítica. Freud ya subrayó la importancia de las relaciones familiares del niño en la conformación de la personalidad y en la génesis de los síntomas, actuando en algunas ocasiones sobre el grupo familiar para modificar los síntomas de los pacientes (Freud 1901, 1909). También los psicoanalistas de orientación kleiniana trabajan de continuo con las figuras familiares introyectadas por el paciente.

Sin embargo, los autores psicoanalíticos se aproximan al estudio familiar a través de un método «atomista», que consiste primero en elaborar los problemas de cada parte para tratar luego de unificar un todo posterior. Desde este punto de vista lo esencial es el individuo, la familia es la consecuencia. Se espera que, a medida que se modifica el equilibrio interno entre los componentes de la personalidad, se restaurará espontáneamente la salud afectiva en las relaciones del individuo con el grupo familiar. Hay que decir que a veces esta expectativa se cumple, pero otras veces no.

Para las corrientes actuales de terapia familiar, la enfermedad es un sistema en el que los individuos participan todos ellos de un código, con un mensaje que no está contenido en ninguno de los elementos, sino en la integración e interacción de todos ellos. Es en este sentido que la terapia de familia debe más al estructuralismo y a la teoría de comunicación que al psicoanálisis (Guimón y Cuperman, 1982). También juega un papel muy importante la teoría de sistemas o modelo cibernético.

La terapia familiar, como nuevo enfoque para el tratamiento de la familia tiene sus comienzos a principios de la década de los años 50 en EE.UU., alcanzando proporciones importantes hacia finales de los 60. Ha ido gestándose en tendencias y escuelas distintas, pero su nacimiento se sitúa en dos lugares principalmente: Nueva York, con Nathan Ackerman, de tendencia psicoanalítica, y en Palo Alto, California, con Gregory Bateson y Don Kackson, en el Instituto de Investigaciones Mentales, actualmente dirigido por Carlos Sluzki. Posteriormente surgió en Filadelfia, en la Child Guidance Clinic, bajo la dirección de Jay Haley y Salvador Minuchin otro grupo importante. En Italia existen grupos de seguidores de terapia familiar, destacando en Milán el de Mara Selvini y en Inglaterra Cardiff, pero éstos son ya posteriores a los que pueden considerarse los pioneros de la terapia familiar.

2. Terapia familiar

2.1. Historia

2.2. Teoría: Definición de conceptos básicos

SISTEMA: un sistema es una serie de unidades que tienen relaciones entre ellas. El estado de cada unidad está influido por el estado de las otras unidades. La familia es un sistema y cada uno de sus miembros son las unidades de ese sistema. El estudio de la interrelación entre los miembros de la familia es el objetivo principal de la terapia familiar. El sistema familiar es abierto, lo que significa que intercambia materia, energía y/o información con sus medios. La definición de un sistema establece automáticamente sus límites. Las unidades de un sistema forman a su vez un subsistema. Un sistema está en conexión con su medio: suprasistema (grupo familiar más amplio, grupo laboral, escolar) y más ampliamente aún con su ecosistema (grupo vecinal, comunitario).

HOMEOSTASIS: es la propiedad que permite a un sistema permanecer en estado de equilibrio a través del tiempo. Significa la capacidad de adaptación fluida, creativa a un cambio, y que al mismo tiempo asegura el control que impide que el organismo sea abrumado por una cantidad de estímulos que exceda su capacidad de acomodación (Ackerman, 1961). La familia, como todo sistema, está sujeta a este principio, que posibilitará el acoplamiento de sus miembros por el cambio producido por un agente interno o externo al grupo familiar. La homeostasis es, por tanto, un concepto dinámico y no estático.

SINTOMA: se define aquí el síntoma como la conducta patológica que es producto de la relación entre dos o más personas de la familia. El portador de síntomas se sacrifica para defender la homeostasis de la familia (Minuchin, 1984). El drogodependiente es la cabeza de turco sobre el que se centran todos los problemas intrafamiliares. A menudo la familia carece de vitalidad y solamente se aviva cuando se ve obligada a enfrentarse con la crisis planteada por el adicto. El consumo de drogas es, en algunos casos, fundamental para mantener un equilibrio familiar interaccional que resuelve la desorganización del sistema familiar que había antes del consumo de drogas. Si el consumo de drogas cesa puede resurgir la desintegración.

Intimamente relacionado con el síntoma está el término de **PACIENTE IDENTIFICADO**, que es el miembro presentado como problema. Es el síntoma que la familia ha identificado, el miembro con una conducta disfuncional, que debe ser curado, lo que permite a

los demás miembros excluirse de ser tomados como enfermos.

FAMILIA NUCLEAR: o «familia elemental» es un subgrupo del sistema social consistente en dos adultos de sexos diferentes que son padres de uno o más niños.

FAMILIA DE ORIGEN: es la familia a la que uno pertenece cuando es pequeño.

EL PAR (la pareja): es la menor unidad en la teoría familiar.

En la terapia familiar de pacientes alcohólicos se suele trabajar con la familia nuclear, dado que la media de edad es más alta y esto comporta que el alcohólico, en la mayoría de las ocasiones, ya posea una familia en la que él «desempeña el papel de padre». No ocurre igual generalmente con el resto de las toxicomanías no alcohólicas, porque el individuo todavía no ha abandonado a la familia de origen; y es en este caso con ésta sobre la que hay que actuar. En algunas circunstancias se deberá actuar sobre ambas.

2.3. Modelos de terapia familiar y de pareja (Sadock, 1982)

Existen tantos modelos como escuelas y orientaciones terapéuticas hay. En unas se permite que haya una interacción recíproca entre los pacientes, con ninguna o poca dirección por parte del terapeuta. En otras, la estructuración es total, centrándose la comunicación en el terapeuta, que participa activamente. No vamos a explicar aquí cada uno de los modelos, nos limitaremos a constatarlos para más adelante detenernos en una forma de intervención concreta. Existen el modelo psicoanalítico, el conductista, el centrado en el paciente, el modelo transaccional, el modelo sistémico y el modelo ecléctico, en el que el terapeuta sabe tomar lo mejor de las diversas escuelas y lo aplica en el momento justo.

3. La familia del drogodependiente

Dividiremos este apartado en dos, pues las características de la familia del alcohólico difieren de las del toxicómano no alcohólico.

3.1. La familia del alcohólico: relaciones familiares

Empezaremos con una breve introducción

de las características de los padres del alcohólico para, posteriormente, extenderlos más en la familia nuclear del alcohólico.

Knight en 1937 hizo una descripción de los padres del alcohólico que nos ha parecido muy acertada. Knight habla de una «constelación familiar típica» de los pacientes alcohólicos.

La madre, por lo general, parece ser sobreprotectora e indulgente en exceso. Trata de apaciguar al niño satisfaciéndolo constantemente. A lo largo de su vida tratará de obtener de la gente una indulgencia pasiva y desarrollará modos orales característicos de tranquilizarse cuando sus deseos sean frustrados, deseos que por ser tan inmensos lo más probable es que a menudo se frustren.

El padre del alcohólico es casi siempre frío y nada afectuoso, más bien dominante respecto de su familia e inconsistentemente severo e indulgente hacia su hijo. Por lo general hay un resentimiento y una rabia reprimidos contra esta poderosa figura paterna y, a menudo, la bebida representa una parte de una rebelión adolescente no resuelta contra el padre.

En cuanto a la familia nuclear del alcohólico, estudios realizados hasta la fecha muestran la gran incidencia de antecedentes alcohólicos familiares de un alcohólico; y no en un sentido hereditario, sino como producto de la identificación del niño/a con el padre-madre alcohólicos.

Empezaremos, pues, este apartado por los hijos que han crecido en un ambiente familiar alcohólico.

Los hijos son los miembros más severamente victimizados del sistema familiar alcohólico. Crecidos en este tipo de ambiente se ha demostrado que adquieren un desarrollo mental problemático, los problemas en la escuela y estudios son frecuentes, así como problemas emocionales y de conducta.

La exploración directa de un número de hijos de alcohólicos nos da las siguientes características de su personalidad (Alonso F., 1981):

1. Inmadurez afectiva como resultado de una necesidad de amor y una intolerancia a las frustraciones.
2. Inmadurez emocional, manifestada por respuestas emocionales inadecuadas.
3. Una fuerte represión psicológica, ejercida sobre las pulsiones y las aspiraciones.
4. Prevalencia de notas de pasividad

y autonomía en la conducta. La pasividad suele sustituirse por actitudes de evasión cuando sobrevienen situaciones conflictivas, siendo la evasión uno de los recursos más utilizados por estos niños en situaciones difíciles.

5. Una actitud amistosa hacia los demás, pero siempre en un plano comunicativo demasiado superficial. Otras veces se pierde el tono amistoso, quedando reducida la relación al falseamiento e insinceridad, evasión de los contactos humanos o la indiferencia más o menos absoluta hacia el prójimo.

La esposa del alcohólico ha sido etiquetada de «co-alcohólica», sobre todo en aquellos programas dirigidos por Alcohólicos Anónimos, y la afirmación no está desencaminada si analizamos la figura de ésta. La mayor parte de las esposas de alcohólicos se podrían encuadrar en tres tipos: masoquistas, dominante y pasiva o indiferente; y como afirma Alonso Fernández no se sabe por el momento si esta tipología es primaria o secundaria a la situación familiar presidida por un cónyuge alcohólico. En muchos casos la mujer tiende a seleccionar a un marido alcohólico para satisfacer sus propias necesidades inconscientes. Es frecuente también la repetición en la elección de un marido alcohólico en aquellas mujeres, hijas ya de alcohólicos, que repiten una y otra vez el mismo patrón de conducta. Al quedar viudas vuelven a poner sus ojos en otro alcohólico.

Por otro lado, se ha estudiado también la figura del marido de la alcohólica (aunque esto en una menor proporción) y se han encontrado cinco categorías de maridos de alcohólicas (Kaufman, 1981).

1. El esposo mártir, que sufre y mimaa a su esposa-niña.
2. El marido rígido e implacable.
3. El marido sádico y punitivo.
4. El marido dependiente, desengañado de su esposa anteriormente segura de sí misma y ahora dependiente de él.
5. El hombre normal consternado al descubrirse casado con una alcohólica.

Estudiados los distintos miembros de la familia alcohólica podemos pasar ya a analizar las relaciones que se dan entre ellos, que se verán caracterizadas principalmente por problemas de comunicación, tanto verbal

como afectiva. La comunicación verbal está llena de críticas, hostilidad y desaprobaciones. El afecto está mal canalizado (Jacob et al., 1981).

El niño se ve inmerso en un sistema familiar que le demanda mayores responsabilidades de las que le corresponden, viéndose abocado a desempeñar el papel de adulto-sustituto del padre. Esto, a su vez, lo coloca en abierta competencia con el padre. En estas familias las hijas se dan cuenta que el padre las prefiere a la madre y que si la madre fuera más afectuosa con el marido, su padre no bebería. A su vez esta situación será la que posiblemente predetermine su futura elección de un hombre alcohólico, creyendo que las enfermedades de un hombre débil pueden curarse con amor. Asumidas así todas las responsabilidades por los miembros no alcohólicos se refuerza en el alcohólico el estatus de niño y la perpetuidad en la bebida.

En los casos en los que los hijos reciben malos tratos y reina un ambiente de violencia en el hogar, se pueden dar dos tipos de respuesta, a saber: que el niño trate de alejarse el mayor número de horas de la casa para evitar los malos tratos o intentar imponer la paz en casa, teniendo que pasar el mayor tiempo en ella, pudiendo hacer una fobia a la escuela como consecuencia del deseo de proteger a los padres del posible daño. La forma de abuso es generalmente en el caso del marido alcohólico, malos tratos, violencia y abuso sexual de sus hijas. En el caso de la madre alcohólica el abuso se da más frecuentemente bajo la forma de abandono de los hijos.

El influjo alcohólico ejercido por los familiares alcohólicos sobre el niño es, además, doble: por una parte, impiden al niño el desarrollo de hábitos comunicativos y la tolerancia a la frustración, arrastrándole a la formación personal de los elementos propios de la constelación alcohólica; por otra parte, el niño suele vincularse a los adultos con los que convive por lazos de identificación, tendiendo a adoptar los mismos patrones de conducta que ellos.

Frecuentemente la esposa adopta una conducta de complicidad con el alcoholismo del marido, o lo estimula indirectamente con un comportamiento punitivo o de crítica. Puede suceder en estos casos que, a medida que el marido avanza en el tratamiento, consiguiendo la abstinencia, es la esposa la que empieza a «enfermar», aunque su deseo verbalizado es la mejoría del marido. El alcohólico dedica escasa o nula atención y afecto hacia la esposa. Aparentemente su única forma

de mostrar amor es mediante el sexo y la posesión material. La esposa rehúye el contacto físico y el mostrar su cariño, porque ello la lleva al sexo. En este acto el alcohólico cree hacer olvidar todas las transgresiones anteriores hechas a la mujer. Otro dato de interés es que los hombres casados con alcohólicas es más frecuente que pidan una separación matrimonial o abandonen simplemente a la mujer, que en el caso en el que el alcohólico es el marido.

De toda la bibliografía revisada apenas hemos encontrado las relaciones familiares vistas desde la óptica en la que la alcohólica es la esposa, por lo que no profundizaremos en ello.

Para terminar diremos que, como consecuencia de todo lo expuesto, se dan en la familia del alcohólico unas relaciones profundamente ambivalentes y conflictivas. La esposa, junto con los hijos, crean unas defensas que hay que estudiar minuciosamente a la hora de abordar el tratamiento familiar. El padre se habrá vuelto cada vez más extraño y lejano, con mucho rencor y agresividad contra los propios hijos y esposa.

3.2. La familia del toxicómano (no alcohólico): Relaciones familiares

Los estudios epidemiológicos llevados a cabo con las familias del toxicómano revelan como dato más significativo la extraordinaria densidad de sus relaciones parentales, que se oponen a la imagen mítica del toxicómano en ruptura con su familia.

Encuestas llevadas a cabo en poblaciones francesas y anglo-sajonas ponen en evidencia el débil grado de autonomía de estos jóvenes. Las separaciones son, generalmente, temporales; la violencia de la ruptura alterna con reconciliaciones cargadas de melodramatismo. La autonomía del toxicómano no pasa de ser una mera ilusión, quedando los lazos sentimentales y económicos minimizados o incluso mantenidos en secreto por los protagonistas de la «novela familiar».

Las experiencias en centros de tratamiento de familias de toxicómanos constatan las siguientes características (1):

1. Patología familiar previa al consumo. Los porcentajes se sitúan en un 50% (Centro Monceau, Dr. Olievenstein). La patología detectada en la mayoría de los casos era: estados depresivos, a veces con tentativas de suicidio, sintomatologías neuróticas graves,

alcoholismo e incluso toxicomanía comprobada. Es importante señalar el gran consumo de psicótopos en los padres de toxicómanos, así como las conductas de automedicación. En estas familias, y muy precozmente, los medicamentos han sido incluidos en el sistema de comunicación familiar como reguladores de conflicto. También es importante señalar aquí la frecuencia con la que algunas de estas familias utilizan productos no toxicomanígenos, aparentemente sin importancia (p. e. laxantes), pero que conducen al chico a pensar que ante cualquier mal la solución vendrá de un recurso mágico y exterior (en particular químico).

2. Ausencia de representaciones parentales auténticas. Más del 25% de los toxicómanos han vivido su infancia o adolescencia en el seno de una familia con un miembro sólo (generalmente la madre) por muerte o desaparición.

El enunciado del apartado no hace referencia solamente a la ausencia física de un miembro parental, sino que más bien se trataría de la ausencia de representaciones parentales auténticas ante la incapacidad de los padres de proporcionar al niño o adolescente unos patrones identificatorios válidos (Bergeret, J., 1982).

3. La ceguera familiar.—Con demasiada frecuencia los padres son los últimos en enterarse de la toxicomanía de sus hijos. Son jóvenes que viven en el hogar de sus padres pero que éstos no están al corriente de los hechos. Es a partir de un miembro externo de la familia (juez, policía, amigo) o una enfermedad física consecuente a la toxicomanía (hepatitis), lo que descubre al hijo adicto. En otras ocasiones será un olvido del drogadicto (cucharas ennegrecidas, jeringas, camisas manchadas de sangre) lo que acaba traicionándole. Esta ceguera familiar no es más que un mecanismo de negación por parte de los padres.
4. Fratria.—En cuanto a la fratria, una familia de cada dos presentan los hijos problemas de toxicomanía, tentativas de suicidio, delincuencia o una patología de la conducta alimenticia. Los desplazamientos de síntomas son característicos en estas familias;

la atención familiar es sucesivamente movilizada de un miembro a otro, imponiendo así un estrechamiento de los vínculos intrafamiliares. La mejora de un hermano se ve seguida por el empeoramiento de otro.

5. El mito de la armonía familiar.—Al tener conocimiento los padres de la toxicomanía del hijo, éstos describen sus relaciones como sin ningún problema y tienden a derivar la responsabilidad sobre los grandes traficantes y el hecho de frecuentar compañías de dudosa reputación.
6. Transgresiones de la ley y normas morales.—El toxicómano, en la medida que no ha tenido la oportunidad de interiorizar una ley parental, transgrede continuamente la ley. Por otra parte, no es raro encontrar padres que ante las dificultades amorosas que sus hijos poseen compartan su vida con las diferentes parejas que este hijo posea. Esta acogida generosa es supuestamente para evitarles una elección afectiva demasiado prematura.

Dentro de este marco referencial de la familia del toxicómano encontramos unas relaciones cargadas de culpa y angustia. La culpa es utilizada frecuentemente como medio de manipulación y puede ser provocada por el drogadicto para que la familia mantenga su hábito («por vuestra culpa soy drogadicto») o por los padres para reprimir el proceso de «individualización», separación y autonomía. No es raro encontrar madres con ciertas afecciones sicosomáticas que achacan al hijo toxicómano. La madre tira fuertemente del hijo y cualquier intento de diferenciación será vivido por ésta como una traición, un abandono o una agresión. La comunicación se establece a nivel de «doble vínculo». El (aparente) poder del padre se ve constantemente ridiculizado por el «contra-poder» de la coalición madre-hijo. El padre se ve obligado a establecer alianzas con otros hijos, conformándose con la definición de padre ausente, física o psicológicamente.

La angustia generada por el consumo de drogas y su negación aparece con mucha frecuencia pero, curiosamente, toda alternativa planteada

por el terapeuta para calmarla es rechazada.

4. Una forma de intervención en terapia familiar con drogodependientes

Teniendo en cuenta la alta conflictividad e inestabilidad que muestra la familia del drogodependiente se hace casi indispensable el tratamiento del núcleo familiar, que no ha brindado el marco de seguridad emotiva para un desarrollo armónico. Tanto el adicto como la familia deben ser objeto de asesoramiento y tratamiento.

Se ha de tener en cuenta todo un protocolo terapéutico que comprenda dos puntos:

- La historia familiar, recogiendo en ella los momentos importantes (transgresiones, derrumbamientos de alianzas, modificaciones estructurales).
- El «Aquí y Ahora» que sitúa el síntoma dentro de un contexto y evalúa la función de éste dentro de la dinámica familiar.

Se evaluará (2):

1. El sujeto adicto individualmente.
2. Sus padres en conjunto y luego cada cual individualmente.
3. Sus hermanos en conjunto e individualmente.
4. El sujeto adicto con sus hermanos.
5. El sujeto adicto con ambos padres.
6. El sujeto adicto con su padre y su madre individualmente.
7. El adicto (alcohólico) con la esposa, hijos y parientes políticos.
8. El sujeto adicto con toda la familia.

El sujeto adicto es la resultante de su historia vivida no sólo en lo referido a los datos históricos, sino en lo referente a las vivencias, cómo vivió todo y cómo lo introyectó, cómo se identificó y cómo se defendió ante ansiedades, frustraciones y conflictos.

Todos estos elementos, especialmente en lo que respecta a la comunicación, al cumplimiento de roles y estatus de cada uno de los integrantes del grupo familiar, se deben observar minuciosamente para un acercamiento terapéutico, a fin de lograr el objetivo primordial, que el adicto no recurra a la droga para liberarse de sus sufrimientos conscientes o inconscientes.

Después de la evaluación del problema se deberán fijar las sesiones, hacer el encuadre

terapéutico: duración, periodicidad, precio y formulación de objetivos.

El terapeuta debe proporcionar un ambiente de respeto mutuo, incorporándose a la tarea como un ser humano que es, haciendo partícipes a los demás de sus propios sentimientos y experiencias. La falta de sinceridad puede ser la causa principal de un fracaso. Hay que establecer una relación cordial, estrechándose las manos al principio y final de cada sesión. Es muy importante recordar los nombres de cada uno de los miembros de la familia, así como establecer el trato que se va a dar, si de «tu» o «ustedes». El trato de «usted» crea distanciamientos y barreras innecesarias, que conviene eliminar cuanto antes. No deberá pasarse por alto la distribución física que hace cada miembro de la familia: a quién elige a su lado, si se sientan siempre igual, si se distancian del terapeuta; ni la forma en que permanecen sentados (correcta, informal, despreocupada, etc.).

Generalmente se utiliza al terapeuta como intermediario en los diálogos, teniendo éste que estar alerta y demandar de cada uno de ellos que se dirija a la persona a la que habla, mirándose cara a cara y tocándose si fuera preciso. El terapeuta sugerirá nuevas vías de comunicación.

Debe tenerse presente que en la intervención con familias de toxicómanos es muy frecuente el establecimiento de alianzas (familia-terapeuta frente al drogodependiente), siendo éstas muy mal vividas por el adicto.

La primera intervención irá encaminada a fijar los daños y perjuicios que se han dado entre los distintos miembros de la familia. Se pondrá especial interés en no culpabilizar ni censurar a ningún miembro, pues esto nos llevaría a repetir el mismo esquema al que están acostumbrados. Todos los miembros de la familia son víctimas de un mismo juego.

No se recomiendan posturas excesivamente rígidas por parte del terapeuta, sobre todo en los comienzos del tratamiento, pues esto puede suponer en muchos casos el abandono del tratamiento por parte de toda la familia. El terapeuta deberá proporcionar un marco claro y firme, pero evitando los extremos. El primer cuestionamiento de la rigidez del terapeuta surgirá a raíz del consumo de tóxicos por parte del adicto, una vez comenzado el tratamiento familiar, debiendo el terapeuta decidir si se continúa o no con la intervención. La práctica viene demostrando que aunque la abstinencia se fije como requisito previo al tratamiento, no conviene extremalizar la postura. Se deberá actuar, en prin-

cipio, tratando de ayudar a la familia para que entre todos se consiga la abstinencia. En los alcohólicos este problema no se solucionará pidiendo a los familiares que administren medicamentos tipo Disulfiram (Antabus, Colme), pues con ello lo único que se consigue es reforzar la irresponsabilidad e infantilismo del alcohólico. En último extremo se excluirá el miembro adicto, hasta que consiga de nuevo la abstinencia, y se continuará con los demás miembros. Si este período se alargara demasiado convendrá interrumpir el tratamiento, pues de lo contrario se correrá el riesgo de perpetuar la situación.

Se deberán analizar los mensajes que se dan entre los familiares, debiendo ser éstos claros y de manera directa. Recordemos aquí los dobles mensajes que suelen dar las madres de los toxicómanos o los dos padres en general. Muy ligado a este problema de comunicación está el lenguaje del terapeuta, que deberá ser siempre lo más asequible posible, huyendo de palabras técnicas e intervenciones grandiosas, que dejarán a los demás miembros perplejos, menospreciados y a la defensiva.

En esta primera fase de tratamiento no deberán adelantarse acontecimientos que provoquen angustia en la familia hasta que éste no esté lo suficientemente avanzado y cada miembro enfrenado para que sea capaz de soportarla.

En una segunda etapa de la terapia, la «reestructuración», en el sentido minuchiano (3), se empezará a amenazar la homeostasis familiar.

Algunas técnicas utilizadas para producir este cambio incluyen: el compromiso, la asignación de tareas y el análisis de la utilización de síntomas.

El compromiso deberá incluir siempre el estar dispuesto a solucionar cualquier problema del enfermo declarado, antes que el de cualquier miembro de la familia. La participación por parte de toda la familia en grupos de ayuda (p. e. asociaciones de ex alcohólicos, Alcohólicos Anónimos) puede también formar parte del compromiso; así como ampliarse a cualquier actuación en la que cada miembro de la familia aporte soluciones a un problema concreto.

La asignación de tareas puede realizarse para una sesión o para casa. Deberán estar planteadas para conseguir el cambio estructural familiar. Un ejemplo de este tipo podría ser lo anteriormente mencionado de mirarse cara a cara cuando dos miembros se hablan, sin la necesidad de tener intermediarios

(otros miembros de la familia o terapeuta).

En el análisis de la utilización de síntomas se empezará siempre por los síntomas del enfermo declarado, induciendo la familia a socorrer al mismo.

Con esta forma de intervención, de orientación ecléctica, se pretende dar una idea de cómo poder trabajar con las familias de drogodependientes. No pensamos que exista una fórmula mágica aplicable a todos los casos. Solamente la experiencia y el estudio con familias de drogodependientes permitirá el avance en este campo.

1. Estas características están sacadas, principalmente, del estudio de STERN-SCHUSS, S. et ANGEL, P., 1983.
2. Inspirado en HANDLARZ, M., 1982.
3. Tomado en parte de MINUCHIN, 1985.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERMAN, N. W. (1961): «Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares», Buenos Aires, Ediciones Hormé, p. 99.
- ACKERMAN, N. W. y otros (1976): «Familia y Conflicto Mental», Buenos Aires, Ediciones Hormé.
- ALONSO FERNANDEZ, F. (1981): «Alcoholdependencia», Madrid, Ediciones Pirámide, pp. 101-137.
- BERGERET, J. (1982): «Que sais-je?» Toxicomanie et Personnalité», Paris, Presses Universitaires de France, pp. 84-85.
- COLEMAN, S. B. and DAVIS, D. I. (1978): «Family Therapy and Drug Abuse: A National Survey», Fam. Process 17:21.
- FREUD, S. (1901): «Análisis Fragmentario de una Histeria (Caso Dora)», Madrid, Biblioteca Nueva (1972), tomo 3, pp. 933-996.
- FREUD, S. (1909): «Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años (Caso Juanito)», Madrid, Biblioteca Nueva (1972), tomo 4, pp. 1.365-1.440.
- GUIMON UGARTECHEA, J.; CUPERMAN, P. (1982): «Terapia Familiar: Historia y Sistema», Psicopatología, 2, 1, pp. 13-20.
- HANDLARZ, M. C. (1982): «Drogadictos: su Estudio, su Tratamiento, su Prevención», Buenos Aires, Paidós, pp. 42-44.
- JACOB, T. et al. (1981): «Communication Styles of Alcoholic and Nonalcoholic Families when Drinking and not Drinking», J. Stud. on Alcohol, vol. 2, número 5, pp. 466-482.
- KAUFMAN, E. (1981): «A Treatment Approach with Substance Abusers», en Lowinson, J. H. and RUIZ, P., Substance Abuse. Clinical Problems and Perspectives, Baltimore, Williams and Wilkins, pp. 437-448.

- KAUFMAN, E. and PATTISON, E. M. (1981): «Differential Methods of Family Therapy in Treatment of Alcoholism», *J. Stud. on Alcohol*, vol. 42, 11, pp. 951-972.
- KNIGHT, R. P. (1937) en ROSENFELD, H. A. (1978): «Estados Psicopáticos», Buenos Aires, Ediciones Hormé, pp. 268-269.
- MINUCHIN, S. (1975): «Families and Family Therapy», Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- MINUCHIN, S. y FISHMAN, H. CH. (1984): «Técnicas de Terapia Familiar», Barcelona, Ed. Paidós, p. 80.
- REGAN, J. M.; CONNORS, G. J.; O'FARRELL, T. J., and JONES, W. C. (1983): «Services for the Families of Alcoholics. A Survey of Treatment Agencies in Massachusetts», *J. Stud. Alcohol*, vol. 44, n.º 6, pp. 1.072-1.082.
- SADOCK, V. A. (1982): «Terapia Matrimonial en Freedman, A»; KAPLAN, H., y SADOCK, B.: «Tratado de Psiquiatría», Barcelona, Salvat Ed., tomo II, pp. 2.077-2.078.
- STERNSCHUSS, S., y ANGEL P. (1983): «Le Toxicomane et sa Famille en Bergeret»; J. et LEBLANC, J.: «Precis des Toxicomanies», Paris, Masson, pp. 193-200.