

Funcionamiento familiar y abordaje terapéutico de los trastornos por el uso de sustancias: una revisión de la literatura sistémica

Family functioning and therapeutic approach of Substance Use Disorders: a review of the systemic literature

Facundo Cocola^a

^aEspacio de Prácticas Itinerantes en Estudios Sistémicos (Espacio PIES). Centro Preventivo Asistencial en Adicciones de Las Heras, Ministerio de Salud, Mendoza, Argentina. facundococola@gmail.com.

Historia editorial

Recibido: 18-05-2018

Primera revisión: 25-09-2018

Aceptado: 21-11-2018

Palabras clave

funcionamiento familiar, terapia sistémica familiar, trastornos por el uso de sustancias

Resumen

En el presente trabajo se realiza un recorrido histórico por la literatura sistémica, destacando los postulados teóricos que mayor impacto académico han generado en la comprensión de las familias que presentan Trastornos por el Uso de Sustancias (TUS), y su abordaje terapéutico. El período revisado abarca desde los años setenta hasta la actualidad. Se aprecia un notable desarrollo teórico durante los primeros años (70 a mediados de los 90), luego impresiona un decrecimiento en la producción literaria, y fragmentación de propuestas terapéuticas. El foco pasa a situarse en el tratamiento más que en la comprensión del funcionamiento familiar. Debido a la masificación del consumo a escala global, y a la escasa producción académica de los últimos años sobre las nuevas dinámicas familiares que presentan este problema, se desprende que resulta necesaria una actualización teórica al respecto. En cuanto al abordaje terapéutico familiar, se concluye que la frecuente comorbilidad de los TUS con otros trastornos psicopatológicos hace que sea imprescindible integrar distintos enfoques, a los fines de aumentar la comprensión y efectividad en el trabajo clínico con esta problemática.

Abstract

In the present work, a historical journey through the systemic literature is carried out highlighting the theoretical postulates that have generated the greatest academic impact in the understanding of families that present Substance Use Disorders (TUS), and their therapeutic approach. The period reviewed covers from the seventies to the present. There is a notable theoretical development during the first years (70 to mid 90), and then there is a decrease in literary production, and fragmentation of therapeutic proposals. The focus is placed on the treatment rather than the understanding of family functioning. Due to the mass consumption on a global scale, and the scarce academic production of recent years on the new family dynamics that present this problem, it is clear that a theoretical update is necessary in this regard. Regarding the family therapeutic approach, it is concluded that the frequent comorbidity of SUDs with other psychopathological disorders makes it essential to integrate different approaches, in order to increase understanding and effectiveness in clinical work with this problem.

Keywords

family functioning, family systemic therapy, substance use disorders

1.1 MODIFICACIONES FAMILIARES ACTUALES EN TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS.

Los adictos, ¿continúan presentando las mismas características que años atrás? Ya Cancrini (1988) mencionaba que, por ejemplo, en Italia hubo un momento en que la adicción a las drogas se limitaba a un grupo social específico, o a individuos cuyo comportamiento anormal era patente antes de que tomaran drogas, pero que la dependencia de la heroína, que aparecía a finales de los 80, comenzaba a afectar a una gran proporción tanto de la población joven como de la población adulta. Asociaba este fenómeno a la relativa facilidad de acceso a las drogas, que había llevado a una situación en la que la dependencia a las drogas enmascaraba y compensaba parcialmente una amplia gama de problemas personales y familiares.

Aquellos sujetos impulsivos, compulsivos, flacos, sin delirios, con rasgos psicopáticos y con una personalidad claramente definida como narcisista, ¿continúan siendo los únicos privilegiados de poseer el mote de ‘adictos’? Más bien, parecería que en la actualidad el consumo de sustancias puede presentarse en todos los cuadros clínicos (Linares, J. L. comunicación personal, 24 de Marzo del 2018).

Los profesionales que leen el presente artículo, y que se encuentran activos en su labor clínica, tanto en lugares públicos como privados, seguramente habrán notado un incremento de distintos trastornos psicopatológicos que, a su vez, presentan Trastornos por el Uso de Sustancias. Hoy podemos ver psicóticos dependientes al consumo de marihuana, trastornos limítrofes de la personalidad haciendo abuso del alcohol, neuróticos con un consumo de cocaína asociado a dificultades de la vida cotidiana y, por supuesto, psicópatas ingiriendo de las más variadas sustancias clásicas y modernas, y a su vez, provocando que los demás las ingieran.

Las familias actuales de los adictos, ¿continúan presentando la misma configuración que tiempo atrás? La identificación de un único individuo del sistema, al cual se podía diferenciar como “el adicto de la familia”, resulta menos frecuente que antes. Y si bien continúa siendo usual atender familias con la típica organización y dinámica: mamá absorbente, papá periférico, problemas en la emancipación, y el consumo únicamente como síntoma visible en el hijo de un conflicto conyugal entre sus padres (Kaufman y Kaufman, 1979; Harbin y Maziar, 1975; Haley, 1980), en la actualidad esta estructura parece no ser la única en esta problemática. Más bien, en el 2018 vemos que a esas formas familiares se le suman múltiples miembros del sistema familiar con abuso de sustancias, llegando a mantener el mismo síntoma durante tres generaciones, o más, y la presencia de una gran cantidad de conductas compulsivas en los distintos individuos de la familia: al sexo, trabajo, compras, tecnología, internet, juegos, ejercicio físico, etc.

A nivel social, resulta muy difícil no asociar estas modificaciones en las adicciones tradicionales a las promesas de felicidad vacías de la posmodernidad. La mayor productividad, los avances tecnológicos, la globalización, las redes sociales, los modelos capitalistas, ni los comunistas, han colaborado en disminuir la aparición del problema del uso de sustancias, si no por el contrario, lo han fomentado (Cirillo, Berrini, Cambiaso, y Mazza, 1996.) Actualmente el consumo de sustancias, objetos, actividades y personas, se ha extendido en todo el mundo, con inicios a edades cada vez más tempranas, y tornándose un fenómeno cultural a través del cual se pertenece, se incluye o excluye a las personas.

Frente a la presencia de estas modificaciones expuestas sucintamente, ¿no resulta necesaria una revisión y actualización de los postulados sobre el funcionamiento familiar y su abordaje en trastornos del uso de sustancias? Ese es el cometido de este trabajo.

2. DESARROLLO

2.1 NOMENCLATURAS Y CLASIFICACIONES UTILIZADAS

Es conveniente aclarar que el presente artículo no es una revisión sistemática de todos los conceptos abordados, entendiéndose por revisión sistemática una metodología específica de investigación. Si no más bien, se presenta una revisión sistémica. Se realiza un recorrido histórico de la literatura sistémica que mayor impacto ha generado en la comprensión de las familias que presentan trastornos por el uso de sustancias. Esto ha sido evaluado a través de la cantidad de citas y repeticiones que presentan los diferentes estudios aquí mencionados.

Otro aspecto a aclarar es el uso de nomenclaturas y clasificaciones utilizadas. El concepto de *adicciones* ha mutado a través del tiempo, la última clasificación propuesta en el DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013) denomina este cuadro como *Trastornos por el Uso de Sustancias* (TUS de ahora en adelante). Esa es la denominación que se utilizará para referirse al trastorno en la actualidad, no por estar de acuerdo con dicha clasificación, sino por la relevancia que el DSM continúa teniendo, y por la posibilidad que brinda de comprendernos entre diferentes disciplinas.

Durante el recorrido histórico propiamente dicho, el lector observará que se emplean diferentes nomenclaturas al referirse a los TUS. Esto expresa la intencionalidad de mantener las denominaciones mencionadas por los distintos autores, ya que dichas clasificaciones dan cuenta de los marcos conceptuales de referencia, y trazan una impresión de su evolución a través del tiempo, según el contexto en donde se hayan aplicado.

2.2 SOBRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS.

Es probable que la primera revisión sobre investigaciones de las familias de abusadores de drogas sea la de Seldin (1972). En la misma, el autor comenta que en la mayoría de los artículos se destaca un funcionamiento familiar inestable, marcado por una historia de divorcios y separaciones. La madre es vista como una figura dominante y ambivalente en su papel: en exceso indulgente, y a la vez altamente interdependiente con el niño adicto. El padre se describía como ausente, ya sea por desapego o una separación física real. También mencionaban que el matrimonio del adicto repetía la dinámica de la familia nuclear.

En la revista *Family Process*, en el año 1975, aparecía la primera publicación con una revisión sobre el funcionamiento familiar de los abusadores de drogas que diferenciaba metodologías cualitativas, cuantitativas y aquellas con grupos de control (Harbin y Maziar, 1975.) Los autores mencionan que, hasta ese momento, la etiología sobre el consumo compulsivo en la mayoría de las investigaciones se centraba en aspectos sociológicos y epidemiológicos, luego seguían aquellas que indagaban sobre la psicodinámica individual, y las menos eran las que abordaban la problemática desde una perspectiva familiar. De su investigación se desprende que la constelación familiar más frecuentemente identificada es la combinación de una madre sobreprotectora con un padre ausente, o emocionalmente distante, fundamentalmente en la infancia del adicto. Pero, agregan que esta configuración ha sido propuesta para muchos tipos de familias donde hay un paciente psiquiátrico identificado, por lo que sugieren un mayor refinamiento al respecto. A su vez, critican el trabajo de Seldin (1972), comentando que no creen que sea muy útil para determinar modelos de investigación y de aplicación en adicciones ya que incluye muchos artículos psicológicos individuales, sociales y psiquiátricos, pero que no abarcan específicamente la familia en su totalidad, y no diferencia la eficacia de las metodologías implementadas. Refieren que, en general, el exceso de protección de la madre y la ausencia de una identificación positiva con el padre son factores que influyen directamente en la contribución al desarrollo de abuso de sustancias, pero tienden a ser vistos como variables separadas, lectura que no es coherente con los sistemas familiares que ve esas características parentales como interdependientes. El único hallazgo que se observó en todos los estudios que analizaron fue un mayor porcentaje de ausencia de uno de los padres en la infancia del adicto y en la adolescencia

temprana. En esta línea, los autores dan valor al trabajo de Cancrini (1970) quién muestra una gran alteración familiar, con un 40% - 45% de los pacientes con un padre ausente o sin familia en absoluto.

Kauffman (1981) realiza un análisis de patrones estructurales familiares mediante los conceptos de Minuchin (1975) en familias de narcóticos. Concluye que la estructura más común era compatible con familias de consumidores de otras sustancias, y con familias de otras patologías. Esta era: madre e hijo extremadamente aglutinados, excluyendo al padre quien reaccionaba con desligamiento u hostilidad. Por otro lado, menciona que los patrones familiares de adictos a narcóticos varían en diferentes grupos étnicos. Por ejemplo, los padres aparecían como desligados en familias de blancos protestantes y negros, y aglutinados en Italianos y Judíos.

A los fines de flexibilizar algunas posturas que se venían manteniendo, y reforzar otras, Kaufman (1980) describe mitos en los patrones familiares de los abusadores de sustancias:

1. Las familias donde el paciente identificado (PI) tiene un problema de drogas son diferentes de las familias en donde el PI tiene un problema con el alcohol.
2. Las relaciones familiares son relativamente poco importantes en la génesis y el mantenimiento del abuso de sustancias.
3. Las relaciones familiares son factores claves para generar y mantener la mayoría, si no todos, los abusos de sustancias.
4. La intensa coalición transgeneracional entre madre e hijo es única para el abuso de sustancias y es el factor patológico más importante en estas familias.
5. Los padres de este grupo no están comprometidos, son brutales y / o son alcohólicos.
6. Los factores familiares son tan inconsistentes que son generalizables para todos.
7. Los factores familiares en los abusadores de sustancias hombres son generalizables a las mujeres.
8. El triángulo de pareja adicto-parental es tan crucial que se puede pasar por alto el rol de los hermanos.
9. Las estructuras familiares observadas en un punto del tiempo son generalizables a otros períodos del tiempo en el ciclo vital de la familia.
10. Actualmente conocemos las estructuras familiares de los que abusan de sustancias: En este punto, el autor asocia la limitación en el conocimiento a la pobre línea base de investigaciones al respecto. Comenta que los estudios hasta ese momento se habían limitado a dos tipos: observaciones de las conductas familiares (que se ofrecieron como voluntarias) y entrevistas o inventarios a los abusadores de sustancias, con escasos trabajos que hayan cuantificado los resultados.

Ya en el año 1984, Kaufman describe sus hallazgos en cuanto a las familias de adolescentes que abusan de sustancias. El descubrimiento más recurrente fue que los padres de los jóvenes también abusaban de sustancias, generalmente el padre lo hacía con el alcohol y la madre hacía abuso de medicamentos recetados. Y de manera contundente afirma que el abuso de sustancias por parte de los padres es un determinante mucho más importante del abuso de sustancias de los jóvenes, que la actitud de los padres hacia el consumo que presentan sus hijos. (Kandel et al., 1978, en Kaufman 1984).

Haley (1980) propone un modelo para entender la etapa de individuación del adulto joven. Cuando está dificultado este momento del ciclo vital, pueden presentarse síntomas como la adicción a las drogas, debido a los problemas que surgen entre jóvenes y padres que se separan. Concluye que, si bien la adolescencia es un periodo crítico para comenzar a abusar de sustancias, la emancipación es aquella etapa que reviste mayores riesgos. La posible ida de los jóvenes de la casa implica importantes cambios en los hábitos y las relaciones entre sus padres. La aparición del síntoma puede llegar a bloquear esta evolución manteniendo así el status-quo. Los familiares que muestran síntomas no son siempre los mismos. Haley resalta que la depresión es usualmente presentada por la madre, y la anorexia, depresión, psicosis o drogadicción por parte de los jóvenes (Haley, 1980 en

Coletti, 1994). Unos años antes (Haley, 1967) desarrolla un concepto fundamental, el de *triángulo perverso*, aplicado a coaliciones negadas de dos personas pertenecientes a generaciones diferentes contra una tercera, siendo más grave si se da entre distintas generaciones. Esta triangulación según Haley es característica de la familia de esquizofrénicos y también de adictos.

Stanton, Todd y cols. (1980) describen que los estudios hasta ese momento eran limitados en los datos que suministraban, al menos en términos del paradigma sistémico. Ellos realizan observaciones conductuales de familias de abusadores de drogas “en acción”. Los datos son extraídos de más de 450 videos de sesiones familiares, las cuales se estudiaron en grupo focalizando en secuencias conductuales repetidas, formación de coaliciones y otros patrones observables. Explican la cronicidad de la drogadicción desde el funcionamiento familiar. La familia recurre a mecanismos homeostáticos frente a los cambios necesarios que exige el ciclo vital, fundamentalmente en la adolescencia del hijo adicto. Estos mecanismos sirven para conservar la adicción, y a su vez la estabilidad familiar. Los investigadores describen un triángulo relacional (mamá-hijo-papá) donde la enfermedad del hijo evita que las tensiones de la pareja conyugal sean visibles, y una vez que los padres atienden la enfermedad y el hijo mejora, la pareja conyugal entra en crisis, y el síntoma irrumpe nuevamente a los fines de mantener el equilibrio en el sistema.

Los autores comentan que la familia prototípica de drogadictos era aquella en la que uno de los padres está intensamente involucrado con el abusador de sustancias, mientras que el otro es más punitivo, distante o ausente (Stanton y Todd, 1982). Usualmente el padre sobreinvolucrado e indulgente es del sexo opuesto. Las relaciones padre-hijo varón adicto son descritas generalmente por el adicto como negativa, con implementación de una disciplina ruda e incoherente (sobre todo en sujetos que se inyectan heroína en lugar de inhalarla). El padre resulta ser una figura distante, débil o ausente. En la mujer adicta, resalta la competencia con su madre, a quienes consideran autoritaria y sobreprotectora, mientras que el padre se caracteriza por ser inepto, sexualmente agresivo y alcohólico. En estos casos las posibilidades de incesto son grandes.

También menciona Stanton (1979) que ambos padres de los adictos generalmente tienen relaciones matrimoniales muy perturbadas, sin la posibilidad de relacionarse satisfactoriamente entre sí, y desvían sus luchas a través hacia sus hijos. El niño puede incluso servir como cónyuge sustituto de uno de los padres, lo que permite que el otro mantenga cierta distancia. A menudo, el problema del niño se convierte en la única “causa” alrededor de la cual los padres pueden unirse. En consecuencia, el inicio de la adolescencia, con su amenaza de perder al adolescente ante los extraños, anuncia el pánico de los padres. La familia se queda estancada en esta etapa de desarrollo y se establece un proceso crónico y repetitivo, centrado en el crecimiento, la individuación y el abandono del paciente identificado. El uso de drogas es una solución paradójica al dilema de permanecer o irse, ya que permite un cierto nivel de competencia dentro de un marco de incompetencia, es decir, es una pseudoindividuación.

Según Stanton (1979) las características distintivas de las familias adictas son las siguientes:

a- Mayor frecuencia de dependencia química multigeneracional, particularmente alcohol entre los hombres, más una propensión a otras conductas similares a la adicción, como el juego y la televisión.

b- Expresión del conflicto más primitiva y directa, con alianzas bastante explícitas.

c- El comportamiento de los padres adictos es caracterizado como “no esquizofrénico”.

d- El adicto tiene un grupo de pares o subcultura al que se retira (brevemente) después de un conflicto familiar.

e- Las madres de los adictos presentan prácticas “simbióticas” de crianza, y también muestran mayores necesidades simbióticas que las madres de esquizofrénicos.

f- Una preponderancia de temas de muerte y muertes prematuras, inesperadas o inoportunas dentro de la familia.

g- El síntoma de la adicción proporciona una forma de “pseudoindividuación” en varios niveles, que se extiende desde el nivel farmacológico individual al de la subcultura de drogas.

Este último concepto de *pseudoindividuaación* es propuesto por Stanton (1979, 1982) para describir como el paciente con problemas de consumo, a través de sus conductas transgresoras, protestatarias, y de distanciamiento del mundo de los adultos cercanos a él, pareciera haber dejado atrás definitivamente la infancia y el vínculo con sus padres. Pero estas conductas revisten un carácter ilusorio, ya que estas actitudes lo hunden aún más en su familia de origen, y lo hacen más dependiente de sus padres en términos económicos, de mantenimiento y de tratamientos.

Los investigadores (Stanton y Todd, 1982) llegaron a la conclusión de que el síntoma del consumo abusivo de sustancias tiene la funcionalidad de ofrecer al adicto y su familia una resolución paradójica de su dilema de disolver o mantener la familia, de su permanencia o partida. Esto debido a múltiples factores: el consumo le permite ser infantil y apegado, aunque esté distante. En cada episodio de consumo se afirma la autonomía y asertividad, llegando incluso a ser agresivos, pero esta es una pseudoindividuaación, y la familia atribuye a la sustancia los sentimientos y actitudes hostiles hacia ellos, sin reconocerlos como sentimientos legítimos del paciente. La droga durante la adolescencia brinda una experiencia cuasi-sexual manteniendo la lealtad con la familia de origen, especialmente con la madre. El paciente adicto parece ser exitoso y competente en el marco de la subcultura de la droga pero resulta incompetente en los demás, resolviendo así su dilema pareciendo estar fuera de la familia, aunque solo en un sentido que es tolerable por sus padres.

Ya en el viejo continente, más precisamente en Italia, Cancrini (1982, 1987) rescata las formulaciones de Bowlby sobre cómo las vivencias traumáticas infantiles de separación, y las carencias de cuidados, pueden resultar agentes etiopatogénicos de las toxicomanías. Entiende al trauma no necesariamente como la presencia de un hecho dramático que interrumpe la continuidad de la existencia, si no que efectos similares también pueden darse en diversas situaciones en las cuales la persona no puede adaptarse o rebelarse, y solo logra tener una noción vaga o incierta de estos. Propone una clasificación categorial de las toxicomanías que va desde una descompensación claramente ligada a un trauma, hasta aquella en la que el trauma es mínimo o de difícil identificación.

Tipo A: Toxicomanías Traumáticas: Asociadas a un trauma psíquico de gran intensidad, duelos, enfermedades, separaciones familiares, decepciones sentimentales. Los montos de dolor son descritos como insoportables. Aquí el síntoma de la toxicomanía no depende de la acción de una estructura neurótica precedente y tiene la función de evitar la conciencia y el dolor. (Cancrini, 1994). El autor indica la terapia familiar focalizada en la elaboración del duelo (Cirilo y cols., 1996).

Tipo B: Toxicomanías del área Neurótica: Aquí el síntoma cumple la función de evitación de un conflicto doloroso familiar. Se da fundamentalmente en las situaciones donde el hijo es triangulado en una coalición transgeneracional negada, con límites demasiado permeables entre los subsistemas. Aquí también prevalece la indicación de tratamiento familiar, como medio para apoyar tanto al paciente como a su pareja en el manejo de la crisis luego del movimiento de la persona joven hacia la separación.

Tipo C: Toxicomanías de transición: la sustancia viene a cubrir o compensar estados neuróticos y excepcionalmente psicóticos. Existe la presencia de antiguos y pequeños traumas verificables y la implicación de ambos padres en la vida y el síntoma del hijo. El problema principal es la dispersión de la identidad del toxicómano al hacer frente a sus diferentes necesidades. La sustancia colabora en controlar síntomas pre-existentes fundamentalmente en personalidades de fácil pasaje al acto (Cancrini, 1982). Sugiere abordaje familiar a los fines de redefinir el síntoma en términos de control y de funciones interpersonales.

Tipo D: Toxicomanías sociopáticas: presencia de notables abandonos prematuros, institucionalizaciones, comportamientos antisociales, antecedentes de enfermedades psiquiátricas en los progenitores. El problema principal es la inhabilidad para lidiar con sus emociones y sentimientos agresivos y la función del síntoma está dada para facilitar su expresión a través de *acting out* (Cancrini, 1996). Se evidencia la imposibilidad de un verdadero proyecto terapéutico, más bien se puede trabajar a modo de sostén dentro de un recorrido que se estructura en contactos sucesivos y desordenados (Cirilo y cols., 1996).

Con respecto estrictamente al funcionamiento familiar, Cancrini (1988) explica que las familias de los toxicómanos no pueden verse como sistemas homogéneos, y se distancia de Haley (1980) al mencionar que los estudios de este último fueron llevados a cabo exclusivamente con familias incluidas en las categorías B o C de su tipología. También se diferencia de los postulados de Stanton y Todd (1982) por el mismo motivo.

Tipo de Matrimonio	Características Familiares Comunes	Función de la conducta sintomática	Actitud hacia el comportamiento sintomático
Tipo A	Paciente identificado como hijo parental	Evitación del miedo y el dolor	Basado en la negación
Tipo B: Fingido	Padre periférico y coalición intergeneracional	Mantenimiento de distancia en la pareja de padres	Basado en la manipulación y en la provocación
Tipo C: Compulsivo	Límites inciertos entre los miembros de la familia	Evitación de la individuación y la separación	Complicidad, colusión.
Tipo D: Inconsistente	Familias Multi-problemáticas	Mantenimiento de la relación dependiente-agresiva	Indiferente, colusión.

Tabla 1: Las Familias de los Toxicómanos (Cancrini, 1996).

Por su parte, también en Italia, Cirillo, S. y cols. (1996) realizaron un estudio de *homologías estructurales*, donde analizaron en retrospectiva más de un centenar de casos con el objetivo de identificar estructuras típicas de sujetos dependientes a la heroína y trazar un posible recorrido procesal de un toxicodependiente, analizando el desarrollo evolutivo de las relaciones familiares. Encontraron grandes dificultades en los padres de la familia de origen del toxicómano para afrontar las tareas correspondientes a la crianza de sus hijos en la adolescencia. Estos padres no proporcionaban una base segura en los momentos de avatares, base de la cual se pudiera volver a partir para nuevas exploraciones (Josselson, 1980; Bowlby, 1988; Hauser, Powers y Noam, 1991, citado en Cirillo, S y cols., 1996.), y obstaculizaban el desarrollo diferenciado y autónomo de sus hijos adolescentes. Los autores, refieren que en la familia de origen de los toxicómanos existe una sobrecarga de los valores maternos, debilitando así la función típicamente paterna de facilitar el distanciamiento de la familia, produciéndose una *maternalización* de la función afectiva paterna, ubicando así al hijo en una triada patogénica relacional paciente-madre-abuela materna. Siguiendo esta línea, afirman que para comprender la elección sintomática es necesario tener un enfoque de acercamiento trigeracional, tomando contacto con las vivencias traumáticas, generalmente encubiertas, que cada padre del adicto presenta en los vínculos con su familia de origen, con repercusiones emocionales minimizadas. Estas carencias son transmitidas a la generación posterior, reconociendo así la *transmisión intergeneracional del trauma o carencia* como cofactor etiopatogénico más relevante.

Cirilo y sus colaboradores (1996) se sitúan en la misma línea que Bowlby (1969, 1980) al comentar que en estas familias no existe un exceso de atención materna, sino más bien que la falta de atención a las necesidades del hijo crea un patrón de apego patológico con esta figura. En cuanto a la posición del padre, se destaca su perifericidad explicada a partir de sus propias situaciones de sufrimiento y la privación del aporte paterno durante su niñez y adolescencia obligándolo a una prematura adultización. Otros aspectos que resaltan son un alto porcentaje de separaciones en la pareja conyugal, y padres del futuro toxicómano huérfanos de padre desde joven, o con un padre manifiestamente incompetente.

En síntesis, el continuum del estadio procesal etiopatogénico relacional que ellos sugieren es el siguiente:

1. El padre se distancia prematuramente de su familia de origen aunque de manera aparente.
2. La madre no se distancia nunca, permaneciendo dependiente de la relación con su propia madre.
3. Las dificultades del distanciamiento de los padres crean una unión matrimonial fundada en el intento de replicar y resolver los problemas con su propia familia de origen.
4. El nacimiento del hijo representa la posibilidad de redefinir el rol de padre/madre-hijo en relación a la propia familia de origen. La madre, más atenta a la relación con su propia madre que a su hijo, atiende a este de manera “remendada”. El padre está afectivamente fuera del rol, expropiado por los abuelos maternos.
5. La adolescencia del hijo es una información traumatizadora para los padres, se desconocen las tensiones evolutivas del hijo.
6. El uso de la droga se convierte en una autoterapia, a los fines de afrontar las desilusiones de una infancia colmada de deprivaciones, y a la vez vehículo de protesta respecto de las exigencias reivindicativas no vividas conscientemente a causa de los mecanismos de ocultamiento.

A su vez, dividen estos estadios en tres recorridos posibles, según la modalidad con la que el abandono o carencia es “callado u ocultado”. El primer recorrido es denominado *abandono disimulado*, el segundo es el *abandono desconocido*, y el tercero es el *abandono activo*. Los autores asocian al primer recorrido con el tipo A y B de toxicomanías descritas por Cancrini (1982), al segundo con el Tipo C, y al tercero con el tipo D. Los autores ubican sus postulados dentro de la dimensión relacional-simbólica del modelo sistémico, distanciándose del modelo sistémico-constructivista.

Haciendo foco en los procesos contextuales que determinan la eclosión del consumo de sustancias, Linares (1997) analiza que la metáfora social posmoderna no es ya la producción, sino el consumo, y que la familia que mejor se adapta a ella no es la nuclear, sino la reconstituida, de mayores capacidades consumistas. Y agrega, que la metáfora social del consumo inspira a los dos grandes trastornos posmodernos: la drogodependencia y la anorexia-bulimia. Suma, a su vez, a estos dos cuadros la aparición de la familia multiproblemática, en la cual dentro de la multiplicidad de síntomas posibles que pueden darse en ella, el abuso de sustancias se da de manera muy frecuente, debido a una parentalidad y conyugalidad deterioradas y a la nutrición emocional desplazada por la utilización instrumental en el vínculo parental.

Luego de este periodo se aprecia un decaimiento en la producción literaria sistémica sobre la estructura y el funcionamiento familiar en toxicomanías. Las investigaciones se centran en mayor medida, aunque de manera aislada y fragmentada, sobre el abordaje terapéutico familiar más que en el funcionamiento familiar en sí mismo. En este sentido Juan Luis Linares (2000), comenta que la comunidad psiquiátrica tradicional se ha sentido incómoda frente a los desafíos, la poca docilidad y la gran cantidad de implicaciones sociales, médicas, legales, que presentan los pacientes toxicodependientes, en comparación con pacientes depresivos o psicóticos. Esta incomodidad, según refiere el autor, ha propiciado la renuncia a gestionar las toxicomanías.

Posteriormente a los años 2000, aparecen algunos pocos autores que en solitario continúan desarrollando material teórico sólido con respecto al funcionamiento familiar en el abuso de sustancias contemporáneo a nuestro tiempo. Entre ellos encontramos, por ejemplo, el trabajo de Abeijon (2008) en relación a los niveles jerárquicos familiares. Destaca que en estas familias suele darse una inversión de la organización jerárquica habitual, donde las dos figuras parentales no se encuentran en una posición superior a la de los jóvenes, sino que uno de los progenitores queda situado por debajo de la otra figura en la jerarquía familiar.

Frente a la pregunta sobre: ¿Cuál es el contexto relacional propio de los Trastornos por consumo de sustancias en la actualidad? Linares (Comunicación personal, 17 de Octubre del 2017) comenta que debido a la enorme expansión del abuso de sustancias en las últimas décadas, el con-

sumo abusivo se presenta como un fenómeno cultural que invade todo el universo psico-relacional disfuncional. De esta manera las drogodependencias no tienen una ubicación precisa en su modelo de parentalidad-conyugalidad, situándose distribuidas en los ámbitos neuróticos, limítrofes y sociopáticos principalmente, y también psicóticos en menor medida.

2.3 SOBRE EL ABORDAJE TERAPEUTICO FAMILIAR EN TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS.

Resulta interesante comenzar este punto rescatando un gran artículo de Bateson (1971) donde propone una teoría cibernética del alcoholismo, y analiza el programa de los 12 pasos desarrollado por Alcohólicos Anónimos. Menciona que el alcoholismo es un escape de las propias premisas insanas de la persona. La intoxicación proporciona un cambio en su epistemología *sobria*, la cual presenta un error o patología subjetiva, por lo tanto la ingesta de alcohol tiene una función correctiva. Bateson considera que los primeros dos pasos propuestos por AA¹ no son una rendición, sino simplemente un cambio en la epistemología, un cambio en cuanto al conocer lo que hace a la personalidad en el mundo.

Unos años más tarde Stanton (1979) realiza una revisión de investigaciones llevadas a cabo hasta los años 80 sobre el tratamiento familiar de los problemas de abuso de drogas. Describe que recién a finales de la década del 60 e inicio del 70 los centros de tratamiento de drogas comenzaron a aplicar técnicas familiares en sus pacientes. El autor comenta que los tres teóricos más influyentes de esa época en Estados Unidos eran Virginia Satir, Jay Haley y Salvador Minuchin. Desde aquellos momentos, debido al incremento de la efectividad en los tratamientos, el abordaje terapéutico familiar del consumo de sustancias fue ganando terreno, aunque de manera dispersa y fragmentada.

Haley (1980) desarrolla un modelo terapéutico particular para familias con jóvenes que se encuentran en la etapa de emancipación, y que presentan serios problemas en esta tarea, incluyendo distintas sintomatologías graves donde una de ellas puede ser el abuso de sustancias. Sostiene que cuando el objetivo es terapéutico, más que la categoría sintomática interesa la particular etapa de la vida en que se encuentra la familia.

Propone una estrategia general, con una táctica específica que varía en cada caso. Esta estrategia tiende a aumentar el poder, la autoridad y la responsabilidad de los padres, con respecto al joven problemático. Lleva a cabo esto mediante un enfoque terapéutico simple y directo, apunta a que el hijo deje de tener un papel activo en el triángulo mantenido con sus padres, donde el joven funciona como puente entre los conflictos conyugales, puente que la emancipación amenaza con romper. De esta manera busca reestructurar la organización familiar para posibilitar la desaparición de la sintomatología y así favorecer el auto valimiento del hijo y la posibilidad de formar su propio hogar. El proceso terapéutico pasa por diferentes etapas pre-establecidas, y tiene la característica de proponer un solo terapeuta para asumir el caso (con su correspondiente supervisor).

Se convoca inicialmente a toda la familia donde se incita a los padres a hacerse cargo de su hijo y fijar normas de conducta. El foco inicial de la terapia está puesto en el presente de la persona problemática, y en su conducta, y no en el debate de las relaciones familiares. Insta al terapeuta a coaligarse con los padres contra el joven y su problema, y sugiere que las expectativas de todos estén puestas en que el joven recobre la normalidad. Expone que la terapia debe consistir en una participación intensa y un rápido desenganche, más que en una prolongada serie de sesiones durante años.

A los fines de poder lidiar con la desobediencia que presentan estos pacientes, Haley (1980) recuerda que no debe olvidarse que el síntoma siempre es protector ya que cumple la función de estabilizar la organización. Por otra parte, remarca que es importante que el terapeuta no culpabilice

1 Primer Paso propuesto por el modelo de los 12 pasos de AA: "Admitimos que somos impotentes frente al alcohol".

Segundo Paso propuesto por el modelo de los 12 pasos de AA: "Creemos que un poder superior a nosotros puede devolvernos la salud".

al paciente, o a su familia, pero sí que trabaje para que asuman la responsabilidad sobre sus actos.

Una de las propuestas terapéuticas más relevantes en el abordaje familiar de las adicciones, es la desarrollada por Stanton y Todd (1982), quienes apoyándose en el trabajo de Minuchin (1967) y de Haley (1980), proponen un modelo de terapia familiar estructural y estratégico. La teoría estructural es utilizada como paradigma orientador, y es a través de la cual trabajan aspectos de la organización familiar dentro de las sesiones, mediante la presentación de nuevos patrones y la aplicación de técnicas que posibiliten reestructuraciones más saludables. Del modelo estratégico toman su énfasis en la utilización de un plan específico, cambio del síntoma, colaboración entre sistemas, etc. Postulan una terapia orientada hacia metas precisas a corto plazo, en la cual estimulan la participación activa de la familia de origen del adicto, inclusive aunque el adicto no viva con ellos. Esto se fundamenta en que los autores utilizan el paradigma del ciclo vital para la identificación de variables relacionadas con el problema del abusador de drogas y para señalar la dirección del tratamiento, donde la etapa de la emancipación es aquella en la que suelen aparecer obturaciones. Por estos motivos sugieren en un primer momento trabajar con la tríada compuesta por el adicto y ambos progenitores, y alejarse de ella de acuerdo con la disposición de los padres para liberar al adicto. Luego incluyen a todos los hermanos que viven en la casa o en las cercanías, y pueden incluir otros subsistemas familiares si fuese necesario.

Los autores (Stanton y Todd, 1982) consideran que la familia debe ser el sistema que cargue con la responsabilidad primaria del cambio y para ello se la debe ayudar a sentirse más competente para alterar sus patrones y cuidar de sus miembros.

Establecen tres metas en el siguiente orden de prioridad:

1. Que el paciente quede libre del uso de drogas
2. Uso productivo del tiempo, el paciente será incluido en un trabajo y programa de estudio (las actividades voluntarias no son aceptadas)
3. En caso de que viva con los padres, que el paciente se mude a vivir solo, o con una cónyuge, amante o amiga.

Para conseguir estas metas utilizan técnicas como las *atribuciones nobles* a las conductas que tienden a sostener el problema a los fines de evitar resistencias; *concentración en la conducta concreta* a cambiar por parte del paciente; *reestructuraciones* para conseguir que los padres colaboren juntos en la rehabilitación del hijo; *generación de crisis* que posibiliten cambios estructurales; *elusiones de lucha de poder* con la familia, *desintoxicaciones hogareñas* que eviten la desresponsabilización familiar. Además, aconsejan la implementación de la *terapia de red familiar* y *métodos multifamiliares* en las etapas iniciales de la terapia, siempre y cuando no sustituya a la terapia familiar individual.

En cuanto al encuadre de la terapia, recomiendan un contrato inicialmente flexible con la familia, de una duración de ocho a 12 sesiones de frecuencia semanal (pudiendo ampliar la frecuencia de las últimas de dos a seis semanas). Agregan una sesión inoculativa dos a cuatro meses luego de la terminación, y tal vez otra dentro de seis u ocho meses a los fines de monitorear el cambio.

Contemporáneo a Stanton, Kaufman (1984) indica que la terapia familiar se tiene que basar en el conocimiento de los patrones culturales de los grupos a los cuales pertenece el joven y su familia, y en una fusión de dos enfoques: establecer un método para controlar o eliminar el abuso de sustancias y reestructurar los aspectos desadaptativos del sistema familiar. Menciona que el control del consumo es un requisito previo al trabajo terapéutico con la estructura familiar. Según la rigidez o flexibilidad familiar para dicha reestructuración será necesaria una mayor o menor frecuencia e intensidad de la terapia familiar. Agrega que deben considerarse las características étnicas de cada grupo y aplicar técnicas que consideren dichas características. En el tratamiento ambulatorio prefiere entrelazar distintos grupos terapéuticos y terapia individual junto con la terapia familiar: grupos multifamiliares, grupo de pares, etc.

Unos años más tarde, Coletti (1987) resalta la necesidad de abordar la problemática de las toxicodependencias desde un enfoque relacional flexible, que presente soluciones originales y diver-

sas según la situación problemática con la que se esté lidiando. Menciona que el objetivo de suprimir el síntoma de la toxicomanía individual no basta y que es preciso reconstruir el camino de la relación familiar a partir de la abstinencia, trabajando para permitir que el núcleo familiar pueda transitar una progresiva individualización de los distintos integrantes, siguiendo al núcleo familiar de cerca pero a la vez respondiendo a las exigencias individuales de cada uno de los miembros. Sugiere un tratamiento individualizado con el ex-toxicómano posterior a la etapa del control del síntoma y reestructuración familiar, a los fines de favorecer el proceso de diferenciación.

Con respecto a las aplicaciones en los distintos cuadros clínicos, Cancrini, Cingolani, Compagnoni, Constantini y Mazzoni (1988), comentan que las técnicas de terapia familiar estructural parecen más adecuadas en casos de tipo B de la tipología de Cancrini, (Cancrini y cols., 1982), y mencionan que es probable que las técnicas paradójicas y estratégicas sean más efectivas en casos de tipo C (similares a los anorexígenos descritos por Selvini-Palazoli) especialmente cuando las interacciones familiares muestran rasgos de comunicación psicótica. A su vez, sugieren la instrumentación de terapia familiar en las adicciones de los tipos B y C, tratamiento individual a las adicciones de tipo A, inclusive si el enfoque sistémico es el modelo, y terapia de red o asignación del caso a una comunidad terapéutica en adicciones de tipo D (Cancrini y cols., 1988).

Agregan que un programa comunitario terapéutico a largo plazo en paralelo con las sesiones de terapia familiar podría ser una solución adecuada para los adictos de tipo C. Por otro lado, la solución ideal para los adictos de tipo B podría basarse en la terapia familiar, o en un corto plazo, un programa comunitario, en combinación con un grupo de autoayuda para los padres.

Investigadores vinculados al modelo de terapia contextual (Bernal, Rodríguez y Diamond, 1990) comentan que, si bien muchos autores han teorizado sobre conflictos familiares intergeneracionales y el legado multigeneracional de la dependencia a químicos, pocos han desarrollado tratamientos basados en procesos familiares intergeneracionales. Proponen un abordaje del abuso de drogas contextual e intergeneracional, que incluye al adicto y su pareja, en el cual se trabajan los conceptos de lealtad, equidad, responsabilidad y confianza que ambos miembros de la pareja presentan y en relación a la familia de origen de cada uno.

Cancrini, (1991), al realizar una breve revisión sobre el abordaje terapéutico familiar sistémico en estos cuadros clínicos, menciona una crítica al modelo propuesto por Haley, en la cual manifiesta:

Resulta difícil entender, como Haley, y algunos otros terapeutas de familia, pueden no distinguir los diversos tipos de sufrimiento humano. Puede ser fácil aceptar la idea por la que tantos casos son mancomunados por el comportamiento toxicómano solo en apariencia y en un nivel muy superficial. Pero es difícil adoptar la idea de que el mismo proyecto de terapia puede funcionar con todos (Cancrini, 1991, p. 92)

En cuanto a la efectividad de los tratamientos, Cancrini (1994) da cuenta de que los adictos tipo A y B tenían una tasa de deserción muy baja y generalmente progresaban cuando eran tratados por psicoterapia o en un programa comunitario. Sin embargo, en los casos de tipo B, la participación de la familia parece fundamental para lograr buenos resultados. Los casos de tipo C presentan problemas mucho más complejos en los centros de tratamiento que los casos de tipo B; aunque, el progreso en el tiempo es satisfactorio, particularmente si los expertos terapéuticos trabajan con la familia. Los casos de tipo D son los más difíciles de tratar si el servicio de salud intenta ir más allá de ofrecer un programa de reducción de riesgos. Por otra parte, la mejoría más frecuente se da entre los adictos mejor educados, que están empleados, y que viven con sus familias. (Cancrini, 1994).

A medida que avanzamos en el tiempo, se aprecia como ciertas pautas de tratamiento familiar evolucionan desde postulados rígidos hacia otros más flexibles. Coletti (1998) afirma que el trabajo terapéutico familiar con toxicodependientes requiere de gran flexibilidad en cuanto a la frecuencia de atención, pudiendo organizar sesiones semanales o encuentros urgentes después de pocas horas desde la última sesión. Pero también reconoce que la posibilidad de tener encuentros con una fre-

cuencia regular ayuda a la familia a tomar contacto con viejos y nuevos recursos. Además, alerta sobre el rol demasiado activo del terapeuta a la hora de brindar soluciones a la urgencia familiar, ya que puede terminar envuelto en el juego familiar y esterilizando su capacidad de cambio. Comenta que la misión del terapeuta es la de desbloquear recursos existentes. Según el autor (Coletti, 1998) la meta debería ser siempre facilitar la adquisición de competencias y no la de prestar las suyas para la resolución del problema, ya que cuando esto suceda será percibido como algo extraño a la experiencia de los pacientes. Aclara que esto no es colocarse en una posición sádica de rechazo a la petición de ayuda, sino que en una atenta acogida puede renunciar a jugar un papel sustitutorio del dolor del paciente y favorecer la implementación de recursos “buenos”. Como un agregado, menciona que quizás la mejor manera de evitar boicots al trabajo terapéutico, sea tratar de no utilizar las palabras “terapia familiar” al citar a la familia, y aprovechar las oportunidades en que espontáneamente concurren todos, o citarlos de alguna manera que no requiera palabras técnicas. Menciona que el o la terapeuta debe ser libre de aliarse con quien considere pertinente según la estrategia terapéutica, y que preferentemente el sistema de alianzas debe ser flexible, abarcando a todos los integrantes, haciendo notar a la familia que se encuentra aliado con la parte “buena” del sistema.

El mismo autor (Coletti, 1998), considera que es un error intervenir de manera directa sobre los problemas relacionales que se encuentran a la base del síntoma. Esto puede suceder debido a la urgencia y el dramatismo que presentan los familiares al momento de la consulta. Puntualiza que toda la primera fase del tratamiento debería centrarse en el síntoma, y que el paso a trabajar sobre los patrones comunicacionales, relacionales y relatos individuales, debe partir desde una base de reestructuración.

Autores ingleses (Copello, Velleman y Templeton, 2005) realizan una revisión sistemática y comentan que las intervenciones familiares desarrolladas en el tratamiento de alcohol y drogas pueden dividirse en tres tipos:

1. Trabajar con los miembros de la familia para promover el ingreso y compromiso de los consumidores de sustancias al tratamiento: la bibliografía revisada muestra de manera consistente que trabajar directamente con los interesados en el uso de sustancias de otra persona puede llevar a un mayor compromiso del usuario en el tratamiento.
2. Implicación conjunta de los miembros de la familia y parientes que abusan de sustancias en el tratamiento: Destacan los postulados de la *Terapia Familiar Unilateral* (Thomas, E, y Santa, C. 1982) la cual busca modificar el uso indebido de sustancias de un familiar incluso si este no asiste a tratamiento, ya que trabajan con aquellos familiares que están interesados en el cambio, fundamentalmente con el cónyuge. También destacan otros enfoques de tratamiento eficaces derivados de la terapia sistémica familiar como la *Terapia Familiar Estructural y Estratégica* (Stanton, M. & Todd, T. 1982), *Terapia tipo Bowen* (Bowen, 1978) y la *Terapia Familiar Contextual* (Boszormenyi-Nagy y Krasner, 1987). Según los autores, los estudios sobre estos modelos terapéuticos dan cuenta de que la terapia familiar es más efectiva que los instrumentos de control para involucrar a los usuarios en el tratamiento y en el post-tratamiento y seguimiento. Concluyen este apartado resaltando los aportes de la *Terapia de Red y Conducta Social* (Copello y cols., 2006), en la cual se intenta involucrar, durante aproximadamente 8 sesiones, a los miembros de la red de los abusadores de sustancias y se utilizan estrategias para desarrollar un soporte positivo de las redes sociales para el cambio.
3. Intervenciones destinadas a apoyar a los miembros de la familia afectados por el uso indebido de sustancias de un pariente: Comentan que poca atención se le ha prestado a las necesidades de familias de los consumidores de sustancias en la prestación de servicios. Los autores explican esto a partir de la escasa formación profesional en orientaciones familiares, y a como distintos modelos teóricos califican a los miembros de estas familias de manera negativa. Finalizan mencionando que aunque no existe un trabajo directo con las

familias afectadas por el uso indebido de sustancias, está surgiendo evidencia de la efectividad de las intervenciones dirigidas a estos miembros de la familia por derecho propio.

En cuanto a la pluralidad de dispositivos asistenciales que coexisten hoy en día, Abeijon (2008) describe que el consumo se ha universalizado, y emergen nuevos pacientes en los servicios. Problematiza el hecho de que existe una tendencia al aislamiento de los servicios y que resultan preocupantes las alteraciones de conducta ligadas al consumo, produciéndose un cruce de intereses entre el sistema sanitario y judicial. También avizora que en el campo de las intervenciones nos encontramos hacia un terreno de una complejidad cada vez mayor, ya que este cruce de expectativas puede incluso llevar a la generación de nuevas patologías derivadas de las intervenciones.

Corless, Mirza y Steinglass, (2009), comentan que la terapia familiar aplicada al uso indebido de sustancias ha adquirido cierta madurez, en cuanto a que las diferentes investigaciones de relevancia, más allá de las técnicas específicas y los modelos conceptuales, llegan a acuerdos en algunos puntos de los cuales se destacan:

1. El valor de trabajar terapéuticamente con las familias y sistemas completos en lugar de hacerlo solo con una persona que abusa de sustancias.
2. Una postura terapéutica que incorpora un enfoque de colaboración y no culpabilización, en lugar de un estilo jerárquico y de confrontación.
3. Reconocimiento de que los clientes pueden tener múltiples objetivos de cambio relacionados con las drogas, y si bien la abstinencia puede ser prioridad, la reducción de daños puede generar ganancias muy valiosas.
4. Una apreciación de la necesidad de adaptar el enfoque tanto a los valores familiares como a las creencias culturales de la comunidad más amplia dentro de la cual está inserta la familia.
5. Un sentido de humildad acerca de la complejidad y la causalidad multideterminista de los comportamientos adictivos junto con la tenacidad necesaria para trabajar de manera constructiva con las familias en torno al manejo de afecciones crónicas como los trastornos por abuso de sustancias.

Más cercanos en el tiempo, Vetere y Dalos (2012) proponen un modelo de abordaje mediante la integración entre la teoría del apego y el enfoque narrativo sistémico. Hipotetizan que la sustancia puede convertirse en la principal figura de apego de la persona, frente a lo cual la propuesta terapéutica puede resultar una amenaza para el paciente, debido a sus recursos deficitarios para regular sus emociones. Pero, apoyándose en los postulados de la teoría del apego, confían en que la tendencia a la conexión relacional sigue presente a pesar de todo, y estimulan la creación de vínculos emocionalmente seguros y de confianza mutua entre la familia y el paciente, para poder realizar exploraciones narrativas que incluyan en un primer momento a la contextualización del consumo como un legado, y a la comprensión del consumo como un problema. De esta manera, proponen una primera instancia de orientación sistémica con un trabajador de referencia, y una vez establecida una base relacional segura, se propone el paso a la instancia de terapia sistémica dirigida a ayudar a los miembros de la familia a hablar claro y a comunicar de forma precisa y efectiva sus necesidades, deseos y temores. Ofrecen la terapia como un contexto seguro para que la familia asuma el riesgo de confiar en los otros. Persiguen el objetivo de promover una diversidad de respuestas adaptativas y reducir la dependencia a las sustancias como principal apego, en el contexto de intercambios vinculantes más positivos entre los miembros de la familia.

Luigi Cancrini (2014) aporta una interesante observación histórica que se inserta en la contemporaneidad, al mencionar que los modelos terapéuticos iniciales estaban asociados a los heroínomaníacos, personas totalmente involucradas con la sustancia, a diferencia de los consumidores de cocaína actuales quienes presentan diverso grado de involucración con esta sustancia. Afirma que el consumo masivo de cocaína y de alcohol exige modificar los tratamientos que hoy en día se ofrecen. Por ejemplo, el trabajo bajo internación en comunidad terapéutica durante dos años era correcto para heroínomaníacos, pero para cocainómanos él considera que de uno a tres meses es un tiempo acorde,

a los fines de mantener y reforzar los recursos de relaciones sociales existentes. Propone un modelo terapéutico con cocainómanos de características confrontativas fuertes, con la ayuda de la pareja del paciente con quien se trabaja para se posiciona de manera firme frente al síntoma (se trabaja “con” la pareja, no “sobre” la pareja). De esta manera incluye la participación de la familia a los fines de constituir un frente sólido frente al síntoma, pudiendo ser también los padres y los abuelos.

Coletti (Red Relates, 2017) critica firmemente la postura de considerar a las adicciones exclusivamente como una “enfermedad del cerebro recidivante y crónica” como plantean algunos sectores de las neurociencias actuales. La crítica tiene el argumento de que tal consideración no da lugar a intervenciones terapéuticas posibles, salvo el uso de fármacos. Menciona que es necesario diferenciar entre enfoques apoyados en las *neurociencias* y aquellos que surjan desde un *neurocentrismo*, fundamentalmente en estos trastornos. Afirma que postulados de tal magnitud se encuentran apoyados en los intereses de los grandes laboratorios, y no en la evidencia clínica, evidencia que da cuenta de la influencia familiar al comienzo y durante el desarrollo de la adicción, y la importancia de esta en el acompañamiento del tratamiento.

Para finalizar este apartado, se destaca la palabra del Dr. Linares (Comunicación personal, 24 de Marzo del 2018) quien refiere que la terapia familiar sistémica claramente es propicia para tratar las adicciones, aunque no con una pauta terapéutica única, sino tantas como patrones relacionales subyacentes se presenten, pudiendo ser: destrinaguladora, vinculadora, estructurante, reconfirmadora, negociadora, recalificadora, de aceptación, etc.

3. CONCLUSIONES

3.1 DE LA REVISIÓN SISTÉMICA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS.

En la revisión de la literatura sistémica sobre esta problemática encontramos un notable y valioso desarrollo teórico entre los años 70 y 80, el cual disminuyó en los 90, y en las últimas dos décadas ha visto una disgregación de propuestas, las cuales en su mayoría aluden al tratamiento, pero no necesariamente a la comprensión del funcionamiento familiar, corriendo así el riesgo de producir dispositivos terapéuticos para familias con características de años anteriores. Aun así, los postulados desarrollados hasta ahora sobre estas familias son los que han dado lugar a modelos de intervención que han mejorado notablemente la efectividad de los tratamientos, siendo hoy la terapia familiar casi un requisito indispensable en los abordajes de estos trastornos.

Son dos los contextos que nuclea la producción de conocimiento de mayor impacto académico, por un lado el Norteamericano (Minuchin- Haley- Stanton), y dentro del Europeo, fundamentalmente Italia es el país que más sustento teórico, clínico, e investigativo, presenta al respecto (Cancrini - Cirilo - Coletti). Existe una coherencia y una continuidad entre los distintos teóricos de cada contexto, siendo Minuchin, Haley y Cancrini los más influyentes, aunque las clasificaciones de Cancrini no han sido consideradas en los últimos años con la misma relevancia que durante los 80 y los 90, siendo que es una tipología abarcativa y clarificadora, inclusive con las modificaciones familiares actuales. Resulta necesario rescatar los postulados de Cancrini e integrarlos con nuevos aportes teóricos que, vinculados entre sí, enriquezcan el abordaje actual de familias con Trastornos por el Uso de Sustancias, como, por ejemplo, terapia familiar ultramoderna (Linares, 2012).

La mayor parte de los trabajos se encuentran enfocados a las familias de los consumidores jóvenes que han desarrollado un consumo habitual y problemático, pero no tienen demasiado en cuenta lo que sucede en la configuración familiar con el paso de los años, cuando el consumo se ha vuelto crónico y el deterioro es evidente.

Por otra parte, las muestras de las investigaciones están conformadas casi exclusivamente por pacientes varones. Actualmente los trastornos por consumo de sustancias presentan un incremento notable en mujeres, inclusive apareciendo la problemática durante el embarazo, y posterior al na-

cimiento de los hijos, con las consecuencias relacionales que esto implica. En la revisión no figura otro momento histórico en que este fenómeno se presente con la frecuencia que sucede hoy en día.

Las personas con trastornos por consumo de sustancias, que se describen en los textos citados, tienen principalmente una *adicción pura*, en el sentido de que no se señalan en comorbilidad con otros trastornos. Actualmente, la patología dual es lo que impera en la clínica cotidiana en cuanto a casos complejos. Esto nos pone en serios apuros, ya que si tenemos un Depresivo Mayor, que a su vez consume cocaína frecuentemente ¿A qué configuración familiar pertenece? ¿A la descrita por Linares (2000) para pacientes depresivos, o la de Stanton y Todd (1982) para toxicodependientes? ¿Hacia dónde debemos dirigir las intervenciones familiares? La patología dual no es hoy a la excepción, sino es más bien la regla para casos complejos, por este motivo es imprescindible acudir a la integración de propuestas terapéuticas a los fines de aumentar nuestra comprensión y efectividad clínica. Un modelo de abordaje integrativo sistémico, en trastornos por consumo de sustancias, será presentado en un artículo posterior (Autor, 2018).

Otro punto a destacar de la revisión literaria, es que impresiona una ausencia de responsabilización al padre sobre el acontecer del hijo con problemas de consumo. Más bien, se observa una carga notable e histórica hacia la madre. Es fundamental virar, de una manera ultramoderna (Linares, 2012), hacia la responsabilización de todos los individuos involucrados en el problema, y hacia la focalización de los recursos resilientes y positivos de la familia, y de cada uno de sus integrantes, aspectos prácticamente nunca focalizados en la literatura relacional sobre las adicciones.

Por las razones expuestas es que resulta necesaria una actualización teórica de la configuración familiar en trastornos por el uso de sustancias en la actualidad, debido a las modificaciones organizacionales, funcionales y problemáticas que tan vertiginosamente se han dado en las últimas décadas a nivel mundial. Aunque dicha actualización lleve a encontrarnos con que las especificidades de las familias con consumo de sustancias se hallen, en algún punto, diluidas frente a la expansión global del consumo.

3.2 DE LA REVISIÓN SISTÉMICA SOBRE EL ABORDAJE TERAPÉUTICO FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS

Es notable la evidencia que avala la eficacia del tratamiento familiar en los abordajes en trastornos por consumo de sustancias. Los desarrollos iniciales establecieron las bases sobre las cuales se implementan hoy en día los trabajos terapéuticos con estas familias, fundamentalmente mediante dos tipos de intervenciones: estructurales o estratégicas/paradójicas, según lo requiera el caso.

Los dispositivos asistenciales han tenido un desarrollo teórico más prolongando en el tiempo que los conceptos sobre el funcionamiento familiar propiamente dicho. Podemos rastrear un recorrido asistencial que va desde la terapia familiar individual, pasando a la terapia multifamiliar, hasta la terapia de red y comunitaria. Existe un acuerdo en la conveniencia de incluir en el abordaje a otros contextos más amplios que el familiar, siempre y cuando no sustituyan a la terapia familiar individual cuando el trastorno es grave.

Los modelos terapéuticos presentados, en general, coinciden con la sugerencia de comenzar por controlar el síntoma de consumo, para luego avanzar sobre las relaciones disfuncionales familiares. También pareciera haber un acuerdo en cuanto a establecer una coalición con pareja (pacientes adultos) y familia (paciente jóvenes) contra el juego sintomático que propone el paciente al inicio del tratamiento. Este último punto, en la actualidad, es de difícil aplicación en una gran cantidad de casos, ya que suele aparecer el consumo de sustancias instalado también en la pareja del paciente, o en la pareja parental de este.

En cuanto a la estructuración y a la rigidez o flexibilidad de los tratamientos, se observa que inicialmente las propuestas terapéuticas presentaban una mayor rigidez, con fases terapéuticas estructuradas, y sugerían estilos terapéuticos directivos y confrontativos. Más cerca en el tiempo, los abordajes tienden a exhibir características más flexibles, colaborativas, e incluyen la dimensión de contención emocional. Aunque el viraje no se ha completado del todo, y coexisten en la actualidad

ambos tipos de terapia familiar en estos cuadros clínicos.

La elección que se ha sostenido entre dos tipos de dispositivos terapéuticos: estructurales o estratégicos/paradójicos, responde más a la efectividad que estos tratamientos brindaron en su momento, que a las necesidades de las familias de hoy, ya que en los modelos terapéuticos presentados se piensa en pacientes adictos sin considerar los cuadros duales, ni familias con múltiples miembros consumidores de sustancias en la misma generación y en diversas líneas generacionales.

Por estas razones, resulta imprescindible rescatar postulados abarcativos, que contemplen variables emocionales y del sistema de apego, e implementar enfoques terapéuticos integrativos, a los fines de aumentar la comprensión y efectividad en el trabajo clínico sistémico con esta problemática. A su vez, es necesaria la formación de profesionales, y la construcción de dispositivos terapéuticos familiares acordes a las configuraciones y necesidades actuales de las familias que presentan trastornos por consumo de sustancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeijon, J. (2008). Estrategias de futuro en el abordaje de las toxicomanías. El trabajo psicoterapéutico con las familias de los consumidores de drogas. Reflexiones desde Europa. *Sistemas Familiares*, 24(1), 59-85.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association: Washington, D.C.
- Bernal, G. Rodríguez, C. Diamond, G. (1990). Contextual Therapy: Brief Treatment of an Addict and Spouse. *Family Process*, 29, 59-71.
- Boszormenyi-Nagy, I. and Krasner, B. (1987) *Between give and take: A clinical guide to contextual therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. I. Attachment. Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998). El Apego. Vol. I. de la trilogía El apego y la Perdida. Barcelona: Paidós Ibérica
- Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss. Vol. II. Separation. Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998). La separación. Vol. II de la trilogía el Apego y la Perdida. Buenos Aires: Paidós
- Cancrini, L. (1970). Social and Family Factors of Teenager Drug Addiction. *Europe Journal of Toxicology*. 3, 397-401.
- Cancrini, L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti*. Rome: Nuova Italia Scientifica. (Versión cast. (1991). Los temerarios en sus máquinas voladoras. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cancrini, L. (1987). Hacia una tipología de las tóxicodependencias. En *Comunidad y Drogas*. (1, 45-57). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Cancrini, L., Cingolani, S., Constantini, D. y Mazzoni, S. (1988). Juvenile Drug Addiction: A typology of heroin addicts and their families. *Family Process*, 27(3), 261-271.
- Cancrini L. (1994). The Psychopathology of Drug Addiction. A Review. *The Journal of Drug Issues*, 24(4), 597-622.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). La Caja de Pandora, manual de psiquiatría y psicopatología. Barcelona: Paidós
- Cancrini, L. (2014). Terapia familiar y adicción a la cocaína. Boletín Relates. [Mensaje en un blog] Recuperado de <http://redrelates-boletin.org/terapia-familiar-y-adiccion-a-la-cocaina/>
- Cirilo, S., Berrini, R., Cambiasi, G., Mazza, R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Milan: Cortina
- Coletti, M. (1987). Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias. En *Comunidad y drogas*. (1, 11-19). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Coletti, M. (1998). La terapia familiar con las familias de los tóxicodependientes. En *V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque Comunitario* (507-519). Cádiz: Diputación Provincial.
- Copello, A. Velleman, R. y Templeton, L. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug & Alcohol Review*, 24, 369-385.
- Copello, A. Williamson, E. Orford, J. y Day, E. (2006). Implementing and evaluating social behaviour and network therapy in drug treatment practice in the UK: a feasibility study. *Addict Behavior*. 31, 802-810
- Corless, J. Mirza, K. y Steinglass, P. (2009). Family therapy for substance misuse: the maturation of a field. *Journal of Family Therapy*, 31: 109-114. doi:10.1111/j.1467-6427.2009.00457.x
- Haley, J. (1967). Towards a theory of pathological systems. En J. H. Zuk e I. Boszormenyi-Nagy (comps.), *Family therapy and disturbed families*, Palo Alto, Science and Behaviour Books.
- Haley, J. (1980). *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. New York: McGraw-Hill.
- Harbin, H. y Maziar, Howard. (1975). The Families of Drug Abusers: A Literature Review. *Family Process*. 14:411-431.
- Kaufman, E. and Kaufman, P. (1979). *Family therapy of drug and alcohol abuse*. New York: Gardner Press.
- Kaufman, E. (1980). Myth and Reality in the Family Patterns and Treatment of Substance Abusers. *Drug and Alcohol Abuse*, 7(3,4) 257-279.
- Kaufman, E. y Borders, L. (1984). Adolescent substance abuse in Anglo-American families. *Journal of Drug Issues*, 2, 365-377.
- Linares, J. L. y Coletti, M. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J. L. y Campo. C. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J. L. (2012). *La Terapia Familiar Ultramoderna*. Barcelona: Herder.
- Minuchin, S. (1975). *Families and Family Therapy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Red Relates (Red Relates) (2017, 12 de Septiembre). *Prof. Maurizio Coletti*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://vimeo.com/233589653>
- Red Relates (Red Relates) (2014, 24 de Febrero). *Terapia familiar y adicción a la cocaína*. (Archivo de video). Recuperado de <https://vimeo.com/87504034>
- Seldin, N. (1972). The Family of the Addict: A Review of the Literature. *Int. J. Addictions*, 7, 97-107.
- Stanton, M. D. (1979). Family treatment approaches to drug abuse problems. A review. *Family Process*, 18, 251-280.
- Stanton, M. D. (1980) A critique of Kaufman's "Myth and Reality in the Family Patterns and Treatment of Substance Abusers". *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 7(3-4), 281-289.
- Stanton, M. D. y Todd, T. & cols. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press. Versión Cast. (1997). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Stanton, M. D. y Todd, T.C. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. Nueva York: Guilford Press.
- Vetere, A. Dallos, R. (2009) *Systemic Therapy and Attachment Narratives*. Routledge. Versión cast. (2012) *Apego y Terapia Narrativa. Un modelo integrador*. Madrid: Morata.

Bateson, G. (1971). The cybernetics of "self": A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34(1), 1-18.

Coletti, M. (1991). Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias. *Perspectivas Sistémicas*.

Coletti, M. (1994). Family therapy with drug addicts' families. *Journal of Drug Issues*, 24(4), 623-638.

Copello A. Orford, J. Hodgson, R. Tober, G. y Barrett, C. (2002). Social behaviour and network therapy: basic principles and early experiences. *Addict Behaviors*, 27, 345 - 66.

Kaufman, E. (1981). Family Structures of Narcotic Addicts. *The International Journal of the Addictions*, 16(2), 273-282.

Kaufman, E. (1985) *Substance abuse and family therapy*. New York: Grune & Stratton

Stanton, M. D. (2008) Drugs and The Family, *Marriage & Family Review*, 2(1), 1-11.