

## **Consumo de Drogas y Familia Situación y Factores de Riesgo**

Lic. Ariel Gustavo Forselledo  
Coordinador del Programa de Prevención de las  
Farmacodependencias  
Instituto Interamericano del Niño/OEA

Lic. Virginia Esmoris Sbárbaro  
Jefe del Servicio de Farmacodependencia  
Hospital Maciel  
MSP-Uruguay  
Directora Técnica de OPTAR  
Asociación Uruguaya para la Prevención  
del Alcoholismo y la Farmacodependencia.  
Montevideo, octubre de 1994

### **1. ANTECEDENTES**

#### **Algunas reflexiones sobre el Contexto Regional y el Consumo de Drogas en el Uruguay**

El problema del uso indebido de alcohol y drogas en el Uruguay requiere no solo de un análisis exhaustivo y científico sino que debe contextualizarse en el marco de una situación regional de la que es parte inseparable.

Cualquier intento de comprensión y de generación de respuestas frente a este problema debe considerar las condiciones imperantes en América Latina en las últimas décadas, ya que, los cambios producidos en la oferta y en la demanda de sustancias psicoactivas, responden más a los procesos críticos y a las transformaciones socioeconómicas y políticas que a las tradiciones culturales y las costumbres.

Solamente mencionaremos que, tras los retrocesos económicos y sociales sufridos en América Latina en la década de los 80, la mayoría de los países transitan por los 90 con un ingreso per cápita significativamente menor, con mayores signos de pobreza, con crecientes problemas demográficos, con un alarmante aumento de las migraciones hacia las urbes, con un déficit notorio en los servicios básicos, en la calidad de la salud y la educación y, como elemento más trascendente, con un creciente deterioro en la organización de la familia.  
(14) (15)

También es importante señalar que, en esta misma década, muchos países recuperaron sus libertades políticas y culturales con el retorno a la democracia, pero no lograron revertir la crisis.

De acuerdo a distintos enfoques, las condiciones del contexto aumentan la probabilidad del consumo de alcohol y drogas, lo cual se constituye en un factor de riesgo para otros problemas relacionados con la salud.

De esta manera, los niños, adolescentes y adultos que viven en zonas caracterizadas por la violencia, la delincuencia, la marginalidad, la promiscuidad sexual, etc., tienen una alta probabilidad de presentar problemas de salud: accidentes y enfermedades de transmisión sexual, así como de salud mental: depresiones, trastornos psicopatológicos y consumo indebido de alcohol y drogas.

En este sentido, debemos recordar que el enfoque tradicional de salud considera al consumo de alcohol y drogas como una conducta de riesgo y, al mismo tiempo, como un problema de salud mental.

Para el enfoque que propone al consumo de drogas como factor de riesgo para otros problemas de salud, el hábito de fumar tabaco se constituye en un excelente ejemplo, ya que, es la causa de muerte prevenible más importante en los países subdesarrollados. Según datos de OPS (citados en 13), la evolución del consumo anual de cigarrillos en la población de 15 y más años en el Uruguay, de 1970 a 1985, aumentó en un 14% el consumo per cápita. Por otra parte la prevalencia para el consumo de tabaco en 1993 fue del 57% según un estudio sobre la población económicamente activa (16).

Otro ejemplo lo constituye el abuso del alcohol, el cual, sin duda ha aumentado en la región en general y en el Uruguay en particular. Los datos de producción de bebidas alcohólicas para el Uruguay en 1992 (16), muestran un sorprendente aumento en la oferta de cerveza. En ese año se produjeron 78 millones de litros de cerveza lo que equivale a 4.6 millones de litros de alcohol puro; 10 millones de litros de bebidas destiladas - 4 millones de litros de alcohol puro - y 82 millones de litros de vino - 10 millones de litro de alcohol puro, lo que equivale a 6.2 litros de alcohol puro por persona de cualquier edad, aún sin considerar las bebidas artesanales y el alcohol de contrabando.

No es sorprendente, por tanto, que las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el consumo de alcohol hayan aumentado. Según un estudio realizado en 1993 sobre la población económicamente activa en el Uruguay (16), los jóvenes trabajadores tienen a la cerveza como bebida de preferencia. Contra lo que podría suponerse respecto de la baja graduación alcohólica de esta bebida y de la promoción de su ingesta como refresco, el propósito de utilizarla para el abuso se cumple mas allá de su valor alcohólico y de la presunta finalidad refrescante. El tema de los riesgos para la salud se replantea teniendo en cuenta que, en los últimos 30 días de efectuada la encuesta, 100.000 trabajadores abusaron de la cerveza. Este dato no considera la evidente combinación de bebidas alcohólicas ni el policonsumo relacionado con otras drogas psicoactivas.

Otro dato importante emanado de este estudio es que 250.000 jóvenes trabajadores aceptan que una ingestión equivalente a medio litro de vino por comida, como mínimo, no trae mayores consecuencias.

En cuanto a las drogas ilegales, el estudio al que estamos haciendo referencia señala que la oferta de marihuana ha llegado a más del 20% de la población contemplada, mientras que la de cocaína a un 7%. La prevalencia de vida para el consumo de estas drogas fue del 8% para la marihuana y del 2% para la cocaína.

Según datos regionales (13) se calcula que entre el 10 y el 30% de los adolescentes han tenido un consumo experimental de alguna sustancia ilícita. Si bien predomina la modalidad del policonsumo, la marihuana sigue siendo la droga más usada en la región después del alcohol.

Una situación diferencial es la del consumo de inhalantes (pegamentos y solventes orgánicos), fenómeno acotado a la población infantil y juvenil de las zonas urbano marginales (11) (14).

Los análisis explicativos globales de este problema son variados, complejos y, en general, consideran que el consumo indebido de drogas se enmarca en la crisis de una sociedad occidental que no da a sus miembros normas eficaces para regular su comportamiento e ideales para legitimar sus aspiraciones.

En este sentido es muy interesante diferenciar la situación de los países industrializados de los países en desarrollo. En los primeros el consumo de drogas no responde a la incapacidad de satisfacer las necesidades básicas de sus miembros ni de integrar sus elementos marginales. En los segundos, parecería mucho más claro el significado transgresivo y contestatario respecto de una sociedad que no contempla las necesidades y expectativas de sus miembros. En los primeros, las frustraciones no estarían asociadas a un mundo carente e insuficiente en lo social y económico, sino a un mundo demasiado "lleno de cosas", saturado de bienes de consumo que finalmente restringen la capacidad de optar en función de las necesidades.

Siguiendo esta misma línea explicativa, en relación a la población juvenil, se han dado tres posiciones complementarias para el consumo de drogas. La primera, de reacción y rechazo a un mundo adulto conservador, la segunda de frustración e huida de una realidad insatisfactoria y la tercera, de la dificultad de una juventud ociosa por encontrar caminos de realización válidos en una sociedad de consumo indiscriminado de mercancías de uso.

El consumo de drogas se constituye así, a partir de una compleja red de factores de riesgo relacionados con las sustancias disponibles, con la persona (factores biológicos, psicológicos y sociales) y con el ambiente familiar, social y ecológico. El enfoque que daremos al presente trabajo estará dirigido a contemplar los factores de riesgo familiares, ya que, en la matriz de identidad familiar, la

persona encontrará o no las condiciones apropiadas para el desarrollo y la maduración de la personalidad o para su estancamiento y defeción (8) (9) (10).

## **2. FAMILIA Y RIESGO DE CONSUMO INDEBIDO DE ALCOHOL Y DROGAS**

### **Definición y Características de la Familia**

La familia como unidad antropológicamente considerada, es constante en todos los tiempos y en todas las culturas. Siempre dispone de un transcurrir dinámico dirigido a la multiplicación y a la preparación de nuevos individuos para la permanencia de la especie humana (8) (9).

Para ello, ha debido adaptarse a cada presente histórico, por intermedio de complejos mecanismos por los cuales trata de mantenerse equilibrada y así ser el brote en el infinito proceso de la vida.

La familia es un sistema socionatural organizado en roles fijos (padre, madre, hermanos, tíos, etc.), con vínculos que pueden ser consanguíneos o no, con un modo de existencia económico, social y cultural común, con una matriz afectiva aglutinante y un funcionamiento unitario que le da identidad.

Naturalmente la familia pasa por un proceso evolutivo dinámico que marca su nacimiento, crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia en pro de una finalidad: Generar nuevos individuos para la sociedad.

Para cumplir con la finalidad este sistema necesita cumplir una serie de objetivos intermedios que son:

Dar a todos y cada uno de sus miembros "Seguridad Afectiva" y "Seguridad Económica", dar a todos y cada uno de sus miembros un "Modelo Sexual" firme y vivenciado, así como "Modelos de Comportamiento" apropiados para el contexto social y que contengan los valores propios de la familia.

En términos sistémicos la finalidad de la familia es una "Equifinalidad" ya que, puede alcanzarse desde diferentes puntos de partida y en diversas circunstancias, siempre que los objetivos intermedios estén contemplados y se cumplan lo mejor posible.

De esta manera, frente a diferentes perturbaciones, obstáculos o problemas, la familia como sistema adecuará sus mecanismos internos para asegurar el cumplimiento de la finalidad.

En cuanto a la estructura de la familia, la organización en roles fijos nos habla de las leyes universales que rigen en términos globales dicha estructura. A su vez, cada familia, como cada sistema vivo, tiene su propia singularidad e historia.

Para alcanzar sus objetivos y cumplir su finalidad, la familia se ha estructurado con particulares divisiones del trabajo y del poder, a través de relaciones complementarias. Esto refiere a la diferenciación de funciones para la supervivencia del conjunto, lo que deriva en la constitución de subsistemas familiares (parental, fraternal, parento-filial, etc.) (9) (15).

Estos subsistemas son dinámicos y se transforman con el correr del tiempo, reestructurándose para seguir funcionando adaptativamente. Para diferenciar cada uno de los subsistemas, existen límites entre ellos, los que están constituidos por las reglas que los rigen. En estas, se definen quienes entran o salen de un subsistema al otro, quienes participan activamente o no, etc. Las reglas son redundancias de interacción, que regulan la vida intrafamiliar y por medio de las cuales se ponen en vigencia los valores, las creencias y los mitos familiares.

La estructura familiar, con su compleja red de interacciones, no es estática sino que posee una identidad en el curso del proceso evolutivo dinámico ontogenético.

Otro concepto importante en relación a la familia como sistema, es el de "Homeostasis" que, según la definición de Cannon (1929) (15), corresponde a la regulación y mantenimiento de un medio interno constante.

La familia dispone de una cantidad de mecanismos por los que trata de mantenerse en equilibrio. Desde el punto de vista de los intercambios de materiales energía e información con el medio circundante (suprasistema social y suprasistema ecológico), la familia es un sistema abierto. Al igual que un organismo vivo, su equilibrio es un estado estable de flujo entre el medio interno familiar y el medio externo social y ecológico.

Cuando se alcanza la homeostasis, la familia conserva o mantiene sus pautas preferidas tanto tiempo como le es posible; poniendo resistencias a los cambios mediante mecanismos de regulación llamados "homeostáticos" (MMHH).

En realidad se habla de un "gradiente de apertura" para la disminución o el aumento de los intercambios de energía e información por medio de las comunicaciones. En este sentido las posibilidades de crecimiento de la familia (morfogénesis) van a estar dados por un tipo y grado de apertura que genere un balance positivo, ahorrando para sí energía y cumpliendo los objetivos intermedios y la finalidad (negentropía).

El decrecimiento, la decadencia, la patología, el cierre del sistema, va a originar pérdidas y desgastes energéticos mayores a los insumos (entropía positiva). Por ejemplo, la pérdida del empleo de alguno de los miembros, la muerte de algún miembro, la enfermedad de alguno de los integrantes del núcleo, etc. más toda

la energía puesta por el resto del grupo para compensar estas alternativas. Todo ello determina un aumento de la entropía y el deterioro del sistema.

Como se desprende, el nivel comunicacional es fundamental para la regulación de la homeostasis, la puesta de límites familiares, la administración de las reglas, la transmisión de los valores y las normas, las creencias y los mitos.

La comunicación, como vehículo interpersonal primario, también puede canalizarse inadecuadamente y presentarse perturbada, bloqueada, desplazada, generando respuestas inapropiadas y promoviendo la disfuncionalidad familiar.

### **Funcionalidad y Disfuncionalidad Familiar**

Una familia funcional es aquella en la cual las comunicaciones se efectúan mediante respuestas apropiadas, a través de las reglas de la denominada "Mutualidad". Esta permite el reconocimiento mutuo de la identidad, de modo tal que cada identidad personal es positiva y significativamente considerada.

La mutualidad no solo tolera las divergencias de intereses individuales, sino que aprovecha el reconocimiento de esas divergencias naturales e inevitables. Tolerancia la complementariedad y la no complementariedad de los roles familiares, caso este último que opera como estímulo para su búsqueda.

Los miembros de la familia funcional se comunican espontáneamente, con mensajes claros y sin contradicciones gruesas, satisfaciendo la demanda implícita y el significado de los mensajes intercambiados.

En el paradigma teórico de la funcionalidad familiar, el sistema alcanza sus objetivos intermedios y su finalidad, mediante una homeostasis sostenida sin tensión, que fomenta y refuerza la identidad y la autoestima de sus miembros, con comunicaciones fundadas en la mutualidad y en las respuestas apropiadas (10) (12).

Una familia disfuncional es aquella en la cual las comunicaciones aparecen francamente perturbadas. Estas son el referente semiológico que nos permite detectar cual es la perturbación y su gravedad en el sistema.

Distintas situaciones pueden generar perturbaciones en la familia, la disfuncionalidad mostrará dramáticamente la incapacidad para resolverlas.

La enfermedad de algún miembro, entradas extrañas de personas o información, la pérdida de algún componente de la familia, la transgresión de las reglas, etc. son perturbaciones que generarán TENSIONES en el sistema junto a la amenaza de la pérdida o la pérdida de la homeostasis familiar. Este proceso, denominado SINTOMA PRIMARIO, puede o no percibirse directamente. El SINTOMA PRIMARIO, por los riesgos que comporta, generará una respuesta

familiar mediante mecanismos homeostáticos (MMHH) que tiendan a regular la dinámica interna y restablecer el equilibrio amenazado o perdido (15).

Como consecuencia, surge en la interacción familiar un fenómeno diferente: el SINTOMA SECUNDARIO. Como éste sí es ostensible, en él se pueden constatar las distorsiones relacionales que muchas veces se mantienen por largos períodos bajo una homeostasis TENSA.

Por lo tanto, los fenómenos disfuncionales observados y su semiología, bloqueos comunicacionales, escaladas simétricas, complementaciones rígidas, dobles vínculos, pseudomutualidades, cierre de las comunicaciones, etc., no surgen de los conflictos en sí, sino de los mecanismos adoptados por la familia para solucionarlos.

### **Disfuncionalidad y Riesgo de Consumo Indebido de Alcohol y Drogas.**

Primeramente debemos recordar que RIESGO es la probabilidad de que determinado fenómeno indeseable le ocurra a un individuo o grupo de individuos en el futuro. En este sentido se identifica como FACTOR DE RIESGO, cualquier evento, sea de naturaleza física, química, biológica, psicológica, social, económica y cultural, que, al presentarse, modifique e incremente la probabilidad de que el fenómeno indeseable aparezca. Sin embargo no todos los FACTORES DE RIESGO que contribuyen a aumentar la frecuencia de un problema actúan con la misma fuerza, ni todos pueden ser controlables o modificables. De hecho, existen factores invulnerables sobre los que no se dispone de medidas de control (10).

A nivel familiar, se han identificado varios factores de riesgo para el consumo de drogas. Algunos específicos y muy ligados a la aparición de este problema. Otros, menos específicos, que comportan riesgos para otros trastornos psicosociales, pero incrementan notoriamente la probabilidad de que algunos de los miembros consuma drogas.

### **Factores de Riesgo Familiares.**

#### Factores mas Específicos para el consumo de drogas.

1. Ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto.
2. Padres autocráticos, excesivamente rígidos y punitivos.
3. Ausencia de la figura paterna.
4. Presencia de un padre adicto al alcohol o a las drogas.
5. Carencias en los modelos de comportamiento adecuados al contexto social.
6. Conflictos en la pareja parental.
7. Relaciones familiares que estimulan la dependencia.
8. Consumo familiar de sustancias (MODELO ADICTIVO FAMILIAR).

### Factores menos Específicos para el consumo de drogas.

1. Padres permisivos o desinteresados.
2. Carencias económicas.
3. Carencias en los modelos sexuales de identificación.
4. Limitada participación de los padres en la formación de los hijos.
5. Expectativas muy altas o muy bajas en relación al éxito esperado de los hijos.
6. Desintegración familiar.

Los factores de riesgo mencionados son prácticamente todos accidentales, en el sentido de que no responden a procesos naturales o a momentos críticos del proceso evolutivo ontogenético familiar.

Obviamente una familia que presente varios de estos factores de riesgo, portará un nivel de disfuncionalidad significativo en sus procesos internos.

### **Algunas Posibilidades de Disfuncionalidad Familiar.**

Existen tres grandes posibilidades para la disfuncionalidad familiar cuando existe un integrante consumidor de drogas o alcohol.

1. Mantenimiento de la homeostasis sin tensiones.

Es el caso de las estructuras familiares denominadas Dispersivas-Centrífugas (A. Canevaro. (5)), en las que puede tolerarse o incorporarse el consumo de drogas como una pauta más de la interacción familiar. Son grupos distantes afectivamente, con límites difusos, permisivos y desapegados, así como con escasas reglas de interacción.

En estos casos, la familia no se da cuenta del consumo de drogas (no se entera), o no le interesa, o lo acepta, hasta que el caso se vuelve límite y aparecen trastornos de conducta graves, riesgo de vida, accidentes, delincuencia manifiesta y, a veces, la muerte.

De lo contrario, no hay preocupación, ni búsqueda de ayuda, ni consideración de la disfuncionalidad.

2. Mantenimiento de la homeostasis bajo tensión.

Aquí pueden describirse algunas variantes semiológicas, en tanto el sistema pondrá en juego sus MMHH para mantener el equilibrio, una vez que ha percibido el consumo de drogas como una amenaza.

La respuesta tenderá siempre a revertir la situación, dramatizando, sancionando al consumidor, condenándolo como enfermo o delincuente, incrementando el

rigor de las reglas, pero sin comprender ni resolver el problema y sin que el consumidor deje de consumir o pueda entender algo de lo que le pasa.

### 3. Ruptura de la homeostasis.

En estos casos, las respuestas de la familia son caóticas, complicándose no solo el mantenimiento de la integridad familiar, sino el manejo del miembro consumidor.

La tensión es tan elevada que las respuestas son del tipo TODO O NADA. Así, pueden observarse actos violentos, expulsiones, o la incapacidad total para dar respuestas a la crisis.

La familia en estas circunstancias puede, incluso, fragmentarse y desintegrarse definitivamente.

Por otra parte se han identificado, distintas respuestas del sistema familiar ante la aparición o descubrimiento del consumidor de drogas.

1. Respuestas generales del sistema. Bachini y cols. (1) (2) describieron tres tipos de reacciones frente al consumidor:

1.1. Hay familias que "Dramatizan" la situación del consumo de drogas por parte de un integrante del grupo. Escandalizan, condenan al miembro señalado, buscan culpables, pero sin posibilidades de resolver el problema.

1.2. Hay otras familias que "Minimizan" el problema. No consideran la enfermedad hasta que ésta se constituye como tal, Tampoco resuelven la situación y llegan al extremo de negarla.

1.3. El tercer tipo de reacción, correspondería a los grupos que "Utilizan" el problema para restablecer la comunicación intragrupal perdida o deteriorada y lograr una cohesión patológica en torno al mismo. El miembro identificado cumple así, una función de comunicación y desempeña un rol sensitivo, mediante el cual incrementa las tensiones del sistema para asegurar su "integración".

En las tres modalidades, la homeostasis - cuando se mantiene - requiere de un monto energético muy elevado para el grupo familiar. Este desgaste no comporta la toma de conciencia ni la responsabilidad que todo el grupo tiene frente al problema.

### 2. Respuestas con semiología específica.

2.1. Preconceptos. Frente al descubrimiento del consumidor, la familia pone en práctica mecanismos de regulación que están ligados a circunstancias

extrafamiliares. El lema sería: "La familia no tiene responsabilidad". Se percibe en estos grupos la repetición de ciertos esquemas de comportamiento ligados al exterior, que actúan como una necesidad apremiante de canalizar las tensiones hacia afuera.

"Hay que reprimir mejor a los narcotraficantes". "Hay que encontrar al que le suministró la droga", "Desde hoy no verá mas a esos amigos", etc.

2.2. Ceguera Familiar. Se denomina así al período de latencia que ocurre entre el contacto del integrante del grupo familiar con la droga y su objetivación dentro del sistema. Esta latencia es mas o menos reservada de acuerdo con la actitud reservada o de delación del consumidor (él quiere ser descubierto) y los mecanismos de negación puestos en práctica por el sistema para "no ver" el problema.

2.3. Mitos Familiares. Entre otros, se observan algunos de los siguientes ejemplos:

2.3.1. Mito del entendimiento familiar. Cuando se presenta, el grupo manifiesta la existencia de "equilibrio" en la familia. "Todos nos queremos", "todos nos llevamos bien". Cuando aparece el consumidor de drogas, la culpa la tienen los de afuera, los amigos, los parientes, los educadores, los traficantes, el país, etc.

2.3.2. Mito de la locura familiar. La locura familiar transgeneracional es la responsable de la fragilidad de sus miembros. "Ya hay antecedentes en la familia de otros desequilibrados". Por lo tanto, el consumidor de drogas es un desequilibrado mas, que viene a confirmar el mito. Se unen los sentimientos de rechazo por la enfermedad y el respeto por la misma, pues cumple con el mito.

En realidad se trataría de una actitud permisiva, negadora del problema del "aquí y ahora".

2.4. Neurosis de Necesidad (2) (8) (9). Indica que la familia necesita al consumidor con sus reacciones, fallas y trastornos de conducta, como un mecanismo mas de estabilización de una homeostasis bajo tensión. Forselledo y cols. han desarrollado con mas detalle esta respuesta específica (11).

2.5. Codependencia. En familias con una madre depresiva, con importantes núcleos melancólicos y con una figura paterna débil, pusilánime, negadora, poco afectiva y que no reconoce exigencias; el o los hijos se verán sometidos a los imperativos afectivos de la madre, a pactos no visibles que terminan en la idea de: "Haz lo que yo digo: No hay que usar drogas y no lo que yo hago: usar drogas para enfrentar la vida".

Por otra parte, la estructura relacional del consumidor con su familia, es tan estrecha, que muy pocas veces se distancia totalmente del sistema.

2.6. Neurosis de Conveniencia (2) (8) (9). Es aportada a la dinámica familiar por el consumidor. El ha sido considerado por el sistema para su curación y se le han ofrecido una serie de cuidados y prerrogativas que no desea perder. De esta manera tratará de mantener sus propios síntomas y con ellos, los síntomas secundarios del sistema familiar.

### **3. ILUSTRACION SOBRE LA FAMILIA DEL CONSUMIDOR URUGUAYO.**

En un estudio realizado en el Servicio de Farmacodependencia del Hospital Maciel (Da Silva, Esmoris y cols (7)), en el año 1991, las familias de los pacientes consumidores de marihuana y otras drogas, presentaron las siguientes características:

1. Estructura Familiar. A los efectos operativos, se consideraron tres niveles de estructuración de la familia y no los distintos tipos de estructuras funcionales del sistema, a saber:

1. Familia Estructurada: Aquella familia en la cual todos los miembros están presentes y cumplen sus roles.

2. No estructuradas. Aquella familia en la cual alguno/s de los miembros están ausentes, dejando su rol vacío por muerte, divorcio, separación, etc.

3. Neoestructuradas. Aquella familia que se reorganiza por un nuevo matrimonio, llegada o inclusión de otra persona que cumple los roles dejados vacantes.

Del estudio realizado resultó que el 48% de los grupos familiares estaba desestructurado, por muertes prematuras, inesperadas y situaciones de pérdida que apuntan a duelos no resueltos. Se destaca con características muy peculiares la desaparición de algún abuelo o abuela particularmente significativo en la vida del consumidor.

El 27% de los grupos resultó estructurado, aunque no se exploraron sus disfuncionalidades y el 7% neoestructurado. El 16% de los casos quedó sin determinación de la estructura familiar, por lo que se presume un alto índice de disfuncionalidad y/o desestructuración.

En cuanto al Modelo Adictivo Familiar (MAF), este estudio detectó su presencia en el 56.25% de los casos. Se trató fundamentalmente del consumo de alcohol en el padre, de psicofármacos en la madre u otra figura femenina. En un 43% de los casos no se obtuvieron suficientes datos como para descartar el MAF. Además, el equipo técnico del estudio, consideró altamente significativa la presencia y trascendencia de este fenómeno.

Los estudios clínicos realizados por los autores del presente trabajo en OPTAR, con grupos familiares, revelan que la familia tiende siempre a defender su nivel de estructuración y la unidad interna. La familia prefiere una homeostasis bajo tensión a perder la homeostasis.

#### **4. CONCLUSIONES.**

El consumo de drogas no se explica ni puede atribuirse únicamente a la familia. Aún cuando los objetivos intermedios no se cumplen plenamente (seguridad afectiva, seguridad económica, modelo sexual firme y vivenciado y modelos de comportamiento ajustados al contexto social). Por lo tanto, es necesario considerar al sistema familia en el marco del suprasistema social con todas sus condicionantes, para vislumbrar su trascendencia frente a este importante problema.

Se puede afirmar que, en América Latina en general, y en Uruguay en particular, las funciones y objetivos de la familia están afectadas, entre otras, por la impostergable necesidad de sus miembros de salir a buscar sustento en un contexto socioeconómico insuficiente. Esto ha resentido y cuestionado la organización y estructura tradicional de la familia latina, que tiende a ser cohesiva y a continentar a sus miembros durante mucho tiempo en una matriz afectiva de apego. También ha modificado seriamente el rol de la madre en la comunicación interna.

Esta situación, junto a las disfuncionalidades propias de cada familia que son producto de otras contingencias accidentales en su evolución, han generado un perfil de familias de alto riesgo. Estas familias disponen de una elevada probabilidad de tener algún miembro abusador de drogas.

A su vez, la aparición y presencia de un consumidor, impacta al grupo, desarrollando una serie de síntomas secundarios como, comunicación perturbada o bloqueada, mal desempeño de los roles o sustitución forzada de estos, comportamientos agresivos y manifestaciones afectivas inadecuadas o discordantes, hasta el extremo de la inestabilidad grave y desintegración.

Las familias que sufren el problema del consumo, tienden a situarse en los extremos estructurales. O son sistemas muy cerrados, cohesivos-centrípetos, o son muy abiertos y disgregados, dispersivos-centrífugos. En ambos casos, cuando consultan, se observa un alto riesgo de desestructuración.

Las conductas ensayadas por la familia tienden en primer término a mantener la homeostasis del sistema y, con ella, su unidad. Así aparecen grupos de síntomas que conforman una semiología específica como: preconceptos, ceguera familiar, recurrencia a los mitos, neurosis de necesidad, codependencia, y neurosis de conveniencia.

Finalmente, se constata la presencia de un fenómeno digno de ser profundizado en su estudio, el Modelo Adictivo Familiar.

## 5. BIBLIOGRAFIA.

1. BACHINI, O. MONTENEGRO, A. FORSELLEDO, A.G. "La Comunicación en el Grupo Familiar". Cuadernos de la Fundación Psiquiátrica "Mater Dei". Año 2. Nro. 2. Montevideo, 1985.
2. BACHINI, O. MONTENEGRO, A. FORSELLEDO, A.G. y otros. "Papel de la Familia en el Tratamiento de los Farmacodependientes". Boletín del IIN/OEA, Tomo LIX Nro. 223. Enero-Junio de 1985.
3. BATESON, G. "Doble Vínculo y Esquizofrenia" Ed. Carlos Lohlé, Buenos aires, 1977.
4. BERTONI, N. FORSELLEDO, A.G. "Familia y Riesgo de Farmacodependencia". Lectura para Encuentro de Prevención. IIN/OEA. Segunda Edición. Montevideo, 1991.
5. CANEVARO, A.A. "El Contexto Trigeneracional en Terapia Familiar" Buenos Aires, 1981.
6. CARIS, L.H. "Estado del Arte de Estudios Epidemiológicos en la Región de las Américas" OEA, Documento de circulación interna (no reproducible). Washington DC, 1990.
7. DA SILVA, F. ESMORIS, V. y cols. "Estudio del consumo de marihuana por menores que son atendidos en un Servicio de Farmacodependencia de la ciudad de Montevideo, Uruguay" en Infancia y Drogas en América Latina - Tomo I. IIN/OEA, Publicación Especial. Montevideo, 1991.
8. FORSELLEDO, A.G. "Introducción a los aspectos funcionales y disfuncionales de la familia del farmacodependiente". Curso de Formación de Terapeutas Familiares. OPTAR-IIN/OEA. Montevideo, 1988.
9. FORSELLEDO, A.G. DA SILVA, F. "Familia y Riesgo de Farmacodependencia - Aspectos Funcionales y Disfuncionales". FORO-Boletín. Año 3. Nro. 8 IIN/OEA-OPTAR. Montevideo, julio de 1990.
10. FORSELLEDO, A.G. ESMORIS, V. y otros. "Enfoque de Riesgo y Farmacodependencia. Factores vinculados a la oferta y la demanda". Un Taller de Riesgo Familiar. FORO-Boletín. Año 4. Nro. 10 IIN/OEA-OPTAR. Montevideo, abril de 1991.
11. FORSELLEDO, A.G. "Alcohol y Drogas. Un problema, una respuesta: Participación y Compromiso". En "INFANCIA Y DROGAS EN AMERICA LATINA - Tomo I. IIN/OEA Publicación Especial. Montevideo, 1991.
12. FORSELLEDO, A.G. ESMORIS, V. y otros. "Familia y Consumo de Alcohol y Drogas." Programa de Prevención de las Farmacodependencias IIN/OEA. Montevideo, 1992. Para Encuentro Piloto de Prevención para las Etnias Indígenas del Ecuador.
13. FORSELLEDO, A.G. "Contexto latinoamericano, salud y consumo de alcohol y drogas por los jóvenes". Boletín FORO. Año 7. Nro. 19. IIN/OEA-OPTAR. Montevideo, mayo de 1994.

14. FORSELLEDO, A.G. "Algunas Reflexiones sobre el Consumo de Alcohol por parte de Niños y Jóvenes en América Latina". En "INFANCIA Y DROGAS EN AMERICA LATINA - Tomo II. IIN/OEA Montevideo, 1993.
15. ITHURRALDE, J. FORSELLEDO, A.G. RODRIGUEZ, M. "La Familia. Un marco de referencia y un abordaje terapéutico". Cuadernos de la Fundación Psiquiátrica "Mater Dei". Año 2. Nro.2 Montevideo, 1985.
16. MIGUEZ, A.H. "Estudio del Consumo de Alcohol y Drogas sobre la población económicamente activa del Uruguay" Junta Nacional de Represión y Prevención del Tráfico Ilícito y Uso Abusivo de Drogas. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Montevideo, 1993.
17. SATIR, V. "Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar" Ed. Paz. México, 1978.
18. SLUSKI, Carlos "Enfoque Sistémico. Historia y Desarrollo" En Documentos del 2do. Encuentro Nacional de Terapia Familiar. Bogotá, Colombia, 1987.
19. SLUSKI, Carlos "Patología y Terapéutica del Grupo Familiar" Acta Editorial. Buenos Aires, 1970.
20. STANTON, M. TODD, T. "Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas" Editorial Gedisa, Buenos Aires, 1988.