

## **Adolescencia, Tratamiento Ambulatorio de una paciente con Consumo Perjudicial.**

*Andrea Coddou M.<sup>1</sup>, Gloria Gramegna S.<sup>1</sup>, Alejandra Guerrero C.<sup>1</sup>  
Gonzalo Cancino C.<sup>1</sup>*

### *Resumen*

*Se publica el caso de una adolescente de 17 años con conductas de consumo de alcohol y drogas, con fracaso de tratamiento previo. Ingres a terapia en NEOS donde después de un año de terapia de orientación sistémica se logra éxito sin uso de psicofármacos.*

*Palabras clave: Adolescencia - Consumo de drogas - Terapia Sistémica.*

### *Summary*

*This article deals with the case of a seventeen years-old girl with problems of drug abuse. She had already undergone treatment unsuccessfully when she went into therapy at NEOS, a therapeutic service center that treats teens with severe behavior problems. The center offers an outpatient treatment system that places an emphasis on the family relationships. In this case, treatment was aimed at helping the family make changes in its internal dynamics, thereby creating a network of interactions that would enable the teenage girl to overcome her problems of substance misuse. After a year of therapy, the patient had been successfully treated without the use of medication.*

*Key Words: Adolescence - Drug abuse - Sistemic Therapy*

## **Introducción**

Nuestra sociedad postmoderna, con cambios vertiginosos muestra un aumento de conductas violentas, consumo de alcohol y drogas, siendo estas dos últimas un problema endémico y, en algunos períodos, epidémicos. Los adolescentes constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad en términos de esta problemática. En relación al alcohol, Pallavicini *et al.* (1982) muestran que hay

<sup>1</sup> *Equipo NEOS es un Centro de Especialidades Terapéuticas conformado por 5 psicólogos y 1 psiquiatra como equipo estable y dos psicólogos consultores, todos de orientación sistémica. El centro está dirigido a tratar jóvenes y adolescentes con problemas severos como son abuso de drogas, bulimia, anorexia, entre otros.*

un aumento de un 400% en el beber excesivo de jóvenes entre 15-19 años. Las cifras de "beber problema" establecidas por el Ministerio de Salud son de 19-20% siendo "alcohólicos" un 5%.

En relación a las drogas, ya en la década del ochenta el Ministerio de Salud planteaba que existía una pandemia en el consumo de marihuana, con un foco epidémico de consumo en la primera región, con riesgo a expandirse al resto del país. Un estudio demostraba los jóvenes entre 18-25 años eran los que más consumían droga, habiendo aumentado el consumo en un 63% entre 1984-1990 (1). Así también, en el IV Estudio Nacional (CONACE) el porcentaje de personas que declaran haber consumido alguna droga ilícita (marihuana, cocaína y pasta base), durante el último año alcanza a un 6.28%. La droga principal que explica esta magnitud de consumo corresponde a la marihuana, con cerca de un 90% del total de consumidores (2).

El estudio CERC-CERC MINSAL mostró que el consumo de drogas se concentra entre jóvenes de 15 a 24 años, mayoritariamente hombres, estudiantes, con mayor nivel de ingreso, siendo Santiago la ciudad de mayor consumo. El estudio plantea los siguientes factores de riesgo: mala relación con sus padres, pertenecer a una banda o "patota", baja autosatisfacción, agresividad y relaciones sexuales precoces, baja preocupación por cuidar su salud, acceso fácil a sustancias, presión a consumir por el grupo de iguales, falta de percepción de esta conducta como riesgo, no practicar una religión, bajo rendimiento académico, haber repetido o abandonado el colegio (1)

Conscientes que el consumo de drogas y el beber problema en el adolescente están en estrecha relación con su contexto, siendo el aspecto más significativo de éste la familia, como lo plantean numerosos autores (Stanton, Haley, Cambiaso, Cirillo) (6), NEOS, centro de especialidades terapéuticas - que atiende adolescentes con problemas conductuales severos, ofrece un tratamiento ambulatorio, cuyo eje central es el sistema familiar. En este escenario se hace una intervención destinada a la contención de la familia, para que sea ésta la que haciendo cambios en su dinámica interna, permita la creación de una red de interacciones que lleven a la desaparición de conductas perturbadoras en el joven.

Conscientes también de la doble realidad del adolescente, de ser por un lado un niño y por otro, adolescente, por un lado necesitado de apoyo, por otro, persona explorando espacios de adultez, donde la individuación y la identificación con otros es un proceso fundamental, NEOS lleva a

cabo un trabajo terapéutico con el joven, de forma individual y grupal, con el objetivo de reforzar su capacidad de toma de decisión, además de generar contactos con el colegio para fortalecer el mismo fin.

La complejidad de los espacios que abarca el tratamiento va acorde con la complejidad de la adolescencia.

La adolescencia, en nuestra cultura, es una etapa difícil, intensa de terrenos inciertos, de exploraciones y determinaciones extremas; es habitualmente un período marcatorio per se. Ahora, si en esta etapa algún engranaje se entraba por las múltiples realidades y sistemas que definen su devenir (familia, colegio, pares, características individuales o espacio social) es frecuente que si surge un síntoma éste sea de alta intensidad.

Por lo anterior, y cuando se dan determinadas circunstancias o características familiares y/o individuales que no logran generar un cambio que permita la resolución del problema y por ende la desaparición del síntoma, es probable que el trastorno o la conducta problema tome niveles preocupantes o alarmantes. Eso hace que muchas veces estos jóvenes comiencen un largo y frustrante camino de diagnósticos y tratamientos aislados con psicólogos, psiquiatras, neurólogos, etc. Este camino suele generar en los padres la sensación de imposibilidad de acción y, por consiguiente, cada vez menos intentos de solución, y en el joven, el aumento del trastorno o la cronificación de éste, con el agravante que más tiempo pase el síntoma o trastorno pasa a constituir su identidad; ya no tiene anorexia o bulimia o usa drogas, sino que pasa a ser anoréxico, bulímico, adicto y, por lo tanto, tiende cada vez más a aumentar la conductas que refuercen dicha identidad.

Una variable que dificulta enormemente el trabajo terapéutico es que, por la impulsividad e intensidad del adolescente, en la mayoría de los casos con trastornos severos esta impulsividad puede llevarlos a arriesgar sus vidas, ya sea directamente como intento de suicidio, o indirectamente como accidentes o sobredosis, o por compromiso la salud general, o dificultades con la justicia (como sucede en los consumidores). No es necesario abundar sobre el nivel de estrés que este riesgo y responsabilidad generan en el profesional que asume solo la recuperación del joven. El compartir esta responsabilidad y los temores de los riesgos con y en un trabajo en equipo, haciendo cada uno su parte del trabajo en coordinación con el otro, permite la creatividad y movilidad en el tratamiento.

El tiempo de tratamiento del programa NEOS, si bien ha sido en nuestra experiencia variable, en principio es de un año.

Se presenta el caso de Luisa <sup>2</sup>, una adolescente que es derivada por otro centro asistencial de rehabilitación de adicciones.

### **Antecedentes personales**

Luisa es una niña de 17 años, cursando 3° medio, miembro de una familia de cuatro, hija de padres profesionales (un académico universitario y una madre que en el momento de la consulta no ejerce profesionalmente), que llega a NEOS en la siguiente situación:

Desde muy pequeña L. es extremadamente inquieta, precoz en su desarrollo psicomotor (caminó a los 9 meses, habló al año). Los padres refieren que a los 3 años pasó por un período difícil donde había que reprimirla constantemente. Tiene desde la básica la etiqueta de alumna problema

<sup>2</sup>*Su nombre ha sido cambiado.*

acusada de ocasionar desórdenes en clase, no quedarse quieta, conversar continuamente mala conducta en general. Muchas citaciones al psicólogo del colegio y otros profesionales externos. Siempre tuvo en el vecindario conductas disruptivas entre traviesas y agresivas; por ej.: echar barro a un auto, molestar a vecinos, etc. En el colegio observa bajo rendimiento escolar, sin hábitos de estudio, sin ritmo para seguir las clases; poco integrada en general. Finalmente en 2° medio es retirada del colegio (para evitar la expulsión) debido a problemas de rendimiento, conducta y porque fue sorprendida consumiendo marihuana. A fin de año da exámenes libres. Ingresa a un colegio cuya disciplina es menos estricta.

Tiene antecedentes de conductas incontroladas por consumo de alcohol y droga, con varios episodios de violencia física contra la madre. Por último, el año anterior a ingresar a tratamiento cae detenida por ser sorprendida comprando marihuana. Si bien en un inicio L. minimiza la cantidad de consumo, luego admite haber consumido desde los 14/15 años mínimo 3 veces a la semana, pasando extensos períodos donde se encontraba diariamente "volada".

L. ha pasado por numerosos tratamientos psiquiátricos y psicológicos desde niña. Las primeras consultas terapéuticas en el pasado fueron por rebeldía y mala conducta pero luego también por depresión, siendo medicada incluso con antidepresivos.

L., según criterios clásicos (CIE-10) (3) presenta lo que se llama un "Consumo Perjudicial": hay alteraciones psicológicas, alteración del juicio (la considera inocua), hay alteración de la conducta, lo que la lleva a discapacidad; por ejemplo, no rinde en su colegio y se han alterado las relaciones intrafamiliares. En el caso de L no se detectó el Síndrome de abstinencia a cannabinoides (temblor de manos, sudoración, dolores musculares), descartando por lo tanto la dependencia química propiamente tal.

### **Derivación a NEOS.**

Los padres llegan derivados a una profesional de NEOS, desde un centro de rehabilitación de adicción. En dicho centro se le ha indicado la necesidad de internación para tratar su adicción a marihuana (diagnóstico planteado en esa instancia), indicación que los padres no están dispuestos a seguir. En esa situación son rederivados con la indicación de ayudar y apoyar a los padres en su dolor, porque a su hija, tal cual estaba (las condiciones ya descritas y sin internación) "no iba a

ser posible ayudarla y lograr cambios". Es importante enfatizar que no fuesen derivados a terapia de familia sino sólo a apoyo y contención de los padres.

Coherente con los antecedentes y el escenario de derivación, nos encontramos con unos padres marcados por la narrativa de la impotencia, del dolor, de la confusión, de la angustia, de la culpa, de ser absolutamente incapaces como padres, de no tener ninguna posibilidad de controlar, cuidar, cambiar, y menos proteger a su hija. En suma nos encontramos ante unos padres totalmente paralizados y con un profundo dolor (los dos refieren estar con síntomas claros de estrés o depresión).

Previo al ingreso a NEOS y coherente nuestro convencimiento que para poder plantear la imposibilidad de cambio en un joven hay que agotar todas las instancias familiares y terapéuticas posibles, se hacen 3 ó 4 sesiones con los padres solos. Estas sesiones tienen como objetivo:

1) revertir la indicación con que llegan a consultar; y 2) darles fuerza, confianza y energía como padres para que puedan traer "obligada" a su hija a sesión. Posterior a la primera sesión de terapia con la familia completa (padres y dos hijos), la familia ingresa (por indicación de la psicóloga tratante) a NEOS.

### **Primera consulta con la paciente. Descripción Clínica**

Al examen mental destaca una paciente lúcida, consciente: orientada en tiempo y espacio, su aspecto personal es de descuido ex profeso, ropa con roturas, colores oscuros, desgarrada, poco femenina, adornos incrustados en la nariz; se sienta echada en el sillón, al iniciar la entrevista y durante la mayor parte de ésta, responde con lenguaje estructurado, telegráfico. Tiende al silencio y su tono es displicente.

Es necesario hacer un esfuerzo por parte del entrevistador, ya que L. se muestra sin interés en la entrevista y en el tratamiento, los contenidos entregados son respecto de sí misma, de su vida escolar, de la relación con su familia nuclear y extendida.

La paciente refiere no tener problemas consigo misma, pero sí dificultades en las relaciones personales con sus padres y hermana, plantea que "no hay relación". Según dice, sólo consume

alcohol en el fin de semana, no logra cuantificar la cantidad. Consumo de marihuana desde hace 2 años; dice: "me gusta más el alcohol".

Estos datos, que fueron entregados en un comienzo del tratamiento, hacia el final L. reconoce que son falsos y que la cantidad de consumo, especialmente de marihuana, es muchísimo mayor que la informada.

Al preguntarle qué explicación se da ella de esta búsqueda de ayuda por parte de sus padres, L. ubica el inicio de los problemas cuando los padres comienzan a restringirla hace 2 años. En esa época ya se estaba drogando, y los padres entonces se ponen más estrictos. Durante la entrevista se emociona, llora con amargura y rencor por las cosas que dice haber perdido: salidas y momentos con los amigos.

Se puede describir a L. como una adolescente con baja autoestima. Conducta en general agresiva y rebelde, no acepta la autoridad de los padres. Marcada resistencia al principio de la terapia a dejar la marihuana por considerarla inocua. Con sentimientos de tristeza y rabia, más frecuente esta última. Es franca y sincera. Vivencia a los padres como los culpables de que ella esté perdiendo cosas, pero le cuesta vislumbrar que está en sus manos (dejando de consumir) poder ir a donde quiera y tener más libertades.

En L. se observa miedo a asumir roles adultos: ahora vive de sueños sin posibilidades de concretar. Aunque no está muy convencida de crecer y se refiere al mundo adulto como algo no deseable, reclama los beneficios correspondientes a la vida adulta; ej.: libertad en los permisos.

Los logros que L., por su parte, quiere como resultante del tratamiento son cambios en los otros: básicamente que la dejen tranquila, lo que implica que no interfieran en su vida en ningún aspecto.

## **Terapia Familiar**

Se plantea como objetivo principal de la terapia familiar la restitución y validación de los padres en su rol, apuntando a que logren definir ellos las normas de funcionamiento, lo que implica sentirse con la autoridad y el derecho de hacerlo desde su obligación como padres de generar un espacio en la

familia de protección, y que en paralelo potencie el crecimiento y desarrollo de las hijas. Como objetivos secundarios, definidos por los padres como fundamentales, se plantean la ausencia total de consumo de marihuana por parte de L. y un mejoramiento de las relaciones al interior de la familia.

Durante el período de terapia se pueden describir tres momentos:

En el primer momento, si bien se menciona la importancia de que L. deje de fumar marihuana, no se hace ningún esfuerzo en esta línea, ya que se trabaja fundamentalmente en el objetivo principal que es reforzar a los padres en su rol de autoridad y conductores de la familia. Esto se fundamenta en que ambos padres están muy impotentes y paralizados, sintiéndose sin ninguna posibilidad de enfrentar a L., de poner límites y mantenerlos; además manifiestan mucho temor a la existencia de escaladas de violencia tanto verbal como física, esto debido a que ya habían ocurrido eventos de este tipo anteriormente.

El consumo de marihuana se considera no sólo como una conducta riesgosa para ella por los daños físicos que le provoca, sino también por la enorme cantidad de consecuencias negativas que le genera en diversos ámbitos de su vida. A nivel familiar, las relaciones son cada vez más tensas por la agresividad de L.; en el colegio su rendimiento va disminuyendo significativamente producto de su desmotivación y de andar "ida", desconcentrada, además de estar continuamente en dificultades producto de su conducta, lo que provocó su retiro en el colegio anterior (previo a ser expulsada); por otro lado, fue detenida por carabineros por comprar marihuana; en el plano social, para ella la única forma de pasarlo bien era estando drogada; y en lo personal, se manifiesta decaída y triste.

Con respecto al colegio, L. estaba presentando numerosas dificultades debido a frecuentes inasistencias injustificadas, por lo que en coordinación entre el equipo tratante, el colegio y los padres, se controla su asistencia a través de un reporte inmediato del profesor en caso de ausencia. Los padres implementan medidas de control en relación con las salidas y los permisos dentro de un contexto de "protección por amor". Tanto los lugares a donde va como los horarios son regulados por los padres, teniendo especial cuidado con aquellos sitios en los que habitualmente consumía marihuana. L. debe ir demostrando que puede ir a estos sitios y que como resultado no necesariamente hay un consumo.

Como resultado de este primer período y las narrativas en torno a las que se trabaja, existe un mejoramiento muy significativo en las relaciones al interior de la familia, tanto, que los padres señalan tener temor de comenzar a restringir efectivamente el consumo para no perder este ambiente de armonía y cercanía que no tenían hacía mucho tiempo; incluso L. es capaz de reconocer que su relación con los padres ha cambiado enormemente y se muestra satisfecha con esto, a pesar de estar más restringida.

En este primer período L. asiste en paralelo a la terapia familiar y a terapia individual, en la que se muestra con buena disposición a trabajar temas de su desarrollo, sus penas y su baja autoestima, al mismo tiempo que niega cualquier posibilidad de dejar el consumo de marihuana ya que no considera que esto implique riesgos a pesar de lo evidente de éstos en su caso. Después de un mes y medio la terapia individual se reemplaza por terapia de grupo, frente a la cual L. muestra gran resistencia, amenazando con no asistir por parecerle una modalidad de tratamiento atentatoria contra la privacidad. No obstante, una vez que ingresa al grupo, asiste puntualmente a todas las sesiones y participa de manera muy activa dentro de él. Rápidamente se convierte en una de las más populares en el grupo, asumiendo un rol de rebelde frente a las normas del mismo y defensora acérrima del derecho a consumir droga, consiguiendo un apoyo espontáneo de la mayoría de los participantes contra el terapeuta. Sin embargo, esta rebeldía no era especialmente agresiva sino como una actuación "necesaria" para defender su tesis de no estar enferma. Llama la atención en este período su apariencia desastrada y poco femenina, con lo que representa menos edad.

Los logros en este primer período de tratamiento pueden resumirse como sigue:

- L. asiste regularmente a las sesiones de terapia familiar así como a las de terapia individual y luego a grupo.
- Los padres logran vencer el miedo y se movilizan coordinándose en la conducción de L., logrando hacer un frente común.
- L. se integra a la familia y se abren espacios de cercanía con los padres.
- L. se ajusta a las normas que ponen los padres.

El segundo período que se puede distinguir en el tratamiento se inicia cuando se decide eliminar totalmente el consumo de marihuana, luego de alcanzar un nivel suficiente de fortaleza en los padres, para que puedan llevar a cabo esta restricción.

En ese momento los padres señalan a L. que no puede fumar marihuana mientras viva en su casa, justificando esto por las consecuencias negativas que este consumo le trae a ella y a la familia en su conjunto. Para controlar el consumo se le hacen exámenes periódicos de orina. Estos exámenes se plantean como una ayuda a L. para mantener los beneficios alcanzados, ya que son un incentivo para no consumir, y a la vez los padres definen una serie de consecuencias negativas si los resultados señalan la presencia de marihuana. Inicialmente L. reacciona con rabia y aumentan las peleas, sin embargo, tanto la frecuencia como la intensidad son significativamente menores a las anteriores. Se insiste con L. en que ella tiene en sus manos la posibilidad de eliminar las restricciones y consecuencias negativas a través de suspender el consumo. Por parte de ella se inicia una conciencia progresiva de los riesgos a los que se somete con el consumo y de las pérdidas que estaba teniendo con la marihuana.

Con los padres se continúa trabajando en el miedo de perder la cercanía con la hija y en reforzarlos como frente común, recordando frecuentemente cuál es el objetivo y las consecuencias que el consumo tenía en la relación. Este último tema se trabaja fuertemente, ya que es habitual que los padres, en situaciones angustiantes como éstas, actúen en forma contradictoria, especialmente cuando deben enfrentar a un hijo, lo que puede generar el rechazo por parte de éste.

En este período L. muestra en terapia de grupo otras facetas personales como son su sensibilidad artística, su amor por la naturaleza y los niños, su lealtad en las relaciones y su capacidad para escuchar y apoyar, con lo cual se constituye en una participante fundamental para el grupo. Destaca por su franqueza y transparencia. Aunque ya los padres le prohíben el consumo de droga y éstos suponen que ha empezado a cumplir, en el grupo se delata indicando con exactitud cuánto fumaba, dónde y con quién (sabiendo que esto sería comunicado a los padres, de acuerdo a una regla del tratamiento que nos obliga a informar a éstos sobre cualquier conducta de riesgo o disruptiva del paciente de la que nos hayamos enterado en cualquiera de las instancias de tratamiento). Igual que en la terapia familiar, L. empieza a aceptar frente al grupo que el consumo la ha expuesto a riesgos de diversa índole y le ha traído pérdidas tanto en

su hogar como en su colegio.

En resumen, los logros en este segundo período son:

- Se realizan exámenes de orina sin mayores dificultades.
- Los padres prohíben el consumo sin que se produzcan escaladas violentas con L.
- Los padres se mantienen coordinados.
- L. toma conciencia de las pérdidas por el consumo.
- L. reconoce frente a sus pares (grupo) las pérdidas que ha tenido a consecuencia del consumo.

El tercer período está marcado por la declaración de L. de que ha dejado de consumir, lo cual se corrobora con los exámenes de orina; incluso solicita que se le realicen con cierta frecuencia. En este tiempo se mantienen las narrativas trabajadas con anterioridad, pero se comienzan a tocar dinámicas “más psicológicas” porque la emergencia (consumo de marihuana y conductas de riesgo y disruptivas) ya no está presente. Esto permite ahondar más en dichas narrativas, con especial énfasis en la posibilidad de crecimiento y la dificultad del sistema en general de lograr este aspecto. Dinámica significativa y redundante en los casos de abuso o adicción (4). Se aborda el tema de la autonomía y la ambivalencia y temor que le produce a L. el crecer; por un lado, exige ser tratada como adulta en cuanto a los beneficios como permisos y salidas, y por otro, le es difícil asumir responsabilidades y obligaciones de adulta, a la vez que descalifica al mundo adulto. Paulatinamente L. comienza a mostrar gran interés por el colegio y por alcanzar un mejor rendimiento para poder entrar a la universidad; por primera vez empieza a proyectarse en el futuro, en forma realista y positiva, y a la vez se critica por haber desperdiciado los años anteriores en cuanto a sus notas. Se abordan las escaladas de agresiones y las faltas de respeto de unos con otros, las que se explican como una forma de desahogo de la rabia, pero sin conciencia del dolor que ocasionan en el otro. También se muestra cómo es más fácil para todos contactarse con la rabia que con sentimientos de pena o angustia y cómo se protegen de ellos con la rabia.

A nivel familiar, se trabaja en su identidad como familia, cómo se aglutinan en torno a habilidades artísticas y cómo esto los diferencia de otras familias y los hace especiales. A la vez van reconociendo el ser una familia “pegote” y que esto, junto con ser agradable por la cercanía y complicidad que promueve, dificulta el crecimiento, ya que favorece la indiferenciación y

sobreprotección.

Por otro lado, L. comienza a reconocer públicamente, tanto frente al equipo terapéutico como frente a sus profesores y familia extensa, que los padres la ayudaron mucho para superara este período y agradecerles el esfuerzo que hicieron por ella al propiciar el abandono del consumo de marihuana.

Los espacios de regaloneo y complicidad entre L. y los padres van aumentando significativamente, incluso llegando a que L. haga alianzas con los padres en situaciones en que la hermana se excede.

Por último, se puede observar cómo en los momentos de tensión la familia comienza a usar el humor como estrategia para relajar la situación y desde ahí son capaces de encontrar soluciones o estrategias no confrontacionales.

En esta última etapa en la terapia de grupo la paciente señala que su familia ha sido fundamental para su recuperación, que tuvo que contactarse profundamente con el dolor que causaba a sus padres para valorar la abstinencia. Menciona que es muy diferente dejar de consumir para evitar pérdidas como permisos o dinero, a hacerlo porque le duele lo que le sucede con su vida y con la de su familia al consumir. Empieza a decir que lo pasa mejor sin droga, que se ha acercado más a sus padres y siente que ha mejorado su autoestima. Así se convierte en ejemplo para el resto, mostrando que la mejoría es posible y gratificante. Estimula a los demás miembros alentándolos a dar los pasos necesarios para mejorar. Su apariencia física muestra un cambio notorio (se arregla el pelo, usa ropa más femenina y acorde a su edad, se ve más adulta), el que el grupo relaciona con que se está empezando a atrever a crecer y a aceptar su sexualidad. En esta etapa fue haciendo amistad con otra paciente y lamentaban no poder juntarse fuera del grupo. Su despedida del grupo fue muy emotiva.

Los logros en esta etapa son:

- L. logra la abstinencia y la mantiene convencida de que es bueno para ella.
- Los padres se mantienen coordinados aun cuando ya no hay emergencia.
- Aumentan significativamente los espacios de cercanía y complicidad entre L. y sus padres.
- L. reconoce la importancia del apoyo de su familia.

- Mejora substancialmente su rendimiento escolar.
- Comienza a esbozar un proyecto de vida.
- Utiliza un lenguaje más adulto, más ponderado.
- Cambia su apariencia física, cuidando su arreglo personal. Se ve más adulta y más femenina.
- Mejora su autoestima.

La duración del tratamiento de Luisa fue de un año.

### **Medicamentos suministrados durante el tratamiento y sus efectos**

El equipo NEOS trabaja desde la epistemología sistémica en realidades consensuales (5); por lo tanto hace uso de categorías diagnósticas sólo como entidades descriptivas de la sintomatología presente.

Con el diagnóstico de Consumo Perjudicial (CIE-10) se planteó un primer momento de evaluación sin psicofármacos; luego, por sus síntomas de descontrol de impulsos y ánimo cambiante, se pensó en el uso de lamictal, después en el uso de fluanxol. Si bien estos fármacos fueron indicados, L. se negó a tomarlos. Sólo aceptó efectuar el examen de orina indicado por la psiquiatra.

Las características del tratamiento NEOS, que contempla tres sesiones a la semana, permiten hacer un monitoreo de las situaciones que pudieran ser riesgosas, de tal forma que se puede asumir el tratamiento sin tratar con psicofármacos.

Se solicitó Interconsulta a Ginecología por polimenorrea, lo que fue tratado.

### **Discusión**

El Consumo Perjudicial (o Abuso de Drogas DSM-IV), por su condicionamiento psicobiológico tiende a ser particularmente refractario a tratamientos. Si bien existe en general una variedad de tratamientos, tanto en Chile como en el extranjero hay tres formas más habituales de aproximarse a la adicción en jóvenes o adolescentes: una es a) el tratamiento intensivo de dependencia química (d. q.) propiamente tal, con internación de mínimo dos meses y tratamiento de 2 años; b) comunidades terapéuticas, y c) en tratamiento ambulatorio, lo que habitualmente se realiza con psicoterapias aisladas familiar, psiquiátrica y/o individual (6).

Si bien un tratamiento hecho responsablemente, y con el compromiso del paciente, puede tener éxito en cualquier modalidad, en el caso de la paciente en cuestión los tratamientos menos intensivos (de terapias aisladas) no lo habían tenido y los padres no estuvieron dispuestos a internarla en un tratamiento tradicional para adicción.

Ante esta situación nos encontramos con unos padres paralizados e impotentes, con la sensación de que su hija no tenía salvación y que ellos no estaban capacitados para hacer algo que cambiara la dirección de la situación.

La primera intervención del equipo NEOS, previo al ingreso al programa mismo, es generar un contexto que les permita a los padres "obligar" a Luisa a tratarse, lo que se hace mediante 1) tranquilizar a los padres en cuanto a su capacidad de ejercer como tales; 2) inquietarlos o mostrarles su responsabilidad en términos de ser los únicos capaces y responsables de mejorar a su hija; 3) mostrarles la orfandad del hijo de padres que "renuncian".

Se entiende a la familia como el sistema más significativo del joven, por lo tanto el más influyente (6). El por qué, a pesar de esto, la sola terapia de familia muchas veces es insuficiente, dice relación con el nivel de susto, impotencia y paralización de los padres frente a una sintomatología altamente autodestructiva y grave, y/o crónica. Estamos frente a padres incapaces de generar narrativas nuevas propiciadoras de un cambio, si no atrapados en narrativas iatrogénicas y mantenedoras del problema.

El objetivo fundamental de cualquier tratamiento de jóvenes en NEOS es devolverles a los padres la capacidad y confianza para poder ejercer con eficacia su rol de tales.

El primer paso del equipo es, por consiguiente, ser un sistema que acoja al sistema para que a su vez éste pueda acoger a su subsistema.

Este modo de abordar hace que el programa ambulatorio que realiza NEOS sea de particular intensidad, analogándose más en su potencia a los tratamientos con internación pero sin los aspectos perjudiciales de esto, vistos desde el contexto de sacar al joven de sus sistemas significativos (familia, pares y estudio).

A l hablar de que nosotros (equipo terapéutico) nos constituimos en un sistema que contiene al sistema (padres) para que a su vez éste pueda contener a su subsistema (hijos) estamos expresando nuestra convicción profunda de que los únicos expertos en sus hijos son los padres. Son quienes los conocen más, quienes se afectan más, de quienes los jóvenes dependen y, por último, pero quizás lo más importante, son quienes los quieren más. Algo muy evidente pero no por eso menos significativo, quienes siguen viviendo y educando posteriormente a cualquier intervención con y a sus hijos son los padres. Por esto son los más indicados, y desde nuestro punto de vista, los únicos que realmente pueden sacar a estos pacientes adelante. El por qué no lo han podido hacer tiene que ver con estar atrapados en una emoción contradictoria con la acción necesaria: angustia, inseguridad e impotencia. Nuestro objetivo inicial es el de darles contención y apoyo que les permitan ir recobrando la confianza de poder ser padres eficientes nuevamente, y el de ayudarlos a pensar en conjunto con el equipo terapéutico a abrir un abanico de alternativas posibles no exploradas que cambien el contexto mantenedor del problema. Cualquier intervención que apunte a quebrar o descalificar esta realidad puede a la larga aumentar el contexto mantenedor del problema, cuyo elemento central son padres paralizados y sintiéndose incapaces.

Con L., esta primera etapa fue de especial relevancia. Los padres estaban asustados e impotentes; se le sumaba el que la madre incluso, por los episodios de violencia física existentes y siendo ella menuda y la paciente de contextura gruesa, le tenía miedo físico a su hija. El solo ingreso a tratamiento, y por ser percibido este equipo terapéutico como un espacio de contención y fuerza en un principio casi simbólico, hizo que se produjeran los primeros cambios (cierta tranquilización de los padres, menos desafío por parte de Luisa, menor frecuencia de escaladas).

Nos abocamos luego a la problemática específica del alto consumo de marihuana, siendo ésta la gatilladora de la mayoría de los conflictos existentes. Si hubiésemos actuado como habitualmente se hace en un tratamiento de abuso, prohibiendo el consumo absoluto de marihuana, habríamos necesitado dos escenarios posibles:

- a) unos padres suficientemente fuertes para lograr implementar dichas medidas, prohibiendo ciertas situaciones y realizando exámenes de orina
- b) internación o acompañante terapéutico entrenado para lograr lo anterior.

La primera situación no estaba lograda aún por los padres; estaban recién atreviéndose a implementar algunos límites, pero con el temor siempre presente de posibles episodios violentos o abandono del hogar por parte de L. El riesgo de intentar que ellos pararan absolutamente el consumo era el que se produjesen escaladas inmanejables que llevaran a un retroceso en el proceso de potenciación de los padres. Respecto a la internación, consideramos que en el caso de jóvenes en abuso o sin una adicción peligrosa (por el tipo de drogas, el estado mental o de daño, etc.) la desinserción de su medio que esta implica causa un enrarecimiento aun mayor en el mundo de por sí bizarro que está viviendo el joven. Al mismo tiempo el mensaje de que "otros" se hagan cargo refuerza la idea del joven sobre la incapacidad y no contención de sus propios padres. En base a estas consideraciones se propuso como objetivo el de apuntar a una disminución del consumo, planteado indirectamente por los padres, e ir generando narrativas promotoras de cambios hacia esa dirección. Dicho objetivo se trabajó en forma paralela en terapia familiar con los padres, en terapia individual con L., como también en terapia de grupo.

La segunda etapa tuvo como objetivo la detención absoluta del consumo y el control de éste mediante exámenes de orina aleatorios y frecuentes, indicados por el equipo, y muy especialmente por los padres cuando ellos estimaran necesario. Otro elemento poco tradicional es que L. no cursa este período con medidas de protección (ej.: dejar de ver amigos de consumo, dejar de ir a lugares de consumo, etc.). La prohibición y/o cambio de amigos era un área de extremo conflicto con una consecuente escalada, pudiendo esta situación generar en los padres nuevamente una paralización, y, más aún, la pérdida de importantes logros, cuales eran la detención del consumo, una notable mejoría de la relación, cercanía afectiva, etc. Aunque conscientes de la dificultad que conllevaba para la paciente el seguir en contacto con sus redes habituales, que incluían el consumo de droga, pero al mismo tiempo considerando una restricción severa como más destructiva que promotora de cambios, padres y equipo, en forma conjunta, optamos por una sola medida de protección: los exámenes de orina. En un primer momento L. comienza a tomar más alcohol en sus salidas, al parecer en reemplazo de la marihuana, pero eso los padres lo controlan con eficacia y no vuelve a suceder.

Se pasa a la tercera y última etapa del tratamiento. Ésta se marca por un despeje absoluto del tema de la droga y por una fiscalización en narrativas promotoras del crecimiento dentro de la familia, vale decir, que el proceso de crecimiento no fuese vivido como amenazante ni para los padres ni para las hijas. Estos objetivos son posibles de plantear en la medida que ya ha surgido un contexto cualitativamente diferente caracterizado por la mejoría de las relaciones

familiares, la recuperación de narrativas de disfrute y humor, el lograr mayores grados de libertad por parte de L. al tranquilizar a los padres en cuanto a su sanidad. Todo lo anterior permite que L. deje de consumir, mejore el rendimiento escolar, cambie su aspecto físico, y que ella sola decida gradualmente ir dejando algunos amigos y distanciándose de ciertas situaciones de consumo. Otros, especialmente aquellos que percutían con ella, se mantienen hasta el final, pero al parecer el vínculo no era el consumo sino la música. Luego de sólo un año, Luisa lleva a cabo una significativa transición: desde ser una adicta o abusadora severa de marihuana, casi expulsada de un colegio (la sacan antes), presa por compra de droga, en una soledad y absoluta desmotivación por todo lo que no fuese el consumo, en un conflicto constante con los padres, en un estado de humor permanentemente rabioso con un trasfondo triste, en una infantilización absoluta de su proyecto de vida, a pasar a ser una niña con buen rendimiento escolar en su nuevo colegio, comprometida con actividades de éste, en una cercana y amorosa relación con sus padres, con una recuperación de su particular sentido del humor, en una aceptación de su sexualidad (entendiendo esto también como atreverse a crecer), con una decisión vocacional clara y realista que uniendo sus dos grandes aficiones (los niños y el arte) le lleva a decidir estudiar Educación de Párvulos. Se dio de alta hace un año y el seguimiento ha demostrado una estabilización de este cambio.

Coherente con el susto de los padres respecto al crecimiento de sus hijas, al cabo de 6 meses del alta vuelven a consultar angustiados y sintiendo que de nuevo la situación se les podía escapar de las manos. L. había empezado a pololear por primera vez con un niño al parecer muy educado y cariñoso, pero de nivel socioeconómico muy distinto al de la familia. Tras una larga conversación, los padres con humor pueden identificar su angustia y desmedido temor como un "rebote" de su susto a ver a L. como una joven en camino a la adultez, y como un "rebote" de que, ante los sustos, ellos se descalificaban como papás, siendo que hasta el momento que consultaron (ya llevaba varios meses de pololeo) habían manejado la situación satisfactoriamente, y de hecho no se había producido ningún conflicto ni problema. Las relaciones con L. seguían cercanas y afectivas y ella seguía cumpliendo las normas y límites que establecían los padres. Se les plantea que si el temor persiste y/o se generan conflictos que los sobrepasen, consulten nuevamente, cosa que no vuelven a hacer.

<sup>4</sup> De acuerdo al diagnóstico con el cual llega derivada a NEOS.

En el fondo, la invitación es que cuando las terapias tradicionales (individuales, psiquiátricas y familiares aisladamente) se han mostrado ineficaces, y los padres por el nivel o intensidad de las conductas disruptivas están paralizados e incapaces de generar cambios sanadores, existen otras alternativas suficientemente potentes para contrarrestar la intensidad de la problemática, pero más flexibles y coherentes con el mundo juvenil donde la identidad es un constructo en desarrollo, que está validado principalmente por dos dominios que no se pueden desconocer: por la familia en gran medida y por su mundo de pares como otro eje sostenedor.

## Referencias

- 1.- Seijas D. Dependencias de sustancias psicoactivas; en Psiquiatría Clínica. Ed. Heerlein A, Santiago. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, 2000
- 2.- CONACE, Informe de La Situación de Drogas en Chile N° IV, 2000
- 3.- CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor, Madrid, J. J. López-Ibor. Organización, 1992
- 4.- Stanton MD., Todd TC. *et al.* Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas. Barcelona, Ed. Gedisa, 1990
- 5.- Méndez CL. Avances en el Enfoque Sistémico, Integración en Psicoterapia Ed. Cecidep, 1992
- 6.- Coma-Cros M, Dawson V. Seminario de Post título "Abuso de drogas en la Adolescencia", post título Instituto de Terapia Familiar de Santiago (no publicado), 2000