
REDES DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL: LA FAMILIA

Helena Calvo Botella

Centro de Día PATIM, Castellón, España

RESUMEN

Es un hecho ampliamente aceptado el hecho de que el abuso de drogas y las conductas adictivas tienen consecuencias negativas en diferentes áreas de la vida familiar. Muchos miembros de la familia pueden mostrar perturbaciones psicológicas, psicosomáticas, afectivas, económicas,... pero paralelamente, es igualmente cierto que las dinámicas familiares pueden influir sobre las conductas adictivas y su tratamiento. En este artículo se comentan dicha influencia recíproca y el papel de la familia en la integración social del paciente adicto.

Palabras clave: *conductas adictivas, integración social, familia.*

ABSTRACT

It is widely accepted that drug misuse and addictive behaviours have negative consequences in different areas of family life. Many family members can show psychological, psychosomatic, affective, economic disturbances..., but it is true as well that family dynamics can influence addictive behaviours and their treatment. In this paper this reciprocal influence and the role of family in social integration of addicted patients are discussed.

Key words: *addictive behaviours, social integration, family.*

Correspondencia:

Helena Calvo Botella. Centro de Día PATIM. Paseo Ribalta, 29. 12004 Castellón (España).
Correo-e: cdia@patim.org

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas décadas ha comenzado a hacerse especial énfasis en los beneficios obtenidos de la consideración del sistema familiar como objeto de intervención en situaciones tales como la existencia de una enfermedad física crónica en uno de los miembros, familias con pacientes terminales, familias con enfermos mentales, y familias de alcohólicos (Fuertes y Maya, 2001), y por extensión, otros drogodependientes. Todas estas situaciones comparten un denominador común: la existencia de algún tipo de trastorno, físico y/o psicológico, que afecta a uno de los componentes de la familia pero que por cuya importancia, afecta extensivamente a todos los miembros del sistema familiar, generando alteraciones en el funcionamiento del mismo. Dichas alteraciones comprenden aspectos tan diversos como dificultades de reorganización y adaptación a las demandas generadas por la situación, dificultades derivadas de la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas, dificultades para mantener la autonomía e independencia de los miembros de la familia, sobrecarga emocional, física y/o económica, y alteraciones en la esfera emocional, física y/o social, tales como sintomatologías ansioso-depresivas, labilidad emocional, somatizaciones, dificultades de sueño y de alimentación, restricción de actividades y contactos sociales, etc.

Paralelamente a este hecho, la experiencia constata que la familia es objeto de intervención como sistema afectado pero también en la medida en que sus comportamientos, actitudes, ideas, etc, facilitan o dificultan el abordaje rehabilitador/integrador del paciente o miembro individual afectado por el trastorno. Aunque en el presente artículo abordaremos el caso concreto de la persona drogodependiente, la familia juega un papel fundamental en la integración de otros colectivos con dificultades, como los afectados por discapacidades físicas o psíquicas o los enfermos mentales.

EL IMPACTO DEL ABUSO DE DROGAS Y LA CONDUCTA ADICTIVA EN LA FAMILIA

La palabra “familia”, procedente de la raíz latina *famulus* (que significa sirviente o esclavo doméstico), agrupaba en un principio al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. La familia era regida por

el *pater*, quien ostentaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos.

La evolución de las sociedades ha traído consigo una evolución de conceptos que pueden considerarse clave en las mismas, siendo el concepto de “familia” uno de ellos, en la medida en que representa generalmente el grupo primario de pertenencia del individuo así como el primer agente socializador del individuo. El proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella (Hidalgo y Carrasco, 1999).

Se ha sugerido como núcleo de la idea de familia la existencia de una implicación duradera a nivel emocional, de modo que a efectos prácticos, la familia podría definirse en base a los lazos afectivos más importantes de cada paciente (Center for Substance Abuse Treatment, 2004). Esta aproximación permite considerar la intervención familiar desde una óptica más amplia, lo que resulta de especial interés en el ámbito de las conductas adictivas, ya que no es infrecuente encontrar individuos con contactos nulos o escasos con los miembros de la familia “tradicional” (propia o de origen, nuclear o extensa), encontrándose incluso vínculos que resultan altamente perjudiciales desde el punto de vista de la rehabilitación/integración; estos mismos individuos pueden contar con figuras de apoyo a los que no están unidas por los clásicos lazos de consanguinidad, filiación, etc... y que, sin embargo, juegan un papel importante en su proceso terapéutico.

En el ámbito de los problemas por abuso y dependencia de sustancias se ha venido desarrollando una conciencia creciente acerca del impacto que el consumo de drogas por parte del individuo tiene en otros miembros de la familia, incluyendo la familia extensa y amigos (Scottish Executive-Substance Misuse Division, 2002). Entre las áreas más directamente afectadas por el abuso de drogas por parte de un familiar encontramos las siguientes (Washton, 1995; Scottish Executive, 2002).

- Efectos en la salud psicológica, tales como cambios de humor, irritabilidad, ansiedad, culpa, preocupación, miedo y confusión, etc.
- Efectos en la salud física, como enfermedades relacionadas con el estrés, hipertensión, úlceras, cefaleas, pérdida del apetito o compulsión por la comida, etc.
- Efectos en las relaciones familiares, tales como reorganización de roles (especialmente significativos cuando los abuelos asumen el cuidado

del hijo de padre/madre drogodependiente), incremento en las tensiones familiares, alteraciones en la comunicación y discusiones frecuentes, con rupturas del núcleo familiar en casos extremos.

- Efectos en el ámbito financiero, incluyendo incremento del gasto económico asociado a costes derivados de determinados tratamientos, robos efectuados por el adicto, y pago de deudas contraídas por éste. El ámbito laboral también puede verse afectado, de forma que el familiar del paciente drogodependiente puede mostrar disminución del rendimiento laboral, dificultades de concentración, necesidad de hacer horas extras o pedir permisos para realizar acompañamientos, etc.
- Efectos en la esfera social, entre los que pueden considerarse tendencia al aislamiento de la familia y amigos, reducción de las actividades de ocio (por miedo a dejar al adicto “solo en casa” o bien por “no tener fuerzas ni ilusión”), miedo al rechazo por parte del entorno habitual, ocultación de la problemática a conocidos y familiares no tan directamente implicados, etc.

Hallazgos similares se han encontrado en el ámbito de las conductas adictivas no tóxicas, caso del juego patológico, aunque se trata de un ámbito relativamente poco explorado en este tipo de problemáticas (Fernández-Montalvo y Castillo, 2004).

Por otro lado, las necesidades percibidas en el ámbito de la intervención familiar (Scottish Executive, 2002) hacen referencia a:

- Manejar apropiadamente los sentimientos de estigma y discriminación.
- Acceso adecuado a los recursos de tratamiento e implicación en el mismo.
- Apoyo en el modo de manejar al adicto, a fin de detectar aquellas estrategias empleadas por la familia que pueden tanto ayudar como obstaculizar la rehabilitación del paciente.
- Acceso a información adecuada acerca de las drogas, los problemas de drogas, el proceso de rehabilitación, y los tratamientos disponibles.
- Acceso a un rango amplio de alternativas de apoyo, ya que diferentes miembros de la familia, en la medida en que cuentan con estrategias y recursos de afrontamiento diferentes, también presentan diferentes necesidades.

- Apoyo emocional. La ansiedad y estrés ligado al consumo de drogas por parte de un pariente cercano requiere del apoyo por parte de fuentes informales (amigos, familia extensa) y en muchas ocasiones, formales.
- Apoyo práctico, en la medida en que la rutina diaria de la familia puede verse afectada por el impacto del abuso de drogas.

Generalmente los diferentes recursos de tratamiento intentan con mayor o menor éxito cubrir este tipo de necesidades, considerándose como indicadores de efectividad en las intervenciones familiares aspectos tales como la mejora de los niveles de información sobre drogas y recursos, la reducción en los síntomas de ansiedad/depresión, mejora de las habilidades de afrontamiento, mejora en las habilidades de comunicación, mejora de la cohesión y consistencia intrafamiliar, mejora de la autoestima, de las actividades gratificantes y la red social (Scottish Executive, 2002), etc. Cabe destacar en este sentido, que incluso el mismo tratamiento puede, en determinados casos, ser generador involuntario de aislamiento social y exclusión del resto de sistema familiar con respecto a su entorno habitual cuando las exigencias del programa son muy elevadas en tiempo y esfuerzo para la red de apoyo inmediato del paciente, por lo que este aspecto debe tenerse en cuenta y estar sujeto a evaluación continua por parte de los profesionales, a fin de valorar e implementar posibles soluciones alternativas.

PAPEL DE LA FAMILIA EN LA REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DEL PACIENTE ADICTO

Del mismo modo que la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo, a su vez la familia influye en éste; se ha señalado, en este sentido, que para muchos individuos las interacciones con la familia de origen así como con la familia actual provocó una dinámica para el uso de sustancia, de modo que las interacciones con miembros de la familia pueden agravar o perpetuar al problema o ayudar a resolverlo (Hervás y Gradolí, 2001).

Un concepto ampliamente conocido a este respecto lo constituye el de *codependencia*. La persona codependiente convierte al consumidor en su principal prioridad y vive en función de él (ella), aplicando una serie de reglas que no son eficaces para “curar” al adicto y que se repiten

una y otra vez, entre los cuales se hayan a menudo la hiperprotección y justificación. Las motivaciones pueden ser varias (Delgado y Pérez, 2004): ganancias secundarias, la consecución ocasional de pequeños cambios “prometedores”, el temor a consecuencias peores si se abandona al consumidor, el sentirse responsable de lo que ocurre; la ocurrencia intermitente de períodos de abstinencia que el codependiente asocia a su propia conducta, etc.

Aunque existe controversia al respecto del propio concepto y de si constituye una entidad diagnóstica clara o no, es frecuente encontrar, al menos, *actitudes codependientes* que pueden entorpecer el proceso de rehabilitación del paciente y/o la familia y que deben ser abordadas a fin de maximizar los resultados de éste. Así, paradójicamente, en ocasiones la familia no se adapta adecuadamente a la recuperación de la persona con problemática adictiva.

En el ámbito que nos ocupa, resultan de gran interés las conclusiones de García (1999) al respecto de la intervención con los padres para disminuir las tasas de recaída. Algunas de ellas hacen referencia a un mejor pronóstico para aquellos toxicómanos que al iniciar el programa comunican a la familia la toxicomanía, a la relación de un funcionamiento familiar ordenador con periodos más prolongados de abstinencia, el carácter predictor de recaída de la presencia de familiares consumidores de drogas, la presencia de peor clima familiar, menor red de apoyo social y mayor número de acontecimientos vitales estresantes incontrolables (muertes, divorcios de padres, etc.) en pacientes que “caen”, la importancia de la implicación familiar para maximizar la retención en el tratamiento y mejorar el pronóstico, etc... No obstante, de todas las observaciones realizadas, destacaremos tres (García 1999):

- La duración de la abstinencia depende en gran parte de que la familia acepte la viabilidad del plan de rehabilitación.
- La reacción de los padres a los esfuerzos de autonomía, expresión abierta a pensamientos y sentimientos y la empatía se relaciona con una mayor abstinencia.
- Las falsas expectativas por parte de los padres sobre la recuperación del hijo drogodependiente inciden en la recaída, en la crisis y en los problemas graves en la familia.

Estas afirmaciones, fácilmente ratificables por los profesionales que trabajan en la intervención terapéutica directa con pacientes y familias,

puede extenderse a nuestro entender al ámbito más global de la integración social del drogodependiente. En cierto modo, los profesionales suelen hallarse atados a las diferencias entre conceptos tales como “tratamiento”, “deshabitación”, “rehabilitación” e “integración”, perdiendo en algunas ocasiones la perspectiva real con la que, a nuestro entender, debe trabajarse. Dejando a un lado que en determinados momentos temporales se haga mayor énfasis en unos aspectos que en otros, el objetivo último del abordaje de todas las conductas adictivas es la consecución de un grado razonable de normalización psicosocial del paciente/usuario, lo que va más allá del mantenimiento de la abstinencia e incluye una vida afectiva, lúdica, social, laboral... satisfactoria. Ni que decir tiene que todos estos aspectos se hallan íntimamente ligados, siendo a menudo la existencia de déficits en las etapas finales del proceso las que precipitan recaídas y retornos a la conducta problema. Estos déficits pueden venir asociados a actitudes familiares disfuncionales; así, la incertidumbre, un miedo exacerbado a la recaída y el deseo de mantener un “status quo” en fases intermedias del tratamiento puede ocasionar que la familia se resista a que el paciente siga avanzando: la búsqueda de empleo, la disminución progresiva del control familiar sobre la nómina y otros ingresos, la iniciación o recuperación de actividades de ocio, la asunción de responsabilidades de la vida cotidiana y la recuperación de roles dentro de la familia... son todos ellos aspectos que deben producirse paulatinamente y que no siempre son bien vistos por el entorno familiar. El profesional puede encontrarse con situaciones, como la experimentada por la autora del presente artículo, de madres que indican que no cederá el control de las tarjetas y la cartilla del banco hasta que su hijo no obtenga un alta, siendo necesario señalarle, que el paciente no recibirá el alta hasta que demuestre la capacidad de manejar las mencionadas tarjetas y cartillas; o bien familiares que sistemáticamente controlan la correspondencia y fechas de entrevistas laborales o citas en recursos de tratamiento o de búsqueda de empleo, impidiendo de este modo que el paciente asuma un papel activo dentro de su propio tratamiento. Este tipo de anécdotas subraya que a menudo, contar con la familia como puede convertirse en una necesidad, no sólo por su papel facilitador, sino también obstaculizador del proceso.

En este sentido, y en un momento en que se está haciendo especial énfasis en la perceptiva de género en el abordaje de las conductas adictivas, la experiencia de la gestación y la maternidad es un aspecto que suele asociarse con una mayor motivación para la búsqueda y retención en el tratamiento. No obstante existe un tipo de “recuperación de rol”,

el de madre, que suele resultar de especial dificultad, ya que la familia extensa, que en muchos casos se ha hecho cargo del cuidado de los menores, es muy reacia a devolver a la madre el papel que le corresponde, ni siquiera de forma progresiva. Asimismo la drogodependencia puede generar altos niveles de conflictividad no resueltos que provocan que la familia extensa no apoye de manera constructiva la relación materno-filial y llegue a maximizar o a crear todo tipo de obstáculos para boicotarla. Paralelamente a todo ello hay numerosos factores que a menudo resultan difíciles de hacer ver a la mujer que tiene problemas de drogas: el impacto que su trastorno haya podido tener en el niño, la baja calidad/frecuencia de los contactos que haya podido tener con ella y el establecimiento, por parte del niño, de afectivos sólidos con otras figuras de apego. La intervención debe orientarse a enseñar a la madre a asumir los efectos de su problemática en el menor, a manejar el resentimiento o alejamiento emocional del niño, y a enseñar al mismo niño, desde una perspectiva apropiada para su nivel evolutivo, qué significa una situación de drogodependencia.

Por otro lado, si para la mujer la existencia de hijos menores a los que debe cuidar puede ser, aún hoy, un factor que dificulta el acceso a los recursos de búsqueda de empleo y al mercado laboral, en la mujer drogodependiente debe tenerse este aspecto especialmente en cuenta, ya que puede llegar a dificultar el acceso a los recursos de tratamiento y la adherencia al mismo.

TIPOS DE INTERVENCIÓN

En cuanto al tipo concreto de intervención familiar que puede llevarse a cabo, el Protocolo de Mejora de Tratamiento del Departamento de Salud de los Estados Unidos (*Center for Substance Abuse Treatment*, 2004) diferencia entre 5 niveles de intervención familiar (ver Tabla 1), dependiendo el grado de implicación del terapeuta de:

- Factores dependientes del profesional. La experiencia y formación determinan tanto la comodidad, como la competencia de un determinado profesional a la hora de realizar un determinado tipo de intervención.
- Factores dependientes de la familia, como las necesidades de la misma y su capacidad de cambio.

Tabla 1:
NIVELES DE INTERVENCIÓN
Protocolo de Mejora de Tratamiento.
Departamento de Salud de los Estados Unidos

1. Implicación escasa o nula con la familia
2. Psicoeducación
3. Facilitación de la expresión de sentimientos y prestación de apoyo.
4. Asesoramiento sistemático e intervención planificada.
5. Terapia familiar

Haremos especial énfasis en la psicoeducación, por considerar que ha supone un tipo de intervención especialmente interesante, ya que muchas familias presentan carencias en lo que se refiere a conocimientos básicos (qué es una droga, qué tipos de drogas existen y qué efectos tienen, en qué consisten realmente los problemas de abuso y/o la adicción, qué implica un tratamiento y cuáles son sus fases y limitaciones, etc). Este tipo de abordaje parte de un enfoque positivo, que subraya el papel de la familia como agente terapéutico activo en el proceso del tratamiento del individuo enfermo, por tanto el *objetivo* de este tipo de programas es *orientar y ayudar* a la familia a *identificar* con claridad el problema, sus causas, el curso y cómo se desarrolla, cuáles son sus síntomas y tratamientos empleados para que así puedan intervenir en cierta medida en el proceso de mejora y curación de sus hijas/os (Salorio, Ruiz, Torres, Sanchos y Navarro, 1999). Consideramos que la psicoeducación es un tipo de intervención necesario para todo tipo de familias, aunque su mayor indicación según algunos autores, sea en las familias funcionales siendo preferente la terapia familiar o la no intervención en otro tipo de familias, como las aglutinadas o desintegradas (Kaufman, 1985). En cualquier caso, es conveniente explorar en todas ellas (tabla 2) lo referente a estructura y relaciones familiares, grado de afectación por la problemática, expectativas, nivel de implicación, etc.

Tabla 2:
ÁREAS DE INTERÉS EN LA EVALUACIÓN DE FAMILIAS EN EL
ÁMBITO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

- Genograma, aspectos estructurales y relacionales.
- Cohesión familiar.
- Conocimientos generales sobre drogas y adicción.
- Conocimientos específicos sobre el problema de drogas del familiar.
- Consecuencias del problema de drogas en la familia.
- Expectativas ante el tratamiento.
- Grado de implicación al que la familia puede comprometerse.
- En qué medida el paciente acepta la implicación familiar.
- Importancia otorgada por la familia al propio papel en el proceso de rehabilitación.
- Tratamientos previos.
- Toma de decisiones y medidas previas respecto del problema de drogas y resultados.
- Estilos educativos, comunicativos, atribucionales... generales del sistema familiar.
- Antecedentes psiquiátricos y/o de consumo de drogas en la familia, incluidos consumos sociales y medicación psicoactiva prescrita.
- Estrés adicionales pasados y presentes que afecten o hayan afectado al sistema familiar.
- Red de apoyo de la propia familia.

El trabajo con la familia una vez efectuada la evaluación correspondiente incluye áreas variadas, tales como información y conceptos básicos sobre

conductas adictivas (factores de riesgo y protección, concepto de droga, uso, abuso y dependencia, la recaída y prevención de la misma, etc), la información sobre las diferentes fases del proceso de tratamiento y papel de la familia en cada una de ellas, la asunción de conceptos básicos en modificación de conducta: (antecedentes, consecuentes, refuerzos positivos y negativos, castigos), el reconocimiento y manejo de emociones, las habilidades de comunicación y negociación, asertividad y autoestima, solución de problemas, la creación de espacios que potencien la recuperación gradual de responsabilidades por parte del paciente, y la creación de espacios que favorezcan la recuperación de los diferentes miembros de la familia de actividades y relaciones gratificantes, entre otras.

CONCLUSIONES

La intervención con la familia en el ámbito de la integración del individuo que presenta algún tipo de trastorno adictivo responde a su estatus de influida por, e influyente en, la conducta adictiva y el proceso de rehabilitación de ésta a diferentes niveles. En este sentido, una cuidada evaluación de las características familiares puede ser un instrumento fundamental de cara a la detección de las áreas potencialmente más problemáticas y a la posterior intervención sobre las mismas. Debe prestarse especial atención a las conductas de sobreprotección y a las resistencias generadas por los requerimientos de autonomía del paciente en etapas avanzadas del proceso de rehabilitación, los cuales son necesarios para la consecución de una integración social satisfactoria.

REFERENCIAS

- Center for Substance Abuse Treatment (2004). *Substance Abuse Treatment and Family Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 39*. DHHS Publication No. (SMA) 04 -3957. Rockville, MD.
- Delgado, D. y Pérez, A. (2004). La codependencia en familiares de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Psicothema* 16(4): 633-639.
- Fernández Montalvo, J. y Castillo, A. (2004). Repercusiones familiares del juego patológico. *Salud y Drogas* 4(2): 149-166.
- Fuertes, M.C. y Maya, M. U. (2001). Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. *ANALES Sis San Navarra*, Vol. 24, Suplemento 2, 83-92.

- García, E. (1999). Intervenciones grupales con padres para disminuir las tasas de recaída y abandono de tratamiento en hijos toxicómanos basadas en el modelo de emoción expresada. En: *Experiencias Europeas de Atención a drogodependientes con hijos*. Bilbao: AGIPAD, 43-61.
- Hervás E. y Gradolí, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos Adictivos*, 3(1): 21-27.
- Hidalgo C. y Carrasco, E. (1999). *Salud familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Ediciones Universidad Católica.
- Kaufman, E. (1985). Interpersonal psychotherapy adapted for ambulatory cocaine abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 11: 171-91.
- Salorio, P., Ruiz, M.E., Torres, A., Sanchos, F. y Navarro. L. (1999). Psicoeducación familiar en grupo en los trastornos de la alimentación. Aplicación de un programa. *Psiquiatría.com* 3,1 Extraído el 25 de Diciembre, 2006 de http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num1/art_2.htm
- Scottish Executive. Substance Misuse Division. *Effective Interventions Unit. Supporting families and carers of drug users: A review*. Extraído el 1 de Enero, 2007 de <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/47007/0025628.pdf>.
- Washton, A. (1995). *La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención*. Barcelona: Paidós.

(Recibido/received: 20-03-07; aceptado/accepted: 30-04-07).