



## ***Abordaje de adicciones desde un enfoque Sistémico***

### **Trabajo final de grado**

Alumna: Gabriela Peyrou

C.I. 1.287.308-7

Tel.: 091 29 33 57

e-mail: [gpeyrou@hotmail.com](mailto:gpeyrou@hotmail.com)

Tutor: Jorge Cohen

## INDICE

Resumen .....	2
1. Las adicciones.....	3
1.1. Qué se entiende por adicción? .....	3
1.2. Uso, abuso y dependencia .....	5
1.3. Etiología de las adicciones .....	6
1.4. Comorbilidad de las adicciones con otros trastornos mentales.....	8
1.5. La impulsividad como antesala de las adicciones comportamentales .....	9
2. Modelo Sistémico.....	10
2.1. Epistemología Sistémica .....	10
2.2. El adicto y su familia desde un abordaje sistémico .....	14
3. Prevención de adicciones: algunas investigaciones .....	23
3.1. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia.....	23
3.2. Prevención familiar del consumo de drogas: el programa “Familias que funcionan”.....	26
3.3. Concepto de Salutogénesis .....	29
Conclusiones.....	34
Bibliografía.....	37

## RESUMEN

A través de este trabajo intentaré abordar el tema de las Adicciones, a mi entender, uno de los más complejos a enfrentar como psicólogos. Problemática para la cual considero imprescindible que equipos interdisciplinarios se formen en profundidad para dar respuesta a este fenómeno multidimensional.

Entiendo, en acuerdo con Eduardo Kalina y Santiago Kovadloff (1987), que la adicción ha sido un emergente histórico de carácter psicosocial y que la curación cabal del adicto se encuentra estrechamente unida a la transformación de las estructuras del sistema social.

La Psicología Sistémica, plantea al individuo como parte integrante de un Sistema Familiar, el cual a su vez forma parte de un Macro Sistema que es la Sociedad. A esto se debe mi interés por este modelo y su propuesta terapéutica. Este modelo se aparta de las estructuras clásicas de los sistemas deductivos. Las diferencias principales que se establecen con los demás modelos son la circularidad, la multicausalidad, la retroalimentación, alejándose de la premisa de que si sucede un determinado hecho, ello implique la producción de un determinado resultado. (Watzlawick & Ceberio, 1988)

Para este modelo, en general los síntomas son entendidos como intento de soluciones fracasadas que devienen de un sistema familiar disfuncional, por lo que se entiende necesario que el foco de análisis no solo recaiga en el paciente identificado, sino también en todo el sistema.

Dentro de los tratamientos planteados desde esta corriente ahondaré fundamentalmente en la Terapia Familiar Sistémica.

**PALABRAS CLAVES:** Adicción, dependencia, sistema, familia, terapia sistémica

## 1. Las adicciones

### 1.1. ¿Qué se entiende por adicción?

Etimológicamente “addictum” proviene del latín y significa “lo adjudicado o designado, lo ofrendado”. El término “addictum”, era utilizado como adjetivo en tiempos de la república romana, para designar a aquel hombre que para saldar una deuda se convertía en esclavo, por carecer de otros bienes para saldar el compromiso contraído. El “addictum” era alguien voluntariamente desplazado a una condición inferior a la que tuvo en otro momento. El que ha perdido su identidad y a su vez ha adoptado una identidad impropia como único camino para saldar su deuda\*; aquel que aceptaba públicamente su falta de derecho a una identidad. “Para ser algo debía aceptar que no era nadie” (Kalina & Kovadloff, 1987, pág. 17).

El DSM-IV (1995) define a la adicción o dependencia de sustancia como un patrón desadaptativo del consumo de la sustancia que provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad del individuo.

Según el manual algunos ítems que definen la dependencia de sustancia:

- Tolerancia, definida por (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o, (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado con las mismas dosis (DSM-IV, 1995 pág. 186).
- El grado de tolerancia varía según la sustancia. Por ejemplo los consumidores de opiáceos y estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables, hasta llegar a niveles que serían letales para una persona no consumidora de dicha sustancia. La tolerancia al alcohol también puede ser elevada aunque no tanto como a las anfetaminas. Muchos sujetos fumadores consumen más de 20 cigarrillos al día, una cantidad que les hubiera producido síntomas de toxicidad cuando empezaron a fumar. Los consumidores habituales de Cannabis no se percatan de la aparición de tolerancia a la sustancia. (DSM-IV, 1995, pág 182)
- La Abstinencia, es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos que tiene lugar al disminuir la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. (DSM-IV, 1995, 187)

- Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- Imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia. Se continúa consumiendo a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (p.ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión rebote). (DSM-IV, 1995, pág. 182)

“Ni la tolerancia y la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar \*la dependencia a sustancias” (DSM-IV, 1995, Pág 184)

La abstinencia puede ser tanto física como psíquica. Puede ser aguda, (al poco tiempo de dejar de consumir aparecen los síntomas), tardía, (al tiempo de dejar de consumir aparecen los síntomas psiquiátricos) o condicionada, similar a la aguda, (cuando frente a un estímulo vuelve el deseo de consumir) (DSM-IV, 1995, pág. 187).

La Corriente Sistémica, a través de Marcelo Ceberio y Paul Watzlawick (2008) hablan de problemas de adicción y no de enfermedad. Los autores\*, plantean que se debe permutar el concepto de “enfermedad” por “problema”. Se debe entender al hombre “en relación con” y no como un sujeto aislado. Para la Sistémica hay que correr al adicto del lugar patológico, haciendo hincapié en el trabajo con la familia para ver que hay detrás de ese consumo.

## **1.2. Uso, abuso y dependencia.**

Es necesario delimitar las diferencias entre los conceptos de Dependencia, Abuso así como el de Uso.

El consumo de una sustancia tóxica, sea una droga legal o ilegal, no implica necesariamente una Adicción sino un Uso. El Uso se define como el consumo esporádico y circunstancial de una droga.

Mario Puentes (2004) señala al respecto:

Desde el punto de vista clínico-psicológico definimos que un sujeto hace uso de drogas cuando, ante la inesperada ausencia de la sustancia, no se angustia” (... ) el uso está definido como la relación que establece un sujeto con una sustancia psicoactiva pero sin generar un vínculo de necesidad. (P. 41)

Explica el autor que si bien muchas veces se hace referencia al denominado “continuum del consumo” (que intenta explicar como un sujeto comienza haciendo uso de una sustancia y termina en la adicción), el mismo no es una norma; es decir, puede suceder o no. Existe el uso de drogas sin que esto necesariamente conduzca al abuso o a la dependencia (Puentes, 2004).

Otro concepto fundamental es el de Abuso. El DSM IV define así al abuso:

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionada con el consumo repetido de sustancias. (...) El abuso implica un daño, o una amenaza de daño a la salud física, psicológica o social del sujeto involucrado. (1995, p. 225)

Según Puentes (2004) otra característica del Abuso es que la abstención de la sustancia produce inevitablemente angustia.

Por último, DSM- IV al definir la Dependencia sostiene:

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. (1995, p. 218)

Puentes (2004) explica que el sujeto drogodependiente tiene una compulsión a consumir, ya que la abstinencia de dicha sustancia le genera un monto intolerable de angustia, que sólo se alivia con una nueva ingesta.

La dependencia puede ser fisiológica o no. El DSM IV (1995) explica que la dependencia fisiológica refiere a la existencia de signos de Tolerancia o Abstinencia. Cuando no hay signos de tolerancia o abstinencia no habría dependencia fisiológica,

aunque sí puede haber una dependencia psicológica. Sobre esta última Kaplan & Sadock (2001) expresan: “La dependencia psicológica, también conocida como habituación, se caracteriza por un anhelo continuo o intermitente por la sustancia, para evitar los estados disfóricos” (p. 429).

### 1.3. Etiología de las adicciones

Kalina y Kovadloff en *Droga máscara del miedo* (1987), entienden que si bien el adicto suele pensar que el consumo de drogas responde a una libre opción, éste no hace más que adaptar a su vida individual las relaciones alienadas que imperan en la sociedad en la que está inmerso.

El adicto disocia interioridad de exterioridad, lo subjetivo de lo objetivo, y entiende que **sólo es posible transformar la percepción de la realidad y no la realidad en sí misma**. Por eso de lo único que no puede prescindir es de la droga. El resto, el entorno, las responsabilidades, las relaciones\*, son circunstanciales. Lo que predomina en él es la impotencia, la intolerancia a la frustración, la imposibilidad de esperar por lo cual no pueden sostener ningún proyecto. El adicto renuncia a cualquier tipo de cuestionamiento (lo que implicaría la posibilidad de realizar transformaciones objetivas y de las estructuras subjetivas), confirmando la omnipotencia que la sociedad se adjudica.

Para el adicto la injusticia que lo ahoga es una realidad suprasocial, no hay forma de superarla, por eso el adicto renuncia a la acción.

Según varios autores las causas que explican la adicción son: individuales, familiares e histórico-sociales.

Kalina y Kovadloff entienden a la familia como “la mediación ineludible entre el individuo y el Estado” (1987, pág 141). Citando a Max Horkheim sostienen que la familia constituyó la realidad más impresionante de la vida social del individuo. Éste se veía como parte integrante de esa entidad que daba sentido a su vida y estaba presente en sus actos e ideas. En la modernidad, con la disolución de los contenidos de la experiencia familiar y de la significación tradicional de la familia se produce un proceso de creciente inconsistencia individual. Para Horkheim el individuo es un átomo social. Habla del hombre como “solitario de la sociedad de masas” (Kalina & Kovadloff, 1987, pág. 142). La soledad que experimenta el individuo proviene según el autor de la disolución de fuentes de identidad y de falta de valores sustitutivos, por lo

que la conducta individual actual se orienta más hacia paleativos de la soledad y la desintegración que a la búsqueda de elementos capaces de reconstruir realmente su identidad.

Citando a Octavio Aparicio sostienen Kalina y Kovadloff (1987) que la motivación social fundamental del consumo es la evasión. Ingeriendo sustancias el adicto anestesia momentáneamente al “Yo”, sustrayéndolo de la conflictiva percepción del mundo. Contrariamente a como él se percibe, el adicto es un gran conservador. Es incapaz de admitir su impotencia para lograr las transformaciones de vida que lo atormentan. En tiempos donde los cambios sociales son tan vertiginosos, disminuye la capacidad de asimilar en forma adecuada el significado de las transformaciones vividas. La inexistencia del duelo y la ausencia de elementos reparatorios crean un sentimiento de vacío que necesita ser llenado de alguna manera. Es así como queda el terreno fértil para las drogadicciones. Además de este tipo de adicción a las sustancias están las adicciones socializadas, como, entre otras, el alcohol, el tabaco, la compulsión al trabajo, el consumo descontrolado de psicofármacos, la adicción al alimento, a las perversiones sexuales o al juego,

Según de Sola Gutiérrez, Rubio Valladolid y Rodríguez de Fonseca citando a Holden (2001), existe un paralelismo directo entre la adicción a sustancias y a comportamientos, donde aún en ausencia de sustancia interviene el circuito de refuerzo. La expectativa de premio de un ludópata no se diferencia de la gratificación dopaminérgica inducida químicamente por la cocaína. En el caso de la compulsión por el alimento se ha visto un déficit de dopamina en individuos obesos. Asimismo los adictos al sexo comparten el mismo déficit inhibitorio conductual que los cocainómanos. Se entiende que el uso continuado de internet conlleva daños y alteraciones estructurales cerebrales que se asemejarían a los mecanismos de las sustancias (Gutiérrez, Rubio Valladolid, & Rodríguez de Fonseca, 2013).

Sin embargo, explican los autores citando a Echeburúa et al (2010) que existe una diferencia en el síndrome de abstinencia por sustancia frente al comportamental. En el primer caso el síndrome desaparece inmediatamente con el consumo de la sustancia mientras que en el caso de las dependencias comportamentales el sentimiento de desasosiego y ansiedad requieren de más tiempo.

Por otro lado explican que la conducta adictiva no es definida tanto por la frecuencia con que se realiza sino el tipo de relación que se establece con ella.



El adicto puede recuperarse pero no curarse en el sentido estricto de la palabra, siempre deberá cuidarse. (Arias, Labriola, & Kalina, 1990)

#### **1.4. Comorbilidad de las adicciones con otros trastornos mentales**

A través de una investigación realizada en México, por Rodrigo Marin Navarreta y otros (2013) a hombres adscritos a Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA) se pudo constatar prevalencia de comorbilidad de trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos mentales. Esta investigación se llevó a cabo sobre 346 participantes de los 535 que fueron captados. Dicho estudio se realizó con Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (WMH-CIDI). Se mostró que 75.72% cumplía con criterios diagnósticos para algún trastorno psiquiátrico comórbido, siendo los predominantes los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, seguidos por los trastornos de ansiedad, la ansiedad por separación, los trastornos afectivos, los trastornos por control de impulsos y con menor frecuencia los trastornos de la conducta alimentaria. En la mayoría de los casos (83.59%), los trastornos psiquiátricos comórbidos precedieron a los trastornos adictivos. Este estudio lo que busca es promover acciones para lograr la existencia de servicios que atiendan las adicciones y los trastornos psiquiátricos en forma integral. Según explican los autores, los jóvenes y los adultos jóvenes son los más afectados por el uso de drogas, al identificarse que las generaciones actuales se encuentran más expuestas a ellas.

Las personas que presentan esta comorbilidad desarrollan mayor gravedad de la sintomatología adictiva y psiquiátrica, situación que se asocia significativamente en el deterioro de la calidad de vida y del funcionamiento psico-social de las mismas.

Por otro lado, estos pacientes con comorbilidad son más resistentes a comenzar, mantener y completar tratamientos psicológicos y/o farmacológicos, así como presentan altos índices de recaídas.

Al no encontrar programas de tratamiento que integren la atención psiquiátrica como a las adicciones, los pacientes se encuentran frente a una gran dificultad. Normalmente reciben tratamientos paralelos o secuenciados, lo que disminuye su efectividad e incrementa sus costos.

En opinión de los autores, los resultados reflejaron que en su mayoría el trastorno psiquiátrico precede al adictivo, por lo que éste podría representar en cierta forma un medio de autorregulación para disminuir la sintomatología del padecimiento

mental. Asimismo, reportaron que los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos fueron los que más se presentaron en comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias.

Se evaluaron un total de 17 trastornos psiquiátricos del Eje I, además de los trastornos por consumo de sustancias, y se agruparon de acuerdo con los grupos diagnósticos del DSM-IV-TR. De este modo quedaron conformados en: "Trastornos afectivos, Trastornos de ansiedad, Trastornos del control de impulsos (Juego patológico), Trastornos de la conducta alimentaria, Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador y Trastornos de ansiedad de separación".

Se observó que las frecuencias de comorbilidad psiquiátrica presentaron mayor prevalencia en los trastornos por dependencias (dependencia a drogas [85.93%], dependencia al alcohol [78.90%]); frente a los trastornos por abuso (abuso de drogas [75%] y abuso de alcohol [65.48%]), lo cual confirma la hipótesis que señala que **a mayor gravedad de la adicción, mayor comorbilidad psiquiátrica.**

Más de 70% de la muestra con comorbilidad psiquiátrica presentó más de dos trastornos psiquiátricos comórbidos del Eje I, lo cual indica que esta población tiende a presentar síndromes psiquiátricos complejos.

### **1.5. La impulsividad como antesala de las adicciones comportamentales**

Según Gutiérrez, Rubio Valladolid & Rodríguez de Fonseca (2013) hay evidencias de que la impulsividad es una antesala del comportamiento adictivo, por lo que la misma es un claro predictor de la adicción. Pero no sólo es la antesala de la adicción sino también uno de los ejes más relevantes, especialmente cuando se encuentran patologías asociadas.

Estos autores citando a Evenden (1999) y a Moeller, Barrat, Dougerty, Schmitz y Swann( 2001) definen a la impulsividad como la "tendencia a la acción sin toma de conciencia, valoración o juicio anticipado". Es decir "la predisposición a una conducta con o sin poca premeditación sobre sus consecuencias que conlleva acciones rápidas no planificadas, y en donde prima la urgencia de un refuerzo inmediato" (Gutiérrez, Rubio Valladolid, & Rodríguez de Fonseca, 2013, pág. 146).

Para los autores la impulsividad como rasgo conlleva actos sociales inadecuados donde existe un alto grado de desinhibición conductual. Está compuesta por dificultades de atención sostenida y sesgada, búsqueda de sensaciones y novedad

estimular, urgencia, dificultad de control, dificultad en el aplazamiento de un refuerzo positivo inmediato por otro mayor en el tiempo, escaso análisis de la situación e información relevante antes de emitir una respuesta, falta de perseverancia y alta sensibilidad a refuerzos positivos.

El alto grado de sensibilidad y dificultad de aplazamiento de refuerzos positivos inmediatos vuelve a estos sujetos impulsivos incapaces de retrasar o inhibir una respuesta. Esto los induce a apetencia o *craving* de estimulación con dificultad de control según Papachristou, Nederkoorn, Havermans, Van Der Horst y Hansen (2012) citados por Gutierrez, Rubio Valladolid y Rodríguez de Fonseca (2013).

Los autores tomando conceptos de Koob y Volkow (2010) entienden que la impulsividad es consecuencia de una urgencia positiva motivada por un estado de tensión que conduce a la acción y gratificación o urgencia negativa derivada de un estado de stress o ansiedad en donde la acción conduce a la relajación. Esta compulsión puede ser parte de un eslabón en la cadena del desarrollo del comportamiento adictivo. (Gutiérrez, Rubio Valladolid, & Rodríguez de Fonseca, 2013)

Citando a Myrseth, Tverá, Hagatuny Lindgren (2012) los autores entienden que el comportamiento impulsivo y la búsqueda de sensaciones suelen convivir en el comportamiento adictivo.

## **2. Modelo Sistémico**

### **2.2. Epistemología Sistémica**

Para comenzar a hablar sobre la Epistemología Sistémica, tomaré conceptos de Horacio Serebrinsky (2014), quien citando a Paul Watzlawick, et al (1967) define al Sistema como “un conjunto de objetos y relaciones entre los objetos y entre sus atributos, entendiendo que los objetos son componentes o partes del sistema; los atributos, las propiedades de los objetos y las relaciones, las instancias que mantienen unido al sistema” (pág. 87).

El autor toma también la definición de sistema de Von Bertalanffy (1962), quien introduce el concepto de interacción. Entiende al sistema como “un conjunto de elementos que interactúan entre sí, presuponiendo de ese modo la existencia de una interdependencia entre las partes y la posibilidad de un cambio que puede ser logrado a través de la reversibilidad de la relación” (Serebrinsky, 2014, pág. 87).

Por lo tanto, **la característica principal de los modelos sistémicos es que sus objetivos terapéuticos están centrados en la modificación de patrones de interacción interpersonal.**

La Teoría General de los Sistemas es un enfoque interdisciplinario, por lo que se vuelve aplicable a cualquier sistema, ya sea natural o artificial.

Las contribuciones más importantes a los modelos sistémicos provienen de la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética, los desarrollos de los pragmáticos de la comunicación (biólogos, antropólogos, psicólogos) así como la Psicoterapia familiar, según este autor.

Paul Watzlawick y Marcelo Ceberio (2008) entienden a la “epistemología sistémica como una herramienta que permite construir correlaciones y recursividades entre los diferentes niveles de lo observable, entendiendo que cada uno es autónomo pero al mismo tiempo independiente y puede requerir de otros instrumentos de indagación” (pág. 16).

En el Modelo Sistémico pasará a hablarse de una totalidad en vez de sumatividad relacionando circularmente las diferentes fracciones del sistema. Se reconoce una multiplicidad de niveles que son simultáneamente autónomos e interrelacionados. Este modelo se contrapone al Modelo Analítico que tiende a descomponer las partes, sosteniendo que se podía comprender y explicar el todo entendiendo el punto de partida (Watzlawick & Ceberio, 1988).

Según Horacio Serebrinsky en *Un Viaje Circular* (2014) cada una de las partes que comprende un sistema puede considerarse un subsistema, es decir un conjunto de partes e interrelaciones que forman parte de un sistema mayor estructural y funcionalmente. Pero a su vez, ese sistema posee sus propias características por lo tanto los subsistemas son sistemas más pequeños dentro de sistemas mayores. Las propiedades de los subsistemas, sistemas y suprasistemas son semejantes y se pueden encontrar analogías entre ellos.

Según Serebrinsky (2014), relacionando el concepto de sistema con el de Gestalt se entiende que “un objeto tiene sinergia cuando el examen de una o alguna de sus partes en forma aislada no puede explicar o predecir la conducta del todo” (pág. 89). Para poder comprender una conducta global, dice el autor, es necesario entender todas sus partes y las relaciones existentes entre ellas permitirán predecir la conducta de ese objeto cuando recibe una fuerza particular. La condición de sinergia de los sistemas podría sintetizarse como “el todo es más que la suma de las partes”. (pág.

90). En el caso de una terapia familiar sistémica podría decirse que no se trata de sumar individualidades sino abordar las interacciones que conforman un todo más complejo.

En cuanto a la complejidad de los sistemas se destacan las interacciones entre los componentes y subsistemas, pero también es importante notar la variedad presente en cada uno de los subsistemas, entendiéndose por variedad al número de estados posibles que puede alcanzar un sistema o un componente. En la medida que se pasa de un sistema a subsistemas, la complejidad va de mayor a menor, mientras que al integrar subsistemas en sistemas será mayor la comprensión del todo y de las interrelaciones entre sus partes. (Serebrinsky, 2014)

Es pertinente diferenciar lo que son sistemas cerrados de lo que son sistemas abiertos. Un sistema cerrado, tomando la definición de Bertalanffy (1968) tomada por Serebrinsky (2014) es aquel que no intercambia información con su medio a diferencia de los sistemas abiertos que están intercambiando información o energía de algún tipo. En los sistemas abiertos el intercambio es tal, que logran mantener alguna forma de equilibrio continuo o estado permanente. Serían sistemas abiertos todos los sistemas vivos mientras que los cerrados serían los sistemas físicos.

Los sistemas abiertos se caracterizan por tres propiedades, **la totalidad, la retroalimentación o feedback y la equifinalidad.** (Serebrinsky, 2014)

La propiedad de totalidad, como ya se definió anteriormente, implica que los factores o elementos no pueden variar independientemente sin condicionar el todo.

El concepto de retroalimentación, que proviene de la ingeniería aeronáutica extendiéndose a otros ámbitos, constituye la base de la circularidad. En todo sistema abierto existe una información de retorno que regresa del receptor al emisor y permite la comunicación y el intercambio. Este feedback permitirá el cambio o la permanencia. Existen dos tipos de feedback, uno positivo y otro negativo, en función de los efectos que esa información de retorno tenga en el sistema.

Si mantiene la homeostasis del sistema, se considera negativo, porque rechaza el cambio, mientras que a la información que provoca alguna pérdida en la estabilidad, se considera positiva al aceptar el cambio.

Tanto la homeostasis como la transformación son dos procesos complementarios para la vida del sistema. Cuando esta autorregulación no funciona puede ocurrir que predominen las transformaciones que permitan la disolución del problema, o la pérdida

de flexibilidad, y como consecuencia el endurecimiento del sistema proporcionando respuestas repetitivas cada vez menos eficaces.

La equifinalidad tiene que ver con cómo los procesos fueron llevados a cabo. En los sistemas abiertos las modificaciones pueden tener diferentes orígenes a diferencia de los sistemas cerrados donde los resultados están determinados por las condiciones iniciales.

A partir de lo explicado, se puede definir a un sistema como funcional o disfuncional en relación a la adaptación al medio social. Un sistema funcional es un sistema abierto, caracterizado por armonía conyugal y parental donde la comunicación es fluida, hay expresión afectiva, los roles son flexibles, las reglas plásticas, lo que permite sobrellevar las crisis al tener límites claros; mientras que el sistema disfuncional es aquel que se caracteriza por ser homeostático. La homeostasis provoca un sistema rígido, anula la posibilidad de adaptación a las exigencias de un mundo cambiante, dando lugar a la conducta sintomática dado que sus fronteras son rígidas y no permiten el intercambio de información con otros sistemas. Fernández Ortega (2004) sostiene que cuanto más rígidos son los sistemas mayor la tendencia a la homeostasis y a la aparición de la patología para sostener el equilibrio en el sistema familiar.

En este modelo sistémico el observador está involucrado, siendo con su propio sistema de creencias, participe activo de lo que observa. (Arias, Labriola, & Kalina, 1990)

Entiendo pertinente incluir en esta temática, reflexiones de Paul Watzlawick y Marcelo Ceberio (1988), quienes plantean la hipótesis que lo que se hace para lograr la felicidad, buscando la perfección puede ser causa de nuestra infelicidad. Hacen referencia a Heráclito, quien hablaba de la enantidromia, para referirse a ese instante, inesperado e impredecible, donde se transformaba algo en su opuesto. Estos autores citan a Lao Tzu quien escribiera en su Tao Te King:

«Cuando todos en el mundo entiendan la belleza de ser bello, entonces la fealdad existe. Cuando todos entiendan la bondad de ser bueno, entonces la maldad existe». (Watzlawick & Ceberio, 1988, pág. 1)

Explican los autores que en la búsqueda de la felicidad creamos nuestra infelicidad, a través de numerosos mecanismos, pero parecen tener un denominador común: la llamada tendencia a hacer más de lo mismo. Al observar estos mecanismos descubrimos que su importancia y sus efectos van más allá de nuestras vidas individuales y amenazan la supervivencia del planeta. (Watzlawick & Ceberio, 1988)

## 2.2. El adicto y su familia desde un abordaje sistémico

Dentro de la orientación sistémica, surgen a mediados de la década del 50 los conceptos de “familia patógena” y de “paciente señalado” y comenzó a pensarse al individuo como espejo de una patología familiar, por lo que el trabajo terapéutico comenzará a recaer no solamente en el paciente que manifiesta el síntoma, sino que abarcará a todo el sistema. (Serebrinsky, 2014)

Por lo cual cuando una familia disfuncional o un miembro de la misma piden ayuda, los terapeutas sistémicos consideran que la problemática involucra a toda la familia.

Partiendo del concepto de que una adicción es un intento fallido en la búsqueda de encontrar soluciones para modificar algo, se trata de una dificultad transformada en problema, por lo tanto lo que se propone en el tratamiento es la reestructuración, buscando modificar los patrones de comportamiento repetitivos que sostienen el problema (Kalina & Kovadloff, 1987).

Eduardo Kalina en *La familia del adicto y otros temas* (Arias, Labriola, & Kalina, 1990) explica como desde el trabajo psicoanalítico se empezó a trabajar en la “familia interna” de los pacientes y se descubre sobre los potenciales patogenéticos y surgimiento de la teoría interaccional basada en la teoría de los sistemas.

Horacio Serebrinsky (2014), en *Un viaje circular* define a la familia como un sistema abierto donde pueden aplicarse las propiedades de este tipo de sistemas. El autor prefiere hablar de “familias” en plural, reconociendo la existencia de nuevas formas de familias (mujeres solteras con hijos a su cargo, familias ensambladas, familias monoparentales, hogares formados por parejas homosexuales) considerando los complejos procesos socioculturales que estamos atravesando. Hablar en plural implica desterrar como “desviadas” o “disfuncionales” a aquellas familias que conforman estructuras diferentes del modelo tradicional (2014).

Siguiendo al autor, una familia puede surgir en el momento en que dos personas adultas se unen con el propósito de formarla. Etapa de transición entre un “yo” y un “nosotros”, donde cada uno pierde individualidad pero gana pertenencia. Las pautas de interacción pueden ser espontáneas, se negocian reglas sin advertirlo o son productos de acuerdos explícitos. Las acciones de los miembros de la pareja no son independientes sino co-determinadas, sujetas a fuerzas que las respaldan o polarizan.

Desde el enfoque sistémico Layeiré Flores Alban (1987) tomando conceptos de Stanton y Todd (1990) y Sánchez (2006) entienden la importancia de la familia en la génesis, el mantenimiento y la atenuación del abuso de sustancias al plantearse la aparición de una adicción en uno de los integrantes de un sistema familiar. A pesar que entiende que componentes biológicos juegan un papel importante en la etiología de la adicción a sustancias, pone más énfasis en las variables familiares. Las adicciones, se desarrollan en un contexto familiar y frecuentemente reflejan dificultades que cumplen con una finalidad en la interacción familiar, bien sea equilibrar, separar, unir o hacer un llamado de alarma, entre otras.

Por lo tanto, el modelo de intervención propuesto enfatiza en el mutuo compromiso de los miembros de la familia, es decir, en su funcionamiento interaccional, lo que contrasta con otros métodos de intervención que se centran en la responsabilidad individual.

Para el modelo sistémico la noción de sistema está compuesto por dos niveles: el de elementos que lo conforman y el de las interacciones entre sus elementos. Gregory Bateson citado por Serebrinsky (2014) trabaja el concepto de pauta o patrón. El autor explica que cuando una serie de elementos comienzan a interactuar en forma sostenida los patrones surgen como fenómenos que se repiten y aparecen sólo cuando se juntan los elementos. Los elementos aislados no presentan esas propiedades. Esto explica por qué un paciente en una sesión terapéutica individual se comporta en forma diferente a cuando la sesión es familiar. Porque en presencia de toda la familia se activan las pautas de interacción de ese sistema.

Para R. Vidal (2001) la familia es un sistema que se ha organizado de manera de poder distinguir diversos subsistemas dentro del mismo. Algunos de éstos pueden surgir, por ejemplo, debido a intereses comunes y pueden modificarse o desarmarse a medida que los intereses van cambiando. Pero, por lo general, existen tres subsistemas dentro de la mayoría de las familias que son estables: el sistema conyugal, el sistema parental y el sistema fraterno.

Para Horacio Serebrinsky (2014) cada subsistema se rige por reglas diferentes, es decir que las reglas en el subsistema parental serán diferentes al subsistema filial. Las jerarquías de la familia apuntan a la diferenciación de roles, y son requisitos necesarios para la funcionalidad de ésta. Tiene que ver con la función del poder dentro de la misma. Los roles están vinculados a las expectativas que tiene la familia sobre cada integrante.

Según Kalina (1987) cada familia es una institución con códigos propios de conducta y gran exigencia del respeto de los límites de su privacidad. En general se resisten a



que alguien de afuera les exija cambios. Es una estructura muy conservadora y autoritaria y se pretende que “el elegido” o “el emergente” siga ocupando el mismo lugar. Normalmente la familia consulta, para que “se cure” a un miembro de la familia, que es “el elegido”. Aunque curar pueda tener significados diferentes para todos.

Desde esta corriente se piensa en la familia como un sistema, donde todos tienen que ver con todos, se observan los efectos de las conductas y no los “por qué”, y se privilegian los “para qué”, dejando de lado la causalidad lineal y utilizando el concepto de causalidad circular. (Arias, Labriola, & Kalina, 1990)

Aquí no hay víctima sin victimario, ni victimario sin víctima. Se intenta lograr una redistribución tanto del juego de roles como del depositario de la patología grupal, logrando así la co-responsabilidad. De alguna manera, la intervención del terapeuta tendría un objetivo democratizante, intentando que cada integrante del grupo familiar asuma la responsabilidad que le corresponde. (Arias, Labriola, & Kalina, 1990).

En el intento de explicar la postura que debe tomar el clínico, Kalina define etimológicamente la palabra Clinos, “inclinarse hacia” para. Para el autor, el clínico deberá tomar una actitud de comprensión y no de juicio.

Salvador Minuchin (1977) en el entendido que la problemática involucra a toda la familia, plantea que el trabajo terapéutico no recaerá solamente en el paciente que manifiesta el síntoma sino que el blanco de las intervenciones será todo el sistema familiar. Minuchin y Fishman (1983) sostienen que “el paciente individualizado es portador del síntoma para proteger a la familia. Al mismo tiempo, el síntoma es mantenido por una organización en que los miembros de la familia ocupan jerarquías incongruentes” (p.78).

M. Andolfi (1991) plantea la importancia de ver a la familia como un sistema en constante transformación, adaptándose a las distintas exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que pasa, para poder crecer y continuar como tal. O sea que, por un lado es necesaria la tendencia homeostática y por el otro la capacidad de transformación.

Para Kalina (1990) el abordaje de este tipo de pacientes requiere generalmente trabajar sobre su familia pero también sobre su medio ambiente inmediato. La familia como microsistema social pertenece a un macrosistema que es la sociedad. Entiende necesario trabajar sobre la familia del adicto por ser una estructura psicopatológica con características patogenéticas especialmente significativas.

Uno de los postulados de este autor, es la existencia en adicciones de una estructura preadictiva. La experiencia le ha mostrado que surgen adictos de determinados grupos familiares y no de otros. Hay determinadas circunstancias de la vida que son inductoras y facilitadoras del consumo de drogas y conduce a que mucha gente experimente con drogas aunque no necesariamente todos se vuelvan adictos.

El autor, basado en el estudio sobre personas adictas, habla de personas destinadas a “No Ser”, aunque en realidad quieren “Ser”. A través de esa identidad negativa cumplirían con el mandato que para poder “Ser” deben “No ser”. El adicto cumple con un pacto en el que participan él, la familia y la sociedad.

Una característica frecuentemente presente en la pareja adictogénica, según Kalina (1990), es el encolamiento. Se trata de una solución restrictiva, no democrática y empobrecedora de las posibilidades de desarrollo de la autonomía de los integrantes de dicha pareja. Cuando alguno de los miembros decide romper el statu quo aparece la amenaza de divorcio o algún pacto perverso y como consecuencia los hijos pueden llegar a hacer grandes sacrificios para mantener el vínculo encolado.

Todas estas características antes mencionadas colocan al adicto en una posición de alta vulnerabilidad frente a la violencia actual del mundo. Por lo que la propuesta terapéutica tiene que ver con transformar ese proyecto de muerte que es la adicción en un proyecto de vida.

La historia del adicto es una historia de malentendidos que termina con la autodefinición: “soy un adicto”. Las estructuras familiares con uno o más adictos comienzan con un malentendido, basado en el engaño entre dos: un pacto ilusorio. Por lo tanto es un tema fundamental la problemática de la mentira en la familia del adicto. (Arias, Labriola, & Kalina, 1990)

Es pertinente destacar que “Droga”, etimológicamente quiere decir “mentira, embuste” (Corominas, 1981).

En las familias donde se generan adictos siempre está presente el modelo adictivo al ser la droga la consecuencia y no el por qué de la patología del drogadicto, a pesar de ocasionar otras patologías orgánicas, familiares y sociales.

Siguiendo con Kalina (1990) la mayoría son familias de fumadores, alcohólicos o consumidores de psicofármacos. En las casas de los adictos suelen encontrarse verdaderas farmacias para todos los males, también se ve la compulsión al trabajo, a la comida, al café. En estos casos **el lenguaje de la acción predomina frente al**

**lenguaje de la palabra**, por lo que se plantean son trabajos que tengan que ver con lo comunitario o de tipo dramático.

Marina Perrone (2011) en *Dentro y fuera de la caja negra*, sostiene que para que un tratamiento sea exitoso se debe trabajar sobre cuatro ejes de interacción constante, y estos son:

**Eje individual**, focalizando en las habilidades de resolución de dificultades, habilidades sociales y emocionales, estrategias para el cambio, resistencia al estrés, reinserción social y prevención de recaídas.

El entrenamiento en habilidades sociales se desarrolla también en instituciones cerradas para que cuando el sujeto tenga el alta pueda desarrollar una buena comunicación interpersonal, que no sea discriminado por su léxico o la forma en la que se comunica, que pueda poner límites, que pueda decir que “no” a lo que no quiere, que pueda formar nuevos grupos de referencia y que estos sean más sanos.

Las personas con buenas habilidades sociales tienen mejores rendimientos académicos, buen desarrollo cognitivo son más empáticos. Esto lleva a pensar que las habilidades sociales inciden en la salud psíquica y en el futuro desarrollo personal del sujeto.

Con respecto a las recaídas, James Proschaska y Carlo Di Clemente citados por Juan Diaz Salabert (2001) quienes crearon el Modelo Transteórico o también llamado Modelo de los Estadios de Cambio, entienden que en el proceso de cambio en las adicciones no es lineal, sino dinámico y en espiral y las recaídas son tan frecuentes que deben integrarse como un eslabón más en dicho proceso de cambio.

Durante el proceso de cambio del adicto ellos plantean la existencia de cinco estadios: El primero es la pre-contemplación - en este estadio el adicto no se plantea modificar su conducta porque no es consciente de su problema. El segundo la contemplación – en este estadio el adicto es consciente de su adicción y se ha planteado seriamente la posibilidad de cambiar pero aún no ha creado un compromiso firme para lograrlo; el tercero la preparación – en esta etapa el adicto toma la decisión, se compromete a abandonar las conductas adictivas (se realizan algunos pequeños cambios como por ejemplo bajar las dosis), el cuarto la acción – la persona con o sin ayuda especializada logra cambios en su conducta y estilo de vida asociada. Es una etapa que implica un gran compromiso y por último el mantenimiento – en esta etapa la persona intenta conservar y consolidar los cambios logrados tratando de evitar una recaída. Es una etapa de cambio pero de menor actividad.

Según los autores las recaídas se dan cuando las estrategias de cambio fracasan al intentar mantener al individuo en el equilibrio del estadio de acción o mantenimiento provocando una vuelta a estadios anteriores, como ser contemplación, preparación o incluso en la pre-contemplación.

Es preciso saber que el problema se agudiza al tomar en cuenta que la mayoría de las personas adictas no son adictas a una sola sustancia, o tengan una sola adicción, concepto definido mediante el término poliadicción.

Continuando con Marina Perrone (2011) los siguientes ejes serían:

**Eje social**, aquí hay que poner el foco en las redes sociales, en los compañeros con los que consumía, como así también la red de no consumo con la cual normalmente se distancia, buscando como objetivo la recuperación o construcción de vínculos sanos.

**Eje familiar**, a medida que los síntomas van remitiendo comienzan a aparecer otros problemas con los miembros de la familia. Hay que trabajar con los roles que ocupa cada uno y con el tipo de relación que tienen, se buscan cambiar las pautas interaccionales que sostienen la conducta adictiva, se trabaja con la co-dependencia y las crisis vitales para que el sistema no se torne nuevamente disfuncional; por lo que hay que correr del foco al paciente identificado como el único que tiene un problema, para centrarse en la familia como portadora y generadora del problema.

Sostiene Marina Perrone (2011):

..hay que hacer un trabajo con la familia en el que puedan deshacerse de prejuicios y cambiar la forma de ver el problema. Sentir que lo que les ha ocurrido es una oportunidad, que esta crisis familiar ofrece la posibilidad de encontrar el sentido al síntoma en este sistema y construir nuevas estrategias de resolución de dificultades y nuevas maneras de comunicarse. (pág. 304)

Una característica presente frecuentemente en la familia del adicto, es la existencia del miembro codependiente. Según explica Patricia Favur (2012), suele ser una mujer quien se hace cargo de cuidar a alguien, en este caso al adicto, mientras que el resto de la familia lo aísla. Dicho miembro constituye un falso self, ya que define su identidad en relación al otro, vive pendiente de rescatar y generarle bienestar, mientras se descuida a sí misma, no toma conciencia de su dolor, de su malestar, de sus necesidades. Esta persona le dedica más atención a la vida del otro que a la propia, ya que se constituye en función de ese otro, a quien le dedica horas y horas tratando

de controlar. Estas características del codependiente, lo convierten en un sujeto de riesgo, ya que no identifica, expresa, ni maneja sus sentimientos y no tiene registro de las alarmas de su cuerpo.

En cuanto a las técnicas de la terapia familiar, el terapeuta deberá observar el lenguaje verbal y no verbal. Este último, muchas veces puede decir más que la palabra. Para eso se observará cómo se sientan, al lado de quien lo hacen, si se miran o no; si se interrumpen, si pueden escucharse, como también se deberá prestar atención a cómo es la comunicación entre ellos, si hay acuerdos o desacuerdos referidos a lo que dicen y a cómo lo dicen, ver cómo se dirige uno con otro, si hay alianzas, coaliciones y/o triangulaciones. Sobre esto último, Miguel Angel Fernández Ortega en el artículo “El impacto de la enfermedad en la familia” sostiene que “...el paciente enfermo juega un papel central que le posibilita que haga alianzas o coaliciones en contra de uno o varios miembros de la familia, lo que genera mayor estrés y un incremento en el grado de disfunción familiar”... (2004, p.2).

Según Minuchin (1983) la concepción del mundo que tienen los integrantes de la familia depende fundamentalmente de las posiciones que ellos ocupan dentro de los diferentes subsistemas. Si existe demasiado apego es probable que la libertad de los individuos esté limitada por las reglas del subsistema, mientras que si existe desapego es probable que sus integrantes estén aislados. Cuando el terapeuta se hace copartícipe de la familia, se vuelve miembro participante del sistema que intenta transformar. Irá formándose un diagnóstico vivencial de su funcionamiento trazando un mapa que pondrá de manifiesto coaliciones, alianzas, conflictos explícitos e implícitos así como los modos de agruparse de los miembros de la familia. Identificará a los miembros que funcionan como desviadores de conflicto así como los que actúan como central de operaciones. También el trazado de fronteras entre los subsistemas marcando sectores de posible fortaleza o disfunción. Los sectores disfuncionales frecuentemente obedecen a alianzas excesivas o escasas. El terapeuta, si bien está involucrado en las demandas del sistema, es un extraño, por lo que puede cuestionar la demarcación que hacen los miembros de sus papeles y funciones.

Salvador Minuchin sostiene que “el terapeuta está en el mismo barco que la familia, pero él debe ser el timonel...” (Minuchin, Lee, & Simon, 2008)

Según este autor el terapeuta reorganizará los datos que la familia le ofrece, logrando un nuevo encuadramiento de la realidad conflictiva y estereotipada que la familia tiene. El terapeuta deberá convencer a los miembros de la familia de que el mapa de la realidad que ellos tienen se puede ampliar o modificar.

El terapeuta deberá cuestionar la definición que la familia da del síntoma. Puede cuestionarse en forma directa o indirectamente, en forma implícita o explícita. El objetivo es reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, intentando que los miembros de la familia busquen respuestas diferentes de índole afectivo, cognitivo y de conducta (Minuchin (2008).

También indagará la función del síntoma, es decir, el para qué, cómo, cuándo, por qué y con quién un sujeto que consume construye una adicción.

En la terapia sistémica la connotación positiva es otra herramienta clave según Horacio Serebrinsky (2014). "Se trata de buscar la fuerza de entrada al sistema a partir de las pautas mismas de la familia. No ir en contra sino utilizar las mismas pautas o las mismas estrategias que se juegan en la familia para desactivarlas" (pág. 143).

Con respecto a los límites para Horacio Serebrinsky (2014) éstos tienen como función separar subsistemas dentro del sistema familiar o pueden también separar la totalidad del sistema respecto al exterior, hablándose en este caso de fronteras.

Entiende Serebrinsky (2014) que cuando los límites están bien demarcados, estos son modificables, lográndose la adaptación social, pero las familias disfuncionales presentan dificultades para su demarcación, pudiendo ser ésta débil o difusa, rígida o con límites o fronteras generacionales desdibujadas. La demarcación difusa se ve en familias aglutinadas donde no se sabe cuál es el rol de cada uno de sus miembros. Estas familias tienden a vivir todo lo externo a ella como una amenaza, lo que dificulta el intercambio con el mismo. La demarcación rígida es difícil de alterar y es característica de familias con desapego. Sus integrantes tienen poco en común y tienden a hacer desaparecer el sentimiento de pertenencia. El desdibujamiento de los límites se expresa de diferentes formas, una puede ser la parentalización, o sea inversión de roles, donde el rol parental es asumido por uno o más hijos así como la tríada, donde los límites entre el subsistema parental y el filial están difusos. Se utiliza al hijo para evitar o desviar el conflicto parental. En la tríada rígida pueden verse conflictos de lealtades, donde cada progenitor intenta obtener apoyo del hijo en el conflicto entre ellos, desviación de conflictos donde se define al hijo como "malo" y los padres se unen para controlarlo o cuidarlo si lo definen como "enfermo", y la alianza o coalición, donde uno de los padres respalda al hijo en un conflicto con el otro progenitor.

En cuanto al tema límites, Kalina (1990) sostiene que curar al adicto, "el elegido" tanto como a su familia implica enseñarles que existe la palabra "no". Es necesario delimitar

quien es quien desde el comienzo de la vida. Plantea que son familias con estructuras narcisistas, con vínculos simbióticos donde no está claro dónde está el Self de uno y donde el del otro.

Deberán aprender esas familias que existe otra forma de vivir, donde el Otro es Otro, con una otredad y tiempo propios. La estrategia es lograr que el adicto aprenda a tener su subsistema de hijo, que nunca tuvo. Es necesario redistribuir la organización familiar, así como establecer límites tanto individuales como generacionales.

“La mentira, los dobles mensajes, la falta de confianza en las palabras y el predominio del lenguaje de acción, la manipulación, el modelo tóxico adictivo, los pactos perversos, etc., son todos fenómenos que van configurando una estructura psicopatológica que genera uno o varios hijos que tienen profundos sentimientos de abandono, vivencias depresivas y que en la droga encuentran una ilusión de integridad y muchas veces hasta de identidad: “Soy adicto”” (Arias, Labriola, & Kalina, 1990, pág. 33).

A tener en cuenta, según el autor, es que quien trabaje con adictos y sus familias deberá estar muy entrenado para sobrellevar la manipulación que éstos ejercen. El adicto es un maestro en manipulación porque lo aprendió de su familia.

Stanton mencionado por Kalina (Arias, Labriola, & Kalina, 1990) plantea que el mayor objetivo de la terapia es ayudar al hijo a salir del sub-sistema de sus padres y ayudarlo a recuperar el lugar en el sub-sistema de los hijos. Kalina discrepa con Stanton, no en la estrategia sino porque entiende que en realidad el hijo nunca estuvo en el sub-sistema de los hijos, por lo que no hablaría de recuperación de ese lugar sino directamente de la obtención del mismo.

**Eje espiritual**, aquí la meta está focalizada en la realización personal, en el “ser” del sujeto y en la construcción de su proyecto de vida.

Para trabajar este eje pueden tomarse los conceptos desarrollados por Ivo Studart Pereira (2007) sobre la teoría del psiquiatra austríaco Victor Frankl, fundador de la llamada Logoterapia, también conocida como la “Psicoterapia del Sentido de la Vida”,

El autor plantea un descentramiento del individuo a favor del sentido de vida, ya que el sujeto sólo se singulariza en la medida que cumple con su orientación ontológica para encontrar el significado de su propia vida. Por lo que el principio fundamental es que no debe buscarse la felicidad. En la medida que hay una razón para la felicidad ella ocurrirá espontánea y automáticamente.

Esto podría ligarse con los conceptos de Watzlawich y Ceberio (1988) quienes sostienen que lo que se hace para lograr la felicidad buscando la perfección puede ser la causa de la infelicidad.

### **3. Prevención en adicciones: algunas investigaciones**

#### **3.1 Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia (Medina Arias & Carvalho Ferriani, 2010)**

El estudio “Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia” realizado por Medina Arias y Carvalho Ferriani (2010) tuvo como objetivo el analizar los factores protectores de prevención del consumo de drogas en familias con niños que asisten a 37 Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar en un municipio colombiano, Funza. Se trata de un estudio de tipo descriptivo y cuantitativo transversal. Se trató de una muestra de 256 familias seleccionadas por muestreo aleatorio simple. El instrumento para la recolección fue un cuestionario de forma autoaplicada. El mismo fue basado en el instrumento “cómo es tu familia”, de la Organización Panamericana de la Salud, OPS. Consiste en 22 preguntas cerradas conteniendo ítems sobre descripción sociodemográfica de la familia, consumo de drogas por parte de miembros de la familia, conceptos de los padres sobre prevención de consumo de drogas, afecto y comunicación en la familia y educación familiar de los hijos.

Colombia es un país altamente afectado por la problemática de drogas. Pasó de ser un país productor y de tráfico, a ser un país consumidor donde disminuyó la edad de inicio y la utilización de nuevas sustancias. Cambios estos que han generado cambios sociales, estructurales e ideológicos pero que repercuten también en las familias.

Se entiende que la familia puede favorecer o desestimular el consumo de drogas.

#### Características sociodemográficas.

El 83% de la población estudiada llevaba viviendo más de 3 años en Funza. Esto es un factor protector ya que les permite un buen conocimiento del sector.

De los 256 informantes el 77% corresponde a madres. , 2,3% fueron abuelas y 17,2% padres hombres. En 10 familias existía un solo progenitor. Esto último se entiende como factor de riesgo, mientras que se encontró como factores protectores que los



padres vivieran juntos, cuidaran de los hijos y que hubiera una buena integración del hogar.

En cuanto a la escolaridad de los padres 2% no tenían ningún grado de educación, el mayor nivel educativo fue el de bachillerato encontrándose un 41% en madres y un 34% en padres. El 8% de madres y padres tenían nivel tecnológico. Tan bajo nivel de instrucción de los padres es considerado factor de riesgo.

El 57% de los padres y 44% de las madres tenían edad superior a 28 años. No habían padres menores de 18 años de edad lo cual fue identificado como factor protector frente al consumo de drogas.

### Consumo de drogas en las familias

En relación al consumo de drogas lícitas en el 50% de las familias se consume cigarrillo y el 26% de éstas se hace diariamente. Esto es considerado un factor de riesgo que induce o propicia el consumo. A pesar que en 50% se consumen drogas lícitas, 59% está en desacuerdo con éste. En el 83% de las familias se bebe, (14% de ellas semanalmente y solo en 17% de las familias no se consume alcohol). 58% de las familias está en desacuerdo con el consumo de alcohol, 23% lo aceptan y 19% se muestra indiferente.

Con respecto a las drogas ilícitas en el 92% no existe el consumo. Esto se evidencia como un factor protector. Aunque solo el 66% de estas expresa estar en desacuerdo. 8% dijeron aceptar el consumo de vez en cuando y 31% se mostraron indiferentes.

Se enfatiza que una actitud permisiva o el mismo consumo de drogas en los progenitores pueden promover el consumo por imitación al modelo y facilitar la inclusión del joven a grupos de consumidores.

Un alto porcentaje de las familias entiende que deben tomarse medidas de prevención en los primeros años de vida del niño y que los factores de protección deben ser reforzados, así como se deben controlar los factores de riesgo encontrados para convertirlos en factores protectores.

El 90% de las familias entiende que la prevención deben hacerla los padres, y otros familiares. El 1% considera que nunca deba hacerse. 89% cree que debe lograrse la prevención a través del diálogo y 72% con el ejemplo. Estos resultados muestran que la prevención debe realizarse en edades tempranas directamente con las familias.

### Factores Protectores y de Riesgo

Se encontraron factores protectores como las demostraciones de afecto con los hijos, jugar y hablar con ellos sobre lo que les gusta, comunicación fácil, toma de decisiones en pareja, adecuada flexibilidad durante la educación familiar y la existencia de normas

El 51% juega y habla con los niños, y se encontró que “compartir tiempo” ha sido la más utilizada, seguida de caricias, regalos y otros. Este factor requiere ser reforzado y comprendido por todos los padres. La falta de lazos familiares adecuados propicia un perfil de adolescente incapaz que establecer relaciones saludables.

Dentro de los factores de riesgo se encuentra a la familia permisiva y sin normas claras. Mientras que una familia que está cerca y que regula el cumplimiento de normas entre sus miembros aparece como un factor protector.

Como factores protectores está el hecho de que los padres vivan juntos, cuiden a sus hijos y se desarrolle en la familia una comunicación fácil. Entre los factores de protección personales y sociales se desatacan: mayor tendencia al acercamiento y empatía, mayor nivel de autoestima, sentimientos de autosuficiencia, autonomía e independencia, actividades dirigidas a la resolución de problemas. A nivel social se destaca ambiente cálido, comunicación abierta en el interior de la familia, estructura familiar sin disfunciones importantes, padres estimuladores y mayor apoyo social. En el estudio se reconoce el papel vital de la familia en la niñez. Se entiende necesario enfocar en la familia la atención como el primer ámbito de prevención e intervención.

Para el 34% de las familias es siempre fácil y “a veces” fácil para el 59% de ellas. 7% entiende difícil lograr la comunicación. El 31% comparten una sola comida. Que la comunicación no sea siempre fácil es un factor de riesgo

La solución de conflictos en 70% de las familias es a través del diálogo, 8% apartándose y 9% con ofensas verbales.

En cuanto a las decisiones de familia 56% se toman en pareja, 12% lo hacen los padres con participación de los hijos y 32% por un solo padre. Este último es considerado un factor de riesgo ya que existe un perfil de vulnerabilidad hacia el consumo de drogas en adolescentes con baja cohesión familiar y dificultades para tomar decisiones y resolver problemas con la participación democrática de todos los miembros de la familia. Se ha constatado en un estudio con familias normales y familias con un miembro adicto que en esta última existe una gran rigidez en cuanto a la toma de decisiones

Cuando los hijos están en problemas 82% acuden a la madre y 62% al padre.

En el 56% de las familias existen normas que se cumplen. En 21% existen pero no se cumplen y en el 23% no son claras y por eso no se cumplen.

En cuanto al rezongo de los hijos, 49% le explica el error, 29% prohibiéndoles algo que le gusta, 21% con una palmada o “correazo” y 2% no le dicen nada.

El hecho que en un 44 % no existan normas es un factor de riesgo pues una familia permisiva y sin normas claras puede ser un factor que propicie el consumo.

Se concluye que la responsabilidad en prevenir debe estar en las personas más cercanas al niño y al joven que son padres y maestros. Y que debe hacerse en los primeros años de vida de la personal.

Es necesario reformar factores protectores presentes en estas familias como las demostraciones de afecto con los hijos, jugar y hablar con ellos.

### **3.2 .Prevención familiar del consumo de drogas: el programa “Familias que funcionan” (Errasti Pérez, 2009)**

La investigación “Familias que Funcionan” realizada por Errasti Pérez (2009), es la adaptación del programa norteamericano de prevención familiar del consumo de drogas “Strengthening Families Program 10-14” a España. El programa se aplicó en cuatro Institutos de Enseñanza Secundaria de Asturias, con una muestra de 380 alumnos de 1º y 2º de ESO.(entre 10 y 14 años)

Se ha demostrado en diversos estudios que los programas dirigidos a promover una crianza adecuada pueden ser implementados en los colegios para ayudar a mejorar las habilidades parentales y el comportamiento de sus hijos. (Kumpfer, 2004). Suelen ser mejores los resultados si involucran tanto a padres como a hijos.

El SFP 10-14 ha demostrado sus efectos positivos en la prevención del consumo de drogas. Se comparó el consumo de drogas en un grupo de jóvenes cuyas familias habían recibido el programa y un grupo de control y se demostró que los jóvenes que habían participado del programa tenían tasas significativamente más bajas de uso de alcohol, tabaco y marihuana en relación a los que no habían asistido al programa. Se demostró también que las habilidades aprendidas van teniendo cada vez más influencia. Asimismo , los jóvenes que asistieron al programa tenían tasas significativamente más bajas de conductas problemáticas en la escuela. Los padres

asistentes al programa mostraron un aumento en los sentimientos positivos hacia sus hijos y en las habilidades parentales, como la puesta de límites adecuados, la construcción de relaciones positivas, el establecimiento de normas y su aplicación en consecuencia, y la disciplina consistente y adecuada.

SFP 10-14 interviene sobre factores de riesgo de carácter individual como la depresión, los desórdenes de la conducta, la agresión y el aislamiento; familiar como el conflicto familiar, los castigos excesivos, el abuso o abandono del hijo, disciplina ineficaz y malos ejemplos de consumo de drogas dados por los miembros de la familia; a nivel escolar como la impuntualidad y el absentismo y de relación con los compañeros como la resistencia a influencias negativas de compañeros y amistades exclusivas con otros consumidores de drogas.

Los factores de protección que el SFP 10.-14 pretende promover son de tipo individual como la autoestima y habilidades sociales, familiar como la eficacia en la relación paterna, la organización familiar, la comunicación efectiva, vínculos padres-hijos y manejo del estrés por parte de los padres; en lo escolar promover el buen rendimiento escolar y los vínculos con la escuela y de relación con los compañeros con resistencia a la influencia negativa de los compañeros y una comunicación eficaz).

El proceso de adaptación es complejo. Primero debió realizarse la traducción, luego debió realizarse las adaptaciones culturales mediante procesos sensibles a las diferencias culturales y socioeconómicas sin apartarse nunca del núcleo del programa original.

Se elaboró así “Familias que Funcionan” (FqF) un programa de prevención universal y selectiva compuesto por siete sesiones principales y cuatro sesiones de mantenimiento.

La muestra inicial estaba compuesta por 380 familias procedentes de Gijón, Pola de Siero, Cudillero y Oviedo. Familias de perfil socioeconómico bajo.

La tasa de participación familiar en el programa fue bajo en relación a todas las familias convocadas. De un total de 380 familias solo 26 (6,84%) acudieron a algunas de las sesiones del programa. Y de esas 26 familias solo 17 acudieron con regularidad deseable a las sesiones principales de mantenimiento.

Se evaluaron las siguientes variables:

Consumo de drogas. De acuerdo a ítems que el Plan Nacional sobre Drogas aplica en estudiantes de Secundaria, se evaluó historia de consumo en los últimos treinta días.

Se le pide al alumno que valore cuantos de los últimos días ha consumido cada uno de los diez tipos diferentes de drogas: tabaco, alcohol, tranquilizantes o pastillas para dormir, hachís y marihuana, cocaína, heroína, speed y anfetaminas, alucinógenos, sustancias volátiles y éxtasis y otras drogas.

Por otro lado se consideró necesario evaluar los factores de riesgo familiares. Para lo cual se elaboró un cuestionario de los mismos.

Ambos instrumentos fueron utilizados en tres oportunidades, antes de la aplicación del programa de prevención, al año de seguimiento, y a los dos años de tal finalización.

Las siete sesiones como las cuatro de mantenimiento duran unas dos horas y se componen de dos partes, una en que grupo de padres y grupos de hijos se reúnen por separado, y la otra donde se reúnen las familias completas para la realización de algunas actividades. Las sesiones se aplican semanalmente. Durante las dos últimas sesiones del programa se le informa a los padres de la continuidad del mismo mediante cuatro sesiones de mantenimiento en las que se repasarán los contenidos y se evacuarán dudas. A los alumnos que participaron del programa se les entregó un comunicado dos meses más tarde de finalizado, con la información referente a las sesiones de mantenimiento.

### Resultados

Los padres se caracterizaban por tener actitudes negativas hacia el consumo de alcohol y otras drogas, adecuados niveles de comunicación familiar y niveles razonables de conflicto familiar. Asimismo a medida que pasa el tiempo aumentan los factores de riesgo, teniendo en cuenta que dichas puntuaciones se basan en la percepción de los hijos acerca del comportamiento de sus padres.

El consumo de los adolescentes de la muestra se centro fundamentalmente en tabaco y alcohol, siendo la frecuencia de otras sustancias claramente menor como tranquilizantes y derivados de cannabis u otras drogas.

### Conclusiones

Los resultados arrojan claros indicios de que la asistencia continuada a la mayoría de las sesiones del FqF es eficaz para reducir el incremento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes. Se reconoce el papel fundamental que juegan los padres como modelos y transmisores de valores y actitudes en la educación de los hijos (Secades, Villa, Fernández Hermida y Vallejo, 2005). La desaprobación de parte de los padres en cuanto el consumo de drogas redundaba en

una disminución de la probabilidad de que esos adolescentes consuman drogas. Esto también supone un importante factor de protección para otros comportamientos problemáticos de la adolescencia.

Una limitación de este estudio fue el escaso tamaño de la muestra.

Un factor esencial para el éxito de dichas intervenciones es que los padres asistan a tales intervenciones pensando en el bienestar de sus hijos.

Se considera fundamental desarrollar estrategias para incrementar la participación de las familias en los programas de prevención, en particular en aquellas familias con perfil de alto riesgo de consumo de drogas.

### **3.3. Concepto de Salutogénesis**

Algo que siempre me he interrogado, pensando en personas transitando por situaciones de crisis, es qué factores inciden favorablemente para que logren salir de esas situaciones límites. Intentando responder esta pregunta, me encontré con el concepto de “Salutogénesis” desarrollado por Rivera de los Santos et al. (2011). Concepto creado por Aaron Antonovsky, médico sociólogo, quien, analizando las consecuencias del holocausto nazi, influyó en la medicina y la ciencia del comportamiento, aportando con su teoría, en la salud pública actual. Su teoría se presentó como un paradigma realmente viable para la investigación y la práctica en Promoción de la Salud humana.

Antonovsky nació en Estados Unidos en 1923 y peleó en la 2da. Guerra Mundial. En 1960 emigró a Israel para trabajar en el Instituto Israelí para las Ciencias Sociales Aplicadas y en el Departamento de Medicina Social en la Universidad Hebrea de Jerusalén. En los años 70 comenzó a desarrollar el modelo Salutogénico que explica factores que forman las bases de la salud humana influyendo en el pensamiento de médicos y científicos del comportamiento.

Algunas características fundamentales (Rivera de los Santos, 2011) de este modelo:

- el énfasis se hace sobre los orígenes de la salud y el bienestar
- la principal preocupación se centra en el mantenimiento y realce del bienestar, y
- la hipótesis de que los factores estresantes son intrínsecamente negativos es rechazada en favor de la posibilidad de que los factores estresantes puedan tener

consecuencias saludables o beneficiosas, dependiendo de sus características y de la capacidad de las personas para resolverlos.

- se entiende la salud como un continuo de salud-enfermedad. En este continuo identificó dos polos: el bienestar (salud) y el malestar (enfermedad). Entiende que no es posible que un organismo vivo logre ninguno de los polos extremos del continuo, es decir, la salud perfecta o el estado completo de enfermedad. Aún en los estados terminales, algunos componentes de la persona se encuentran saludables.

De esta forma, el énfasis no debe hacerse en el hecho de que una persona está sana o enferma, sino más bien en qué lugar del continuo se coloca, entre la salud perfecta y el completo estado de enfermedad.

Antonovsky encuentra puntos comunes con la Teoría General de Sistemas. Considera que la salud no es un estado de equilibrio pasivo, sino más bien un proceso inestable, de autorregulación activa y dinámica. El principio básico de la existencia humana no es el equilibrio y la salud, sino el desequilibrio, la enfermedad y el sufrimiento. Es decir, la desorganización y la tendencia hacia la entropía está omnipresente en el organismo humano, como en cualquier otro sistema.

Los conceptos fundamentales que Antonovsky desarrolla con esta teoría son los Recursos Generales de Resistencia y el Sentido de Coherencia. Los Recursos Generales de Resistencia (RGRs) son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen que las personas perciban más fácilmente su vida como coherente, estructurada y comprensible. Los típicos Recursos Generales de Resistencia son, el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida. Si una persona tiene este tipo de recursos a su disposición o en su entorno inmediato tiene más oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida. Estos ayudan a las personas a construir experiencias coherentes en la vida. Para Antonovsky no es solo importante poseer estos recursos sino tener la capacidad para utilizarlos, a lo que llamó Sentido de la Coherencia (SOC) (Sense of Coherence) convirtiéndose dicho concepto en la clave de su teoría.

Según el autor, el SOC estaría compuesto por tres componentes claves: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y la significatividad (componente motivacional). Es decir, por un lado la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo; por otro, mostrarse capaz de manejarla y, finalmente, sentir

que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar. Una de las críticas que recibió el modelo fue el que no hubiera incluido un componente afectivo dentro de su teoría, estando enfatizado el aspecto racional o cognitivo. Aunque Antonovsky fue consciente de este problema, decidió no extender la teoría para incluir ese cuarto componente. El SOC es flexible, no se construye en torno a un conjunto fijo de estrategias a dominar. Es decir, se trataría de un "sexto sentido" útil para la supervivencia, ya que genera habilidades que promueven la salud.

Antonovsky plantea que en la infancia y la adolescencia es cuando tiene lugar la evolución del SOC, dando la oportunidad de desarrollar un fuerte SOC. Sostiene que a los 30 años el SOC se estabiliza aunque no es un patrimonio fijo una vez adquirido sino que debe ser recreado a lo largo de la vida.

Antonovsky empleó el concepto de entropía (término prestado de la termodinámica) para explicar la tendencia de los organismos humanos a perder su estructura organizada, así como a la capacidad de reordenarse de nuevo. Aplicado al campo de la salud, esto significa que **la salud debe ser constantemente re-creada** y que, al mismo tiempo, la pérdida de la salud es un proceso natural y omnipresente, ya que el caos y el estrés, lejos de ser realidades objetivas, son experiencias percibidas, surgidas de demandas internas y/o externas, que forman parte de las condiciones naturales de la vida.

Antonovsky, para explicar su teoría, utiliza una metáfora (el río de la vida) comparando el punto de vista patogénico con la perspectiva salutogénica. Pensando en un río con aguas embravecidas, el enfoque patogénico considera que las corrientes de ese río representarían el estado de enfermedad, siendo el objetivo rescatar a las personas que se encuentran dentro de ese río, sin tener en cuenta cómo llegaron allí o por qué no son buenos nadadores. El objetivo no se centraría en "salvar" a las persona, sino en conseguir que naden bien, para no ser arrastrados por dicha corriente. Según esta perspectiva entonces, la salud implicaría "salvar a la gente de ahogarse".

Antonovsky comienza a pensar el concepto de SOC para individuos pero luego también lo piensa para grupos y también en el ámbito social.

Cuando Antonovsky realiza este trabajo durante la década de los años 60 la investigación en salud pública estaba abocada casi exclusivamente en las enfermedades (sobre todo infecciosas).



Bengt Lindstrom y Mónica Eriksson, son dos profesionales que han intentado darle al trabajo de Antonovsky de manera sistemática una dimensión en Salud Pública. Según los autores, el modelo salutogénico sería una buena base de fundamentación para la Promoción de la Salud, fundamentalmente por tres razones: en primer lugar, porque el foco se coloca en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones; en segundo lugar, porque identifica Recursos Generales de Resistencia que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva; y, en tercer lugar, porque identifica un sentido o discernimiento global y omnipresente en los individuos, grupos, poblaciones o sistemas, cuya capacidad se plasma en el SOC (comprensión, manejabilidad y significatividad de los acontecimientos vitales)

Plantean que la etapa de protección de salud y prevención de enfermedades, podría dividirse en dos fases:

- Protección. Desde este enfoque, las intervenciones tendrían como objetivo evitar los riesgos de enfermar, dirigiendo los esfuerzos a la población general, pero otorgándole un papel pasivo en el proceso. Según la metáfora, se trataría de colocar barreras al río para evitar que las personas caigan en él.
- Prevención. En este caso se trataría de prevenir las enfermedades a partir de la intervención activa de las propias personas. Es decir, se trata de administrar un chaleco salvavidas para evitar que las personas se ahoguen en el río.

En otra etapa coexistirían la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud. Por un lado, desde la Educación para la Salud, los profesionales tratarían de informar, a nivel individual o grupal, de los riesgos para su salud, proporcionando consejos sobre cómo deben vivir para mantener su salud y evitar los riesgos. Progresivamente, con el paso del tiempo, las personas irían participando cada vez más en este proceso llegando a ser capaces de tomar sus propias decisiones contando con el apoyo de los profesionales. Volviendo a la metáfora del río, los esfuerzos estarían dirigidos a "enseñar a las personas a nadar". Por otro lado, desde la Promoción de la Salud la responsabilidad de la acción se extendería más allá del sector salud, de modo que la salud se entendería como un derecho humano a obtener a través de la coordinación de toda la sociedad.

En este caso, el individuo se convertiría en un sujeto responsable, activo y participante. La tarea de los profesionales sería apoyar y ofrecer opciones para que las personas puedan tomar decisiones bien fundamentadas.

La educación sanitaria es aquí sustituida por el aprendizaje acerca de la salud, a partir de la reciprocidad de un diálogo en salud.

La última etapa se caracterizaría por la mejora de la percepción de la salud, bienestar y calidad de vida.

Continuando con la metáfora, al nacer, las personas caen en el río y flotan con la corriente. La dirección principal de la vida no es la muerte y la enfermedad, representada por la cascada. Algunas personas nacen cerca del lado opuesto a la cascada, donde pueden flotar con facilidad, las oportunidades de la vida son buenas y tienen muchos recursos a su disposición, como en un estado de bienestar duradero. En cambio, otras personas nacen cerca de la cascada, en el malestar o enfermedad, donde la lucha por la supervivencia es más difícil y el riesgo de estar por encima del borde de la cascada es mucho mayor. El río está lleno de riesgos, pero también de recursos. Sin embargo, el resultado de la travesía a través del río de la vida se basa principalmente en la capacidad para identificar y utilizar los recursos necesarios para mejorar las opciones de salud y en definitiva, la calidad de vida.

## Conclusiones

A lo largo de este trabajo de exploración y búsqueda bibliográfica, se intentó combinar definiciones y conceptos que conciernen a Terapia Sistémica y a la Adicción, tomando como guía fundamentalmente opiniones de autores reconocidos del campo de la Psicología Sistémica y particularmente de la Terapia Familiar dentro de dicha corriente.

En primer lugar, acerca del campo de la Psicología Sistémica, se puede decir que la exploración demuestra claramente que es un campo que continúa evolucionando desde los primeros avances, con la Teoría General de los Sistemas de Ludwig von Bertalanffy de la década de 1950, la influencia de la cibernética de Norbert Wiener (1947) y los estudios iniciales que escribieran sus pioneros, como los desarrollos teóricos de Gregory Bateson en la década de 1950, quien con otros especialistas se abocara al estudio de la comunicación como fenómeno universal y con quien comienza a constituirse el modelo sistémico como terapia (Serebrinsky, 2014). Sin lugar a dudas se han aportado nuevas investigaciones y perspectivas a estos desarrollos. Hay clara evidencia de un aumento en el aporte teórico de la Psicología Sistémica. El número creciente de libros y artículos que se escriben al respecto, permite inferir que se está frente a un campo de trabajo en franco crecimiento.

La característica principal de los objetivos terapéuticos del modelo sistémico es la modificación de patrones de interacción interpersonal. Desde esta corriente se considera que un miembro enferma cuando la interacción familiar no es la más adecuada, cuando hay problemas a nivel familiar sin resolver, cuando las funciones paternas no son ejercidas de forma eficaz, cuando los miembros cambian para no cambiar, cuando sus soluciones intentadas refieren a más de los mismo y es allí donde aparece el síntoma.

El síntoma muestra que es más fácil hablar de un miembro que padece un trastorno a que cada integrante del sistema se haga cargo de la responsabilidad de sus conductas y cómo estas interfieren en la problemática. Es más fácil ubicar como problemático al sujeto identificado y así aislarlo que entender el síntoma como emergente de un sistema disfuncional. El síntoma cumple una función que es mantener la homeostasis, el equilibrio y de este no profundizar en la realidad del problema.

Como dicen Minuchin y Fishman (1984) el paciente individualizado es portador del síntoma para proteger a la familia.

Los terapeutas sistémicos inciden a nivel familiar aunque quien asista a la terapia sea solo un individuo, ya que parten de la idea de que el cambio en una de las partes del sistema, provoca cambios en su totalidad. Es necesario que cambie el contexto para que cambie el sujeto y de esta forma se rompa la homeostasis familiar.

En toda familia, entendida como un sistema abierto, existe cierta información de retorno, que vuelve del receptor al emisor y permitirá la comunicación y el intercambio. Esta información de retorno o feedback será necesaria para que se produzca el cambio o la permanencia.

Esta corriente se caracteriza por pensar a la familia observando los efectos de las conductas y no los “por qué”, y privilegiando los “para qué”, dejando de lado la causalidad lineal y utilizando el concepto de causalidad circular.

La terapia sistémica intentará lograr que ese sistema disfuncional, cuyos miembros ocupan jerarquías incongruentes, donde la capacidad de los padres para poner límites es exacerbada, contradictoria o deficitaria, pase a ser una “familia funcional”, entendiéndose a tal como aquella donde la línea intergeneracional se encuentra bien marcada, donde las funciones jerárquicas pertenecen al subsistema parental, cuyos integrantes (en caso de existir ambos padres) comparten acuerdos con respecto a las funciones “normativas y nutritivas”.

Por último, entendí importante tratar el tema de la prevención de las adicciones partiendo de la base, como dijera en un inicio, que el adicto es un emergente de factores psicosociales. Para lo cual parece valioso el aporte de Aaron Antonovsky quien encuentra puntos comunes con la Teoría General de Sistemas. Antonovsky propuso concebir a la salud como un continuo de salud-enfermedad, entendiéndola como un proceso inestable, de autorregulación activa y dinámica. Para él, el principio básico de la existencia humana no es el equilibrio y la salud, sino el desequilibrio, la enfermedad y el sufrimiento. (Rivera de los Santos, 2011)

Los conceptos fundamentales que Antonovsky desarrollada con esta teoría son los Recursos Generales de Resistencia y el Sentido de Coherencia. Los Recursos Generales de Resistencia (RGRs) son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible.

Pero la clave de su teoría está en lo que él llamó Sentido de la Coherencia (SOC) (Sense of Coherence) y esto tiene que ver con la capacidad de los sujetos de utilizar los Recursos Generales de Resistencia.

Según el autor, el SOC estaría compuesto por tres componentes claves: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y la significatividad (componente motivacional). Es decir, por un lado la capacidad del sujeto para comprender como está organizada su vida y como se sitúa él frente al mundo; por otro, mostrarse capaz de manejarla y finalmente, sentir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar.

## Bibliografía

- Alvarez-Dardet, C., & Ruiz Cantero, M. (2011). Patrimonio de Salud: ¿son posibles las políticas salutogénicas? *Revista de Salud Pública vol 85 Num 2* .
- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Arias, J.A., Fernández Labriola, Kalina, E. y Perrini C.D. (1990). *La familia del adicto y otros temas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ceberio, M., & Serebrinsky, H. y. (2011). *Dentro y fuera de la caja negra*. Buenos Aires: Psicolibro.
- Ceberio, M., & Watzlawick, P. (2008). *Ficciones de realidad. Realidades de ficción*. Buenos Aires: Paidós.
- Ceberio, M., Serebrinsky, H., & Perrone, M. (2011). *Dentro y fuera de la Caja Negra*. Buenos Aires.
- DSM-IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. BARCELONA: MASSON S.A.
- Errasti Pérez, M. A.-H. (2009). Prevención familiar del consumo de drogas: el programa "Familias que funcionan".
- Flores Albán, L. (2012). Red de relaciones significativas e intervención sistémica dirigida a jóvenes atrapados en ciclos adictivos. *Psicogente, Vol. 15* .
- Gutiérrez, J., Rubio Valladolid, G., & Rodríguez de Fonseca, F. (2013,). La Impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales? *Health and Addictions Vol 13 No.2* .
- Kalina, E., & Kovadloff, S. (1987). *La droga: máscara del miedo*. Madrid: Fundamentos.
- López Amaro, V. (2011). *Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor*. México DF: Instituto Politécnico Nacional. Tesis doctoral.
- Marin-Navarrete, R. y. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental vol. 36 No. 6* .
- Medina Arias, N., & Carvalho Ferriani, M. d. (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia.
- Minuchin, S (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Granica Editor
- Minuchin, S. F. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós

Fernández Ortega, M. Á. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47(006). Disponible en:

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12822/12141>

Corominas, J y Pascual, J. A. (1981). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispano*. Madrid: Gredos.

Puentes, M. (2006). *Detrás de la droga*. Buenos Aires: Lugar.

Rivera de los Santos, F. y. (Marzo-abril de 2011). *Análisis del Modelo Salutogénico en España*. Recuperado el 24 de abril de 2014, de  
file:///C:/Users/Gaby/Downloads/salutogenico.pdf

Salabert, J. D. (2001). El Modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de Psicología* .

Serebrinsky, H. (2014). *Un viaje circular*. Buenos Aires: Psicolibros.

Studart Pereira, I.(2007) A vontade de Sentido na obra de Viktor Frankl -  
(Universidade Federal do Ceará) Disponible en:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicosp/v18n1/v18n1a07.pdf>

Vidal, R. (2001). *Conflicto psíquico y terapia familiar*. Montevideo: Psicolibros.

Watzlawick, P., & Ceberio, M. (1988). *La Construcción del Universo*. Barcelona: Herder.