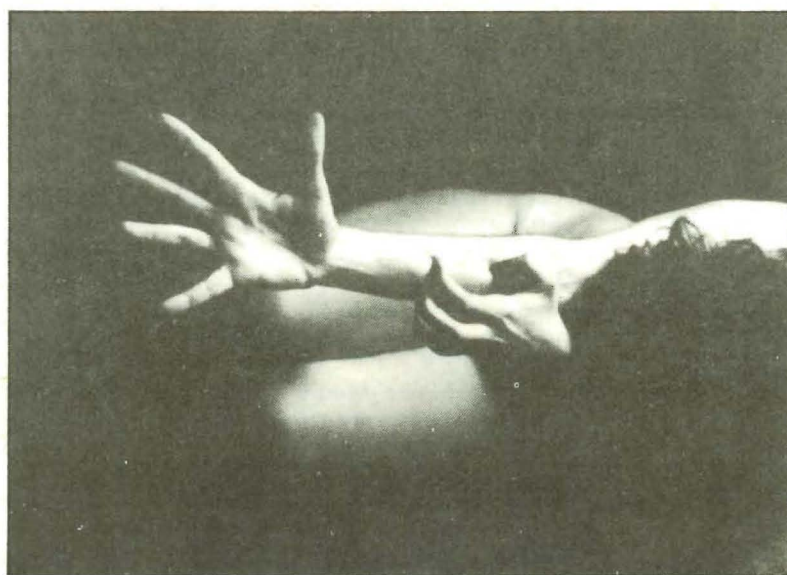


LA PSICOTERAPIA **FAMILIAR CON** **DROGODEPENDIENTES** **UN MODELO DE** **INTERVENCION**



El 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 recientes que confirman esta modalidad.

A continuación se detallan tres niveles de intervención concreta utilizados por un equipo de profesionales en su trabajo diario.

Palabras Clave: Familia, Terapia Familiar, Drogodependencia.

FRANCISCO SORIANO MOMPO

- Psicólogo del Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías.
Hospital Psiquiátrico de Bétera. Valencia.
- Coordinador del Trabajo con Padres en el Equipo de Toxicómanos.

INTRODUCCION

En la corta historia que posee España en el tratamiento de las drogodependencias no alcohólicas, algo más de una década en las ciudades pioneras (Valencia, Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla), hay un criterio común a todos los equipos tratantes; y es el de la incorporación, de una forma u otra, de la familia del toxicómano al tratamiento. En el último Congreso Nacional de Drogodependencias (Socidrogalcohol, Noviembre de 1985), tuve la oportunidad de constatarlo por medio de los trabajos presentados y las conversaciones mantenidas con el resto de los profesionales del Estado Español. Todos éramos de la opinión de que los resultados obtenidos eran mejores cuando se incluía en el programa terapéutico a la familia.

Evidentemente éste no es un descubrimiento nuestro, sino una confirmación de los estudios llevados a cabo en otros países con mayor experiencia y recursos económicos. Los Estados Unidos de América son, sin duda, el país con mayor número de estudios que demuestran la utilidad y conveniencia de trabajar con las familias. El interesante trabajo realizado por Coleman y Davis (1978) muestra datos de tanto interés como que el 93% de los centros (que respondieron a las encuestas) trabajan con las familias del toxicómano, proporcionándoles algún tipo de terapia familiar.

En cuanto a la modalidad de intervención, ocupa el primer lugar el trabajo con la familia completa y el segundo, el trabajo con la pareja (padre-madre).

Se ha comprobado también que trabajar con la familia motiva al paciente declarado a abandonar en una proporción mucho menor su propio tratamiento, y una vez establecido el compromiso por parte de la familia, son también poco frecuentes los abandonos por parte de la misma.

Resulta asimismo significativa la intervención familiar a la hora de evaluar las recaídas. Kaufman (1979) ha mostrado en un estudio cómo descendió el nivel de un 50% de recaídas (pacientes sin intervención familiar) a un 20% (pacientes con intervención familiar).

De todo lo dicho no debe inferirse que la terapia familiar vaya a ser la única vía de solucionar el problema de la toxicomanía, pues sabemos que en algunos casos no cabe pensar en una terapia familiar, bien por-

que 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 intervención familiar puede ser una preparación emocional necesaria para el trabajo en psicoterapia individual posterior o paralela.

A la vista de estos datos y de nuestra propia experiencia con toxicómanos es por lo que desde los primeros momentos en los que nos pusimos a atender a este tipo de población empezamos a implicar a la familia del paciente.

No pensamos haber llegado a datos concluyentes sobre cuál es el mejor método, pues después de diez años de experiencia pensamos honestamente que aún nos queda mucho camino por recorrer.

UN MODELO DE INTERVENCION EN TERAPIA FAMILIAR CON DROGODEPENDIENTES

En primer lugar, creo necesario explicar que las personas que componemos el equipo que trabaja directamente con padres son cinco. Profesionales con experiencia en toxicómanos y una formación fundamentalmente autodidacta en psicoterapia familiar de familia y dinámica de grupos. La selección se ha llevado a cabo en base a la motivación que se ha mostrado por el tema. Nunca ningún miembro del personal ha vivido la tarea de una forma impuesta. Todos estamos integrados y coordinados con el resto del equipo de toxicómanos. Las alternativas asistenciales ofertadas a la población son: un hospital donde se hacen los ingresos para la desintoxicación en caso necesario. Lo normal es llevar a cabo la desintoxicación en el domicilio, con los padres, que administran la medicación prescrita por los médico-psiquiatras del equipo; un dispensario ubicado en el centro de la ciudad de Valencia, donde se reciben las primeras visitas y se llevan a cabo los seguimientos y psicoterapias familiares; y una Comunidad Terapéutica, Casa Lanza, a 90 Km. de la ciudad, en un medio rural donde se realizan estancias largas de internamiento.

NIVELES DE INTERVENCION FAMILIAR

La dedicación a las familias se divide, en líneas generales, en tres niveles:

Primer nivel: Información y discusión en grupos de padres.

Segundo nivel: Psicoterapia de padres (pareja) en grupo.

Tercer nivel: Psicoterapia de Familia (individual o en grupos de dos o tres familias).

DESCRIPCION DE LOS NIVELES

Primer nivel. Información y discusión en grupo de padres. Toma de contacto.

En él están incluidos los padres que demandan una información sobre las toxicomanías y especialmente aquellos cuyos hijos han empezado a recibir un tratamiento de desintoxicación.

Se organizan grupos informativos que previamente se han avisado por teléfono. Sus datos fueron tomados el día que el hijo se puso en tratamiento. De diez o quince parejas avisadas suelen acudir el 50% al grupo, y no siempre la pareja completa (generalmente la madre), el padre arguye incompatibilidad horaria, pese a que los grupos son siempre a última hora de la tarde. La duración es de una hora semanal con un máximo de seis semanas. La asistencia a lo largo de estas seis semanas va decreciendo, de un 54% de asistencia en la primera sesión a un 6% que acaba el ciclo.

CONTENIDO DEL GRUPO

Se facilita una pequeña bibliografía lo más asequible, tanto desde un punto de vista intelectual como económica, de modo que aparte de poseer la información que les vamos a transmitir verbalmente, dispongan de una fuente de consulta en sus casas. Se aclaran los términos referidos a droga, tolerancia, dependencia física y psíquica. Se habla de las principales drogas: opiáceos, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, cannabis, alcohol, inhalantes y tabaco. Advirtiendo en cada una de ellas la dependencia que producen, si poseen tolerancia, la forma de consumo y los efectos que producen. Se intenta utilizar siempre un lenguaje llano y coloquial, pues de lo que se trata es de hacernos entender y no de dar clases magistrales.

Se debe, en todo momento, desdramatizar las drogas más temidas (heroína, hachis) y poner de relieve la importancia que tienen el alcohol y tabaco. Las explicaciones con ejemplos comparativos en estos casos resultan muy útiles. Se debe hacer ver a los padres las deficiencias y contradicciones que existen habitualmente en la sociedad con el uso y

abuso de sustancias tóxicas (pastillas, alcohol, tabaco). En todo momento hay que propiciar un ambiente relajado y de total libertad para que puedan interrumpir y preguntar según surgen cada una de las dudas.

Una vez superada esta etapa, puramente informativa, el clima del grupo será más distendido y estará dispuesto a dar el siguiente paso: la discusión. Se trata ahora de iniciar una discusión en base a unos temas de suma importancia en las toxicomanías: relación padres-hijos, comunicación entre los miembros de la familia, qué son las actitudes y cómo se transmiten de mayores a pequeños, etcétera. En este tipo de grupos se puede hablar de cualquier tema que tenga una mínima relación con la toxicomanía.

Los datos están extraídos de un estudio llevado a cabo por nosotros sobre un total de 470 personas (padres y madres) avisados a lo largo de dos años.

Mediante la información y la discusión se consigue descender el nivel de angustia con el que llegan todos los padres al grupo. Se fomenta la solidaridad, apoyo y comprensión entre ellos, pues hasta que llegan al grupo han sido personas llenas de miedos, que han tratado de ocultar el problema, incluso ante los propios familiares, por miedo a una mayor marginación. El sentimiento de soledad e impotencia que experimentan frente a esta crisis se ve gravemente reducido por el reparto de la carga con los demás miembros del grupo. Las manipulaciones a las que se han visto sometidos los padres del toxicómano son muy parecidas, constituyendo éstas el principio de una alianza común, de desahogo. Otra idea que deberá fomentar el terapeuta entre los padres será la de hacerles ver que la *enfermedad* no la sufre únicamente el hijo toxicómano, sino que es toda la familia la que está implicada en el proceso.

El responsable del grupo deberá tener los suficientes conocimientos y práctica en dinámica de grupos como para poder llevar a cabo la tarea.

Estos grupos permiten además detectar problemas familiares graves, de modo que en coordinación con el terapeuta individual del hijo se pueda llevar a cabo un plan de intervención familiar individualizado.

Finalizadas las seis sesiones, el primer nivel queda concluido.

Segundo nivel. Psicoterapia de Padres (pareja) en grupo. Toma de conciencia.

En este nivel quedan incluidos aquellos padres cuyos hijos han ingresado en la comunidad terapéutica. Esta selección está hecha en base a que no nos es posible atender a todos los padres (por motivos de personal) y a que los resultados son más positivos con este tipo de pacientes. La circunstancia del trabajo individualizado con el hijo y en grupo con los padres es la óptima para obtener unos resultados satisfactorios.

Los padres estarán asistiendo al grupo durante el tiempo que el hijo permanezca ingresado en la comunidad terapéutica (nueve meses por término medio). Durante los seis primeros meses no se produce ninguna vuelta a casa. A partir del sexto mes empieza a realizar estancias, progresivamente más largas, en su casa,

hasta el alta definitiva que se produce en el noveno mes.

Durante estos nueve meses se trabaja en grupo con el fin de que el cambio no sea sólo por parte del hijo sino de toda la familia. Pensamos, como Kaufman (1981), que no tiene ningún sentido devolver al toxicómano a la misma familia de la que salió y que propició en parte esta sintomatología.

Los padres deben comprometer su asistencia al grupo desde el primer día, produciéndose un corte terapéutico si no se lleva a cabo.

El grupo está llevado por un terapeuta (psicólogo) y dos co-terapeutas (un monitor ocupacional y un auxiliar). Dos de sexo masculino y una mujer. Los dos co-terapeutas mantienen relación con el paciente



identificado en la Comunidad Terapéutica todas las semanas al llevar a cabo parte de su horario laboral en ésta. Esto permite tener una visión más realista de la situación. El terapeuta sólo mantiene relación con los padres durante el tiempo de internamiento del hijo. En cada sesión se registra por escrito el contenido y la ubicación de cada miembro dentro de la sala, esto último para poder estudiar mejor las alianzas que se van estableciendo entre los distintos miembros. El registro de las sesiones nos permite llevar a cabo revisiones críticas periódicas (no disponemos de video ni espejos unidireccionales).

Las sesiones tienen una duración de noventa minutos cada quince días.

El grupo está compuesto por veinticinco-treinta personas (doce a quince parejas) por término medio, que se sientan en círculo. Es abierto, entran o salen parejas según ingrese o se dé de alta al hijo en la comunidad terapéutica.

Antes de entrar a formar parte del grupo se lleva a cabo un estudio exhaustivo de la familia, que comprende los siguientes pasos:

1. La historia familiar, con todos los momentos importantes.
2. El *Aquí y Ahora*, que sitúa el síntoma dentro del contexto y evalúa la función de éste dentro de la dinámica familiar.

Se evalúa (seguimos los pasos propuestos por Hadlarz, 1982):

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

Tenemos en cuenta estos datos, ya que 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 toxicómano no recurra a la droga para liberarse de sus sufrimientos conscientes o inconscientes.

LA DINAMICA DEL GRUPO

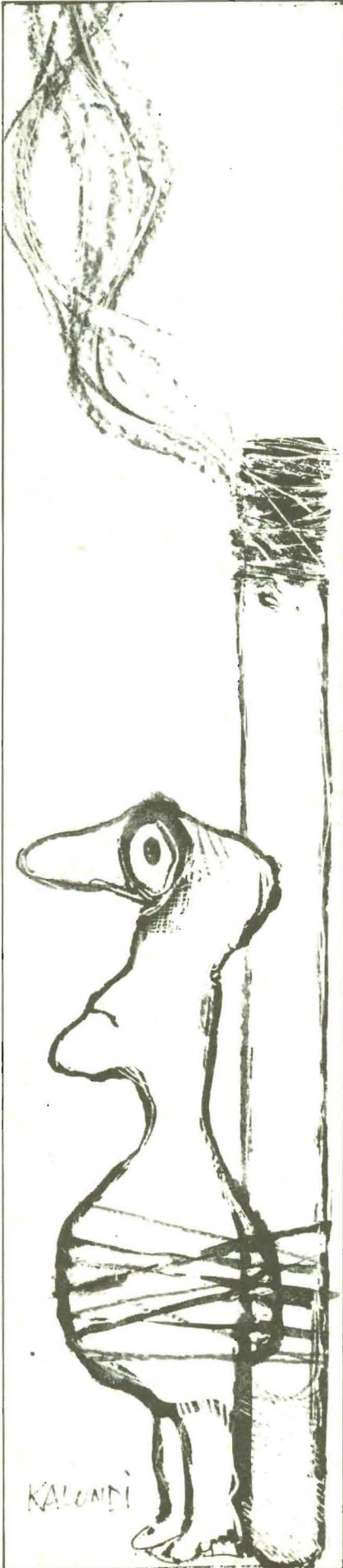
Los padres con mayor experiencia en el grupo (por el tiempo que asisten) son los encargados de llevar a cabo la acogida y arropamiento de nuevos miembros recién llegados. En la primera sesión se les presentará al grupo y éste se presentará uno a uno al recién llegado, diciendo el tiempo que llevan en el grupo. Por último se les explican los objetivos del grupo, también por los mismos padres, insistiendo para que comuniquen honestamente y expresen libremente sus sentimientos. Cuando logran superar sus dificultades para expresar sus sentimientos ante el grupo, habrán dado un gran paso hacia la expresión abierta de los sentimientos en general. Son muchos los padres que aprenden a expresar el amor o la cólera a través del grupo por primera vez. Se estimula al grupo a expresar una pena o alegría y a que todos apoyen este tipo de expresiones en vez de rechazarlas o negarlas. No es nada infrecuente ver cómo varios elementos del grupo lloran o rien a la vez por algo que ha expresado uno de los miembros. Los padres comparten sus experiencias y ofrecen su ayuda, valiéndose mutuamente del grupo.

Los dos primeros meses de asistencia al grupo (que corresponden con los dos primeros meses del hijo en la comunidad terapéutica), los padres experimentan sentimientos contradictorios hacia el hijo. Por una parte sienten una sensación de vacío por la marcha del hijo. Se han descargado del problema (hijo toxicómano) y se ha producido un bienestar. Bienestar que hace que se desencadenen sentimientos de culpa que se vienen a sumar a los de fracaso como padres que ya experimentaban. Es el momento que se debe aprovechar para tratar la culpa. Habrá que explicar a los padres que la dependencia de la droga se debe considerar como un problema familiar en el cual no puede haber víctimas propiciatorias.

Transcurridos los dos primeros meses, en los que no han tenido noticia directa del hijo más que a través de los co-terapeutas de grupo (no se

permiten en los dos primeros meses de estancia en la comunidad terapéutica visitas, llamadas telefónicas, ni correspondencia de ningún familiar), el hijo empieza a dar claras muestras de afecto hacia los padres. Escribe cartas donde pone de manifiesto el amor que siente por ellos, lo que los echa de menos. Reconoce su culpa en el proceso, lo que permite que los padres se descarguen de ella. Manda fotos que evidencian su recuperación física. Los padres experimentan una gran euforia y empiezan a creer que el cambio es posible (el *cambio* del hijo, apenas han concienciado que se debe dar en todos). Estos son los padres especialmente indicados para hacer la acogida de los *recién llegados*, porque son capaces de animarlos con un poder de convicción mayor. Esta etapa suele durar dos meses más, con lo cual han transcurrido ya cuatro meses de estancia del hijo en la comunidad terapéutica. Se acerca el momento de la primera salida de la comunidad terapéutica. Saldrá para permanecer su primer fin de semana en el hogar familiar. Al acercarse este momento, aparecen los primeros miedos por parte de los padres. Miedos que se pueden dar a un nivel consciente (*qué trato tenemos que darle, qué confianza podemos otorgarle*), como inconsciente (miedo al cambio que supone la convivencia con un *nuevo elemento* en la familia). Se muestran muy colaboradores y con ansia de que los terapeutas o el grupo les den las *soluciones* y pautas a seguir. (*Dime lo que tengo que hacer*). La respuesta debe ser siempre la misma: escuchar al *otro*, comunicarse, no esperar a que *el vaso se desborde*, aprender a detener las situaciones hablándolas a su debido tiempo, aprender a decir *no* o *sí* con la consecuente expresión del mensaje.

Después de haber permanecido tres o cuatro fines de semana en casa, aparece el *conflicto*, que se repite frecuentemente y es vivido con mucha angustia y desilusión por parte de la familia. El *conflicto* se pone de manifiesto de una forma flagrante (si el hijo se ha vuelto a *picar* en una ocasión o más) o veladamente si no lo ha hecho. Es verbalizado por los padres con las siguientes palabras *no ha cambiado nada, no se puede hablar con él, hemos perdido el tiempo, todo está igual como al principio*. Esto no hace más que poner de manifiesto la precariedad y poco sentido que ha tenido el grupo para los padres. El problema que subyace es no querer darse cuenta de que el hijo



ha cambiado y que demanda de los padres un cambio que no se ha llegado a producir. Si ha habido contacto con el tóxico por parte del hijo, cabe interpretar que las cosas están igual, pero no sólo por parte de él, sino de toda la familia.

Tercer nivel. Psicoterapia de familia individual (o en grupos de dos o tres familias). *Reestructuración.*

En este nivel se actúa con padres cuyos hijos han estado en la comunidad pero que el segundo nivel no fue suficiente. La intervención es más individualizada y llevada a cabo por un terapeuta y un co-terapeuta. Se trabaja ahora con toda la familia que vive bajo el mismo techo.

Todos los miembros deben aprender a ver sus aspectos hostiles ocultos más que sus lados benévolos aparentes, así como aprender a reconocer y reducir las formas que el toxicómano tiene de provocar la culpa. Se prescriben tareas con el fin de reforzar los cambios estructurales de la familia. Se intenta reforzar los lazos débiles entre miembros de la familia, sugiriendo actividades comunes que les acerquen de nuevo, identificando los miedos y situaciones que están en el origen de estos lazos débiles, facilitando el debilitamiento de los vínculos fuertes con otros miembros. En ocasiones pedimos a un miembro que no asista a algunas sesiones para que se produzca con mayor rapidez este debilitamiento. Se debe conseguir delimitar las fronteras individuales, imposibilitando a

los distintos miembros que hablen o sientan por el *otro*. Ponemos en evidencia los dobles mensajes emitidos (pidiendo que se expresen claramente los sobre-entendidos) y los vínculos establecidos entre los diversos elementos del grupo familiar. En esta etapa se revelan los secretos y mitos familiares.

Tanto en este tercer nivel como en el segundo resulta muy útil el psicodrama, cuyos temas van a ser extraídos de lo que los padres en ese momento comuniquen (temores, expectativas, etcétera).

CONCLUSIONES

Vistos los tres niveles de intervención y para concluir quisiera añadir que estos tres niveles no deben verse como departamentos estancos o que se suceden unos a otros. En ocasiones ocurre que del primer nivel se pasa directamente al tercero o, estando en el segundo, se lleva a cabo paralelamente el tercer nivel.

Nuestro consejo a los terapeutas de familia de toxicómanos es el trabajo en equipo. Se debe estar dispuesto a *dar mucho y recibir poco*. Los retrocesos son muy frecuentes, pues hay que tener en cuenta que se está trabajando con familias que son verdaderas profesionales de la comunicación patológica. Hay que poner especial cuidado en no dejarse manipular, no someterse para que los padres aprendan un nuevo modelo de interacción humana con el que puedan identificarse.

BIBLIOGRAFIA

- COLEMAN, S.B. and DAVIS, D.I.: *Family Therapy and Drug Abuse: A National Survey*. Fam. Process 17: 21-29. 1978.
- DUNCAN STANTON, M.; TODD, TH.C. et al.: *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York. The Guilford Press. 1982.
- HANDLARZ, M.C.: *Drogadictos: su estudio, su tratamiento, su prevención*. Buenos Aires, Paidós, pp. 42-44. 1982.
- KALINA, E. y LAUFER, H.: *Conversando con padres de adolescentes*. Caracas. Poseidón Editores. 1979.
- KALINA, E.: *La familia del drogadicto. Quince años de experiencias*. Drogalcohol, Vol. X n.º 4. 1985. pp 161-170. 1985.
- KAUFMAN, E., and KAUFMAN, P.M.: *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. New York, Gardner Press.
- KAUFMAN, E.: *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. 1981.
- MINUCHIN, S.: *Families and Family Therapy*. Cambridge, Harvard University Press.
- MINUCHIN, S. y FISHMAN H.Ch.: *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona. Paidós. 1984.