

# TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE UN ENFOQUE SISTÉMICO

*Memoria para revalidar el título español de Psicólogo*

Por

Miguel Ángel Cárdenas Pérez

Profesor patrocinante: **Felipe Gálvez Sánchez**

Profesor Guía: **Esteban Encina**

-Santiago, julio 2016-

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>9</b>
<b>5. CONCEPTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....</b>	<b>10</b>
<b>5.1 Definiciones. ....</b>	<b>10</b>
<b>5.2 Clasificación de las drogas. ....</b>	<b>11</b>
<b>5.3 Uso, abuso, dependencia de drogas, y principales características.....</b>	<b>12</b>
<b>5.4 Sintomatología de la dependencia.....</b>	<b>13</b>
<b>5.5 Diagnóstico de la dependencia a las drogas de abuso.....</b>	<b>14</b>
<b>6. MECANISMO DE ACCIÓN DE LAS DROGAS. ....</b>	<b>15</b>
<b>6.1 Neuroanatomía de las drogas.....</b>	<b>15</b>
<b>6.2 Farmacodinámica de las drogas. ....</b>	<b>17</b>
<b>6.3 ¿Qué mecanismo biológico media en la dependencia y la abstinencia?     ¿Por qué hablamos de que la drogadicción es una enfermedad crónica?.....</b>	<b>20</b>
<b>7. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN DROGODEPENDENCIAS. ....</b>	<b>23</b>
<b>7.1 Justificación de la inclusión de la Terapia Familiar Sistémica en el     tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas.....</b>	<b>24</b>
<b>8. LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y ADICCIÓN A SUSTANCIAS.....</b>	<b>26</b>
<b>8.1 Investigación sobre las familias de los adictos a sustancias.....</b>	<b>31</b>

<b>9. MODELOS DE INTERVENCIÓN SISTÉMICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LAS DROGAS.....</b>	<b>34</b>
<b>9.1 Modelos orientados a la resolución de problemas.....</b>	<b>35</b>
<b>9.1.1 <i>Modelo estructural</i>.....</b>	<b>35</b>
<b>9.1.2 <i>Modelo estratégico</i>.....</b>	<b>35</b>
<b>9.1.3 <i>Modelo estructural estratégico</i>.....</b>	<b>37</b>
<b>9.1.4 <i>Modelos sistémicos-constructivistas</i>.....</b>	<b>38</b>
<b>9.1.5 <i>Modelos familiares conductuales</i>.....</b>	<b>39</b>
<b>9.1.6 <i>Modelos psicoeducativos</i>.....</b>	<b>40</b>
<b>9.2 Modelos intergeneracionales orientados hacia el desarrollo.....</b>	<b>41</b>
<b>9.2.1 <i>Modelos de orientación psicodinámica</i>.....</b>	<b>41</b>
<b>9.2.2 <i>El modelo de Bowen</i>.....</b>	<b>43</b>
<b>9.2.3 <i>Modelos vivenciales</i>.....</b>	<b>43</b>
<b>10. VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE LA TERAPIA SISTÉMICA CON RESPECTO A LAS DROGODEPENDENCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>11. CONCLUSIONES.....</b>	<b>48</b>
<b>12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>57</b>

## 1. RESUMEN

El siguiente trabajo plantea esclarecer si los tratamientos sistémicos son eficaces en la rehabilitación de las drogas. Específicamente, busca revisar qué técnicas sistémicas se han utilizado en las drogodependencias y cuál ha sido su eficacia hasta el momento. Para este objetivo se realiza una revisión bibliográfica de trabajos actualizados que hay del aporte de las terapias sistémicas al campo de las drogodependencias.

En un principio se describen algunos conceptos básicos relacionados con las drogas y el mecanismo de acción, desde un punto de vista biológico, que media en la adicción. Acto seguido se justifica el tratamiento psicológico de las sustancias psicoactivas, para seguir describiendo las terapias sistémicas y cómo éstas conciben el fenómeno de la adicción. Se describen las principales técnicas sistémicas y se evalúa su eficacia. Al final se exponen las conclusiones.

## 2. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas es una conducta que ha acompañado al ser humano, en su desarrollo, desde la antigüedad. El abuso de drogas y la drogadicción son problemas con una alta prevalencia en las sociedades actuales.

Estas sociedades han ido progresivamente invisibilizando o normalizado el consumo de algunas sustancias, estén éstas legalizadas o no. Así, por ejemplo, los adolescentes de hoy, aunque no sean consumidores, parecen ser más tolerantes frente al consumo de determinadas sustancias que sus iguales de generaciones pasadas (Becoña, 2008). Lo mismo podría decirse de las familias de los sujetos consumidores de sustancias en los estados incipientes de consumo cuando todavía no saben a qué se exponen y cómo les afectará. En general parece que estamos inmersos en una sociedad que ha empezado a aceptar el consumo de algunas drogas “blandas”.

Aunque los avances científicos han contribuido al conocimiento de los mecanismos biológicos que sustentan el abuso y la adicción a las drogas, no se ha podido lograr una solución definitiva a este problema. Ello es debido a que la complejidad de este fenómeno excede lo puramente biológico, ya que pese a que se sabe con certeza que por ejemplo, la Vía Mesolímbica Dopaminérgica está relacionada con el abuso y dependencia de

sustancias (Rodríguez, 2007), también hay factores sociales, económicos, políticos y familiares que pueden contribuir sinérgicamente con este problema. Por lo tanto, los tratamientos para tratar de solucionarlos deberían ser también complejos.

La dependencia de drogas se da en todos los niveles sociales, económicos y grupos de edad. Hoy puede decirse que la gran mayoría de teorías relativas a la drogadicción comparten la visión de que ésta es una enfermedad, y como tal son tratables. Parece que se ha superado la concepción de los drogodependientes del pasado, a los que se les veía como “desviados sociales” o “personas sin voluntad suficiente” para dejar de lado esos malos hábitos para ser considerados, actualmente, como personas enfermas crónicas con una desregulación psicobiológica, que requieren ayuda especializada al igual que los pacientes diabéticos o hipertensos (Becoña, 1999).

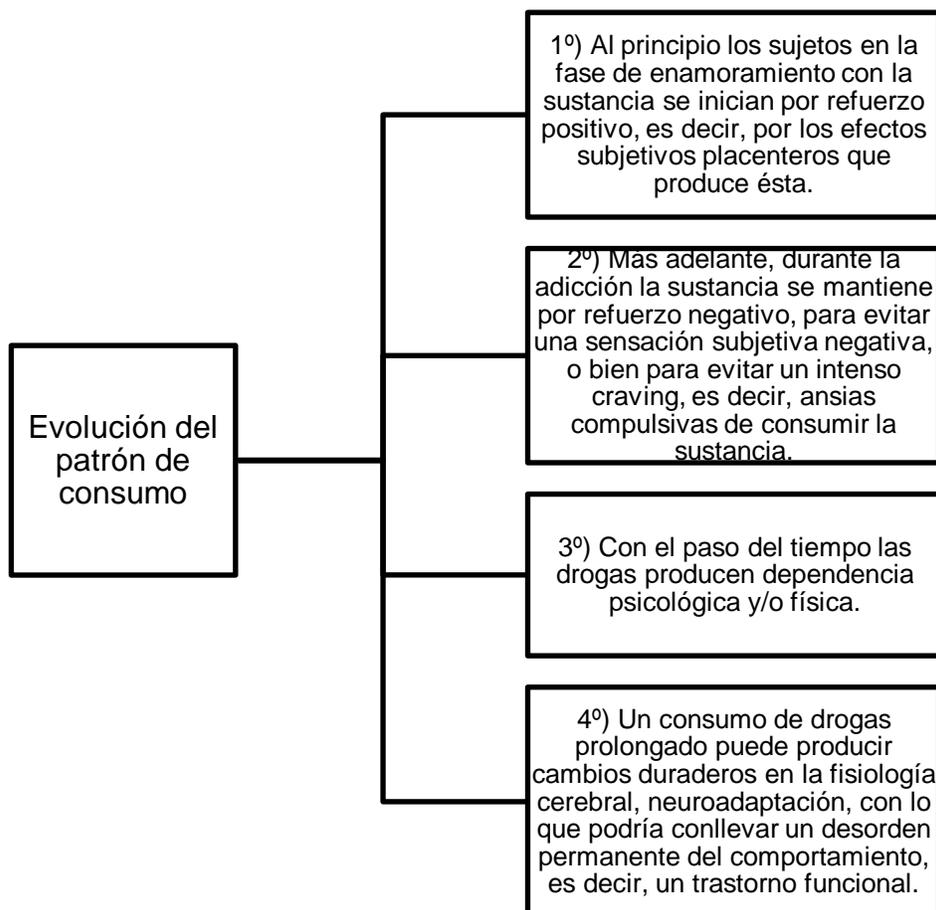
Las drogas son un problema de salud de la sociedad contemporánea, la sociedad chilena no escapa a este problema mundial. Según la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2018, que es la continuación de los esfuerzos gubernamentales realizados sobre las drogas a partir de los años 90 con la creación de CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes), se reconoce que el consumo de drogas está muy concentrado entre adolescentes y jóvenes, que se encuentran en etapas críticas de su desarrollo personal y social. Por ejemplo, casi el 75% del consumo de marihuana se da en menores de 25 años; el 54% de los consumidores de pasta base (Crack) también son menores de 25 años; lo mismo sucede con el 43% de los consumidores de cocaína. La marihuana es la droga de mayor consumo en Chile, el 26% de la población declara haber probado la marihuana alguna vez en su vida. Este consumo va en incremento, desde 8,7% en el 1994 se ha pasado a 17,9% en 2008. El consumo de cocaína también va en aumento pasando de 130.000 personas en 2002 a 178.000 en 2008; 15.000 nuevos dependientes cada 2 años. De esta población de dependientes, el 80% no ha requerido tratamiento, cosa que suele suceder en los estados incipientes de la adicción; lo cual no supone que no requieran tratamiento en el futuro (Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2018).

En el territorio nacional la política de drogas la rige SENDA (Servicio Nacional Para La Prevención y Rehabilitación Del Consumo De Drogas y Alcohol), dependiente del Ministerio del Interior, que ha asumido tareas específicas de prevención y tratamiento. Un gran avance de la Estrategia chilena de drogas ha sido incorporar la adicción juvenil dentro del sistema de garantías de los servicios públicos de salud (GES) que obliga a

ofrecer una atención a todos los jóvenes y adolescentes que requieran atención. Así se vislumbra que Chile sigue las pautas internacionales que sugieren que hay que hacer esfuerzos sobre este colectivo de adolescentes, ya que muchas veces esta edad es la puerta de entrada a la adicción (OMS, 1996). La Estrategia Nacional reconoce que existen problemas de cobertura en los programas de prevención y tratamiento familiar, laboral y/o en los centros de reclusión. Refiere que el compromiso de las familias es necesario, pero se ha de trabajar más la información y la educación parental.

Aunque las razones por la que los sujetos se inician en el consumo de sustancias son muy variadas, al final estos consumen porque les satisface el efecto que producen las drogas en su cerebro. Las drogas alteran el estado mental y emocional a través de su mediación en determinados procesos neurobiológicos. El por qué algunos se vuelven adictos y otros no, no está claro todavía, aunque hay distintas hipótesis dependiendo desde la disciplina desde la cual se enfoque el asunto.

En general la evolución del patrón de consumo suele seguir este proceso (Ambrosio, 2009).



Hay una serie de hipótesis que se barajan a la hora de enfrentar el abordaje desde la óptica del tratamiento integral de las adicciones. A continuación se describen las más prevalentes:

La *Hipótesis de la Automedicación* que postula que los sujetos que se vuelven adictos al consumir una determinada sustancia reiteran su consumo porque sienten un alivio momentáneo de un determinado malestar, generalmente emocional, sea este inconsciente o consciente (Casas, 1992).

Esta *hipótesis* se complementaría con la de la *Patología Dual*, que postula que en la adicción de sustancias suele haber un trastorno comórbido que puede ser primario o secundario al consumo. Es decir, que es probable que el consumo de sustancias sea precipitado por una patología subyacente y que en el tratamiento se deben abordar los síntomas secundarios por el consumo de drogas, y después los síntomas primarios que estarían a la base de la psicopatología. También postula, que el consumo de sustancias puede ser el trastorno primario, y que debido a esta desregulación neurofisiológica del cerebro y su evolución puede desembocar en trastornos emocionales como las depresiones, ansiedad, psicosis tóxicas, etc. (Casas, 1992).

Estas hipótesis se encuadran en los modelos biológicos que explican el consumo de drogas como un trastorno con un sustrato biológico, que postula en general que en la adicción hay un déficit biológico, una causa genética o una alteración cerebral que es responsable (Ambrosio, 2009)

Hay otras teorías que también explican el inicio, el mantenimiento y el abandono del consumo de sustancias como: *el modelo de creencias de la salud*; *las teorías del aprendizaje* (condicionamiento clásico, condicionamiento operante, teoría del aprendizaje social); *las teorías actitud-conducta* (teoría de la acción razonada o teoría de la conducta planificada); *teorías basadas en causas interpersonales* (modelo de mejora de la estima de Kaplan o el modelo basado en la afectividad de Pandina); *las teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico* (ven el consumo como una expresión de la conducta inadaptada de uno o más miembros de la familia que producen una disfunción en el sistema familiar), entre otras ( Becoña, 2002). Es decir, que desde distintas escuelas psicológicas se trata de entender y dar solución al fenómeno de la adicción.

Según lo expuesto, el abordaje de las adicciones debiera hacerse desde una perspectiva multidisciplinaria. En la intervención de la adicción a las drogas, unas terapias cobrarían más relevancia que otras dependiendo de la fase del tratamiento en la que se halle el sujeto y de las circunstancias personales y de su contexto. Actualmente esta es la visión general del tratamiento de las adicciones, que también es compartida por la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2018 de Chile.

Así cobra sentido la realización de esta tesis, ya que como se describirá más adelante, las drogas pueden producir cambios permanentes neurobiológicos en el cerebro que hacen que la drogadicción pueda ser concebida como una enfermedad crónica. Por ello se deberían buscar tratamientos integrales multicomponentes que ayuden en este largo proceso.

Dadas las múltiples dimensiones de este problema social su abordaje se ha hecho desde distintas disciplinas; entre ellas, la farmacología, la medicina, la psicología, etc. Tal es la complejidad del problema que además de abordarse desde distintas disciplinas, no existe unanimidad acerca desde qué enfoque hacerlo. Desde la psicología, se ha enfocado desde distintas aproximaciones; entre ellas, la conductual, la cognitiva, la psicoanalítica, la sistémica, etc.

Hay estudios que muestran que la inclusión de la terapia sistémica en el tratamiento de las adicciones a largo plazo es beneficiosa. Se ha demostrado que esta intervención iguala e incluso supera a las intervenciones de corte individual o grupal en variables tales como mantener los cambios positivos una vez se ha concluido el tratamiento, aumentar la adherencia de los consumidores y sus familias al tratamiento, prevenir la recaída y mantener la abstinencia. (Stanton y Todd, 1982).

Estas argumentadas ventajas de la terapia sistémica podrían resumirse como “factores protectores preventivos postratamiento”, pues la terapia sistémica en general y la inclusión de la familia por la que ella aboga, en particular, favorecen que haya cambios en el sistema de interrelaciones familiares, que redundan positivamente en aspectos como la adquisición de una mayor autonomía familiar e individual, un cambio en la percepción de la corresponsabilidad (familia-sujeto) frente a la adicción; y en definitiva, una mejora en la calidad de vida de estas familias, etc.

En definitiva, para la persona con adicción es una ventaja la implicación de la familia en aras de lograr un “empoderamiento conjunto” que favorezca el control de la adicción y la abstinencia en la llamada “etapa de seguimiento”. Otra ventaja añadida sería contar con coterapeutas una vez que ha concluido el tratamiento psicológico que pudiesen apoyar al consumidor en el mantenimiento de la abstinencia.

Debido a lo expuesto y siguiendo los principios rectores de la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2018, que explicita la necesidad de realizar una respuesta integral al tratamiento de las drogodependencias, cabe señalar que en este texto se repite en numerosas ocasiones la necesidad de incluir a las familias. Habla de crear condiciones para que las familias, como primeras educadoras en valores, creencias y estilos de convivencia, puedan ser agentes protectores del consumo de drogas; desarrollar las competencias necesarias para enfrentar la formación de los hijos, especialmente en su relación con las drogas y otros riesgos y fomentar los factores protectores a nivel familiar; tanto en la prevención como en el tratamiento. Así en este contexto surge la pregunta que pretende servir de hilo conductor al presente trabajo: ¿Qué técnicas sistémicas, que se han mostrado eficaces en el tratamiento psicológico de las drogodependencias, pueden ser incluidas en un enfoque integral en el tratamiento de la adicción a las drogas?

La relevancia de esta tesis es tratar de mostrar qué técnicas sistémicas han sido utilizadas y validadas en el tratamiento de las drogodependencias para que siguiendo las actuales propuestas puedan ser incluidas en un modelo de tratamiento integral de las drogas, si fuere necesario, por los profesionales que atienden a los consumidores y sus familias. Además podría servir de plataforma para que los organismos gubernamentales que diseñan las campañas de prevención dispongan de esta herramienta a la hora establecer sus directrices; es más, disponer de este conocimiento podría propiciar exigir el manejo de estas técnicas por los profesionales que trabajan con este colectivo.

Lo que justificaría la realización del presente trabajo, es que si bien se reconoce la importancia de la inclusión de la familia en el tratamiento de la adicción a las drogas, hasta la fecha son pocos los programas de rehabilitación que incluyen las técnicas sistémicas en el plan de intervención, habiendo un vacío de conocimiento al respecto por parte de muchos de los profesionales que trabajan en drogodependencias y que intuyen la necesidad de incorporar herramientas para lograr que la familia facilite la remisión de la adicción de uno de sus componentes.

### 3. OBJETIVOS

*Objetivo general:*

- 1) Revisar el aporte de las terapias sistémicas al tratamiento de las drogodependencias desde un enfoque integral.

*Objetivos específicos:*

- 1) Conceptualizar las drogas y sus efectos.
- 2) Describir los modelos biológicos y psicológicos en torno al fenómeno de la adicción.
- 3) Desarrollar las principales técnicas sistémicas utilizadas en la adicción a las sustancias psicoactivas.
- 4) Valorar la eficacia de la terapia sistémica en las drogodependencias.

### 4. METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación se trata de un estudio exploratorio de corte bibliográfico. Parte de la curiosidad personal por saber qué aportes y contribuciones brinda el enfoque sistémico al tratamiento de la adicción a las drogas.

La aproximación al objeto de investigación se ha centrado en el interés por conocer el estado de la cuestión sobre dicho tema, concretamente en España y Norteamérica. La revisión de la literatura existente se ha abordado consultando la producción bibliográfica accesible por la vía académica convencional y, también, la disponible desde bases de datos. A continuación se explican brevemente cada una de ellas.

Se ha revisado el material generado fruto de la asistencia personal a congresos, seminarios y cursos sobre adicción a las drogas entre los años 2007 y 2013. Además, se han consultado otros textos propios del Master en Psicofarmacología y Drogas de Abuso de la U.C.M del año 2007. Algunos de estos textos y artículos, disponibles en la biblioteca virtual de la Universidad Nacional de Educación a Distancia de Madrid (UNED) y en la biblioteca virtual de la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Las bases de datos empleadas han sido PubMed, Google Books y Scholar Google. En dichas bases de datos, la búsqueda se ha delimitado en torno a las siguientes palabras

clave: “adicción”, “drogas de abuso” y “terapia familiar en drogodependencias”. Consultadas las bases se han escogido los títulos relativos y correspondientes a la búsqueda planteada.

Tras una exhaustiva selección de los materiales recabados desde las dos fuentes, se ha hecho la lectura y síntesis de los principales aportes respecto al tema. En este sentido cabe aclarar que, pese a que el enfoque sistémico se desarrolla desde la primera mitad del S. XX, se ha encontrado que no hay una gran cantidad de trabajos exclusivos de terapia sistémica y toxicomanías, dado que su estudio aplicado es relativamente reciente y muchas investigaciones longitudinales todavía están en proceso; razón por la cual, se han considerado, también, trabajos sobre adicciones que utilizan la terapia sistémica como una herramienta más, entre otras instancias terapéuticas, en el tratamiento de la adicción a las drogas.

## **5. CONCEPTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Para tener una visión más amplia y un mayor conocimiento sobre el tema del que estamos hablando; parece conveniente, esclarecer algunos conceptos básicos sobre las drogas.

### **5.1 Definiciones**

Por **droga**, según la definición de la OMS (1996) entendemos: *“Toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste”* (Kramer y Cameron ,1975).

Por **droga de abuso**, *“cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral”* (Schuckit, 2000). Según esta última definición hay que considerar tanto las drogas legales como el tabaco, el alcohol, los sedantes hipnóticos, psicofármacos, etc.; y las ilegales o no institucionalizadas como, la marihuana, las drogas de síntesis, la cocaína, la heroína, etc.

Por **drogodependencia**, se entiende según la OMS (1996) el “Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio. 2) tendencia a incrementar la dosis. 3) Dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad”

## 5.2 Clasificación de las drogas

Existen múltiples taxonomías para clasificar las drogas; unas de las más utilizadas es la de Shuckit (2000), en ella se establece las siguientes categorías.

- 1) *Depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC)*, como el alcohol, hipnóticos, ansiolíticos como benzodiazepinas,...
- 2) *Estimulantes o simpatomiméticos del SNC*, como la cocaína, anfetaminas, metilfenidato, productos para perder peso,...
- 3) *Opiáceos*, como la morfina, heroína, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas.
- 4) *Cannabinoides*, como la marihuana o el hachís
- 5) *Alucinógenos*, como el LSD, éxtasis (MDMA), psilocibina,...
- 6) *Solventes o inhalantes*, como el pegamento, aerosoles, gasolina...
- 7) *Drogas para contrarrestar otros efectos*, que contienen atropina, escopolamina, analgésicos menores...
- 8) *Otras*. Fenciclidina (PCP), el tabaco o nicotina, las xantinas como el café o té.

Si se estudia con detenimiento la anterior clasificación, puede advertirse que es bastante amplia pues contempla:

- Drogas “ilegales” cuya distribución y consumo está penalizado.
- Drogas “legales” cuyo uso no sólo está permitido, sino que además se recomienda desde instituciones sanitarias, con autoridad en la materia, para tratar diversas patologías.
- Productos alimenticios e industriales, algunos ampliamente usados por la población y otros, aún permitidos, desaconsejados por ser conocidos sus efectos perjudiciales para la salud.

Otra forma de clasificar las drogas es en función de su vía de administración.

Las drogas se pueden tomar a través de seis **vías de administración**: *oral*, ingerida, mascada o sublingual; *pulmonar*, inhalada y/o fumada; *nasal* o esnifada; *intravenosa*; *intramuscular* o subcutánea; y *rectal*. Cabe decir que dependiendo de la vía de administración que utilice el sujeto al consumir pasará más o menos cantidad de droga a la sangre y una vez que ésta atraviese la barrera hematoencefálica del cerebro habrá más o menos cantidad de moléculas de la sustancia en la hendidura sináptica, con lo que el efecto será más o menos intenso dependiendo de esta concentración. (Pinel, 2001).

Otro concepto es la **politoxicomanía, también llamada poliadicción o uso de sustancias múltiples**. Se dice que un sujeto es *politoxicómano* o tiene una *poliadicción* por habersele diagnosticado una dependencia, en mayor grado, a una sustancia psicoactiva; aunque presenta, al mismo tiempo y en menor grado, dependencia de otras sustancias.

### 5.3 Uso, abuso, dependencia de drogas, y principales características

Es importante diferenciar los distintos tipos de consumo que pueden darse en el consumo de drogas. Si analizamos este patrón de consumo no como un proceso dicotómico de consumo-no consumo, sino como un continuo que incluye la cantidad, la frecuencia y los efectos de este consumo, podemos distinguir entre *uso*, *abuso* y *dependencia* (Becoña, 1995)

Por **uso** de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica.

El “**abuso**” se produce en aquella situación en la que hay un consumo continuado de la droga, a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo.

La “**dependencia**” surge con el uso excesivo de una sustancia o droga. Dicho consumo excesivo genera consecuencias negativas, significativas, a lo largo de un amplio periodo de tiempo; además el sujeto consumidor presenta ya compulsividad y una conducta de búsqueda incontrolable de la droga; por otro lado, el organismo del consumidor ha

desarrollado tolerancia y, en consecuencia, su organismo sufre el llamado síndrome de abstinencia, a nivel físico y/o psicológico.

A colación de lo anterior, resulta interesante recoger una frase que *el catedrático de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, Emilio Ambrosio Flores, suele afirmar en sus escritos y en los cursos que imparte “lo interesante de esta diferenciación del consumo, es que si bien el uso y el abuso de drogas pueden prevenirse; la dependencia o drogadicción debe tratarse.”*

Esta frase resulta interesante, además, para que el lector haga una reflexión acerca del alcance que pueden tener las campañas estatales de prevención, frente al consumo de drogas. Sin duda, la prevención debe ocupar un destacado lugar en las agendas gubernamentales. De hecho, abordar el problema de la drogadicción desde la prevención es un punto clave de cualquier estrategia marco; al margen, evidentemente, del tratamiento.

La **intoxicación** es un estado transitorio que sigue a la ingestión de sustancias psicotrópicas o de alcohol, en el que se producen alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas.

#### **5.4 Sintomatología de la dependencia**

La dependencia a las drogas cursa con una serie de síntomas específicos. Entre ellos cabe hablar de:

El “**síndrome de abstinencia**” es uno de los efectos más indeseables del consumo de drogas. Se manifiesta en aquella situación en la que el sujeto viene “abusando” de una sustancia, ya muestra “dependencia” frente a dicha sustancia y, de repente, deja de consumirla bruscamente o, bien, la dosis consumida hasta el momento resulta ya insuficiente.

El “síndrome de abstinencia” se caracteriza por un conjunto de síntomas fisiológicos como sudoración y taquicardia, síntomas psicológicos como ansiedad e irritabilidad y cierta sensación, subjetiva, de indisposición psicológica, apatía y anhedonia. Todos estos

síntomas incrementan la probabilidad de un nuevo consumo por parte del sujeto, que paradójicamente se hace para mitigar o evitar dichos efectos.

El **craving** es un deseo irrefrenable, compulsión o ansia por consumir determinada droga, generalmente para evitar el síndrome de abstinencia que se genera por la falta de su consumo. También ha sido llamado *síndrome de querencia*.

Estos dos últimos conceptos, el craving y el síndrome de abstinencia, son en muchas ocasiones los responsables del abandono terapéutico y de la adicción o dependencia.

También es importante mencionar dos fenómenos que son el resultado de la exposición crónica y el uso repetido a las drogas:

La “**tolerancia**”, se refiere a la disminución de los efectos de una droga según se va consumiendo ésta a través del tiempo. El sujeto sufre un estado de adaptación en la que pueden darse dos circunstancias; una, que el consumidor sufra una disminución de la respuesta frente al consumo de la misma cantidad de droga; otra, que el consumidor necesite tomar una dosis mayor para lograr el mismo efecto.

Hay que tener en cuenta que no todas las drogas producen ni el mismo síndrome de abstinencia, ni la misma tolerancia en el organismo.

La “**sensibilización**”, supone el aumento de los efectos de una droga por el consumo reiterado en el tiempo.

“Tolerancia” y “sensibilización”, son procesos que, también, median en la dependencia, y pueden ser lineales. Por ejemplo, un alcohólico en un estado incipiente de abuso, aumentará su *tolerancia*; lo que provocará, a su vez, que consuma altas dosis de alcohol para obtener los mismos efectos. Con el tiempo, y después de un proceso de neuroadaptación con su correspondiente síndrome de dependencia, en este alcohólico bastarán una o dos copas de alcohol para alcanzar un grado de ebriedad similar a lo que en el pasado producían unas cuantas botellas, *sensibilización*.

## 5.5 Diagnóstico de la dependencia a las drogas de abuso

Para poder **diagnosticar dependencia** frente a determinada droga han de darse las siguientes circunstancias. (OMS, 1996)

- a) *La evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de la sustancia durante los intentos de abandono de su consumo*
- b) *El deseo de dejar de consumir*
- c) *Un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado*
- d) *Evidencia de fenómenos de neuroadaptación como la tolerancia y la dependencia*
- e) *Si hay un consumo de drogas con la finalidad de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia*
- f) *El predominio de conductas de búsqueda de drogas en decremento de otras prioridades importantes en la vida del individuo*
- g) *Un rápido resurgimiento de la dependencia después de un periodo de abstinencia.*

## **6. MECANISMO DE ACCIÓN DE LAS DROGAS**

Antes de abordar el tratamiento de las drogodependencias desde el enfoque sistémico, parece oportuno tratar de explicar las posibles transformaciones que sufre a nivel biopsicológico el consumidor. Resulta conveniente, pues, explicar qué sucede en el cerebro de las personas con dependencia; especialmente con el conocimiento que se tiene, hoy día, sobre la capacidad de las drogas para modificar, reversible o irreversiblemente, determinados procesos o estructuras cerebrales.

Este apartado puede ayudar a que el lector comprenda la adicción en un marco de cierta cronicidad, muchos autores hablan de la adicción como una “patología crónica”. Entender la adicción como algo crónico puede justificar la inclusión de la terapia familiar en los programas de tratamiento de las drogodependencias, pues la familia -tal y como parecen demostrar los estudios que han sido revisados en este trabajo de investigación- parece ser un elemento clave para que el consumidor se abstenga en su consumo una vez que el tratamiento ya ha concluido.

### **6.1 Neuroanatomía de las drogas**

Las drogas y psicofármacos suelen tener sus dianas en determinadas estructuras cerebrales. Las drogas actúan sobre el sistema endógeno de recompensa del cerebro, emulando a los reforzadores naturales, como son la comida, el agua, el sexo, etc;

estimulando, así, los centros del placer y provocando a largo plazo la dependencia o adicción a estas sustancias.

Hay una estructura cerebral que se ha demostrado que media en este sistema de recompensa, que es el sistema límbico. Este sistema se compone de un conjunto de estructuras y circuitos relacionados funcionalmente a través de neurotransmisores, específicamente la dopamina (Da), que proporcionan el sustrato anatómico de los comportamientos motivados y las emociones (Ambrosio, 2009).

Hay una vía o circuito de este sistema límbico que es el responsable del sistema de recompensa y la dependencia a las drogas, que es la **vía mesolímbicocorticoespinal**. Esta vía que funciona con neuronas dopaminérgicas, que utilizan como neurotransmisor la Dopamina llamado también el “neurotransmisor del placer”, forma este circuito de recompensa cerebral. Aquí se establece un circuito comunicativo entre sus respectivas estructuras que tienen determinados correlatos comportamentales (Stahl, 2002).

De estas estructuras la más importante para la adicción es el *Núcleo Accumbens*, ya que establece los hábitos de respuesta (*conducta propositiva y/o motivacional*) y la asociación de la Respuesta-Refuerzo. Con el consumo crónico esta estructura del cerebro interpreta que la sustancia consumida es vital para la supervivencia; la droga es interpretada por el cerebro como algo tan vital como lo pueden ser el hambre y la sed. Esta asociación con la exposición reiterada se hace cada vez más fuerte, con lo que se consolida el estado de necesidad y la dependencia a las drogas (Rodríguez, 2007)

Las drogas activan la transmisión de dopamina, Da, en la Vía Mesolímbica-corticoespinal durante el consumo crónico. En la fase de dependencia disminuye la dopamina, produciendo un intenso *Craving* (ansia por la droga); hecho que avoca al sujeto a tener que consumir la sustancia nuevamente y, así, estimular la producción de dopamina en dicho circuito. La adicción es una enfermedad del sistema límbico, que es un conjunto de estructuras y circuitos relacionados funcionalmente y que proporcionan el sustrato neuroanatómico de los comportamientos motivacionales y las emociones. Todos los elementos del sistema límbico participan en los procesos asociados a la exposición aguda o crónica a las drogas que conducen a la pérdida del control, y por tanto a la adicción (Rodríguez, 2007).

Es importante considerar esta base biológica del fenómeno de la adicción para no desestimar el tratamiento farmacológico en los estadios iniciales de la desintoxicación ya que juega un importante papel de cara al tratamiento integral de la adicción, para poder frenar el craving y los síntomas de la abstinencia de las drogas que podrían mediar en el abandono psicoterapéutico prematuro, como son entre otros; apatía, anhedonia, irritabilidad, impulsividad, pérdida de control, embotamiento cognitivo, insomnio; problemas familiares, sociales y/o judiciales; y el abuso de otras sustancias psicoactivas, entre otras.

## **6.2 Farmacodinámica de las drogas**

La *farmacodinámica* hace referencia a los efectos que produce un fármaco, o en este caso, la droga sobre el organismo. También nos explica los mecanismos de acción y la interacción de la droga o fármaco sobre los distintos receptores neuronales.

En el ser humano, las drogas suplantán a determinados neurotransmisores, que comunican químicamente determinados tipos de neuronas, y expresan sus productos.

El funcionamiento, o mecanismo de acción de las drogas es bien conocido. El Sistema Nervioso Central y Periférico se comunican a través de unas biomoléculas específicas que independientemente del tipo que sea tienen una composición molecular determinada (Del abril, 2001). Así, tenemos 3 tipos de moléculas químicas para activar determinados órganos o sistemas: los neurotransmisores, las neurohormonas y las hormonas. De éstas, nos interesan los neurotransmisores que son afectados por las drogas.

Los *Neurotransmisores* conectan neuronas del sistema nervioso. Éstos se producen en una neurona llamada presináptica, que vierte el neurotransmisor a la hendidura sináptica, espacio que hay entre dos neuronas, para que active a otra neurona postsináptica y ésta active a su vez a otra neurona, conectando así neuronas de una determinada vía o sistema neuronal.

Las neuronas del sistema nervioso funcionan de dos formas (Del abril, 2001). *Eléctricamente*, intraneurona, es activada por una despolarización que produce un potencial de acción y éste activa su producto, es decir, un determinado neurotransmisor.

Y *químicamente*, interneurona, a través de un determinado neurotransmisor, para conectar dos o más neuronas del mismo tipo.

Así, la neurona presináptica, que almacena el neurotransmisor en las vesículas neuronales, vierte éste a través de un impulso eléctrico a la hendidura sináptica, que es el espacio que hay entre el axón de una neurona presináptica y un axón o dendrita postsináptica. Una vez que éste se encuentra en la hendidura, es recaptado por los receptores de la neurona postsináptica para activar esa neurona. Así, sucesivamente se transmite el mensaje químico de una neurona a otra, activando determinadas vías y sistemas neuronales (Del abril, 2001).

Básicamente una *neurona* está compuesta por un *núcleo*, unas *dendritas*, un *axón*, unas *vesículas*, un *transportador de recaptación* del neurotransmisor y una *membrana* exterior permeable en la que van alojados los *receptores*, que son unos canales donde se acoplan los neurotransmisores para que llegue el mensaje químico.

Como se comentó anteriormente, las drogas o psicofármacos son moléculas exógenas que imitan a las biomoléculas endógenas del organismo. Es decir, tienen una composición molecular semejante, entonces pueden acoplarse en los receptores de la neurona diana o postsináptica (Stahl, 2002)

Una vez descrita la estructura de las neuronas, se abordará someramente el funcionamiento de las drogas y por qué éstas producen los efectos que producen.

Las drogas no tienen efectos por sí mismas, sino que deben activar algunos circuitos o vías neuronales que producen un determinado efecto psicológico, sea este perceptivo, cognitivo, etc.

Para entender todo lo expuesto hasta aquí, se utilizará la analogía de una puerta con su correspondiente cerradura y llave. Las neuronas se podrían concebir como un pasillo con dos puertas a los extremos y sus respectivas cerraduras, que se conectan con otros pasillos con sus respectivas puertas y cerraduras, así hasta conectar los más o menos cien mil millones de neuronas. Cada neurotransmisor tiene una forma molecular específica, como una llave, que solo puede abrir un determinado receptor, es decir, cerradura. Cuando el neurotransmisor se liga o une a un receptor igual, la neurona se activa; al igual que cuando la cerradura y la llave son iguales se abre la puerta. Pues bien, las drogas y los psicofármacos funcionarían como llaves maestras, que sin ser

iguales del todo a los neurotransmisores tendrían la capacidad de ligarse al receptor de otra neurona activándola u ocupando el transportador del neurotransmisor para evitar su recaptación, así como una llave maestra podría abrir una puerta (Stahl, 2002).

En el cerebro en general hay distintos tipos de neuronas que pueden funcionar con un neurotransmisor específico (hay neuronas que son activadas por varios neurotransmisores). Estas neuronas o conjuntos de neuronas al activarse producen algún efecto psicológico (analgesia, estado de alerta, sedación, etc). Así, si una droga es capaz de activar alguna red neuronal, producirá un efecto similar al que produce ese sistema endógeno al ser activado por un neurotransmisor natural. Este mecanismo explicaría porqué unas drogas producen un determinado efecto y otras otro (Ambrosio, 2009)

Los sistemas endógenos tienen diferentes funciones, por ejemplo:

Las *neuronas dopaminérgicas*, en el que el neurotransmisor principal es la Dopamina, cuando son estimuladas por reforzadores naturales, comida, sexo, una película, etc., producen placer. Este mismo placer se produce cuando se consume cocaína, crack o anfetaminas, que funcionan como “neurotransmisores exógenos” que estimulan ese placer del sistema de recompensa. Así este sistema tiene un alto valor adaptativo ya que condiciona determinados estímulos a determinados efectos “positivos” para la supervivencia. Además, el aumento de dopamina en estas neuronas produce los efectos estimulantes, euforia, bajo apetito, insomnio, hiperactividad, adicción, etc. (Rodríguez, 2007)

Hay otras neuronas que son estimuladas por la cocaína, como las *neuronas noradrenérgicas*, que su neurotransmisor es noradrenalina, que median la hipertensión arterial, dilatación pupilar y midriasis, sudoración, vasoconstricción, bradicardia y taquicardia, etc. Este tipo de neuronas tienen un valor adaptativo porque activan al organismo para la respuesta de huida o lucha, además aumentan la atención.

La cocaína también activa las *neuronas serotoninérgicas*, que funcionan con serotonina (5HT), que es un neurotransmisor que interviene en la percepción, de ahí las alucinaciones auditivas, o la paranoia, etc.

Hay otras drogas como la heroína que activan exógenamente el *sistema opioide*, a través de la unión con las neuronas opiáceas. Estas neuronas opioides endógenamente funcionan con neurotransmisores como las endorfinas o encefalinas, que básicamente

son el sistema analgésico del organismo. Este sistema permite aliviar el dolor para poder emprender respuestas también adaptativas como la lucha.

Los alucinógenos, como el LSD, drogas de diseño (extasis) o la psilocibina de algunos hongos, se ligan a las *neuronas serotoninérgicas*, emulando al neurotransmisor serotonina, incrementando la percepción sensorial de las cosas produciendo las alucinaciones y otros efectos perceptivos.

El Delta-9-tetrahidrocannabinol, que es el principal principio activo de los cannabinoides (marihuana), imitan a un neurotransmisor endógeno que es la *anandamida* que se une a los receptores cannabinoides endógenos CB1 y CB2 que también tienen un valor adaptativo ya que son el mecanismo del olvido endógeno que mediarían en las memorias traumáticas, por ejemplo del Trastorno de Estrés Postraumático tras una catástrofe (Ambrosio, 2009).

Lo mismo se puede decirse del Alcohol que simula al *neurotransmisor GABA*, un neurotransmisor inhibitor del S.N, que activa a las neuronas gabaérgicas, que funcionan como un “freno”, explicando porqué por ejemplo el alcohol desinhibe la conducta, ya que al estimularse las neuronas gabaérgicas del córtex prefrontal, de donde emergen las funciones ejecutivas superiores aprendidas por la experiencia y transmitidas culturalmente, éstas neuronas se inhiben, inhibiendo la función moduladora del córtex prefrontal, permitiendo que surjan conductas de carácter hedónico e instintivas de capas más profundas del cerebro. Estas neuronas también son estimuladas por las benzodiazepinas, barbitúricos, sedantes-hipnóticos, etc. (Stahl, 2002).

Hay algunas sustancias más que funcionan con sus respectivas neuronas, como por ejemplo la *nicotina* del tabaco, *psicofármacos para reducir el apetito*, café, etc. Todos funcionarían del mismo modo, pero su explicación excede el objetivo de esta memoria teórica.

### **6.3 ¿Qué mecanismo biológico media en la dependencia y la abstinencia? ¿Por qué hablamos de que la drogadicción es una enfermedad crónica y de por vida?**

Descrita la parte estructural de las neuronas y circuitos que intervienen en la conducta adictiva, se describirá sucintamente la fisiología de estas neuronas.

Resumiendo todo lo expuesto anteriormente tenemos que hay dos neuronas que se comunican. La primera, que es la presináptica, vierte o proporciona el neurotransmisor. Y la segunda o postsináptica, recibe el neurotransmisor. Entre las dos neuronas está el espacio o hendidura sináptica, que es por donde transita el neurotransmisor una vez expulsado de la primera neurona y antes de ser absorbido por la segunda.

En la *neurona presináptica*, el neurotransmisor se almacena en unas vesículas hasta que llega la hora de verterlo a la hendidura sináptica. Esta neurona tiene un recaptador o transportador del neurotransmisor que regula la cantidad de neurotransmisor circulando entre las dos neuronas. Este transportador si detecta que hay un exceso de dopamina, por ejemplo, se pone en funcionamiento y recapta la dopamina para almacenarla de nuevo en las vesículas de la neurona presináptica (Del Abril, 2001).

En la neurona postsináptica se encuentran en la membrana, parte exterior de ésta, los receptores donde se acoplan los neurotransmisores. Esta membrana es permeable, así que estos receptores no están expuestos siempre, sino que van emergiendo a medida que aumentan los neurotransmisores para ser absorbidos.

Cuando el sujeto consume una droga, la cocaína por ejemplo, ésta se introduce en el cerebro a través de la barrera hematoencefálica (capilares muy finos del sistema circulatorio del cerebro). Debido a que tiene una estructura molecular igual o muy semejante al neurotransmisor dopamina se difunde por todo éste y se va acoplando a los transportadores de reabsorción de la neurona presináptica, con lo cual al estar este ocupado no puede regular el exceso de dopamina en la hendidura sináptica. Acto seguido la neurona postsináptica, manda a todos sus receptores para recaptar toda la dopamina disponible. Al estar todos los receptores ocupados, produce una intensificación del efecto de euforia y otros de esta sustancia (Stahl, 2002).

Con el consumo crónico ocurren dos fenómenos importantes a nivel biológico.

1º) Debido a que el cerebro se está acostumbrando a tener mucha “dopamina sintética”, es decir, cocaína, deja de producir endógenamente la dopamina.

2º) Como resultado de ese exceso de dopamina, y atribuyéndole a la neurona postsináptica una alta “voracidad”, produce más receptores para capturar el neurotransmisor. Este proceso de producir más receptores, se denomina *regulación al alza* (Stahl, 2002)

Esta regulación al alza de los receptores de la neurona postsináptica explica el proceso de la *tolerancia*, ya que para producir los mismos efectos que en el pasado, ahora que hay más receptores, se necesita más cantidad de cocaína para ocuparlos, y producir el efecto que producía en el pasado cuándo eran pocos (Ambrosio, 2009)

También explicaría el síndrome de abstinencia y el intenso craving, ya que cuando el sujeto deja de consumir cocaína, la dopamina desaparece de la sinapsis por dos motivos. El primero es que cuando el transportador estuvo ocupado con la cocaína, no recaptó dopamina para almacenarlas en sus vesículas, así que ésta está agotada. La segunda es que como ahora hay muchos más receptores que antes en la neurona postsináptica, la poca dopamina que pueda haber no activará la neurona, con lo cual aparecerá el efecto contrario a la euforia inicial, como la apatía o la anhedonia entre otros efectos. (Ambrosio, 2009). Por todo esto se dice que se ha producido en el cerebro del adicto *neuroadaptación*.

Este mecanismo descrito de cómo modifica la cocaína a las neuronas dopaminérgicas, es similar al que producen otras drogas con sus respectivos sistemas neuronales.

Un vez que el sujeto supera su adicción y se mantiene abstinentes, la reversión de los cambios neuronales producidos pueden llevar mucho tiempo, incluso meses (Rodríguez, 2007).

Para acabar, y agravar más la situación, aunque las neuronas del adicto hayan recuperado su homeóstasis, y estén equilibrados los niveles de neurotransmisor vertidos y la cantidad de receptores disponibles para recaptarlo, la neurona tiene “memoria”, porque pese a que no estén activos estos receptores de más, estarán latentes esperando que el sujeto vuelva a consumir para “conmemorar tiempos pasados”. Por eso se dice que es una enfermedad crónica y de por vida, ya que si el sujeto vuelve a consumir después de tres años de abstinencia, por ejemplo, estos receptores “brotarán de la nada”, lo que le producirán al sujeto un intenso craving o ganas incontrolables de querer seguir consumiendo, e iniciando la posible *recaída* y abandono de la abstinencia, (Del Abril, 2001) salvo que el sujeto haya elaborado unas estrategias de afrontamiento adecuadas para enfrentarlo.

Y es en esta *recaída*, donde las terapias psicológicas en general, y la terapia sistémica en particular, tienen mucho que aportar. Claro está, que hay que entender que hoy las

terapias psicológicas contemplan la abstinencia de las drogas, como un proceso en el cual el sujeto va a experimentar recaídas o caídas y que si logra identificarlas y salir airoso adquirirá la competencia para vencer esta “enfermedad”, lo que algunos autores han llegado a llamar como la “maduración de la adicción” (Becoña, 1995).

Para concluir esta parte psicobiológica, y después de describir el mecanismo de acción de las drogas deberíamos entender porqué se habla de *trastornos funcionales de las adicciones*, ya que por lo general las estructuras están intactas, lo que está alterado es la función, funcionamiento, de esas estructuras por haber un exceso o defecto de neurotransmisores, que al final hacen que esos complejos sistemas que son la base biológica de la conducta, percepción, emoción, cognición, pensamiento, lenguaje, memoria, motivación, etc., estén también alterados en el adicto.

## 7. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN DROGODEPENDENCIAS

Descrito el sustrato neurobiológico de la adicción y una vez que ésta está instaurada en un sujeto y con ello en un grupo familiar o una pareja conyugal, etc. ¿cómo abordar la remisión?

Se ha comentado al principio que la adicción a las drogas es multicausal. Se sabe que hay *factores biológicos* predisponentes que podrían generar una determinada vulnerabilidad en algunos sujetos. Pero también hay *factores sociales*, como la disponibilidad de las drogas y el entorno social en el que se consume, entre otros, que ejercen una gran influencia en el inicio, mantenimiento y recaída en el consumo de drogas. Los *factores familiares*; como por ejemplo, el tipo de relaciones que se establecen entre sus miembros, los modelos parternales-filiales, el tipo de apego, etc., también influyen en el complejo mundo de la adicción (Becoña, 1995).

Si se atiende a esta posible predisposición o vulnerabilidad del sujeto a iniciar un proceso adictivo, se podría justificar porqué se trata de postular por un modelo comprensivo “eclectico”, desde el punto de vista de las intervenciones psicológicas, en el tratamiento de las drogodependencias. No se pretende con estos sujetos, que pueden llegar a consulta con sus funciones cognitivas muy disminuidas, realizar un paso secuencial “eterno” por las diferentes terapias al uso en drogodependencias. Todo lo contrario, sabiendo que el tratamiento es complejo, que las causas pueden ser múltiples, que los

tratamientos deben ser individualizados dependiendo de cada circunstancia personal, y que en este tipo de población las terapias breves e intensas suelen obtener mejores resultados (Becoña, 2008); parece que se debería mantener la lógica operativa de este modelo de tratamiento integral.

Los tratamientos psicológicos en las primeras etapas suelen ser conductuales, entre otras razones porque la adicción a las drogas en parte es un problema de conducta y también porque generalmente los adictos llegan al tratamiento estando muchas veces disminuidos cognitivamente en procesos tales como: atención, memoria, razonamiento, etc. En una segunda etapa se suele abordar el tratamiento cognitivo de la adicción (Vallejo, 1998).

A la hora de diseñar el plan de intervención y establecer el tratamiento de la manera más adecuada posible, es conveniente tener en cuenta unas premisas básicas: una, que la adicción es una enfermedad crónica; dos, que los *tratamientos psicológicos* utilizados en la actualidad en drogodependencias constan de varias etapas (*la demanda de tratamiento, la evaluación, el tratamiento propiamente dicho y el seguimiento*); y tres, que la etapa de *tratamiento de la adicción* consta de varias fases como *la desintoxicación, la deshabitación psicológica, la consecución de la abstinencia a la sustancia, la normalización o cambio de estilo de vida anterior, la búsqueda de nuevas metas alternativas a la adicción, el programa de mantenimiento, la reducción de daños si es necesario y la prevención de recaídas* (Becoña, 2002). Habida cuenta de lo anterior, a la hora de diseñar el plan de intervención psicológico parece adecuado utilizar todos los recursos terapéuticos disponibles, aunque éstos provengan de escuelas distintas.

### **7.1 Justificación de la inclusión de la Terapia Familiar Sistémica en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas**

Un argumento válido para incluir la terapia familiar en un tratamiento integral y comprehensivo de la adicción, podría estar justificado en el hecho que parecen haber demostrado los estudios sistémicos en drogadicciones de que en los tratamientos individuales el periodo crítico de las recaídas es justo después del alta terapéutica; es decir, en la etapa de seguimiento (Vallejo, 1998). Según dichos estudios, que se describirán más adelante, los tratamientos que se basan en postulados sistémicos parecen obtener mejores resultados que otros tratamientos que no responden a ellos.

Las causas no están todavía esclarecidas debido a que son recientes los estudios sistemáticos controlados al respecto. Pese a ello, debería seguirse trabajando en esta dirección para averiguar por qué el tratamiento familiar supera al individual y/o grupal en esta etapa; así como sería conveniente hacer estudios longitudinales para saber qué técnicas familiares son más efectivas en el tratamiento de la adicción a las drogas.

Se podrían argumentar al respecto varias razones; por un lado, las terapias psicológicas en drogodependencias cuyas intervenciones son breves (con una duración entre 6 y 18 meses), tras este periodo el adicto se suele enfrentar solo a su problema de adicción; por otro lado, la etapa más larga del tratamiento es, precisamente, la del seguimiento; etapa esta, en la que si se siguen las premisas sistémicas, el refuerzo extrínseco de un coterapeuta podría mejorar el clima familiar y podría ayudar a mantener los resultados terapéuticos, evitando una probable recaída prematura que es probable se presente pese a que el sujeto haya logrado potenciar su autoeficacia, autocontrol y motivación implícita para el cambio. Otra razón importante para incluir la terapia familiar en los programas de intervención en drogodependencias, además del ya expuesto sobre la prevención de la recaída, es que además de trabajar cognitivamente aspectos como las estrategias de afrontamiento, las razones para el cambio, la gestión de emociones, los precipitantes de la recaída, la toma de decisiones, las posibles situaciones de alto riesgo, la vigilancia cognitiva, la confianza en el logro del cambio, etc. El trabajo de estos aspectos hace que la persona con adicciones y su entorno personal más inmediato se capaciten para afrontar mejor el problema y mejorar sus condiciones de vida. El factor de la *mejora del estilo de vida, tras el cambio*, se ha mostrado eficaz en el mantenimiento de la abstinencia, ya que si los sujetos se esfuerzan por cambiar pero su calidad de vida no se ve mejorada, el compromiso en su propósito de abandonar las drogas será débil (Becoña, 2002).

Parece que se dan en mayor medida las condiciones materiales para la recaída, si una vez finalizado el tratamiento, el sujeto vuelve al seno familiar y allí permanecen los mismos problemas del pasado; de ahí que sea loable pensar que si se cambian las interrelaciones entre los miembros de la familia o pareja conyugal, se están aumentando los factores protectores para mantener la abstinencia en dicho sujeto; y, en definitiva, esa recaída se está evitando porque todos los individuos del núcleo familiar se han empoderado, se relacionan y diferencian mejor; y eso, a su vez, revierte positivamente en el adicto pues se traduce en apoyos para manejar su adicción.

Llegados a esta parte, y pese a que no es el objetivo de esta revisión se enumerarán las técnicas psicológicas que debería contemplar un tratamiento integral de drogodependencias.

Elisardo Becoña (2002), *enumera las distintas técnicas que se han mostrado eficaces en el tratamiento de la adicción a las drogas:*

- 1) *El incremento de la motivación para el cambio*
- 2) *Exposición con prevención de respuesta*
- 3) *Entrenamiento en solución de problemas*
- 4) *Terapia cognitiva*
- 5) *Entrenamiento en reducción de la ansiedad y del estrés*
- 6) *Control de la ira y de la agresividad*
- 7) *Manejo de contingencias*
- 8) *Técnicas de autocontrol*
- 9) *El tratamiento de los problemas de comorbilidad*
- 10) *El tratamiento de los problemas maritales y familiares: terapia de pareja y terapia familiar*
- 11) *Terapia de grupo, y*
- 12) *Prevención de la recaída.*

Se puede apreciar en esta lista del tratamiento integral de las drogodependencias que se deberían abordar los posibles problemas familiares y de pareja que estén relacionados con el consumo por parte del adicto. Ahora queda vislumbrar qué técnicas sistémicas se han mostrado eficaces en las drogodependencias, que es el objetivo de esta memoria.

## **8. LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y ADICCIÓN A SUSTANCIAS**

En general los modelos sistémicos familiares ven el consumo de sustancias u otros problemas como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar (Waldrom, 1998). El consumo cumple una función en la familia, permitiendo a ésta enfrentarse a estresores internos o externos o mantener otros procesos que se han instaurado en la organización del sistema familiar.

El concepto nuclear en los modelos de terapia familiar es “el sistema”. Concibe que la familia funciona como un sistema. Estos modelos sistémicos se basaron en la teoría general de sistemas (Von Bertalanffy, 1948), además de la cibernética, la teoría de la comunicación y el constructivismo. Así, el sistema en el contexto familiar se refiere a que las experiencias y conductas de una persona están asociadas y dependen de la conducta de los otros miembros. Entienden a la familia holísticamente y consideran que el todo es más que la suma de las partes. Así, la conducta de un integrante no puede entenderse separada de las conductas del resto de la familia. La familia es el sistema social básico, bajo el que se agrupan los miembros de la familia y los procesos (reglas de comportamiento, roles, etc.) que caracterizan las relaciones entre los miembros, que son todos recíprocamente interdependientes.

Estos modelos sistémicos, de primer orden, ponen énfasis en la retroalimentación negativa y positiva y en los procesos de cambio de las familias. Ven a la familia como un sistema que se autorregula, y en el cual el terapeuta puede intervenir. Éste busca los principios de las reglas familiares. Esos modelos mantienen que la realidad es objetiva y que el terapeuta que es ajeno al sistema familiar promueve el cambio. Los sistemas familiares desarrollan patrones comunicativos y secuencias conductuales para mantener el equilibrio entre los integrantes de la familia. *“Las familias pueden ser diferentes en las distintas dimensiones que caracterizan el sistema; incluyendo cómo están organizados los subsistemas para la relación de funcionamiento, cómo son de difusos o rígidos los límites entre los individuos, subsistemas o la familia y los sistemas extrafamiliares, y cómo es distribuido el poder en los subsistemas”*. (Haley, 1976; Munuchin, 1974).

Es decir, la familia es ese conjunto en el que sus miembros se retroalimentan negativa y positivamente. Sin embargo, ese sistema tiene capacidad de autorregulación. Para intervenir en ese sistema hay que buscar los principios y reglas que imperan en “esa” realidad familiar; esa búsqueda la lleva el terapeuta que es ajeno a dicho sistema familiar. La intervención del terapeuta promueve y consigue el cambio.

Hay cuatro aspectos básicos en el funcionamiento familiar: *la estructura, la regulación, la información y la capacidad de adaptación* (Foster y Guma, 1988)

La **estructura** incluye características como el grado de claridad o difusión de los límites entre los miembros, el grado en que existe una jerarquía, etc.

La **regulación** se refiere al modo en el cual la familia mantiene sus interacciones.

La **información** se refiere al modo en que los miembros familiares se comunican entre ellos.

La **capacidad de adaptación** es la capacidad de la familia para cambiar antes los desafíos que se vayan produciendo para mantener la estabilidad.

La anterior descripción se ajusta a los modelos sistémicos de primer orden.

Hay un segundo grupo de modelos, los modelos sistémicos de segundo orden, que surgen desde el Postestructuralismo, el Constructivismo y el Constructivismo social. Mantienen una visión holista en la que el sujeto no puede separarse del objeto. Postulan que no hay una realidad absoluta, sino distintas versiones de la realidad que son matizadas por la subjetividad. (Boscolo y Cecchin, 1987). Conciben que cada integrante de la familia confecciona una construcción individual y en conjunto forman una construcción grupal del sistema familiar. Ponen énfasis en los significados y las creencias compartidas, en las que el lenguaje es fundamental. Se centran en la subjetividad, en la construcción de la realidad, en la transformación colectiva de los significados compartidos, en la ética y los valores.

Los terapeutas que acompañen a las familias en este proceso, deben haber adquirido recursos personales suficientes para reconocer esa subjetividad que cada sujeto atribuye a su realidad; en definitiva, reconocer ese imaginario colectivo es también un aspecto básico para lograr esa transformación social.

Los modelos familiares han realizado avances en el conocimiento de las drogodependencias en los últimos cuarenta años debido a dos aspectos fundamentales; por un lado, *el estudio de las características de los sistemas de familia de los drogodependientes* y por otro, *la aplicación de nuevas técnicas familiares para el consumo de sustancias de abuso* (Kauffman, 1994)

Los primeros estudios sobre la familia y el abuso de drogas se centraron en el análisis del vínculo entre la madre y sus hijos con problemas de drogas y la ausencia o falta de participación de los padres. *Estas madres suelen ser sobreprotectoras, controladoras e indulgentes y suelen estar dispuestas a hacer cualquier cosa por sus hijos, excepto dejarlos que sean independientes* (Fort, 1954). También se encontró una ausencia

frecuente de la figura del padre. Estudios con familias de clase media han apuntado la presencia de un padre autoritario y/o distante, pero secundarios a las madres en cuestión de poder. (Alexander y Dibb, 1975).

Algunos autores observaron que el consumo de drogas era imprescindible para mantener el equilibrio en la interacción de los miembros de la familia, resolviendo la desorganización que existía en el sistema familiar con anterioridad al consumo de drogas (Noone y Redding, 1976). Estos autores también encontraron que los consumidores de drogas y adictos mantenían vínculos estrechos con sus familias de origen años después de que ellos dejaran sus casas.

La familia como sistema suele trasladar sus problemas sobre el adicto, convirtiéndose éste en el epicentro de todos los problemas internos de la familia. La culpabilidad es una estrategia para ejercer la manipulación. Puede ser usada por el adicto para coaccionar a su familia para seguir teniendo apoyo económico y emocional para el consumo de drogas. Por parte de los padres, la culpa, puede frenar los intentos de independencia del hijo, atribuyendo que éste es el causante de su depresión, ansiedad o síntomas psicóticos, por ejemplo. De este modo se refuerza el patrón de culpa y manipulación mutua, es decir, la codependencia.

Stanton y Todd (1982), resumieron las características de un sistema de familia disfuncional en los adictos que los distinguen de otras disfunciones familiares:

- 1) *Frecuencia elevada de dependencia química de transmisión multigeneracional*
- 2) *Expresión primitiva y directa de los conflictos con alianzas explícitas*
- 3) *Una ilusión de independencia en el paciente identificado como consecuencia de una implicación activa con un grupo de iguales orientados al consumo de droga*
- 4) *Un vínculo que se establece entre la madre y el niño, que se prolonga posteriormente en sus relaciones durante la vida*
- 5) *Una incidencia elevada de muertes prematuras, inesperadas o inoportunas, y*
- 6) *La adicción es una pseudoindividualización que mantiene a la familia unida mediante una demanda ilusoria de desafío e independencia.*

Kaufman, (1994) refiere que cuando el consumidor es adolescente o adulto joven, los sistemas de familia que conducen a la adicción son bastante similares, independientemente de si la sustancia de abuso es alcohol u otra droga. Así la sustancia

de elección no parece que influya demasiado en los patrones familiares, sino más bien la edad y el papel que desempeña en la familia el consumidor. Por tanto, los hallazgos dentro de la orientación familiar apuntan a que el síntoma de adicción parece referirse a las dificultades ligadas a la búsqueda de autonomía e independencia del joven con respecto a los padres y de los padres con respecto al joven. El consumo de sustancias bloquea el proceso de diferenciación. El adolescente, que tiene que construir su vida de adulto, se ve inmerso en un estilo de vida que le impide dicha construcción y, mientras la familia no afronta los cambios necesarios, estando absorbida en cómo afrontar el grave problema de la adicción. A esto último diversos autores le han llamado "*función del síntoma*" y permite al núcleo familiar no modificar excesivamente su funcionamiento (Rodríguez y Sanz, 1987). La madre se sentirá cada vez más sacrificada y afectada. El padre se sentirá cada vez más periférico y extraño. El adicto continuará viendo como un desafío a la familia. Una posible hermana o hermano podrán continuar siendo el buen ejemplo y también, su salida de casa, será más difícil pues tendría que abandonar a los padres a su sufrimiento.

Vale la pena comentar, que la atribución de roles de la que se ha hablado responde a una estructura de familia que podríamos llamar "convencional", entendiendo por convencional la referida al patrón padre-madre-hijos. Sin embargo la evolución histórica y las consiguientes transformaciones sociales y económicas, que se han venido dando desde la industrialización y que han ido transformándose radicalmente desde la modernidad, han alterado ese patrón.

De hecho hoy en día las familias no responden únicamente a dicho patrón, es muy habitual ver una configuración familiar afectada por variables como la extensa jornada laboral de los padres y la consiguiente implicación de otros actores en el cuidado de los hijos como abuelos, cuidadores, etc.

Cualquier diseño de intervención que se precie no debería pasar por alto cómo se han transformado las relaciones familiares y la existencia de un nuevo esquema familiar.

Los programas de tratamiento de las adicciones deben esbozarse teniendo en cuenta patrones familiares diversos, familias monoparentales en las que un solo miembro se hace cargo de los hijos, familias cuyos padres se han separado y comparten la custodia y el cuidado de los hijos por su cuenta en solitario, familias cuyos padres aportan hijos de relaciones anteriores, familias cuyos padres tienen el mismo sexo, etc. Con esa evolución

en el concepto de la familia (de origen, de procreación, de acogida, monoparental, de padres separados, madre o padre soltero/a, etc.) y con el intercambio de roles parentales, se puede invertir esta situación de madre sobreprotectora y padre autoritario. Es posible que, por ejemplo, en las familias de madre soltera pueda ejercer el rol opuesto el abuelo cuidador en vez del padre; o en una pareja de padres separados que ocupe ese lugar el nuevo cónyuge.

Reconocida esta transformación, lo importante es analizar el sistema y tener claro cuál es la estructura familiar, qué miembros interaccionan con el adicto y entre ellos. Así el terapeuta podrá establecer qué personas están implicadas en esa relación disfuncional; y en consecuencia, valorar los aspectos que permiten o refuerzan la conducta de abuso de sustancias de ese joven o adolescente.

### **8.1 Investigación sobre las familias de los adictos a sustancias**

Por lo general el abuso de drogas se inicia en la adolescencia, cuando éstos todavía conviven con sus familias de origen. Hay tres patrones de consumo en los adolescentes. El primero es el que consumen drogas legales y está influenciado socialmente (beber los fines de semana con los amigos). En el segundo se consume marihuana y este consumo está influenciado por sus iguales. En el tercero se consumen otras drogas “duras” ilegales, este consumo responde más a la calidad de las relaciones paterno-filiales (Kandel, 1975). Así se concluye que el abuso de drogas más serio es un fenómeno predominantemente familiar.

En el patrón prototípico de las familias de adictos masculinos, la madre mantiene una relación indulgente, apegada, sobreprotectora y permisiva con el adicto; además de ser un hijo favorecido. El patrón del padre suele ser distante, desapegado, débil, ausente, violento, pero controlado por la madre respecto al poder dentro de la familia. La percepción que tiene el hijo adicto del padre es muy negativa. En las adictas mujeres, este patrón se invierte y las hijas están enfrentadas a las madres. Estas familias se suelen atascar en esta etapa evolutiva del adolescente, así que nunca se produce una real individuación, quedando en un proceso de pseudoindividuación (Stanton y Todd, 1982).

Los adictos suelen presentarse como personas dependientes e inadaptados. Se ha constatado que cuando el adicto logra la abstinencia e intenta el abandono de la familia

suele surgir una crisis familiar entre los padres. Así el adicto abandona su intención de independizarse y vuelve todo a la normalidad disipándose el problema entre los padres. Como la familia necesita ese apego y tiene pánico a la separación, suelen aguantar las mentiras, robos, etc. La familia suele delegar la responsabilidad realizando una atribución de la adicción a causas externas.

Existe por lo general en este tipo de sujetos una primacía de la familia de origen sobre la familia de procreación. En general si es un adicto varón se suelen establecer tres tipos de relación entre la madre y la esposa: 1) que haya un conflicto abierto, 2) que la nuera es tolerada por la madre, pero es criticada (es mala esposa), y 3) otra en la que ambas colaboran y se entienden. En estos casos pese a que el adicto conviva con la familia de procreación hay que prestar especial atención a la familia de origen también.

En general en las terapias sistémicas se pretenden varios objetivos. El primero es que el adicto abandone su dependencia y se mantenga abstinentes. Otros objetivos también son: separarse de los progenitores (individuación), ser visto por él mismo, los progenitores y la comunidad como alguien que triunfa en alguna actividad (trabajo, estudio, deporte, etc.), y lograr relaciones estables fuera de la familia (círculo de amigos, pareja, etc.) que no estén vinculadas al mundo de la droga (Stanton y Todd, 1982)

Una última característica general de estos sistemas familiares, es que el adicto suele oponerse a que se involucre su familia en la terapia. Y la familia también suele rechazar su participación debido a que no se responsabilizan por la adicción de su hijo. Otra característica es que son sumamente confrontacionales.

El terapeuta no debe iniciar la terapia hasta que estén todos los miembros en la sesión, tiene que dedicar esfuerzo y recursos para captarlos. Un vez que estén todos debe demostrar un conocimiento y comprensión general de las drogodependencias, demostrar intención de querer ayudar al paciente y realizar planes concretos de cara al futuro y debe demostrar que es altamente competente en su trabajo. Así disminuirá la resistencia tanto del paciente identificado como de la familia.

Como refieren Stanton, Todd y cols, 1982; hay una serie de principios que pueden ayudar al terapeuta sistémico en el tratamiento de las drogodependencias cuando se trabaja en programas estatales, aunque también servirían para programas privados e incluso en la consulta privada.

- 1) *El terapeuta debe decidir qué miembros de la familia deben ser incluidos, no el paciente*
- 2) *En lo posible, debe alentarse a uno o más miembros de la familia a asistir a la entrevista inicial*
- 3) *No hay que esperar a que el paciente traiga a la familia por cuenta propia*
- 4) *Obtener permiso del paciente para establecer contacto con la familia y luego comunicarse con ella, en lo posible durante la entrevista*
- 5) *Cuanto más estrecho sea el primer contacto del terapeuta con el paciente en el momento inicial, más probabilidades hay de reclutar a la familia*
- 6) *Cuando antes entre el terapeuta familiar en la cadena de profesionales conocidos por el cliente, mayores serán las probabilidades de reclutamiento de la familia*
- 7) *Cuanto antes se establezca contacto con la familia, más probable es que ella participe*
- 8) *Encarar el reclutamiento de la familia como inductor de crisis puede ayudar en sus esfuerzos para que la familia participe*
- 9) *El terapeuta debe ir más allá del paciente y establecer contacto directo con cada miembro de la familia, o al menos con ambos progenitores*
- 10) *el terapeuta debe encarar a la familia explicando el tratamiento de un modo no peyorativo, libre de juicios y que de ningún modo la culpe del problema*
- 11) *Lo más importante es ayudar al paciente, no a la familia; es decir, centrarse en los problemas familiares que tienen relación con la adicción.*
- 12) *La justificación del tratamiento familiar se debe presentar de tal modo que los familiares, para oponerse, tendrían que manifestar abiertamente que desean que el paciente identificado conserve los síntomas.*
- 13) *El terapeuta debe adoptar como metas primarias del tratamiento las metas que la familia tiene para el paciente*
- 14) *Las probabilidades de un reclutamiento exitoso aumentan si el terapeuta se encarga personalmente*
- 15) *El terapeuta debe ser quién más trate con el paciente y su familia*
- 16) *Una importante variable en el reclutamiento es el grado de interés que el terapeuta muestra a la familia en su voluntad de dedicar esfuerzos considerables para reclutarla*
- 17) *Brindar incentivos a los terapeutas por cada caso que se logra reclutar, incrementa el porcentaje de éxito*

- 18) *El programa debe estar estructurado de tal modo que no permita a los terapeutas arrepentirse de enlistar familias enteras*
- 19) *Un enfoque mecánico del reclutamiento no basta para garantizar el éxito: la flexibilidad y la habilidad son cruciales si el terapeuta quiere evitar un atascamiento*
- 20) *El centro de tratamiento debe tener políticas flexibles que permitan flexibilidad al terapeuta.*

Estos autores ponen mucho énfasis en las etapas iniciales del tratamiento, en especial en la fase de reclutamiento, ya que quedó demostrado en su modelo de intervención de terapia familiar y adicción a las drogas, que si las familias y el paciente se comprometían desde el principio, la probabilidad de éxito aumentaba notoriamente. También constataron que casi todos los fracasos del proyecto se concentraron en las familias que abandonaron en las etapas iniciales del tratamiento. Esto corrobora algo que sabemos todos los psicólogos que trabajamos en consultas privadas, y es que en la primera etapa de una terapia psicológica, lo más importante es que *el cliente vuelva*, ya que si no, por muy competentes que seamos en el manejo y conocimiento de técnicas psicológicas, etc., no vamos a poder aplicárselas, así que puede ser considerado uno de los momentos críticos de una terapia.

Una vez que ya se ha visto que las terapias familiares pueden aportar algo a los tratamientos de las drogodependencias, ya que pueden cambiar esos patrones interactivos disfuncionales, y descritas la características prototípicas de estas familias; se pasará a enumerar y describir los modelos sistémicos que han sido utilizados en las familias de adolescentes y adultos adictos a las sustancias psicoactivas.

## **9. MODELOS DE INTERVENCIÓN SISTÉMICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LAS DROGAS**

Los modelos aplicados que se han desarrollado en las intervenciones sistémicas se pueden incluir en dos grandes categorías: *los modelos centrados en resolución de problemas y los modelos intergeneracionales* (Rolland y Walsh, 1996). Estos modelos que adoptan diferentes perspectivas tratan de contribuir a enfoques más integradores en el tratamiento familiar de las adicciones.

## **9.1 Modelos orientados a la resolución de problemas**

Estos modelos se basan en la solución de problemas; son intervenciones breves, focalizadas, prácticas y se han desarrollado mucho en los últimos cuarenta años.

### **9.1.1 *Modelo estructural***

Fue diseñado inicialmente para jóvenes delincuentes. (Munichin et al., 1974) lo adaptaron a las drogodependencias. Conciben las adicciones como recreaciones desadaptativas a los cambios ambientales o evolutivos. Se centra en el equilibrio de la organización familiar, analizando la jerarquía familiar y las fronteras entre los subsistemas familiares.

El objetivo de este modelo es el fortalecimiento de los cimientos estructurales que permiten el funcionamiento de la familia. Buscan una jerarquía generacional adecuada, en la que los padres muestren liderazgo con unas fronteras claras, que no sean éstas ni difusas ni rígidas.

Se ha utilizado este modelo en adicciones en las que hay una implicación excesiva de algunos de los padres y un papel periférico del otro con el adicto.

El terapeuta estructural modifica los patrones organizativos disfuncionales de la familia para que logren resolver las tensiones intrafamiliares.

### **9.1.2 *Modelo estratégico***

Éstos se centran en el entorno social inmediato del adicto. La adicción la conciben como un síntoma y una respuesta a la interacción familiar disfuncional. Se centran en entender cómo intentan resolver sus problemas, las soluciones planteadas a estos problemas. Refieren que las familias realizan esas soluciones ya que desconocen otras, cosa que ese desconocimiento puede agravar aún más el problema.

La intervención terapéutica pretende interrumpir las soluciones ineficaces y sustituirlas por otras más eficaces. Para ello el psicólogo debe conocer las creencias, los valores, las expectativas, el lenguaje, ideas de la familia, etc.; para poder empatizar con éstos y

buscar soluciones, tratando de definir en términos comportamentales el problema e iniciar un plan de intervención para revertir éste.

Las familias de los adictos suelen ser rígidas y pobres en cuanto alternativas se refiere. Ellos mismos relativizan la “normalidad” hacia sí mismos.

Hay evidencia de la eficacia en relación a las drogodependencias de dos técnicas dentro de los modelos estratégicos.

- A) Terapia Familiar Breve Estratégica. Es una intervención sistémica breve (8-24 sesiones) que se utiliza con adolescentes consumidores y que presentan también otros problemas conductuales. Concibe que el uso de drogas refleja disfunción del sistema familiar. La terapia se centra en la función que cumple este síntoma en el sistema. El terapeuta modifica los patrones interactivos que están directamente relacionados con el consumo de drogas. Persigue dos objetivos: que el adolescente deje de consumir drogas y modificar los patrones de interacción familiar que mantienen la adicción (síntoma). Este enfoque postula que son predictores de la eficacia de la terapia la calidad de la relación terapéutica entre la familia y el terapeuta y la utilización de la restructuración de los patrones de interacción disfuncionales. El terapeuta refuerza las conductas funcionales adaptadas y trabaja habilidades de interacción. Hay evidencia de la eficacia de esta técnica en adolescentes drogodependientes. (Austin, 2005; Szapocznik, López, Prado, Schwartz y Pantin, 2006; Thompson, 2005)
- B) Terapia Centrada en Soluciones. (DeShazer, 1982, 1988). Se centra en las soluciones que pueden funcionar, minimizando la naturaleza de los problemas o los patrones interactivos familiares. Parten de la idea de que ningún problema dura todo el tiempo, aunque entienden que siempre hay excepciones a la regla. El terapeuta mantiene unos presupuestos a la hora de trabajar con las familias: *El cambio es inevitable, sólo se necesita un pequeño cambio* (se puede cambiar el sistema familiar a través del cambio de un solo miembro y no es necesario incorporar a todos), *los pacientes cuentan con la fuerza y los recursos necesarios para cambiar, los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos, no es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo, existen distintas maneras de enfocar una situación, y hay que centrarse en lo que es posible y puede cambiarse*. Así, los terapeutas pretenden iniciar cambios positivos y ayudar a las personas a conseguir pequeños objetivos (mejorar la relación con algún

progenitor, encontrar trabajo, estudiar, etc.) que pueden tener efectos inesperados y más amplios en otras áreas (mantener una relación de pareja, mantenerse abstinentes, etc.)

### **9.1.3 Modelo estructural estratégico**

Stanton y Todd (1982) realizan un modelo conceptual que explica la dinámica familiar del adicto y un modelo de tratamiento con estrategias y técnicas. Este modelo aplica la teoría estructural como paradigma orientador utilizando sus técnicas y de los estratégicos ponen el énfasis en realizar un plan específico, los acontecimientos fuera de la sesión, el cambio en el síntoma y la colaboración entre los sistemas que intervienen en el tratamiento.

Mantienen los supuestos de que ven a las personas interactuando en un mismo contexto, el ciclo vital y estadio evolutivo son importantes, los síntomas mantienen el sistema, y que la familia y/o pareja pueden cambiar realizando otras conductas. Acentúan la implicación activa de la familia de origen en la terapia, aunque el adicto ya no viva con ellos. Se centra en la triada compuesta por ambos progenitores y el adicto para trabajar la individuación de éste. También pueden participar en el tratamiento otros sistemas como la red de amigos, parientes, trabajo, escuela, etc.

Las metas terapéuticas con el adicto son tres: *El abandono del uso de drogas, el uso productivo del tiempo y que el adicto consiga una situación estable y autónoma.* También debe promover la emancipación y la autonomía de éste.

Con la familia debe establecer alianzas para trabajar juntos. Deben señalarse los límites y las reglas, debe centrarse en tareas positivas y alcanzables; trabajando, para un primer momento, sólo aquellas cuestiones que tengan relación directa con la adicción; dejando para más adelante otros problemas que puedan tener los miembros familiares entre sí. Las reglas deben ser negociadas y no impuestas. También es importante utilizar medios de control del consumo objetivos (análisis de orina, sangre o cabello). Una característica es que para evitar el desafío y la confrontación y promover la participación desarrollaron la estrategia de "las atribuciones nobles", que básicamente es justificar los medios a través del fin.

#### 9.1.4 Modelos sistémicos-constructivistas

Hoffman (1993) y Sluzki (1985) adaptaron la perspectiva constructivista a las técnicas sistémicas. El constructivismo postula que los sujetos construyen activamente el mundo externo y que la realidad es subjetiva y puede interpretarse de muchas formas diferentes. Estos autores pasaron de centrarse en la secuencias de conducta a la *co-creación de significados*. Con esta perspectiva constructivista del sistema familiar el interés se centra en los significados familiares compartidos por la familia, estudian como construyen la conducta los miembros de la familia. Los problemas se explican a través de los mitos familiares (sistemas de creencias familiares que son coherentes con las conductas sintomáticas)

Hoffman (1996) destaca las características de este enfoque: “*No hay una creencia en la realidad objetiva, cambio del foco de conductas a ideas, el problema crea el sistema (se interviene en el grupo de personas que comparten el problema), El terapeuta está con todos y para todos, ausencia relativa de jerarquía (el terapeuta es uno más debido a la falta de una realidad absoluta), menor énfasis del poder y del control (promueve un reparto equitativo del poder y del control del terapeuta), y tendencia a inhibir la intencionalidad (se trata de producir sistemas comunicativos menos patologizantes).*”

De este contexto epistemológico surge la técnica del equipo reflexivo.

- A) *El equipo reflexivo*, es una modalidad de trabajo sistémico constructivista propuesta por Andersen, (1994). Entiende los sistemas de interacción humanos como circulares y sometidos a las leyes de la cibernética (postura sistémica), pero la técnica en sí contiene la perspectiva constructivista aplicada. Consiste en un sistema de entrevista en el que un grupo de terapeutas al principio observan a otro u otros terapeutas que mantienen una sesión con el o los pacientes a través de una sala de espejo. La novedad, *es que en algún momento de la entrevista el equipo que observa entra a conversar y dialogar acerca de lo sucedido durante la sesión sobre los pacientes*. Esto permite tener nuevos puntos de vista y una perspectiva diferente del proceso terapéutico tanto para la familia como para los miembros del equipo y el terapeuta. Esta técnica en su dialogo también se centra más en las soluciones que en los problemas en sí. Existe investigación que avala la eficacia de esta técnica aplicada al tratamiento de las adicciones (Garrido, Jaén y Domínguez, 2003; Garrido y Marcos, 2002).

### 9.1.5 Modelos familiares conductuales

Las bases teóricas de estos modelos son la modificación de conducta y el aprendizaje social. Dos son sus principios fundamentales: enfatizan la importancia de las normas familiares y de los procesos de comunicación familiar y consideran a las familias como contextos de aprendizaje críticos creados por sus miembros. Se centran en las condiciones de aprendizaje, influencia y cambio conductual, se especifican los objetivos de la terapia en términos de conductas observables y concretas. El trabajo terapéutico se basa en el aprendizaje de conductas más adaptativas, en promover modos más eficaces de relacionarse utilizando las contingencias de reforzamiento. También enseña a la familia formas más efectivas de influir en conductas ajenas reforzándolas positivamente. Hay cuatro modelos que han sido los más utilizados en el tratamiento de las adicciones:

- A) Terapia Conductual Familiar y De Pareja. Es un programa multicomponente que incluye el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que inducen el consumo, el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias y entrenamiento en habilidades comunicativas y de solución de problemas. Diversos estudios han comprobado la eficacia de esta terapia dirigida a mejorar las relaciones familiares, para incrementar las tasas de abstinencia (Becoña y Cortés, 2008)
- B) Terapia Familiar Multidimensional. Es un tratamiento ambulatorio para el abuso de drogas centrado en la familia. Se interesa en las redes de influencias que propician el consumo de drogas en los adolescentes. El objetivo es reducir el consumo y aumentar comportamientos positivos y generalizarlos a otros contextos y situaciones. Se trabaja individualmente y con la familia, tanto en la consulta como en otros contextos (casa, escuela, etc.). Se trabaja con el adolescente la toma de decisiones, de negociación, de habilidades para la vida, habilidades sociales, que expresen y comuniquen sus pensamientos, que expresen sus sentimientos; todo esto para que puedan desenvolverse más eficazmente en su vida. El trabajo con la familia se centra en que observen su estilo particular de educación, que diferencien la influencia sobre sus hijos del control y que adquieran habilidades de influencia positiva sobre sus hijos. *Esta terapia ha demostrado eficacia en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en varios*

contextos (*Familiar, escolar, etc.*) además de reducir el consumo durante el tratamiento (Liddle, Rowe, Dakof, Húngaro y Henderson, 2004).

- C) Terapia Familiar Multisistémica. Esta técnica trata los factores asociados a los comportamientos antisociales de los adolescentes consumidores. Trata de prevenir la actividad delictiva. Se basa en un enfoque social y ecológico de la mente humana. Considera que la delincuencia es una conducta multideterminada por los mismos jóvenes, la familia, los amigos y la escuela. La intervención es flexible, integradora y multifacética; utiliza estrategias orientadas hacia la acción que incluye técnicas de la terapia de conducta y cognitivo conductual. Considera que la conducta es reflejo de las interacciones recíprocas entre los jóvenes y los sistemas interconectados en los que se construye la propia identidad. Identifica factores individuales y familiares, integrando el plan de intervención con los sistemas relacionados (familia, escuela, amigos y comunidad). Plantea que la intervención hacia la familia sea intensiva, de duración determinada y muy prácticos para lograr: formar a los padres a través de habilidades para resolver las dificultades de crianza de los adolescentes y relacionarse efectiva y autónomamente con el entorno. Realiza intervenciones de campo para desarrollar una red de apoyo social entre los padres y el entorno social. No hay estudios que comprueben su eficacia, pero tampoco que sea perjudicial (Littell, Popa y Forsythe, 2007).
- D) Terapia Familiar Basada en la Ecología. (Slesnick y Prestopnik, 2005). Está basada en los planteamientos de la terapia familiar multisistémica, por estrategias de preservación de la familia y de intervención en crisis. Trata de modificar la ecología más amplia de los jóvenes y la dinámica familiar. Su foco es la ayuda para reunir a adolescentes fugitivos con sus familias, reducir el consumo de drogas, las conductas sexuales de riesgo y otros problemas. Sus intervenciones se realizan en el hogar y en la comunidad.

### **9.1.6 Modelos psicoeducativos**

Estos modelos tienen elementos de los modelos familiares, estructurales y conductuales. Los modelos psicoeducativos se basan en que la familia es un recurso esencial en el proceso terapéutico y se orienta a apoyar y educar a la familia, darle información práctica, ofrecerles guías de educación concreta en determinados problemas y de apoyar las crisis

ocurridas con respecto a la adicción. *Trata de corregir las atribuciones causales de culpabilidad y las experiencias de tratamiento ineficaces* (Walsh, 1988). El interés de estos modelos en las adicciones se basa en su aplicabilidad a las enfermedades crónicas. Sostienen que en este largo proceso se pueden producir situaciones de estrés que causen alteraciones de las cogniciones y las conductas en los miembros familiares, así con el apoyo debido y la información adecuada, la familia puede convertirse en un aliado a largo plazo para el manejo de la adicción a sustancias.

Estos programas son muy estructurados y dirigidos a la familia, pretendiendo evitar los abandonos prematuros, las recaídas, reintegrar al paciente en la comunidad y reducir el estrés familiar. Tiene dos metas generales: disminuir la vulnerabilidad del paciente a través de psicofármacos e incrementar la estabilidad familiar a través del descenso de su ansiedad, la preocupación excesiva por el adicto, el aumento del conocimiento sobre la adicción y aumentar la confianza en sus propias capacidades para manejar la adicción. Se ha comprobado que las presiones entre el paciente identificado y su familia se reducen si se consiguen estas metas (Walsh, 1988)

## **9.2 Modelos intergeneracionales orientados hacia el desarrollo**

Estos modelos tienen un carácter exploratorio y están orientados hacia el desarrollo. Los más destacados en la terapia familiar son:

**9.2.1 Modelos de orientación psicodinámica.** Se centran en los procesos dinámicos continuados por la familia como una unidad social, por encima del desarrollo familiar o individual. Hacen depender el desarrollo normal o patológico de los sujetos de las influencias maternas en la niñez. La interacción familiar se conceptualiza en términos de relación entre objetos, internalizaciones relacionadas y procesos de introyección y proyección (Meissner, 1978). Observan a los padres tanto de forma individual como las relaciones maritales y paternas que establecen, ya que postulan que éstas están mediadas por sus propias experiencias individuales en su familia de origen. Postulan que las toxicomanías se deben a procesos peyorativos familiares compartidos que provienen de conflictos pasados no resueltos o pérdidas no elaboradas en la familia de origen. La intervención en la adicción tiene varios objetivos: la resolución de los conflictos y pérdidas

de la familia de origen, la disminución de la proyección familiar, la reconstrucción de las relaciones y el pleno desarrollo personal y familiar; para lograr modos más sanos de relacionarse.

Hay dos modelos adaptados a las adicciones que se rige por estos supuestos:

- A) El modelo de tipología familiar de Cancrini. Este modelo desarrolla los aspectos psicodinámicos de las adicciones y aportaciones de la teoría relacional-sistémica de las familias de los adictos. Se centra en la organización familiar y los modelos de comunicación, la personalidad y las características de los comportamientos de los adictos, la forma en que las familias se relacionan con los servicios asistenciales y el análisis de la utilidad de los distintos métodos terapéuticos. Defiende que no es la droga la que produce el sufrimiento, sino que éste ya existía previamente (patología dual) y que el consumo de drogas por parte del adicto es un intento evasivo y equivocado de autoterapia (hipótesis de la automedicación). Diferencia cuatro clases de toxicomanías. En las *toxicomanías traumáticas* un acontecimiento traumático desequilibra psíquicamente al sujeto, aquí se manifiesta un consumo rápido de drogas y un cambio brusco de estilo de vida. En las *toxicomanías a partir de neurosis actual* la adicción se da en un contexto de crisis parental atrayendo la atención a sí mismo y distrayendo la de los padres, aquí muestran un comportamiento controlado y depresivo. En las *toxicomanías de transición* la adicción compensa los rasgos de personalidad inmadura, aquí el comportamiento es compulsivo y destructivo. Por último, las *toxicomanías sociopáticas* engloban los comportamientos antisociales y familias muy deterioradas, aquí tienen una actitud desafiante, frialdad, hostilidad, marginación, conductas antisociales previas al consumo, etc. Cancrini señala que las toxicomanías traumáticas se tratan con psicoterapia individual y que en el resto con terapia familiar (Cancrini, Cingolani, Constantini y Mazzoni, 1988)
- B) El modelo etiopatogénico relacional de la adicción a la heroína (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999). Este modelo tiene un alcance trigeneracional donde la transmisión intergeneracional del trauma resulta ser el factor etiopatogénico con mayor peso. Plantea que los padres del adicto transmiten intergeneracionalmente una cultura afectiva y relacional aprendida de sus respectivos padres que está cargada de vicisitudes carenciales y traumáticas, no elaboradas e inexpressadas, que obstaculizan su actual rol parental. Cirillo evidencia que hay tres procesos que

permiten que se transmitan los traumas intergeneracionalmente: *El abandono disimulado, el abandono desconocido y el abandono activo*. El objetivo del modelo es la reconstrucción histórica de las fases evolutivas del ciclo vital familiar. Así se focaliza en el malestar de los padres del adicto con respecto a sus familias de origen, en las modalidades a través de las cuales este malestar ha orientado la selección y elección de pareja y los efectos que han producido estas variables en sus hijos, especialmente en el adicto. Postula que la reconstrucción de la historia emocional familiar y la transmisión intergeneracional de la carencia, permite explorar el síntoma desde una óptica trigeracional que no responsabiliza a nadie, ofrece a cada miembro la posibilidad de considerarse una víctima, alivia el peso de las responsabilidades individuales y despoja al síntoma de la adicción de la etiqueta de “enfermedad de la voluntad”.

**9.2.2 El modelo de Bowen.** Bowen (1978) postula que el funcionamiento familiar altera los patrones relacionales pobremente diferenciados, con alta agresividad y reactividad emocional, que generan triangulaciones o bloqueos de relaciones. Las presiones sobre el sistema familiar (muerte, enfermedad, etc.) pueden disminuir la diferenciación y aumentar la reactividad. Las deficiencias en el funcionamiento o los síntomas (adicción), pueden estar vinculados al hiperfuncionamiento de otras partes del sistema generando un ciclo compensatorio.

La mejoría depende de que la reactividad emocional deje de bloquear el proceso intelectual. Asume que los problemas actuales familiares o la adicción se resolverán a medida que los padres se vayan diferenciando de su familia global. Así, el objetivo es ayudar a los adultos a diferenciarse de sus familias de origen. Durante las sesiones terapéuticas se trabaja directamente sobre el problema y que los miembros de la familia compartan sus sentimientos. El terapeuta asume el rol de entrenador, guiando a cada miembro a través de las etapas terapéuticas previamente planificadas, y adopta una postura cognitiva para disminuir la reactividad emocional.

**9.2.3 Modelos vivenciales.** Los modelos vivenciales en terapia familiar están influenciados por las propuestas de Virginia Satir (1983), que combina la teoría de la

comunicación con el humanismo; y Whitaker (1978), que realizó intervenciones terapéuticas idiosincráticas. Es un modelo más intuitivo que teórico.

El modelo sostiene que los sentimientos y las conductas son una consecuencia de la experiencia vital, y que los problemas del pasado se propagan y fortalecen por las interacciones que se producen a su alrededor en el presente. Para cambiar las conductas desadaptativas considera varios aspectos del proceso familiar y las influencias mutuas que mantienen sus miembros.

El objetivo es ampliar el autoconocimiento y la autoapreciación en relación con los demás mediante la experiencia afectiva en la comunicación abierta de sentimientos y diferencias. El terapeuta mantiene una aproximación fenomenológica para tratar al adicto en su contexto familiar. Estos modelos se caracterizan por la exploración, experimentación y las respuestas espontáneas entre sus miembros. Utiliza ejercicios prácticos como el rol playing o la escultura familiar. Se centra más en el crecimiento personal de cada miembro de la familia como un todo, que al tratamiento de problemas específicos (adicciones).

Para concluir con este apartado, merece la pena recalcar que algunos de estos modelos sistémicos son híbridos a la hora de adaptarlos al tratamiento de las drogodependencias, debido a que incorporan técnicas de otras perspectivas teóricas como la cognitiva, la conductual o la psicoanalítica entre otras.

Una vez descritos someramente estos modelos sistémicos, se tratará de justificar su aplicabilidad al campo de las toxicomanías a través de la revisión de la evidencia que hay entorno a la eficacia de estas intervenciones familiares en el tratamiento de la adicción a las drogas de abuso.

## **10. VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE LA TERAPIA SISTÉMICA CON RESPECTO A LAS DROGODEPENDENCIAS**

Los aportes de la terapia sistémica al campo de las drogodependencias están bien documentados en la literatura empírica. Hay coincidencia en general en considerar que hay una serie de aspectos del funcionamiento familiar que son factores de riesgo para las adicciones entre los adolescentes. Así, la mala calidad relacional entre padres e hijos, la relación de apego deteriorada, los conflictos familiares crónicos o el consumo de drogas

por parte de otros miembros del sistema familiar están asociados al consumo entre adolescentes (Liddle y Dakof, 1995).

En los 80, el programa americano Addicts and Families Project (Stanton y Todd, 1982) adaptó el trabajo de Minuchin y Haley en un formato de terapia familiar estratégico/estructural que se aplicó a pacientes adictos a la heroína que recibían metadona. El resultado medido a través de la variable dependiente "*días sin consumir durante un año de tratamiento*" fue positivo en comparación con un grupo de control

En la revisión que fue publicada por el NIDA (Liddle y Dakof, 1995) se llegan a las siguientes conclusiones: Hay estilos de intervención que reúnen suficientes evidencias de la eficacia del tratamiento familiar con jóvenes delincuentes y/o drogadictos; estas evidencias están basadas en algunos ensayos clínicos aleatorios (algunos mostraron imperfecciones metodológicas, pero mostraron significativos avances sobre tratamiento familiar y drogodependencia en adolescentes); se ha demostrado que la terapia familiar ayuda a retener a los pacientes en los programas de tratamiento más tiempo que las intervenciones comunes; y que los resultados terapéuticos son superiores cuando se compararon con la terapia grupal, educación de padres o intervención multifamiliar.

Por otra parte una de las grandes ventajas del tratamiento familiar con toxicómanos es que *la tasa de abandono de la terapia familiar* (entre un 11% y un 30%) es mucho menor que *la terapia grupal* (entre un 49% y un 56%) (Diamond y Liddle, 1996).

En el programa de investigación de Szapocznik y sus colaboradores sobre terapia familiar estratégica breve con jóvenes hispanos socialmente problemáticos (Adictos a sustancias entre 12 y 21 años) que cuenta con datos de seguimiento desde 1972, se concluye que este programa de investigación ha conseguido demostrar, entre otras cosas:

1º) Que su adaptación de la terapia familiar estratégica breve a familias de adolescentes hispanos adictos es eficaz, incluso en su aplicación individual.

2º) Que el uso de conceptos sistémicos estratégicos para fomentar la adhesión de las familias a la terapia incrementa espectacularmente dicha adhesión, así como el seguimiento.

3º) Que si bien la terapia familiar estratégica breve y la psicoterapia psicodinámica individual obtienen los mismos índices de eficacia en el tratamiento de adolescentes

adictos (comparadas con un grupo de control), en los datos de *seguimiento* las familias asignadas a la terapia familiar manifiestan menores índices de conflicto post-terapia que los casos tratados con terapia individual. (Szapocznik, Kurtines, Foote, Perez-Vidal y Hervis, 1996).

Rowe (2012) en un seguimiento de las terapias sistémicas desde el 2003 al 2010, concluye que los modelos basados en la familia dirigidos a adolescentes y que tratan la ecología del adolescente y su familia ofrecen hallazgos consistentes y potentes. También que los modelos dirigidos a adultos basados en teorías de cambio de conducta y sistemas también muestran fuertes efectos con los toxicómanos y sus familias. La conclusión general a la que llega es que los modelos basados en la familia no son sólo una alternativa viable del tratamiento del consumo de drogas, sino que actualmente están indiscutiblemente reconocidos entre los enfoques para el tratamiento de adultos y adolescentes con problemas de drogas. Unas de las implicaciones clínicas de esta investigación es que en el trabajo con adictos, interviniendo directamente con los padres y sus hijos o incluso sin los adolescentes en la terapia, puede mejorar el ambiente familiar y la educación de los hijos y por tanto reducir el riesgo de consumo entre los adolescentes. (Rowe, 2012).

En esta revisión de Cynthia L. Rowe la premisa que guió su investigación fue: *“Los tratamientos pueden mejorarse si se identifican y aplican sistemáticamente. La sistematización del proceso logra desarrollar procedimientos que promueven factores de protección fiables; capaces de hacer perdurar en el tiempo los resultados obtenidos”*. Así, demostró vínculos positivos entre *la alianza terapéutica* y *los resultados del tratamiento* a través de la terapia familiar multisistémica (MST). También encontró que la adhesión a las técnicas centradas en la familia estaba vinculada a una menor angustia interiorizada, menos conflictos familiares y mayor cohesión familiar un año después de aplicar la MST. Otra variable estudiada fue *la mediación de los padres en el tratamiento* obteniendo reducciones en el consumo de drogas por los adolescentes cuando los padres eran monitorizados y asesorados por los terapeutas y su implicación era alta.

En una revisión sobre la evidencia empírica de los tratamientos sistémicos Becoña y Cortés (2008) exponen algunos de los hallazgos ya citados: las intervenciones familiares en adolescentes adictos aumentan el compromiso de los pacientes y las familias; incrementan la adherencia al tratamiento; reducen el uso de drogas postratamiento y mejoran el funcionamiento familiar y la normalización e incorporación social. También en

dicha revisión expone que la *Terapia Familiar Breve Estratégica* favorece el compromiso de las familias en el tratamiento y mejora la dinámica familiar. Respecto a la *Terapia Familiar Multidimensional* y la *Terapia Familiar Multisistémica* mejoran la retención de los pacientes en el tratamiento, reducen el consumo de drogas y conductas problema, mejoran la dinámica familiar y disminuyen los riesgos de una recaída.

Ozechowski y Liddle (2000) publicaron una revisión que incluye 16 ensayos clínicos que evalúan la eficacia de la terapia sistémica en adolescentes y jóvenes adictos. Sus conclusiones fueron que las terapias familiares logran más éxito en comprometer a las familias en el tratamiento que las intervenciones estándar; la adherencia y permanencia al tratamiento es mayor en los programas que incluyen la perspectiva familiar; los abordajes familiares reducen el nivel de consumo postratamiento y reducen las conductas disfuncionales; en algunos casos de comorbilidad psiquiátrica encontraron reducción de síntomas psiquiátricos; también los adolescentes tratados mostraron mejor funcionamiento escolar que los que realizaron tratamientos alternativos; y por último que la terapia familiar mejoraba significativamente el funcionamiento en la familia de los adolescentes en variables como la comunicación, el ambiente, la flexibilidad y la disminución de conflictos, entre otros.

Así parece ser que hay estudios que avalan la pertinencia de incluir los tratamientos familiares en los programas multicomponentes de rehabilitación de drogas dirigidos a adolescentes y jóvenes adultos. Pero dada las características de este tipo de familias, ya descritas, también podrían ser extrapolables hacia los adultos, ya que si por ejemplo un varón adulto de 40 años de edad lograra mejorar la relación con sus hijos adolescentes y evitar problemas maritales por el posible desgaste después de 25 años de matrimonio, es probable que si iniciara un tratamiento para su dependencia al alcohol y una vez que concluya éste, si se han abordado eficazmente los temas familiares, es posible que tenga menos excusas, pretextos o “motivos” para reiniciar el consumo de alcohol, si en su interacción cotidiana familiar no median estresores familiares que pudieran propiciar una recaída y abandono de la abstinencia.

## 11. CONCLUSIONES

Tras todo lo expuesto en las páginas precedentes se deben extraer algunas conclusiones para poder aplicarlas al quehacer de todos los profesionales que se enfrenten al complejo mundo del tratamiento de las drogodependencias.

En un principio se han fundamentado suficientemente los procesos neurobiofisiológicos que median en el consumo y la adicción a las drogas, se ha justificado cómo dichos procesos pueden llegar a producir un proceso de neuroadaptación que aún siendo reversible dejará su huella en el cerebro del adicto. Esta base biológica fundamenta el hecho de que actualmente se conciba la adicción a las sustancias psicotrópicas como una enfermedad crónica, esta cronicidad se entiende desde la perspectiva de que aunque un sujeto pueda superar una adicción a cualquier droga, y pese a que no le hayan quedado huellas visibles (secuelas), éste habrá desarrollado una predisposición o vulnerabilidad a la recaída si se vuelve a exponer a esa sustancia o a cualquier otra sustancia que no contemplaba en el inicio de su consumo. Por ello, y visto que es “algo” crónico que le va a acompañar durante todo su ciclo vital, es imprescindible buscar métodos que minimicen esa posible recaída y eviten un reinicio e instauración de la adicción.

Se debe entender que en las adicciones hay factores personales que provocan que unas personas, ante el mismo consumo, unas caigan en adicción y otras no; este hecho no sucede únicamente frente al consumo de sustancias, también existen otras adicciones en las que no media el consumo de drogas. En este caso podríamos estar hablando de adicciones comportamentales tales como el juego patológico, la adicción al sexo, la ingesta compulsiva, las adicciones tecnológicas, etc. Cabe decir que en el caso de las drogas, se da un agravante y es que al tratarse de sustancias químicas, una vez consumidas producen muchos efectos indeseables que dependiendo de los sujetos pueden ser impredecibles. Es decir, si comparásemos a dos personas adictas, una ludópata y otra adicta al Crack (pasta base de cocaína), es muy probable que después de diez años de adicción mantenida, uno de los dos cerebros esté “más castigado” que el otro, pues al fin y al cabo las drogas son neurotoxinas.

En este trabajo se han tratado por igual todas las drogas, legales o ilegales, debido a que el cerebro en su proceso de neuroadaptación “no diferencia” entra la legalidad y la ilegalidad de la droga; salvando diferencias, en ambos casos el cerebro es afectado. Otra visión que se ha pretendido transmitir es que no tiene sentido de hablar de drogas

“blandas o duras”, ya que si tenemos en cuenta las definiciones de la drogodependencia, además de los factores biológicos hay también factores sociales que la determinan, pudiéndose encontrar a sujetos que son consumidores de heroína o cocaína esporádicos o de fin de semana que son funcionales socialmente y no demuestran el temido síndrome de abstinencia y/o dependencia. Sin embargo, podemos encontrar a sujetos que sólo consumen cannabinoides (marihuana) y que manifiestan problemas familiares y sociales además de síntomas físicos, psíquicos y motivacionales (irritación, insomnio, falta de apetito, síndrome amotivacional, inhibición sexual, sudoración, taquicardia, psicosis cannábica, etc.). Es decir, no es la sustancia en sí la que produciría la adicción, sino que sería la vulnerabilidad o predisposición de esa persona a la adicción, lo que determinaría en última instancia que un sujeto se vuelva o no adicto. Parece obvio, como en el caso de la comparación entre las adicciones comportamentales con la de las sustancias, que si un sujeto consume por 10 años marihuana y otro consume heroína, cumpliendo los criterios diagnósticos de dependencia, uno va a tener peor pronóstico que el otro en cuanto a las secuelas residuales tras el consumo prolongado.

Según los estudios, parece quedar demostrada la eficacia de las intervenciones sistémicas en el tratamiento de las adicciones. Específicamente éstas han mostrado resultados significativos en la adherencia de los sujetos y sus familias a la terapia; parece ser eficaz, igualmente, en la prevención de la recaída durante la fase de seguimiento. Si contemplamos la adicción a las drogas como una patología crónica y recidivante, esto podría justificar en buena medida el uso de la terapia sistémica en el tratamiento de las drogodependencias. Si añadimos a esto que las actuales tendencias de tratamiento en drogodependencias contemplan cada vez más el tratamiento ambulatorio y por consiguiente una mayor presencia de la familia en el proceso, podemos concluir la importancia de que se incluyan estas intervenciones familiares en los programas terapéuticos que se diseñan en los dispositivos de atención para los drogodependientes.

Los resultados de los clínicos que usan estos modelos sistémicos en el tratamiento de las adicciones utilizando, de manera combinada, enfoques conductuales y sistémicos parece que consiguen mayores tasas de compromiso y mayor retención en el tratamiento de los adictos y sus familias; otras ventajas serían, un menor consumo de drogas postratamiento, un mejor funcionamiento de la relación entre estos adolescentes y los adultos a su cargo, una mejora de las habilidades del entorno familiar para evitar maladaptaciones que puedan perjudicar al paciente, un alejamiento de opciones de vida

como la delincuencia y la reducción de las tasas de recaída o en la mejora de los síntomas. Es decir, un mejoramiento de la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.

En las intervenciones familiares se han estudiado variables, como la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento, la adherencia y competencia del terapeuta, y la implicación de la familia a través de la mediación de ésta en el proceso terapéutico, que se han mostrado como predictores positivos del tratamiento familiar sistémico. Esto pone el énfasis en alterar las prácticas negativas de la educación de los hijos y de reforzar las habilidades paternas para cambiar las conductas problemáticas en los adolescentes que es un principio fundamental y objetivo de la práctica totalidad de los enfoques basados en la familia para el consumo de drogas entre los adolescentes.

Debido a estos beneficios y a que en muchas de las terapias descritas se contemplan intervenciones ecológicas, que permiten salir más allá de las instalaciones donde habitualmente se desarrollan los programas, comunidades terapéuticas o incluso clínicas, etc., para trabajar en el hogar y en la comunidad con los adolescentes, las familias y los sistemas que impactan directamente en sus vidas, parece que se establece una alianza terapéutica (terapeuta-familia-paciente) que podría explicar los resultados postratamiento de estas intervenciones sistémicas, al tener el terapeuta una incidencia más directa en los distintos contextos por los que deambulan los consumidores de sustancias y sus familias; tal y como postulan los modelos sistémicos constructivistas donde el terapeuta realiza sus intervenciones desde un plano más horizontal, siendo uno más en el proceso, al menos con las familias más desfavorecidas, poblaciones minoritarias o subgrupos más graves.

Estos enfoques tienen la virtud de que permiten la distribución de la responsabilidad de la adicción del paciente identificado, abandonando poco a poco la idea de que las adicciones son un problema exclusivamente individual. Así, la implicación de la familia, y la mediación de ésta en el proceso (coterapeutas), aumenta al abandonar la posible falsa creencia por parte de las personas que conviven con el consumidor de que la solución del problema de la adicción le compete única y exclusivamente al paciente designado. Así, la implicación de la familia adquiere una temporalidad, que no está confinada y reducida al proceso terapéutico en sí, sino que parece extenderse una vez que ha concluido la terapia.

La investigación de los mecanismos de cambio y los efectos a largo plazo de los tratamientos basados en la familia centrada en los adolescentes ha hecho avances en las últimas tres décadas, pero todavía existen limitaciones inherentes a la mayor parte de estas investigaciones, como que son frecuentes tamaños pequeños de la muestra o que la mayoría de los estudios examinan los cambios hasta los 12 ó 18 meses postratamiento, que no han permitido establecer conclusiones definitivas. Se han realizado modelos basados en la evidencia vinculados a ensayos clínicos de investigación con resultados positivos (Rowe, 2012). Es decir, se sabe qué funciona, pero no por qué funciona. De cara al futuro se necesita más trabajo para averiguar los ingredientes activos de estos modelos y sus mecanismos de cambio e identificar los moderadores de los efectos del tratamiento. Esto debería realizarse para poder tender un puente entre la investigación y la práctica para que los clínicos estén mejor informados sobre que modelos son los más pertinentes para poblaciones específicas.

Si se considera la adicción a las drogas como una enfermedad de recaída crónica que puede necesitar años para lograr la recuperación total, ya que los programas actuales no contemplan la abstinencia total desde el principio, sino más bien un proceso de adicción-abstinencia-recaída-abstinencia-caída-abstinencia...; parecería que un “episodio inicial de tratamiento terapéutico” exclusivamente focalizado en los síntomas de la adicción, sin contemplar las supuestas soluciones (incluidas las familiares), disminuiría la probabilidad de éxito de los programas posteriores si no se contempla la creación de una base para el cambio, el aumento de la motivación para el cambio, el inicio del proceso de cambio y la implicación de todos en el cambio. Parece que reestructurar el sistema familiar puede favorecer estos procesos, bien para mantenerse abstinentes, bien para evitar la recaída o bien para reiniciar un nuevo tratamiento si fuere necesario. Tanto los toxicómanos adolescentes como los adultos suelen estar en contacto con los miembros de la familia en aspectos importantes, así que aprovechar la fuerza de esas relaciones puede marcar la diferencia en el tratamiento de su adicción a largo plazo. Si no contemplamos esto, el intento de tratamiento del adolescente o adulto adicto fuera del contexto familiar podría perjudicar seriamente los esfuerzos terapéuticos.

El presente trabajo se ha centrado en tratar de averiguar qué técnicas sistémicas se han utilizado hasta el momento en las drogodependencias, revisándose la literatura publicada al respecto; a partir del análisis de la información trabajada puede concluirse que los modelos basados en la familia en las últimas décadas han sido incorporados al

tratamiento de las adicciones. Del mismo modo, parece haber quedado demostrada la efectividad y aunque no están esclarecidos qué los hacen eficaces; sí parece haber un acuerdo en cuanto a que en la etapa de postratamiento si no aventajan, al menos igualan, a terapias de otras corrientes. Así lo demuestran la cantidad de modelos descritos en las páginas precedentes, aunque hay que tener en cuenta que no son modelos específicos para las drogodependencias, sino adaptaciones que en general se fusionan con otras corrientes.

En este trabajo se ha revisado la valoración de la eficacia que parece tener la inclusión de los modelos sistémicos en el tratamiento, de ahí parece desprenderse que la inclusión de dichos modelos, en el tratamiento de la adicción a las drogas, es positiva.

Como conclusión general, podríamos argumentar que en la actualidad los modelos basados en la familia están reconocidos entre los enfoques eficaces para el tratamiento de los adolescentes consumidores de sustancias; parece oportuno, pues, que puedan ser incluidos en un tratamiento integral de las drogodependencias.

Hasta aquí parecen haberse expuesto argumentos suficientes para responder a la pregunta que articula y da cuerpo a este trabajo, ¿Qué técnicas sistémicas, que se han mostrado eficaces en el tratamiento psicológico de las drogodependencias, pueden ser incluidas en un enfoque integral en el tratamiento de la adicción a las drogas?; tras la descripción de las técnicas sistémicas utilizadas en las drogodependencias y la valoración de su eficacia; parece pertinente, en el tratamiento de las adicciones, basarse en los postulados sistémicos y en incluir la terapia familiar en los programas de intervención.

Las limitaciones del presente trabajo, son las inherentes al empleo de la metodología utilizada, debido a que la revisión bibliográfica realizada no garantiza que esté representado todo el universo de publicaciones que versan sobre el tema en cuestión. Otra dificultad que se ha tenido que enfrentar es que la gran mayoría de publicaciones sobre drogas y terapia sistémica provienen de estudios anglosajones, con la dificultad añadida de tratar de evitar imprecisiones terminológicas y conceptuales derivadas de la traducción, o de la relativa a que los traductores pueden incurrir en sesgos a la hora de transmitir la idea inicial.

Además de estos inconvenientes metodológicos, también ha habido dificultades debido a que la incorporación al estudio y tratamiento de las drogodependencias, desde una

mirada sistémica, es relativamente reciente, escaseando los trabajos al respecto y estando muchos de ellos en procesos inconclusos hasta la fecha. Otro inconveniente encontrado es la imposibilidad de generalizar los resultados obtenidos, dado que los mismos autores han manifestado en general sesgos metodológicos por no usar muestras lo suficientemente grandes y por carecer de estudios longitudinales de más de 2 ó 3 años de seguimiento que puedan aportar conclusiones significativas.

El presente trabajo de investigación parte de la curiosidad personal por saber qué aportes y contribuciones brinda el enfoque sistémico al tratamiento de la adicción a las drogas, para poder ser incluido en un programa de tratamiento de amplio espectro. Este trabajo ha sido introductorio, ya que pretendía esclarecer si las técnicas sistémicas eran eficaces en el tratamiento de las toxicomanías y qué técnicas específicas han sido utilizadas con estas familias con uno o más miembros consumidores de drogas. Así, una vez que se ha confirmado el objetivo de la investigación, el siguiente paso es profundizar en algunas de estas técnicas para llevarlas al campo aplicado.

De cara al futuro un reto sería aclarar cuáles son los componentes de estas técnicas que las hacen eficaces. Otro reto sería poder encontrar qué técnicas sistémicas son superiores a otras en el tratamiento y de ser posible estandarizarlas para que puedan ser utilizadas en perfiles de familias con determinadas características. Decir esto, no equivale a buscar un tratamiento estándar y general, ya que la idea que pretende transmitir este trabajo no es otra que en el tratamiento de las drogodependencias debe evaluarse pormenorizadamente cada caso en particular para poder ofertar un “tratamiento a medida” dependiendo de las necesidades de cada individuo o grupo familiar.

La relevancia de esta investigación es que permite al lector entender qué técnicas sistémicas se han venido utilizando en el tratamiento de las drogodependencias, para que por ejemplo, el clínico pueda profundizar en ellas y aplicarlas e introducirlas en un modelo integral del tratamiento de las drogodependencias. Es más, también sería deseable que los diseñadores estatales de los programas de prevención y tratamiento de las drogas, estuvieran en condición de exigir a algunos de los profesionales que atienden en la red de las drogodependencias el conocimiento o especialización en técnicas sistémicas para el abordaje de las toxicomanías.

En la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2018, queda latente el interés por el enfoque sistémico pues se mencionan aspectos tales como: *fortalecer* y *potenciar la*

*capacidad de las familias como principal agente protector del consumo de drogas y alcohol, fortalecer la calidad de la atención de los programas de tratamiento de acuerdo a las necesidades específicas de las poblaciones atendidas, desarrollar el conocimiento científico y la investigación que permitan la acumulación de evidencia para fundamentar decisiones, y formación y capacitación de recursos humanos en el ámbito de las drogas;* entre otros. Es decir, que la estrategia entiende la pertinencia de incluir a profesionales especializados en la atención de los consumidores de drogas y sus familias tanto en la prevención como en el tratamiento de la adicción a las drogas.

De momento, aunque los estudios sistémicos parecen no haberse explorado lo suficiente; en Chile podemos ser optimistas, pues hay un buen sistema de canalización cuando un adicto se enfrenta a un problema de adicción a las drogas. Toda vez es reconocido por el sistema como consumidor, suele ser remitido a través de su aparato logístico a programas gubernamentales (SENDA, SENAME, etc.) que a su vez los remiten a centros de atención generales (COSAM, CESFAM, etc.) o específicos (Renacer Juvenil, Programas de Intervención Especializada, etc.). Tener un buen programa de detección y derivación, sin dejar de lado los programas de prevención, es crucial en la estrategia. También lo es, el reconocimiento de la existencia de “herramientas” terapéuticas, *terapia familiar sistémica*, que están demostrado resultados esperanzadores en la remisión y sobre todo en el mantenimiento y prevención de la recaída.

Una vez más conviene señalar el poco tiempo que pasan los adolescentes consumidores por los programas y que cuando exceden este tiempo entran en un bucle rotativo por muchos de los programas de la red, entrando y saliendo continuamente de ellos. Tener esto presente hace que deba considerarse como positivo el hecho de empoderar a las familias y a las personas con adicción. Aspecto éste que supone implicar y/o capacitar a profesionales en terapia sistémica para que acompañen a las familias en este largo, pero crucial, periodo de transición hacia una vida mejor y libre de drogas.

Para finalizar, aunque no sea el objetivo de este trabajo de investigación, y dado que el debate de si hay que legalizar o no el cannabis (y/o otras drogas) está presente en muchas sociedades modernas, y también en Chile por parte de algunas organizaciones pro-cannabis y que pretenden que el congreso apruebe la “Ley de autocultivo” para que el consumo de esta sustancia sea despenalizado, merece la pena pararse a reflexionar sobre el tema. Por lo comentado en algunas secciones de esta tesis, es importante desde el punto de vista que pretende transmitir el presente trabajo de investigación, que las

políticas que se ejercen desde las instituciones gubernamentales no se centren en el debate de si hay que legalizar o no a las drogas, dado que sería muy complicado establecer la supuesta inclusión categórica de éstas y la posible diferenciación en drogas “blandas o duras” para ser o no legalizadas (recuérdese que algunos consumidores de cannabis, “droga blanda”, pueden cumplir los criterios diagnósticos de dependencia “severa”, mientras otros que consumen “drogas duras” pueden no cumplirlos) . Ese camino es escabroso, ya que paradójicamente las drogas que más víctimas anuales se cobran son aquéllas aprobadas por las instituciones gubernamentales, como lo son el alcohol y el tabaco, sean por sus efectos directos o indirectos. Todo pareciese transcender a que la posible solución debería ser más de corte cultural-educativo, o al menos sería un muy buen aliado en esta batalla. Si los gobiernos dedicasen más recursos a las campañas de prevención masificadas en las que todos los ciudadanos desde la infancia y sistemáticamente por decreto fuesen informados y evaluados de todos los efectos biopsicosociales negativos y/o “positivos” que pueden producir las drogas, en qué son las drogas (no sólo las ilegales), etc., es probable que un alto porcentaje de la población, habiendo desarrollado un sólido criterio para realizar un balance de costos-beneficios sobre las drogas, no consumiese. Y respecto a los que consumiesen, o sus familias, deberían tener argumentos para poder identificar y predecir los síntomas negativos para buscar en su momento la pertinente ayuda. De todas formas siempre quedaría un grupo que pese a todos los esfuerzos requeriría ayuda terapéutica por no “poder” cesar en su consumo (como por ejemplo algunos alcohólicos)

Y es entonces en este último grupo dónde cobra sentido iniciar tratamientos psicológicos integrales personalizados. Se habló de la multicausalidad de las drogodependencias, eso debería justificar que no hubiese programas estándar para el tratamiento de las adicciones. No sólo hay que evaluar al sujeto, también a sus familias para ver si hay factores, que aunque hayan sido importados por los sujetos y sean portados en la actualidad por éste, podrían haber sido adquiridos en la infancia en el seno familiar o transmitidos intergeneracionalmente, y pese a que en la actualidad sean tratados y revertidos, si sólo se trata el síntoma y no la etiología (patología dual), se podrían disminuir mucho las posibilidades de remisión total del síntoma. Hasta aquí llegaría en principio la psicología, pero no significa esto que esta problemática no deba abordarse desde otras parcelas de la ciencia, ya que el consumo de drogas también es un problema social y se debería desde la sociología, realizar estudios para analizar los factores sociales que influyen en que una determinada sociedad o comunidad se vuelva más

proclive al consumo de sustancias, o desde la antropología se realizasen estudios sobre el impacto de las drogas en otras culturas, por ejemplo. También las ciencias de la salud, tienen este compromiso, ya que por ejemplo a través de la neurociencia cognitiva se pueden esclarecer muchos factores neurobiológicos que median en la adicción-recaída y proponer soluciones. Igualmente la farmacología, como se ha venido trabajando hasta la fecha con los sustitutivos (agonistas farmacológicos) de determinadas drogas (metadona-heroína); o los fármacos (interdictores) que producen efectos aversivos si se consume la sustancia (Alcohol-Disulfiram), etc. Lo mismo podría aplicarse desde otros saberes de la ciencia para poder realizar un “criterio” interdisciplinar sobre el tema incluyendo la mayor cantidad de variables a controlar. Una vez esclarecidos todos estos factores, y con una verdadera comisión de expertos científicos asesorando a los políticos en la realización de las políticas (preventivas) respecto a las drogas, se podría empezar a valorar y probar cómo se debería abordar este controvertido tema. Nada sería más gratificante para una sociedad o beneficioso para las familias que evitar el consumo de drogas de las generaciones venideras a través de motivaciones implícitas de éstas, y que si fuere necesario consumirlas por sus efectos terapéuticos, que también los pueden tener, (*por ejemplo el consumo paliativo de cannabis en enfermos terminales de cáncer para mejorar el apetito y olvidar los pensamientos intrusivos y rumiaciones sobre la inminente muerte*) y no ser los ciudadanos penalizados por ello (*por ejemplo una familia tailandesa de muy bajos recursos económicos que tienen varios integrantes familiares recluidos por cultivar y consumir como analgésico opio para paliar los dolores crónicos que enfrenta un anciano con metástasis o sea sin posibilidad de comprar fármacos analgésicos*).

Hay una reseña en un periódico español, El País, de hace unos años atrás, sobre la legalización del cannabis en Holanda, que parece interesante, ya que pretende mostrar que asumir decisiones políticas sin estudios controlados longitudinales de largo alcance sobre los efectos de las drogas a largo plazo, (*y peor aún sin invertir en campañas de culturización preventivas*), pueden ser contraproducentes para una determinada sociedad, debido a que se estudia la posibilidad de ilegalizar la venta y distribución de cannabis en los *coffe shops* (bares donde se expenden todo tipo de derivados del cannabis) ya que los ingresos derivados de los impuestos que recibe el gobierno de esta comercialización es menor al gasto que debe afrontar por problemas de salud mental y físicos en los consumidores crónicos de esta sustancia, además de otros causados por daños colaterales (accidentes de tránsito e indemnización a las familias de víctimas fatales, gastos médicos, accidentes laborales, problemas médicos, deserción escolar, etc.). Lo

mismo podría aplicarse al tabaco o al alcohol, si hubiese estudios económicos que relacionasen los ingresos que se obtienen por los impuestos sobre la venta de alcohol y los gastos directos e indirectos por los problemas asociados a éste (problemas médicos, psíquicos, familiares, sociales, judiciales, escolares, etc.). Lo que se pretende recalcar son dos cosas. En primer lugar que la realización de los estudios económicos nos pueden mostrar estadísticas sobre el posible perjuicio de algo invisible. Y en segundo lugar que la legalización sin más no parece solucionar el problema de la adicción a las drogas, como tampoco lo está haciendo la ilegalización de algunas sustancias o la legalización de otras.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexander, B.K. y Dibb, G.S. (1975). Opiate addicts and their parents. *Family Process*, 14, 499-514.

Ambrosio, E. (2009). *Psicobiología de la drogadicción*. Madrid: Sanz y Torres.

Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.

Austin, A.M. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: asystematic review. *Research on social Work Practice*, 15, 67-83.

Bowen, M. (1978). *Family therapy in Clinical Practice*. Nueva York: Jason Aronson.

Becoña, E. (1995). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos; *Manual de Psicopatología* (Vol. 1, pp 493-530). Madrid: MvGraw-Hill.

Becoña, E. (1999): *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan nacional de drogas.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. y Cortés, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu

Cancrini, L., Cingolani, S., Constantini, D. y Mazzoni, S. (1998). Juvenile Drug Addiction: A typology of heroin addicts and their families. *Family Process*, 27 (3), 261-271.

Casas, M., Pérez, J., Salazar, I., y Tejero, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencias. En M. Casas; *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Casas, M., y Gossop, M. (1993). *Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias: Recaída y Prevención de Recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.

De Shazer, S. (1982). *Pautas de terapia familiar breve*. Buenos aires: Paidós.

De Shazer, S. (1988). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa, 1992.

Del Abril, A., Ambrosio, E., De Blas M.R., Caminero, A., García, C., De Pablo, J.M., y Sandoval, E. (2001). *Fundamentos Biológicos de la Conducta*. Madrid: Sanz y Torres.

Diamond, G.S. y Liddle, H.A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in Multi-dimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 481-488.

Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2018. *Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE)*. Ministerio del Interior. 2009.

Fori, J.P. (1954). Heroin addiction among young men. *Psychiatry*, 17, 251-259.

Fontecilla, I.M. (2003). *Apuntes de cátedra: Psicología clínica infanto juvenil-enfoque sistémico*. Departamento de Psicología. Universidad de Chile. Santiago.

Foster, S. y Gurman, A.S. (1988). Terapias de familia. En S.J. Linn y J.P. Garske (eds.), *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos* (pp. 471-522). Bilbao: desclee de Brouwer.

Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2003). *Ludopatía y relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.

Garrido, M. y Marcos J.A. (2002). Psicoterapia Multifamiliar con Equipo Reflexivo en casos de toxicomanías. *Actas del III Congreso de la Asociación Española para la Investigación y Desarrollo de la Terapia Familiar* (págs.54-73).

Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey- Bass.

Hoffman, L. (1993). *Exchanging voices: A collaborative Approach to Family Therapy*. Londres: Karnac Books.

Hoffman, L. (1996). *Una postura reflexiva para la terapia familiar*. En S. Mcname y K.J. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

Kaufman, E. (1994). *Psychotherapy of addicted persons*. Nueva York, NY: Guildford Press.

Kandel, D. B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.

Kramer, J.F y Cameron, D.C, (1975). *Manual sobre dependencias a las drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Liddle, H.A. y Dakof, G.A. (1995). Family-based treatment for adolescent drug use: State of the science. En: *Adolescent drug abuse: Clinical assesment and therapeutic interventions*. *NIDA Research Monograph*, 156, 218-254.

Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Ungaro, R.A. y Henderson, C.E. (2004). Early Intervention for Adolescent Substance Abuse: Pretreatment to Posttreatment Outcomes of a Randomized Clinical Trial Comparing Multidimensional Family Therapy and Peer Group Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 49-63.

Litell, J.H., Popa, M. y Forsythe, B. (2007). Terapia multisistémica para los problemas sociales, emocionales y de conducta de niños y adolescentes entre 10 y 17 años. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4.

Meissner, W. (1978) The conceptualization of marital and family dynamics from a psychoanalytic perspective. En T.J. Paolino y B.S McCrady (Coords.), *Marriage and Marital Therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.

Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa, 1991.

Noone, R.J. y Redding, R.L. (1976). Case studies on the family treatment of drug abuse. *Family Process*, 15.

Organización Mundial de la Salud, CIE-10, (1996). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

Ozechowski, T.J. y Liddle, H.A (2000). Family based treatments for adolescent substance abuse: Knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 269-298.

Pinel, J.P. (2001). *Biopsicología* 4ª edición. Madrid: Prentice Hall.

Rodríguez, F. (2007). Master en Psicofarmacología y Drogas de Abuso. *Universidad Complutense*. Madrid.

Rodríguez, M. y Sanz, R. (1987). La familia del toxicómano desde el abordaje sistémico. *Comunidad y drogas*, 1, 87-103.

Rolland, J.S. y Walsh, F. (1996). Terapia familiar: Evaluación y tratamiento desde una óptica sistémica. En R.E. Hales, T.C., Yudofsky, y J.A. Talbot (comps), *Tratado de psiquiatría* (págs. 1233-1265). Barcelona: Áncora.

Rowe, C.L, (2012). Family Therapy for drug abuse: review and updates 2003-2010. *Journal of Marital & Family Therapy*. 38(1):59-81.

Satir, V. (1983). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Prensa Médica Mexicana, 1999.

Schuckit, M.A. (2000): Drug and alcohol abuse. *A clinical guide to diagnosis and treatment* (5th ed.). Nueva York: Plenum Medical Book Company.

Slesnick, N., Prestopnik, J.L. (2005). Ecologically based family therapy outcome with substance abusing runaway adolescents. *Journal of adolescence*, 28, 98-277.

Sluzki, C. (1985). Terapia familiar como construcción de realidades alternativas. *Sistemas familiares*, 1.

Stahl, S.M. (2002). *Psicofarmacología Esencial*. Barcelona: Ariel.

Stanton, M.D. y Todd, T.C. (1982). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa, 1989.

Szapocznick, J., Kurtines, W.M., Foote, F. H., Pérez-Vidal, A. Y Hervis, O. (1996). Conjoint versus one-person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 54, 395-397.

Szapocznick, J., Lopez, B., Prado, G., Schwartz, S.J. y Pantin, H. (2006). Outpatient drug abuse treatment for Hispanic adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 84 (1), 554-563.

Thompson, S. (2005). Family-based treatment models targeting substance use and high-risk behaviors among adolescents. *Journal of Evidence-Based Socila Work*, 2, 207-233.

Vallejo, M.A. (1998). *Manual de Terapia de Conducta*. Madrid: Dykinson.

Von Bertalanfly, L. (1948). *General systems theory: Foundation, development, applications*. Nueva York: Braziller.

Waldron, H. B. (1998). Substance abuse disorders. En A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.). *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 5, pp. 539-563). Oxford, RU: Elsevier Science Ltd.

Walsh, F. (1988). New perspectives on schizophrenia and families, in Chronic Disorders and the Family. En F. Walsh y C.M. Anderson (Coords.) *Chronic disorders and the family* (págs. 19-32). Nueva York: Haworth.

Whitaker, C.A. (1978). *The Family Crucible*. Nueva York: Harper & Row.