

INTERVENCION EN REDES SOCIALES DE ADICTOS

José Navarro Góngora

Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca

This paper is focused on the intervention in (and with) the street substance abusers' networks. It is assumed that this approach is neither the only possible point of view for explaining the drug abuse, nor the only approach for its treatment. The paper has several sections: first, the more relevant concepts pertaining to networks are studied. Secondly, the two main psychosocial theories of street addiction are developed with a special stress on both the structural and the interactional characteristics of the street addicts' networks. Finally, the two main interventions used in this field are studied: strengthening the abusers' network, and creating the network when the abuser lacks his (her) own network.

1. EL CONCEPTO DE APOYO SOCIAL

Hablar de “intervención en redes sociales de adictos”, supone que algo hay en su nicho social que puede ayudar a su rehabilitación. Eso que movilizado ayuda al adicto, lo denominamos *apoyo social*. Su definición es elusiva. Partiremos de la ofrecida por Gottlieb; para este autor:

“El apoyo social consiste en información o consejo verbal y/o no-verbal, ayudas tangibles o acciones que son realizadas por personas íntimas o por su presencia y que tienen un efecto emocional o conductual benéfico en quien lo recibe”. (Gottlieb, 1983; pags. 28-29).

Al conjunto de personas que prestan el apoyo lo denominamos *sistema de apoyo*. La literatura suele distinguir entre dos tipos de sistemas de apoyo: el informal y el profesional. El primero surge de forma más o menos espontánea de las personas que rodean a quien tiene el problema; el segundo es proporcionado por expertos al servicio de instituciones (médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.).

En la forma de medir el apoyo existe una desagradable confusión que, en último extremo, es la responsable de algunos de los resultados contrapuestos que se observan en la literatura. Barrera (1986), sugiere que se distinga entre cuatro formas

de medir el apoyo social:

- *(inter)relación social*: se refiere a las conexiones que un individuo tiene con otras personas significativas de su entorno. La forma más simple de medirlas es *contar* su número, lo que evidentemente no dice nada de su *importancia* para el sujeto. La otra fórmula identifica sólo las relaciones significativas. Tampoco en este segundo caso se asegura que dichas personas ofrezcan precisamente *apoyo*. Un último defecto de estas medidas es que no son capaces de mostrar el mecanismo mediante el cual funciona el apoyo social

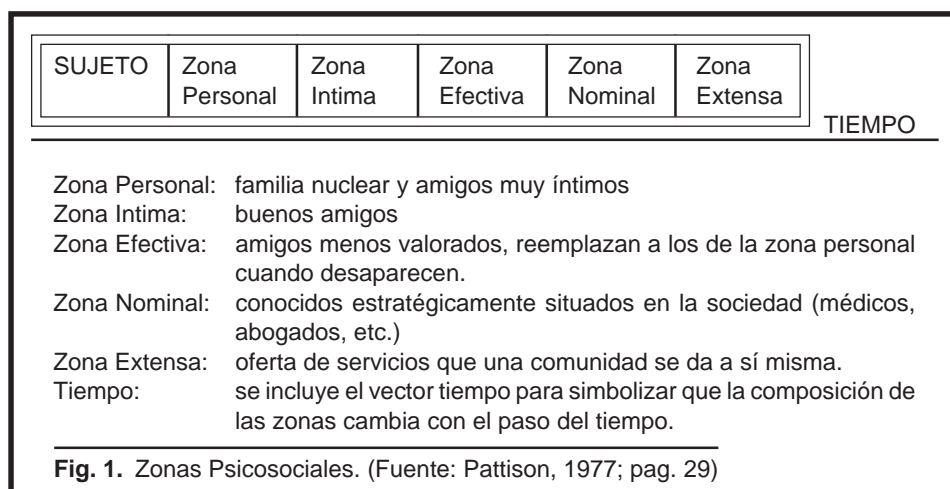
- *apoyo social percibido*: se trata de la estimación cognitiva del sujeto de estar ligado a otras personas de forma confiable. Se suelen medir fundamentalmente dos cosas: disponibilidad percibida de las otras personas y adecuación de los vínculos de apoyo (grado de satisfacción con los vínculos sociales)

- *apoyo ofrecido*: se trata de las acciones que una persona realiza cuando ofrece apoyo a otra. Este tipo de apoyo es altamente observable pues se refiere a acciones como número de llamadas telefónicas, visitas recibidas, etc.

2. POSIBILIDADES DE UTILIZACIÓN DEL APOYO SOCIAL

Al conjunto de personas que ofrecen apoyo social a una dada lo denominaremos *red social*; otros autores, como por ejemplo Pattison (1977), lo denomina *sistema psicosocial*. En todos los casos se alude a un grupo que guarda con una persona dada algún tipo de relación, lo que quiere decir que en ocasiones se intercambiarán cosas positivas y, en otras, cosas negativas. *Disponer de una red que brinde apoyo social no siempre tiene un efecto positivo, bajo ciertas circunstancias la red social se convierte en fuente de estrés.*

Una fórmula gráfica de presentar lo que es una red social, y por lo tanto de identificar los recursos potenciales con los que se dispone en caso de crisis, ha sido ofrecida hace ya bastantes años por Pattison (1977).



El orden de las zonas traduce la distancia afectiva, quiere ello decir que si el criterio de orden fuera otro la secuencia de zonas se alteraría igualmente. No todas ofrecen el mismo tipo de servicios a un sujeto dado. En situaciones críticas (como suele ser los casos de adicción) resulta posible reunir a toda la red, aunque no por muchas sesiones, lo que quiere decir que ese tipo de maniobras se ve limitado en el tiempo. Ciertas zonas garantizan una provisión a largo plazo de apoyo social, como por ejemplo las 1 y 2, que suelen ser las más cercanas afectivamente al sujeto. Sin embargo, otro tipo de prestaciones como dar consejo o información es posible que sean mejor cumplimentadas por personas de las zonas 4 y 5.

Las cinco zonas definen el potencial de recursos sociales con que disponemos para intervenir con adictos (y en realidad con cualquier problema, Navarro Góngora, 1991), ello significa que, al menos en teoría, se podría utilizar una sola zona (como se hace con la Terapia Familiar), varias de ellas o todas. El problema en todos los casos pasa por desarrollar fórmulas nuevas de evaluación y de intervención que sean apropiadas a la unidad con la que vamos a trabajar (la red social), así como definir el papel y la función del profesional en esas nuevas formas de tratamiento. De todo ello hablaremos en el epígrafe 4.

Para una mejor comprensión del tipo de intervenciones con grupos sociales que se vienen utilizando en el tratamiento de adictos, resulta interesante considerar algunas de las características de las redes. La literatura habla de dos:

- *Características estructurales*: tamaño (número de personas); conectividad (*ratio* número de relaciones observadas/número de relaciones posibles); flujo (series de patrones de relaciones o/y paralelismo de series de patrones dentro de la red); composición (número y naturaleza de las relaciones contenidas en la red, pueden ser singulares -el vínculo se define por un sólo tipo de relación- o múltiples -el vínculo se define por diferentes tipos de relaciones).

- *Características funcionales*:

· funciones instrumentales: frecuencia, cantidad y calidad de la asistencia ofrecida, requerida o retirada

· funciones emocionales: frecuencia, cantidad y calidad del intercambio emocional (positivo o negativo)

· reciprocidad: cualidad e intensidad de la obligación incurrida o adquirida de dar o recibir intercambios instrumentales o afectivos

· establecimiento de normas o reglas mediante las cuales se validan (o se imponen) conductas o creencias (Hurd et al., 1981).

3. CARACTERIZACIÓN DE LAS REDES SOCIALES DE LOS ADICTOS

A pesar de que entre los profesionales está muy extendida la idea de que lo social juega un papel muy importante en la génesis y mantenimiento de la adicción, lo cierto es que no es muy abundante la literatura que haya puesto a prueba la hipótesis. De igual manera las modalidades de tratamiento que utilizan los recursos

de las cinco zonas psicosociales a las que hemos hecho referencia en el epígrafe anterior, siguen siendo fórmulas marginales en el tratamiento de las denominadas *drogas ilegales*. Quizás la única excepción sea la Terapia Familiar que, no obstante, no suele contemplarse como un tratamiento social.

Se han propuesto varias teorías explicativas de la adicción (ver cuadro 1). En este trabajo vamos a poner un énfasis especial en aquellas que se centran en lo social.

Teoría de la escalada

(Hamburg, Kramer y Jahnke, 1974) Existe una progresión en el consumo de sustancias que lleva desde el alcohol a la heroína pasando por la marihuana, los psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos) y la cocaína. De igual forma el abandono de la heroína recorre un trayecto inverso, siendo frecuente observar la adicción a los psicofármacos y al alcohol en un porcentaje muy elevado de ex-heroinómanos (el 31% de los adictos en programa de metadona y que antes eran abstemios comienzan a beber; el 12% de aquellos que dejaron la droga por propia iniciativa se hacen alcohólicos). Esta teoría no tiene en cuenta factores de orden social.

Teorías sociales

(Lukoff, 1980) Especifican las características de la estructura social del adicto dando un peso especial a variables como estatus socioeconómico, empleo, educación, raza, edad, residencia, etc, y proceso generales como los de socialización del futuro adicto y formación de las normas sociales.

Teorías psicológicas

(Khantzian, 1980) Según estas teorías la droga es una respuesta a cierto tipo de necesidades individuales o compensa problemas personales. Sin embargo la teoría no parece corresponderse con la adicción de los adolescentes y de jóvenes adultos. Otras teorías psicológicas no ligan la adicción a una patología individual sino a ciertos rasgos de la personalidad. Se han hallado ciertas correlaciones con algunas escalas de personalidad que parecen apoyar la tesis.

Teorías políticas

Algunos autores, como Szasz (1982), sostienen que el uso de la droga es el producto natural de un conflicto entre el auto-control y una coerción exterior.

Teorías psicosociales

Jessor, Chase y Donovan (1980) postulan que la personalidad individual, el contexto y la conducta están interrelacionados y organizados de una forma tal que crean un estado dinámico que denominan *tendencia a una conducta-problema*. El abuso de las drogas no es más que el reflejo de una tendencia a desviarse de ciertas normas de regulación. Estas teorías definen tanto los problemas personales y sociales que subyacen al consumo de droga.

Teorías del estilo social

Walters (1980) Observa que hay grupos de drogadoictos entre los adolescentes que tienen características únicas e identificables. Las drogas están ligadas a otras actividades y juegan un papel importante en la definición del grupo frente a sus miembros y frente a los de fuera, es factor de la identidad grupal, siendo el grupo de iguales el que: (a) hace que la droga esté disponible; (b) enseña cómo debe utilizarse; (c) genera creencias, actitudes, valores y razones que justifican su uso y (d) define la droga como elemento de identidad y de pertenencia al grupo. Oetting y Beauvais (1986) han encontrado que el grupo de pares predice el 95% de la varianza en el consumo de droga.

Cuadro 1. Teorías explicativas de la adicción. (Fuente: Oetting y Beauvais, 1986; pags. 17-19)

Son dos las teorías que gozan de una mayor prestigio: la del control social y la de la desviación social (Hawkins y Fraser, 1983).

1. La *Teoría del control social*: entiende que el adicto está inadecuadamente socializado, siendo ésta la condición necesaria y suficiente para que se desarrolle la adicción. Esta inadecuación le lleva a desarrollar vínculos pobres con la sociedad y a no compartir sus valores, creencias y actitudes y, por lo tanto, a mantener con ella relaciones difíciles y definidas por una falta de integración. Cuando a estas personas se les presenta la oportunidad de desarrollar una conducta adictiva lo hacen porque no existe el compromiso con la sociedad que inhiba la conducta. De existir tal vínculo, la adicción se desarrollaría con mayor dificultad.

Los adictos, especialmente los de drogas duras, tienen muy limitadas sus habilidades sociales como consecuencia de su pobre socialización. Sus redes sociales son diferentes de las de las personas “normales” en lo que se refiere a su estructura, interacción y contenido. Sus relaciones dentro de la red no son recíprocas, son de menor duración, menos jerárquicas, más cambiantes, menos cohesivas, menos densas y más singulares (caracterizadas por un solo tipo de intercambio). La estima mutua es menor y sus miembros no son modelos unos para otros. Las redes contienen tanto adictos como no-adictos, su tamaño es menor porque su pobre socialización les hace carecer de las habilidades sociales necesarias como para sostener los vínculos de su red.

Según esta teoría, los adictos nunca han estado verdaderamente vinculados a sus redes. La intervención en la red social tendría, por lo tanto, que orientarse a desarrollar las habilidades sociales necesarias para poder no sólo mantener las relaciones con la red, sino también para aumentarlas. Eso significa expandir su tamaño e incorporar personas que puedan servir como modelos de habilidades sociales a imitar y que permitan al adicto llevar un estilo de vida más convencional. No se trata tanto de reemplazar los antiguos vínculos como incorporar nuevos que sirvan como modelos. Una intervención como la llevada a cabo en las comunidades terapéuticas parece seguir esta orientación.

La teoría del control social no establece la existencia de subculturas con valores socialmente desviados dentro de una sociedad y no reconoce que los vínculos con estas subculturas desviadas sean la fuente de desviación.

2. La *Teoría de la desviación cultural*: sostiene que los adictos *tienen* vínculos sociales y que su socialización se da de una forma normal. La desviación ocurre porque las normas de ciertos subgrupos tienen tal variación con respecto del grupo dominante que resultan desviadas y en conflicto. Las conductas desviadas se aprenden desde la niñez por exposición e imitación. Cuando se recompensa la imitación, resulta más fácil que vuelva a producirse. El refuerzo diferencial de las conductas imitadas afecta al funcionamiento cognitivo, de esta forma el niño aprende a valorar más unas conductas que otras. A través del aprendizaje los niños se socializan en subculturas vinculándose a sus valores, conductas e instituciones;

ese vínculo, valor o norma resulta adecuado a la subcultura, pero desviado respecto de la sociedad en general. Una socialización exitosa a un estilo desviado de cultura lleva a la delincuencia y al abuso de drogas. Si en la teoría del control social, una inadecuada socialización es condición necesaria y suficiente de la adicción, para los defensores de la desviación, es condición necesaria pero no suficiente.

De acuerdo con los teóricos de las subculturas, las redes de los adictos no difieren de las de los normales ni estructural, ni interactivamente: los procesos de intercambio e interacción son los mismos que podemos encontrar en personas normales. Solamente el *contenido* de la interacción (aquello que fluye entre los miembros de la red) es diferente, así como el grado de la desviación de sus miembros. Las redes de adictos se componen de otros adictos con roles no convencionales (no acuden a la escuela, no tienen trabajo, no pertenecen a instituciones). Por lo tanto su rehabilitación pasa por desconectarlos de esta red para que puedan resocializarse en otro conjunto de valores y vincularse a otras redes cuyos miembros compartan valores más tradicionales. Uno puede esperar que la vinculación a una nueva red sea resistida por la antigua, por lo que la ruptura con la primera red puede constituir un verdadero problema. Para los defensores de la teoría del control, el verdadero problema lo constituiría la adquisición de nuevas habilidades sociales.

Teoría de la Asociación Diferencial

Las redes de los adictos callejeros tienen el mismo tamaño que la de las personas "normales".

2. Las redes de los adictos callejeros se componen principalmente de miembros que también son adictos, que son favorables al uso de drogas y que no apoyan la abstinencia.
3. Las redes de los adictos callejeros contienen pequeñas proporciones de personas con empleo, que estudian o de contextos organizativos.
4. Una proporción alta de las relaciones de los adictos callejeros y de los miembros de sus redes se caracterizan por la reciprocidad personal.
5. Una proporción alta de las relaciones de los adictos callejeros y de los miembros de sus redes se caracterizan por la admiración mutua y la estima (similitud de valores e identificación con el rol).
6. Una proporción alta de las relaciones de los adictos callejeros y de los miembros de sus redes son relaciones "múltiples" en la que se comparten intereses y actividades.
7. Las redes sociales de los adictos callejeros son densas.
8. Las redes sociales de los adictos callejeros son jerárquicas; los adictos callejeros perciben a muchos de los miembros de su red como de un estatus igual o menor que el de ellos.
9. Una proporción alta de las relaciones entre el adicto y los miembros de su red son estables.

Teoría del Control Social

1. Las redes sociales de los adictos callejeros son más pequeñas que las redes de las personas "normales"
2. Las redes sociales de los adictos callejeros se componen tanto de adictos como de

- una proporción substancial de personas que no lo son.
3. Las redes sociales de los adictos callejeros contienen pequeñas proporciones de personas que tienen trabajo, que estudian y que pertenecen a organizaciones.
 4. Una pequeña proporción de las relaciones de los adictos callejeros y de miembros de su red social se caracteriza por una reciprocidad personal.
 5. Una pequeña proporción de las relaciones de los adictos callejeros y de miembros de su red social se caracteriza por una admiración y estima mutua (similitud de valores e identificación con el rol).
 6. Una pequeña proporción de las relaciones de los adictos callejeros y de miembros de su red social son relaciones "múltiples" en las que se comparten actividades e intereses distintos.
 7. La red social del adicto callejero no es densa.
 8. La red social del adicto callejero no es jerárquica; los adictos perciben a la mayoría de los miembros de su red como de igual estatus.
 9. Una proporción pequeña de las relaciones de los adictos callejeros y de su red social son estables.

Cuadro 2. Resumen de las posiciones de las teorías de la Asociación Diferencial y del Control Social con respecto de las redes de los adictos callejeros. (Fuente: Hawkins y Fraser, 1985; pag. 5).

3. *Características de las redes sociales de los adictos:* las investigaciones sobre las características funcionales y estructurales de las redes de adictos no han podido dirimir la polémica entre las dos teorías, siendo, más bien, sus resultados mixtos: parte están de acuerdo con una de las teorías y parte con la otra (Hawkins y Fraser, 1983 y 1985) .

Características estructurales: la media de miembros de la red era de 14,4 personas (22,6 en la población normal; unos 10 en pacientes neuróticos y unos 5 en esquizofrénicos), de las cuales el 21,3% eran familiares, 24,9% amigos (algunos eran a su vez adictos) y 2,1% vecinos. El 42,5% de los miembros de redes sociales de adictos consumían drogas duras 2 ó 3 veces por semana. Un 46,1% tenían actitudes positivas hacia la droga (un 22,6% ejercían una fuerte influencia para su consumo). Un 43,1% mantenían actitudes negativas (un 33,8% ejercían una fuerte influencia para no consumir). La red social de los adictos a los opiáceos tenía más consumidores que las redes de consumidores de otras drogas y además contenía menos miembros de contextos convencionales (un 7,4% eran conocidos de la escuela, un 3,3% pertenecían a instituciones, grupos sociales o clubs) y significativamente más contactos ilegales que las redes de no-adictos (un 21,7% eran personas relacionadas con el tráfico de drogas).

Características interaccionales: muchos de los datos sobre cómo interaccionan las redes de adictos se conforman a la teoría de la subcultura. Los adictos veían al 66,3% de los miembros de su red diariamente, o al menos varias veces por semana. Consideraban al 66,1% como amigos íntimos y les gustaban ver al 68%.

Sorprendentemente recordaban las fechas de cumpleaños y pasaban las vacaciones con el 41,2% de su red pre-tratamiento. El 50,1% de las relaciones eran múltiples (es decir implicaban intercambios de diferente naturaleza). Un 35,2% se prestaban cosas de casa. Un 55,7% se conocían desde hacía, por lo menos, tres años. Sólo un 8,1% se conoció en los últimos 4 meses.

Un 15,2% de los adictos respondían que les gustaría ser el mismo tipo de personas que los miembros de su red, un 43,1% respondían de forma negativa. De lo que cabe concluir que aunque simpatizan con las personas de su red no los tienen en gran estima.

Las redes pre-tratamiento de los adictos a los opiáceos y de quienes lo eran a otras sustancias, eran similares. No así en las medidas de seguimiento. Aquellos que no habían ingerido drogas 3 meses después de terminar el tratamiento informaban de menos adictos en sus redes (un 3,4% lo eran). Quienes habían recaído informaban de una mayor proporción (un 20,2% lo eran). Por contra la proporción de miembros convencionales era: un 61,2% en los que no habían recaído y de 11,2% en los que recayeron.

El grupo social, singularmente el de pares, ejerce por lo tanto una influencia decisiva en el consumo. Son los que enseñan al neófito su uso (en qué momentos hay que consumirlas y cómo, y, hasta cierto punto, también el efecto que cabe esperar de ellas), siendo el apoyo más firme para asentar la dependencia y la razón principal de las recaídas. También constituyen un recurso considerable a la hora de abandonarla: el uso de droga es sumamente improbable en grupos de jóvenes que no consumen, la disponibilidad de la droga no determina, pues, su uso, se necesita una actitud favorable del grupo social.

Un trabajo posterior de Smeja y Rojek (1986), trata de discriminar hasta qué punto puede entenderse la adicción como un fenómeno de subcultura o de contracultura, entendiendo por subcultura un grupo dentro de una población de la que su sistema normativo difiere solamente en grado; la subcultura permanece todavía ligada a la sociedad convencional, no es antitética. La contracultura sí se sitúa al margen de los valores del grupo social mayoritario. Encontraron que no existían diferencias entre los grupos de consumidores de marihuana, marihuana más otro tipo de drogas y normales en lo que se refiere a su compromiso con valores del tipo: aceptación de creencias religiosas y de la familia, necesidad de seguir estudios, aceptación de normas legales y tener amigos convencionales. Es más, en un trabajo realizado por nosotros mismos sobre formas de emancipación del hogar (Navarro Góngora y Prieto Adanez, 1991), en el que se comparaban normales, heroinómanos y alcohólicos, el grupo de heroinómanos era el que tenía mayores problemas con los padres, pero también el que mayores expectativas de que las cosas se arreglaran. Volviendo al trabajo de Smeja y Rojek, los adictos a la marihuana más otras drogas ilícitas diferían de los otros grupos en las cinco medidas; su actitud cabe entenderla en términos de contracultura, mientras que los

que sólo utilizaban marihuana cabe más bien entenderla como subcultura. Así mismo, seis factores (actitudes positivas hacia la droga, normas de conducta, aceptación de la escuela, valores detentados por los iguales, roles y no-conformidad) aparecían explicando el 93% de la varianza del consumo de droga. Por su parte Oetting y Beauvais (1986), hallaron que hasta el 95% de la varianza que predice el consumo de droga se explicaba por la influencia del grupo de pares.

4. TIPOS DE INTERVENCIÓN EN REDES SOCIALES DE ADICTOS

De acuerdo con las dos teorías mencionadas, parece que el tratamiento desde la red social debe observar tres principios: minimizar el apoyo de la red al consumo de droga, vincular a la red a nuevos miembros que estén enrolados en actividades socialmente positivas y asegurar que esos nuevos miembros sean personas que el adicto estime. En el fondo lo que se hace es seguir los dos caminos clásicos del trabajo con redes: crear una red donde no la hay o (y) aumentar la eficacia de la existente. Resulta didáctico, a la hora de presentar los procedimientos con los que contamos, seguir la presentación de Hawkins y Fraser (1983), ampliando, no obstante, las modalidades que ellos ofrecen. Lejos de pretender, ni siquiera insinuar, que el tratamiento con redes sociales sea el más adecuado, nos proponemos en lo que sigue revisar las alternativas que desde esta modalidad de intervención se han venido proponiendo.

1. Consulta con la red social existente

1.- *Terapia Familiar*: el problema con este tipo de intervención es que la red, como hemos visto, contiene miembros que apoyan el uso de drogas, aunque algunos pueden servir para la rehabilitación. Por lo tanto se impone un trabajo de modificación de la red existente y de inclusión de nuevos miembros. Una intervención clásica es la de Stanton y Todd (1988) que tiene como objetivo a la familia (zona personal del modelo de Pattison) y que pretende, por un lado, interrumpir un patrón cíclico de comportamiento que hace que el joven se drogue cuando la tensión entre los padres se incrementa y, por otro, aumentar el control que los padres tienen sobre el hijo adicto. La Terapia Familiar es una de las más importantes alternativas para el tratamiento de las adicciones para cuya revisión, seguramente se necesitaría un artículo aparte. El punto de vista que aquí hemos adoptado es el de las redes sociales, de las que la familia no es más que una parte, lo que justifica, pensamos, que no llevemos más adelante el estudio de este apartado.

2.- *Consulta de colaboración*: en estos casos el cliente elige a una persona de su red que entienda que le conoce lo suficientemente bien como para dar respuesta a sus necesidades. La entrevista reúne a las tres personas (profesional, cliente y la persona de la red), examinando la forma concreta en que la persona elegida ayudará al adicto. El tratamiento pasa, de esta forma, a las manos del miembro, permaneciendo el profesional en el papel de consultor. Según varían las necesidades del adicto

se van convocando nuevos miembros de la red, consiguiendo, de esta forma, fortalecer la red.

Stanton y Landau (1984) han descrito un procedimiento similar para el trabajo con minorías étnicas que son remisas acudir a las instituciones públicas y que por tanto suelen abandonar prematuramente el tratamiento. En estos casos se convoca al que la familia (o paciente individual) identifican como el *notable* por su sabiduría o poder, de su red social, siendo esta persona quien, con un cierto asesoramiento del profesional, se dedica a tomar las medidas pertinentes para rehabilitar al adicto.

En ambos casos se utilizan a personas de la zona 2 (íntima).

3.- *Asamblea de red*: se trata de un procedimiento más dramático a utilizar solamente en casos muy extremos en los que pelagra la vida del paciente y cuando otras formas menos drásticas han fracasado, cual suelen ser muchas de las situaciones con adictos. La técnica pertenece a Speck y Attneave (1974) y requiere convocar a toda la red social de la familia del adicto (es decir, todas las personas de las cinco zonas psicosociales), lo que se conseguirá en la medida en que el problema sea desesperado. La asamblea de red pasa por una serie de etapas hasta conseguir un funcionamiento eficaz: retribalización, polarización, depresión, apertura hacia una acción autónoma y agotamiento y entusiasmo. Alcanzado el punto óptimo de funcionamiento la red crea en su seno comisiones que aportan soluciones para cada problema del adicto. Los terapeutas permanecen al margen jugando un papel ocasional de asesoramiento.

Se ha utilizado, igualmente, la asamblea de red cuando el adicto sale de la comunidad terapéutica y enfrenta su reinserción social.

2. Creación de una nueva red social:

El hecho de que la red social del adicto esté, en parte, formada por adictos y por personas que sin serlo, no obstante apoyen el consumo de drogas, justifica la necesidad de nuevas conexiones sociales que alienten los esfuerzos de rehabilitación. Como se comprobará, todas estas intervenciones se caracterizan por utilizar la zona 5 (instituciones públicas y privadas).

1.- *Modelos de actividades*: se recomienda para ex-drogadictos que no disponen de una red que apoye su rehabilitación y que no tuvieron una actividad social constructiva.

Se ha utilizado una variante del procedimiento que Caplan (1989) denomina *parejas de auto-ayuda*. Como su nombre indica se trata de proporcionar a quien tiene el problema alguien que le ayude. Ese alguien suele ser un voluntario procedente de la comunidad y que, con mucha frecuencia, ha pasado por un problema similar al del adicto, lo que suele apoyar la identificación mutua. Se trata de una experiencia en la que el beneficio es mutuo: el adicto siente que sus problemas son bien comprendidos por alguien que ha estado en la misma situación, mientras que el voluntario se ve confirmado en el control de sus problemas.

Tanto el compañero como el adicto seleccionan y realizan actividades que se eligen por su posibilidad de proporcionar al adicto un rol social significativo. Las características más sobresalientes del procedimiento son las siguientes:

- Cliente y compañero exploran actividades específicas que interesen, que tengan algún valor y en las que el cliente pueda contribuir. Si los criterios mencionados no se cumplimentan resultará improbable que el cliente se comprometa.

- El cliente y su compañero visitan los lugares en los que tales actividades se desarrollan y observan cómo se llevan a cabo.

- El compañero ayuda al adicto a tomar decisiones sobre las actividades que resulten más importantes, útiles y valiosas. Así mismo crea con él planes específicos para su implicación en la(s) actividad(es). El compañero funciona como un aliado o amigo más que como un consejero.

- Se establecen una serie de sesiones de grupo con otras parejas de compañeros-adictos para prepararles en la exploración y participación en las actividades sociales.

- Las actividades sociales seleccionadas dan la oportunidad de ensayar y aprender procesos de toma de decisiones, así como la puesta en vigor de habilidades sociales ayudado por un compañero que ya posee tales habilidades (Hawkins y Fraser 1983).

Las actividades a las que aluden los autores son del tipo: voluntarios para atender el teléfono de la esperanza, participación en grupos civiles, en asambleas de vecinos, en campañas centradas en actividades de interés para el adicto (como de prevención de la adicción, o de promoción de la salud). En algunas actividades será necesario que también se implique el compañero, al menos al principio. Cuando pase ese primer momento, su actividad será evaluar cómo se desarrolla la experiencia del adicto, así como animarle y darle un sentido de competencia y utilidad a lo que está haciendo, a la vez que se esfuerza en que el adicto vaya creando su propia red social.

Resulta crucial la forma en que se elige el compañero. Aquellos que resulten seleccionados deben tener: 1. habilidad para escuchar de forma empática; 2. deseo de responder de forma inmediata; 3. capacidad demostrada de cuidar a otras personas. Resulta recomendable reclutar a estos compañeros por el sistema de boca-a-oido, más que mediante anuncios públicos.

2.- *Modelo de entrenamiento en habilidades y de actividades recreativas*: se trata de un procedimiento menos ambicioso que busca proveer de actividades complementarias. Una de las actividades consiste en entrenar al adicto en habilidades básicas para su funcionamiento en la comunidad. Son los miembros de su red social los encargados de la enseñanza, en su defecto se puede acudir a voluntarios que adoptan la figura del compañero mencionada en el punto anterior. Se logra de esta forma que el adicto desarrolle habilidades sociales, que consiga una red social y que su red se implique en su rehabilitación.

Otra de las funciones del compañero es enseñarle a utilizar el tiempo libre de una forma más constructiva que la de consumir drogas. La utilización adecuada del tiempo libre aparece como uno de los factores importantes en la prevención de recaídas.

Un procedimiento mixto que incluye tanto las actividades propuestas en este apartado como en el anterior ha sido propuesto por Stark, (1989). Su programa se basa, igualmente, en actividades y utiliza grupos de apoyo en vez de compañeros. Se trata de un trabajo complejo que mezcla la atención psicológica, la utilización de los grupos sociales (desde la familia a los grupos creados *ex-profeso* para el programa) y una serie de cursos que buscan la reinserción social y educativa del adicto sometido a un programa de metadona.

Los objetivos son: disminuir la tasa de mortalidad, de delincuencia y de consumo de drogas ilícitas entre los adictos; mejorar su régimen alimenticio y sanitario; mejorar el ajuste social en términos de escolaridad y reintegración al trabajo; facilitar la desintoxicación. El programa está compuesto por las fases que se describen a continuación, en el cuadro 3:

Cuadro 3

Fase I: creación de grupos sobre:

- 1.- Orientación y estabilización: una hora de sesión por semana durante 8 semanas (8-10 clientes por grupo).
 - a) Grupos de Orientación, con los siguientes temas:
 - comienzo: reglas básicas del programa, sus razones y consecuencias
 - efectos físicos y emocionales de la metadona, los mitos sobre sus efectos
 - supervivencia del sistema: procedimientos y servicios de la Institución, revisión y discusión de las reglas, de los derechos del cliente y de sus responsabilidades
 - la vida libre de drogas: rol del cliente durante el tratamiento, las fases del tratamiento, transición de la clínica a la sociedad, discusión sobre el uso de la marihuana y del alcohol junto con la metadona.
 - b) Estabilización:
 - ciclo de la adicción: aspectos biológicos y psicológicos, mitos sobre la adicción y relevancia de la información para la vida de los pacientes
 - problemas emocionales y psicológicos: cómo identificar y afrontar los estados emocionales negativos sin tomar drogas, cómo relajarse y utilizar el tiempo libre, cómo reconocer y evitar las justificaciones de tipo cognitivo para tratar las recaídas
 - sistemas de apoyo social: su importancia, cómo utilizarlos, distintos tipos de apoyo social, cómo reconocer y evitar los sistemas negativos de apoyo social
 - determinantes del éxito: los efectos benéficos del empleo de la educación y de los apoyos sociales positivos. Se pone un énfasis especial en las habilidades de la vida diaria, en la salud física, en la mejora de la auto-imagen y en la reducción de la criminalidad.
- 2.- Exposición del *currículum*: seminario de 8 horas (una semanal) que introduce los tópicos de la fase siguiente: apoyo vocacional, adicción, afrontamiento del estrés, nutrición, consejo, tiempo libre, comunicación y el alcohol y las adicciones. El

propósito de esta información es permitirles escoger los cursos con conocimiento de causa.

Fase II: consiste en una serie de "cursos" a elegir realizados en formato de grupo. Los consejeros orientan la elección de acuerdo con las necesidades del adicto. La duración es de 10 semanas a razón de una hora por semana. Después de cada curso los clientes eligen uno nuevo. No hay un tiempo límite de permanencia en esta fase, pero la duración media es de aproximadamente 14-18 meses. Los cursos son los siguientes:

1.- Curriculum Básico: consta de 3 cursos obligatorios que pueden escoger en cualquier momento de la fase. Su cumplimentación permite al adicto pasar a la siguiente fase:

- 1º) adicción: factores físicos y fisiológicos de la adicción; componentes emocionales y cognitivos y efectos sobre la familia
- 2º) alcohol y adicción: alcohol y alcoholismo; uso del alcohol en pacientes sometidos a metadona. Interacción entre alcohol y otras drogas.
- 3º) Prevención de recaídas.

2.- Curriculum de elección: se trata de un curriculum con tres categorías y las siguientes ofertas:

- a) educación: 7 cursos educativos: mejora de las habilidades de lectura y escritura. Cursos para enseñar a manejar el dinero, orientación vocacional, nutrición y salud y biología humana. Tienen una importancia especial los cursos sobre cuidados pre y post-natales para adictas embarazadas, en los que se da información sobre: desarrollo fetal, uso de drogas y riesgo para el feto y las madres, importancia de una adecuada atención médica y de una buena nutrición, planificación familiar y contracepción, SIDA
- b) recreativos: 25 clases diferentes de cursos sobre actividades recreativas: desde deportes hasta manualidades (cerámica, pintura, grabado, etc.) y culturales (visitas a museos, conciertos, etc.)
- c) desarrollo personal: 14 cursos. Cursos sobre ejercicios aeróbicos, como relajación y masaje, salud y bienestar y defensa personal (sólo para mujeres). Otros cursos están más centrados en aspectos psicológicos: afrontamiento del estrés, comunicación, asertividad, auto-hipnosis para la relajación, control del dolor, control del tabaquismo y del alcoholismo. Grupos de apoyo para los padres, para alcohólicos y para adictos.

Fase III: en ella puede intentarse la desintoxicación o, en su defecto, se adscribe al adicto a uno de los grupos que se configuran en esta fase, la decisión se toma junto con el consejero. Hay 4 tipos de grupos:

- 1.- Grupo de apoyo de veteranos: se reúnen 1,30 horas todas las semanas, 8-10 miembros por grupo. Tiene una función de apoyo social.
- 2.- Comisión de asesoramiento de clientes: dan información, recogen sugerencias o quejas, inician propuestas, cambian clientes de programa, planifican eventos sociales, etc.
- 3.- Estudios independientes: proyectos individuales para el desarrollo personal, se incluyen conferencias. Tres horas de trabajo individual y una hora de clase conjunta por mes.
- 4.- Club de Abstinentes: grupos de apoyo para los que inician la desintoxicación y de mantenimiento de la abstinencia para los ya desintoxicados.

3.- *Hogares sustitutorios:* el programa consiste en familias que voluntariamente se ofrecen para acoger a adictos en tratamiento.

El programa es apropiado para aquellos adictos que no tienen adultos con quienes vivir o para quienes tienen que convivir en sus familias de origen con personas que son, así mismo, adictas o que amenacen su rehabilitación. Las familias tienden de forma natural a tratar a los adictos como si fueran invitados y se les anima a que lo hagan así y a que utilicen con ellos sus habilidades naturales. No se les proporciona un entrenamiento especial. El programa ofrece unos riesgos, algunos razonables y otros infundados. Las familias temen que el adicto consuma en la casa. Por lo demás se ofrece a la familia la posibilidad de consultar con un especialista. Uno de los problemas más importantes consiste en saber emparejar al adicto con la familia adecuada.

4.- *Modelos de empleo comunitario*: en nuestra sociedad el trabajo es la fuente más importante de identidad y de definición de roles, además tener un empleo facilita los vínculos sociales. Por todas estas razones utilizar el trabajo desde el punto de vista terapéutico constituye un importante instrumento.

El trabajo que se ofrece al adicto debe observar unas cuantas características: debe percibirse como importante, debe ofrecer la oportunidad para desarrollar y exhibir competencias, para verse útil, para tener un grupo de referencia, para participar y para crear nuevas relaciones. El problema es que resulta difícil encontrar trabajos que cumplan todos estos requisitos. Por lo que resulta necesario crear programas flexibles de empleo subvencionado en los que se gradúe la implicación con el trabajo del adicto, se incremente el salario de acuerdo con la productividad, se trabaje en pequeñas unidades en las que sea posible una buena supervisión y se facilite la implicación y el compromiso mutuo, etc. Programas de este tipo han demostrado su utilidad en la disminución de actos delictivos.

5.- *Alojamiento comunitario*: se trata de una intervención que ya ha mostrado su eficacia en problemas de salud mental, en donde se consiguen tasas de recaídas más bajas que con los procedimientos habituales de cuidado post-crisis. El alojamiento que se les proporciona consiste en pequeñas unidades residenciales independientes, gestionadas de forma democrática (no dependen, por lo tanto, de un líder carismático) y auto-suficientes desde el punto de vista de su mantenimiento (para lo cual tienen que prestar algún servicio a la comunidad). Los profesionales ejercen una función de puesta en marcha y, después, de consultores.

Los participantes son totalmente responsables de la marcha y sostenimiento de la comunidad, ellos son los que elaboran sus productos, quienes encuentran mercados donde venderlos, les ponen precios, etc. Aunque auto-suficientes, las comunidades requieren algún tipo de ayuda e implicación por parte de la comunidad.

6.- *Grupos de familiares de adictos*: el autor y colaboradores están poniendo en marcha una experiencia, que pensamos pionera, en el tratamiento de los adictos mediante la utilización del grupo social. Se trata de una intervención que se apoya en la zona psicosocial 5ª (instituciones u organizaciones sociales). Varios son los

presupuestos de los que partimos:

a) en la utilización de voluntariado y en muchos programas comunitarios surgen dificultades (o simplemente fracasan) porque el adicto concita un gran rechazo social

b) resulta muy frecuente que las familias se sientan desbordadas por el adicto cuando se apela a ellas para que traten de controlarlo. Si el problema es el control, no hay más remedio que aumentar el contexto (o crearlo) para que ofrezca un continente fuerte que aguante el engaño y la violencia que normalmente desarrolla el adicto. No resulta, empero, fácil apelar a otros familiares, amigos o voluntarios que o bien no se sienten muy motivados, o bien participan del rechazo que domina la sociedad. Es necesario encontrar un grupo altamente motivado y que ofrezca la posibilidad de un cuidado a largo plazo del adicto.

En teoría los grupos denominados *Madres contra las drogas* encajarían con esta necesidad del grupo altamente motivado. Durante algún tiempo hemos trabajado con uno de esos grupos constatando que reunían las características de cohesión y motivación que en principio serían necesarias para intentar constituirse como grupo de tratamiento.

El problema surgió cuando tratamos de pasar del grupo *reivindicativo* (y que por lo tanto percibe la causa de la adicción de sus hijos fuera del grupo, en la venalidad de los jueces y policías, en problemas estructurales de la sociedad, etc., por eso su actividad consiste en tratar de movilizar a las autoridades) a un grupo de *tratamiento* (que exige que el grupo se perciba como pudiendo hacer algo en relación con la adicción de sus hijos). Se trata de un problema que no hemos podido resolver todavía de una forma satisfactoria. Explicado de una forma simple, el procedimiento que proponemos en el Cuadro 4 consta de las siguientes fases:

Cuadro 4

Fase I) Toma de contacto con la dirección de la asociación de padres (generalmente son madres cuyos maridos han desaparecido por alguna razón): en dicho contacto se les informa de la experiencia que estamos llevando a cabo con hijos de adictos y sus grupos sociales de referencia. Se pone un especial énfasis en *no negarles la posibilidad de que sigan como grupo reivindicativo*. La idea es presentarles una nueva alternativa (tratar a sus propios hijos) sin excluir lo que ha venido siendo su actividad principal: además de su trabajo reivindicativo como grupo profundamente interesado en la recuperación de sus hijos, también podrían afrontar juntos la tarea de rehabilitación. A continuación se les explica el procedimiento: primero habrá una evaluación del grupo, después se afrontarían las fases tradicionales de la rehabilitación de toxicómanos: desintoxicación, mantenimiento y reinserción. Para llevar a cabo cada fase será preciso que el grupo se divida en comisiones que se encarguen de los problemas de cada etapa. Nosotros ejerceremos un función de asesoramiento (si somos requeridos para ello) y de evaluación. Se les recalca que la mayor parte del trabajo será realizado por ellos.

Fase II) Toma de contacto con la asociación de padres: este encuentro con todo el grupo conviene que sea precedido por una serie de contactos informales con los líderes, a los que se presenta la experiencia. Son los líderes quienes informan sobre la experiencia que se va a poner en marcha, nosotros acudimos a la reunión y ocasionalmente intervenimos si se nos requiere o si se desliza alguna inexactitud. El contenido de la información versa, de nuevo, sobre los puntos tratados en el apartado anterior.

Fase III) Evaluación: interesa evaluar dos características fundamentales del grupo: hasta qué punto perciben el lugar de control del cambio fuera de ellos (es decir, si son, exclusivamente, grupos reivindicativos) y su constitución como grupo social. Cara a la intervención ambas variables son decisivas. Nuestra hipótesis es que tras pasada cierta puntuación en lugar de control externo, el grupo no sería apto para la experiencia, por el momento ignoramos tal puntuación. De forma similar el grupo social tiene que alcanzar cierto nivel de cohesión, motivación y fortaleza como para afrontar el dispendio de energía que supone el tratamiento. Para mediar ambas variables utilizamos un Cuestionario de Lugar de Control y otro sobre Apoyo Social (el Inventario de Manheim de Apoyo Social).

Fase IV) Fase operativa: comienza con la petición de los dos (o tres) primeros voluntarios para comenzar la experiencia. A estos voluntarios se les evalúa su consumo diario (o semanal, si ello fuera pertinente). Se sigue con las que son las fases clásicas de la desintoxicación: desenganche, mantenimiento y reinserción. El grupo se organiza en comisiones que van cumplimentando cada una de las fases. El control de la adicción se realiza mediante test de orina bien aleatorios, bien por intervalos de tiempo acordados previamente.

En el desenganche se necesita una vigilancia estricta, vigilancia que queda a cargo de la comisión correspondiente cuyos miembros se turnan en acompañar al adicto 24 horas por día.

En la fase de mantenimiento, el adicto comienza a poder salir y a tener un mayor contacto social. La regulación de cuántas veces y por cuánto tiempo va a salir queda igualmente a discreción de la comisión correspondiente. Normalmente en esas salidas va acompañado por alguien de la comisión. Se enfatiza la necesidad de que entablar relaciones con personas que tengan con la sociedad un vínculo más convencional y se ayuda al adicto a aprender las habilidades correspondientes al trato social.

En la fase de reinserción se trata de que el ex-adicto, una vez ha adquirido las habilidades sociales correspondientes, se reintegre a la vida académica o/y laboral. En la búsqueda de ambos tipos de oportunidades es ayudado por la comisión correspondiente. En dicha comisión pueden (y es conveniente que así sea) estar representados agentes comunitarios que tengan conocimiento de los recursos sociales, como puede ser un asistente social.

Es muy de desear poder contar con los rehabilitados para ayudar a los siguientes adictos en sus programas de rehabilitación.

5. LAS FUNCIONES DEL PROFESIONAL EN LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EN REDES

Uno de los problemas con que nos encontramos a la hora de llevar a la práctica el trabajo con redes sociales es la necesidad de encarar el programa con una mentalidad muy distinta de la habitual. El profesional (que difícilmente puede

seguir conservando el nombre de *terapeuta*) ya no es el agente de cambio directo del problema. Sigue siendo agente de cambio, pero de una forma más mediata e indirecta. El verdadero agente de cambio es el grupo social al que se potencia o que se crea *ex profeso* para la ocasión.

Varias son las funciones que ha de desarrollar el profesional:

- El/la es quien pone en marcha el proceso que delegará la función de cambio en el grupo social y quien controla el desarrollo del proceso. Además es también su función que el proceso de delegación de cambio, y del tratamiento en general, atraviesen las etapas que tienen que atravesar. El profesional tiene que estar familiarizado con el contenido de las etapas, lo que constituye la única manera de poder reorientar el proceso si fuera necesario.

- Ejerce una función de supervisión y asesoramiento: entendiendo por tal el ayudar a resolver los problemas puntuales que el grupo no sabe o requiere ayuda para resolver.

- El profesional necesita conocer el resultado del programa de tratamiento para evaluar la eficacia de la intervención y para obtener un *feed-back* de aspectos puntuales del programa.

- Finalmente, el profesional se convierte en un *estructurador* social, organiza grupos sociales en relación con determinadas metas y deja que éstos encuentren cómo cumplimentar las metas por sí mismos.

Puede decirse que su función es *mediadora* entre el grupo social y el cliente, en el sentido de elegir, reestructurar, potenciar o crear el grupo que ayudará al cliente.

6. DISCUSIÓN

Son varios los aspectos que merecen destacarse. En primer lugar la forma en que se viene utilizando la red social en el tratamiento de adictos. La mera revisión de los tipos de intervención constatará el hecho de la poca confianza que se otorga a la familia para rehabilitar al adicto. Quienes trabajan en Terapia Familiar podrán acreditar lo difícil que resulta hacer que las familias se hagan con el control del adicto. Se confía más en grupos sociales que se extraen de la 5ª zona psicosocial (instituciones y organizaciones), voluntariado, grupos de (ex)-adictos, madres contra la droga, etc. Obviamente tampoco su utilización es la panacea, habida cuenta del rechazo social que provoca la adicción cuesta mucho encontrar personas que se comprometan en el trabajo. Además, no todos valen; es preciso seleccionar con mucho cuidado quiénes participarán en los programas.

Los programas que hemos descrito reflejan la manera como se entiende el tratamiento de la adicción. Unos tratan de *suplir ciertas carencias*, como habilidades sociales. Otros tratan de modificar ciertos patrones disfuncionales del grupo social del adicto, como la Terapia Familiar y la Asamblea de Redes. Otros se decantan por una estrategia de control, como el modelo de madres contra la droga

o la misma Asamblea de Redes. Algunos de los procedimientos combinan las tres estrategias: suplen lo que falta, modifican el funcionamiento y establecen un control severo, así la Asamblea de Redes o el modelo de madres de adictos, estrategia que nos parece la más adecuada.

La versión psicosocial de la adicción y los consiguientes modelos de tratamiento restringen su visión a lo que es el entorno más inmediato del adicto; la explican desde ese entorno. Se trata de una visión más. No es una explicación social, la sociedad es algo mucho mayor que el entorno del adicto en la que entran variables (económicas, políticas, de movimientos socio-culturales, internacionales, etc.) que no se consideran en las teorías que hemos venido manejando, variables que, quizás, una vez incluidas pueden ofrecer una explicación más aproximada de por qué alguien puede llegar a quedar enganchado en una adicción.

En este artículo se aborda el tema de cómo utilizar las redes sociales de los adictos desde un punto de vista terapéutico. Obviamente se asume que este enfoque no es el único posible ni para explicar las adicciones, ni para su tratamiento. El tema lo hemos dividido en varias partes. En la primera se traza un breve marco conceptual. En la segunda se describen la dos teorías principales, desde un punto de vista psicosocial, de la adicción y las investigaciones sobre las características estructurales y de interacción de las redes de los adictos. Finalmente se estudian dos grandes modalidades de intervención: consulta con la red (potenciación de la red existente) y creación de una red, haciéndose una serie de consideraciones sobre la adicción y las redes sociales.

Palabras clave: redes sociales de adictos, asamblea de red, grupos de madres de adictos, emparejamiento de adictos.

Referencias Bibliográficas

- BARRERA, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445
- CAPLAN, G.(1989): *Population-oriented Psychiatry*. New York: Human Press.
- GOTTLIEB, B.H. (1983). *Social support strategies. Guidelines for Mental Health Practice*. Beverly Hills: Sage Publications.

- HAMBURG, B.A., KRAEMER, H.C. & JAHNKE, W. (1975). A hierarchy of drug use in adolescence: behavioral and attitudinal correlates of substantive drug use. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1155-1163
- HAWKINS, J.D. & FRASER, M.W. (1983). Social support networks in treating drug abuse. In J.K. Whittaker & J. Garbarino: *Social support networks: informal helping in the human services*. New York: Aldine Pub. pp. 357-382
- HAWKINS, J.D. & FRASER, M.W. (1985). Social networks of street drug users: a comparison of two theories. *Social Work Research and Abstracts*. 3-12
- HURD, G.S.-PATTISON, M.E.-LLAMAS, R.(1981). Models of social network intervention. *International Journal of Family Therapy*, 246-257.
- JESSOR, R., CHASE, J.D. & DONOVAN, J.E. (1980). Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents. *American Journal of Public Health*. vol. 70; 604-613.
- KHANTZIAN, E.J.(1980). An ego/self theory of substance dependence: a contemporary psychoanalytic perspectives. En D.J. Lettieri, M.Sayers y H.W. Pearsons (Eds.), *Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives*. NIDA Research Monograph. n° 30.
- KAUFMAN, (Ed). (1986). A contemporary approach to the family treatment of substance abuse disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. vol. 12, n° 3; 199-211.
- LUKOFF, I.F.(1980). Toward a sociology of drug use. En D.J. Lettieri, M.Sayers & H.W. Pearsons (Eds.), *Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives*. NIDA Research Monograph. n° 30.
- NAVARRO GONGORA, J.(1992). Modelos de intervención en grupos sociales. *Revista de Psicoterapia*, 6/7, 139-158.
- NAVARRO GONGORA, J & PRIETO ADANEZ, G. (1992). Patrones de emancipación del hogar. *Cuadernos de Terapia Familiar*. n° 20; 19-32.
- OETTING, E.R. & BEAUVAIS, F.(1986). Peer cluster theory: drugs and the adolescent. *Journal of Counseling and Development*. vol. 65; 17-22.
- PATTISON, M.E. (1977) Clinical social systems interventions. *Psychiatry Digest*. vol. 38, n° 4; 25-32.
- SENAY, E.L., MEHTA, C., DORUS, W., SOBERIJ, K. & BAUMGARDNER, M. (1986) Comprehensive treatment for heroin addicts: a pilot study. *Journal of Psychoactive Drugs*. vol. 18, n° 2; 107-116.
- SMEJA, C.M.-ROJEK, D.G. (1986). Youthful drug use and drug subcultures. *The International Journal of the Addictions*. vol. 21, n° 9-10; 1031-1050.
- SPECK, R.V. & ATTNEAVE, C. (1974). *Redes familiares*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- STANTON, M.D. & LANDAU, J. (1984). Comunicación personal.
- STANTON, M.D.-TODD, T. (1988). *Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- STARK, M.J. (1989). A psychoeducational approach to methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. vol. 6; 161-181
- SZASZ, T. (1982). The war against drugs. *Journal of Drug Issues*. vol. 12; 115-122.
- VEIL, H.O.F. (1985). Dimensions of social support a conceptual framework for research. *Social Psychiatry*. vol. 20; 156-162
- WALTERS, J.M. (1980). Buzzin': PCP use in Philadelphia. En H.W. Feldman, M.H. Agar y G. Beschner (Eds.), *Angel dust*. Lexington: Heath, 73-107