

# La dimensión de la pareja en el tratamiento de las drogodependencias

*Maurizio Coletti*

Médico psiquiatra del Instituto Europeo para la  
Formación y la Consulta Sistémica de Roma.  
Miembro del Grupo Naven

El tratamiento de las adicciones a drogas duras (heroína, sobre todo) se ha desarrollado muy esquemáticamente según tres corrientes principales:

1. El criterio farmacológico, que incluye el sustitutivo, el antagonista, el sintomático y las combinaciones entre éstos, y se basa en la administración de sustancias que pueden incidir de manera distinta en el organismo del paciente.
2. El criterio residencial que se basa, más frecuentemente, en la oferta de un contexto totalmente distinto al que tiene el drogodependiente, gobernado por reglas de comportamiento y por ocasiones en las cuales el paciente puede aprender estilos de vida alternativos, y poco a poco va tomando conciencia de los daños causados por el uso y el abuso de sustancias. Otras veces los programas residenciales tienen una dimensión más psicoterapéutica, y ofrecen, paralelamente al ambiente relativamente cerrado, caminos individuales y en grupo referidos a escuelas de pensamiento y de intervención de carácter exactamente terapéutico.
3. El criterio psicoterapéutico, en pocas palabras, podría definirse también como un criterio contextual porque intenta actuar en el contexto de vida presente y pasado del sujeto consumidor mediante el marco de actuación típico de las diferentes escuelas, e intenta influir en la organización y en las reacciones típicas de las familias de origen (en el caso de la psicoterapia familiar), en las acciones y reacciones del individuo frente a determinadas situaciones de riesgo (en el caso de la psicoterapia cognitiva y conductual) o en los mecanismos inconscientes que gobiernan al individuo (en el caso de las terapias orientadas hacia el psicoanálisis).

Ya es de sobra conocido el hecho de que ningún modelo de intervención y ningún programa de tratamiento consigue hacerle frente a las diferentes formas en las que se presentan el consumo y el abuso de sustancias. Lo impide, por un lado, el hecho de que el mismo comportamiento sintomático esconde situaciones y concausas, e historias muy

diferentes; por otro, el hecho de que una drogodependencia se desarrolla en el tiempo de manera muy diferente, y por eso son muy diferentes los puntos de ataque o las posibilidades de éxito en las ofertas de los tratamientos.

El trabajo con las familias se considera desde el principio de la historia de los tratamientos un elemento fundamental que ha hecho surgir programas residenciales que se basan siempre en la implicación de la familia de origen del paciente, o programas que trabajan únicamente con sesiones de tratamiento que implican a la familia. Existen también muchos programas basados en criterios farmacológicos que necesitan el soporte de las familias. Se trata del caso de los tratamientos antagonistas que (como también sucede en el caso de los alcohólicos) exigen al menos el control del consumo de los fármacos por parte de los familiares.

### **¿Sobre qué fundamentos teóricos se basa el trabajo de las familias?**

El primero es el que hace referencia a la implicación de la familia en la aparición de la drogodependencia. Muchos autores (Cancrini y Coletti, Stanton y Todd, Kauffman, Cirillo y otros) han puesto de relieve las causas de origen familiar que se pueden apreciar en las historias de drogodependencias. Al mismo tiempo se subraya cómo el síntoma (a la vez que otros de carácter psicológico y psiquiátrico) funciona como elemento de unión y organización, como elemento que permite una homeóstasis, como aspecto que refuerza el conjunto de las coaliciones y de las alianzas perversas en el núcleo familiar.

Un segundo fundamento hace referencia al concepto de codependencia, de un conjunto de comportamientos por parte de las personas que viven con el paciente, que, si bien no facilita, tampoco obstaculiza adecuadamente el uso de sustancias y todos aquellos comportamientos que están relacionados con el consumo de drogas. Con frecuencia en la literatura estadounidense se verifican contribuciones científicas que se basan en grandes intervenciones “en red” (Stanton). La intervención terapéutica tiende a implicar, además de al portador del síntoma, a todos los que tienen una cierta influencia en él y/o a los que comparten su vida, es decir, a familiares, amigos, colegas, y sobre todo a las parejas. El objetivo primordial y preliminar de la intervención es el de crear las condiciones para que el paciente decida entrar en tratamiento intentando eliminar las actitudes involuntariamente cómplices o que no son suficientemente firmes al imponer el final del abuso.

Desde este punto de vista se ha desarrollado la intervención que implica prioritariamente a la pareja. Trabajar con la pareja, entendida como contexto terapéutico y como sistema en el cual producir cambios que tienen como objetivo conseguir la abstinencia, no se puede considerar una intervención en las causas, porque en la casi totalidad de los casos el uso de las drogas precede a la formación de la pareja. Ésta puede considerarse el ambiente en el que

la drogodependencia se consolida y/o asume nuevas formas.

Así pues, la psicoterapia de la pareja en los casos de drogodependencias puede estar dirigido, bien hacia la búsqueda de comportamientos de la pareja más coherentes y eficaces para motivar al paciente a iniciar un tratamiento, o a permanecer en un programa (véanse las consideraciones expuestas anteriormente), y/o a buscar las motivaciones más o menos profundas que han llevado a la constitución de la pareja, y por lo tanto, a la exploración del contrato implícito entre los dos sujetos, de los cuales uno (si no los dos) es/son drogodependientes.

A diferencia de la psicoterapia que implica a la familia de origen del paciente, en la cual se puede trabajar, ya sea a nivel de comportamientos, o bien en el ámbito de las concausas específicas que se encuentran en la base de la drogodependencia (consultar el trabajo de Cirillo y colegas), el trabajo sobre la pareja se debería concentrar en el primero de los niveles ya citados, ya que el segundo no es muy eficaz. En otras palabras, el trabajo psicoterapéutico con la pareja que quisiera encaminar la intervención hacia la búsqueda de los elementos históricos que permitieron la consolidación del síntoma como aspecto básico del sistema, debe confrontarse con el hecho de que “el origen” del comportamiento sintomático es anterior en el tiempo a la construcción de la pareja.

Quedan, de todas formas, terrenos interesantes de intervención, ya sea el constituido justamente por la formación de la pareja, en la que un miembro tiene un problema de drogodependencias, o bien el relativo a las actitudes de la pareja en relación con la dependencia y que con frecuencia se configuran como la ya citada codependencia.

Pero al hablar de pareja y drogodependencias, o abuso, o consumo de sustancias se corre el riesgo de dar una visión demasiado general, porque ya es aceptado por todos que la drogodependencia esconde cuadros clínicos y sintomáticos muy distintos, o bien porque también la dimensión pareja y la relativa organización de las relaciones puede variar mucho. Hace ya algún tiempo (Coletti,1989) hice referencia a la frecuencia con la que uno se encuentra en situaciones similares.

Querría proponer aquí esa clasificación:

Existe una pareja en la que los dos miembros son drogodependientes. Esta situación ha sido rebautizada como “**LA BASE DROGA**”.

Se trata de una pareja joven, a veces jovencísima, en la que ambos miembros consumen drogas duras. La historia de su encuentro está estrechamente ligada al consumo, habiendo sido éste el causante de dicho encuentro, y permaneciendo como “la base de la unión”. La vida de la pareja se desarrolla de forma casi siempre inestable y provisional en lo que se refiere al lugar de convivencia y a los medios de subsistencia. Con frecuencia uno de los dos (o ambos) consigue el dinero vendiendo, robando o prostituyéndose. Toda la vida de la pareja

gira en torno al consumo de sustancias: buscar los medios económicos, buscar la dosis, compartir el “pico” y recuperarse de los efectos.

Detrás de dos jóvenes drogodependientes hay al menos una familia que funciona como soporte, permitiendo una vuelta a casa en los momentos difíciles, y con frecuencia ofreciendo dinero u otros apoyos. Al mismo tiempo la familia de origen más presente (a veces las dos) critica formalmente la unión y la convivencia, considerando responsable y culpable al otro/a por haber llevado a su hijo/a por mal camino.

No es extraño que haya un hijo de la pareja que se cría con la ayuda determinante, y a veces única, de los padres.

El consumo de droga ocupa un lugar tan importante en la organización de la pareja que la ruptura de las relaciones coincide siempre con el desfase que hay entre el tiempo que llevan uno y otro relacionados con la sustancia. Casi siempre, aparentemente debido a la insistencia de una de las familias, uno de los dos intenta dejarlo. En esta perspectiva divergen tanto las elecciones sobre el futuro y las soluciones inmediatas de cada uno, que se hace imposible la convivencia. Durante un tiempo quien está más enganchado a la sustancia intenta influir en el otro. Al final, si no lo consigue, la ruptura es total y a partir de ese momento los dos se separan de un modo más general.

### **Caso clínico**

GF. Y C. Tienen 25 años los dos. Él se pincha desde hace seis años, ella desde hace tres. Él vive en casa con su familia, que de vez en cuando lo echa, o bien desaparece durante semanas o meses. Durante estos períodos viaja, vende, se pincha, y al final vuelve con sus padres. Lo han llevado innumerables veces a servicios públicos, clínicas, CT. Nunca ha aceptado ningún tratamiento. El padre, comerciante, lo considera un hijo perdido, mientras la madre se desespera tras grandes escenas y solemnes juramentos de no aceptar más transgresiones ni recaídas.

C. es la tercera de cinco hijos en una familia bastante modesta; el padre trabaja en una empresa constructora, y la madre trabaja como ayudante en una pequeña sastrería. El hermano mayor de C. también es drogodependiente. La chica es muy linda y puede que eso fuera lo que al principio atrajo a GF. Después de una relación inestable, inician una relación más estrecha, encontrando ambos acogida en casa de un amigo común que vive en un apartamento en ruinas en pleno centro. Los dos comienzan un período de consumo fuerte, acompañado por robos, prostitución ocasional de ella, y sustracción de dinero de la casa de GF. Durante seis meses tienen lugar sucesos muy fuertes, como la irrupción de la madre de GF., que se repite dos veces, y que viene acompañada de agresiones verbales fuertes a C., a la

que considera “la puta que ha engatusado a su hijo”. Cada vez que GF. vuelve a casa por una temporada, la madre termina suplicándole que se quede y que no vuelva “con esa”.

También la familia de C. se manifiesta a través de dos hermanos que intentan llevársela a casa. El contacto con el servicio de drogodependencias tiene lugar después de descubrir que C. está embarazada, y después de que los dos se dirigieran a Planificación Familiar para interrumpir el embarazo. Los operadores implican de inmediato y sin esfuerzo a sus familias (participan en las sesiones madre y padre de GF., madre y hermanos de C., y, naturalmente, los dos drogodependientes. En las charlas que suceden a la intervención se desencadenan batallas dramáticas en las que los dos frentes entran en lucha, sin excluir los golpes. GF. y C. consiguen mantenerse un poco al margen, sin llegar tampoco a defender su unión. En un momento determinado C. anuncia durante la charla que quiere ingresar en un centro para toxicómanos. GF. declara que él no está interesado porque “es perfectamente capaz de dejarlo cuando quiera”. Ante esta diferencia de actitud, la tensión entre los dos grupos familiares disminuye casi de golpe, mientras “salta” la unión de inmediato. C entra en comunidad (de la que saldrá dos meses después) y GF. puede comentar bajo la mirada satisfecha de su madre que C. “es una persona débil e infantil”

El segundo tipo de situación en la que la dimensión pareja se une al uso y abuso de sustancias ha sido denominado **YO TE SALVARÉ.**

La situación que describo se caracteriza principalmente por el encuentro de un drogodependiente y una mujer, generalmente más mayor. Lo que busca el toxicómano es que lo “salven”; lo que pretende ella es cuidarlo.

Con bastante rapidez estructuran y solidifican una convivencia en la que el drogodependiente hace varios intentos por dejar la droga con la ayuda de ella. Cada éxito parcial o temporal provoca un gran entusiasmo y aumenta el entendimiento entre los dos, de la misma manera que cada fracaso y cada recaída provoca una “depresión en ambos” (puede que más importante que las consecuencias del éxito).

La pareja se mantiene mientras que los papeles de salvadora y de salvado siguen siendo fijos y complementarios. Es ella, la salvadora, (sólo en un caso el salvador era un profesional maduro que intentaba salvar a una drogodependiente muy joven) la que se ocupa con sus propios medios del nivel de vida de la pareja. Es ella la que lo empuja a buscar nuevos caminos y nuevas terapias, con la condición, sin embargo, de que éstas no amenacen demasiado la convivencia. Esto quiere decir, en líneas generales, que no son tolerables las rupturas y separaciones como las propuestas por los programas residenciales o similares. En los casos donde existen relaciones, se ha notado una cierta condescendencia por parte de la familia del drogodependiente, casi como si considerara esta convivencia como una terapia. La familia de ella, por el contrario, no parece aceptar en absoluto la decisión de la “salvadora”, provocando una ruptura (¿temporal?) de las relaciones.

Así pues, hasta que haya uno que quiera salvar y otro que quiera ser salvado, hasta las recaídas, como se decía, son momentos de unión. Pero cuando el toxicómano madura un cierto deseo “real” de dejar la droga, o lo hace fuera del radio de acción de su salvadora, la relación entra inmediatamente en crisis.

Él empieza a encontrar insoportable y vejatoria la actitud de la compañera, ha perdido el interés por la relación. Ella se desespera ante la “traición”; todas las actitudes que hasta ese momento se consideraban con ternura y complicidad, con una evidente ansia de “curarlo”, se vuelven igualmente puñaladas a las que contraponer una insólita e intransigente dureza. Comienzan y se multiplican las escenas de discusión, durante las cuales se reprochan recíprocamente comportamientos asfixiantes y rígidos, y la falta total de responsabilidad. Pronto el vínculo se rompe y la separación es brusca y definitiva.

Ha faltado el elemento de unión de una relación de dependencia recíproca basada en la ayuda. Cuando esta falta se manifiesta con claridad, esa unión desaparece.

De todas formas hay que tener en cuenta que la situación que se acaba de describir contiene un aspecto relativamente frecuente, independientemente de la dimensión pareja y de su posible implicación como sistema terapéutico. Se trata del caso en el que la relación entre el operador y el usuario sobrepasa los límites del sistema terapéutico para convertirse en una relación sentimental. Convendría preguntarse por qué ocurre esto con mayor frecuencia en el campo de los tratamientos de las drogodependencias, e interrogarse sobre la naturaleza y sobre la organización del proceso terapéutico, sobre los lugares de la intervención y sobre sus características.

### **Caso clínico**

M., 42 años, vive desde hace poco tiempo sola, a poca distancia de su familia, donde tenía el papel de hija ejemplar y de último apoyo de sus padres ancianos. Trabaja como funcionaria en una compañía de seguros donde es muy apreciada. Tiene un grupo discreto de amigos y ha tenido una larga relación sentimental con un hombre casado durante seis años, al término de los cuales él ha decidido terminar con ella. Conoce a R., (26 años, drogodependiente desde hace seis, original de una ciudad del sur, ha dejado a su familia, y vive del cuento en la ciudad de M. desde hace tres años por la calle, debajo de su casa). Él le pide ayuda porque se siente mal. M. primero lo hace entrar en el portón, después en casa. Al día siguiente no va a trabajar, pide un día libre e insiste en acompañar a R. al hospital. Allí se impresiona y se indigna por el modo en que lo trata el personal sanitario y por su desesperación. Se ofrece a ayudarlo y R. parece bastante decidido a dejar las drogas. Le cuenta una triste historia de intentos, de fracasos y de errores. Muy pronto M. le propone que vaya a vivir a su casa y comienza así la convivencia. R consigue estar en casa un mes

encerrado sin pincharse. Al final confiesa que tiene un fuerte deseo de inyectarse. M., muy alarmada, lo acompaña a la consulta de una psicóloga, donde se ve implicada en el tratamiento durante un breve período. R. alterna períodos de relativa tranquilidad con breves etapas de incertidumbre y de deseos de volver a inyectarse heroína. M., desesperada, está dispuesta a ofrecerlo todo. Mientras tanto considerado superado y fallido el intento de la psicóloga, lo acompaña a un centro especializado, en un centro de acogida de una CT., cerca de los médicos. R. se deja llevar, pero no acepta ninguno de los tratamientos propuestos. Mientras tanto M. entra en disputa con su familia, y con su grupo de amigos, que según dice, “no aceptan echarle una mano a quien sufre”.

Después de casi diez meses de períodos alternativos en los que el trabajo de M. se ve afectado, ella le suplica que vayan juntos a otra CT. R. consiente, y, extrañamente, este nuevo intento parece motivarlo mucho. Va todos los días, casi siempre acompañado de M., que participa en un grupo de autoayuda para familiares de drogodependientes.

Un mes más tarde se descubre que, en realidad, R. está enamorado de una operadora de la comunidad que también lo ama. Los dos escapan juntos.

M. cae en una depresión profunda e intenta sin éxito el suicidio. Una vez recuperada solicita una terapia individual para, según ella, “reconstruirse”. Continúa mientras tanto frecuentando la CT, donde participa en un curso para voluntarios con el fin de convertirse en operadora.

### Existe una tercera situación de pareja que he llamado **YO NO VEO NADA**

Generalmente la pareja es joven, relativamente bien integrada, con un matrimonio común que mantiene relaciones normales con sus familias respectivas. La drogodependencia, mejor dicho, el consumo de uno de los dos no es muy llamativo, parece un “residuo” de un período de consumo anterior, más o menos breve, que terminó motu proprio. Con frecuencia, los motivos que se aducen para justificar el consumo son el de “poder soportar” el trabajo, o de “consolarse” de frustraciones ajenas a la pareja. Curiosamente se evita con cautela el consumo esporádico en ocasiones (los fines de semana, por ejemplo) o etapas en las que hay situaciones sociales comprometidas o relaciones directas con las familias. De forma natural entra en acción un conjunto de precauciones por esconder el consumo, cuyas huellas resultan de cualquier forma evidentes.

¿Y la pareja (generalmente ella)?

Tiende a quitarle importancia, a considerar el problema del marido como algo de poca importancia, a huir en definitiva de una total toma de conciencia de la situación y de las posibles consecuencias. Una cierta sorpresa se mezcla con una buena dosis de indiferencia y de infravaloración del tema. Parece dominar la decisión de no dramatizar.

A veces la actitud del consumidor es dramática, desesperándose por las consecuencias que podrían derivar del consumo de sustancias, y otras veces él mismo parece adoptar una postura que tiende a quitarle importancia, a infravalorar el asunto.

Las propuestas terapéuticas tradicionales que destaquen demasiado el síntoma (CT u otras) encuentran con frecuencia una oposición clara por parte de ella. Así como ambos se oponen firmemente a implicar a sus familias, pues sienten mucho miedo al tener que “declarar” abiertamente el problema. También la implicación sistemática y continua de la pareja resulta difícil, sobre todo a causa de la defección por parte de ella. En definitiva, se trata de una situación en la que existe una preocupación por guardar las apariencias de una decente “normalidad”.

### **Caso clínico**

L., 28 años, consume semanalmente heroína, y esporádicamente cocaína, que toma, según dice, para hacer frente a los problemas laborales que lo agobian y lo angustian. Es representante de una empresa que importa y distribuye lubricantes especiales. Lleva dos años casado con T., 24 años, estudiante.

Viven en una casa, regalo de sus familias, con las que mantienen relaciones estrechas, y en general, buenas.

L. se dirige al servicio de drogodependencias, a escondidas de la mujer, y durante muchos meses resulta inútil cualquier intento por contar con la presencia de T. Dice que todo eso es cosa suya, ya que no quiere implicar a nadie en absoluto. Pero en una etapa de gran tensión, causada por la amenaza de un traficante ante una deuda insoluble, cede ante la insistencia de los operadores y le pide a la mujer que lo acompañe.

T. al principio parece un poco sorprendida, pero en absoluto preocupada ante tal revelación. Tiende a creer que no es un problema grave, y que debe resolver él mismo.

Ni siquiera la constatación de la relación directa entre el consumo de droga y la disminución de la actividad sexual y los intereses comunes a los dos cónyuges parece interesarle. Su actitud durante los encuentros en los que ha participado está entre la distracción y el fastidio. Posteriormente él tiene problemas en el trabajo y revela un aumento del consumo de sustancias. T. mantiene su actitud indiferente. L. encuentra en una ciudad vecina otro trabajo incompatible con cualquier consumo de heroína.

T., fría, no acepta la idea de mudarse porque debe terminar los estudios y porque, según dice, se alejaría de sus padres y amigos. L. elige trasladarse diariamente con desesperación y

fatiga, acompañado de un esporádico consumo de alcohol. Se ve obligado a dejar el tratamiento en el servicio de drogodependencias.

## **Conclusiones**

La lista de las situaciones de pareja en las que la drogodependencia juega un papel importante, ciertamente no se limita a las que acabo de describir, las cuales son, por otro lado, relativamente frecuentes en la experiencia de tratamientos orientados psicoterapéuticamente.

La dimensión pareja en el tratamiento es un aspecto más importante desde que el margen de edad de los consumidores y los dependientes se ha hecho más amplio, con un aumento relativo y absoluto de los usuarios con una edad superior a los 30 años. A esta edad, y más aún, a medida que se va siendo más mayor, es posible que exista una situación relativamente estructurada de pareja y que, por lo tanto, el compañero sea un elemento importante cuando se quiera incidir en el sistema completo que gira en torno a quien consume sustancias estupefacientes. Sin embargo, desde el punto de vista de la intervención, hace falta hacer una distinción clara entre una intervención que implica al sistema en el que surge y se refuerza el uso de sustancias, y otra que se dirige al sistema que “solamente” refuerza el uso de las drogas. Mientras en el primero (que es el caso de la terapia con la familia de origen) es posible conjugar un trabajo orientado hacia el logro de ciertos objetivos mediante intervenciones directas en los cambios de comportamiento, y a lo mejor sucesivamente ir tocando los mecanismos que han “causado” la drogodependencias, en el caso de la pareja esta segunda parte del trabajo psicoterapéutico está más reducida y limitada.

Con esto se quiere subrayar la diferencia entre un tratamiento que incluye el sistema en el cual la drogodependencia tiene una historia unida a la de la misma evolución del sistema “desde el inicio” de su constitución, y aquellos tratamientos que incluyen un sistema (la pareja) que se constituye cuando el síntoma ya se ha desarrollado, y a veces se ha estabilizado.

Después de lograr los primeros objetivos (construcción del sistema terapéutico, disminución del círculo vicioso tensión-círculo-tensión, logro eventual del objetivo abstinencia), la intervención puede afrontar todo el capítulo del papel del síntoma toxicodependencia en la construcción de la pareja. Esta parte del tratamiento, como resulta evidente, es de particular importancia en las situaciones de pareja que han sido denominadas “Yo te salvaré”.

En estas situaciones concretas, es necesario desde el comienzo buscar una alianza en el compañero para que disminuya el nivel de comportamientos involuntariamente cómplices que refuerzan de manera significativa las actitudes sintomáticas.

De todas formas, es siempre importante evitar el riesgo de una alianza exagerada con el

compañero no drogodependiente; el riesgo está en la probable creación de un sistema de alianzas y coaliciones que podrían desafiar y dejar “en minoría” al terapeuta.

El trabajo sobre la pareja en situaciones de drogodependencias tiene un significado completamente distinto cuando están presentes los hijos. El pasar de la posición de compañero/a a la de, además, padres le da al sistema y a sus componentes una “profundidad” diferente que no se puede abarcar sólo en la dimensión pareja.