



## **Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana**

Antecedentes. Entre los factores más importantes para la comprensión y tratamiento del abuso y/o adicción a alcohol y/o marihuana se encuentran los rasgos de la personalidad del sujeto, las variables sociales y las características de su estructura familiar. Objetivos. Describir características de la personalidad y otras variables individuales de un grupo de adolescentes consumidores de alcohol y/o marihuana y las características estructurales de sus familias. Método. 16 adolescentes con sus familias consultantes en el Centro Terapéutico Rukantú entre los meses de enero y junio de 2001 fueron evaluados individualmente con una encuesta ad hoc y con el MMPI-I y familiarmente con la aplicación de las escalas FACES III y CRS para caracterizarlas estructuralmente según el Modelo Circumplejo Tridimensional de Olson (MCO-3D). Resultados. Los individuos mostraron un perfil de personalidad caracterizado por bajo control impulsivo, tendencia a conductas auto y heteroagresivas, tendencia a alterar el juicio de realidad y grave dificultad para el ajuste social. La mayoría de las familias pertenecían a un estrato económico, educacional y laboral bajo y mostraron estructuras familiares de tipo desbalanceado e intermedio. Conclusiones. Las estructuras familiares desbalanceadas e intermedias del MCO-3D podrían asociarse al abuso de alcohol y/o marihuana; los rasgos de personalidad encontrados en estos adolescentes corresponden al perfil de personalidad asociado con el abuso y/o adicción de alcohol y/o marihuana. Estos hallazgos plantean la necesidad de estudiar en forma controlada las relaciones entre las dimensiones individual y familiar.

### Introducción

El estudio de las características "biopsicosociales" del abuso y/o adicción a alcohol y/o drogas ha enfocado mayoritariamente el perfil biológico de las sustancias y/o la respuesta fisiopatológica a ellas, y las variables psicológicas y socioculturales de los individuos que las consumen. La dimensión microsociedad, constituida principalmente por la familia y el entorno sociocultural inmediato, ha sido cuantitativa y cualitativamente menos estudiada. Desde una perspectiva epistemológica sistémica familiar, los síntomas que presentan algunos de sus miembros se consideran "conductas" que forman parte de la trama compleja de su dinámica interaccional siendo imposible comprenderlos disociados de la relación entre el individuo y el contexto en el cual están inmersos, y representarían la asignación de un rol específico a cumplir por el individuo que los presenta. Pueden considerarse entonces conductas "funcionales" para dicha dinámica familiar ayudando a la mantención del equilibrio del sistema, siendo éste homeostáticamente rígido, tendiendo hacia la conservación invariable de las mismas dinámicas a través del tiempo, e inflexible -y por lo tanto desadaptativo- frente a las necesidades permanentes de cambio a las que se ve sometido este grupo humano en proceso de constante desarrollo (1).

El consumo de alcohol y/o drogas se inicia mayoritariamente durante la adolescencia, período crucial para el desarrollo individual y familiar, en el que las crisis normativas alcanzan grandes intensidades, aparentemente debido a que en él se concretan los procesos de individuación de los hijos de la familia y su separación de la misma. Cuando las características necesarias para el cumplimiento de las tareas de esta etapa no están presentes o plenamente desarrolladas el proceso

no se cumplirá satisfactoriamente para todas las partes involucradas y aparecerá una conducta sintomática en uno o más de los miembros de la familia, reflejando esta conducta la disfuncionalidad del sistema familiar. El adolescente que inicia un consumo de drogas que deriva en un abuso y/o adicción a ellas habría desarrollado un proceso de incompleta "individuación-relacional", es decir, una insuficiente diferenciación individual y una inadecuada capacidad de mantener dicha diferenciación al interactuar en los grupos en los cuales participa, lo que constituiría un factor de enorme riesgo de adherirse a conductas "patológicas" que ellos presenten. Por otra parte, esto mismo se constituye en una muestra de la escasa autonomía que respecto del sistema familiar ha logrado el adolescente y, recíprocamente, los padres respecto de él. El consumo de drogas, y sus problemas asociados, favorece y aun estimula la mantención de la escasa autonomía, ya que la familia desalienta la emancipación del adolescente, culpabilizando al consumo de la droga como causa de este fracaso, distrayéndose así la mirada respecto de la disfuncionalidad en la que la totalidad de la familia está inmersa (2).

En estudios de familias con un miembro abusador y/o adicto a alcohol y/o drogas se han podido identificar patrones conductuales disfuncionales recurrentes tanto en los padres (sobrepotección materna, en particular hacia el hijo que desarrollará la conducta; padre distante o ausente, o bien excesivamente castigador, autoritario o violento) como en el adolescente (dependiente e inadaptado, con problemas conductuales, comportamiento antisocial, abandono escolar e iniciación precoz de la vida sexual), existiendo frecuentemente también un hermano parentalizado (3). En la dinámica familiar se ha descrito una insuficiente diferenciación entre los subsistemas conyugal y fraterno, incongruencias en el ordenamiento jerárquico y una distorsión en la alianza conyugal caracterizada por la inclusión de los hijos como terceros participantes en el conflicto de aquélla (4). Otras dinámicas influyentes en el consumo de sustancias son los grados de cohesión, adaptabilidad, fortalezas y unión familiares, y la felicidad marital de los padres. Desde la perspectiva de la estructura familiar, se ha reportado una tendencia a mayores consumos en los hijos de familias uniparentales y/o con padrastros, lo que resulta más claramente significativo en las mujeres, las que muestran una menor tendencia a conductas problemas y consumo de sustancias, y una mayor tendencia a ser prosociales cuando provienen de familias intactas. Aplicando específicamente el modelo de Olson usado en este trabajo en una muestra de adolescentes chilenos, se ha encontrado que los provenientes de familias extremas tienden a un mayor consumo que los provenientes de familias balanceadas, aunque sea cual sea el tipo de familia se mantiene la influencia del grupo de pares (5).

El adolescente consumidor de drogas suele iniciar una escalada en el consumo, comenzando generalmente por una conducta abusiva tanto con bebidas alcohólicas como con marihuana. Frecuentemente se encuentra el antecedente de abuso y/o dependencia de alcohol y otras sustancias, tanto legales como ilegales, en alguno de los padres. Son también factores familiares de riesgo el maltrato infantil y el uso fraternal de drogas legales e ilegales (5, 6).

## Objetivos

Los objetivos del presente trabajo son: 1. describir características individuales y de personalidad de un grupo de adolescentes consumidores de alcohol y/o marihuana. 2. describir las características de las familias de los adolescentes y caracterizarlas estructuralmente según el Modelo Circumplejo Tridimensional de Olson (MCO-3D).

## Métodos

El diseño es descriptivo y de corte transversal. Se reclutó a todos los adolescentes que consultaron en el Centro Terapéutico RUKANTU entre enero y junio de 2001. Este centro realiza tratamiento ambulatorio para adolescentes con abuso y/o adicción de alcohol y/o drogas, y es dependiente del Servicio Nacional del Menor (SENAME). Se decidió excluir a los adolescentes institucionalizados y a los que presentaran comorbilidad con un trastorno psicótico o del ánimo y/o retraso mental moderado a severo y/o daño orgánico cerebral. Se reunió a veintitrés adolescentes con sus familias; dos presentaban una depresión mayor y uno una esquizofrenia, por lo que fueron excluidos del estudio; cuatro no completaron las evaluaciones, tres debido a inasistencias reiteradas y uno por detención del adolescente, arrojando un grupo final de 16 sujetos.

Cada adolescente fue evaluado individualmente a través de una entrevista que pesquisaba los siguientes datos: nombre, edad, sexo, escolaridad (destacándose último año cursado, situación de escolarización actual, rendimiento académico y repitencias), antecedentes mórbidos físicos y psiquiátricos, historia sexual, actividades recreacionales y extraprogramáticas, antecedentes penales o delictuales, actividad laboral y características del consumo: droga, edad de inicio, frecuencia, forma individual o grupal y poliabuso. El diagnóstico individual se realizó según el DSM-IV. En la misma ocasión se aplicó el Minnesota Multiphasic Personality Inventory I MMPI-I (7) cuyas respuestas fueron analizadas por un psicólogo independiente del estudio. Este test es un autoinforme que consta de 556 preguntas estandarizadas que puntúan para nueve dimensiones: 1 (Hs) hipocondriasis, 2 (D) depresión, 3 (Hy) histeria, 4 (Pd) desviación psicopática, 5 (Mf) masculinidad/feminidad, 6 (Pa) paranoia, 7 (Pt) psicastenia, 8 (Sc) esquizofrenia y 9 (Ma) hipomanía; posee dos escalas para la determinación de la validez de los resultados, F y K. Los resultados se analizaron con un abordaje configurativo que implica una interpretación basada en el conjunto de todos los patrones de las escalas, método preferido para el estudio de la personalidad con este test. Se determinó también el tipo de perfil de acuerdo a la Tipología de Megargee, que corresponde a un modelo clasificatorio en un contexto forense (8).

Para la caracterización estructural de las familias escogimos el MCO-3D por conectar aspectos extraídos de la investigación con sus aplicaciones prácticas clínicas, terapéuticas y evolutivas (9). Este modelo considera tres dimensiones identificadas como consistentemente descriptivas de las estructuras familiares: cohesión, flexibilidad y comunicación. Por cohesión se entiende la expresión del conjunto de vínculos emocionales existentes entre los miembros de la familia. Existen cinco niveles que, ordenados de menor a mayor, son: desligado, algo cohesionado, cohesionado, muy cohesionado y aglutinado. La flexibilidad es definida como la capacidad de generar cambios inherentes a los requerimientos adaptativos del sistema familiar en los aspectos estructurales de liderazgo, relaciones de rol y reglas. Existen cinco niveles que, ordenados de menor a mayor, son: rígido, estructurado, flexible, muy flexible y caótico. Estas dos primeras variables se disponen ortogonalmente entre sí. La comunicación es una dimensión facilitadora de las anteriores, permitiendo una relación balanceada entre ellas y favoreciendo la posibilidad de cambio; atraviesa a las dos anteriores en forma transversal. De esta forma el MCO-3D clasifica a cada familia en una de entre 25 tipos de estructura familiar según la mayor o menor representación de cada una de estas variables (Figura 1). Los tipos extremos corresponden a sistemas familiares denominados desbalanceados: desligados o aglutinados para cohesión y rígido o caótico para flexibilidad. Los tipos centrales son considerados sistemas familiares balanceados: algo cohesionados, cohesionados y muy cohesionados para cohesión y estructurado, flexible y muy flexible para flexibilidad (10, 11). Es necesario clarificar que la representación "tridimensional" en rigor corresponde a una bidimensional constituida por la intersección ortogonal de las variables cohesión y flexibilidad que se curva en torno al eje determinado por la dimensión comunicación (12). Lo anterior implica que la comunicación, aunque entendida como facilitadora de los procesos familiares, es una variable dependiente ("genera y es generada por") del grado de balance de los sistemas familiares, es decir, es "mejor" en las estructuras balanceadas, constituidas por las intersecciones entre las categorías algo cohesionados, cohesionados o muy cohesionados en la dimensión

cohesión y estructurados, flexibles y muy flexibles en la de flexibilidad (Figura 2). Estos tenderían a un mejor funcionamiento familiar a lo largo del tiempo, lo que constituye la principal hipótesis de este modelo, y sería inherente a ellos una comunicación de mejor calidad que la posible en cualquiera de los otros tipos, lo que se representa también gráficamente en que la curvilinearidad del modelo es más pronunciada en estos tipos balanceados. Estas características determinarían que éstos serían también los sistemas familiares mejor preparados para la superación de las distintas etapas del ciclo vital de la familia, tal como la adolescencia. Los niveles extremos corresponden a sistemas familiares desbalanceados, y están constituidos por la intersección entre las categorías desligados o aglutinados y caóticos o rígidos para cohesión y flexibilidad respectivamente, mostrando también la comunicación de menor calidad. En estos sistemas familiares desbalanceados sería mucho más frecuente encontrar disfuncionalidad, reflejada en patologías de los miembros que los componen.

+ F L E X I B I L I D A D	Caótica	Caótica Algo Cohesionada	Caótica	Caótica Muy Cohesionada	Caótica
	Desajustada		Cohesionada		Aglutinada
	Muy Flexible	Muy Flexible Algo Cohesionada	Muy Flexible	Muy Flexible Muy Cohesionada	Muy Flexible
	Desligada		Cohesionada		Aglutinada
	Flexible	Flexible Algo Cohesionada	Flexible	Flexible Muy Cohesionada	Flexible
Desligada		Cohesionada		Aglutinada	
Estructurada	Estructurada Algo Cohesionada	Estructurada	Estructurada Muy Cohesionada	Estructurada	
Desligada		Cohesionada		Aglutinada	
Rígida	Rígida Algo Cohesionada	Rígida	Rígida Muy Cohesionada	Rígida	
Desligada		Cohesionada		Aglutinada	
- COHESIÓN +					
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Balanceadas</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 20px;">Intermedias</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 20px;">Desbalanceadas</span>					

Figura 1. Plano bidimensional del MCO-3D (modificado de Valdés et al., (10))

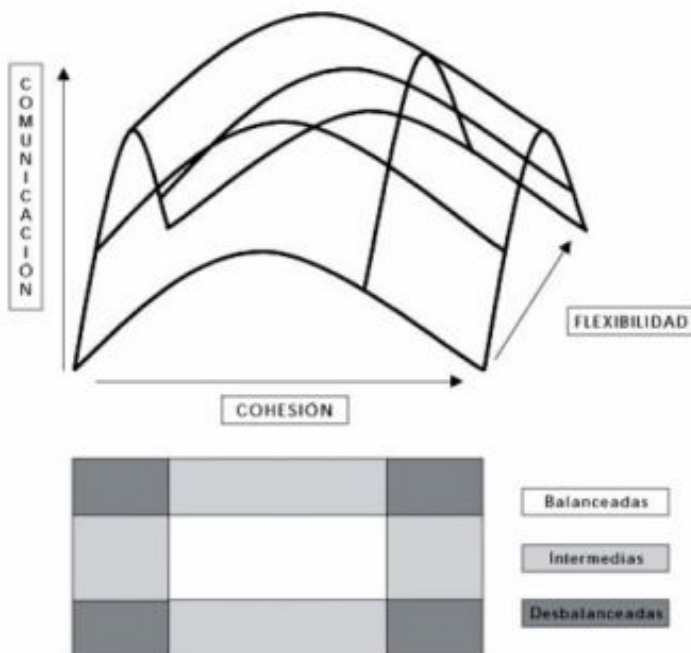


Figura 2. Representaciones tridimensional (arriba) y bidimensional (abajo) del MCO-3D (nótese que es el mismo plano de la Figura 1 curvado sobre el eje determinado por la variable comunicación)



La mejor forma de calificar a las familias dentro de este modelo MCO-3D es usando dos instrumentos complementarios, la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar Tercera Versión o FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, third version) y la Escala de Evaluación Clínica o CRS (Clinical Rating Scale) (9-11, 13, 14). La FACES III es un autorreporte que el sujeto contesta diez preguntas que evalúan cohesión, y otras diez que evalúan flexibilidad asignándoles a cada una un puntaje de 1 a 5. Esta escala proporciona una medición de tipo lineal en la cual altos puntajes determinan sistemas familiares balanceados. La CRS es aplicada por un observador del sistema familiar al menos a tres miembros de él y consta de cuatro variables para cohesión (balance en la vinculación afectiva yo/nosotros, cercanía entre los miembros de la familia, lealtades y balance de los límites internos y externos entre individualidad y colectividad), cuatro para flexibilidad (liderazgo, roles, disciplina y capacidad de cambio) y seis para comunicación (habilidades para escuchar, habilidades para hablar, autorevelación, claridad, continuidad y seguimiento, y respeto y consideración). El encuestador determina cualitativamente el grado de cada una de estas variables en cada familia, de acuerdo a lo descrito por los miembros de la familia, lo que implica una perspectiva circular de medición. En esta escala las ubicaciones centrales corresponden a sistemas familiares balanceados. La CRS ha sido usada en estudios transculturales con familias hispanas (10, 15). Es recomendable la aplicación de ambas escalas para capturar más fielmente las características de las dinámicas relacionales de los sistemas familiares estudiados con este modelo.

La familia fue encuestada para pesquisar los siguientes datos: número de integrantes, núcleo familiar (mono o biparental, reconstituido), ubicación entre los hermanos, edad, escolaridad, ocupación y antecedentes mórbidos de los padres y nivel socioeconómico. Para determinar el nivel socioeconómico se utilizó la clasificación usada en el Tercer Estudio Nacional Sobre el Consumo de Drogas en Chile de 1998 (16) que considera cinco variables: 1) ocupación del jefe de hogar (o su pareja), 2) instrucción del jefe de hogar (o su pareja), 3) fuentes de ingreso familiar, 4) calidad de la vivienda y 5) calidad del barrio residencial obteniéndose cinco estratos sociales: alto, medio alto, medio, medio bajo y bajo.

## Resultados

El grupo estuvo conformado por 12 hombres y 4 mujeres, con un rango de edad de 14 a 18 años. La mayoría estaba escolarizado y su rendimiento en todos sus promedios eran menores a 5,0 y con distintos niveles de repitencia y escolaridad (Tabla 1). Presentaron frecuentemente problemas conductuales escolares y antecedentes de maltrato físico y/o verbal y de abuso sexual. Dos sufrían

de bulimia nerviosa y una de un trastorno de personalidad límite. La mayoría había iniciado su vida sexual entre los 13 y los 16 años. Ninguno poseía una actividad recreacional estable y 4 desarrollaban una labor regular. Siete presentaban detenciones por consumo de alcohol y/o drogas y dos también por robo (Tabla 2). Nueve consumían alcohol y marihuana (uno de ellos además otras drogas), seis sólo marihuana y uno sólo alcohol. La frecuencia del consumo era diaria en 9, y de fines de semana en 7 adolescentes. Los diagnósticos según DSM-IV eran: abuso de alcohol 10 casos, de marihuana 8 casos, dependencia de marihuana 6 casos y abuso de otras drogas 1 caso. La edad de inicio del consumo de la droga principal era entre los 9 y 16 años. Todos consumían el alcohol y/o las drogas en compañía de pares y dos lo hacían además estando solos (Tabla 3).

Tabla 1  
Escolaridad de los adolescentes

<i>Escolaridad</i>	<i>Número de casos</i>
Nº adolescentes escolarizados	13
Promedio de notas	5 ó menos en todos
Repitencias	8 al menos una vez
Educación básica: completa	8
incompleta	1
Educación media: completa	0
incompleta	7

Tabla 2  
Antecedentes de los adolescentes

<i>Antecedentes</i>	<i>Número de casos</i>
Antecedentes mórbidos personales: - problemas conductuales escolares - enfermedades físicas - trastornos mentales	9 hombres y 3 mujeres 2 asma bronquial 2 mujeres bulimia nerviosa 1 mujer personalidad límite
- maltrato verbal y/o físico - abuso sexual	4 hombres y 1 mujer 3 mujeres
Vida sexual iniciada - edad promedio de inicio y rango	13 13,2 (13 - 16)
Actividad recreacional regular	0
Actividad laboral regular	2 feria y 2 supermercado

Antecedentes delictuales:	
- detenciones por consumo	6 hombres y 1 mujer
- robo o hurto	1 hombre y 1 mujer

Tabla 3  
Características del consumo de sustancias en los adolescentes

Características del consumo	Número de casos
Tipo de sustancia	8 alcohol y marihuana 6 sólo marihuana 1 sólo alcohol 1 alcohol, marihuana y estimulantes
Edad inicio promedio y rango	12,9 (9 - 16)
Frecuencia consumo: diario	9
fin semana	7
Modo consumo:	
sólo acompañado con pares	14
acompañado con pares y solo	2
Diagnóstico DSM-IV:	
- abuso de alcohol	10
- dependencia de alcohol	0
- abuso de marihuana	8
- dependencia de marihuana	6
- abuso anfetaminas	1

Se analizaron los 16 perfiles de personalidad según el MMPI-I. Las escalas de validez muestran en todos los casos un predominio de F sobre K, diferencia que representa una tendencia a "falsear" las respuestas y que, al no alcanzar rangos que invalidaran los resultados, se interpretó como un intento de los adolescentes de mostrarse "mejor" de lo que sus conductas harían suponer. Quince perfiles arrojaron elevaciones significativas de la escala 8 (Sc); en 11 casos se elevó significativamente la escala 4 (Pd). Las escalas 7 (Pt) y 9 (Ma) se elevaron significativamente en 8 y 9 casos respectivamente, pero sólo ocuparon segundos a cuartos lugares dentro de los perfiles. Las escalas 1 (Hs) y 2 (D) se elevaron significativamente sólo en dos casos, pero en ninguno fueron las principales. Reunidos, el conjunto de los perfiles mostró elevaciones repetidas de las escalas 4 y 8 acompañadas en algunos casos por elevaciones significativas también de 7 y 9, es decir, un predominio de rasgos de desviación psicopática y esquizoidismo, así como de psicastenia e hipomanía. El perfil de los adolescentes de este grupo de acuerdo al MMPI-I se caracteriza por: 1) Pobre planeamiento de las conductas, bajo control de impulsos y escasa capacidad de insight; 2) presencia de impulsos destructivos y agresivos que tienden a dirigirse sobre los socialmente establecido, conductas que pueden ir desde la hostilidad verbal hasta la agresión física hacia otras personas; 3) tendencia a la fantasía que puede llegar a alterar su juicio de realidad. Si esto último es llevado al extremo, estos jóvenes corren el riesgo de llevar a la acción, sin mayor control o mediación, sus descargas destructivas contra el ambiente; 4) frecuente abuso de drogas y/o alcohol;



5) presencia de marcado egocentrismo e individualismo; el concepto de sí mismos es pobre e intenta ser compensado con fantasías narcisistas, en las que el joven se siente fuerte y omnipotente para llevar a cabo sus ideas; 6) marcadas dificultades en el ajuste social con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, la desconfianza y el aislamiento; pueden albergar sentimientos profundos de inseguridad y ser muy susceptibles al rechazo; 7) el pronóstico tiende a ser negativo; dado que les cuesta aceptar las consecuencias y la responsabilidad de sus actos, y difícilmente establecen relaciones interpersonales profundas, no suelen responder positivamente al tratamiento psicológico, tendiendo a racionalizar y a culpar a otros por sus dificultades y, por lo general, a percibir el mundo como amenazante. De acuerdo a la tipología forense de Megargee, corresponden a los grupos llamados Foxtrot y Charlie, muy semejantes entre sí, que se pueden caracterizar como:

1. Son jóvenes que provienen de familias frías, inestables, destruidas y/o privadas socioeconómicamente. Con frecuencia presentan el antecedente de abusar de alcohol y/o drogas y suelen presentar extensas historias de desajuste y conducta criminal, que puede agravarse en la adultez.
2. Tienden a presentar un coeficiente intelectual más bajo y a conseguir menos logros educacionales.
3. Se ven a sí mismos como fuertes, asertivos y con mucha experiencia, pero poseen una escasa capacidad para establecer relaciones interpersonales significativas, lo que suele provocar que estén en permanente conflicto con los demás y que se muestren hostiles y suspicaces.
4. Su pronóstico no es muy bueno y requieren de ambientes seguros y estructurados (16).

La muestra se compuso de diez familias biparentales y 5 monoparentales y en todas ellas era la madre el progenitor presente; sólo una era reconstituida. En ocho el adolescente abusador era el menor y en cuatro el mayor, uno era hijo único. Los niveles socioeconómico y laboral eran mayoritariamente bajos. Existían antecedentes de alcoholismo en 9 progenitores y de violencia intrafamiliar también en 9; tres de los padres tenían antecedentes delictivos (Tabla 4). La edad de los padres conocidos se repartía equitativamente entre la 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup> décadas; la de las madres se dispersaba más y tendía a ser menor. Su escolaridad tendía a ser mayoritariamente baja y/o incompleta (Tabla 5).

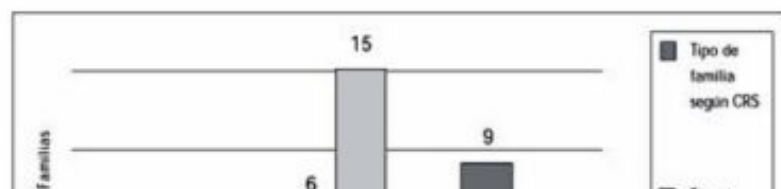
Tabla 4  
Características generales de las familias de los adolescentes

Características generales	Número de casos
Nº promedio integrantes y rango	4,8 4-8
Vínculo conyugal:	-
- matrimonio	9
- convivencia	5
Monoparentalidad	5
Biparentalidad	10
Reconstituidas	1
Nivel socioeconómico:	-
- medio bajo	1
- bajo	15
Antecedentes morbidos:	-
- alcoholismo, padres	8
madres	1
- violencia, padres	7
madres	2
- delincuencia, padre	3

Tabla 5  
Edad, escolaridad y ocupación de los padres de los adolescentes

Características de los padres	Número de casos	Características de las madres	Número de casos
Edad de los padres:		Edad de las madres:	
31 - 35 años	4	31 - 35 años	5
36 - 40 años	4	36 - 40 años	3
41 - 45 años	5	41 - 45 años	6
> 45 años	5	> 4 años	2
Escolaridad padres:		Escolaridad madres:	
- básica incompleta	6	- básica incompleta	1
- media incompleta	4	- básica completa	5
- media completa	5	- media incompleta	3
- superior completa	1	- media completa	7
Ocupación padres:		Ocupación madres:	
- empresas servicios	7	- dueñas de casa	8
- construcción	3	- asesoras del hogar	6
- jubilado	1	- empresas servicios	2
- FF.AA.	1		
- cesante	1		

Los resultados del CRS arrojaron la existencia de 9 familias desbalanceadas, 6 intermedias y 1 balanceada. De las desbalanceadas, 7 correspondieron a la combinación rígida - desligada y 2 a caótica - desligada. Las intermedias estuvieron constituidas por 3 rígidas - algo cohesionadas, 2 caóticas - algo cohesionadas y 1 rígida - muy cohesionada. La familia balanceada correspondió a una estructurada - cohesionada. Con la aplicación de FACES III, 15 familias resultaron ser del tipo intermedio, una del tipo balanceado y no se hallaron familias



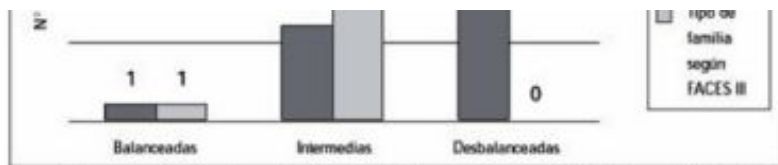


Figura 3. Comparación entre tipos de estructura familiar obtenidos según la CRS y según la FACES III.

desbalanceadas (Figura 3).

## Discusión

El perfil social de los adolescentes y sus familias corresponde con la población atendida en el Centro Terapéutico Rukantú. El consultar específicamente en este centro podría relacionarse con haber encontrado mínimos problemas de salud física y con la alta frecuencia de antecedentes de maltrato físico y/o verbal y abuso sexual en los adolescentes y el del diagnóstico de dos patologías graves en tres de las cuatro mujeres. El maltrato físico y/o verbal y la violencia intrafamiliar y el alcoholismo en alguno de los progenitores, encontrados en nueve casos, han sido relacionados como factores de riesgo para desarrollar conductas de abuso y/o adicción de drogas, y lo mismo podría suponerse cuando adicionalmente existen antecedentes delictivos en ellos (17).

Si bien la muestra es pequeña, los hallazgos respecto del consumo de alcohol y marihuana concuerdan con las estimaciones nacionales, que muestran que son las sustancias más consumidas, mayoritariamente por hombres, y que sus prevalencias de vida son de 28,4% y 16,8% respectivamente (14). En la mitad de ellos el consumo era mixto, pero llama la atención que entre los que consumían sólo una sustancia, en la mayoría era marihuana y no alcohol, como podría haberse esperado considerando las prevalencias antes mencionadas. Esto es concordante, por otra parte, con el hecho que la marihuana puede ser considerada actualmente un primer escalón posible, junto con el alcohol aunque en menor proporción que en éste, en el inicio y ascenso de una escalada en el consumo de drogas ilícitas. Resulta indicador de severidad del abuso en este grupo el que en más de la mitad de los casos el consumo es diario y en el resto, todos los fines de semana; no hubo ningún caso de consumo menos que semanal. Los diagnósticos según DSM-IV también destacan la mayor importancia en este grupo del consumo de marihuana respecto del alcohol. El rango de la edad de inicio del consumo muestra que el abuso de sustancias sigue comenzando temprano en la adolescencia, pero pareciera que la edad mínima se ha adelantado hasta la prepubertad.

El abuso de marihuana se ha correlacionado con el inicio temprano en la adolescencia de la vida sexual, siendo dos veces más frecuente en hombres que en mujeres (5, 6), lo que coincide con lo observado en nuestra muestra, aunque no se pueda afirmar la existencia de una relación causal entre ambas variables. Esto destaca, sin embargo, la importancia del planeamiento de estrategias preventivas y psicoeducativas, en el nivel escolar o en aquellas instituciones que atienden adolescentes como para los no escolarizados, tanto del embarazo adolescente como de las enfermedades de transmisión sexual. Es significativo que la mitad de ellos había repetido curso al menos una vez y que, en general, sus rendimientos académicos eran bajos. Dentro de las estrategias preventivas y de fomento de la salud tanto física como mental de los adolescentes debe tomarse en cuenta que ninguno de ellos tenía una actividad recreacional estable y que sólo cuatro

varones desarrollaban una actividad laboral frecuente. Estos mismos aspectos podrían relacionarse con el antecedente de detenciones por consumo en casi la mitad de los adolescentes y por robo en dos más, así como con la alta frecuencia de problemas conductuales. Una mala vinculación entre el adolescente y su establecimiento educacional constituye, según algunos autores, un factor de riesgo para desarrollar conductas abusivas de drogas (18). Las conductas "problemas escolares" han sido vistas como precursoras del consumo de drogas y se relacionan con otras de tipo antisocial (19), las que también fueron observadas en los adolescentes de nuestra muestra, aunque tampoco podemos inferir relaciones causales entre las características mencionadas.

En relación con el perfil psicológico de estos adolescentes y sintetizando las contribuciones de los diversos rasgos, se pudo establecer una clara caracterización, reflejada en: 1. bajo control impulsivo; 2. tendencia a conductas auto y heteroagresivas; 3. tendencia a alterar el juicio de realidad, explicado por el uso frecuente de fantasías narcisísticas y egocentrismo; 4. grave dificultad para el ajuste social y por ende para lograr establecer un vínculo terapéutico. Estas características son consistentes con los antecedentes personales y familiares que poseemos de cada uno de los jóvenes. Algunos casos mostraban un grado de impulsividad y desorganización de la conducta mucho más intenso y significativo aún o bien con acentuación de los rasgos egocéntricos e infantiles junto con la necesidad de la atención y el afecto de los demás, volviéndose resentidos si sus demandas no son satisfechas. En otros perfiles fue posible apreciar un componente ansioso concomitante que podría dificultar el manejo de los propios impulsos y relacionarse con sentimientos de inseguridad, de inadecuación e inferioridad. Si bien es cierto que el grupo de análisis representa mayoritariamente un estrato social, las características halladas en el perfil psicológico no pretenden buscar una interpretación etiológica lineal causa - efecto, sino comprender un funcionamiento o modo de ser que nos permita orientar las estrategias terapéuticas hacia este grupo específico de adolescentes.

En las familias llama la atención que en 2/3 están presentes ambos progenitores, pues se tiende a prejuiciar que el porcentaje de separación es alto. No llama la atención, por ser un hecho observado frecuentemente, que cuando existe sólo un progenitor en el hogar, éste sea la madre; pero sí podríamos suponer, basados en observaciones también empíricas, que la madre resulte menos "eficaz" para el establecimiento y regulación de los límites, estrategia que suele ser privilegiada a través de medidas disciplinarias por sobre la de estrechar los vínculos afectivos como modo de manejar los conflictos con los hijos. En relación con lo anterior también es interesante que la mitad de los sujetos eran el menor de los hermanos y un cuarto de ellos el mayor, existiendo casi otro cuarto en otras ubicaciones, lo que no sugiere una relación clara en la ubicación del sujeto entre los hermanos y el consumo de alcohol y/o drogas.

Utilizando las escalas FACES III y CRS se ha encontrado que un porcentaje alto de familias de adolescentes abusadores de drogas corresponde a estructuras familiares rígidas en la dimensión de flexibilidad. Mayor variación se encuentra en la dimensión de cohesión, existiendo algunas familias que presentan una estructura desligada y otras que muestran una estructura aglutinada. En nuestro grupo se observa una tendencia hacia un funcionamiento familiar de tipo no balanceado. Estos sistemas familiares muestran una inclinación hacia estructuras preferentemente rígidas y con baja cohesión familiar, lo cual se correlaciona con los hallazgos encontrados en la literatura (20). Cabe plantear la pregunta si es que los sistemas familiares de jóvenes con conducta abusiva y/o adictiva a otras drogas reflejan también este tipo de estructura familiar. Con la aplicación del FACES III no se obtuvieron sistemas familiares desbalanceados. Las diferencias encontradas al utilizar ambos instrumentos podrían relacionarse con una diferencia entre las expectativas del joven hacia su familia, subjetivamente reflejada en el FACES III, y las características "objetivas" de sus familias evaluadas por el observador con el CRS. Evidentemente, tanto la forma de construir sus vivencias y la imagen propia o la que hubieran deseado proyectar los adolescentes pueden haber influido en estos resultados inclinándolos hacia otros mejores, así como también la visión profesional del problema y las expectativas del observador del sistema familiar que podría haberlos inclinado hacia

demostrar una mayor disfuncionalidad. Sin embargo, la apreciación que tienen de su sistema familiar los sujetos del estudio, quienes lo perciben más cohesionado y flexible que sus padres y el observador del sistema familiar, podría relacionarse también con las características de personalidad que poseen estos jóvenes, como se señaló, en particular su tendencia a alterar el juicio de realidad con fantasías narcisísticas.

En familias "normales" se han observado cambios en la estructura del sistema familiar como consecuencia de procesos normativos propios de las distintas etapas del ciclo vital familiar. Ello se refleja en una disminución de la cohesión y flexibilidad familiar cuando se alcanza la etapa con hijos adolescentes, agudizándose lo anterior en la etapa de emancipación de los hijos. Llama la atención, sin embargo, que el adolescente de una familia "normal" percibe su sistema familiar menos cohesionado y flexible que sus padres y el observador, lo cual se explica, desde el punto de vista de la teoría del desarrollo familiar, como una muestra de los intentos del adolescente por diferenciarse de la familia y por lo tanto alcanzar la individuación (21). Sin embargo, los sujetos en nuestro grupo evaluaron a sus familias con una mejor cohesión y flexibilidad que la pesquisada por el observador, y por lo tanto, a diferencia de adolescentes de familias "normales", una interpretación posible es que esto represente una menor diferenciación y entonces el uso de la droga como recurso de individuación patológica o "pseudo - individuación".

De lo anteriormente señalado, es posible proponer que frente a adolescentes abusadores de marihuana y alcohol, al menos dos son las miradas que deben considerarse al momento de programar estrategias terapéuticas: su perfil psicológico y su estructura familiar. De esta manera es posible abordar el síntoma (conducta abusiva y/o adictiva de drogas), como una manifestación más de un modo de ser de un sujeto, en nuestros casos aún en desarrollo, y como un intento de balance patológico de sistemas familiares desbalanceados. La terapia para este tipo de pacientes debe considerar tanto un abordaje al joven como a su familia. En general, la literatura ha mostrado desde la década de los setenta la utilidad de la terapia familiar, bajo diferentes modalidades terapéuticas (psicoanalítica, conductual y sistémica), en diversas patologías del adolescente (22). En particular, la terapia familiar sistémica realizada a familias de adolescentes con problemas psiquiátricos, ha mostrado resultados positivos que no sólo se reflejan al corto plazo sino, también, tienden a un mejor mantenimiento de éstos a través del tiempo (23).

Dentro de las limitaciones del presente trabajo podemos mencionar que tanto el tamaño reducido como el origen de la muestra no permiten realizar generalizaciones que extrapolen estos resultados a otros grupos de pacientes; asimismo, representa sólo un estrato socioeconómico y carece de grupo control como para atribuir especificidad a los hallazgos. Por otra parte, la caracterización de este grupo y la estructura familiar reflejarían lo relacionado con sólo dos tipos de drogas: marihuana y alcohol, pudiendo existir diferencias muy significativas con otros tipos de ellas. Finalmente, los instrumentos utilizados para calificar la estructura familiar son un reflejo de las miradas tanto subjetivas como objetivas de un observador del sistema familiar, sea éste el propio adolescente, sus familiares o el terapeuta, y están, por lo tanto, sujetos a la construcción en la contextualización del sistema familiar desde perspectivas individuales. Creemos, sin embargo, que este tipo de estudio naturalístico y descriptivo permite avanzar en la caracterización y comprensión tanto de los sujetos abusadores y/o dependientes de drogas como de sus familias insertas en una realidad socioeconómica específica, y de esta manera es posible plantear proyecciones destinadas no sólo hacia una mejor rehabilitación sino, también, hacia futuras investigaciones que, junto con nuestros hallazgos, puedan determinar generalizaciones aplicables a quienes sufren de estas patologías.

## Referencias

1. Haley J. Trastornos de la emancipación juvenil. Buenos Aires. Editorial Amorrortu, 1994 [ Links ]
2. Montes AM, Sarué A. Terapia familiar en el abuso de drogas. En: Gazmuri V, Hamel P, Arón AM (eds) Terapia sistémica y contexto social. Santiago de Chile. Anales de la 3ª Jornada Chilena de Terapia Familiar, 1991 [ Links ]
3. Stanton MD, Todd T. Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Barcelona. Editorial Gedisa, 1994 [ Links ]
4. Usandivaras CMD. Abordaje familiar en el tratamiento de la drogadicción juvenil. Terapia Familiar 1985; 7:67-87 [ Links ]
5. Florenzano R. El adolescente y sus conductas de riesgo. 2ª Edición. Santiago de Chile. Ediciones de la Universidad Católica de Chile, 2002 [ Links ]
6. Poikolainen K, Tuulio-Herinksson A, Aalto-Setälä T, Marttunen M, Anttila T, Lonnqvist J. Correlates of initiation to cannabis use: a 5-year follow-up of 15-19 year-old adolescents. Drug Alcohol Depend 2001; 62:175-180 [ Links ]
7. Núñez R. Aplicación del cuestionario multifásico de la personalidad (MMPI-I) a la psicopatología. Ciudad de México. Editorial El Manual Moderno, 1979 [ Links ]
8. Casullo M. Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1999 [ Links ]
9. Olson DH. Empirical approaches to family assessment. J Fam Psychother (especial edition), 1999 [ Links ]
10. Valdés M, Florenzano R, Roizblatt A, Labra JF, Serrano T, Rodríguez J, et al. Comisión de estudios en aspectos psicosociales de la atención primaria (CEAP). Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Santiago de Chile: Ediciones de la Universidad de Chile, 1995 [ Links ]
11. Olson DH. Circumplex Model VII: Validation studies and FACES III. Family Process 1986; 25:337-351 [ Links ]
12. Olson DH. Curvilinearity Survives: the world is not flat. Family Process 1994; 33:471-478 [ Links ]
13. Olson DH. Commentary: Three-dimensional (3D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. Family Process 1991; 30:74-79 [ Links ]
14. Thomas U, Olson DH. Problems, families and the circumplex model: observational assessment using Critical Rating Scale. J Marital Fam Ther 1993; 19:159-175 [ Links ]
15. Vega WA, Patterson T, Sallis J, Nader P, Atkins C, Abramson I. Cohesion and adaptability in Mexican American and Anglo families. J Marriage Fam 1986; 48:857-867 [ Links ]
16. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Secretaría Ejecutiva. Tercer estudio nacional sobre el consumo de drogas en Chile. Santiago de Chile: Ediciones Ministerio del Interior, 1998 [ Links ]
17. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the national longitudinal study on adolescent health. JAMA 1997; 278:823-832 [ Links ]
18. Pedersen W, Mastekaasa A, Wichstrom L. Conduct problems and early cannabis initiation: a

longitudinal study of gender differences. *Addiction* 2001; 96:415-431 [ Links ]

19. Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:19-30 [ Links ]

20. Friedman AS, Utada A, Morrissey MR. Families of adolescent drug abusers are "rigid": are these families either "disengaged" or "enmeshed" or both. *Family Process* 1987; 26:131-148 [ Links ]

21. Jaes C. *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de la vida*. Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1991 [ Links ]

22. Breunlin DC, Breunlin C, Kearns DL. Review of the literature on family therapy with adolescents 1979-1987. *J Adolesc* 1988; 11: 309-334 [ Links ]

23. Mann BJ, Borduin CM. A critical review of psychotherapy outcome studies with adolescents: 1978-1988. *Adolescence* 1991; 26: 505-541 [ Links ]

**FUENTE:** *Scielo/Revista chilena de neuro-psiquiatría*

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272003000300002&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000300002&lang=pt)

