

Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Derecho

LA DESVINCULACIÓN FAMILIAR EN EL ADICTO.

Trabajo fin de grado presentado por:	Ana Belén Soler Martín
Titulación:	Grado en trabajo Social
Línea de investigación:	Trabajo Social
Director/a:	José Manuel García Moreno

Fecha de finalización: 24 de Enero de 2014

CATEGORÍA TESAURO: 3.4.3

▪ Resumen

Los obstáculos en la desvinculación respecto a la familia de origen pueden suponer un factor de riesgo que influya en la aparición de las adicciones. Este trabajo ha tratado de verificar si esto es así, basándose en la psicopatología de la desvinculación propuesta por Cancrini y La Rosa, desde un enfoque sistémico. Para ello hemos comparado la desvinculación entre 50 adictos a heroína y/o cocaína atendidos en nuestro centro de trabajo y 50 hermanos no toxicómanos, emparejados por edad y sexo, mediante la elaboración de un cuestionario específico. Los datos obtenidos reflejan que la práctica totalidad de los pacientes toxicómanos han tenido problemas para completar la desvinculación familiar frente a casi ninguno de sus hermanos no adictos. Hemos constatado asimismo que los postulados planteados por Cancrini y La Rosa han resultado válidos y útiles para el análisis de los problemas en la desvinculación de nuestra población adicta.

Palabras clave: psicopatología de la desvinculación, toxicomanía, enfoque sistémico

■ Índice

RESUMEN	Página 2
INDICE	Página 3
I.- INTRODUCCION	Página 4
I.1. Justificación del tema	Página 4
I.2. Planteamiento del problema	Página 5
I.3. Objetivos	Página 6
II. MARCO TEÓRICO	Página 6
II.1. Las drogas en España	Página 6
II.2. La crisis de la adolescencia	Página 7
II.3. Drogas y adolescencia	Página 9
II.4. Intervención y prevención familiar en toxicomanía	Página 15
II.5. Teorías de la desvinculación	Página 17
II.6. Tipología de las toxicomanías	Página 23
III. MARCO EMPÍRICO	Página 26
III.1. Selección del método	Página 26
III.2. Técnicas de Producción de Datos	Página 26
III.2.1. Técnicas empleadas / Instrumentos	Página 26
III.2.2. Determinación de la muestra	Página 27
III.2.3. Formulación de hipótesis	Página 28
IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	Página 29
IV.1. Descripción de las características de la muestra	Página 29
IV.2. Hipótesis 1	Página 32
IV.3. Hipótesis 2	Página 35
IV.4. Hipótesis 3	Página 36
V. DISCUSIÓN CRÍTICA DE LOS RESULTADOS	Página 39
VI. CONCLUSIONES	Página 44
VII. LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS	Página 46
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Página 47
IX. ANEXOS	Página 50

I. Introducción.

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Hemos constatado la escasez de estudios en las revistas y bases de datos más utilizadas sobre el origen de los comportamientos adictivos, centrándose mucho más a menudo en las repercusiones de la droga sobre la salud, la economía y la seguridad de las personas. Efectivamente, las complicaciones psicológicas, médicas, sociales y judiciales están habitualmente en un primer plano, mientras que los trastornos que hacen posible su irrupción, en palabras de Cancrini y La Rosa (1996): “generalmente sólo se vuelven evidentes en el momento en que las vicisitudes de la vida o la intervención terapéutica bloquean los comportamientos sintomáticos de segundo nivel”. (p.67).

En consecuencia, la respuesta institucional frente a este problema se ha concretado en la creación de centros de tratamiento para el control sanitario y social sobre el individuo, que ignoran muchas veces el sufrimiento y la necesidad de otro tipo de ayuda tanto por parte del paciente como de las personas que le rodean, así como la ineficacia del tratamiento sin entender y actuar sobre las dinámicas familiares donde se gestó la enfermedad.

Parece, pues, lógico pensar que las familias pueden influir en una cierta predisposición (hereditaria, por aprendizaje, identificación, etc.), a que estas personas desarrollen conductas de riesgo que puedan derivar a su vez en problemas con las drogas. Si consideramos el proceso evolutivo del individuo como una etapa en la cual este individuo, en su proceso de crecimiento personal, se puede encontrar con numerosos obstáculos para desarrollar una vida normalizada, este estudio intenta, de una forma muy modesta, tantear si los obstáculos en la desvinculación respecto a su familia de origen, tal como postulan Luigi Cancrini y Cecilia La Rosa en su libro *La Caja de Pandora*, pueden suponer un factor de riesgo que influya en la aparición de las adicciones (1996).

Pretendemos comprobar en nuestros pacientes si, como afirman estos autores, un adolescente pueda recurrir a las drogas o el alcohol para afrontar estos problemas en la desvinculación, y que esta pueda ser la razón de que dentro de una misma familia existan hijos adictos y otros que no lo son, a fin de poder detectar qué individuos pueden tener cierta predisposición que haga necesaria una respuesta preventiva y terapéutica específica.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde mi puesto de trabajadora social en el Centro Municipal de Drogodependencias de San Pedro de Alcántara he observado que un gran volumen de pacientes (considerados adultos en referencia a su edad cronológica), siguen viviendo con las familias de origen. A su vez este tipo de población suelen ser los que presentan mayores problemas para la recuperación, ya que continuamente se producen crisis familiares que impiden un avance en los procesos terapéuticos. También se ha observado que cuando el paciente mejora y empieza a desenvolverse fuera del medio familiar, la familia le pronostica constantemente la recaída, induciéndole a que tenga miedos, dudas sobre lo que está haciendo y con un control excesivo sobre su vida. De esta situación se deriva que en casi todos los casos la familia ayuda poco a la recuperación del paciente y los profesionales tampoco suelen tener en cuenta su posible utilidad para la rehabilitación y prefieren mantenerla al margen, y sólo se las utiliza para realizar tareas de control sobre el paciente.

Por otro lado, aunque se le dan una gran importancia al medio y a la maduración personal del paciente, las circunstancias personales, los escasos recursos que existen al nivel de incorporación social, etc., suelen propiciar que el paciente vuelva al medio donde vivía, sin grandes cambios en las relaciones familiares y el estilo de vida anterior.

Con este estudio pretendemos corroborar la impresión de que la toxicomanía se relaciona con problemas en la desvinculación, y para ver que estos problemas no se deben más al posible tipo de familia desestructurada o multiproblemática del toxicómano, les comparamos con los hermanos no adictos.

Para ello vamos a basarnos en la teoría de la desvinculación de Cancrini y La Rosa (1996), desde un enfoque sistémico. Estos autores clasifican la psicopatología de la desvinculación en cuatro tipos, de mayor a menor gravedad, que correlacionan con diagnósticos psiquiátricos (que ellos llaman “emergencias subjetivas”): la de la desvinculación imposible (esquizofrenia hebefrénica y simple), la de la desvinculación inaceptable (esquizofrenia paranoide y catatónica), la de la desvinculación aparente (crisis del tipo depresión-manía, formas graves de anorexias y toxicomanías) y la de la desvinculación de compromiso (trastorno de la personalidad esquizoide o límite, “brotes psicóticos”, formas menos graves de toxicomanía o anorexia, desarrollo paranoico).

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Analizar si existe relación entre la desvinculación familiar y el proceso de adicción a drogas entre los usuarios del Centro Municipal de Drogodependencias de San Pedro de Alcántara (Málaga).

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Comparar en qué medida hay diferencias en relación a la desvinculación incompleta entre toxicómanos y hermanos no toxicómanos
2. Agrupar a los toxicómanos con problemas en la desvinculación en la clasificación propuesta por Cancrini y La Rosa (desvinculación imposible, inaceptable, aparente y de compromiso), y comprobar qué tipo de desvinculación es la más prevalente.
3. Verificar si se corresponde el tipo de psicopatología de la desvinculación que presentan los pacientes con las patologías psiquiátricas (“emergencias subjetivas”) correlacionadas según la tipología propuesta por Cancrini y La Rosa.

II. Marco Teórico

2.1. LAS DROGAS EN ESPAÑA

A partir de la década de los 70 se produjo en España una rápida expansión de una forma de toxicomanía centrada alrededor del consumo habitual de heroína por vía intravenosa, que provocó una intensa alarma social, el desarrollo de una nueva economía ilegal dedicada a la producción y distribución de drogas, y la emergencia de un grave problema de salud pública. Así, según datos de la Agencia Antidroga, si en nuestro país en 1980 había 79.000 adictos a la heroína, en 1984 ya eran 125.000, con una prevalencia del 0.5 al 1%. (Observatorio Español sobre Drogas, 1999; Agencia Antidroga, 1998).

El incremento del número de heroinómanos por vía parenteral parece estabilizarse en la década de los 90, observándose simultáneamente modificaciones en las tendencias del consumo, con el aumento de la proporción de pacientes de más edad que inician tratamiento, el estancamiento en el número

total de adictos, la mayor demora entre el primer uso de opiáceos y la demanda de tratamiento, e importantes cambios en la vía y el modo de administración, con una tendencia a la mezcla de sustancias. (Ochoa, 2001).

Hoy en día la cocaína es, tras el cannabis, la sustancia ilegal más consumida por los españoles, y España es el país de la Unión Europea donde se registra un mayor número de cocainómanos que solicitan tratamiento de deshabituación de esta sustancia, concretamente un 17% de los consumidores de drogas que acceden a las redes asistenciales. También sigue siendo el país con el mayor número de incautaciones de cocaína de la Unión Europea, y donde esta droga se puede encontrar en la calle a unos precios más bajos (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2006).

Aunque la heroína sigue popularizando la mayoría de las preocupaciones de los ciudadanos en relación con las drogas, la realidad es que el consumo de heroína se reduce de manera constante desde 1995, concentrándose en un colectivo de heroinómanos veteranos que, por su propia dependencia o por sus estilos de vida, no han conseguido abandonar el consumo. Tal vez, esta visión tan sesgada del problema esté impidiendo una comprensión más adecuada de un fenómeno mucho más complejo. Sin embargo, a pesar de su bajo consumo actual, continúa siendo la droga que más trabajo da a los recursos de asistencia a drogodependientes, por tratarse de un grupo de usuarios crónicos con variadas patologías y carencias sociales (Observatorio Español sobre Drogas, 2004).

2.2. LA CRISIS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es la fase de la vida en la que dan sus primeras señales, y a veces se desarrollan, la mayor parte de los trastornos psiquiátricos. La adolescencia es un concepto relativamente reciente, nacido en Occidente. En las sociedades estables, no evolutivas, el paso de la niñez al estado adulto está más claramente marcado que entre nosotros. El paso se realiza a través de la dolorosa prueba de la iniciación. Los modelos de iniciación son diferentes según las sociedades, pero todos sirven a la integración social del sujeto en el mundo de los adultos. El individuo adquiere un nombre y aprende lo que se debe saber de los valores de la sociedad en la cual tiene reservado un lugar. El tiempo del paso de la niñez a estado adulto puede durar de quince a cuarenta años. Algunos

renuncian a exponerse a la prueba de iniciación, y entonces se marginan, se convierten en “ceros sociales” (Mannoni, Deluz, Gibello y Hébrard, 1986).

Este acompañamiento de los adultos en la aventura cultural de los adolescentes falta en nuestro tipo de sociedad occidental. El único modelo de paso de la niñez a la condición adulta que se ofrece a los niños es el modelo escolar. Pero, paradójicamente, en la escuela los niños no saben en qué se los inicia. Y el adolescente llega a la edad adulta sin garantía alguna en cuanto al lugar que habrá de ocupar entre los mayores y entre sus pares.

Freud fracasó en los análisis de adolescentes que había tratado a requerimiento de los padres. La palabra adolescencia no figura en los índices freudianos salvo en los *Estudios sobre la histeria*, lugar en que Freud (1993) considera la adolescencia vagamente como una especie de repetición de la pubertad, que constituye el momento decisivo de la elección de objeto:

A partir de esta época el individuo humano se encuentra frente a una gran tarea que consiste en separarse de sus padres, y sólo después de haber cumplido esa tarea podrá dejar de ser un niño para convertirse en miembro de la colectividad social. (p.403)

A la crisis del adolescente corresponde, como reflejada en un espejo, la crisis parental. Esta crisis parental se caracteriza por un trabajo muy importante de duelo. Las dos crisis, la del adolescente y la de los padres, son correlativas, es decir, el adolescente no puede salir de su crisis sino a costa del difícil camino que deben recorrer los padres (Mannoni et al., 1986).

Desarrollando un razonamiento planteado en términos sistémicos, lo que prepara la adolescencia y que en la adolescencia se completa es el proceso característico de la individuación afectiva, un proceso en el cual, al crecer, el sujeto desplaza sus inversiones afectivas fuera de la familia de origen y de las figuras que inmediatamente se relacionan con ella (Cancrini & La Rosa, 1996).

Según Sullivan (1974), que se ocupó de este problema de un modo especialmente brillante, dicho desplazamiento empieza en realidad mucho antes, entre los ocho y once años, y habitualmente consiste en el establecimiento de las primeras amistades personales y significativas. La preadolescencia es, desde este punto de vista, un periodo que precede y prepara la adolescencia, pero también un momento decisivo del proceso de individuación afectiva.

En el niño, las señales de dificultad relacionadas con su individuación pueden ser evidentes en lo relativo a los padres y no en lo relativo al hijo. Del mismo modo puede suceder que los síntomas del padre o de la madre sustituyan (o se alternen) a los del hijo en la fase de la adolescencia o preadolescencia, especialmente, en forma de dificultad tardía en la pareja. Las crisis, dolorosas y frecuentes, que se manifiestan en los matrimonios de larga duración, constituyen, de hecho, un serio problema para las familias que viven esta fase de su desarrollo. A veces, disimuladas durante más o menos tiempo por la toxicomanía del hijo, dichas crisis se desarrollan dentro del ciclo de “emergencia sintomática-amenaza de separación” descrito por Haley, que es especialmente característico de las situaciones de nivel neurótico o de las situaciones de *impasse* descritas por el grupo de Mara Selvini a propósito de las familias psicóticas (Halley, 1985).

2.3. DROGAS Y ADOLESCENCIA

2.3.1. ¿Por qué los adolescentes consumen drogas?

Las causas del consumo de drogas de quienes se encuentran en el amanecer de la edad adulta, según la Organización Mundial de la Salud (1973), son trastornos del carácter, integración en grupos, mejorar por las drogas, ánimo de delinquir, razones sociales y, fundamentalmente, familiares (condicionamientos familiares, desintegración de la familia, falta de principios éticos, morales y religiosos, falta de diálogo, pérdida de la afectividad...).

Así, por ejemplo, en los sucesivos estudios de “Los andaluces ante las Drogas”, que describen las tendencias evolutivas sobre el consumo de sustancias psicoactivas y sobre las actitudes de la población andaluza ante las drogas, realizado cada 2 años mediante cuestionarios aplicados a la población, los factores de riesgo encontrados como más importantes sistemáticamente para el consumo de drogas, con odds ratio mayores de 2, son la presencia social de las drogas y los factores familiares, siendo la integración familiar el factor de protección más destacado (Los Andaluces ante las Drogas, 2011).

Siguiendo en nuestro medio, podemos ver otros ejemplos de la relación de estas conductas con el entorno familiar y social. En un estudio transversal descriptivo mediante encuestas realizadas a 2178 adolescentes de 12 a 16 años de Cantabria, se observa cómo un claro factor de riesgo del hábito de beber el

hecho de que el padre sea también bebedor (Panigua, 2001). En otro estudio realizado en Madrid se ha mostrado también como los indicadores de abuso de alcohol aumentan al consumirlo los padres, aunque lo hacen en mayor medida cuando también son consumidores los iguales (hermanos mayores y amigos). En este mismo estudio se destaca otra de las causas del consumo de drogas en los adolescentes, como es la escalada desde las drogas legales a las ilegales, y es que se obtuvo que el nivel de consumo de alcohol fuera la variable más correlacionada con el inicio del consumo de otras drogas (Altuna & Alvaro, 1992).

Dentro de esta constelación pre-adictiva recordemos que adolescencia significa crecer, que en los pre y adolescentes no existe una forma mental que llame a la toxicomanía, y que son experimentadores natos. En estas edades se relegan un gran número de cualidades: la capacidad de dominarse, de planificar, de esperar, de ahorrar, de dejar para más tarde, siendo sustituidas por nuevos valores como la capacidad de acción, el sentido de la aventura, la sensibilidad, la autenticidad. Las motivaciones actuales por las que los jóvenes se inician en el consumo de drogas son poco o nada intelectualistas y literarias, son simplemente hedonistas y escapistas: para no aburrirse, para sentirse mejor, para “pasar” de casi todo. La adicción se puede explicar como un aprendizaje directo o en base a influencias de modelado (amigos que consumen), que junto a sus expectativas, creencias, e influencias del medio ambiente, implican una interdependencia continua entre la conducta, procesos mediadores y eventos ambientales. Sin embargo, esto no significa que cualquier joven puede llegar a ser toxicómano. La motivación, la susceptibilidad psicológica, biológica y las circunstancias ambientales, son muy distintas en las personas. Los diversos estadios evolutivos y de desarrollo conforman una personalidad que, en interacción con factores biológicos, sociales y familiares pueden ser o no receptivos a la droga. Tan es así que los efectos de las drogas varían muchísimo en función del estado anímico en que se encuentra la persona y de su personalidad.

Javier Urra (1993) psicólogo forense y Defensor del menor de la Comunidad de Madrid hasta 2001, afirma que en la maduración de la personalidad en la adolescencia es cada vez más precoz su evolución en los aspectos cognoscitivos, biológicos y sexuales, quedando retrasadas las áreas afectivas y emocionales. Este desfase, agravado con los padres incongruentes que descargan frustraciones, que sobreprotegen y abandonan, que no aceptan

los pasos lógicos de la evolución madurativa de sus hijos, puede ser el origen de alteraciones de la conducta, que posteriormente dificultarán su adaptación al mundo normal y la superación de sus propias tensiones interiores. Estos adolescentes necesitarán un terapeuta, y el que tienen más a mano es la droga.

2.3.2. ¿Por qué se vuelven adictos los adolescentes?

Hoy sabemos que los jóvenes drogadictos no lo son porque hayan crecido en un ambiente desestructurado, ligado a una determinada clase social, sino que existen una serie de condicionantes, fundamentalmente individuales, que hacen que haya hermanos adictos y otros no dentro de la misma familia. Sin embargo, a nadie se le escapa que existen ciertos factores de predisposición dentro de las familias (biológicos, aprendizaje, identificación, etc).

Ahora bien, ¿qué pasa cuando los niños dejan de serlo y se convierten en adolescentes? Pues que las circunstancias sociales que van a encontrar a medida que van creciendo fuera del ámbito familiar no son las más idóneas. En la actualidad se ha producido entre los adolescentes un cambio en el concepto de ocio y tiempo libre, lo cual, unido a los desajustes afectivos, psicosociales y educativos propios de esta etapa de la vida, podría tener relación con el desarrollo de determinadas conductas de riesgo. Resaltar que durante la adolescencia, la morbi-mortalidad es el resultado fundamentalmente de estas conductas de riesgo, que surgen a edades más tempranas que en generaciones anteriores y se acentúan ya en las etapas iniciales de la adolescencia (Elster & Kuznets, 1995).

Los datos de los estudios epidemiológicos realizados en España apuntan a que los adolescentes contactan cada vez de forma precoz con tabaco, alcohol y drogas no legales, y muchos de ellos presentan un alto consumo de estas sustancias (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2011). Y ello es así porque los niños y los jóvenes son grupos de alto riesgo, al constituir una numerosísima e indefensa clientela potencial, a quienes se dirige una siniestra propaganda hecha con todos los recursos de que la tecnología moderna dispone. Es claro que los valores mantenidos por cada sociedad influyen en las ideas que se forman sobre las drogas, y la actitud social generalizada que los adultos transmiten a los jóvenes es de poco respeto, por ejemplo, a los productos farmacéuticos y su administración.

2.3.3. ¿Qué drogas consumen los adolescentes?

El Estudio sobre el consumo de Drogas y Factores Asociados en el Municipio de Madrid (Herrero, 1997), impulsado desde el Plan Municipal contra las Drogas y realizado por la empresa EDIS, arrojó ya una serie de datos interesantes en lo que se refiere a la encuesta escolar (escolares de secundaria de 14 a 18 años), que en posteriores estudios se ha visto continuado en el tiempo como luego veremos:

- a. Las drogas más extendidas entre los jóvenes en general y los escolares en particular son el *alcohol*, el *tabaco* y el *cannabis*, que han sido consumidas alguna vez por el 93, 53 y 35,5% respectivamente.
- b. En un grado de consumo intermedio están los psicofármacos y algunas drogas ilegales, como los *alucinógenos*, la *cocaína* (8,7%), las *drogas de síntesis* (8,5%), los *tranquilizantes* (8,7%) y las *anfetaminas* (7,4%). Asimismo hay que destacar el consumo de inhalables, con el que han experimentado un 6,9% de la población escolar, dato que está muy por encima de la población general (0,7%).
- c. Por último, con una prevalencia muy reducida está la *heroína*, que ha sido usada alguna vez por el 0,7% de escolares.

Otros datos interesantes obtenidos por este estudio fueron que las edades de inicio al consumo de las diferentes drogas por parte de los escolares madrileños son muy tempranas, en particular en lo que se refiere a las drogas legales, y la “feminización” en el consumo de prácticamente todas las drogas, excepto la cocaína y la heroína.

Por lo que respecta a las motivaciones para consumir drogas, los escolares encuestados señalaban en primer lugar la búsqueda de placer y diversión (61,4%), seguido de problemas personales (17%) y el gusto por lo prohibido (16,4%). Como razones para no consumir drogas señalan el hecho de que perjudica a la salud (36,5%) y que se sienten bien y no necesitan consumirlas (36%).

La Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realiza una serie de estudios y encuestas para conocer en profundidad los índices de consumo de las distintas sustancias, así como sus posibles consecuencias en nuestro país. El último informe publicado (Observatorio Español de la Droga y las

Toxicomanías, 2011), contiene los datos correspondientes a la *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España* (EDADES) de 2009-2010, entre residentes en España de 15-64 años que, con referencia a las otras encuestas europeas, como debe ser para que sean útiles y comparativas, es una de las que presenta una mayor muestra y una de las series históricas más dilatadas, así como los datos procedentes de la *Encuesta Estatal sobre Consumo de Drogas entre Estudiantes de Enseñanza Secundaria* de 14 a 18 años (ESTUDES), de 2010.

En 2009, la edad media de inicio en el consumo de las diferentes sustancias, se mantuvo estable respecto a años anteriores, aunque varió sustancialmente según el tipo de droga. Las drogas que se consumieron, por término medio, a una edad más temprana fueron las de comercio legal, como el tabaco (edad media 16,5 años) y las bebidas alcohólicas (16,7 años). La droga ilegal cuyo consumo se había iniciado más tempranamente fue el cannabis (18,6 años). Por el contrario, las que se empezaron a consumir más tardíamente fueron los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos), con 34,5 años. El uso del resto de las drogas se inició por término medio entre los 19 y los 23 años.

En dicho informe los consumidores de sustancias psicoactivas fueron, excepto en el caso de los tranquilizantes o somníferos, predominantemente jóvenes de 15 a 34 años, tanto para drogas legales como ilegales. Así, por ejemplo, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses para cannabis, cocaína en polvo y éxtasis fue de 19,4%, 4,3% y 1,8%, respectivamente, en el grupo de 15-34 años frente a 4,6%, 1,5% y 0,2% en el grupo de 35-64 años. Las prevalencias de consumo de alcohol o tabaco son algo superiores en el grupo de 15-34 años que en el grupo de 35-64, con cifras en los últimos 12 meses de 80,1% y 45,3% entre los primeros y 77,7% y 41,1% entre los segundos. Finalmente, el grupo de 35-64 años consume alguna vez en la vida, en mayor proporción, tranquilizantes o somníferos (13,8% y 8% respectivamente) que el grupo 15-34 (7,1% y 4%).

En cuanto a las diferencias por género, excepto en el caso de los hipnosedantes, en 2009 en España la extensión del uso de drogas en la población de 15-64 años fue bastante mayor en los hombres que en las mujeres, especialmente en el caso de las drogas de comercio ilegal, donde la prevalencia entre los hombres fue varias veces más elevada que en las mujeres.

Los datos más preocupantes siguen siendo los de las llamadas drogas legales. La edad media del primer consumo de *alcohol* se sitúa en los 13,6 años y del consumo semanal 14,8 años. Alrededor del 40% de los estudiantes españoles de 14-18 años se han emborrachado en alguna ocasión, rondando el 20% quienes lo han hecho durante el último mes. Uno de cada cuatro escolares de esta franja de edad reconoce problemas asociados con el abuso de alcohol, sobre todo peleas y accidentes. Un porcentaje similar ha viajado como pasajero en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol. Sin embargo, en términos generales, la evolución es positiva, con un descenso importante respecto a 1994.

Respecto al *tabaco*, aunque entre la población general fuman diariamente más los hombres (37,1%) que las mujeres (28,1%), esta relación se invierte entre los más jóvenes, tanto para quienes se han limitado a probarlo (39,9% de las chicas y 28,9% de los chicos), como para quienes lo consumen de manera habitual (35,8% de las chicas frente al 25,2% de los chicos), lo que hace prever en los próximos años entre las mujeres fumadoras la aparición de enfermedades que hasta ahora eran casi exclusivamente masculinas. La edad media en el inicio del consumo para este colectivo se sitúa en los 13,1 años, y en los 14,3 años para el consumo diario. Aunque el tabaquismo se reduce en España desde mediados de los 80, el porcentaje de consumidores diarios se mantiene estable.

2.3.4. ¿Qué consecuencias tienen las toxicomanías en el desarrollo evolutivo del adolescente?

Se puede decir que las perturbaciones de la individuación relacional se manifiestan en los individuos con toxicomanías en dos ámbitos:

- a. En su menguada capacidad para hacer suyos determinados sentimientos desagradables y convivir con ellos (sobre todo enojos, soledad y aburrimiento prolongado).
- b. En su menguada capacidad para guiarse a sí mismos con responsabilidad propia y orientados al futuro.

Esto produce un bloqueo en el desarrollo evolutivo (impide un crecimiento sano del adulto) convirtiendo al toxicómano en dependiente de su familia; por tanto se puede decir que esta perturbación de la individuación casi siempre va

acompañada de una correspondiente perturbación del sistema familiar. Así, los modos de interacción pueden estar caracterizados tanto por una ligazón extrema cuanto por una expulsión. Según prevalezca la ligazón o la expulsión son necesarias distintas estrategias terapéuticas, es decir, bien una labor con la familia que tienda a la desligazón o bien un trabajo de grupo con jóvenes de la misma edad (Barcia, 2000).

Podemos ver muchos ejemplos de estos problemas en la desvinculación respecto de la familia de origen de los pacientes toxicómanos en la literatura. Por ejemplo, en una muestra de 40 adictos en tratamiento en un Centro de Atención a Toxicómanos de Fuerteventura, entre 18 y 27 años excepto 3 que superaban los 35, la gran mayoría de ellos varones y adictos a la heroína, 37 de ellos vivían con sus familias de origen y dependían fuertemente de ellas, tanto a nivel económico como emocional, y los 3 restantes, aunque habían creado una nueva familia, mantenían estrechos vínculos con sus familias de origen (De Vega, 1995). Esto corroboraría los estudios de Stanton y Todd (1988) sobre el nivel de contacto familiar de los adictos. Estos autores han elaborado un detallado perfil de las familias de jóvenes varones adictos a la heroína y consideran que estas familias tienen muchos puntos en común con las familias que tienen un miembro psicótico, que son las prototípicas con dificultades en la desvinculación (Stanton & Todd, 1988). De si esto es así trata en definitiva esta investigación, de si las dificultades en la desvinculación u otros factores relacionados con la familia pueden influir en la aparición de las conductas adictivas o viceversa.

2.4. INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN FAMILIAR EN LA TOXICOMANÍA

La práctica de la intervención clínica en toxicomanías ha demostrado la temprana implicación de la familia en la demanda de tratamiento. Por tanto, ha empezado a tratarse a los familiares no solo como acompañantes, sino como variables a veces indispensables en el tratamiento. Además, la tendencia actual en el tratamiento de este trastorno se fija más en la asistencia ambulatoria (con hospitalizaciones parciales o programas vespertinos), que en la rehabilitación en residencias. Dado que estos programas mantienen al paciente en su hogar, los tratamientos basados en la familia llegan a ser incluso más importantes.

Diferentes versiones de intervención familiar pueden comprometer y retener a los toxicómanos y sus familiares en el tratamiento, reduciendo significativamente el uso de sustancias tóxicas así como otros problemas de conducta, realzando habilidades particulares en el funcionamiento social. Incluso algunos de ellos en los que se comparaba la eficacia, han demostrado que la terapia de familia puede ser más efectiva que aquellas terapias en las que no se tiene en cuenta a la familia (Liddle & Dakoff, 1995).

Desde el punto de vista sistémico, la familia se define como un sistema de socialización primario o informal en donde tiene lugar unas interrelaciones tan poderosas que posiblemente no se den en otro sistema. En la familia tiene lugar unas relaciones y aprendizajes fundamentales que van a conformar conductas, creencias, normas y valores.

El sistema familiar ocupa un papel importante en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de drogas. La orientación sistémica contempla a la familia como un sistema vivo que tiene sus propias reglas, cuyos miembros interactúan regularmente y en diversos grados de dependencia uno del otro. En las drogodependencias hay patrones relacionales padre-hijos e hijos-padres redundantes que confirman estructuras familiares disfuncionales. La prevención estaría dirigida a dotar a las familias de recursos y habilidades para afrontar las crisis y conflictos que ocupan el desarrollo de los hijos.

En este sentido, intervenir con la familia significa abordar:

- Las transacciones que tiene lugar en su interior
- La estructura interna del sistema
- Las reglas
- La comunicación entre sus miembros
- Los subsistemas engendrados en su interior

La importancia de los factores familiares ha sido remarcada por múltiples investigadores, y parten del hecho de que determinadas dinámicas familiares favorecen o disminuyen el riesgo de consumo de drogas. Las variables familiares asociadas al consumo de drogas más estudiadas han sido abuso de drogas por parte de los padres, permisividad para el consumo, apego y cercanía, supervisión parental/tipo de disciplina familiar y consistencia de ésta, expectativas parentales, pautas y tipo de comunicación en la familia, cohesión familiar, cumplimiento de los roles parentales, autonomía/dependencia, tamaño de la familia, orden de

nacimiento, clase social, nivel educativo y creencias religiosas. Curiosamente, en un estudio llevado a cabo con una muestra escolar en Sevilla, se demostró que aquellos adolescentes con unos niveles más altos de autonomía emocional muestran un contexto familiar más conflictivo, peores relaciones con sus compañeros y una menor autoestima y satisfacción vital. Estas relaciones, que son especialmente acusadas en el caso de las chicas, indican que la autonomía emocional de estos adolescentes, lejos de indicar unos mayores niveles de desarrollo, puede estar reflejando un vínculo o apego de tipo inseguro con sus padres (Oliva & Parra, 2001).

La prevención familiar del consumo de drogas debería ser de primer orden, al mismo nivel que la escolar, dada la evidencia experimental de los numerosos factores de riesgo y de protección que se asocian al consumo de las drogas en la familia. Desde este punto de vista de la prevención, el trabajo con la familia cobra una importancia fundamental y se apoya en fomentar aquellos factores interaccionales que se consideran protectores. Las modificaciones de la estructura familiar y el desempeño de las funciones en sus miembros lo pueden convertir en un sistema protector y facilitador de estilos de vida saludables. Las propuestas de actuación en prevención perseguirían el objetivo general de fortalecer el sistema familiar como elemento clave para el adecuado desarrollo personal y social de los hijos. Se trataría de recalcar la importancia de la función educativa de la familia, promover un desempeño adecuado de roles parentales y proporcionar estrategias para la mejora del funcionamiento familiar (Araque, 2003).

2.5. TEORÍAS DE LA DESVINCULACIÓN

2.5.1. Teoría psicoanalítica

Según Blos (1967), en el adolescente, el proceso de desvinculación supone la renuncia a la dependencia y la ruptura de las vinculaciones propias de la infancia que fueron, hasta la pubertad, la fuente principal de estímulos emocionales. En cierto modo en la temprana infancia sucedió precisamente lo contrario: el niño en una tentativa por separarse de la persona amada (la madre) la interioriza. Esto le permite llegar a ser independiente mientras mantiene dentro de sí mismo una representación de la figura que necesita. En la adolescencia, sin

embargo, el individuo tiene que renunciar a la figura interiorizada, a fin de desvincularse y hacer posible la búsqueda de nuevos objetos amorosos en el mundo exterior.

Si para el psicoanálisis la desvinculación es una de las llaves del proceso adolescente, la otra es la significación de la regresión. Las vinculaciones infantiles sólo pueden diluirse mediante la reanimación de las fijaciones y patrones de conducta infantiles. Como afirma Blois (1967):

El adolescente tiene que entrar en contacto emocional con las pasiones de su época de lactancia y su primera infancia para romper sus catexis originales; sólo entonces puede extinguirse el pasado en la memoria consciente e inconsciente. (p. 168)

La frase “retroceder para saltar mejor” ilustra la importancia concedida por el psicoanálisis a la regresión. Blois expone ejemplos de comportamientos regresivos. Uno de ellos lo constituye la idolatría de personajes famosos por los adolescentes, que recuerdan al progenitor idealizado por el niño pequeño. También el estado emocional de “fusión”: la sensación por parte del individuo de estar totalmente fundido con otra persona, de “ser uno” con ella. En tal estado el adolescente puede quedar totalmente embebido de ideas abstractas, tales como las de “naturaleza”, “belleza”, o ideales religiosos, políticos o filosóficos.

La ambivalencia es otro ejemplo de comportamiento que refleja estadios infantiles tempranos. Desde el punto de vista psicoanalítico explica muchos de los fenómenos del comportamiento adolescente habitualmente tomados por incomprensibles. Así, por ejemplo, la inestabilidad emocional de las relaciones, las contradicciones en pensamientos y sentimientos, y las oscilaciones del modo de reaccionar que reflejan fluctuaciones entre el amor y el odio, aceptación y rechazo, vinculación y desvinculación. Así, mientras que la libertad puede parecer, a veces, la más atractiva de las metas, existen también momentos en los que, a la cruda luz de la realidad, la independencia y la necesidad de librar las propias batallas se convierten en aterradoras perspectivas. Esto conduce al tema del inconformismo y la rebelión. En parte es el resultado directo de modos ambivalentes de relacionarse. En otras circunstancias puede interpretarse como una ayuda para el proceso de desvinculación (si los progenitores resultan desvalorizados resulta más fácil la tarea de romper vínculos emocionales). El

inconformismo favorece el proceso de desvinculación. A veces adopta la forma de la dependencia negativa, cuando sus decisiones están más basadas en la negación de los deseos de los padres que en sus propios deseos positivos. En este caso el comportamiento rebelde constituye una formación de compromiso que fundamenta sus esfuerzos por renunciar al objeto parental y al mismo tiempo gratifica sus anhelos de dependencia (Blos, 1967).

La experiencia de separación y pérdida que tiene lugar como resultado de la ruptura de los vínculos emocionales se halla próximo al fenómeno adulto del duelo y la tristeza que precede a la muerte de una persona amada. Otros autores destacan el vacío interior con el que debe enfrentarse el adolescente. Blos habla de “hambre de objeto y de afecto”, y cree que la necesidad por parte del adolescente de intensos estados emocionales, incluyendo las actividades delictivas, la droga y las experiencias místicas, así como las relaciones breves pero intensas, pueden considerarse como medios destinados a superar el vacío interior. Blos incluye la necesidad de realizar cosas por el simple gusto de hacerlas, porque apetece, y en cierta forma ayuda a combatir el vacío emocional, la depresión y el sentimiento de soledad que forman parte de la experiencia de la separación. El hambre de objeto y de afecto se alivia dentro de la banda juvenil o del grupo de compañeros, que funcionan como el sustituto de la familia y donde puede experimentar sentimientos de estimulación, empatía, pertenencia y participación, así como la oportunidad de desempeñar papeles, para la identificación y para compartir sentimientos de culpa y ansiedad (Blos, 1967).

2.5.2. Teoría sociológica

Mientras la teoría psicoanalítica se centra en los factores internos, la sociológica busca en la sociedad y en acontecimientos que se producen fuera del individuo una explicación satisfactoria. Para el sociólogo y el psicólogo social, son conceptos claves los de “socialización” y “papel”. Se entiende por socialización el proceso por el cual los individuos incorporan los valores, los estándares y las creencias vigentes en dicha sociedad, los cuales crean expectativas y prescripciones de comportamiento adecuado a papeles como los de hijo, hija, ciudadano, adolescente, padre, etc. A través de los agentes de socialización (la escuela, la familia, los medios de comunicación, etc.) se aprenden las expectativas asociadas a los diversos papeles. La efectividad de la socialización

depende de la naturaleza de los agentes a los que está expuesto el individuo, a la intensidad del conflicto entre los diversos agentes, etc. La socialización en la adolescencia es una potencial fuente de conflictos. En nuestras sociedades, por ejemplo, la prolongada dependencia familiar de los jóvenes como resultado del incremento de las oportunidades de educación superior se suma a la decadencia del papel desempeñado por la familia. Además las sociedades industriales y pos-industriales han provocado una incrementada segregación de las edades, con una disminución del contacto entre adultos y adolescentes. Estos están expuestos a una amplia variedad de medios de socialización: la escuela secundaria, el grupo, las organizaciones juveniles, los medios de comunicación, etc., y se ve enfrentado a una amplia gama de potenciales conflictos relativos a valores e ideales.

Gran parte de la vida de una persona se halla caracterizada por la inclusión en una serie de papeles, cuya suma total se define como repertorio de papeles. Los años comprendidos entre la infancia y el estado adulto, como período de aparición de la identidad, son considerados particularmente importantes para la construcción de este repertorio de papeles o roles sociales. En primer lugar porque rasgos propios de la adolescencia, como una creciente independencia con respecto a figuras representativas de la autoridad, la afiliación a grupos y una insólita sensibilidad frente a la evaluación por parte de los demás, provocan transiciones y discontinuidad de papeles. En segundo lugar porque todo cambio o incertidumbre interiores tienen como efecto el incrementar la dependencia del individuo con respecto a los demás, expresión de la necesidad de confirmación y apoyo a la visión que uno tiene de sí mismo. En tercer lugar, dentro de este contexto son importantes los efectos de las grandes variaciones ambientales (cambios de colegio, el paso a la universidad, el abandono del hogar, la incorporación laboral), que exigen la inclusión en un nuevo conjunto de relaciones lo que genera nuevas expectativas y una aceleración del proceso de socialización. El cambio de papel es un rasgo integral del desarrollo adolescente.

Desde un punto de vista socio-psicológico tanto la socialización como la adopción de papeles son más problemáticas durante la adolescencia que en cualquier otro período de la vida. El avance del individuo a través de la adolescencia estará muy afectado por las expectativas más o menos constantes, adaptativas o inadaptativas, mantenidas por las personas que revisten importancia en su entorno inmediato (Dávila, 2004).

2.5.3. Teoría sistémica

La fase de la desvinculación o de la separación consiste, en lo referente al ciclo vital, en el desarrollo de un proceso gestado en la fase de la individuación y que se realiza en forma de alejamiento del individuo de su familia de origen. En términos cronológicos empieza al final de la adolescencia y acaba con el alejamiento físico y/o emotivo de la persona respecto a la familia. Este alejamiento, que concluye con rituales más o menos formalizados (el matrimonio, el cambio de residencia, el traslado, la elección de un trabajo autónomo), constituye un pasaje crucial en la historia de una persona, y es en torno a dicho alejamiento y a las dificultades que pueden aparecer que hay una incidencia particularmente importante de trastornos psicopatológicos en el ámbito de uno de los hijos. Hoy en día las toxicomanías, junto con los trastornos alimentarios, constituyen una de las formas más comunes de presentación de los problemas de la desvinculación y de las dificultades de la individuación en los adolescentes.

La desvinculación (o separación) es un proceso bastante complicado y requiere, para lograr un éxito total, que se hayan alcanzado de manera satisfactoria las metas de la afiliación y la individuación. Sólo después de haber tenido relaciones estrechas y de confianza, y esto de forma recíproca con los otros miembros de la familia, y si tales relaciones han sido interiorizadas, podrán los vástagos cortar los lazos familiares y sustituirlos por vínculos extrafamiliares. La separación viene precedida con frecuencia por un reajuste de las relaciones intrafamiliares de los hijos; por ejemplo, en el caso de una chica adolescente, desplazando su intensa relación con la madre, al padre-hermano (Boszormenyi-Nagi, 1982).

Los trastornos psicóticos, observados desde el punto de vista del ciclo vital de la familia, se pueden encuadrar regularmente como la expresión sintomática (“emergencia subjetiva”) de una psicopatología de la desvinculación. En este sentido Sullivan (1972) señala que:

Si una persona no ha podido realizar las experiencias de la fase evolutiva preadolescente, de modo genuino y significativo, entonces el eventual episodio esquizofrénico estará caracterizado por un desarrollo mucho más rápido de cuando sucedería en una persona que sí haya podido realizar dichas experiencias (esquizofrenia tipo 2, formas hebefrénica y simple);

supongamos, en cambio, que haya habido una consolidación de estas experiencias de carácter preadolescente, en otras palabras, que la persona haya experimentado una relación de intimidad con otra persona, con un compañero, y que haya sacado provecho de eso. En este caso, el eventual desastre esquizofrénico no vendrá acompañado de una eliminación regresiva de las recientes adquisiciones de la personalidad tan rápida (esquizofrenia tipo 1, formas paranoide y catatónica). (p.309)

Desde el punto de vista clínico, la psicopatología de la desvinculación se manifiesta de cuatro formas muy distintas entre sí (Cancrini & La Rosa, 1996):

- La de la desvinculación imposible, a la que pertenecen, desde el punto de vista de la emergencia subjetiva, las formas graves de esquizofrenia (tipo 2, hebefrénica y simple), comprobándose, desde el punto de vista de la familia, la existencia de una “masa indiferenciada del yo”. Mucho antes del tiempo en que la desvinculación se da normalmente, los jóvenes han mostrado ya evidentes dificultades en la fase de individuación y ha empezado a cerrarse toda posibilidad de llegar a ella.
- La de la desvinculación inaceptable (esquizofrenia de tipo 1: paranoide y catatónica). Son familias ligeramente más diferenciadas, el paciente designado y los otros miembros de su familia están lo bastante individuados como para intentar la desvinculación, y demasiado poco como para lograrla. La familia no consigue hacer frente a un hecho que marca la emancipación afectiva de un hijo: la desvinculación no se produce o se produce durante breves periodos y en sectores limitados.
- La de la desvinculación aparente (psicosis cíclicas, ciclotimias, crisis de tipo esquizoafectivo, crisis maníacas y depresivas, formas graves de anorexia mental y de toxicomanías de “transición”). La desvinculación se presenta de una manera incompleta y parcial, con retornos imprevistos hacia atrás o con graves limitaciones de la persona.
- La de la desvinculación de compromiso (trastorno de la personalidad: esquizoide o límite con posibles complicaciones de tipo “brote psicótico”, formas menos graves de toxicomanía de “transición” o anorexia verdadera, desarrollo paranoico). La desvinculación se determina mediante la asunción de un proyecto que no pertenece al sujeto, sino a la familia.

2.6. TIPOLOGÍA DE LAS TOXICOMANÍAS

La idea de que el abuso habitual de fármacos puede considerarse un intento repetido de hacer frente en solitario a niveles de sufrimiento percibidos como intolerables, abre el camino a una consideración de las toxicomanías como un conjunto no homogéneo de situaciones personales e interpersonales unificadas solo por el tipo de remedio que se ha elegido para intentar resolverlas. De dicha consideración Cancrini y La Rosa (1996) han generado una hipótesis de clasificación que se basa en datos obtenidos a partir de diversos puntos de vista:

1. La organización y los modelos comunicativos de la familia.
2. La psicopatología o “emergencia subjetiva”.
3. Las características propias de los comportamientos de consumo.
4. Las modalidades de relación que se establecen con los terapeutas.
5. Las formas de intervención terapéutica.

Las principales categorías de toxicómanos individuados a partir de estos criterios son:

A. Toxicomanías “traumáticas”

1. Se trata de individuos que sólo recientemente han superado la fase de individuación o desvinculación, cuya red de relaciones es inadecuada en el momento de la necesidad creada por el dolor y el duelo.
2. El cuadro que precede a la toxicomanía es el de la “neurosis traumática”. El duelo, en general, está relacionado con la pérdida de la fe en una idea o en una persona.
3. Clínicamente podemos identificar dos elementos característicos: la ruptura del estilo habitual de vida se da en poco tiempo y el comportamiento está más dirigido a “aturdirse” que a obtener placer.
4. Como todas las situaciones del área de las reacciones responden bien a la terapia.
5. El abordaje consiste en la construcción de una relación significativa con el toxicómano y en la verbalización del duelo. Resulta arriesgado implicar directamente en la terapia a la familia de origen porque si se centra el discurso sobre el conflicto actual, esto puede impedir la elaboración del duelo.

B. Toxicomanías de área neurótica

1. La estructura familiar se caracteriza por la fuerte implicación de uno de los padres en la vida del hijo y en su enfermedad llegando incluso a comportarse de modo protector y cómplice, y el rol periférico del otro padre (“triángulo perverso”), con límites débiles entre subsistemas (“familia aglutinada”), una polaridad que define la figura del hijo toxicómano como “malo” respecto al otro hijo “bueno”, y un modelo comunicativo caracterizado por lo contradictorio y por el rápido y violento desarrollo de los conflictos.
2. La toxicomanía se ve precedida, a veces, por trastornos de área neurótica, con una tendencia a la conversión somática de la ansiedad y a los trastornos de la función sexual.
3. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por la connotación depresiva del hábito y por una actitud de exhibición (intentos de suicidio, “rebeldía”, etc.)
4. El comportamiento del toxicómano es alternativamente de doloroso desafío o de intolerancia cargada de provocaciones dirigidas a las personas que considera responsables: padres, terapeutas, etc.
5. La intervención terapéutica es necesario centrarla en el control del comportamiento sintomático mediante la formación de un frente unido por parte de los padres.

C. Toxicomanías de “transición”

1. La organización y el estilo comunicativo de estas familias presentan grandes analogías con la de las familias con problemas de desvinculación y, más en particular, con las familias “anoréxicas” (uso de mensajes paradójicos e incongruentes, tendencia a ignorar el mensaje de los otros y a utilizar la enfermedad para resolver el problema del liderazgo, expresándose en términos de autosacrificio, etc.). Ambos padres están implicados en la toxicomanía y en la vida privada del hijo y a menudo en este tipo de familias, como las que cuentan con un paciente psicótico, existe un “miembro prestigioso” (un miembro de la patria que, por distintos motivos, goza de prestigio frente a sus hermanos o hermanas), con una larga historia de intimidad con uno de los padres.

2. Desde el punto de vista psicopatológico la situación es muy semejante a los trastornos límite y a la psicosis maniaco-depresiva, con una amplia utilización de mecanismos de defensa neuróticos y psicóticos.
3. En la primera fase de evolución de estas toxicomanías predominan los episodios maníacos y, en fases sucesivas, la alternancia de graves episodios depresivos con otros maníacos en función de la disponibilidad del fármaco y la evolución natural y biográfica del paciente. Existe un alto riesgo de suicidio, una fuerte dependencia familiar y frecuentes recaídas a largo plazo.
4. Tendencia a implicar y manipular a los terapeutas, amigos o parientes en las cuestiones familiares, y a repetir dramatizaciones intensas pero breves.
5. Son las más difíciles de tratar. Al tratarse de problemas de desvinculación en personas que utilizan la droga como válvula de escape ante los conflictos, raramente aceptan profundizar en el conflicto actualizado, requiriendo la utilización de estrategias contraparádójicas, sobre todo en las recaídas.

D. Toxicomanías “sociopáticas”

1. Los modelos comunicativos y la organización familiar son semejantes, en los casos menos graves, a los que se encuentran en las toxicomanías de tipo B, y en los casos más serios, a los de las “familias desligadas”.
2. Existen comportamientos antisociales antes del comienzo de la toxicomanía que permiten una rápida y natural asimilación de ésta dentro de un estilo de vida que se adapta bien a ella.
3. Se caracterizan por el desapego con que el tóxico-dependiente habla de su hábito y por el embotamiento anestésico de las sensaciones que se buscan con el uso de la droga, por la frecuencia de las politoxicomanías y por la infravaloración de los efectos de la droga y de los daños que puede causar.
4. La actitud es de desafío, con la frialdad y la provocación de una persona que percibe el ambiente como hostil.
5. En el plano terapéutico el enganche y los desarrollos positivos en una terapia convencional son, en estos casos raros y difíciles. Sin embargo la combinación de varios “pasos” terapéuticos puede producir resultados “sorprendentemente” positivos.

III. Marco Empírico

3.1. SELECCIÓN DEL MÉTODO

El estudio ha tenido un diseño observacional o no experimental puesto que las personas analizadas presentan exposición o no a distintos factores (problemas en la desvinculación en este caso), por las razones que sean, sin que intervengan los investigadores. Es analítico y de caso-control porque se pretende averiguar que una exposición (los problemas en la desvinculación), está asociado con un aumento en la probabilidad de que aparezca cierto problema (la toxicomanía), y estos antecedentes de exposición deberían ser mayores que en personas en las que el problema no ha aparecido (los hermanos no toxicómanos). Las variables analizadas son cualitativas, ya que sus posibles valores no son numéricos, pero se ha realizado tan solo un análisis cuantitativo de las variables analizadas en base a su presencia o no en cada sujeto.

3.2. TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE DATOS

3.2.1. TÉCNICAS EMPLEADAS/ INSTRUMENTOS

Se combina la recogida de información desde las fuentes primarias (cuestionarios, entrevistas con pacientes y familiares), así como de otras secundarias (historias clínicas, que incluyen valoración social, psicológica, médica y psiquiátrica). También se realizó una revisión bibliográfica para la elaboración del marco teórico. Instrumentos:

Cuestionario: no se encontró ningún cuestionario de desvinculación, por lo que se procedió al diseño de uno propio, en base a las claves que propone Cancrini en su tipología de la desvinculación. Estas claves se transformaron en preguntas directas y se añadieron otras preguntas en relación a los hitos de la desvinculación física (vivienda propia), económica (trabajo estable), y afectiva (pareja estable), y respecto a la patología psiquiátrica propia y de los padres, con el objetivo de correlacionar los tipos de desvinculación con las emergencias subjetivas. El resultado fue el cuestionario que aparece en el Anexo 1. Las preguntas orientan hacia un tipo u otro de psicopatología de la desvinculación, como queda reflejado en el propio cuestionario, pero la inclusión definitiva en cada tipo de psicopatología exige el juicio clínico del terapeuta.

Consentimiento informado: previo al ingreso del paciente en el estudio, se le informará de los objetivos del mismo, garantizándole la absoluta confidencialidad y anonimato de los datos aportados. Si el paciente acepta definitivamente participar en el mismo, tiene que dejar constancia por escrito de su consentimiento (Anexo 2).

3.2.2. DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

3.2.2.1. Población diana

Actualmente atendemos a más de 300 pacientes en el Centro Municipal de Drogodependencias de San Pedro de Alcántara (CMDSP), pertenecientes en su mayoría al propio municipio de Marbella pero también a otros municipios de los alrededores (Benahavis, Estepona, Istán). Estos pacientes no son sólo heroinómanos, aunque todavía representan más de la mitad de la muestra, sino que al igual que la tendencia apuntada en el resto de programas de drogodependencias en Andalucía y resto de España, se ha ampliado mucho el espectro de las adicciones que acuden a tratamiento, y también tenemos en programa actualmente cocainómanos, alcohólicos, adictos a drogas de diseño, adictos a tranquilizantes y ludópatas, aunque es muy raro que tengan una adicción pura a una sustancia y lo habitual es la politoxicomanía.

3.2.2.2. Criterios de selección de la muestra

1. La muestra del estudio se escogió entre los pacientes atendidos por la autora durante el periodo de recogida de datos, es decir que está compuesta por pacientes actualmente en tratamiento por su adicción en el CMDSP.
2. Aunque, como se ha dicho, en el CMDSP se atienden pacientes con muy distintos problemas adictivos, se han seleccionado únicamente pacientes adictos a heroína y/o cocaína, con el objetivo de unificar la muestra y evitar posibles factores de confusión con pacientes adictos a otras sustancias. Además Cancrini y La Rosa (1996) en su clasificación de las toxicomanías se refieren fundamentalmente a este tipo de adicción.
3. Otros criterios de inclusión fueron el tener más de 30 años para evitar en la medida de lo posible el colectivo de jóvenes en proceso de emancipación, y tener algún hermano no adicto a sustancias del mismo sexo y edad similar, para evitar los factores de confusión del género y la edad.

3.2.2.3. Muestra

La muestra total quedó compuesta por 50 pacientes, obtenidos de forma aleatoria entre los que se encontraban en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias en el Centro Ambulatorio de San Pedro de Alcántara, dependiente del OAL Marbella Solidaria, y constituye una muestra representativa del total de pacientes atendidos en dicho centro. Los cuestionarios fueron administrados en noviembre de 2013, todos ellos en el encuadre del centro de tratamiento y por el mismo profesional en todos los casos. La participación fue voluntaria, se informó del carácter experimental del cuestionario y se garantizó el anonimato de los resultados. Las características de la población muestral quedan descritas en el análisis de resultados.

3.2.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis 1 (Objetivo 1)

Tan solo entre un 5 y un 25% de la muestra de pacientes toxicómanos seleccionados han completado su desvinculación de la familia de origen, mientras que entre un 75 y un 90% de sus hermanos no adictos se han desvinculado de su familia de origen con éxito.

Hipótesis 2 (Objetivo 2)

Entre un 50 y 75% de la muestra de toxicómanos con problemas de desvinculación se corresponden con el tipo de desvinculación aparente o de compromiso, ya que son toxicómanos de “transición” o tipo C.

Hipótesis 3 (Objetivo 3)

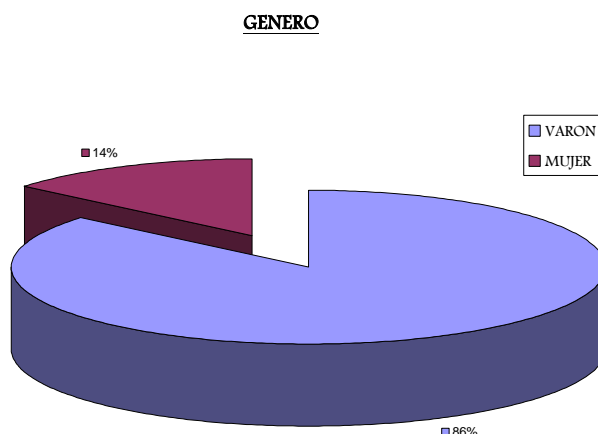
Entre un 50 y 75% de los toxicómanos con cada tipo de psicopatología de la desvinculación (imposible, inaceptable, inacabada o de compromiso) presentan patologías psiquiátricas (“emergencias subjetivas”) correlacionadas según la tipología propuesta por Cancrini y La Rosa (1996).

IV. Análisis de los resultados

4.1- Descripción de las características de la muestra

4.1.1. Género

Gráfico 1

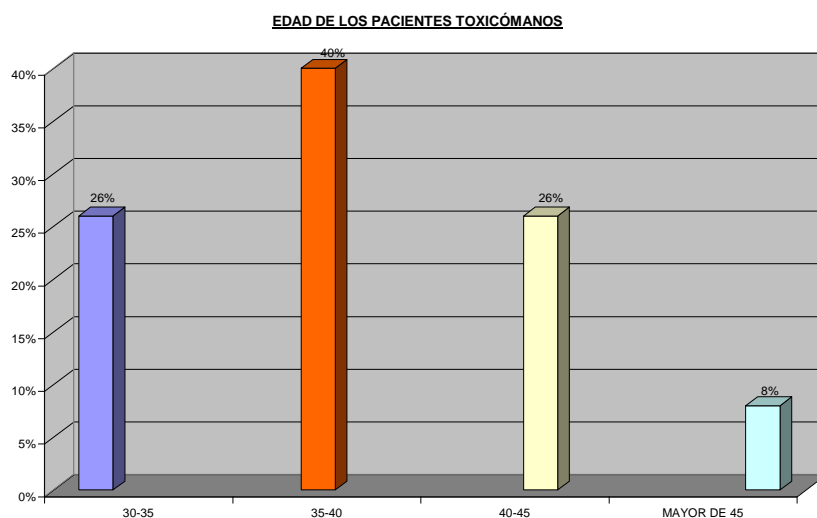


Fuente: Elaboración propia

El 86% de los pacientes que aparecen en la muestra son hombres y el resto (14%) mujeres. Esta proporción es similar y representativa de la población de adictos en tratamiento en nuestro centro y de la población de toxicómanos tratados en otros dispositivos de nuestro medio.

4.1.2. Edad:

Gráfico 2

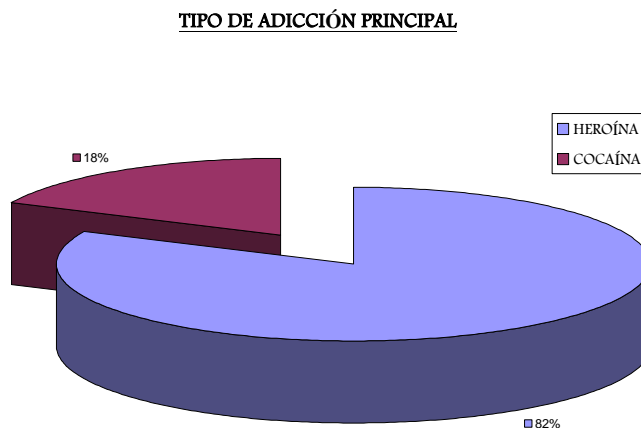


Fuente: Elaboración propia

El 40% de pacientes con adicciones tienen una edad comprendida entre 35-40 años. A continuación empatan con un 26% los que están entre 30-35 años y 40-45 años. Por último, con un 8% aparecen los pacientes mayores de 45 años. Esta relación no es representativa, ya que por la propia naturaleza del estudio hemos excluido a los menores de 30 años, una población en continuo ascenso en los últimos años.

4.1.3. Droga Diana:

Gráfico 3

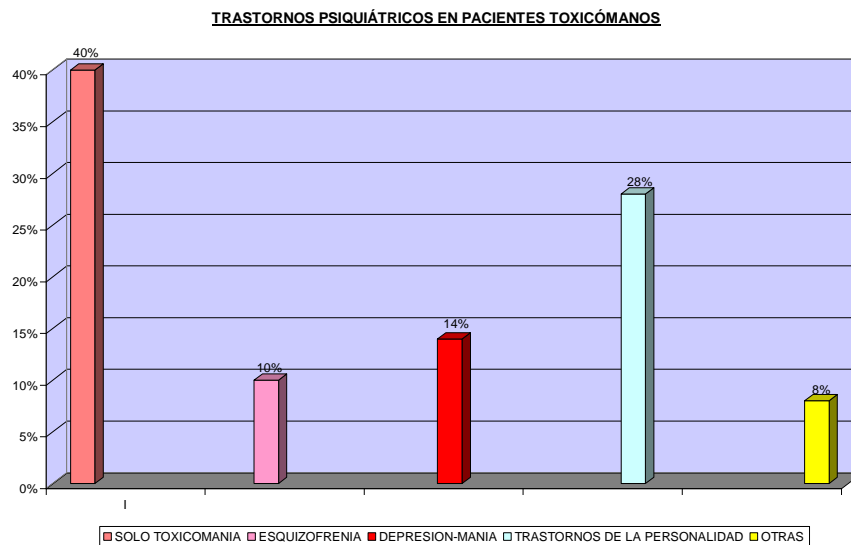


Fuente: Elaboración propia

El 82% de los pacientes toxicómanos seleccionados para la muestra tienen como droga principal la heroína y en segundo lugar con un 18% la cocaína. Aquí también hay un sesgo de selección, puesto que existe una población en aumento que aquí no se ha considerado, como son los pacientes adictos a drogas legales (alcohol y tabaco fundamentalmente). Por tanto esta proporción no es representativa de la población diana.

4.1.4. Otras enfermedades psiquiátricas:

Gráfico 4

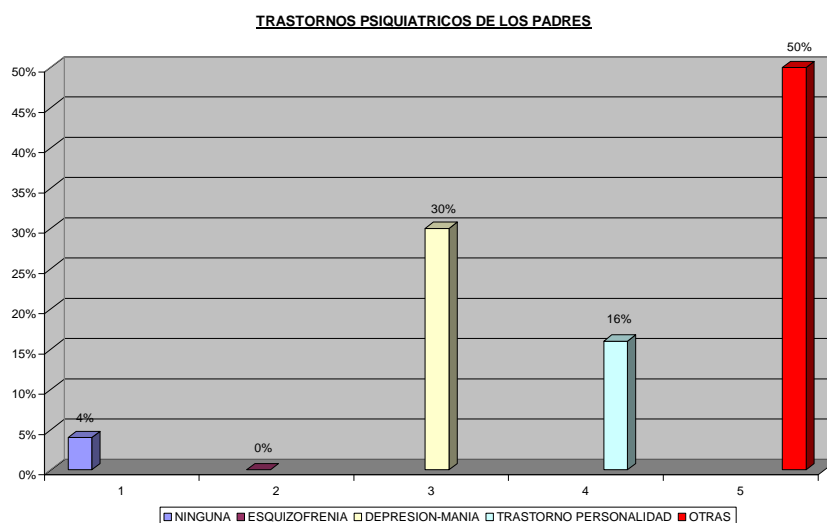


Fuente: Elaboración propia

El 40% de los pacientes de la muestra no tenían ningún diagnóstico psiquiátrico adicional al problema de adicción a sustancias, le sigue el 28% con trastornos de la personalidad/ otras psicosis, el 14% tienen cuadros del tipo depresión-manía (ciclotimias, bipolares, esquizoafectivos...), el 10% esquizofrenia y el 8% otros trastornos de la esfera neurótica (fobias, TOC, pánico...). Excepto por la escasa presencia de trastornos neuróticos, las patologías aparecen en la proporción esperada según otros estudios con población de toxicómanos.

4.1.5. Diagnósticos psiquiátricos en los padres:

Gráfico 5



Fuente: Elaboración propia

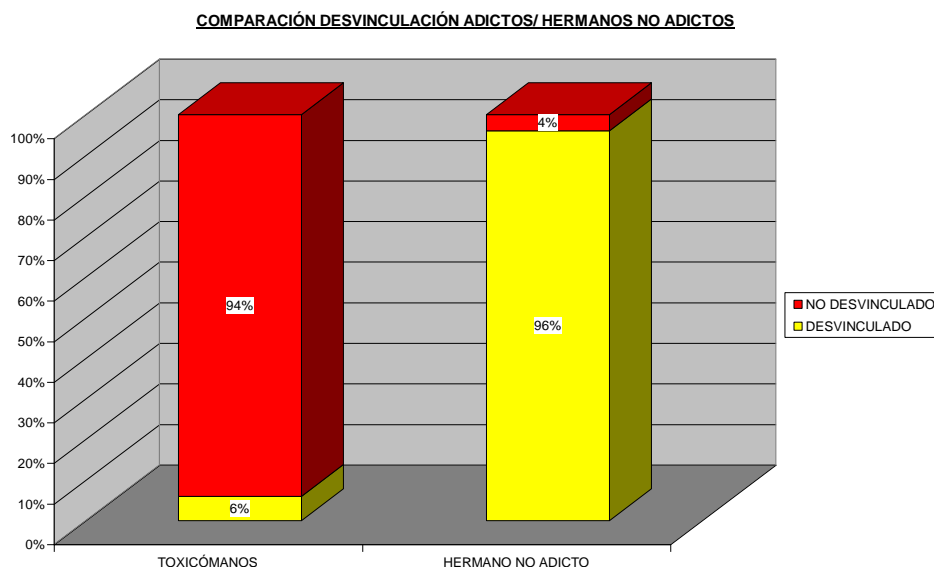
El 50% de los padres de pacientes toxicómanos aparecen en la muestra con otros trastornos, la mayoría alcoholismo paterno (43%). En segundo lugar, con un 30% se encuentran los que tienen depresión-manía (todas madres depresivas), a continuación con un 16% están los trastornos de personalidad y por último, con un 4% se representan los que no tienen ninguna patología. Destaca la ausencia de esquizofrenias.

4.2.- Hipótesis 1 (Objetivo 1)

Entre un 5 y un 25% de la muestra de pacientes toxicómanos seleccionados han completado su desvinculación de la familia de origen, mientras que entre un 75 y un 90% de sus hermanos no adictos se han desvinculado de su familia de origen con éxito.

4.2.1. Porcentajes de desvinculación completada

Gráfico 6



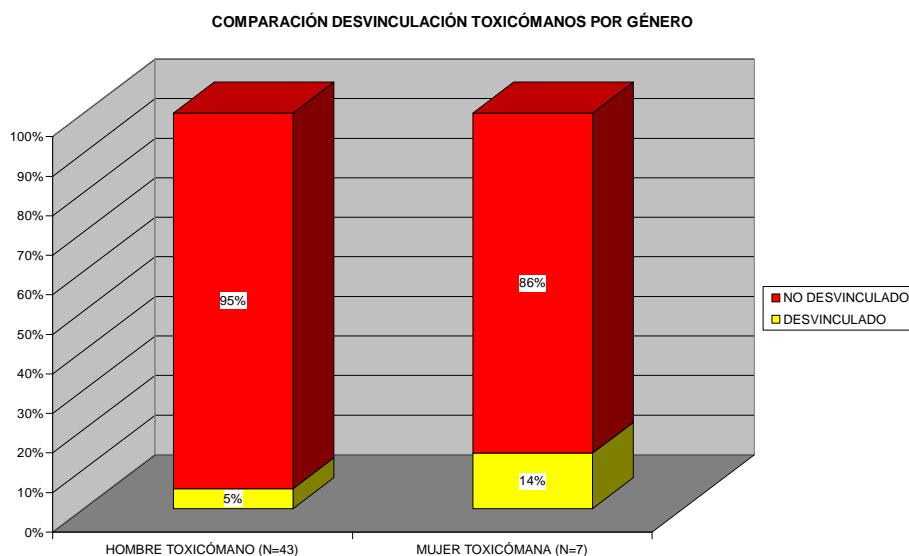
Fuente: Elaboración propia

Tan solo un 6% de los pacientes toxicómanos no han tenido problema para completar la desvinculación familiar. Esta información se contrasta con el 96% de hermanos no adictos que han logrado con éxito su desvinculación. La hipótesis queda verificada con resultados significativos en los dos casos, ya que superan los índices numéricos propuestos en más del doble.

4.2.2. Pacientes no desvinculados por género

Vamos a complementar el análisis de esta hipótesis con la comparación de los problemas de desvinculación por sexos, para ver si nuestras pacientes se emancipan más jóvenes como en la población general, o por el contrario tienen más dificultades de desvinculación que los varones toxicómanos:

Gráfico 7



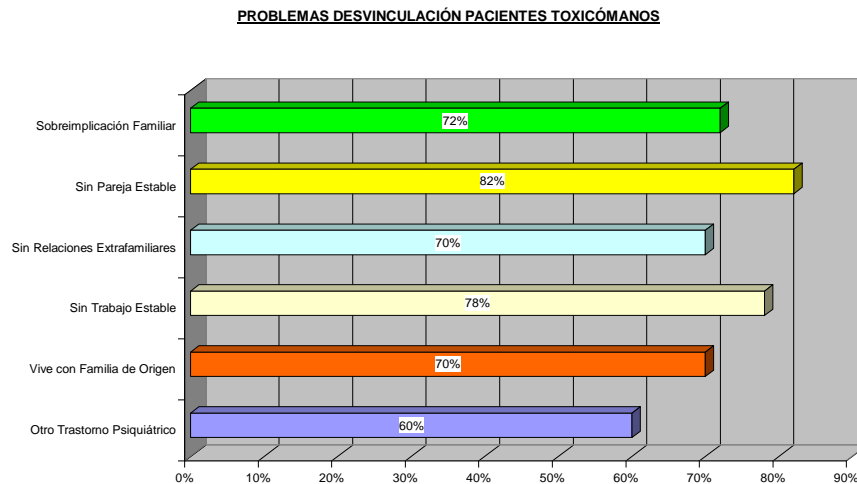
Fuente: Elaboración propia

El 95% de hombres toxicómanos no están desvinculados de su familia de origen. Las mujeres toxicómanas no desvinculadas aparecen con un porcentaje del 86% frente al 14% que si se han emancipado con éxito. Aunque la diferencia parece significativa a favor de las pacientes toxicómanas, no es representativa debido al escaso número de mujeres (n=7).

4.2.3. Problemas en la desvinculación por áreas

Ahora desglosaremos estos problemas de desvinculación en las diferentes áreas: desvinculación física (vivienda propia), económica (trabajo estable), afectiva (pareja estable y relaciones extrafamiliares), y respecto a la patología psiquiátrica:

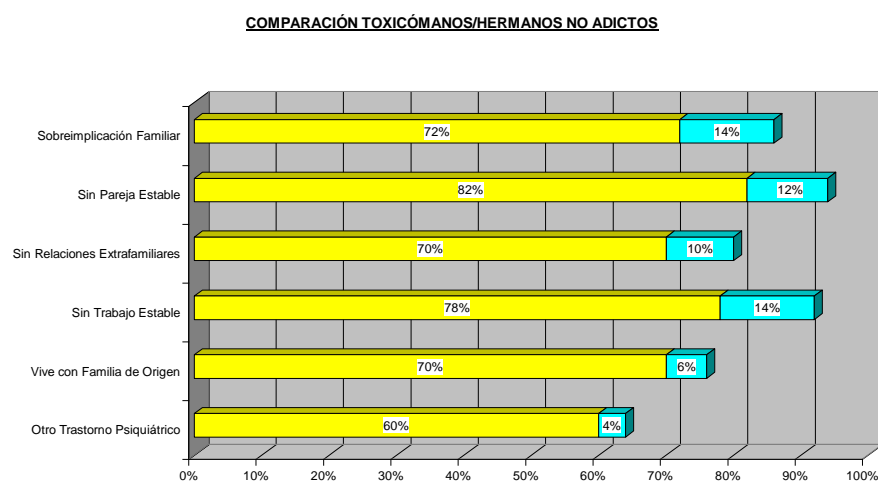
Gráfico 8



Fuente: Elaboración propia

De forma comparativa con los hermanos no adictos (en verde), se observan claramente las diferencias:

Gráfico 9



Fuente: Elaboración propia

El 72% de los pacientes toxicómanos tienen un elevada sobreimplicación familiar a diferencia de sus hermanos con un 14%. El 82% de pacientes no tiene pareja estable y sus hermanos sólo un 12%. El 70% de toxicómanos tienen escasas relaciones extrafamiliares y viven con la familia de origen. A su vez los hermanos aparecen con un 10% sin relaciones extrafamiliares y un 8% viven con la familia de origen. Con respecto a no tener pareja estable los pacientes superan

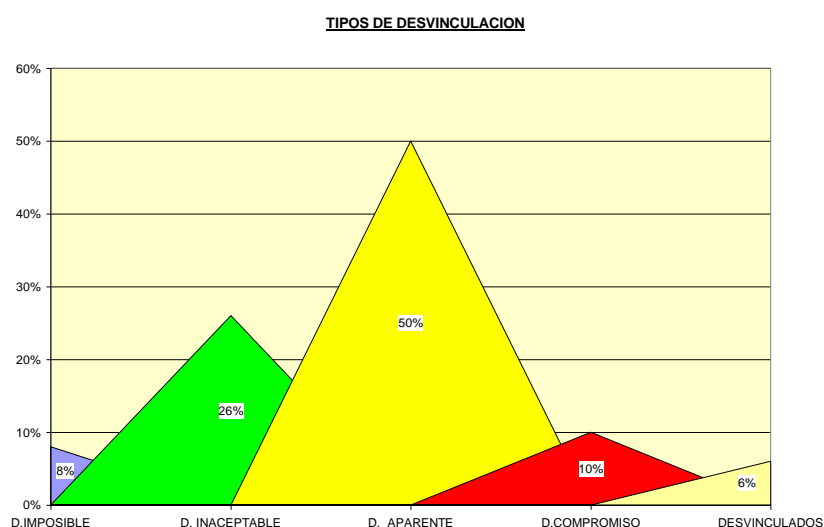
a sus hermanos en un 82% frente al 12% de éstos. No tienen trabajo estable un 78% de pacientes toxicómanos y un 14% de sus hermanos no adictos. Por último, el 60% de pacientes presenta patología psiquiátrica frente a sus hermanos, con un 6%. Existe una clara diferencia en los niveles de desvinculación física, emocional (individuación), económica y organizativa de los pacientes con respecto a sus hermanos. En los pacientes estos niveles son bajos y en los hermanos suficientemente altos para estar desvinculados de su familia de origen.

Como ya vimos en el marco teórico, la fase de la desvinculación o de la separación consiste, en lo referente al ciclo vital, en el desarrollo de un proceso gestado en la fase de la individuación y que se realiza en forma de alejamiento del individuo de su familia de origen. Este alejamiento, que concluye con rituales más o menos formalizados (el matrimonio, el cambio de residencia, el traslado, la elección de un trabajo autónomo), tiene una serie de etapas que debe recorrer el adolescente. Y es que, por ejemplo, sólo después de haber tenido relaciones estrechas y de confianza con los otros miembros de la familia podrán los vástagos cortar los lazos familiares y sustituirlos por vínculos extrafamiliares.

4.3. Hipótesis 2 (Objetivo 2)

Entre un 50 y 75% de la muestra de toxicómanos con problemas de desvinculación se corresponden con el tipo de desvinculación aparente o de compromiso, ya que son toxicómanos de “transición” o tipo C.

Gráfico 10



Fuente: Elaboración propia

El 50% de pacientes toxicómanos con problemas de la desvinculación se agrupan dentro de la clasificación de desvinculación aparente. En segundo lugar, con un 26% se colocan los de desvinculación inaceptable, el 10% lo ocupan los de desvinculación de compromiso y con un 8% se encuentran los de desvinculación imposible. Por último, con un 6% están representados los pacientes totalmente desvinculados. La hipótesis se verifica, destacando a la desvinculación aparente como la más significativa frente a las otras.

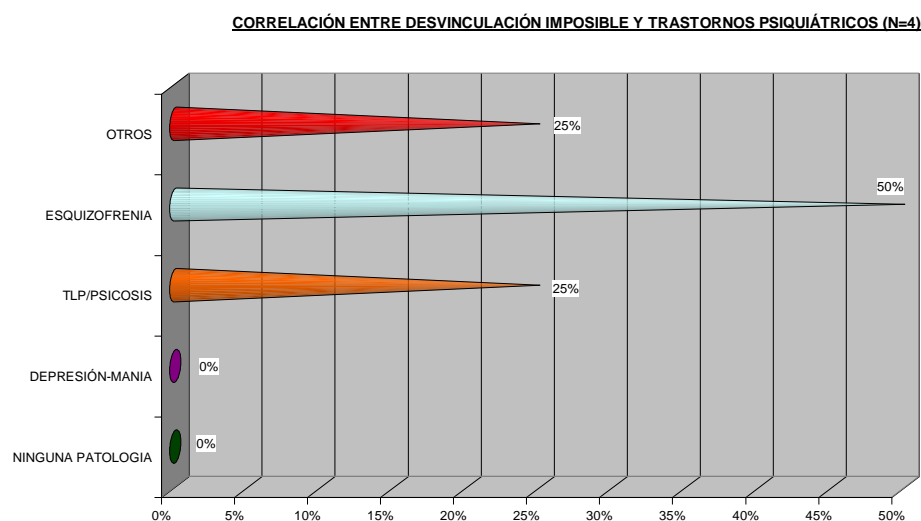
Como veíamos en el marco teórico, la desvinculación aparente se presenta de una manera incompleta y parcial, con retornos imprevistos hacia atrás o con graves limitaciones de la persona. Se correspondería fundamentalmente con las llamadas toxicomanías “de transición”, donde la organización y el estilo comunicativo de las familias presentan grandes analogías con las familias “anoréxicas” (uso de mensajes paradójicos e incongruentes, tendencia a ignorar el mensaje de los otros y a utilizar la enfermedad para resolver el problema del liderazgo, expresándose en términos de autosacrificio, etc.). Existe un alto riesgo de suicidio, una fuerte dependencia familiar y frecuentes recaídas a largo plazo, así como la tendencia a implicar y manipular a los terapeutas, amigos o parientes en las cuestiones familiares, y a repetir dramatizaciones muy intensas pero de breve duración. Según la clasificación de Cancrini y La Rosa son las más difíciles de tratar: al tratarse de problemas de desvinculación en personas que utilizan la droga como válvula de escape ante los conflictos, raramente aceptan profundizar en el conflicto actualizado, requiriendo la utilización de estrategias contraparádójicas, sobre todo en las recaídas.

4.4. Hipótesis 3 (Objetivo 3)

Entre un 50 y 75% de los toxicómanos con cada tipo de psicopatología de la desvinculación (imposible, inaceptable, inacabada o de compromiso) presentan patologías psiquiátricas (“emergencias subjetivas”) correlacionadas según la tipología propuesta por Cancrini y La Rosa.

- **Desvinculación imposible.** Emergencia subjetiva: esquizofrenia tipo 2.

Gráfico 10

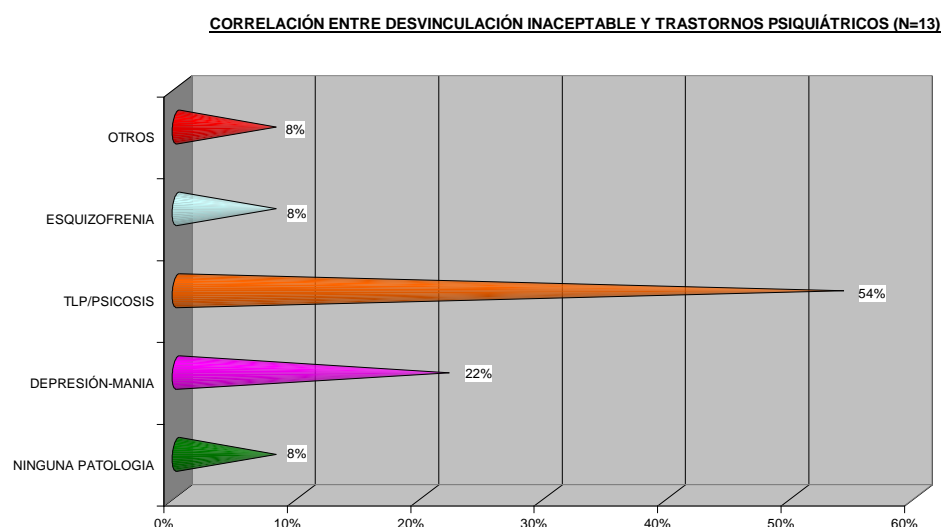


Fuente: Elaboración propia

Aunque la muestra de pacientes con desvinculación imposible es muy escasa (n=4), se observa como tendencia que el 50% de pacientes toxicómanos con este tipo de desvinculación presentan esquizofrenia. La hipótesis se verifica, pero no de forma estadísticamente significativa debido al reducido tamaño de la muestra.

- **Desvinculación inaceptable.** Emergencia subjetiva: esquizofrenia tipo 1.

Gráfico 11

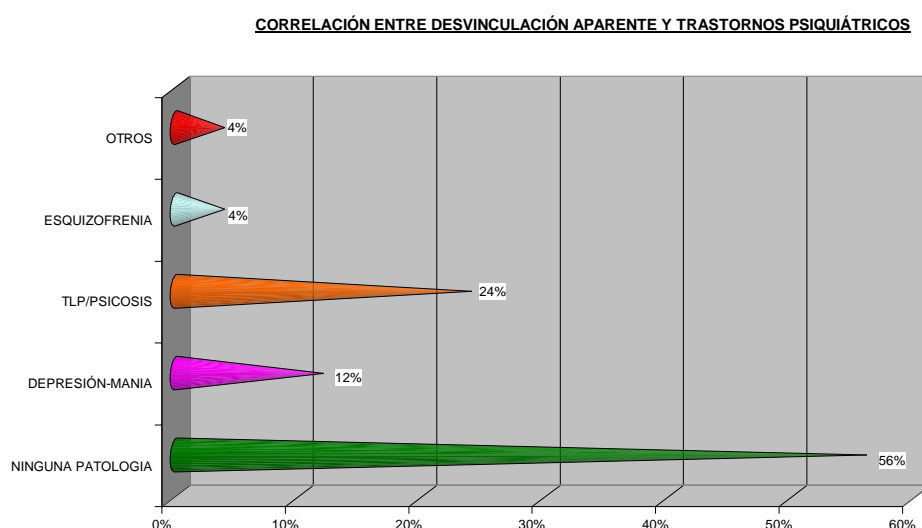


Fuente: Elaboración propia

Nuestros pacientes toxicómanos con desvinculación inaceptable (n= 13) presentan con el valor más elevado (54%), trastorno límite de la personalidad u otras psicosis. El 22% lo representan patologías del tipo depresión-manía y el 8% empatan la esquizofrenia, otros trastornos psiquiátricos y sin patología. La hipótesis no se verifica, ya que la emergencia subjetiva de este tipo de desvinculación es la esquizofrenia de tipo 1 (8%).

- **Desvinculación aparente.** Emergencia subjetiva: psicosis cíclicas (trastorno esquizoafectivo, bipolar, depresión psicótica, manía, etc).

Gráfico 12

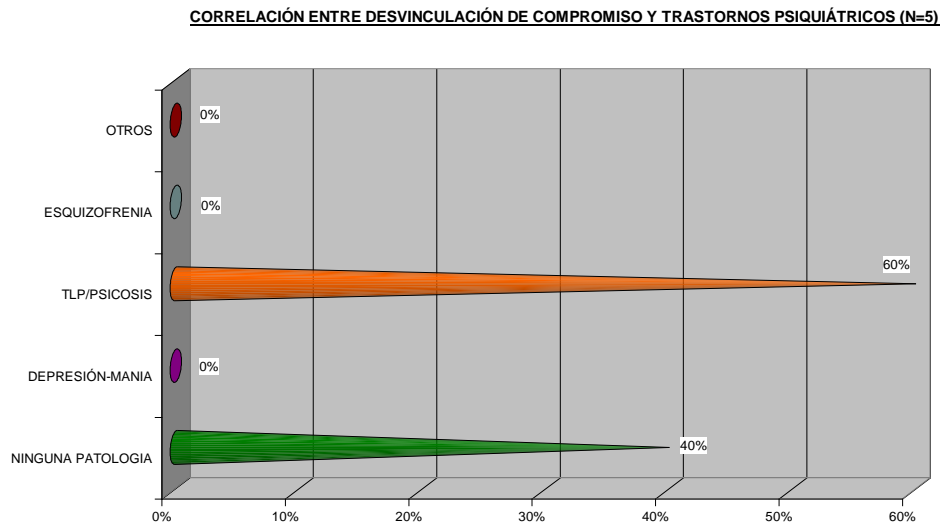


Fuente: Elaboración propia

En los toxicómanos que presentan una desvinculación aparente (n=25), en la mayoría (56%) no se aprecia ninguna otra patología psiquiátrica aparte del trastorno adictivo. El 24% lo forman los trastornos límites de personalidad/otras psicosis y el 4% son los otros trastornos psiquiátricos y la esquizofrenia. La hipótesis no se verifica porque la emergencia que correlaciona con este tipo de desvinculación es la depresión-manía.

- **Desvinculación de compromiso.** Emergencia subjetiva: trastornos límite de la personalidad.

Gráfico 13



Fuente: Elaboración propia

Los pacientes con desvinculación de compromiso (n=5) correlacionan en un 60% con los trastornos límites de la personalidad/psicosis y el resto (40%) no tienen ninguna patología. La hipótesis se verifica pero los resultados no son muy significativos debido a la escasa muestra (no confundir con “estadísticamente significativos”, aquí simplemente queremos hacer referencia a que con una n tan pequeña es muy difícil extraer conclusiones válidas, pero no se ha realizado un análisis estadístico de los resultados).

V. Discusión crítica de los resultados

Claramente existe una relación entre los problemas de la desvinculación y la toxicomanía en nuestros pacientes, de forma estadísticamente significativa respecto a sus hermanos no adictos. Los problemas de desvinculación en uno de los hijos pueden ser la razón de que dentro de una misma familia existan hijos que desarrollen adicciones y otros no. Esto puede significar que un adolescente puede recurrir a las drogas para afrontar los problemas de la desvinculación o bien la droga puede producir dificultades en la desvinculación. En cualquier caso, lo más probable es que ambos problemas (las dificultades de la desvinculación y la toxicomanía) se perpetúen mutuamente de un modo circular, evitando la

resolución de los mismos. Por tanto, pensamos que a nivel terapéutico sería más productivo abordar ambos problemas de modo conjunto mediante una terapia familiar para poder romper este “círculo vicioso”. Esto iría a favor de la hipótesis de que la toxicomanía es una forma de “protegerse” o un mecanismo de defensa patológico que adopta el individuo frente a sus dificultades en la desvinculación familiar. Esto podría ser el objeto de nuevos estudios de investigación, pero excede a los objetivos de este trabajo.

En nuestra práctica diaria observamos como los pacientes no suficientemente desvinculados como para consolidar un proyecto de vida personal, a diferencia de otros, encuentran más dificultades para recuperarse de su adicción. En muchas ocasiones, los intentos de recuperación son traducidos por la familia con problemas de desvinculación como amenazas para el equilibrio familiar, lo que tiende a desencadenar en el paciente la recaída. Esto indica que la desvinculación necesita un claro movimiento disyuntivo por parte de un miembro e implícitamente por parte de los demás. Provoca una reacción en cadena de los cambios relacionales compensatorios entre los restantes miembros del sistema familiar. El resultado dependerá de la madurez de la familia.

Por otra parte, creemos que hay un porcentaje tan elevado en nuestra muestra de pacientes toxicómanos con problemas en la desvinculación, porque las toxicomanías producen al sujeto consecuencias en el desarrollo evolutivo, con respecto a su menguada capacidad para superar frustraciones y para guiarse con responsabilidad. Detrás de estas repercusiones sobre la persona que se convierte en dependiente de la familia puede venir acompañada una perturbación del sistema familiar (que mantenga la homeostasis a través del paciente identificado). Otra razón puede ser que para evitar las interferencias con las dificultades normales en la emancipación de los jóvenes actualmente, hemos seleccionado un perfil de pacientes con mayor edad, generalmente, por tanto, de larga evolución de su patología adictiva, que son asimismo pacientes con una mayor gravedad en su toxicomanía.

Además, sí estamos de acuerdo con Cancrini y La Rosa en que la toxicomanía es una patología de segundo nivel, los pacientes toxicómanos deben padecer otros trastornos que harían posible su irrupción, y que también podrían suponer una dificultad para la desvinculación de nuestros pacientes. De aquí se

deriva que en los resultados estadísticos del estudio aparezca un 60% de pacientes con patología dual.

Sorprende que los hermanos no adictos de nuestros pacientes tengan una desvinculación completa en casi la totalidad de los casos, además de escasa presencia de trastornos psiquiátricos (4%). Hoy sabemos que los jóvenes drogadictos no lo son porque hayan crecido sólo en un ambiente desestructurado, ligado a una determinada clase social, sino que existen también una serie de condicionantes, fundamentalmente individuales, que hacen que haya hermanos adictos y otros que no lo son dentro de la misma familia.

Cancrini y La Rosa (1996) sostienen que los trastornos psiquiátricos se presentan a lo largo del ciclo vital en base al éxito alcanzado en el proceso de desvinculación, que dependerá del nivel conseguido en las metas de filiación (relaciones estrechas y de confianza con los miembros de la familia) y de la individuación (cortar los lazos familiares interiorizados y sustituirlos por los extrafamiliares), y de fase de organización (consolidación de un proyecto personal propio). Para Octave Mannoni (1986) el paso de la niñez al estado adulto se realiza a través de la “dolorosa” prueba de la iniciación. Algunos renuncian a exponerse a la prueba de iniciación, y entonces se marginan, se convierten en “ceros sociales”.

Hay que tener en cuenta, en todo caso, que la información obtenida de estos hermanos no adictos, proviene de los propios pacientes, y el hecho de que estén desvinculados de su familia de origen hace que esta información dada por sus hermanos toxicómanos pueda no ser del todo fiable. Es posible incluso, que de forma más o menos consciente el paciente se haya comparado con el “miembro prestigioso” de este tipo de familias con problemas de desvinculación.

Por otro lado, se obtiene que el 50% de la muestra de pacientes con problemas de desvinculación cumple criterios de desvinculación aparente en base a las preguntas del cuestionario aplicado. Concretamente las dos preguntas que marcan este tipo de desvinculación, son las que se refieren a aquellos pacientes que viven con su familia de origen pero han vivido fuera de la casa de sus padres durante largas temporadas (pregunta nº 7), y en aquellos pacientes que no tienen actualmente trabajo estable pero lo han tenido (pregunta 10). Pensamos que en estos casos la propia toxicomanía puede ser un factor de confusión, ya que frecuentemente las recaídas en el problema adictivo son las que marcan la vuelta

de estos pacientes a la vivienda familiar o la pérdida del trabajo. Sin embargo, otra explicación sería que las dificultades en la desvinculación de estos pacientes favorezcan dichas recaídas, que desde un punto de vista extremo, podríamos decir que son “provocadas” por la propia familia de origen. De hecho, los miembros de las toxicomanías de transición muestran según Cancrini y La Rosa (1996) una tendencia a utilizar la enfermedad para resolver el problema del liderazgo, expresándose en términos de autosacrificio, ya que ambos padres están tan implicados en la toxicomanía como en la vida privada del hijo.

El hecho de que existan pocas desvinculaciones de compromiso entre los pacientes analizados, que representarían formas menos graves de toxicomanías de transición, podría deberse a, como hemos expuesto antes que nuestros pacientes seleccionados por su mayor edad, representen formas de toxicomanía más evolucionadas y graves, que se dan más frecuentemente en tipos de desvinculación aparente.

En la desvinculación aparente la patología psiquiátrica que encontramos más frecuentemente no es la psicosis cíclica como era de esperar, sino el trastorno límite de personalidad/otras psicosis, aunque seguida de la ausencia de psicopatología. Esto podría ser debido a la tendencia de la psiquiatría a no diagnosticar trastornos bipolares hasta no estar totalmente seguros, sustituyendo en ocasiones este diagnóstico por otros de “inferior categoría” y “supuestamente menos graves” como los trastornos límites de la personalidad, en los que una de sus características es la oscilación del estado de ánimo. Por otra parte, en los pacientes toxicómanos también se tiende a abusar del diagnóstico de psicosis inducidas por sustancias, cuando en ocasiones si analizamos bien el desarrollo de los acontecimientos, el orden es el inverso, es decir, una fase depresiva o maniaca precede al consumo de tóxicos y este consumo sólo contribuye a agravar la psicosis cíclica previa.

Además, como hemos comentado anteriormente, si la toxicomanía es una patología de segundo nivel, los pacientes toxicómanos deben padecer otros trastornos que harían posible su irrupción, que generalmente sólo se vuelven evidentes en el momento en que las vicisitudes de la vida o la intervención terapéutica bloquean los comportamientos sintomáticos de segundo nivel (Cancrini y La Rosa, 1996). Por tanto, la ausencia de otra patología psiquiátrica, que es del 40% en nuestra muestra de toxicómanos, y del 56% en los pacientes

con desvinculación aparente, podría estar infradiagnosticada en base a este argumento, y la propia adicción podría ser la causa de que una enfermedad mental añadida se mitigue hasta el punto de no ser diagnosticada o se “enmascare” en forma de otro trastorno menor, como afirman muchos autores (Regier et al., 1990).

Según esto, por ejemplo, una adicción a la heroína, de conocido efecto antipsicótico, en un paciente con trastorno bipolar, podría hacer que este se diagnosticara como trastorno límite de la personalidad, y esta podría ser la causa de que en las desvinculaciones aparezcan más trastornos de personalidad que psicosis cíclicas. Por lo tanto, somos de la opinión de quienes sostienen que dicho aumento actual de las toxicomanías corresponde a una disminución significativa de las otras formas psicóticas y neuróticas (Regier et al., 1990).

Respecto a la patología psiquiátrica de los padres destaca la aparición de frecuentes cuadros distímicos en las madres de los pacientes (30%) y alcoholismo paterno (34%), patología entendida por muchos psiquiatras como la expresión de los trastornos depresivos en los hombres, sobre todo en los pacientes toxicómanos con desvinculación aparente. Este dato es muy importante y va a favor de la existencia de un trastorno difundido de padres a hijos en los casos de desvinculación aparente, manifestando la posible circularidad de episodios distímicos entre uno de los hijos y uno de los padres (pseudo-herencia del trastorno cíclico), como apuntan Cancrini y La Rosa (1996) en su clasificación de la psicopatología de la desvinculación.

La alta prevalencia de padres alcohólicos en nuestros pacientes, lo que determinaría un rol periférico del padre y la sobreimplicación de la madre (estructura familiar del “triángulo perverso”), iría a favor de que estos pacientes con problemas de desvinculación pudieran ser clasificados dentro de las toxicomanías de área neurótica en base a su estructura familiar, lo que indicaría la dificultad de encuadrar a un individuo concreto en uno u otro tipo de toxicomanía según la tipología de Cancrini y La Rosa.

Otro dato estadístico que impacta en relación a la patología de los padres es que un 96% de estos presentan patologías psiquiátricas. Se observa cómo un claro factor de riesgo el hecho de que no exista un “equilibrio mental” en los padres. Desde un punto de vista sistémico podemos entender que los padres

enfermos puedan buscar su “estabilidad” a través de los síntomas de uno de los hijos. De esta manera el hijo cumplirá con sus síntomas una función importante en la homeostasis del sistema. “Esta crisis parental y del paciente pueden ser correlativas, es decir, el paciente no puede salir de su crisis sino a costa del difícil camino que deben recorrer los padres”. (Cancrini y La Rosa, 1996).

VI. Conclusiones

Los obstáculos en la desvinculación respecto a la familia de origen pueden suponer un factor de riesgo que influya en la aparición de adicciones. Este trabajo ha tratado de verificar si esto es así, basándose en la psicopatología de la desvinculación de Cancrini y La Rosa. Las conclusiones son las siguientes:

1. **Los toxicómanos de nuestra muestra en un alto porcentaje de casos (94%) tienen problemas o no han completado la fase de la desvinculación** familiar en algún aspecto. Creemos que este dato, quizá no tan elevado, podría ser generalizable al resto de la población de toxicómanos en tratamiento. Mientras tanto, **los hermanos no adictos de los pacientes analizados han completado casi todos ellos (96%) satisfactoriamente dicha fase de desvinculación familiar**. Esto iría a favor de que los jóvenes drogadictos, como se comentaba en la introducción, no lo son porque hayan crecido en un ambiente desestructurado, ligado a una determinada clase social, sino que deben existir una serie de condicionantes, fundamentalmente individuales, que hacen que haya hermanos adictos y otros que no lo son dentro de la misma familia.
2. **La mayoría de los toxicómanos de la muestra cumplirían criterios de desvinculación aparente (50%)** según la psicopatología de la desvinculación de Cancrini y La Rosa, lo que sería consecuente con el tipo de las toxicomanías graves de transición, características de las familias con problemas de desvinculación.
3. **Un 60% de los toxicómanos analizados presentan al menos otra patología psiquiátrica además de la adicción (patología dual)**, en el momento del análisis. Por el contrario, **un 70% de hermanos no adictos de**

éstos, no presentan patología psiquiátrica diagnosticada. Como hemos visto en la introducción teórica, la mayoría de nuestros pacientes empezaron a consumir drogas y se hicieron adictos durante la adolescencia. Además, la adolescencia es la fase de la vida en la que dan sus primeras señales, y a veces se desarrollan, la mayor parte de los trastornos psiquiátricos. Es decir, existe una clara relación, al menos cronológica, no sabemos si causal o circular, entre la adicción y otras patologías psiquiátricas.

4. **No existe, según los datos obtenidos, una relación clara entre la psicopatología de la desvinculación y las patologías psiquiátricas correlacionadas.** Sólo en los casos de la desvinculación imposible y de compromiso parecen coincidir el tipo de desvinculación y la psicopatología esperada, pero los resultados no son significativos debido a la escasa muestra.
5. Destaca la aparición de un **alta prevalencia de alcoholismo paterno (34%) y distimia materna (30%)** en la muestra obtenida. Según hemos visto en el marco teórico, una de las variables familiares asociadas al consumo de drogas más estudiadas han sido el abuso de drogas por parte de los padres, lo que influye en otros factores de riesgo como permisividad para el consumo, disciplina familiar, modelos de identificación, etc. De hecho, en el estudio de Cantabria con 2178 adolescentes de 12 a 16 años, se observa cómo el mayor factor de riesgo del hábito de beber el hecho de que el padre sea también bebedor. Sin embargo hay que destacar, volviendo a nuestro estudio, que este factor de riesgo debería haber afectado, como es lógico, tanto a los pacientes adictos como a sus hermanos que no lo son...

Los datos obtenidos reflejan que la práctica totalidad de los pacientes toxicómanos han tenido problemas para completar la desvinculación familiar frente a casi ninguno de sus hermanos no adictos. Hemos constatado asimismo que los postulados recogidos en la clasificación de la psicopatología de la desvinculación de Cancrini y La Rosa han resultado válidos y útiles para el análisis de estos problemas en la población adicta.

VII. Limitaciones y prospectivas de la investigación

VII.1. Limitaciones

Al concluir la presente investigación es preciso señalar la presencia de diversos factores limitantes, que no han podido ser controlados en ninguna de las fases de la elaboración de la misma.

1. Las propias dificultades de utilizar un diseño no experimental para analizar las relaciones causales entre las variables incluidas en la investigación, teniendo en cuenta que dichas variables están centradas en la evaluación de conductas del ser humano.
2. La ausencia en la investigación del empleo de técnicas cualitativas limita la precisión en las conclusiones derivadas de la misma. No obstante, esta limitación será presentada como una de las líneas de desarrollo dentro de la prospectiva de investigación.
3. El cuestionario específico empleado para diagnosticar los problemas en la desvinculación de nuestros pacientes y hermanos ha sido elaborado para esta investigación, al no encontrar ninguno que nos sirviera, y por lo tanto no ha sido validado ni es posible comparar los resultados con investigaciones similares.
4. A la hora de discutir los resultados hemos encontrado dificultades al no hallar líneas de investigación o trabajos internacionales que analizaran el fenómeno de la desvinculación desde un punto de vista clínico en los pacientes adictos, siendo estudios centrados en su mayoría en un enfoque teórico.
5. La premura del trabajo y la necesidad de simultanearlo con el estudio han conllevado la escasez de tiempo para realizar la investigación lo que ha motivado déficits en la misma como una muestra escasa o una planificación deficiente en algunos aspectos.

VII.2. Prospectivas

La presente investigación supone una aproximación a los problemas de desvinculación en los pacientes adictos. Dentro de esta línea y, tras los resultados

obtenidos, planteamos el desarrollo de otras investigaciones que profundicen en el conocimiento de las relaciones establecidas entre dichas variables:

1. Obtener la validación de nuestro cuestionario mediante la comparación con otras escalas validadas sobre aspectos relacionados directa o indirectamente con la desvinculación en otras poblaciones de pacientes, por ejemplo psiquiátricos o con discapacidades físicas.
2. Desarrollar diseños de investigación cualitativos con muestras más amplias que profundicen en la valoración de aspectos más concretos de los problemas de desvinculación en los pacientes adictos.
3. Analizar dentro del modelo sistémico la influencia de otra serie de variables que afecten a los problemas de desvinculación en los pacientes adictos, tales como el entorno socio-afectivo, la presencia de recursos socio-sanitarios cercanos, variables económicas y formativas, entre otras.

VIII. Referencias bibliográficas

- Altuna, M. & Alvaro, J.L. (1992). *Jóvenes, Salud y Consumo*. Revista Catorce Treinta nº 5. Universidad Complutense de Madrid, pp. 19-32.
- Araque, F. (2003). *Talleres de Prevención Familiar*. en: *Toxidependencias*. nº5 marzo; pp. 40-41
- Barcia, D. (2000). *Tratamientos psicológicos (V): Terapia de familia*. en: *Tratado de psiquiatría*. Aran ediciones 2000; pp. 795-796.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, pp. 162-186.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1982). *Terapia familiar intensiva*. México, Ed. Trillas.
- Cancrini, L. & La Rosa, C. (1996). *La caja de Pandora*. Barcelona, Ed. Paidós.
- Dávila, O. (2004). *Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes*. Última década, nº 21, CIDPA Valparaíso, pp. 83-104.
- De Vega, J.A. (1995). *Terapia familiar y toxicomanías*. en: Navarro, J.; Beyebach, M. *Avances en terapia familiar sistémica*. (pp. 273-298). Barcelona: Paidós.

- Elster, A.B. & Kuznets, N.J. (1995). *Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Recomendaciones y fundamentos*. Madrid. Ed. Díaz de Santos.
- Freud, S. (1993). *Los textos fundamentales del psicoanálisis*. Barcelona: Altaya.
- Haley, J. (1985). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- Herrero, N. (1997). *Intervención en el colectivo de menores. Programa de intervención con menores del plan municipal contra las drogas*. En: El consumo de drogas en el Ayuntamiento de Madrid. EDIS-Ayuntamiento de Madrid. Área 4. Drogodependencias, pp. 1305-1307.
- Liddle, H. & Dakof, G. (1995). *Efficacy of family therapy for drug abuse: promising but not definitive*. Special issue: the effectiveness of marital and family therapy. J of marital and family therapy; 21(4): 511-543.
- La Población Andaluza ante las Drogas XII (2011). Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- Mannoni, O., Deluz, A., Gibello, B. & Hébrard, J. (1986). *La crisis de la adolescencia*. Editorial Gedisa. España.
- O.M.S. (1973). *La juventud y las drogas*. Edit. OMS. Ginebra.
- Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías. (2011). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
- Observatorio Español sobre Drogas. (2004). Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2006). OEDT. Lisboa.
- Ochoa, E. (2001). Dependencia de sustancias. En: *Antagonistas opiáceos en las dependencias*. E. Ochoa (ed). Barcelona: Ed. Ars Médica, 2001, pp. 1-13.
- Oliva, A. & Parra, A. (2001). *Autonomía emocional durante la adolescencia*. Departamento de psicología evolutiva y de la educación. Facultad de psicología. Universidad de Sevilla.

- Paniagua, H. (2001). *Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno*. An Esp Pediatr. 55: 121-128.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, F.K. (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol & other drug abuse. Results from Epidemiological Catchment Area (ECA) Study*. JAMA. 264: 2511-8.
- Stanton, M.D. & Todd, T. (1988). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona, Gedisa.
- Sullivan, H.S. (1972). *Estudi clínic*. Milán, Feltrinelli, pp. 308-312.
- Sullivan, H.S. (1974). *Teoría interpersonal de la psiquiatría*. Buenos Aires, Psique.
- Urra, J. (1993). *Infancia y droga, el vacío de la razón*. Intervención Psicosocial. Vol. II. (6): 67-75.

IX. Anexos

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

D., mayor de edad y con DNI.
....., domiciliado en, provincia de
....., por medio del presente documento,

AUTORIZA a,
profesional del Centro Municipal de Drodependencias de San Pedro de Alcántara, a
realizar el *Cuestionario de desvinculación familiar*, así como a la extracción de datos
de su historia clínica relacionados con las preguntas del cuestionario, y declaran
haber sido informados del empleo que se les van a dar dichos datos obtenidos para
la realización de un estudio de investigación.

El Organismo Autónomo Local Marbella Solidaria garantiza la confidencialidad
de dichos datos y la no utilización de los mismos para ninguna otra actividad sin el
consentimiento del firmante.

Aceptando los compromisos reseñados firma el presente

CONSENTIMIENTO, en San Pedro, a de de 2013.

Firmado y conformes

Firma del paciente:

Firma del profesional:

ANEXO 2.- CUESTIONARIO DE DESVINCULACIÓN FAMILIAR

NOTA 1: EL PACIENTE DEBE TENER UNA EDAD IGUAL O SUPERIOR A 30 AÑOS Y UN HERMANO NO ADICTO DE UNA EDAD SIMILAR AL PACIENTE Y MISMO SEXO

PACIENTE

1. SEXO
 1. VARON
 2. MUJER

2. EDAD
 1. 30-35
 2. 35-40
 3. 40-45
 4. MAYOR DE 45

3. ¿CUÁL ES TU PROBLEMA ADICTIVO PRINCIPAL?
 1. HEROÍNA
 2. COCAÍNA

4. ¿TE HAN DIAGNOSTICADO OTRA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA?
 1. NO
 2. ESQUIZOFRENIA (*Desvinculación imposible o inaceptable*)
 3. DEPRESION-MANIA (*Desvinculación aparente*)
 4. TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD/OTRAS PSICOSIS (*Desv. de compromiso*)
 5. OTRAS

5. ¿Y A TUS PADRES?
 1. NO
 2. ESQUIZOFRENIA
 3. DEPRESION-MANIA (*Desvinculación aparente*)
 4. TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD/OTRAS PSICOSIS
 5. OTRAS

6. ¿VIVES CON TU FAMILIA DE ORIGEN?
 1. SI
 2. NO (*Desvinculación física*)

7. SI ES ASÍ, ¿HAS VIVIDO FUERA DE LA CASA DE TUS PADRES DURANTE LARGAS TEMPORADAS?
 1. SI (*Desvinculación aparente*)
 2. NO (*Desvinculación imposible o inaceptable*)

8. SI NO VIVES CON TUS PADRES, ¿SUELES REGRESAR CON FRECUENCIA A CASA DE TUS PADRES CUANDO TE SIENTES EN APUROS?
 1. SI (*Desvinculación inaceptable*)
 2. NO
9. ¿TIENES TRABAJO ESTABLE?
 1. SI (*Desvinculación física-económica*)
 2. NO
10. SI NO LO TIENES, ¿LO HAS TENIDO DE FORMA ESTABLE?
 1. SI (*Desvinculación aparente*)
 2. NO (*Desvinculación imposible o inaceptable*)
11. SI TRABAJAS, ¿LO HACES EN EL NEGOCIO DE TU FAMILIA O TE HAN FORZADO TUS PADRES A TRABAJAR EN ALGO QUE A TI NO TE GUSTA?
 1. SI (*Desvinculación de compromiso*)
 2. NO
12. ¿HAS TENIDO O TIENES ALGUNA PERSONA DE TOTAL CONFIANZA FUERA DE LA FAMILIA? (*Individuación*)
 1. SI
 2. NO (*Desvinculación imposible*)
13. ¿TIENES PAREJA ESTABLE?
 1. SI (*Desvinculación emocional*)
 2. NO
14. ¿TUS PADRES ESTÁN MUY IMPLICADOS EN TODOS LOS ASPECTOS DE TU VIDA Y NO TE DEJAN TOMAR TUS PROPIAS DECISIONES?
 1. SI (*Desvinculación inaceptable*)
 2. NO

HERMANO NO ADICTO

1. SEXO
 1. VARON
 2. MUJER
2. EDAD
 1. 30-35
 2. 35-40
 3. 40-45
 4. MAYOR DE 45
3. ¿LE HAN DIAGNOSTICADO OTRA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA?
 1. NO
 2. ESQUIZOFRENIA (*Desvinculación imposible o inaceptable*)

3. DEPRESION-MANIA (*Desvinculación aparente*)
 4. TRASTORNO DE PERSONALIDAD/ OTRAS PSICOSIS (*Desv. de compromiso*)
 5. OTRAS
-
4. ¿VIVE CON SU FAMILIA DE ORIGEN?
 1. SI
 2. NO (*Desvinculación física*)
 5. SI ES ASÍ, ¿HA VIVIDO FUERA DE LA CASA DE TUS PADRES DURANTE LARGAS TEMPORADAS?
 1. SI (*Desvinculación aparente*)
 2. NO (*Desvinculación imposible o inaceptable*)
 6. SI NO VIVE CON TUS PADRES, ¿SUELE REGRESAR CON FRECUENCIA A SU CASA CUANDO SE SIENTE EN APUROS?
 1. SI (*Desvinculación inaceptable*)
 2. NO
 7. ¿TIENE TRABAJO ESTABLE?
 1. SI (*Desvinculación física-económica*)
 2. NO
 8. SI NO LO TIENE, ¿LO HA TENIDO DE FORMA ESTABLE?
 1. SI (*Desvinculación aparente*)
 2. NO (*Desvinculación imposible o inaceptable*)
 9. SI TRABAJA, ¿LO HACE EN EL NEGOCIO DE TU FAMILIA O LE HAN FORZADO TUS PADRES A TRABAJAR EN ALGO QUE NO LE GUSTA?
 1. SI (*Desvinculación de compromiso*)
 2. NO
 10. ¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA PERSONA DE TOTAL CONFIANZA FUERA DE LA FAMILIA? (*Individuación*)
 1. SI
 2. NO (*Desvinculación imposible*)
 11. ¿TIENE PAREJA ESTABLE?
 1. SI (*Desvinculación emocional*)
 2. NO
 12. ¿TUS PADRES ESTÁN MUY IMPLICADOS EN TODOS LOS ASPECTOS DE SU VIDA Y NO LE DEJAN TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES?
 1. SI (*Desvinculación inaceptable*)
 2. NO