

RED DE RELACIONES SIGNIFICATIVAS E INTERVENCIÓN SISTÉMICA DIRIGIDA A JÓVENES ENTRAMPADOS EN CICLOS ADICTIVOS

NETWORK OF MEANINGFUL RELATIONSHIPS AND SYSTEMATIC INTERVENTION AIMED AT YOUNG PEOPLE TRAPPED IN ADDICTIVE CYCLES

Recibido: 13 de agosto de 2012/Aceptado: 10 de octubre de 2012

LAYEIRÉ FLORES ALBÁN*

Pontificia Universidad Javeriana - Colombia

Key words:

Addiction, Relapse, Addictive cycles,
A network of meaningful relationships,
Systemic therapy.

Palabras clave:

Adicciones, Recaídas, Ciclos adictivos,
Red de relaciones significativas,
Terapia Sistémica.

Abstract

This paper reports on research conducted with a double intention. First, it was intended to broaden the understanding of cases of young people who fall into addictive cycles after having realized the therapeutic processes and secondly, it was sought to recognize the contribution of systemic therapy in addressing these cases. A review of some theoretical approaches and research on the dynamics of addiction was made in order to assimilate experiences a person who has this problem and the role played in the process by her or his meaningful relationships. It is a qualitative study, framed into the parameters of investigation-intervention and the chosen methodology case study. We present the analysis of three cases in light of the proposed methodology and results of the investigation.

Resumen

El presente artículo da cuenta de una investigación realizada con una intención doble. En primer lugar, se pretendió ampliar la comprensión de los casos de jóvenes que recaen en ciclos adictivos, después de haber realizado procesos terapéuticos y, en segundo lugar, se buscó reconocer la contribución de la terapia sistémica en el abordaje de estos casos. Se hace una revisión de algunos planteamientos teóricos e investigaciones sobre las dinámicas de las adicciones con el fin de asimilar lo que vivencia una persona que presenta esta problemática y el papel que juega en el proceso la participación de su red de relaciones significativas. Es una investigación de tipo cualitativo, enmarcada dentro de los parámetros de la investigación-intervención y la metodología elegida es el estudio de casos. Se presenta el análisis de tres casos a la luz de la metodología propuesta y los resultados de la investigación.

* Coordinadora de Fortalecimiento Familiar (Programa de Neurodesarrollo) del Instituto Autónomo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (Venezuela). Master en Psicología Clínica con enfoque sistémico Pontificia Universidad Javeriana. Email: lflores@idena.gov.ve

INTRODUCCIÓN

El tema de las adicciones ha sido ampliamente investigado. En la literatura se encuentran al respecto diversas posturas explicativas y propuestas de intervención desde diferentes enfoques teóricos como lo son el psicoanalítico, cognitivo-comportamental, humanista y sistémico, entre otros, a partir de los cuales se han dado explicaciones para su comprensión etiológica y se han propuesto tratamientos terapéuticos para dicha problemática.

No obstante, los altos índices de reincidencia en la problemática constituyen una preocupación frecuente por parte de los profesionales que trabajan en el campo de las adicciones y que se evidencian aún después de haber recibido tratamiento.

Desde hace algunos años se considera que uno de los aspectos más críticos del tratamiento de las adicciones es la frecuente recaída de los adictos que han recibido los más diversos tratamientos. Se calcula que 80% de los adictos que han recibido algún tratamiento, vuelven a su consumo habitual, por lo menos dentro de los siguientes seis meses después de haber sido atendidos (Bilbao, 2001, p. 1).

La complejidad de la problemática de las adicciones, no solo puede observarse en el crecimiento de las estadísticas, como lo reportan Puentes, Acosta, Cervantes y Paternina (2005) en un programa para el estudio de las adicciones en que resaltan el programa Nuevos Rumbos:

Hoy día se observa en Colombia un incremento en el uso de Sustancias Psicoactivas, de acuerdo con las en-

cuestas realizadas a nivel nacional se revela que la prevalencia del consumo es aproximadamente 4 veces mayor en hombres que en mujeres, y que la proporción de personas consumidoras está entre los 12 y 60 años, donde se observa que la droga más utilizada en un primer momento es alcohol, continuando con la marihuana, bazuco y cocaína que entorpece el desarrollo individual, familiar y social (p. 2).

Este problema se agudiza si tomamos en cuenta que las características que en la actualidad se encuentran en una persona adicta indican que hay escasas probabilidades de conseguir consumidores que tengan una sola adicción, lo cual ha hecho que en lugar de adicción se hable de poliadicción. Un reportaje de la Clínica Capistrano de España (2008) describe la poliadicción como un cuadro donde un mismo consumidor desarrolla varias adicciones en forma paralela y simultánea como, por ejemplo, el juego patológico y el alcoholismo, que son una asociación muy frecuente, al igual que cocaína y alcohol, o la cocaína y la heroína. Refieren los estudios que en estos casos una adicción intenta contrarrestar los efectos de la otra, encontrándose, por ejemplo, alcohólicos con una falsa percepción de lucidez debido al consumo de cocaína, ya que esta última prácticamente acaba con el efecto del alcohol. También es recurrente el consumo de *cannabis* como refuerzo o sustitutivo de muchas otras adicciones; y otras fórmulas más actuales. Este es el caso de la asociación entre sustancias psicoactivas, como la cocaína o las drogas de síntesis, con adicciones no químicas como el trabajo, el deporte, el sexo o Internet.

Entrando al terreno de la intervención en adicciones, y que a su vez ayuda a comprender cómo se explica

desde el enfoque sistémico la aparición de una adicción en uno de los integrantes de un sistema familiar, en algunas revisiones como las de Stanton y Todd (1990) y Sánchez (2006), se manifiesta la importancia de la familia en la génesis, el mantenimiento y la atenuación del abuso de sustancias. De manera que aún cuando también estos autores reconocen que existen componentes biológicos que juegan un papel importante en la etiología de la adicción al alcohol y a las drogas, les dan más énfasis a las variables familiares. Las adicciones, explican, se desarrollan en un contexto familiar y con frecuencia reflejan dificultades que habitualmente son mantenidas y cumplen con una finalidad en la interacción familiar, bien sea equilibrar, separar, unir o hacer un llamado de alarma, entre otras.

En consecuencia, el modelo de intervención propuesto enfatiza en el mutuo compromiso de los miembros de la familia, es decir, en su funcionamiento interaccional, lo que contrasta con otros métodos de intervención que se centran en la responsabilidad individual, la proximidad y la cohesión grupal. Por tanto, la perspectiva familiar orienta la intervención hacia la reestructuración jerárquica y el distanciamiento en términos de independencia, ya que ellos describen a una persona adicta como muy dependiente y sin preparación para asumir responsabilidades, como si constantemente necesitara de protección. Estas son premisas propias de la terapia familiar estructural sistémica, cuyo planteamiento primordial se basa en que las pautas de interacción relativamente duraderas se organizan en los subsistemas componentes de una estructura familiar, en ocasiones de manera disfuncional, dando así origen a un síntoma que es expresado por uno o varios de los integrantes, re-

gulando así al sistema familiar y evitando de esta manera un cambio (Hernández, 1997; Minuchin, 1967).

Siguiendo con los aportes de la intervención en adicciones, Cunillera (2008), terapeuta sistémica, hace una crítica a los tratamientos que solo se basan en la superación del periodo de abstinencia, y afirma que un terapeuta dedicado al campo de las drogodependencias no debe definir la abstinencia como un fin en sí misma, sino como un periodo para descubrir nuevas posiciones relacionales y nuevas percepciones del sí mismo del consultante y de quienes están a su alrededor. Abordar el sí mismo evita, por una parte, que la sustancia vuelva a invadir la vida de la persona y, por otra, que invada las relaciones de toda la familia. La intencionalidad de dicho foco de intervención consiste en que el cambio vaya más allá de la detención del consumo o el cese de la actividad adictiva.

En relación con la problemática descrita y estando en contacto con personas adictas, incluyendo familiares, amigos y pacientes, los cuales se sienten frustrados luego de identificar la necesidad de salir de sus ciclos y acuden a la atención psicológica, surgió en la investigadora el interés por aquellas personas que han recibido la atención terapéutica, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, neuropsicológicos y psicoterapéuticos, varios de esos tratamientos haciendo uso de planteamientos propios de la terapia sistémica y otros énfasis (psicoanálisis y cognitivo-comportamental, entre los más citados), aplicando también varios tipos de estrategias y técnicas de intervención, que después de haber sido dados de alta reinciden en ciclos adictivos.

Vale aclarar que se plantea como ciclo adictivo a la pauta que incluye periodos en que se obtiene una gratificación a corto plazo, y que genera luego un sufrimiento a largo plazo en la persona que consume y que comienza, por lo tanto, a hacer su vida disfuncional. A ello siguen la pérdida de control de sus emociones y del consumo de la o las sustancias y, por último, la afectación de la red social de la persona. Cabe precisar de todos modos que el orden de presentación es solo una forma de ilustración, porque en un ciclo adictivo todas las etapas se retroalimentan entre sí y varían con las particularidades de cada caso.

Por ello fue relevante ampliar la mirada de este tipo de casos, ya que, a raíz de las recaídas, se observó en estas personas en el aspecto emocional, sentimientos que incluyen la culpa, ansiedad, tristeza, incertidumbre, decepción y dudas acerca de su futuro, llegando en casos, al miedo de que las personas de su red de apoyo se enteren y juzguen sus actos y/o que la imagen de un bienestar logrado luego de un tratamiento terapéutico, se rompa.

Por otra parte, los familiares o individuos que están afectivamente vinculados con la persona que atravesó por tratamiento psicológico, conviven de igual forma con la incertidumbre de si esta recaerá o no. Estos familiares también se sienten afectados emocionalmente, manifestando decepción, tristeza, inseguridad, desconfianza y en algunos casos rechazo ante la problemática e incluso hacia la persona, todo lo cual se refleja en frases como: “Tanto que confié en él y volvió a hacerlo”, “No quiero saber más nada ni de él, ni de su problema”, “Qué dolor que después de tanto esfuerzo económico

para pagarle un tratamiento, creímos que lo había superado y nos equivocamos”.

Por todo lo anterior, se hizo relevante hacer una investigación con la intención de ampliar, desde la mirada sistémica, la comprensión de los casos en los cuales los consultantes recaen en ciclos adictivos luego de haber estado en tratamiento psicológico. Al respecto se plantearon las siguientes preguntas investigativas: 1. ¿Cuáles son los aspectos en la red de relaciones significativas asociados a las recaídas en ciclos adictivos en jóvenes que han estado en tratamientos por adicción?, 2. ¿Cómo las intervenciones sistémicas contribuyen en el abordaje terapéutico de estos casos?

MÉTODO

La investigación se planteó desde el modelo sistémico y, por ende, bajo la perspectiva del pensamiento complejo, el cual se constituye en un método de construcción del saber humano desde un punto de vista hermenéutico que, por ser tal, no está hecho ni terminado.

En el pensamiento complejo se establece una relación recursiva entre teoría y método, pues, el método, generado por la teoría, la regenera. El método es la praxis fenoménica subjetiva y concreta; es la actividad reorganizadora necesaria para la teoría gracias a sus funciones de articulación y de pilotaje. La teoría no es más que la posibilidad de tratar un problema y solo cumple su papel cognitivo a través de la actividad mental del sujeto. Teoría y método son los dos componentes indispensables del conocimiento, y el método es la actividad pensante del sujeto (Hernández, 2004).

El pensamiento complejo es un pensamiento en espiral que combina la disyunción con la conjunción, la abstracción con los fenómenos complejos, las homogeneidades con las heterogeneidades y va rotativamente del todo a las partes y del sujeto al objeto (Vilar, 1997).

Nuestra investigación es de tipo cualitativo y se enmarca dentro de los parámetros de la investigación-intervención, con un modelo de intervención sistémica que emplea el estudio de casos, basado en las recomendaciones de Yin (1993). Este tipo de investigación permite el estudio de un objeto, caso o casos, cuyos resultados permanecerán ciertos solo para esos casos en específico.

La metodología seleccionada para el análisis de los resultados fue el análisis de las narrativas. Según McLeod (2001), este se divide en dos partes. La primera tiene que ver con el análisis de las historias de la vida contada por las personas que han sido entrevistadas y la segunda parte del análisis se centra en la tarea del entendimiento del proceso respecto a cómo se cuenta la historia en la terapia, a través del análisis del material transcrito. Proceso terapéutico llevado a cabo con los participantes del estudio.

Para el estudio de las transcripciones se utilizó el análisis holístico de contenido y, siguiendo los parámetros que ofrecen en su libro Lieblich, Mashiach y Zilber (1998), no se predeterminaron categorías *a priori*, sino que estas fueron emergiendo de la lectura y relectura de la información. Esto indica que las categorías fueron variando sucesivamente, hasta obtener las categorías definitivas, entre ellas: relaciones significativas, eje de lo

individual, historia del consumo de sustancias, recaídas, intervenciones terapéuticas y cambios a partir de ellas.

Al momento de sistematizar el análisis, se diseñó un cuadro organizativo o matriz para cada uno de los casos, el cual iniciaba por las categorías emergentes y resaltaba temas y detalles de relevancia plasmados en las narrativas. Posterior a ello, se hizo la organización de las impresiones generadas a partir del análisis y, por último, el seguimiento a cada una de las categorías establecidas, sesión por sesión, para la presentación de los resultados.

Por otra parte, la descripción de los participantes de la investigación se llevó cabo con tres consultantes asignados y atendidos en la fundación GINESTRA, ubicada en la carrera 7C # 123-94 de Bogotá. Esta institución brinda atención, prevención y tratamiento para el suicidio y la drogadicción, ofreciendo programas de atención psicológica, psico-educativa, psiquiátrica y fisio-terapéutica en tratamientos de tipo ambulatorio.

Los participantes del estudio estaban en edades comprendidas entre 18-30 años y se seleccionaron por ser personas que estuvieron en procesos terapéuticos previos y presentaron recaídas, por lo cual solicitaron nuevamente una atención psicológica.

RESULTADOS

Para determinar la red de relaciones significativas de cada uno de los consultantes, se aplicó el Mapa de Red propuesto por Slusky (1998). A partir de las lecturas de los mapas de redes de los casos y sus narrativas iniciales, se observaron aspectos en común que fueron la base

para direccionar el proceso de intervención realizado. En este sentido se debe decir primero que aún cuando los consultantes reconocen personas de apoyo en sus vidas, sus redes son muy limitadas. La soledad se percibe como producto de una impermeabilidad que se instaura por la insatisfacción con ellos mismos y en la dificultad para expresar emociones, sensaciones y estados de ánimo como tristeza, vulnerabilidad, rabia, desesperanza, impotencia, intolerancia a la frustración, entre otras, que se generan en el eje individual. Es en este mismo eje que la persona construye un significado con respecto a la sustancia que consume y le atribuye un valor determinante en el plano emocional: “La botella es mi única compañía”, dicen a manera de ejemplo. Es así como se teje una red de creencias que colabora a instaurar la adicción y que a su vez se retroalimenta con las creencias de otras personas en relaciones familiares y sociales.

Parte de las creencias se vuelven identidad. De este modo, el hecho de “ser adicto” conlleva a la idea fortalecida de que consumir y todo lo que alrededor del consumo ocurre no sea visto como el problema, sino que más bien la persona “es” el problema. Esto, aunado a otras ideas como “no poder vivir sin la sustancia”, “la sustancia colabora, acompaña, resuelve, aliviana situaciones difíciles”, se va fortaleciendo de tal forma que pierden la posibilidad de un cambio y desempodera a la persona de poder generarlo.

A su vez, consumir compulsivamente una sustancia es motivo para generar conflictos en las relaciones sociales y viceversa. Los problemas relacionales se vuelven un motivo para consumir, lo que va generando un circuito de retroalimentación en el que se observan otros aspectos como, por ejemplo, la hostilidad y la descalifi-

cación entre los miembros de los sistemas, que agravan los circuitos y entranpan a los individuos, tal como se ilustra en la Figura 1.

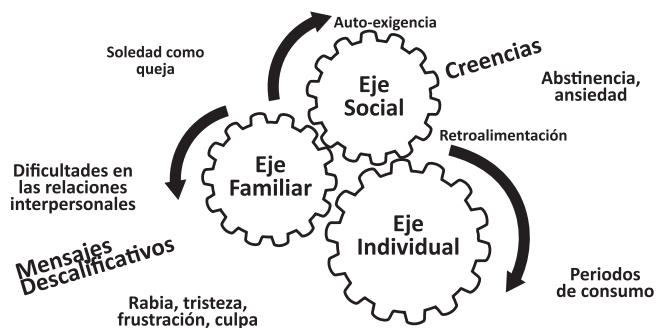


Figura 1. Dinámica de la problemática del consumo, tomado de Trampa-ciclo adictivo

Por otra parte, el hecho de recaer en el consumo compulsivo de sustancias psicoactivas genera desconfianza tanto en la persona como en sus redes. Precisamente esta situación se inicia por la falta de confianza del adicto en sí mismo y la idea reforzada de no poder salir del ciclo, lo cual va de la mano con la dificultad de expresar las emociones anteriormente descritas. Todo ello junto colabora para que se dé la recaída luego de haber estado en un proceso terapéutico. Adicionalmente, los adictos que recaen no toleran la crítica externa, se sienten juzgados constantemente y enfrentarse a ello, se convierte en un reto temido.

Como parte de los resultados, en la Tabla 1 se presenta justamente la identificación de las creencias y las explicaciones en relación a la adicción, tanto del joven como de su red de relaciones significativas. En dicha tabla, también aparece la caracterización sobre cuáles de ellas evitan y cuáles colaboran para que se den las recaídas, en respuesta a uno de los objetivos de la investigación.

Tabla 1.
Identificación de las creencias y las explicaciones en relación a la adicción

| Creencias y explicaciones (narrativas) | Eje en el que aparece | Efecto |
|--|--|----------|
| <p>Explicación: El alcohol visto como una actividad social permitida sin importar las cantidades y/o frecuencia de consumo. “Todos los que bebemos, lo hacemos porque es permitido socialmente”. “Si fuera solo alcohol yo realmente diría que no tiene ningún problema, como el 97% de los colombianos bebe. Si ya me dicen que es con droga, la droga es vista de una manera distinta socialmente, allí la persona sí tiene un problema. Pero el alcohol es aceptado socialmente, nadie lo ve como una dificultad.”</p> | Individual, familiar y social | Colabora |
| <p>Creencia: Las sustancias como generadoras de efectos positivos que son tomados en cuenta como solución. “Hay una dificultad en mí, que es lo tortuoso que se me hace expresar mis sentimientos”, “Soy tímido (...) y la única opción para acabar con ello es consumiendo, pues los efectos me permiten desinhibirme y expresar”.</p> | Individual | Colabora |
| <p>Beber desinhibe, permite, genera cambios: “La cocaína me da fuerzas y hace que otros me vean como una verraca.”</p> | | |
| <p>Explicación: Soy estructurado y creo que consumo para desestructurarme. “Tengo la necesidad de salirme de la estructura totalmente, debe ser por ello que busco desestructurarme con el consumo”. “De pronto inconscientemente ese impulso es como: venga nos salimos de tanta estructura, respiramos (...) o de pronto habrá algo que quiera respirar en mí porque en el día a día yo soy super organizado: mi closet es organizado por colores, mis rutinas, todo (...) yo siempre he sido como muy estructurado. Menos cuando consumo, para nada (...)” “Después de semanas de cumplir solo con obligación tras obligación, necesito romper con todo, entiendo que por eso consumo.”</p> | Individual | Colabora |
| <p>Creencia: El consumo de sustancias como ayuda para sobrellevar situaciones difíciles. “Hay una situación que es difícil de manejar emocionalmente y la puedo sobrellevar consumiendo.”</p> | Individual, familiar y social | Colabora |
| <p>Creencia y explicación: El problema de un ciclo adictivo es “la sustancia”. Si esta se suprime se le da fin al problema.</p> | Individual, familiar y social (Algunos sistemas terapéuticos) | Colabora |
| <p>La tendencia de los sistemas es centrar la atención en el hábito de consumo de la persona. Creencia: Tener un problema de adicción como sinónimo de inferioridad. “Ser adicto” “Ser adicto me hace inferior” “Ser adicto se hace una carga que voy a tener toda la vida” “Dejas de ser persona y te conviertes en el vicioso.”</p> | Individual, familiar y social (Algunos sistemas terapéuticos) | Colabora |
| <p>Explicación: Consumir como una forma de autodestrucción. “Es que a mí me gusta darle un toque de oscuridad a todo, me gusta ser la reina del drama... para ello busco la droga, así empeoro las cosas.”</p> | Individual | Colabora |
| <p>Creencia: Las responsabilidades se deben cumplir, no hay opción. “La responsabilidad que he adquirido con la edad, la madurez, es lo que permite que piense en sí consumo, cuándo y cómo.” “Ahora el consumo sí se puede llamar más responsable, de adulto, por así decirlo, entonces yo ya sabía que si yo consumía, no podía consumir de viernes a lunes porque tenía que trabajar, tenía cosas que hacer (...)”</p> | Individual | Evita |

| | | |
|--|-----------------------------------|-------|
| Explicación: Disminuir los niveles de exigencia y flexibilizarse con ellos mismos les permite tolerar equivocarse. | Individual | Evita |
| “Si disminuyo la autoexigencia y la rigidez, es más sencillo que pueda entender que salir de esto, amerita tiempo” “Me puedo equivocar.” | Sistema terapéutico Individual | |
| Explicación: Si se identifican recursos y se fortalece la confianza en ellos mismos, se puede lograr lo que deseen. | | |
| “Si yo confío en mí mismo, y me abro a la posibilidad de que se acerquen mis seres queridos si tengo un problema, no tengo porqué recaer.” | Sistema terapéutico | Evita |
| “Es cuestión de estar bien conmigo misma, si me entiendes. Es tener una buena autoestima lo que hace que no contemple como una posibilidad consumir cocaína, por decisión... Mi decisión...” | | |

Luego de haber hecho el reconocimiento de las principales creencias y explicaciones que colaboran o evitan las recaídas, se entiende que los terapeutas en este tipo de casos deben tener en relación a ellas una postura de curiosidad casi tan igual como la de un detective, ya que las creencias son particulares en cada caso. Así mismo, por poco significativa que parezca, una creencia puede frenar o de manera opuesta abrir una puerta que posibilite diálogos que generen cambios.

Por lo anterior, una labor del terapeuta consiste en considerar la posibilidad de resignificar una creencia y hacerla funcional o deconstruirla para generar otras alternativas.

De otro lado, en la identificación de los patrones interaccionales se obtuvieron resultados comunes y particulares:

- **Común en los tres casos:**

- Comunicación patológica-pauta descalificativa.
- Hijo triangulado-Dificultades en los padres como pareja.
- Un padre sobre-vinculado y el otro distante.

- **En particular:**

- Cada uno en relación con su consumo (caso 1 y caso 2).
- Pauta de interacción violenta (caso 2 y caso 3).

Por último, las intervenciones y los cambios obtenidos a partir de la intervención sistémica, planteados para ser resaltados como objetivo final de la investigación, se ven reflejados en la Tabla 2.

Tabla 2.
Intervenciones y cambios obtenidos en los pacientes

| Intervenciones | Caso 1 | Caso 2 | Caso 3 |
|-----------------------------------|---|--|---|
| En relación con el problema | <ul style="list-style-type: none"> -Redefinición del problema de consumo de sustancia, como un problema en las relaciones de la persona consigo misma y con los familiares. -Preguntas de influencia de escala relativa. -Evidenciar pautas de interacción: consumo, comunicación descalificativa. | <ul style="list-style-type: none"> -Redefinición del problema de consumo de sustancia, como un problema en las relaciones de la persona consigo misma y con los familiares. -Preguntas de influencia de escala relativa. -Evidenciar pautas de interacción: violencia, comunicación descalificativa y agresión verbal/física. | <ul style="list-style-type: none"> -Redefinición del problema de consumo de sustancia, como un problema en las relaciones de la persona consigo misma y con los familiares. -Preguntas de influencia de escala relativa. Evidenciar pautas de interacción: violencia, comunicación descalificativa y agresión verbal/física. |
| En relación con el eje individual | <ul style="list-style-type: none"> -Identificación de logros únicos. -Darle espacio a la emoción: hablar y trabajar la rabia, la frustración y la tristeza (ejercicios de externalización). -Acompañamiento en el proceso de individuación -focalizar la necesidad de reafirmación. -Fortalecimiento del establecimiento de límites en los contextos: familiar, de pareja y laborales. - Preguntas reflexivas y estratégicas con la intencionalidad de confrontar el pesimismo, autoexigencia, polaridades, las creencias en cuanto al consumo, de la mano con ejercicios de externalización. -Ejercicios de imaginar el futuro sin el problema por medio de varias escenas en las cuales se construía la escena futura donde el problema ya estaba superado. -Uso de las metáforas y rituales. -Sesiones familiares con la mamá y con la pareja, enfocadas principalmente en evidenciar cambios. Colocándolas en una postura de testigos ante el proceso terapéutico del consultante y potencializar sus recursos. | <ul style="list-style-type: none"> -Identificación de logros únicos. -Darle espacio a la emoción: hablar y trabajar la rabia, el dolor, la frustración, la tristeza (ejercicios de externalización). -Acompañamiento en el proceso de individuación -focalizar la necesidad de reafirmación. -Fortalecimiento del establecimiento de límites. -Preguntas reflexivas y estratégicas con la intencionalidad de confrontar el pesimismo, autoexigencia, polaridades, las creencias en cuanto al consumo, de la mano con ejercicios de externalización. - Ejercicios de imaginar el futuro sin el problema, por medio de varias escenas en las cuales se construía la escena futura donde el problema, ya estaba superado. | <ul style="list-style-type: none"> -Identificación de logros únicos. -Fortalecimiento del establecimiento de límites. -Imaginar el futuro sin el problema en términos de comenzar a construir una relación diferente madre e hijo. |

Resultados

| | | |
|--|---|--|
| <p>-Mejores relaciones familiares, en términos de una comunicación efectiva de su parte ante sus hermanos y padres.</p> <p>-Logró un acercamiento más abierto, permisivo y afectivo con su padre.</p> <p>-Independencia económica y emocional. Autoagenciamiento.</p> <p>-Relación estable con su pareja.</p> <p>-Conformidad y un mejor desempeño en el ámbito laboral. Visión optimista y futurista.</p> <p>-Buena relación con respecto a su meta de dejar de consumir.</p> | <p>-Posicionamiento de una manera diferente ante su familia en términos de un acercamiento más comunicativo, afectivo y empático en la relación con cada uno de los integrantes, especialmente con la madre.</p> <p>-Disminución de la pauta descalificativa y autodescalificativa.</p> <p>-Rompimiento de la pauta interaccional violenta.</p> <p>-Establecimiento de límites en los contextos de pareja y familia.</p> <p>-Se permitió una nueva relación de pareja y nuevas amistades.</p> <p>-Logró delimitar un sistema aparte del de su familia de origen, conformado por ella y su hija.</p> | <p>Se evidenció la pauta interaccional violenta y fue confrontada.</p> <p>Quedó establecida la necesidad de que este sistema ampliara sus redes de apoyo, específicamente en el área de salud, que fuera más abarcativa, haciendo referencia a la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico y de desintoxicación.</p> |
|--|---|--|

DISCUSIÓN

El arte de hacer investigación cualitativa es uno de los recursos con que cuenta el investigador para estar próximo al mundo empírico. Es por ello que a continuación se hace un ajuste entre el marco referencial teórico propuesto para la investigación y los resultados obtenidos en esta.

Primeramente, se encontró coincidencia con Ganitsky (2006), quien establece que se deben tener en cuenta factores ambientales. A su entender estos son determinantes en el desarrollo de una adicción, pues un medio disfuncional es un cultivo para que se instauren las adicciones. Y, precisamente, la ampliación del contexto de cada uno de los casos fue lo que hizo posible

comprender cómo las adicciones llegaron a instaurarse dentro de los sistemas de los consultantes, teniendo en cuenta lo disfuncional de estos.

Para explicar mejor en qué punto se igualan nuestros resultados con las ideas de Ganitsky (2006), se destaca que a pesar de las particularidades de los tres casos, en todos los participantes se evidenció que las relaciones principalmente familiares son disfuncionales. Más específicamente, en los casos 2 y 3, la dinámica familiar violenta propició que la identidad de estos jóvenes quedara desvalijada de recursos y que presentaran dificultades emocionales difíciles de manejar. Como el mismo Ganitsky (2006) lo afirma, las personas que desarrollan una adicción en un medio disfuncional se vuelven muy sensibles y en estas circunstancias los sentimientos son

difíciles de controlar, convirtiendo el consumo compulsivo y los comportamientos adictivos en medios idóneos para lograr un mejor clima emocional. Cabe aclarar que se hace énfasis en los casos 2 y 3 porque son ellos los que más hicieron hincapié en lo difícil que se les hizo desarrollarse y sentirse seguros en ambientes familiares con pautas interaccionales violentas. Para el caso 3, la exposición a la disfuncionalidad de la violencia, entendida como parte de una situación de vulnerabilidad, le hacía difícil el manejo emocional, encontrando en el consumo de sustancias psicoactivas una manera de sobrellevar dichas situaciones.

En la misma línea que Ganitsky (2006), se encuentran coincidencias con los resultados de la investigación de Stanton y Todd (2006), ya que ellos describieron la adicción como un drama que puede producir violencia, robos, picos emocionales y estados de desesperada ansiedad. En los tres casos, los picos emocionales y la ansiedad dependían de la etapa del ciclo adictivo en la cual se encontraban. Un ejemplo de ello fue expuesto reiteradas veces por el caso 2, quien decía que después de establecer una rutina de mucha exigencia que le generaba altos niveles de ansiedad, se iba de fiesta para conseguir euforia y terminaba al día siguiente triste con un nivel de culpabilidad que le generaba un gran malestar. Por otra parte, en el caso 3, la dinámica relacional se hacía cada vez más difícil de manejar por la violencia presente en su sistema y esto conllevaba la realización de robos para conseguir dinero con qué comprar drogas.

Pero no solo Ganitsky (2006), y Stanton y Todd (2006) plantearon la importancia de evaluar factores ambientales disfuncionales en los casos de adicciones, sino que también varios autores estudiaron el tema desde el enfoque sistémico y coinciden unánimemente en que el

contexto familiar es de fundamental importancia para entender dicho fenómeno.

Puntualmente, se evidenció coincidencia con la teoría en relación a lo mencionado por Berstein (2008), quien describió pautas interaccionales presentes en la estructura familiar de una persona adicta, como lo son una alianza madre-hijo, progenitor sobre-vinculado y progenitor periférico en un mismo sistema. Estas pautas se pudieron ver en la estructura familiar de los casos de manera diferente. En el caso 1, la alianza entre el consultante y su madre se vio afianzada por dos factores. El primero de ellos fue la dificultad de sus padres en su vida como pareja, descrita por el consultante como distanciamiento y dificultades en la comunicación. Y en segundo lugar, los altos niveles de exigencia del padre hacia el hijo, así como también la intolerancia al saber que este tenía problemas de adicción. De manera opuesta, los casos 2 y 3 se tuvieron que debatir en la inestabilidad generada por la ruptura de las relaciones de sus padres, quedando, en el caso 2, una sobre-vinculación con el padre y la madre periférica. Y en el caso 3, una sobre-vinculación con la madre y un padre periférico. En ambos casos, la relación distante con el padre periférico generó conflictos emocionales, trayendo a su vez dependencia con el padre cercano. Cabe resaltar que los dos últimos casos se tuvieron que debatir entre lealtades en la separación de sus padres, lo que informaron como punto incisivo en sus historias de inicio del consumo.

En línea con lo anterior y retomando a Stanton y Todd (2006), quienes hicieron énfasis en que un aspecto a tener en cuenta en la lectura de un sistema en donde se presenta una adicción es la tríada compuesta por el adicto y ambos progenitores, se pudo observar cómo estas triangulaciones fueron parte significativa de la pro-

blemática, que desde la visión de los consultantes eran muy difíciles de resolver, ya que no habían propiciado un establecimiento de límites entre sus padres como pareja y ellos.

En cuanto al establecimiento de límites, se observó en los tres casos dificultad en los jóvenes al principio de la intervención para establecerlos. De manera que el logro de estos se resaltó como parte de los resultados. Todo ello formaba parte de las pautas interaccionales familiares, específicamente hacia los padres que estaban estrechamente relacionadas con los mensajes ambiguos y descalificativos.

Por demás, en total acuerdo con lo afirmado por Haley (citado por Cancrini, 1973), se reafirma que en los sistemas familiares hay un desorden caótico que genera la insuficiencia funcional de uno de sus miembros al ser definido como el “enfermo” o incapaz. Por tanto, sus comportamientos aparecen adecuados a su papel, a su edad y a las funciones que tendría que realizar en la familia y fuera de ella. Estos aportes fueron complementados por el mismo Cancrini (1973-1987), cuando describió a las familias de adictos con comportamientos comunicativos contradictorios de los padres, como reproches y aprobación al mismo tiempo.

Es significativo lo que se observó en los resultados en términos de cómo los mensajes descalificativos tenían el paradójico poder de desempoderar a estos jóvenes hasta en la más mínima decisión y de generarles frustración, ya que, por una parte, tenían que enfrentarse a la demanda de estar en la obligación de resolver su problema con la adicción y con lo que debería ser el cumplimiento responsable de sus necesidades básicas (manutención) ante la exigencia de ser independientes

en consideración a sus edades y, por el lado contrario, todas las consideraciones que tenían al afirmar que ellos no estaban en la capacidad de lograr tales demandas. Toda esta frustración posibilita que el ciclo adictivo se mantenga, pues cuando quieren salir de él, se sienten “incapacitados” para hacerlo. De modo que son estas faltas de estima y confianza las que dificultan el logro de la fortaleza y decisión necesarias para establecer límites, lo que se termina volviendo, como también afirmaba Cancrini (1973-1987), un círculo vicioso que refuerza el comportamiento de los sujetos.

Cerrando con Cancrini (1973) y en total acuerdo con Alarcón (2006), en últimas la descalificación es un rasgo distintivo de la familia generadora de adicción, ya que deja sin satisfacer las necesidades de apoyo, comprensión y empatía entre sus miembros. En ellas no se reconoce, en efecto, la realidad individual y emocional de cada uno, manteniendo creencias alejadas de la realidad y expectativas desviadas de las posibilidades. Todo esto impide que se reconozca que el problema es producto de una dinámica relacional y genera un malestar emocional difícil de manejar.

Estas mismas creencias generan, como en los casos de esta investigación, que las soluciones intentadas sean proporcionales al escaso reconocimiento y a la poca comprensión que tienen los familiares y algunos terapeutas en relación con el problema. Un ejemplo de este planteamiento se pudo observar con el caso 3, cuando los padres decidieron internarlo en un centro de rehabilitación sin su consentimiento. Como esta varias de las soluciones intentadas por los otros casos se tornaron en una pauta reduccionista que excluye el amplio contenido psicológico de las dinámicas adictivas, enfocándose en que la única solución sea suprimir el consumo de las sustancias.

Por otra parte, no se podría dejar por fuera el rotundo acuerdo de nuestra investigación con lo propuesto por Slusky (1998). Este autor plantea la importancia de enfocar y a su vez ampliar la lectura de los casos clínicos atendiendo a la red social, ya que así se expande la capacidad descriptiva, se logran observar procesos adicionales que no eran reconocidos y se facilita el proceso de nuevas hipótesis, haciendo énfasis en la relación recursiva entre la red social y la salud de los individuos, lo que quiere decir, que la red social afecta al individuo y viceversa. En los tres casos fue notable como no solo la familia es parte de la interacción de la problemática de las adicciones, sino que las amistades, instituciones y otras redes forman parte importante de esas interacciones.

El impacto que generan las redes también puede deberse a su ausencia. En otras palabras, y según lo observado en los casos estudiados, las redes de apoyo son limitadas, teniendo en cuenta que las creencias sobre la adicción juegan un papel fundamental y que a su vez genera frustración en los consultantes. Ejemplo de ello se observó en el análisis del mapa de red del caso 1, en el cual el consultante afirmó que no tenía a mucha gente alrededor porque su “problema” de adicción no se lo permitía. Asimismo, es significativo el impacto que le generaban las voces sociales en relación con la descalificación por su consumo. Para él la opinión de los de su entorno podía fortalecerlo o desempoderarlo, pauta que se fortaleció a partir de la relación con su padre y que luego se volvió isomorfa.

Identificar la red ayudó, por otro lado, a que los consultantes visualizaran otras personas como apoyo. Un ejemplo es el caso 2, quien dibujó en su mapa de red a su sistema terapéutico como parte de apoyo, lo que es muy significativo en su caso.

Otro aspecto a destacar tiene que ver con las ideas citadas por Ulivi (2000), quien resalta del modelo de terapia breve centrado en las soluciones el hecho de que en vez de detenerse, como otros modelos de intervención, en las problemáticas pasadas, la idea de la intervención consiste en buscar expectativas a futuro. Sin embargo, hubo una distinción en nuestro caso, ya que este autor guía el proceso mediante proyecciones a futuro con el consumo, mientras que en la presente investigación la proyección consistió en imaginar un futuro libre de este problema.

En última instancia, vale la pena mencionar que los objetivos planteados inicialmente para la investigación fueron cumplidos en su totalidad. Así, retomando la justificación del estudio, en primer lugar, se amplió la comprensión de las dinámicas relacionales de las personas que en varias oportunidades han recaído en ciclos adictivos, quedando atrapadas. Esto se logró a través de la realización de un recorrido por las redes significativas de los participantes y de sus dinámicas familiares, resaltando aspectos como creencias, pautas que se pueden volver sólidas y dificultan el rompimiento de los ciclos. Fue significativamente positivo haber contado con una mirada amplia, que enfocó tres ejes: el individual, el familiar y el social. En segundo lugar, y para finalizar, es claro que se resaltaron los aportes de la terapia sistémica en esta problemática.

REFERENCIAS

Alarcón, R. (2006). *La familia adictiva*. Recuperado el 25 de marzo del 2009 de <http://www.mailxmail.com/curso-psicologia-adicciones/familia-adictiva>

- Berstein, M. (2008). Familias disfuncionales generadoras de conductas adictivas. En: *Revista Sistemas familiares y otros sistemas humanos*, 24(1).
- Bilbao, F. (2001). *Psicoterapia psicoanalítica en jóvenes no adictos que usan drogas*. Recuperado el 23 de noviembre de 2011 de http://www.liberaddictus.org/art_detalles.php?articulo=612
- Cancrini, L. (1973). *Experiencias de toxicomanías en jóvenes de Italia*. Milán: Editorial Mondadori.
- Clínica Capistrano (2008). *Qué son las poliadicciones*. Recuperado el 25 de marzo del 2009 de http://www.clinicacapistrano.com/adicciones_poliadiccion.html
- Cunillera, C. (2008). Más allá de la abstinencia. En *Revista Sistemas familiares y otros sistemas humanos*, 24(1).
- Ganitsky, A. (2006). ¿Uso, abuso o adicción? En: *Revista Javeriana*, (78), 8-13.
- Hernández, A. (1997). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. Bogotá: Editorial Búho.
- Hernández, A. (2004). *Psicoterapia sistémica breve. La construcción del cambio con individuos, parejas y familias*. Bogotá: Editorial Búho.
- Lieblich, A., Mashiach, R. & Zilber, T. (1998). *Narrative Research. Applied Social Research Method Studies Vol 47*. EE.UU.: Sage Publications.
- Minuchin, S. (1967). *Families of the Slums: an exploration of structure and treatment an exploration of structure and treatment*. New York: Basic Books.
- Puentes, P., Acosta, J., Cervantes M. & Paternina, B. (2005). *Características neuropsicológicas en adultos policonsumidores de alcohol, marihuana, bazuco y cocaína entre las edades de 20-50 años adscritos al programa de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Barranquilla*. Recuperado el 03 de sep. de 2009 de http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol6_num2_carteles.pdf
- Sánchez, E. (2006). La investigación en el tratamiento psicológico de las adicciones: en busca de la utilidad clínica. En *Adicciones*, 18(3), 259-264.
- Slusky, C. (1998). *La red social: Frontera de la practica sistémica*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Stanton, M. & Todd, T. (1990). *Terapia familiar del abuso y adicciones a las drogas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Ulivi, G. (2000). Terapia breve centrada en la solución como modelo de terapia familiar de toxicómanos. En *Adicciones*, 12(3), 425-430.
- Vilar, S. (1997). *La nueva racionalidad. Comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Yin, R. (1993). *Applications of case study research*. Newbury Park, Ca: Sage Pub.