

## MODELO DE INTERVENCION SISTEMICA EN DROGODEPENDENCIAS. ENFOQUE DESARROLLADO EN EL SSMC

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 3, 1996/ 5-23

*Ninette Poseck M.\**  
*Ana María Villarino\*\**  
*Paulina Saldías G.\*\*\**  
*Beatriz Gazmuri V.\*\*\*\**

Esta monografía recoge una experiencia de trabajo con drogadictos, que se desarrolló en el Servicio de Salud Metropolitano Central, en la Unidad de Tratamiento y Rehabilitación, ubicada en la Comuna Cerrillos, Santiago.

En este artículo se propone un modelo sistémico para enfocar la problemática de las drogodependencias, donde se pone especial relevancia a la interacción entre los sistemas psicobiológico individual, sistema familiar y socioambiental

Se describe el contexto de trabajo en que se aplica el programa, las características de éste y de la población atendida. A continuación se analiza la Terapia Familiar e Individual Sistémica con adictos y el Trabajo de Intervención en Red, teniendo como objetivo mostrar las posibilidades terapéuticas de este modelo y señalar vías de intervención tanto para la prevención y para el tratamiento de las toxicomanías.

- I. Marco conceptual. Ecología de la Adicción.
- II. Contexto de trabajo y características del programa.
- III. Perfil o características de las personas atendidas.
- IV. Características de la terapia familiar e individual sistémica.
- V. Características del trabajo de red.

### I. MARCO CONCEPTUAL. ECOLOGIA DE LA ADICCION

Todo modelo debe tener una epistemología que la fundamente, que exprese un modo de pensar y de conocer. El método científico tradicional consiste en aislar la causa que corresponde a cada efecto, no es compatible con un modelo ecosistémico, donde los efectos de sucesos que acontecen en cualquier punto del evento pueden transmitirse a todo él, y producen cambios en el punto de origen.

El desarrollo de esta presentación se basará en una epistemología recurrente, que pone el acento en la ecología de la relación de los sistemas totales y es congruente con la interrelación y el contexto.

La operación de origen para el establecimiento y desarrollo de las diferentes epistemologías "es la de establecer distinciones", es el punto de partida de cualquier acción, decisión, percepción y pensamiento. El trazar distinciones nos permite crear fronteras físicas, agrupamientos funcionales, categorías conceptuales, etc. El que establece las distinciones es el observador para otro observador, que puede ser el mismo. En consecuencia, conocer un mundo implica siempre un contexto social. El punto de partida es, entonces, el observador

---

\* Médico, terapeuta familiar.  
\*\* Psicóloga, terapeuta familiar.  
\*\*\* Asistente Social, terapeuta familiar.  
\*\*\*\* Psicóloga, terapeuta familiar.

que establece distinciones a fin de observar y lo que el observador observa puede ser descrito; es decir, las distinciones mismas consisten en establecer distinciones en lo que observamos. Esta operación recursiva de establecer distinciones en las distinciones vuelve a apuntar hacia el mundo de la cibernética, donde la acción y la percepción, la descripción y la prescripción, la representación y la construcción están entrelazadas.

Podemos entender por recursividad el hecho de que un sistema está compuesto de partes con características tales que son a su vez sistemas, subsistemas y suprasistemas. Lo importante del caso, y que es lo esencial de la recursividad, es que cada uno de estos objetos, no importando su tamaño, tiene propiedades que lo convierten en una totalidad, es decir, en elemento independiente. La idea de recursividad consiste en integrar elementos que en sí son una totalidad dentro de una totalidad mayor. La recursividad se presenta en torno a ciertas características particulares de diferentes elementos o totalidades de diversos grados de complejidad.

Se puede pensar sobre la base de esta idea de recursividad en una cadena que va desde lo más pequeño hasta lo más grande, y observaremos fácilmente que a medida que avanzamos de un subsistema a un sistema y a un suprasistema, vamos pasando de estados de organización relativamente simples a estados de organización más avanzados y complejos. Así, un sistema tiende a ser más complejo cuando las interacciones y la variedad aumentan.

El análisis de estos temas suele estructurarse en función de niveles, estratos, órdenes, encuadres o marcos de referencia, lo que nos sugiere que nuestro mundo de experiencia está estructurado en forma recursiva; son distinciones trazadas sobre otras distinciones. Esta operación recursiva de trazar distinciones nos permite revelar cómo establecemos y reunimos en una totalidad una ecología de ideas, cómo construimos y mantenemos una realidad. Bateson señala que "las pautas que ligan entre sí las ideas constituyen la mayor proximidad a que podemos llegar con respecto a la verdad última".

En este proceso de establecer distinciones la epistemología cibernética nos indica que hay tantas formas de sistemas cibernéticos como maneras de trazar distinciones y cada uno de estos sistemas identificados implicará conscientemente una particular complementariedad: parte/todo.

Así, las organizaciones sociales se pueden definir como un conjunto de roles interconectados por canales de comunicación. En este nivel debe-

mos preocuparnos del contenido y significado de los mensajes, de la naturaleza y dimensión de los sistemas de valores, de las simbolizaciones, del arte, música y poesía, y de todo el complejo de las emociones humanas. Aquí, el universo es la vida humana y la sociedad con toda su complejidad y riqueza.

En esta concepción sistémica todos los sistemas vivientes son abiertos y se encuentran en un continuo intercambio de energía e información con los sistemas más amplios circundantes en los que están comprendidos.

Para el desarrollo de esta presentación evidenciaremos de estos sistemas tres niveles de recursividad:

1. El sistema socioambiental.
2. El sistema interpersonal familiar.
3. El sistema psicobiológico individual.

Idealmente como clínicos o investigadores en ciencias sociales desearíamos tener algún instrumento maravilloso, el equivalente a una cámara con zoom que nos permitiera observar los fenómenos individuales a medida que se acumulan, se organizan y se transforman en fenómenos sociales y como las posibilidades sociales en tanto se recodifican en las idiosincrasias individuales. Sin embargo, los contextos extensos de sociedad y familia tienen sobre la disposición mental un influjo mayor del que suelen ejercer un individuo o una familia sobre la sociedad.

Estos tres niveles analíticos, irreductibles entre sí, donde dentro de cada nivel específico surgen problemas a los que no puede darse una respuesta satisfactoria sin recurrir al punto de vista de un nivel adyacente. De ahí justamente la necesidad de una perspectiva, que utilice sin confundirlos distintos niveles explicativos y descriptivos.

Un solo nivel de análisis no es posible ni tendría mucho sentido; la simultánea utilización de una perspectiva interrelacional, que permita articular, combinar e integrar todos estos niveles nos permitirá describir y explicar los modos en que éstos se interpenetran o interactúan. Esta perspectiva interaccionista proporciona una preocupación y atención constante hacia aquellos aspectos de la realidad social, individual, familiar y colectiva; sus relaciones a través de las cuales se produce el engarce entre individuo y otros individuos, entre familia e individuo y entre familia y sociedad y su relación entre los distintos niveles de orden económico, institucional y axiológico normativos de una determinada sociedad.

Continuando con la línea epistemológica explicada, nuestra hipótesis para la construcción de un

modelo de intervención en el campo de las drogodependencias ha sido desarrollar un enfoque que permita diversos niveles de análisis en la complejidad de las interacciones, el análisis social, individual y familiar, que faciliten diferentes intervenciones.

## 1. Sistema socioambiental

Dice relación a cómo se estructura un sistema social, cómo se organiza y abarca las ideas prevalentes sobre estatus y ordenamiento económico, que afectan el pensamiento y la acción en el nivel público y también privado en la medida que las categorías sociales han sido interiorizadas por las familias y los individuos.

De diversas maneras la sociedad se ordena en forma jerárquica, a través del poder económico, sexo, estatus, raza, religión, etc., existiendo modos específicos en que las estructuras sociales llegan a activar determinadas creencias y estados fisiológicos individuales.

El observador no debe jamás pensar que únicamente condicionantes íntimas y personales, la biografía "existencial", son motivaciones suficientes; no se debe olvidar que el individuo es persona en la medida que interactúa con otros y lo hace en un medio social.

El mercado de la droga existe; plantearse si existe solamente porque el impulso íntimo y personal lleva al consumo, es olvidarse de lo que significan la sociedad de consumo y la economía de mercado; cuando se ha extendido el cultivo o la recolección con la tecnificación necesaria para su posible venta y distribución es cuando se genera el problema del uso masivo de las sustancias.

Entre los factores sociales importantes está, entonces, el de la disponibilidad, el estado legal y el precio, la institución jurídica penal, la educación actual que funciona más como transmisión de unos conocimientos, donde las notas parecen ser sus principales objetivos, también se puede señalar el sistema sociopolítico económico; la privación social no deja de tener influencia en el abuso de ciertas drogas. Entre los tipos de tensiones impuestas por esta situación se destacan entre otras: la falta de oportunidades sociales, laborales, la pobreza con todo lo que conlleva y hay que tener en cuenta la falta de servicios elementales, la ausencia de espacios, la deficiencia de actividades culturales y artísticas, y tal vez un símbolo de esta realidad puede ser la relación existente entre el número de bares de la población frente al número de centros culturales y recreativos. Se vive hoy en

un sistema social más pendiente del aumento de la producción y del consumo que de la humanización de la sociedad y esto se traduce en una desintegración de los valores culturales, vacío espiritual e inestabilidad ante la vida.

Pero, a su vez, se van desarrollando nuevas pautas culturales que se inician con el fenómeno hippie, que tiene como protagonistas sociales a personas que valoran la juventud, la forma de vida nómada, la artesanía. La sociedad de consumo, de desechos ha transmitido un cierto culto por lo efímero y por la experiencia puntual, irrepetible, que la persona trata de transmutar, magnificándola en la vivencia químicoinducida. El toxicómano actual puede cobijarse en ideologías, en una "neocultura" y es por eso que tiene la ventajosa posibilidad de implicarse emocionalmente en su estilo de vida y minimizar las dudas, los escrúpulos y, en definitiva, las presiones sociales normativizantes.

En Chile el fenómeno de la drogadicción atraviesa de forma horizontal todos los ámbitos de nuestra sociedad. Si iniciamos nuestro análisis con el concepto "Sociedad de Mercado", por una parte tenemos que la oferta de la droga en el mercado chileno aparece abruptamente hace aproximadamente cinco años, comenzando a inquietar en forma ascendente a diversos sectores sociales. Las primeras respuestas son de perplejidad ante un fenómeno desconocido, llevando muchas veces a la dramatización y mistificación del fenómeno, otorgándole incluso en algunas ocasiones el carácter de fuerza demoníaca e irracional, que llevó a desarrollar actitudes de paralización, imposibilidad de actuar o a generalizar conductas como "todos los jóvenes son drogadictos". Esto ha ido generando un sistema de creencias, que organiza la realidad y nuestras conductas en base a nociones, algunas de las cuales están claramente cristalizadas en ideologías y preconceptos llamados "esa forma que son las cosas", que nos lleva a intervenir de una manera determinada.

Las respuestas sociales han sido la legislación sobre el tema y el desarrollo de diferentes alternativas públicas y privadas, que muchas veces han actuado de manera descoordinada, repitiendo experiencias y dispersando recursos. Por otra parte, toda la demanda a la droga también se acrecienta de acuerdo a la oferta existente y se hace eco en un inicio en aquellos grupos sociales más marginados social y económicamente; la droga comienza a ser un elemento integrador entre los consumidores (el consumo normalmente se inicia entre pares y por curiosidad).

## Ciclo vital familiar

Cada miembro del sistema familiar, así como el sistema en sí, van creciendo conjuntamente. Desde la perspectiva psicológica, se considera como sistema a aquellos grupos con historia que después de haber solucionado y de haber compartido ciertas metas durante un tiempo se constituyen como unidades funcionales regidas por normas propias.

Cada etapa de la vida de los miembros individuales y de la familia presenta sus desafíos y conflictos. El nacimiento, la niñez, la adolescencia, la adultez y la vejez son partes de un continuum en donde cada fase jamás es perdida para siempre o es totalmente olvidada. La satisfacción tan plena de las necesidades de una fase del desarrollo jamás será tan completa como para que en otro momento la persona no vuelva a sentir otra vez los mismos sentimientos. Cada fase deja huellas indelebiles, no solamente para abordar etapas posteriores, sino también frente a las necesidades futuras.

En este ciclo vital y en el tema de las drogodependencias, especial importancia adquieren dos etapas: la adolescencia y la adultez joven. Ambas etapas promueven movimientos claves dentro del sistema familiar, como son la individuación y el abandono del hogar.

En la llegada de la adolescencia, generalmente se inicia la ingesta de drogas, aunque no necesariamente la adicción. Esta es una etapa de crecimiento, experimentación de nuevas conductas, autoafirmación y desarrollo de relaciones heterosexuales y de mayor intimidad.

Tres etapas del uso de drogas en adolescentes:

- a) Uso de drogas "legales": como el alcohol y el tabaco, siendo esto parte de un fenómeno social.
- b) Uso de marihuana: generalmente está influido por el grupo de pares.
- c) Uso de drogas "ilegales": lo cual depende más de la calidad de las relaciones familiares.

En la llegada de la adultez joven, generalmente se produce el abandono del hogar y es una etapa en que se ponen de relieve la individuación y la competencia del joven para construir su proyecto de vida.

Duncan Stanton en su monografía "Heroin Addiction as a Family Phenomenon: a New Conceptual Model" plantea que las familias drogodependientes presentan un atascamiento en estas etapas del ciclo vital, para evitar la individuación y partida del paciente identificado. En general, también se ha visto que los drogadictos suelen presentarse como individuos independien-

tes e inadaptados que a menudo se derrumban. Presentan dificultades con las responsabilidades, necesitan protección. Esto se constituye en un proceso interdependiente porque el fracaso del joven funciona como una medida protectora para mantener la cercanía familiar. La familia también necesita de él para disipar otras problemáticas; su individuación sería una gran amenaza para la estabilidad del sistema familiar.

## Desarrollo y función de un síntoma

Desde una perspectiva cibernética, los síntomas son considerados dentro del contexto de retroalimentación recursiva del sistema familiar, ya que todos los sistemas alcanzan la estabilidad a través de procesos de cambios. Haley define un síntoma como "un intento mal orientado para cambiar una dificultad existente".

Keenney plantea que "los síntomas son una suerte de igualdad intensificada, lo que cambia es la intensidad de una emoción determinada o una cierta conducta se vuelve extrema". Los síntomas indican el empeño de un sistema para maximizar o minimizar una cierta conducta o experiencia, proceso que desemboca en lo que al principio parece ser una fuga intensificada. Si a un individuo se le percibe como la "sede" de ese comportamiento de fuga, se lo rotula generalmente de "malo", "enfermo" o "loco".

La aparición de un síntoma puede ser desencadenada por una multitud de hechos sociales, culturales, económicos, etc. Cualquiera de estos hechos puede quebrantar los patrones de control de la familia y es posible que se desarrolle un síntoma como medio de establecer otro patrón diferente. La tarea del terapeuta es identificar cuál es el patrón particular que se relaciona con el síntoma y encontrar un modo de cambiarlo. Esto señala la funcionalidad de los síntomas, la esquizofrenia de un hijo, el alcoholismo de un padre, la frigididad de la madre, la promiscuidad de la hija, son todas maneras, metáforas que responden a un orden recursivo superior.

Si bien un síntoma puede originarse en un hecho externo, su persistencia indicaría que está siendo utilizado por la familia en alguna transacción en curso. Este puede cumplir diferentes funciones en distintos momentos y para distintos componentes de relaciones.

Sluzki plantea que muchos síntomas y su secuencia interactiva no poseen un conflicto desencadenante discernible y que su existencia es el resultado de fenómenos fortuitos que llevó a

que se acumularan progresivamente por la participación colectiva, en la medida que las pautas de los síntomas se encuentran en principios organizativos del grupo: aseguran rituales y rutinas, introducen orden y predictibilidad y se transforman en marcadores de la identidad colectiva.

En las drogodependencias, Stanton plantea la siguiente hipótesis respecto a la función del síntoma del consumo de sustancias: “la drogadicción ofrece al adicto y su familia una resolución paradójica de su dilema de mantener o disolver a la familia, es decir, su permanencia o partida”. La adicción funcionaría como un símbolo de la incompetencia del adicto y su consecuente incapacidad para abandonar a la familia o la incapacidad de la familia de liberarlo a él. La significancia real de la abstinencia es simbólica, si el adicto da ese paso deja de ser adicto y estaría negando los roles que ha desempeñado siempre, su manto de incompetencia. Si la familia aún lo necesita en su rol de adicto, puede someterlo a presiones insostenibles para así desencadenar otro ciclo adictivo.

La adicción entonces es una solución paradójica:

- a) Permite una seudoindividuación
- b) Al mantener el consumo, el adicto no está del todo dentro ni del todo fuera de la familia.
- c) Al adicto se le nutre cuando está dentro de la familia y se culpa a la droga cuando está fuera.
- d) El adicto es competente (trafica, gana plata, etc.) dentro de un marco de incompetencia (drogodependiente).

### Características de las familias

Las familias drogodependientes en cuanto a dinámica y estructura se caracterizan por:

1. Respecto a la estructura familiar, la madre se ubica frente a los hijos en una posición sobreprotectora y el padre de desapego, ausencia y/o debilidad. De acuerdo a estudios internacionales de la relación madre e hijo, las madres de adictos revelan más prácticas “simbióticas” de crianza que las madres en general, y en cuanto al padre, Schwartzman describe dos tipos de padres de adictos:

- a) “Hombre de paja”: autoritario y violento, pero fácilmente controlado por la madre.
- b) El padre distante, quien claramente se ubica en segundo lugar, en lo concerniente al poder, el cual recae en la madre.

2. Lo anteriormente implica que las familias drogodependientes se caracterizan por ser muy

unidas, revelando un alto grado de conducta nutricia, incluso infantilizante, principalmente por parte de la madre. Esto supone un atascamiento de la familia en su ciclo vital, produciéndose una dificultad frente al proceso de individuación de sus miembros.

3. Estudios señalan que estas familias presentan una mayor frecuencia de dependencia multigeneracional, en especial de alcohol. Tales prácticas configuran un modelo para los hijos, pudiendo convertirse en “tradiciones familiares”.

4. Existen alianzas entre los miembros de la familia y dentro de los subsistemas familiares (por ejemplo: entre un adicto y su madre), las cuales son muy explícitas y pueden ser confirmadas verbalmente por sus miembros.

5. También estas familias revelan un predominio de temas relacionados con la muerte y con muertes prematuras, inesperadas o repentinas dentro de la familia.

6. Diversos factores extrafamiliares pueden amenazar el sistema familiar y desencadenar el ciclo adictivo, como pérdida del empleo del padre, enfermedad grave de un miembro de la familia o partida de un hermano.

7. De acuerdo a lo anteriormente planteado, existe una estrecha dependencia entre los miembros de la familia, lo que dificulta la independencia del miembro adicto, cuando éste establece su propia familia de procreación, los cuales generalmente se transforman en sistemas conservadores del consumo y de la preservación del síntoma.

### 3. El sistema psicobiológico individual

El individuo tiene un sistema de conducta que determina reglas para:

- a) Acumular y excluir información y experiencia.
- b) Organizar la conducta, ordenarla según prioridades e imprimirla una secuencia (en esto se incluyen pensamientos, sentimientos, sensaciones y aspectos de la vida fisiológica). En estas conductas hay ciertos aspectos del contexto familiar y de las estructuras sociales que han sido integrados al individuo y esos influjos contextuales adquieren vida propia.

El individuo existe dentro de una situación social caracterizada por ciertos rasgos epidemiológicos, de modo que resulta personalmente afectado, o bien sujeto a la probabilidad de manifestar, como cualquier ciudadano en cualquier momento o lugar, un síntoma. Dentro de su contexto está sometido a ciertas tensiones sociales. Sabemos que

las estructuras sociales efectivamente penetran a través de la membrana que rodea a la familia y al individuo, recodificándose en forma de sistemas de creencias y de relaciones, transformándose a veces en una obsesionante realidad interna.

Suele ser útil visualizar al portador individual del síntoma como integrante de diversas organizaciones jerárquicas, que existen en las estructuras interrelacionadas de las que él forma parte y que se enlazan entre sí. Dentro de cualquier contexto, se producen mensajes acerca de cómo debe uno comportarse en relación con los demás. Prestamos especial atención a los nexos entre los mensajes, que una persona recibe sobre la manera que debe conducirse dado un determinado sistema de creencias, dentro de cierta jerarquía laboral por ejemplo, y por otra parte dentro de una situación familiar central. Esta es la esencia de la idea según la cual toda estructura sistémica puede estar transmitiendo mensajes sobre el modo de conducirse, así es que se pueden invalidar recíprocamente.

## II. CONTEXTO DE TRABAJO Y CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Nos planteamos, en primer lugar, que la única forma en la que el equipo podía trabajar con los adictos desde un Servicio de Salud era implementando una modalidad de tratamiento ambulatorio, que nos pareció ser lo más realista y mucho más económico que cualquier otro tipo de intervención. Y que no supone un sacrificio enorme para el adicto y sus familiares la realización del tratamiento, además que con esta modalidad se pueden aprovechar todos los recursos de la familia y del contexto. El adicto, que logra salir de estas condiciones, lo hace inserto en su medio, a pesar de tener la droga a su alcance, con lo cual se disminuyen las probabilidades de recaídas por "reencuentro con la droga", además se facilita su reinserción familiar, social y laboral.

Se decidió realizar terapia familiar con adictos, analizando que en nuestro país apenas se aplica, aunque la mayoría de los programas existentes y los profesionales en este campo reconocen que "habría que tener en cuenta a la familia". Pero no se le da una mayor posibilidad de intervenir activamente en el proceso de tratamiento, aprovechando los recursos terapéuticos propios que la familia posee.

## Contexto de trabajo

Nuestro programa de trabajo con adictos se desarrolla dentro del Servicio de Salud Metropolitano Central; en un centro que estaba ubicado en la Comuna de Cerrillos, y que abarca el territorio geográfico de Estación Central, Cerrillos, Maipú, Santiago Centro y Pedro Aguirre Cerda (15%).

Los profesionales implicados: una asistente social, dos psicólogos y un médico; todos con formación en terapia familiar.

## Características del programa de tratamiento

Sus lineamientos básicos:

- Nuestro programa de tratamiento ofrece al adicto una acogida, atención y seguimiento psicoterapéutico de tipo familiar e individual o grupal. Además de apoyo medicamentoso en la desintoxicación, si el caso lo requiere, y el manejo de la comorbilidad asociada.
- Modalidad ambulatoria: atendemos a la persona y a su familia en consulta y después se va a casa. No hay internación ni actividades de "centro de día".
- Tratamiento con la familia: el enfoque del programa lo compone la modalidad de terapia familiar o grupal de tipo sistémico. Desde la primera entrevista el consumidor acude al terapeuta acompañado de su familia.

## Pasos del programa de tratamiento

### 1er paso: Detección del problema, acogida, informe y evaluación

Sea cual sea el centro que detecte el problema el primer paso consiste en que se derive a la asistente social, por lo que el trabajador social es el primero que entra en contacto con la persona que presenta problemas de consumo de drogas.

Su función en esta etapa consiste en la acogida y la toma de datos sobre él, su familia, situación socioeconómica, tiempo y frecuencia del consumo, etc.

Todo esto se realiza en una entrevista, tras la cual se informa a la persona sobre las condiciones de nuestro programa y se efectúa una evaluación: si se deriva a comunidad terapéutica o se incorpora a nuestro tratamiento ambulatorio, dando hora por una parte al médico y, por otra, al psicólogo.

La asistente social no se desentiende del caso, sino que va a seguir pendiente de los problemas, fundamentalmente sociales, que puedan afectar el desarrollo de la terapia; frecuentemente los toxi-

las estructuras sociales efectivamente penetran a través de la membrana que rodea a la familia y al individuo, recodificándose en forma de sistemas de creencias y de relaciones, transformándose a veces en una obsesionante realidad interna.

Suele ser útil visualizar al portador individual del síntoma como integrante de diversas organizaciones jerárquicas, que existen en las estructuras interrelacionadas de las que él forma parte y que se enlazan entre sí. Dentro de cualquier contexto, se producen mensajes acerca de cómo debe uno comportarse en relación con los demás. Prestamos especial atención a los nexos entre los mensajes, que una persona recibe sobre la manera que debe conducirse dado un determinado sistema de creencias, dentro de cierta jerarquía laboral por ejemplo, y por otra parte dentro de una situación familiar central. Esta es la esencia de la idea según la cual toda estructura sistémica puede estar transmitiendo mensajes sobre el modo de conducirse, así es que se pueden invalidar recíprocamente.

## II. CONTEXTO DE TRABAJO Y CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Nos planteamos, en primer lugar, que la única forma en la que el equipo podía trabajar con los adictos desde un Servicio de Salud era implementando una modalidad de tratamiento ambulatorio, que nos pareció ser lo más realista y mucho más económico que cualquier otro tipo de intervención. Y que no supone un sacrificio enorme para el adicto y sus familiares la realización del tratamiento, además que con esta modalidad se pueden aprovechar todos los recursos de la familia y del contexto. El adicto, que logra salir de estas condiciones, lo hace inserto en su medio, a pesar de tener la droga a su alcance, con lo cual se disminuyen las probabilidades de recaídas por "reencuentro con la droga", además se facilita su reinserción familiar, social y laboral.

Se decidió realizar terapia familiar con adictos, analizando que en nuestro país apenas se aplica, aunque la mayoría de los programas existentes y los profesionales en este campo reconocen que "habría que tener en cuenta a la familia". Pero no se le da una mayor posibilidad de intervenir activamente en el proceso de tratamiento, aprovechando los recursos terapéuticos propios que la familia posee.

### Contexto de trabajo

Nuestro programa de trabajo con adictos se desarrolla dentro del Servicio de Salud Metropolitano Central; en un centro que estaba ubicado en la Comuna de Cerrillos, y que abarca el territorio geográfico de Estación Central, Cerrillos, Maipú, Santiago Centro y Pedro Aguirre Cerda (15%).

Los profesionales implicados: una asistente social, dos psicólogos y un médico; todos con formación en terapia familiar.

### Características del programa de tratamiento

Sus lineamientos básicos:

- Nuestro programa de tratamiento ofrece al adicto una acogida, atención y seguimiento psicoterapéutico de tipo familiar e individual o grupal. Además de apoyo medicamentoso en la desintoxicación, si el caso lo requiere, y el manejo de la comorbilidad asociada.
- Modalidad ambulatoria: atendemos a la persona y a su familia en consulta y después se va a casa. No hay internación ni actividades de "centro de día".
- Tratamiento con la familia: el enfoque del programa lo compone la modalidad de terapia familiar o grupal de tipo sistémico. Desde la primera entrevista el consumidor acude al terapeuta acompañado de su familia.

### Pasos del programa de tratamiento

#### 1er paso: Detección del problema, acogida, informe y evaluación

Sea cual sea el centro que detecte el problema el primer paso consiste en que se derive a la asistente social, por lo que el trabajador social es el primero que entra en contacto con la persona que presenta problemas de consumo de drogas.

Su función en esta etapa consiste en la acogida y la toma de datos sobre él, su familia, situación socioeconómica, tiempo y frecuencia del consumo, etc.

Todo esto se realiza en una entrevista, tras la cual se informa a la persona sobre las condiciones de nuestro programa y se efectúa una evaluación: si se deriva a comunidad terapéutica o se incorpora a nuestro tratamiento ambulatorio, dando hora por una parte al médico y, por otra, al psicólogo.

La asistente social no se desentiende del caso, sino que va a seguir pendiente de los problemas, fundamentalmente sociales, que puedan afectar el desarrollo de la terapia; frecuentemente los toxi-

cómanos tienen además problemas pendientes con la justicia, donde se les facilitará el acceso a orientaciones, etc., al mismo tiempo que se coordina con otras instituciones para su reinserción socio-laboral.

### **2° paso: Exploración del estado de salud general y niveles de consumo de drogas**

La primera actuación del médico consiste en un examen físico general y exámenes de laboratorio, según sea el caso, con el objeto de evaluar el estado físico del paciente y patologías concomitantes a su adicción. En estos momentos no contamos con test para determinar los niveles de droga en la orina.

Se realiza el diagnóstico y la evaluación a través de las acciones antes señaladas, además de la historia toxicológica del paciente.

### **3er paso: La consulta con el psicólogo**

El psicólogo tiene su primer contacto con la familia, en donde se le explican los aspectos básicos del tratamiento, trata de conseguir la colaboración del mayor número de familiares. Se realiza el contrato terapéutico y se comienza a trabajar directamente con la familia.

### **4° paso: La desintoxicación**

Una vez que el adicto y su familia se muestran dispuestos a iniciar la desintoxicación y a dejar por completo el consumo de drogas, se cita con el médico nuevamente. A esta cita accederá el adicto junto con un familiar, que ojalá se haga responsable de seguir el proceso. El médico inicia entonces la pauta medicamentosa de apoyo según sea el caso.

Normas básicas de la desintoxicación:

- Compromiso de un familiar, al cual se le entrega la medicación con las instrucciones acerca de la posología.
- Utilización de cierta medicación con "efecto placebo" en algunos casos.
- Si se observa una recaída en el consumo, el apoyo medicamentoso se suspende y se volverá a iniciar transcurrido un tiempo, según la evolución.

La desintoxicación en la mayoría de las sustancias puede llevarse a cabo en un período de más o menos 14 días y no suele suponer ningún riesgo para la persona (excepto OH y barbitúricos). Sin embargo, la simple desintoxicación si no va seguida de un tratamiento completo de deshabitación no podría impedir la recaída.

### **5° paso: Período de deshabitación**

Que el adicto supere la fase de desintoxicación es relativamente fácil, un gran número de ellos lo consigue. Pero también es muy fácil una recaída, evitarla es uno de los objetivos básicos en esta etapa del tratamiento.

Además, la persona en problemas de adicción debe reintegrarse o integrarse a todo el engranaje social, conseguir un trabajo, continuar los estudios, capacitarse, cambiar de grupo, de amigos y al mismo tiempo la familia debe ir acomodándose a los cambios.

### **6° paso: Seguimiento**

En nuestro programa consideramos que existen criterios básicos para el alta con seguimiento, y estos son:

1. Abstinencia o reducción significativa del consumo de drogas por un período de 6-12 meses.
2. Reinserción laboral, familiar, educacional.
3. Desarrollo de la autonomía e independencia; situación estable y autónoma.

Se realiza seguimiento considerando que numerosos casos han vuelto al consumo tras períodos de abstinencia, pues cualquier revés en el devenir histórico de la persona puede convertirse en el punto de partida de un nuevo ciclo de adicción si adicto y familia no han logrado madurez en sus interrelaciones.

## **III. PERFIL O CARACTERISTICAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS**

Durante los meses de marzo a mayo del presente año se efectuó una revisión de los ochenta primeros casos (a través de la ficha clínica), los cuales acudieron a la Unidad de Tratamiento y Rehabilitación en Drogodependencias del Servicio de Salud Metropolitano Central.

De este total de 80 personas, que consultaron en la Unidad de Tratamiento, el 79% (63 personas) fueron varones y el 21,0% (17 personas) mujeres (ver Tabla 1), quienes presentan además un promedio de edad de 28 años.

TABLA 1  
SEXO

Sexo	N°	%
Femenino	17	21,0
Masculino	63	79,0
Total	80	100,0

X de edad: 28 años, X de edad del inicio del consumo: 18 años

Respecto al estado civil (Tabla 2), el 45%, 36 personas, se encontraron en el rango de solteros y el 28,7%, 23 personas, en el rango de casados. El 13,8%, 11 personas, mantienen convivencias con sus parejas.

TABLA 2  
Estado civil

Estado civil	N°	%
Soltero	36	45,0
Soltero con convivencia	11	13,8
Casado	23	28,7
Separado de hecho	8	10,0
Viudo	0	0,0
No registra	2	2,5
Total	80	100,0

En lo que respecta al lugar de residencia de los consultantes, el 31,2%, 25 personas, habita en la Comuna de Maipú y el 27,5%, 22 personas, en la Comuna de Cerrillos (ver Tabla 3). Se destaca que la Unidad de Drogas se ubicaba en la Comuna de Cerrillos, lo cual explica que el mayor volumen de personas provengan de esta comuna y una aldeaña como Maipú.

TABLA 3  
Lugar de residencia

Comuna	N°	%
Maipú	25	31,2
Cerrillos	22	27,5
Estación Central	13	16,3
Santiago	8	10,0
Pedro Aguirre Cerda	6	7,5
Otras	0	0,0
Total	80	100,0

Referente a la escolaridad, del total de 80 personas, solamente el 23,8%, 19 personas, presentan un nivel de educación básica completa, el 15,0%, 12 personas, un nivel de educación media completa y sólo una persona presenta estudios universitarios. El 43,8%, 35 personas, detienen la educación en alguno de sus niveles (ver Tabla 4).

Respecto a la situación habitacional, el 75%, 60 personas, habita en casa (ver Tabla 5), siendo el 36,3%, 29 personas, en calidad de allegado. El 26,2%, 21 personas, cuenta con casa propia y el 18,8%, 15 personas, habitan la vivienda de los

TABLA 4  
Nivel de educación

Educación	N°	%
Básica incompleta	16	20,0
Básica completa	19	23,8
Media incompleta	19	23,8
Media completa	12	15,0
Técnica	1	1,2
Universitaria	1	1,5,0
Total	80	100,0

padres, ya que aún no se han independizado de la familia de origen (ver Tabla 6).

TABLA 5  
Tipo de vivienda

Tipo	N°	%
Casa	60	75,0
Departamento	5	6,2
Una pieza	4	5,0
Mediagua	3	3,7
No registra	8	10,0
Total	80	100,0

TABLA 6  
Con quien vive la persona consultante

Con quién vive	N°	%
Familia de origen	38	47,5
Familia de procreación	19	23,8
Ambas familias	13	16,2
Otro familiar	5	6,2
Solo	1	1,3
Hogar de menores	1	1,3
No registra	3	3,7
Total	80	100,0

En cuanto a esto, llama la atención que el 47,5%, 38 personas del total de la muestra, vive con su familia de origen y solamente el 23,8%, 19 personas, con su familia de procreación, de manera independiente. El 16,2%, 13 personas, viven con ambas familias, de origen y de procreación (ver Tabla 7).

**TABLA 7**  
Lugar de donde es referida la persona

Lugar de referencia	Nº	%
Consultorio Maipú	10	8,0
Demanda espontánea	10	8,0
Centro de Salud Norman Voultienne	8	6,4
Unidad de Psiquiatría	6	4,8
CONAM Maipú	4	3,2
Organizaciones comunitarias	4	3,2
Consultorio Nº 1	4	3,2
Familias atendidas	3	2,4
Consultorio Nº 5	3	2,4
CONAM Estación Central	2	1,6
Consultorio Lo Valledor Norte	2	1,6
Programa de Prevención	2	1,6
Hospital Clínico San Borja-Arriarán	2	1,6
Hospital Psiquiátrico	2	1,6
11 <sup>er</sup> Juzgado del Crimen de Santiago	1	0,8
CONAM Santiago	1	0,8
UNHAM	1	0,8
Consultorio San Jorge de Chuchunco	1	0,8
Ejército de Salvación	1	0,8
Consultorio Nogales	1	0,8
Consultorio Santiago Watts	1	0,8
Carabineros	1	0,8
21 <sup>er</sup> Juzgado del Crimen de Santiago	1	0,8
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	1	0,8
Consultorio Ahues	1	0,8
4º Juzgado del Crimen de Santiago	1	0,8
Grupo Rehabilitador de Alcohólicos	1	0,8
No registra	1	0,8
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

La fuente de derivación de las 80 personas se puede observar en la Tabla 7. El 24,8%, 31 personas, llegaron derivadas a través de los Consultorios de Atención Primaria del Area Central, los cuales suman un total de ocho. El 8%, 10 personas, llegan por demanda espontánea al enterarse a través de diversas vías de la unidad de tratamiento. El resto de las personas, las cuales no se distribuyen en porcentajes significativos, llegan a través del COSAM, unidades de nivel secundario y terciario del Servicio y algunas organizaciones sociales.

Los consultantes al ser entrevistados por primera vez, el 67,5%, 54 personas, vienen acompañados generalmente por la madre, esposa, algún familiar o amigo/a. Solamente el 31,2%, 25 personas, llegaron a consultar solos (ver Tabla 8).

En cuanto a la actividad que desarrollaban en ese momento, el 38,7%, 31 personas, se encontra-

**TABLA 8**  
La persona sola o acompañada

Solo/acompañado	Nº	%
Solo	25	31,2
Acompañado	54	67,5
No registra	1	1,2
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

ba cesante, 25% se desarrollaban como trabajadores independientes y el 21,2%, 17 personas, como trabajadores dependientes (ver Tabla 9)

**TABLA 9**  
Actividad

Actividad	Nº	%
Trabajadores(as) dependientes	17	21,2
Trabajadores(a)	20	25,0
Cesantes	31	38,7
Dueña de casa	8	10,0
Estudiantes	4	5,0
No registra	0	0,0

Llama la atención también que el 68,7%, 55 personas, presentaban antecedentes delictuales, lo cual implicaba haber tenido y/o tener un proceso judicial en su historia de antecedentes (Tabla 10).

**TABLA 10**  
Antecedentes delictuales

Antecedentes delictuales	Nº	%
Sí	55	68,7
No	17	21,3
No registra	8	10,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Respecto al motivo de consulta del cual origina la atención, el 51,3%, 41 personas, consulta por presentar adicción a la pasta base de cocaína. El 17,5%, 14 personas, presentaban policonsumo y el 16,3%, 13 personas, adicción a benzodiazepinas (Tabla 11).

Al ser consultado respecto a los antecedentes mórbidos familiares, el 35%, 28 personas, señalaron que la madre padecía algún tipo de enfermedad como problemas nerviosos, al corazón, cán-

**TABLA 11**

Motivo de consulta que presenta la persona en la primera entrevista

Motivo de consulta	N°	%
Adicción a la pasta base	41	51,3
Policonsumo	14	17,5
Adicción a benzodiazepinas	13	16,3
Adicción a neoprén	3	3,8
Adicción a alcohol	2	2,5
Adicción a marihuana	2	2,5
Adicción a cocaína	2	2,5
Adicción a anfetaminas	1	1,2
Derivación del juzgado	1	1,2
Relación madre-hijo	1	1,2
No registra	0	0,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

cer, diabetes, hipertensión y depresión. En cuanto al padre, el 17,5%, 14 personas, señalaron algunas enfermedades semejantes a las presentadas por las madres: problemas al corazón, cáncer, diabetes, epilepsia y TBC (Tabla 12).

**TABLA 12**

Antecedentes mórbidos familiares

Familiares	N°	%
Madre	28	35,0
Padre	14	17,5
Hermanos	8	10,0
Paciente índice	7	8,8
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

En cuanto a los antecedentes de toxicofilia familiar, el 37,5%, 30 personas, señalaron que en su familia de origen no existía algún miembro que consumiese algún tipo de droga; sin embargo, el 28,8%, 23 personas, manifestó que sí, destacándose principalmente alcoholismo en el padre (Tabla 13).

Durante la primera entrevista, el 82,5%, 66 personas, presentaban sintomatología física, tales como: taquicardia, algias musculares, cefalea, dolor abdominal, inapetencia, pérdida de peso, etc. Y psíquicos como: angustia, síntomas depresivos, insomnio, apatía, irritabilidad, etc. Estas eran las principales razones por las cuales se efectuaba la consulta en ese momento (Tabla 14).

**TABLA 13**

Antecedentes de toxicofilia familiar

Toxicofilia familiar	N°	%
Sí	23	28,8
No	30	37,5
No registra	27	33,7
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

**TABLA 14**

Síntomas que presenta la persona durante el primer control médico

Síntomas	N°	%
Psíquicos	5	6,3
Físicos	1	1,2
Ambos	66	82,5
Sin síntomas	3	3,7
No registra	5	6,3

Se registró el consumo secundario de otras drogas, la marihuana, con un 36,2%, 29 personas, y el alcohol para el 32,5%, 26 personas (ver Tabla 15).

**TABLA 15**

Consumo de otras drogas además de la principal

Otras drogas	N°	%
Marihuana	29	36,2
Alcohol	26	32,5
No consume otras	17	21,2
Anfetaminas	15	18,7
Neoprén	8	10,0
Pasta base	6	7,5
Cocaína	5	6,2
Benzodiazepina	2	2,5
No registra	14	17,5
<b>Total</b>	Las respuestas no eran excluyentes.	

Respecto al tipo de consumo, el 66,3%, 53 personas, lo realizaba diariamente y el 21,2%, 17 personas, de manera habitual (Tabla 16). Se destaca además que el 52,5%, 42 personas, consumían a veces solos o acompañados (Tabla 17).

Referente al lugar del consumo, el 36,3%, 29 personas, lo realizaban tanto en lugares cerrados (casas, etc.) como públicos (calles, plazas, etc.) (Tabla 18).

TABLA 16  
Tipo de consumo

Tipo	Nº	%
Diario	53	66,3
Habitual	17	21,2
No registra	10	12,5

TABLA 17  
Maneras de realizar el consumo

Manera	Nº	%
Solo	16	20,0
Acompañado	13	16,3
Ambas	42	52,5
No registra	9	11,2

TABLA 18  
Lugar de consumo

Tipo de lugar	Nº	%
Cerrado	21	26,2
Público	21	26,2
Ambos	29	36,3
No registra	9	11,3

Al ser consultados cómo financiaban el consumo, el 47,5%, 38 personas, señalan que a través de su trabajo, el 6,3%, 5 personas, a través de robos y el 3,8%, 3 personas, manifiestan que un miembro de la familia, generalmente la madre, lo financiaba (Tabla 19).

TABLA 19  
Financiamiento del consumo

Financiamiento	Nº	%
Trabajo	38	47,5
Robos	5	6,3
Familia sustenta consumo	3	3,8
Tráfico	2	2,5
Vende cosas	1	1,2
Amigos	1	1,2
No registra	30	37,5

Se destaca además que el 47,5%, 38 personas, ya habían iniciado y/o efectuado algún tipo de tratamiento de rehabilitación con anterioridad (psiquiátrico, psicológico, de desintoxicación), Tabla 20.

TABLA 20  
Tratamientos anteriores

Tratamientos anteriores	Nº	%
Sí	38	47,5
No	35	43,8
No registra	7	8,7

#### IV. ANALISIS DE LA TERAPIA FAMILIAR E INDIVIDUAL SISTEMICA

##### Trabajo clínico con familias

El trabajo clínico arrojó datos en relación primero a las intervenciones médicas, sociales y psicológicas que se hicieron en cada una de las familias y parejas. Luego se presentan algunos datos generales del Paciente Índice (PI): el motivo de la consulta y quiénes participan en la terapia, para finalizar en la evolución del proceso terapéutico. En cuanto a la abstinencia, se refiere al finalizar el tratamiento, la última familia presentada aún no termina el proceso de tratamiento, el PI lleva 2 meses de abstinencia.

##### Caracterización de las familias presentadas

La idea de esta caracterización es hacer una descripción de las características estructurales y las pautas de relación de estas cinco familias, siguiendo en cierta medida el modelo de Stanton.

Esta descripción dice relación con estas familias y en ningún caso nuestra intención es hacer una generalización de las pautas relacionales del fenómeno de la drogadicción. Pensamos que esto sólo es posible en una investigación más amplia.

La primera apreciación que se hace de estas cinco familias es el alto nivel de ansiedad con que llegan; por una parte se encuentran desconcertados ante el familiar drogadicto, ya han hecho varios intentos de cambio en la conducta adictiva y estos no han dado resultado. Por lo tanto, se nota un sentimiento de indefensión, de incapacidad, de fracaso frente a este fenómeno. Además, que generalmente la conducta adictiva es la culminación de una serie de otras disfunciones familiares.

Este sentimiento de fracaso lleva a adoptar posiciones como "no creo que cambie", "aunque lo he hecho lo mejor posible, he fracasado" que conllevan a la familia a tener una actitud bastante resistente ante el cambio y a la negación del sistema de sus propias capacidades y recursos. Otras

Atención	Familia				Pareja
	1	2	3	4	5
Médica	x	x	x	x	x
Desintoxicación	x	x	x	x	x
Atención social	x	x	x	x	x
Terapia familiar	x	x	x	x	x

Datos P.I.	1	2	3	4	5
Edad	17	32	15	29	40
Sexo	H	H	H	H	H
Estudios	2° medio	publicista	2° medio	publicista	4° medio
Actividad	estudiante	S/A	estudiante	S/A	comercio

	1	2	3	4	5
Motivo consulta	Consumo drogas				
Droga consumo	neoprén	coca	pasta base	marihuana	pasta base
Antigüedad consumo droga principal	2 años	9 años	1 año	10 años	2 años
Edad de inicio en la 1ª droga	12	22	14	19	16

Participan terapia	1	2	3	4	5
Nº integrantes familia	5	3	3	3	2
Familia origen:		x	x	x	
Padre					
Madre	x		x		
Ambos		x		x	
Pareja					x
Flia. origen y transg.	x				

Evolución terapia	1	2	3	4	5
Nº Sesiones	7	10	7	14	6 (en terapia)
Tiempo	5 meses	5 meses	3 meses	6 meses	sin terminar
Abstinencia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Percepción cambio desde la familia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

características que acentúan tal actitud es el desgaste emocional producido por las diferentes situaciones límites, que ha vivido el núcleo familiar por causa de la adicción de alguno de sus miembros: que van desde los cambios de conductas inex-

pligables en el sistema familiar hasta conductas delictivas en relación a su contexto social externo.

Este tipo de conductas lleva generalmente al aislamiento del toxicómano y una coalición entre el resto de la familia y el paciente índice, que

conlleva a fuertes dificultades de comunicación en el sistema familiar, transformándose el PI en una persona no confiable, y que su sola presencia hace patente el fracaso de la familia y el deterioro en que se encuentra.

Entre las pautas relacionales que se dan en común en estas familias, una de éstas es la posición del padre. En los casos en que éste no está es porque los abandonó hace tiempo, no asumió su paternidad, o ha existido separación matrimonial donde la imagen del padre ha sido descalificada (psicópata, loco, drogadicto). En los casos que ha participado el padre, la posición de éste es de desconocimiento sobre lo que sucede en la familia; al preguntarle su opinión, ceden la palabra a la madre, porque ella sabe más.

También ocurre, frecuentemente, que uno de los padres ha sido consumidor excesivo de alcohol y ocasional de drogas y la otra pareja presenta un estado de depresión moderado. Laboralmente, no tienen un trabajo estable. La relación que establecen con el PI es ambivalente: amor y conflicto.

En cuanto a las madres, las cuatro se encuentran presentes. Tienen una convicción firme acerca de lo que pasa, todas trabajan y, en cierta medida, son las que dan estabilidad económica a la familia. La relación con el PI es en casi todos los casos de admiración ante su hijo: "es más inteligente que el resto", "tiene una palabra que convence a cualquiera".

En relación a esta característica, Stanton señala como un patrón prototípico que en la familia de adictos masculinos: "la madre está involucrada en una relación indulgente, apegada, sobreprotectora, abiertamente permisiva con el adicto, en cambio las relaciones padre-hijo, en las familias de adictos, es distante, desapegado, débil o ausente".

Otra de las características que llama la atención es la edad del PI: un grupo de 15 a 17 años y el otro grupo de 29 a 32 años. Dos grupos de edades, que dentro del ciclo vital revelan dos etapas diferentes en los procesos de autonomía: adolescencia y adulto joven. En este último grupo, el consumo más importante se produce en edad de desarrollar habilidades de independencia de la familia de origen. En este grupo, los lazos con la familia de origen se han mantenido.

Es importante señalar la justificación que se forman estas familias para explicarse la conducta adictiva del PI: "las malas juntas, relacionarse con personas inadecuadas que los indujeron al consumo". Convicción que no deja de ser una forma de sobreprotección al miembro consumidor y al sistema familiar.

Una vez que aparecen estas explicaciones comienzan a describirse otras pautas de relación en el sistema familiar, donde en cada familia tiene su peculiar característica. Entre las más connotadas están: la poca claridad de la afectividad del hijo hacia su padre, afecto contenido, contención emocional de afectos, de rabias no expresadas; poca delimitación de los subsistemas; fuerte sentimiento de fracaso del subsistema parental frente a las expectativas educacionales de sus hijos; esto lleva a un sentimiento de fracaso e incapacidad, acrecentando las dificultades en la comunicación, lo que provoca una distorsión en la percepción de los miembros de la familia. También es importante señalar que todas las familias expresaron sentimientos de cariño y preocupación hacia sus miembros.

Las intervenciones generales realizadas en este proceso terapéutico fueron las siguientes:

- Descripción de las pautas de relación, que se dan en el sistema familiar, permitiendo en primer lugar la expresión y acogida de la angustia que trae la familia a causa del consumo de drogas.
- Explicación clara del tratamiento y de las posibilidades de recuperación, con la participación de todos los miembros y con el despliegue de todos los recursos, que aunque en este aspecto no le ha ido bien a la familia en otros muchos sí han tenido resultados positivos.
- En esta descripción aparecen nuevas formas de comunicación, que permite a los miembros del sistema familiar una interrelación más abierta y fluida.
- Establecimiento y claridad de los límites de cada uno de los subsistemas.
- Confirmación del subsistema parental que les permita confiar de sus propias capacidades.
- La terapia se centra en un primer momento en la adicción del paciente índice, aunque posteriormente aparecen las otras disfunciones, fundamentalmente los problemas de pareja y autonomía.

Los logros obtenidos en este modelo de tratamiento han sido:

- La abstinencia del PI al finalizar el proceso terapéutico;
- Se manifestaron cambios positivos e importantes en el mejoramiento de las relaciones familiares;
- En cuanto a la reinserción social, en las dos familias en que participó el padre en la terapia y que estaban sin una actividad laboral estable, uno de ellos comenzó a trabajar en una

panadería con un cargo administrativo y el otro comenzó a trabajar en un taxi de su propiedad.

En cuanto a la reinserción del paciente índice:

PI 1: continuó sus estudios.

PI 2: inició actividad laboral.

PI 3: repitió curso a causa del bajo rendimiento durante el año, pero manifiesta mayor preocupación por las actividades escolares, cambio que ha sido informado por el colegio.

PI 4: entra a una comunidad terapéutica ambulatoria, donde existen talleres de capacitación laboral.

PI 5: reinicia sus actividades de comerciante.

### **Características de la terapia individual**

Dado el contexto institucional donde esta unidad está inserta, los pacientes fueron derivados a través de consultorios y a través del sistema judicial, diagnosticados como drogodependientes.

Este grupo está formado por diez pacientes varones, cuyas edades fluctúan entre los 16 y los 32 años. El 80% de estos pacientes viven con un familiar progenitor o un miembro de la familia extendida. El 20% restante vive con sus respectivas parejas.

Las familias de estos jóvenes fueron invitadas a participar en el proceso terapéutico. Si bien la mayoría en un principio accedió a participar, en la práctica esta intención no se hizo efectiva, por lo que se decidió trabajar en psicoterapia individual, recogiendo la motivación de estos jóvenes.

En relación a su historia familiar, tres de ellos fueron expulsados de sus hogares por uno de sus progenitores, siendo acogidos por el otro progenitor o por los padres de sus padres. Otro 30% pierde por fallecimiento a uno de sus padres, debiendo, en algunos casos, hacerse cargo de sus hermanos, ya que el progenitor con vida estaba ausente o en estado de embriaguez. Cabe señalar que, a pesar de las condiciones de vida sufridas, todos estos jóvenes mantienen un estrecho contacto con sus familias, expresando su lealtad hacia ellas.

En relación a su familia de procreación, el 80% de los jóvenes inició sus relaciones de pareja, con las cuales tienen hijos, sólo el 20% vive con ellos. El resto se encuentra separado de sus hijos, sintiendo fuertes sentimientos de culpa y de inadecuación como padres.

### **Objetivos terapéuticos**

Debido a que los tratamientos se desarrollan dentro de un marco institucional, en donde se pri-

vilegian las intervenciones terapéuticas breves, estos objetivos están acotados a esa realidad, con el fin de no generar falsas expectativas en el paciente, ni sentimientos de ineficacia en el terapeuta.

1. Disminución del consumo de drogas o abstinencia.
2. Reinserción social-laboral.

### **Técnicas e intervenciones utilizadas**

- Redefinición del motivo de consulta.
- Prescripción de tareas.
- Confrontación.
- Intervenciones paradójicas.

En el problema de la drogodependencia existe una multicausalidad de factores psicológicos como: violencia intrafamiliar, separaciones, duelos sociales, cesantía o carencia de posibilidades laborales y de estudio, hacinamiento y otras causas que sería largo enumerar. Esta multicausalidad hace que cada intervención terapéutica sea de alta complejidad, debido a la particularidad de cada persona que sufre este problema.

### **Resultados**

- El 40% de los pacientes logró reinsertarse laboralmente y asumir una conducta más cercana y responsable con sus hijos.
- El 60% desertó del tratamiento.

## **V. TRABAJO EN RED**

### **1. Un enfoque filosófico epistemológico**

El campo de intervención en las adicciones se inscribe en un marco multidimensional e interdisciplinario, por lo que los que intervienen no pueden obviar las dimensiones de lo individual, lo fisiológico, lo psicológico, la dimensión interaccional, ambiental cultural que tejen la trama de los problemas en las toxicomanías.

El enfrentarse a estos problemas del consumo de drogas, pondrá en interacción al consumidor, parte de su medio ambiente y a las instituciones que intervienen, cuyas actitudes y conductas estarán determinadas por el contexto político-económico, sociocultural y por la ideología dominante de la sociedad.

Desde este punto de vista, se intentó crear una práctica que comenzara a romper con el pensamiento lineal, que atribuye a una única causa (causa-efecto), en general intrapsíquica, los comporta-

mientos adictivos. Pensar de manera circular implicó renunciar a los esquemas de análisis reduccionistas y tratar de integrar el contexto y las muchas interferencias y variables antes mencionadas a los problemas planteados.

Es en este marco conceptual donde se comienzan a elaborar estrategias de cambio, a través de una referencia sistémica, que da cuerpo a nuestro trabajo de Red y que nos ayuda a centrar nuestra mirada sobre la necesidad de la creación de dicha Red, en las interacciones de nuestro trabajo con las personas, en las interacciones de las personas con las personas, las interacciones de las instituciones con otras instituciones y organizaciones, etc.

Nuestro trabajo en los barrios marginales de Santiago y con el tipo de personas que atendíamos nos enfrentó a situaciones que eran imposibles de separar de sus contextos social, económico y cultural, por lo cual se comenzó a trabajar en Red en dos dimensiones:

1. Intervención en la Red Social con un enfoque clínico:

Responde directamente a la necesidad de facilitar y permitir que la gente se ayudara a sí misma, con la utilización de sus propios recursos para aliviar los penosos problemas de esa persona o familia.

En este caso, se puede definir la Red con el concepto de Momy Elkaïm, "La Red Social es un grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas significativas capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos... Es en síntesis un capullo alrededor de una unidad familiar, que sirve de almohadilla entre esta unidad y la sociedad".

2. Trabajo en Red como metodología de intervención psicosocial:

Dentro de esta dimensión de trabajo en Red, nos estamos refiriendo a una estructura basada en un conjunto de interacciones, que establecen instituciones y/o personas —con una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio—, y de acción, esfuerzos, experiencias y conocimientos con el fin de alcanzar metas en forma efectiva, potenciando los objetivos de cada uno de los actores involucrados.

En este sentido, nuestro trabajo estuvo dirigido en formar, potenciar y activar dos tipos de Redes:

- a. Red asistencial en drogodependencias.
- b. Red intercomunal e intersectorial, en el tema de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencias.

**a.- Red asistencial de drogodependencias:**

Se creó un sistema de organizaciones públicas y privadas, formales e informales, que se coordinan, potencian y complementan sus actividades destinadas, fundamentalmente, al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en drogodependencias.

Esta es una Red con actividades muy definidas —dirigida a los objetivos y metas antes señalados— y su formación y constitución está estructurada de la siguiente manera:

1) Puertas de entrada a la Red Asistencial:

En el área central existen 17 puertas de entrada a la Red Asistencial, donde participan los Consultorios de Atención Primaria y Organizaciones Comunitarias.

2) Participantes de la Red Asistencial:

COSAM del área, Unidad de Psiquiatría, Comunidades Terapéuticas, Unidad de Drogodependencias, Escuelas de Trabajo y Organizaciones de Reinserción y Capacitación laboral.

Esta Red, que incluye a los afectados y familiares, busca que éstos alcancen una plena autovalencia a través de un proceso terapéutico y una eficaz reinserción social, pero no sólo en el rol de receptores pasivos, sino como entes activos en el trabajo consigo mismos y en la comunidad.

**b. Red intercomunal o intersectorial:**

Producto de la necesidad de crear un proceso de intercambio y coordinación en el tema de prevención, tratamiento y rehabilitación, con el objetivo de optimizar la disponibilidad de recursos y su eficacia, se inició en marzo de 1995 el proceso de constitución de una Red, en la que han participado diversas organizaciones públicas y privadas, agentes comunitarios, profesionales, funcionarios municipales, líderes, agentes de salud, autoridades, etc., quienes de una u otra forma están involucrados con el tema de las drogas en las Comunas de Estación Central, Santiago Centro, Maipú y Cerrillos, participando de manera activa 35 organizaciones.

En todo este proceso contamos con la asesoría de la Psicóloga Gloria Reyes, a través de un convenio entre el SSMC y la Universidad Diego Portales. Dicha asesoría estuvo dirigida fundamentalmente a orientar las formas metodológicas de conformación de la Red, para así generar un plan de acciones con contenidos y metas específicas.

La metodología de trabajo se desarrolló de la siguiente forma:

**A. Etapa de Planificación:**

Primer Encuentro: fue un encuentro con las ins-

tituciones y organizaciones más cercanas o facilitadoras para abrir un proceso de intercambio en los siguientes tópicos:

- Consumo de drogas
- Definición de una Red
- Cobertura territorial y participantes

Segundo Encuentro:

- Diagnóstico local.
- Megaobjetivo
- Objetivos específicos

Tercer Encuentro:

- Paradigma teórico
- Facilitadores y bloqueadores
- Estructura y funcionamiento

Cuarto Encuentro:

- Estrategias para los objetivos específicos
- Planes de Acción

Quinto Encuentro:

- Integración de los objetivos y plan de acción
- Cronograma
- Indicadores de Gestión

## **B. Etapa de ejecución:**

Sexto encuentro: formación de las comisiones de trabajo.

Se delimitaron los siguientes objetivos:

Megaobjetivo: integrar, organizar y coordinar en forma operativa las diversas organizaciones públicas, privadas, gubernamentales y no gubernamentales, para enfrentar de manera integral la problemática de la droga.

Objetivos específicos:

- 1.- Generar una red intra e intercomunal, que permita coordinar los recursos existentes dispersos, para enfrentar la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción en la problemática de la droga.
- 2.- Establecer una instancia de intercambio y retroalimentación de información y de experiencia profesional e institucional en el tema de drogas. Además, de definir la estructura y funciones. Proponiéndose la organización de Redes comunales con la siguiente estructura:  
I Nivel: Asamblea  
II Nivel: Comisiones de Trabajo

## **Organización de la Red Intercomunal:**

1. Se estructurará en base a las redes comunales
2. Estará formada por 6 integrantes de cada una

de las redes comunales (Comité Ejecutivo).  
Comisiones de Trabajo.

## **CONCLUSIONES**

En este estudio hemos propuesto un modelo sistémico en la fenomenología de las adicciones, que nos permite tener una visión unificada e interaccional de todos los sistemas, en donde los fenómenos culturales, económicos, sociales, sanitarios, personales, educativos, familiares, etc., se encadenan mutuamente; lo que da al proceso las características de un proceso circular que posibilita no sólo una descripción coherente de los diferentes niveles recursivos en las adicciones, colocando el problema en el contexto en el cual se manifiesta, sino que sobre todo se cambia la visión tradicional de las relaciones lineales causa-efecto y, por lo tanto, muestra que la persona o paciente índice no es adicto "por causa de sus padres" o que los padres tienen determinados comportamientos "por causa" del miembro adicto; sino que todos los sistemas se encuentran comprometidos en un rígido juego de interacciones en el cual todos cooperan para mantenerlo.

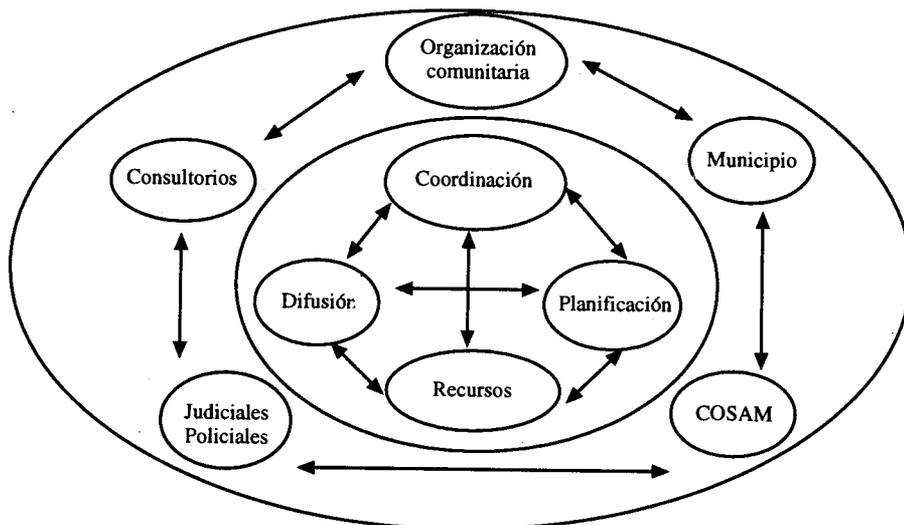
Esta visión o mirada circular también evita la estigmatización del individuo adicto, como "malo", "loco", "enfermo", al estar el fenómeno contextualizado dentro de la familia y la sociedad y en donde el síntoma cumple una función determinada.

Al establecer distinciones entre los diferentes niveles y sus "fronteras", que son como membranas permeables, nos lleva a precisar contextos y campos operativos donde los cambios son posibles, permitiendo desarrollar distintos niveles de intervención que no entran en competencia sino que se complementan; así las intervenciones pueden ser múltiples y variadas y no rigidizadas en una causalidad y respuesta única, sino que tanto las intervenciones clínicas, educativas, comunitarias, etc., están en un continuum feedback, retroalimentándose.

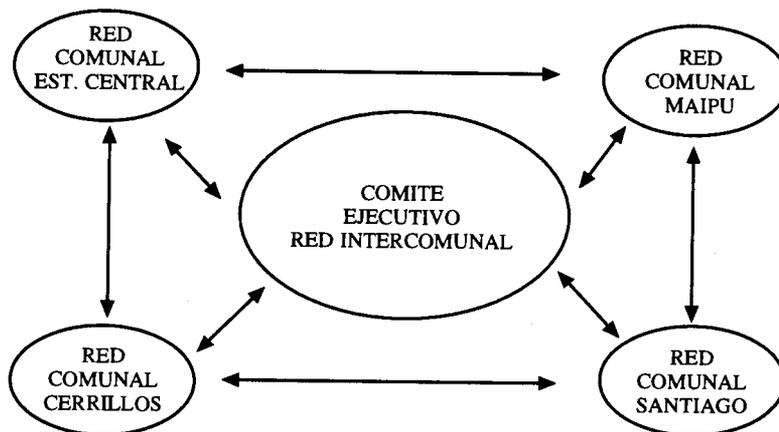
En cuanto al programa de tratamiento que sigue básicamente seis etapas y cuya modalidad es familiar y ambulatoria podemos concluir que este modelo es posible implementarlo a nivel de los servicios de salud por ser mucho más económico, se aprovechan todos los recursos de la familia y del contexto, facilitándose la reinserción familiar, social y laboral.

Al contrarrestarse los datos obtenidos en el estudio se puede encontrar similitud con el patrón prototípico de dinámica y estructura familiar plan-

### FLUJOGRAMA RED COMUNAL



### FLUJOGRAMA INTERCOMUNAL



teados por Duncan Stanton en los estudios realizados por heroinómanos en Estados Unidos, llamando la atención algunas cifras.

El 63,7%, 52 personas, se encontraban estrechamente relacionadas y viviendo con sus familias de origen, lo cual podría confirmar la dificultad de individuación. El 67,5%, 54 personas, acuden a la primera entrevista acompañados, generalmente, de la madre y/o pareja, quienes llegaban confirmando la incapacidad del miembro adicto para desempeñarse satisfactoriamente en su vida familiar, laboral y social. Cabe destacar que el 38,7%, 31 personas, se encontraban cesantes, despedidos de sus trabajos, principalmente, por sus estilos de vida (ausencias laborales, retrasos, etc.).

Resalta además que el 28,8%, 23 personas, señalaron presentar toxicofilia familiar, siendo ésta

en un alto porcentaje alcoholismo del padre, lo cual podría confirmar una estructura familiar del padre ausente y distante.

Se destaca también que el promedio del inicio del consumo en estos ochenta casos fue a los 18 años, edad significativa, debido al término de la adolescencia y al supuesto inicio de un proyecto de vida independiente. Llaman la atención, frente a los antecedentes mórbidos familiares, las enfermedades que presentan los padres y madres de los adictos atendidos: cáncer, diabetes, hipertensión, problemas cardíacos, nerviosos y depresivos, los cuales podrían reflejar problemas de somatización de la disfuncionalidad familiar.

En este trabajo se demuestra la gran importancia de las familias en el proceso de rehabilitación del drogodependiente. Donde la abstinencia del

consumo pasa por un cambio significativo en el sistema familiar (de origen y/o procreación). En la medida que el consumo cumple una funcionalidad en la homeostasis del sistema familiar, éste será mantenido y conservado por la familia. Paradójicamente la familia acompaña al adicto a instancias de rehabilitación con la expectativa que cambien al adicto, sin cambiar el sistema familiar "cambien la situación, pero no nos cambien a nosotros". Por lo que creemos que revertir esta situación e incorporar a la familia a un proceso terapéutico constructivo, es un gran desafío para los equipos rehabilitadores de nuestro país.

En lo expuesto, se muestra que el trabajo con drogadictos en terapia individual es dificultoso. Si somos coherentes con el marco teórico sistémico en el que estamos insertos, el cual plantea que el ciclo adictivo forma parte de un patrón familiar, que promueve mecanismos de retroalimentación, que facilitan el conservar la adicción, y en consecuencia la homeostasis familiar, al no contar con el compromiso de la familia del paciente, sólo podemos apoyarlo a través de su motivación, que si bien es importante no es suficiente si no posee recursos que posibiliten su autonomía y, por ende, su diferenciación en la familia. Por lo tanto, la psicoterapia no es suficiente si no se cuenta con una adecuada red familiar y social. Sólo podemos aspirar a una recuperación total cuando estas dos instancias actúan coordinadamente.

A un año de este proceso de intervención o trabajo de Red, debemos señalar que esta nueva forma de interrelacionarse más horizontal entre sus diferentes actores, con gran heterogeneidad en sus componentes, ha permitido producir un proceso de democratización en la toma de decisiones y mayor compromiso en las tareas mancomunadas. Pero queremos hacer también una reflexión: "la red como un instrumento y una nueva metodología produce tensiones, reticencias, rechazos y temores en los ámbitos del poder, sobre todo estatal, que tienden a ser más formadores de la perpetuación de los fenómenos sociales que de las re-

formas de los mismos. Además, de percibir amenazante la entrega de herramientas para la descentralización de la gestión; existiendo una incongruencia entre el discurso de la participación social y las medidas impositivas y autocráticas; difícil tarea por delante el de continuar este trabajo tratando de producir cambios, cuando en esta perspectiva los drogadictos dejan de ser los chivos emisarios de la sociedad.

## BIBLIOGRAFIA

- "Avances en Terapia Familiar Sistémica"  
José Navarro Góngora y otros. Edit. Paidós, 1995.
- "Heroin Addiction as a Family Phenomenon: a new conceptual model"  
M. Duncan Stanton y otros. American Journal of Drugs and Alcohol Abuse, 1978.
- "Estética del Cambio"  
B. P. Keeney. Edit. Paidós
- "Empleo de la Hipnosis en Terapia Familiar".  
Michele Ritterman. Edit. Amorrortu Editores
- "El Modelo Terapéutico"  
M. Duncan Stanton, Thomas C. Todd
- "Las Prácticas de la Terapia en Red"  
Mony Elkaím y otros
- "Redes de Trabajo"  
Domingo Azún
- "Redes como una Metodología de Intervención Psicosocial"  
Gloria Reyes
- "Terapia Familiar de los Trastornos Psicósomáticos"  
Luigi Onnis. Edit. Paidós, 1990
- "La Violencia como principio organizador de la subjetividad individual, familiar y social". Jorge Barudy
- "Pautas de terapia familiar breve".  
Steve de Shazer. Edit. Paidós, 1989
- "Técnicas de Terapia Familiar"  
S. Minuchin, H. Ch. Fishman. Edit. Paidós, 1988
- "Secretos en la Familia. Terapia Familiar"  
Lily Pincus y Christopher Dare. Edit. Cuatro Vientos, 1987