

La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones

Juan Antonio MARCOS SIERRA
Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra (Sevilla)
Miguel GARRIDO FERNÁNDEZ
Universidad de Sevilla

Resumen

En este trabajo se presenta un breve recorrido histórico sobre el papel de la terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. Siguiendo la propuesta de Rolland y Walsh (1996) se analizan con detenimiento los modelos centrados en la resolución de problemas y los modelos intergeneracionales. El objetivo básico del artículo es mostrar las aportaciones de las diferentes perspectivas y contribuir a enfoques más integradores en el tratamiento familiar de las adicciones. En esta línea se concluye con una revisión de los estudios de eficacia de la terapia familiar y se proponen líneas futuras de investigación.

Palabras clave: psicoterapia familiar, adicciones, modelos de terapia familiar, eficacia de la terapia familiar.

Abstract

This paper presents a brief historical review on the role of family therapy in the treatment of addictions. Following the proposal of Rolland & Walsh (1996) discusses in detail the models that focus on solving problems and intergenerational models. The purpose of the article is to show the contributions of the different perspectives and contribute to more inclusive approaches in family treatment of addictions. In this line concludes with a review of studies of effectiveness of family therapy and proposes future directions for research.

Key words: Family Therapy, Adiccions, Family Therapy Models, Family Therapy Efficacy, Family Therapy.

Dirección de los autores: Juan Antonio Marcos Sierra. Servicios Sociales del Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra c/Callejón del Huerto, s/n 41500 Alcalá de Guadaíra, Sevilla, *Correo electrónico:* jamarcos@alcalaguadaira.org; Miguel Garrido Fernández. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. c/Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla. *Correo electrónico:* maikel@us.es

Este trabajo ha sido posible gracias a los Convenios de Colaboración que desde el año 1997 se firmaron entre el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla y el Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra para la creación y desarrollo del Centro de Orientación y Terapia Familiar, así como la implementación de otras actividades de investigación. En este sentido, queremos agradecer al Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra, a través de su Delegación de Servicios Sociales, el apoyo y la apertura para facilitar la investigación en este campo desde su Centro de Tratamiento de las Adicciones.

Recibido: julio 2009. *Aceptado:* septiembre 2009.

El pasaje de las intervenciones individuales a las familiares y sus implicaciones en el tratamiento de las adicciones

En la década de los años 50 del siglo pasado el psicoanálisis había logrado un consenso general sobre la primacía del trabajo individual sobre el trabajo de contexto, tomándose éste en múltiples ocasiones como distorsionador de la evolución de la terapia.

A pesar de la importancia que el psicoanálisis otorgaba a la familia en el desarrollo de la personalidad de los individuos, durante muchos años los terapeutas se resistieron a la idea de ver a los familiares de sus pacientes con el fin de salvaguardar la intimidad y preservar la relación terapéutica (Coletti, 1987).

La visión predominante, apoyada por los profesionales de la salud mental de aquella época, ponía el énfasis en que todos los problemas de comportamiento eran manifestaciones de trastornos individuales y que requerían por tanto una terapia centrada en el individuo. La práctica clínica en salud mental estaba dominada por tres tipos de intervenciones: psicodinámicas, centradas en el cliente y biomédicas individuales.

Las toxicomanías hasta esos años habían venido siendo un problema muy reducido que afectaba principalmente a personas, especialmente de ámbitos sanitarios, con un fácil acceso a la heroína y a la morfina, así como a otras personas afectadas por enfermedades o heridas graves (Santodomingo, 2009).

Las aportaciones más importantes en el ámbito terapéutico provenían del psicoanálisis, pero se centraban principalmente en el problema del alcoholismo; pocos autores documentaron experiencias clínicas en el ámbito de las toxicomanías y siempre incluían sus explicaciones dentro de las mismas dinámicas intrapsíquicas del alcoholismo: fijación oral, narcisismo y su asociación con los

trastornos maniaco-depresivos y predominio de instintos destructivos (Fenichel, 1974).

En cualquier caso, las adicciones eran abordadas como aspectos intrínsecos al sujeto y por tanto requerían una terapia centrada en el individuo. El problema fue conceptualizado bajo el epígrafe de adicción o dependencia a sustancia, lo que obligó no sólo a legislar, sino a atender a las personas afectadas por el consumo, dentro de una asistencia cada vez más necesaria y reglada (Pascual, 2009).

En este contexto, relativamente adverso, comienza a desarrollarse el movimiento de la terapia familiar. Surge en parte como respuesta a las propias limitaciones del tratamiento individual: el fracaso de las terapias centradas en el individuo para proporcionar una solución a los problemas de pareja y a los problemas de padres e hijos; la observación de recaídas que a veces ocurrían cuando pacientes que habían sido tratados regresaban a sus familias; el entorno inestable y problemático que se observaba en una gran mayoría de pacientes; y la observación de que este entorno se relacionaba estrechamente con la evolución del paciente, hasta el extremo de que cuando las familias estaban pasando por una situación conflictiva, de crisis, sucedía que la mejoría del paciente se acompañaba de un empeoramiento de la familia y viceversa. Todo ello contribuyó a un creciente desencanto con respecto a aproximaciones exclusivamente centradas en el individuo en psicoterapia.

El giro paradigmático que ocurre en esta época y sienta las bases para la evolución de la terapia familiar se observa con el desarrollo de: a) la Pragmática de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jakson, 1967), b) la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1954), y c) conceptos Cibernéticos (Wiener, 1948). Asimismo, la observación directa de familias al completo en el estudio de la

esquizofrenia (Bateson, 1956) impulsó una nueva corriente de pensamiento que otorgaba una gran importancia al contexto familiar de los problemas humanos y a una intervención terapéutica destinada a cambiar los patrones de interacción disfuncionales.

Todas estas investigaciones apoyaban la existencia de unos patrones transaccionales continuos y repetidos: se observó que las interacciones reales ocurrían en forma de ciclos que mantenían o reforzaban la conducta alterada en el paciente, y que existía una compleja cadena de causalidad circular que conectaba las acciones y reacciones de los miembros de la familia. Asimismo, se comprobó que independientemente del tipo o la profundidad de la intervención terapéutica individual, los síntomas reaparecían regularmente cuando el paciente volvía a su vida anterior familiar en casa. El paso lógico siguiente fue concebir una intervención terapéutica destinada a alterar esos patrones de relación disfuncionales mediante sesiones con la familia al completo (Rolland y Walsh, 1996).

Los 60 fueron unos años de rápida expansión de la teoría y experimentación de los distintos enfoques terapéuticos familiares sobre una gran variedad de problemas. Aparecen distintas “escuelas” o modelos de terapia familiar como reflejo de diferentes visiones respecto a la formación del problema y el proceso de cambio. Sin embargo, en el campo de la investigación se hacía especial hincapié en considerar las adicciones como resultado de una predisposición genética o en una especial fragilidad personal, aunque con mayor atención a los efectos de las drogas que a las dificultades de los sujetos.

Los programas de tratamiento del abuso de sustancias introducían un componente familiar, especialmente aquéllos diseñados para el alcoholismo. A pesar de ello, muchos

de ellos trataban a la familia por separado del miembro adicto. Los denominados programas de autoayuda “doce pasos” (*Alcohólicos Anónimos, Al-Anon...*) y muchos tratamientos farmacológicos y en comunidades terapéuticas mantenían esta filosofía.

Posteriormente, en la década de los 70 y 80 comienzan a aparecer los primeros trabajos de investigación (Cancrini, 1982; Stanton y Tood, 1982) que consiguen avivar el interés psicoterapéutico en el campo de las adicciones, en el que durante años habían prevalecido las prácticas biomédicas o farmacológicas; o en la vertiente opuesta, las teorías sociológicas con un descuido manifiesto de los aspectos psicológicos.

El principio básico de estos modelos consiste en asumir que el abuso de drogas acaba siendo un eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, y que por lo tanto cualquier solución a largo plazo requiere que la familia colabore y se implique en el tratamiento.

Cancrini (1982) desarrolla los primeros estudios en Europa donde se pone de manifiesto la influencia de los factores familiares en las toxicomanías. Se centra en un mayor número de aspectos, tanto individuales como familiares y relacionales, concediendo una especial importancia a los modelos de organización y comunicación familiar. Su hipótesis relativa a la implicación de la familia y a las posibilidades de un trabajo terapéutico, ampliado a los grupos familiares completos, ha permanecido intacta hasta la actualidad.

En esos años, el programa de investigación *Addicts and Families Project*, tomando como referencia el trabajo desarrollado por Minuchin y Haley, supone una de las aportaciones más significativas del ámbito de la investigación sobre terapia familiar en las adicciones. Stanton y Tood (1982) describieron la organización y el funcionamiento de la

familia típica del toxicómano y desarrollaron las estrategias de tratamiento.

En el año 1995 el *National Institute On Drug Abuse* (NIDA) estadounidense publica una amplia revisión sobre la eficacia de los tratamientos basados en intervenciones familiares en adolescentes y jóvenes, dando sobrada cuenta de los avances que se habían registrado en este ámbito en los últimos años (Liddle y Dakof, 1995).

La introducción de las familias en el desarrollo de planes terapéuticos globales ha supuesto un éxito: al reducir las altas tasas de fracasos terapéuticos por abandonos de la desintoxicación y por recidivas tempranas, aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el uso de sustancias postratamiento y mejorar el funcionamiento familiar y la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social (Becoña y Cortés, 2008; Girón, Martínez-Delgado y González-Saiz, 2002).

Las actuales tendencias en el tratamiento del abuso de drogas tienen mayores componentes de programas de tipo ambulatorio, con ingresos hospitalarios breves, programas residenciales de corta duración, o programas de mantenimiento con metadona. Esto supone que cada vez más los pacientes en estos programas permanecen en sus hogares con su familia. De ahí la enorme importancia que han adquirido en la actualidad las intervenciones basadas en la familia.

Modelos de tratamiento familiar y sus implicaciones en el tratamiento las adicciones

Revisaremos en este apartado los principales modelos de tratamiento familiar y analizaremos sus implicaciones en el tratamiento

de las adicciones, deteniéndonos en aquellos que han demostrado un mayor desarrollo y eficacia en este ámbito. Utilizaremos para ello la clasificación establecida por Rolland y Walsh (1996) que distingue: a) *modelos orientados a la resolución de problemas* y b) *modelos intergeneracionales*.

Modelos orientados a la resolución de problemas

Los modelos encaminados hacia la resolución de problemas tienen en común que son intervenciones breves, focalizadas y muy prácticas y han experimentado un amplio desarrollo en las cuatro últimas décadas; desarrollaremos dentro de este tipo de modelos: el modelo estructural, los modelos estratégicos, el modelo estructural-estratégico, los modelos sistémico-constructivistas, así como los modelos conductuales y psicoeducativos.

Modelo estructural

El modelo estructural nació como consecuencia de los intentos de desarrollar una intervención terapéutica para jóvenes delincuentes y, posteriormente fue ampliada a familias multiproblemáticas y familias de suburbios. (Minuchin, Montalvo, Guerny, Rosman y Schumer, 1967).

Minuchin (1974) y sus colaboradores desarrollaron en el *Philadelphia Child Guidance Center* un modelo basado en la importancia de la organización familiar para su adecuado funcionamiento y bienestar de sus componentes. Los síntomas, en nuestro caso las adicciones, son reacciones desadaptativas a los cambios ambientales o evolutivos, como pueden ser las transiciones de los ciclos vitales. Centra su atención en el equilibrio de la organización familiar, analizando muy particularmente las dificultades de la jerarquía familiar y los

problemas de fronteras inciertas entre los subsistemas de padres e hijos. Los problemas de adicción son vistos como síntomas de los problemas del sistema, que actúan desviando los conflictos familiares, bien entre los padres, o entre los padres y abuelos en los casos de familias con un solo progenitor.

Para Minuchin la familia es como un sistema social que opera dentro de otro contexto social específico. Basa su modelo en tres afirmaciones: a) la estructura familiar es un sistema sociocultural abierto en transformación, b) para que la familia se desarrolle a lo largo del tiempo es imprescindible su reorganización y c) la familia se adapta a los cambios circunstanciales con el objeto de mantener su continuidad y el posterior desarrollo psicosocial de sus miembros.

Desde el modelo estructural la base de la intervención terapéutica es el fortalecimiento de los cimientos estructurales que permiten el funcionamiento familiar; más concretamente en una jerarquía generacional adecuada, en la que los padres mantienen una unidad de liderazgo férrea, y con unas fronteras claras, ni demasiado difusas ni demasiado rígidas. Este planteamiento resulta especialmente útil en el tratamiento de las adicciones en las que frecuentemente se observa un funcionamiento familiar caracterizado por la sobreimplicación de uno de los progenitores del adicto (generalmente el de sexo opuesto) y el papel periférico del otro padre.

El terapeuta estructural trabaja en la reparación o modificación de los patrones organizativos disfuncionales de forma que permita a las familias desarrollar eficazmente sus tareas funcionales básicas y afrontar con éxito las tensiones cotidianas que se producen. Con la reorganización familiar se espera que el problema desaparezca.

Tal y como hemos señalado, este modelo surge como consecuencia de los intentos de

desarrollar una intervención terapéutica para jóvenes delincuentes. Dado que el tratamiento no se basa en la exploración de los orígenes del conflicto, sino en la reestructuración del orden jerárquico familiar, de manera que los síntomas no sigan reforzándose, este enfoque ha resultado especialmente útil en el tratamiento de familias con problemas de adicción.

Modelos estratégicos

En las fases iniciales de desarrollo de la terapia familiar las aproximaciones más innovadoras e influyentes fueron el modelo estratégico y sistémico del *Mental Research Institut Group* de Palo Alto, California, el modelo de resolución de problemas de Haley y Madanes y las aportaciones del grupo de Milán. Más recientemente se han presentado otros enfoques orientados a la solución de problemas y constructivistas/narrativos.

Los modelos estratégicos tienen en común su foco en la situación social inmediata del paciente. Los problemas pueden ser vistos como un síntoma y una respuesta a una interacción familiar disfuncional. Tiene especial interés conocer y comprender cómo intentan resolver sus problemas una familia, puesto que consideran que las soluciones intentadas ineficaces pueden incrementar el problema o convertirse en sí mismo en un problema más grave. El modelo estratégico plantea que las familias actúan de la forma en que lo hacen bien porque consideran que es la más adecuada o porque desconocen otras actuaciones. En estos casos la intervención del terapeuta tiene que ir dirigida a interrumpir las soluciones ineficaces intentadas y proponer un giro de 180°. Para ello necesitan conocer las creencias de cada familia, su lenguaje, sus ideas, de manera que permita ver el problema a través de la visión de sus miembros, y tomar en consideración sus valores y esperanzas

pues son los que determinan la forma en que manejan el problema y sus dificultades para cambiar.

Desde estos modelos las familias “normales” son definidas como familias muy flexibles, con un amplio repertorio de conductas para manejar los problemas. Por el contrario, las familias disfuncionales son rígidas y pobres en alternativas.

En los modelos estratégicos la familia define lo que es “normal” o “saludable” para ellos. Esto implica que es la propia familia, junto con el terapeuta la que señala el objetivo de la terapia que en todo caso es resolver el problema que le llevó a consulta. El papel del terapeuta estratégico es definir en términos comportamentales el problema e iniciar el plan de intervención para cambiar los patrones familiares disfuncionales.

Uno de los modelos más utilizados en los últimos 25 años y que ha demostrado una cierta evidencia sobre su eficacia en el tratamiento de adolescentes que usan y abusan de las drogas es la Terapia Familiar Breve Estratégica.

Terapia familiar Breve Estratégica. La Terapia familiar Breve Estratégica es una intervención breve que se utiliza con adolescentes que consumen drogas y que presentan otros problemas de conducta. Su enfoque se basa en una combinación de las aportaciones de Minuchin (1974), Haley (1976) y Madanes (1981) y consiste en una terapia sistémica breve (el tratamiento dura entre 8 y 24 sesiones, dependiendo de la severidad del problema) y estratégica, es decir, planificada, focalizada en el problema y pragmática.

Desde este modelo el uso de drogas es concebido como una señal de malestar del funcionamiento familiar y la terapia se va a centrar en la función que cumple este síntoma en el sistema familiar.

El modelo se basa en dos principios generales (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003; Szapocznik y Williams, 2000):

1. La familia es un sistema y por lo tanto lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar. Según el enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas problema que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente.
2. Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia.

La intervención del terapeuta se orienta en el sentido de eliminar dichos patrones interactivos que están directamente vinculados a las conductas que muestra el adolescente (abuso de drogas u otras conductas problema). En todo programa de tratamiento se persiguen dos objetivos fundamentales: a) que el adolescente deje de consumir drogas y cesen las conductas problemáticas y b) modificar los patrones de interacción familiar que mantienen el síntoma.

El enfoque de estratégico breve establece que los cambios en las familias con adolescentes consumidores de drogas están directamente relacionados con:

1. *La calidad de la relación terapéutica entre el terapeuta y la familia* (“alianza terapéutica”) siendo ésta un importante predictor de eficacia de la terapia.
2. *La utilización de la reestructuración para el cambio en los patrones de interacción disfuncionales*

El terapeuta refuerza comportamientos funcionales para garantizar que sigan utilizándose y pongan en marcha habili-

dades más adaptativas. Trabaja para que la familia posea habilidades de interacción que resulten más funcionales y puedan gestionar la conducta de abuso de drogas en el adolescente.

El enfoque estratégico breve se ha utilizado en diversos contextos asistenciales: dispositivos de salud mental, programas de tratamiento para abuso de drogas y otros servicios sociales (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003). Al estar protocolizada y ser un enfoque flexible puede adaptarse a una amplia gama de situaciones.

La Terapia estratégica ha sido ampliamente evaluada y cuenta con evidencia de su eficacia en el tratamiento de los adolescentes abusadores de drogas (Austin, 2005; Szapocznik, Lopez, Prado, Schwartz y Pantin, 2006; Thompson, 2005).

Terapia centrada en soluciones. Dentro de los modelos estratégicos encontramos los avances más recientes en el *modelo de terapia centrada en soluciones* (De Shazer, 1982, 1988). Este modelo integra aportaciones de Milton Erickson y de las escuelas de terapia breve y de la narrativa.

Esta aproximación desvía la atención de los patrones y problemas a las soluciones que pueden funcionar, de forma que se presta poca atención a la naturaleza de los problemas o a la forma en que éstos aparecieron.

Una de las ideas centrales del modelo centrado en soluciones en el enfoque de la terapia es que ningún problema sucede todo el tiempo; siempre hay “*excepciones a la regla*”. Frecuentemente los pacientes mencionan comportamientos que ya tienen o pueden tener generando excepciones al problema.

El modelo se basa en una serie de presupuestos básicos a la hora de trabajar con las familias (De Shazer, 1982, 1988):

1. *El cambio es inevitable.* La estrategia básica para estimular el cambio es fomentar conversaciones que traten de soluciones y no tanto de problemas. Las preguntas sobre logros aislados incitan a los miembros de la familia a discernir acciones que contradicen la descripción saturada de problemas de la vida de la familia.
2. *Sólo se necesita un pequeño cambio,* se basa en el concepto sistémico de que cualquier cambio en una parte del sistema repercute y produce modificaciones en el resto de los componentes. Esta noción teórica se encontró experimentalmente en dos estudios realizados por el N.I.D.A. estadounidense con jóvenes usuarios de drogas y sus familias (Szapocznik, Kurtines, Foote, Pérez-Vidal y Hervis, 1986). Aplicando el método de terapia familiar breve llegaron a las siguientes conclusiones:
 - a) Es posible cambiar el sistema familiar entero a través del cambio de uno sólo de sus miembros.
 - b) No es necesario incorporar a todos los miembros de la familia para conseguir cambios en la conducta adictiva del adolescente.
3. *Los pacientes cuentan con la fuerza y los recursos necesarios para cambiar*”, se considera que cualquier logro que haya tenido un paciente en el pasado servirá de modelo para obtenerlo en el presente y el futuro. Hay mayor probabilidad que éste coopere en un modelo basado en sus éxitos que en sus errores o en conductas denominadas por otros como enfermas.
4. *Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos,* parte de una de las ideas centrales de Palo Alto, que señala que la solución intentada por el paciente constituye el problema. Los

miembros de la familia se estancan en una determinada visión del conflicto y se enganchan en pautas repetitivas de interacción, moviéndose en circuitos sin salida. Con estos pacientes, el terapeuta debe estar alerta para no hacer “*más de lo mismo*”.

5. *No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo*, establece que los terapeutas centrados en soluciones no encuentran útil reunir una amplia información histórica acerca del problema presentado. A veces sólo es necesario un mínimo de información para resolver la queja. En ocasiones, los terapeutas tienden a quedar atascados por tener demasiada información, más que por tener demasiado poca, o demasiada información acerca del problema y demasiado poca acerca de la solución.
6. *Existen muchas maneras de enfocar una situación, ninguna es más correcta que la otra*, insiste en la idea de que puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos; que la percepción de cada persona representa una parte integral, igualmente válida de una situación.
7. *Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable*, hace que los terapeutas centrados en soluciones sean terapeutas orientados al cambio y que centren su atención a los aspectos cambiantes y cambiables de las experiencias de sus clientes. Por eso, no se concentran en las características o aspectos de sus clientes o de su situación que no sean susceptibles de cambio, sabiendo que iniciar cambios positivos y ayudar a las personas a conseguir pequeños objetivos puede tener efectos inesperados y más amplios en otras áreas.

Modelo estructural estratégico

En los años 80 el programa americano “*Addicts and Families Project*” adaptó el trabajo de Minuchin y Haley en un formato de terapia familiar que se aplicó a pacientes adictos a opiáceos que recibían tratamiento con metadona. En 1982 Stanton y Todd publican un libro que constituye todo un manual de tratamiento de adictos y que abarca aspectos del problema que había sido poco o nada tratados anteriormente, desde un modelo conceptual que explica ampliamente la dinámica familiar del adicto, hasta un modelo de tratamiento con estrategias y técnicas para afrontar muy diversas situaciones.

Stanton y Todd (1982) definen su modelo de trabajo como “*estructural-estratégico*” porque, si bien introducen aspectos característicos propios, parten de los principios básicos de estos dos modelos de terapia familiar. Ambos modelos comparten una serie de planteamientos sobre la visión de las familias y/o parejas: a) se ve a las personas interactuando dentro de un contexto, afectándolo y siendo afectadas por él, b) el ciclo vital y el estadio evolutivo de la familia son importantes para el diagnóstico y para definir la estrategia terapéutica, c) los síntomas son mantenidos por el sistema y mantienen el sistema y d) la familia o pareja puede cambiar, permitiendo el afloramiento de nuevas conductas, si se cambia el contexto general. Más aún, para que se produzcan cambios individuales, debe cambiar el sistema interpersonal.

El enfoque *estructural-estratégico* de Stanton y Todd consiste en aplicar la teoría estructural como paradigma orientador, utilizando sus técnicas y al mismo tiempo aplican el modelo estratégico en cuanto que enfatizan un plan específico, los acontecimientos fuera de la sesión, el cambio en

el síntoma y la colaboración entre sistemas que intervienen en el tratamiento.

Al igual que Haley, estos autores acentúan la implicación activa de la familia de origen del paciente en la terapia, aunque ya no viva con ellos. Se trataría de hacerles volver a una fase del ciclo vital anterior, la de salir de casa, que no fue “negociada” de una manera adecuada y hacerlo de una forma correcta esta vez.

De acuerdo con esa estrategia lo primero que debe encararse es la triada compuesta por el adicto y ambos progenitores con el propósito de trabajar la individuación del adicto. En las primeras sesiones se incluye a todas las personas que viven en casa y luego se decide quiénes son indispensables en las siguientes sesiones. Resulta de gran interés considerar que los hermanos suelen ser miembros importantes en la medida en que pueden obstaculizar o apoyar los logros en el proceso de evolución.

Stanton y Todd conceden un especial interés a que en el tratamiento puedan participar también otros sistemas implicados, tales como amigos, parientes importantes, o personas cercanas del ámbito laboral, escolar o legal.

Establecen rutinariamente tres metas en el tratamiento: 1) el abandono del uso de drogas; 2) uso productivo del tiempo y 3) que el adicto consiga una situación estable y autónoma.

Al ser el uso de drogas la parte más importante en el tratamiento de familias de adictos lo primero a encarar es el proceso de desintoxicación. Aunque ciertamente el terapeuta debe negociar las metas con la familia sin imponerlas no debe perder de vista que el foco de las sesiones es el uso de drogas hasta que se observe mejoría en este aspecto. Solamente si se ha mantenido un periodo de abstinencia de al menos un mes, puede pasarse a otros objetivos que tienen

relación con el proceso de emancipación y autonomía funcional del paciente.

El terapeuta debe establecer una alianza con ambos padres en la etapa de inicio, buscando conseguir un frente común con una posición firme ante el adicto. Debe promover que trabajen juntos, como un equipo incluso tomando partido contra el adicto para señalar límites y reglas dentro de la casa. Aunque puede resultar absurda tratándose de adultos no hay que perder de vista que en muchos sentidos están infantilizados.

El terapeuta debe ayudar a los padres y al resto de la familia a centrarse en tareas positivas y alcanzables. Es muy importante que los padres y el resto de la familia se concentren en “reglas domésticas” sobre todo en aquéllas que tienen que ver con el consumo de drogas. Estas reglas domésticas deben ser negociadas durante la sesión, de forma que el terapeuta pueda observar las interacciones durante el proceso de negociación e intervenir para aumentar la probabilidad de alcanzarlas. Una conducta específica que resultó especialmente importante en este trabajo fueron los resultados de los análisis de orina, en los que podía haber un indicador objetivo de la evolución y que no permitía a las familias dejar de lado el problema de la droga, siendo también de utilidad a la hora de presionar al paciente a que asuma su responsabilidad.

De acuerdo con Stanton y Todd el desafío y la confrontación no suelen ser de gran utilidad en este tipo de familias, que suelen presentarse de forma defensiva y resistente. En este trabajo de investigación estos autores desarrollaron una serie de estrategias orientadas a promover la participación de las familias en el proceso terapéutico. A través de las “atribuciones nobles” aun en conductas no totalmente constructivas de parte de los padres, los terapeutas consiguen una eficaz alianza con los progenitores, que, en general,

son muy sensibles a las acusaciones del adicto y muchas veces caen en la autoacusación de tal conducta.

El modelo de estos autores señala que mediante el consumo de drogas el adicto no está totalmente dentro ni totalmente fuera de la familia. Es mimado cuando está dentro y se le echa la culpa a la droga cuando está fuera. Es competente dentro de un marco de incompetencia como el de la droga.

Modelos sistémico-constructivistas

En la década de los años 80 distintos terapeutas sistémicos (Hoffman, 1993; Sluzki, 1985) han ido adoptando progresivamente una perspectiva constructivista, que ha supuesto un importante cambio: de las secuencias de conducta se ha pasado a la co-creación del significado. Aunque en sus inicios el enfoque sistémico de la terapia familiar y de pareja se centró en la circularidad de las conductas de los distintos miembros de la familia, con la perspectiva constructivista el interés ha pasado más bien al plano de los significados familiares compartido de dichas conductas (Feixas, 1991).

Poco a poco el constructivismo se ha erigido en una nueva postura epistemológica que propone que el sujeto (observador) construye activamente el mundo externo y que la realidad puede ser interpretada de muchas formas distintas, de modo que la idea de adquirir un conocimiento "verdadero" de las cosas se convierte en una ilusión (Watzlawick 1988). Sin embargo, el constructivismo no se presenta como una alternativa al modelo sistémico, sino como una perspectiva que surge de una reflexión epistemológica que abarca el uso de muchas de las intervenciones sistémicas (Neimeyer y Mahoney, 1998)

Lynn Hoffman describió la evolución del movimiento sistémico hacia una pos-

tura sistémico constructivista (Hoffman, 1985, 1990, 1996), destacando sobre todo el cambio terapéutico resultante de poner el énfasis sobre los significados compartidos por la familia en vez de en las secuencias de conductas, es decir, a estudiar como construyen la conducta diferentes miembros de la familia. Los problemas son explicados como mitos familiares, premisas o sistemas de creencias familiares que son coherentes con las conductas sintomáticas.

Hoffman (1996) destaca las principales características del enfoque sistémico-constructivista:

- a) No hay una creencia en la realidad objetiva. Los problemas existen en el reino de los significados.
- b) Cambio del foco de conductas a ideas.
- c) El problema crea el "sistema". En este punto se postula la inexistencia de una unidad de tratamiento absoluta como el "sistema familiar", sino que se tiene en cuenta al grupo de personas que conversan acerca del problema.
- d) El terapeuta está por todos y para todos. Desde esta posición el terapeuta trata de encontrar el sentido a todas las posturas encontradas en el sistema conversacional por encima de las posturas personales que tenga, adoptando una postura de neutralidad, pluralidad o multipartialidad.
- e) Relativa ausencia de jerarquía. La posición acerca de la ausencia de una interpretación de la realidad más verdadera que otra hace que el terapeuta se coloque como "otro más" en la conversación.
- f) Menor énfasis sobre aspectos del poder y del control. Más bien se opta por aquellas posturas terapéuticas que propician un reparto equitativo del control y del poder que a menudo se atribuye al terapeuta y a la terapia.

- g) Tendencia a inhibir la intencionalidad. La tarea del terapeuta es la de crear un contexto comunicacional dónde se puedan producir sistemas conversacionales menos patologizantes más que aplicar determinadas técnicas que propulsan el cambio.

Todos estas y muchas otras contribuciones teóricas que se han ido realizando desde los años ochenta favorecieron el clima de renovación que pretendía ofrecer la técnica del Equipo Reflexivo, en la que nos detendremos brevemente en esta revisión.

El *equipo reflexivo*. Es una modalidad de trabajo sistémico constructivista propuesta por Tom Andersen en su obra de 1991 "*The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about Dialogues*". Parte desde una posición sistémica en el sentido que la forma de trabajo es la clásica de entender los procesos de interacción en los sistemas humanos como circulares y sometidos a las ya conocidas leyes de la cibernética, pero la técnica en sí contiene la filosofía que define al constructivismo aplicado a la psicoterapia. Básicamente consiste en un sistema de entrevista en el que un grupo de terapeutas observa la sesión que otro u otros terapeutas mantienen con el o los pacientes en otra sala. Hasta aquí el formato es el que ha sido descrito más típicamente dentro del campo de la terapia familiar sistémica. Sin embargo, esta técnica introduce una variante importante: en un momento dado de la entrevista el equipo que observa pasa, bien por requerimiento del sistema formado por los pacientes y el terapeuta o a petición propia, a dialogar ante los pacientes acerca de lo acontecido durante la sesión.

La idea de invertir el proceso de observación surgió en 1985 durante el trabajo de Andersen y su grupo con una familia. A raíz

del estancamiento observado en el proceso de tratamiento, surgió por parte de la familia la idea de escuchar lo que el equipo, al otro lado del espejo, pensaba de lo transcurrido durante la sesión. La aceptación de este movimiento espontáneo del interés de la familia permitió introducir en la sesión nuevos puntos de vista y una perspectiva diferente del proceso terapéutico tanto para la familia como para los miembros del equipo y el terapeuta (Andersen, 1987).

Desde entonces, el trabajo con pacientes individuales, parejas y familias, con la modalidad del Equipo Reflexivo se ha extendido no solo dentro del campo de la psicoterapia, sino también dentro del campo de la formación y entrenamiento de futuros psicoterapeutas y su filosofía se ha extendido incluso al tratamiento de los problemas derivados del estrés en los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental (Garrido y Fernández-Santos, 1997).

Las posibilidades terapéuticas del Equipo Reflexivo surgen gracias a la posición de "profundo respeto" desde la que se plantean las visiones proporcionadas por el equipo tendentes a "normalizar" las dificultades planteadas por la familia, presentando y ampliando aspectos de la relación que pasan a un segundo plano tras la irrupción de la adicción (Andersen, 1991). Pero no sólo eso, sino que además las intervenciones del equipo, activan, desde una posición de privilegio (como observadores de dos sistemas interactuantes) aspectos "sanos" de la relación, convergiendo así su posible eficacia, con la filosofía de las escuelas de terapia familiar breve en las que la intervención pasa por aumentar las soluciones y dejar a un lado las conversaciones sobre problemas (De Shazer, 1982; 1985), planteando nuevos significados a las narraciones ofrecidas por los clientes (Neimeyer, 1985), externalizando el problema (White, 2000),

introduciendo nuevas perspectivas a través de metáforas, connotaciones, etc. y ampliando el discurso narrativo a través de la introducción de variantes en la temporalidad, las atribuciones, el contexto, etc. (Sluzki, 1992).

En el campo de la investigación con la técnica del Equipo Reflexivo aplicada al tratamiento de las adicciones, existen las aportaciones de los primeros trabajos sobre eficacia de la técnica (Garrido, Jaén y Domínguez, 2003; Garrido y Marcos, 2002; Jaén, 2001) que pueden suponer nuevas vías para el estudio y tratamiento de las técnicas sistémicas con familias con problemas de adicción.

Modelos conductuales

La base teórica a partir de la cual se desarrollaron principalmente los modelos conductuales de terapia familiar son los principios de la modificación de conducta y el aprendizaje social.

Estos modelos comparten dos principios fundamentales: a) enfatizan la importancia de las normas familiares y de los procesos de comunicación familiar y b) consideran a las familias como contextos de aprendizaje crítico, creados, y simultáneamente contestados por sus miembros. Se centran, por lo tanto, en las condiciones bajo las cuales se aprende, influencia y cambia la conducta.

En el modelo conductual familiar se especifican los objetivos de la terapia en términos de conductas observables y concretas. El trabajo terapéutico se basa en el aprendizaje de conductas, en guiar a los miembros de la familia a aprender modos más efectivos de relacionarse, utilizando el cambio de las consecuencias de su conducta interpersonal, o las contingencias del reforzamiento. El terapeuta enseña a la familia o a la pareja, formas más efectivas de influir en las conductas ajenas reforzándolas de una manera positiva.

Dentro de los modelos conductuales analizaremos algunos de los más utilizados en el tratamiento de las adicciones. Además de la *Terapia conductual y de pareja*, incluimos en este tipo la *Terapia Familiar Multidimensional* y la *Terapia Familiar Multisistémica*, que son modelos de intervención que representan una nueva generación de técnicas basadas en la terapia familiar sistémica y en las teorías sobre ecología social y del desarrollo.

Terapia conductual familiar y de pareja.

Es un programa multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan el consumo de drogas, el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias y el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas (O'Farrell y Fals-Stewart, 2002).

Básicamente, consiste en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares, utilizándose en paciente casados o que conviven con parejas no consumidoras de drogas.

Diversos estudios han comprobado la eficacia de la Terapia conductual familiar y de pareja dirigida a mejorar las relaciones familiares, para ayudar a incrementar las tasas de abstinencia (Becoña y Cortés, 2008).

Terapia Familiar Multidimensional.

Es un tratamiento para el abuso de drogas ambulatorio centrado en la familia. La base central de este enfoque consiste en examinar cómo se produce el uso de drogas de los adolescentes en términos de redes de influencias (considerando al propio adolescente, a su familia, a sus iguales, a la comunidad en la que

se integra). El trabajo terapéutico se orienta en la línea de reducir el comportamiento no deseado, es decir, el consumo de sustancias y aumentar los comportamientos deseados y generalizarlo a otros contextos y situaciones. El terapeuta desarrolla sesiones en las que trabaja individualmente con el adolescente y otras con toda la familia. Estas sesiones pueden tener lugar en el centro de tratamiento, en la propia casa, en la escuela o en otros sitios a los que suele ir el adolescente. (Diamond y Liddle, 1996).

En dichas sesiones terapeuta y adolescente trabajan en tareas de aprendizaje de toma de decisiones, de negociación, de habilidades de vida, de habilidades sociales para la resolución de problemas. Se trata de que los jóvenes tengan capacidad para comunicar sus pensamientos, para expresar sus sentimientos y para poder desenvolverse de forma más eficaz en las situaciones de la vida cotidiana. El trabajo con la familia incluye que los padres observen su estilo particular en la educación de los hijos, que aprendan a diferenciar la influencia sobre los hijos del control y que adquieran habilidades de influencia positiva y apropiada sobre sus hijos.

La Terapia Familiar Multidimensional ha demostrado eficacia en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en diversos contextos (familiar, escolar), además de reducir el consumo de drogas durante el tratamiento Liddle, Rowe, Dakof, Húngaro y Henderson (2004).

Terapia Familiar Multisistémica. La *Terapia Familiar Multisistemática* maneja los factores asociados con severos comportamientos antisociales en niños y adolescentes que abusan de drogas. Es un modelo de trabajo utilizado con jóvenes agresores, violentos crónicos para prevenir o atenuar la actividad delictiva. El modelo se basa en

un enfoque social y ecológico de la mente humana que considera que la delincuencia es una conducta multideterminada: la conducta delictiva se une con características importantes de los jóvenes y la familia, amigos y escuela (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland y Cunningham, 1998). Se utilizan estrategias orientadas hacia la acción, incluyendo técnicas de la terapia de conducta y la terapia cognitivo conductual, dentro de un marco integrador.

La intervención en este modelo es flexible integradora y multifacética, para abarcar los múltiples determinantes de la conducta antisocial. Considera la conducta como el resultado de las interacciones recíprocas entre los jóvenes y los sistemas interconectados en los que se construye la propia identidad. Trabaja identificando factores individuales y familiares que puedan influir en las conductas irresponsables, integrando el plan de intervención con los sistemas relacionados (familia, escuela, amigos y comunidad).

Este modelo plantea que los servicios basados en el hogar y enfocados hacia la familia sean intensivos, de duración determinada y muy prácticos para conseguir un objetivo principal: capacitar a los padres a través de habilidades y recursos para resolver las dificultades de crianza de los adolescentes y relacionarse de forma efectiva y autónoma con el entorno. Además, la intervención se realiza en los contextos en los que se desenvuelve el adolescente (casa, escuela, centros recreativos), con la intención de desarrollar una red de apoyo social entre los padres y el entorno social.

A pesar de que no existen estudios que evidencien la eficacia de este enfoque de terapia en comparación con otras intervenciones con jóvenes no existen pruebas de que esta intervención tenga efectos perjudiciales (Littell, Popa y Forsythe, 2007).

Modelos psicoeducativos

Los modelos psicoeducativos contienen elementos de los modelos familiares estructurales y conductuales, pero eluden las intervenciones de tipo más indirectas de los abordajes estratégicos. Las intervenciones psicoeducativas, a diferencia de los modelos terapéuticos más tradicionales que sostenían las influencias de la familia en la génesis y mantenimiento del problema, se basan en que la familia es un instrumento valioso y esencial en el proceso terapéutico. La intervención familiar se orienta en el sentido de apoyar y educar a la familia, de darle información práctica, de ofrecer guías de actuación concreta en determinados problemas y de apoyar el manejo de crisis ocurridas relacionados con el problema. Este tipo de intervención intenta corregir las atribuciones causales de culpa y las experiencias de tratamiento inútiles de muchas familias de pacientes con enfermedad mental (Walsh, 1988), aspecto de enorme interés en el tratamiento familiar de las adicciones.

El interés de los modelos psicoeducativos en el tratamiento de las adicciones reside en su aplicabilidad a un buen número de enfermedades crónicas. En estos modelos no se cuestiona la base biomédica del problema, pero sostiene que se pueden producir situaciones de estrés que causen alteración de las cogniciones y conductas en los componentes familiares que con el apoyo concreto y la información adecuada la familia se convierta en un recurso básico para el manejo a largo plazo de la enfermedad.

Los programas de intervención suelen ser muy estructurados y dirigidos a la familia intentando evitar los abandonos de tratamiento, disminuir la tasa de recaídas, devolver al paciente un funcionamiento efectivo en la comunidad y reducir el estrés familiar. El objetivo es doble: 1) disminuir la vulnerabili-

dad del paciente mediante el mantenimiento farmacológico, y 2) incrementar la estabilidad familiar mediante el descenso de su ansiedad y preocupación por el paciente, el aumento de sus conocimientos sobre la enfermedad, y el incremento de su confianza acerca de sus propias capacidades para manejarla. Las presiones mutuas entre el paciente y su familia se reducen una vez que se consiguen estas metas.

Modelos intergeneracionales orientados hacia el desarrollo

Los modelos intergeneracionales tienen un carácter más explorador, menos focalizado que los modelos orientados hacia la resolución de problemas y están orientados hacia el desarrollo. Entre los principales modelos intergeneracionales de terapia familiar que describiremos están los modelos psicodinámicos, el modelo de Bowen y el modelo vivencial.

Modelos de orientación psicodinámica

En no pocas ocasiones encontramos que teóricos e investigadores del campo de la terapia familiar han utilizado puentes entre las teorías psicodinámicas y sistémica familiar. Los terapeutas sistémicos familiares, a diferencia de los teóricos psicoanalíticos más ortodoxos que hacían depender primariamente el desarrollo normal o patológico de los individuos de las influencias maternas en la niñez temprana, pusieron su atención en los procesos dinámicos continuados de la familia como una unidad social, por encima del desarrollo familiar o individual.

En los modelos psicodinámicos en terapia familiar la interacción familiar se conceptualiza en términos de relación entre objetos, internalizaciones relacionadas y procesos

de introyección y proyección (Meissner, 1978). Los padres son contemplados, tanto de forma individual, como por las relaciones maritales y paternas que crean, como piezas fundamentales del funcionamiento familiar “saludable” o “patológico”, y del necesario proceso de individualización de los hijos. En gran medida se asume que dicha capacidad de funcionar como esposo y como padre vienen influenciadas por sus propias experiencias individuales en su familia de origen.

Para estos modelos las toxicomanías se deben a procesos proyectivos familiares compartidos que provienen de conflictos pasados no resueltos o de pérdidas en la familia de origen. El miembro sintomático puede ser utilizado como víctima expiatoria de los conflictos familiares no resueltos (Ackerman, 1958). La pérdida de una relación significativa en la familia de origen puede alterar el sistema familiar completo, produciendo conmoción emocional y llevando a un duelo no resuelto que genera síntomas en un miembro de la familia.

La intervención tiene como objetivo la resolución de los conflictos y pérdidas de la familia de origen, la disminución de los procesos de proyección familiares, la reunión y reconstrucción de las relaciones y el pleno desarrollo personal y familiar. El proceso se orienta hacia la introspección uniendo la dinámica pasada y presente, ayudando en la resolución de conflictos y pérdidas y facilitando modos más sanos de relación.

El Modelo de tipología familiar de Cancrini. Uno de los modelos que han tenido más repercusión en Europa entre los profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones es el de *Tipología familiar de Cancrini*. Este modelo desarrolla los aspectos psicodinámicos de las adicciones y otras aportaciones de la teoría relacional-sistémica de las familias

de los adictos: a) la organización familiar y los modelos de comunicación, b) la personalidad y las características de los comportamientos de los adictos, c) los modos en que las familias se relacionan con los servicios asistenciales y d) el análisis de la utilidad de los distintos métodos terapéuticos.

Cancrini sustenta la idea de que no es la droga la que produce el sufrimiento, sino que éste ya existía previamente. El uso de drogas por parte del toxicómano, desde el plano motivacional, es un intento evasivo y equivocado de “*autoterapia*”.

La heterogeneidad en las toxicomanías permite plantear clasificaciones en tipológicas. Bien desde el punto de vista de la psicopatología individual o bien desde lo sistémico interpersonal, se constata que las toxicomanías no son exclusivas de una sola categoría de personas o grupos familiares.

Con estas premisas propone una tipología en la que se combina lo individual y lo sistémico, lo cual es lógico si se reflexiona acerca de la necesidad de pasar por unas experiencias subjetivas destacadas para el individuo, antes de desembocar en la toxicomanía. Aplica una clasificación basada en la asunción de la existencia de cuatro tipos diferentes de toxicomanía con un importante componente psicopatológico en su génesis. Dichas tipologías son: a) traumáticas, b) a partir de neurosis actual, c) de transición y d) sociopáticas.

En las *toxicomanías traumáticas* lo que describe este tipo de adicción es un acontecimiento traumático que desmorona el equilibrio psíquico de la persona y, ante la imposibilidad de expresar el duelo, se produce una evolución patológica. Clínicamente, la toxicomanía se manifiesta con una aparición rápida del consumo y una ruptura brusca con el anterior estilo de vida, así como de una conducta autodestructiva y teatral.

En las *toxicomanías a partir de neurosis actual*, el comportamiento toxicómano del hijo se da en un escenario de crisis parental, atrayendo la tensión familiar y distrayendo la de sus padres, cumpliendo una función homeostática. El comportamiento es más bien controlado y de tendencia no muy grave, connotación depresiva del estado de ánimo y actitud de exhibicionismo.

En las *toxicomanías de transición* la adicción compensa o cubre rasgos de personalidad inmadura (estructura borderline o alternancia de fases maniaco-depresivas). Se da un comportamiento ritualista, compulsivo y destructivo y frecuentemente se da politoxicomanía.

Las *toxicomanías sociopáticas* engloban comportamientos antisociales y familias profundamente deterioradas. El conflicto psíquico se expresa a través del acting-out: actitud desafiante, frialdad en un ambiente hostil, de marginación, conductas antisociales previas al consumo, etc. Descuido hacia sí mismo, uso no selectivo de fármacos y débil capacidad de sentir emociones.

En relación a los tratamientos más idóneos Cancrini señala que en las toxicomanías traumáticas lo idóneo sería la psicoterapia individual; en las toxicomanías a partir de neurosis actual y de transición la terapia familiar; en las sociopáticas la terapia familiar y comunidad terapéutica.

La propuesta del modelo de Cancrini tuvo como consecuencia una serie de investigaciones que usaron esta clasificación para comprobar la eficacia de la terapia en jóvenes adictos, así como la relación entre las tipologías y los diferentes programas terapéuticos (Cancrini, Cingolani, Constantini y Mazzoni, 1988; Cancrini, Constantini y Mazzoni, 1985; Cancrini y Mazzoni, 1993; Marcos, Tenorio, Millán, Pérez y Rosa, 2001).

El Modelo etiopatogénico relacional de la adicción a la heroína. Dentro de los modelos intergeneracionales de orientación psicodinámica podemos encuadrar el modelo etiopatogénico relacional de la adicción a la heroína desarrollado por Stefano Cirillo y su equipo (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999).

A partir de los trabajos de investigación desarrollados en el Nuevo Centro de Milán, Cirillo ha conseguido representar las características de la familia del toxicodependiente, tanto en sus aspectos disfuncionales relativos a tareas de crianza y emancipación de los hijos (funciones educativas y de asistencia por parte de los padres), como en las vicisitudes relacionales, cargadas de sufrimiento, que implican a distintos miembros de la familia nuclear en referencia a las familias extensas. El modelo tiene un alcance trigeracional, donde la transmisión intergeneracional del trauma resulta el factor etiopatogénico de mayor relieve.

El modelo de Cirillo plantea que los padres del toxicodependiente transmiten intergeneracionalmente una cultura afectiva y relacional adquirida en la relación con los respectivos padres cargada de vicisitudes carenciales y traumáticas, pero impensables como tales, no elaboradas e inexpresadas, que es un grave obstáculo para una adecuada asunción del rol parental.

En su modelo etiopatogénico de la adicción a la heroína Cirillo pone en evidencia la existencia de tres recorridos distintos en el desarrollo del proceso patológico de las toxicodependencias: *el abandono disimulado, el abandono desconocido y el abandono activo*. Estos recorridos representan otras tantas modalidades según las cuales, de una generación a otra, se transmiten traumas y carencias escasamente reconocidos y elaborados.

En el trabajo con las familias Cirillo parte de un aspecto fundamental de teoría de la técnica que caracteriza su modo de operar y expresar al mismo tiempo una concepción de fondo de la familia y de la terapia familiar: la utilización de la reconstrucción histórica de las fases evolutivas del ciclo vital familiar.

Se trata de reconstruir durante las sesiones pasajes significativos de los acontecimientos con valor privativo, luctuoso o traumático y las relativas vivencias de los distintos miembros de la familia. Esta reconstrucción atraviesa la mayoría de las veces todas las fases evolutivas del modelo etiopatogénico y se focaliza en:

1. El malestar padecido (pero minimizado) por los padres en las relaciones afectivas con las respectivas familias de origen.
2. Las modalidades a través de las cuales este malestar ha orientado la selección y elección del *partner*, y el pesado condicionamiento que éste ha ejercido sobre la relación de pareja y sobre su misma formación (*matrimonio de interés, forzoso, inexistente*).
3. Los efectos que tales elementos han producido sobre el cuidado de los hijos y del paciente en particular, sea en la infancia por parte de la madre (*cuidado remedado, supervisión instrumental, abandono*) sea en la adolescencia por parte del padre.

La reconstrucción de la “historia emocional de la familia y del enredo entre malestar de los padres, a partir de las respectivas familias, y dificultad de los hijos (*transmisión intergeneracional de la carencia*), según Cirillo:

- a) Permite explorar el síntoma desde una óptica trigeracional que no culpabiliza

directamente a nadie, facilitando el acceso a una causalidad compleja que tiene en cuenta multiplicidad de elementos: educativos, cognitivos, emocionales, relacionales y sociales.

- b) Ofrece a cada uno de los miembros de la familia la posibilidad de considerarse parte de un sistema sufriente. En particular, da sentido al malestar experimentado por el paciente en su recorrido vital, conectándolo con una carencia real sufrida y permitiendo que sus padres lo reconozcan en tanto transposición fiel pero agravada del sufrimiento experimentado por ellos mismos en sus familias de origen.
- c) Alivia el peso de las “responsabilidades” individuales favoreciendo una mejor colaboración en la terapia, en un clima de constructiva corresponsabilización tanto por parte de los padres como del paciente.
- d) Quita al síntoma de la toxicoddependencia (y a su cronicidad) la etiqueta de “enfermedad de la voluntad”, que a menudo se le ha atribuido, dándole un significado más amplio respecto al mero uso autogratificante.

El modelo de Bowen

Bowen (1978) desarrolló su teoría sobre el sistema emocional familiar y su método de terapia, basado en el supuesto de que el funcionamiento familiar altera los patrones relacionales pobremente diferenciados, con alta ansiedad y reactividad emocional, que con frecuencia generan triangulaciones o bloqueos de relaciones altamente cargadas. Las presiones sobre el sistema familiar, especialmente las muertes, pueden disminuir la diferenciación y aumentar la reactividad. Las deficiencias en el funcionamiento, o los síntomas, pueden estar vinculados y reforzados

por el hiperfuncionamiento de otras partes del sistema en el seno de un ciclo compensatorio. Se cree que la mejoría del funcionamiento depende de que la reactividad emocional deje de bloquear el proceso intelectual. Se asume que los problemas actuales familiares o maritales, o los síntomas de un niño, se resolverán a medida que los padres/esposos se vayan diferenciando de su familia global.

El objetivo del tratamiento es ayudar a los individuos adultos a modificar sus relaciones con sus familias de origen, consiguiendo un mayor nivel de diferenciación y reduciendo la ansiedad del contacto directo. Este proceso difiere de otros modelos intergeneracionales en que promueve el enfrentamiento directo y el que los miembros de la familia compartan sus sentimientos durante las sesiones terapéuticas conjuntas. El terapeuta asume un rol objetivo como consultor o entrenador, guiando a cada individuo a través de etapas cuidadosamente planificadas. Adopta una postura cognitiva, disminuyendo la reactividad emocional, desanimando las reacciones de transferencia, y salvaguardándose de su propia triangulación en el sistema emocional familiar.

Modelos vivenciales

Los modelos vivenciales en terapia familiar han sido desarrollados a partir de las aportaciones de Virginia Satir (1983) quien combinó una aproximación comunicacional con un marco de referencia humanístico, y Whitaker (1978) quien se ejercitó en un estilo de intervención altamente idiosincrático. Ambos consiguieron una forma de terapia altamente intuitiva y relativamente atórica.

El modelo vivencial sostiene que los sentimientos y conductas de una persona son una consecuencia natural de sus propias experiencias vitales, y que las aflicciones

antiguas se propagan y fortalecen, independientemente de su consciencia o propósito, por las interacciones que se producen a su alrededor en el momento presente. Para explicar y cambiar las conductas toma en consideración varios aspectos del proceso familiar así como las influencias mutuas entre éstos. Se cree que estos ingredientes (autoestima individual, comunicación, rendimiento del sistema y principios básicos) son cambiables y corregibles (Satir, 1983).

La meta de estos modelos vivenciales es ampliar el autoconocimiento y la autoapreciación en relación con los demás mediante la provisión de una intensa experiencia afectiva en la comunicación abierta de sentimientos y diferencias. Una vez centrado en la experiencia inmediata, la información importante se obtiene a partir del comportamiento actual con otras personas, acentuándose la naturaleza holística de la interacción humana en los sistemas relacionales. El terapeuta mantiene una aproximación fenomenológica para valorar y tratar al individuo en su contexto familiar. Este abordaje se caracteriza por la exploración, experimentación, y aliento de la respuesta espontáneas entre sus miembros. Para facilitar este proceso se utilizan ejercicios prácticos, tales como la representación de papeles o la escultura familiar.

El papel del terapeuta es facilitador, siguiendo y reflejando el proceso de interacción familiar, y estimulando una comunicación auténtica y no defensiva por medio de su propia experiencia clínica con la familiar.

Este tipo de abordaje se utiliza más de cara al crecimiento personal de cada miembro de la familia como un todo, más que a la resolución de problemas específicos como principal meta del tratamiento.

Una vez descritos los principales modelos de terapia familiar así como sus impli-

caciones en el tratamiento de las adicciones pasaremos a revisar las evidencias de su eficacia en este ámbito.

Eficacia de la terapia familiar en el tratamiento de las adicciones

Una de las principales dificultades que tienen los estudios realizados para evaluar la eficacia de la terapia familiar son las limitaciones que presentan este tipo de investigaciones a nivel metodológico. A pesar de ello, los trabajos realizados han mostrado que los abordajes familiares consiguen aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el uso de sustancias postratamiento y mejorar el funcionamiento familiar y la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social (Girón y cols., 2002). Los dos últimos meta-análisis revisados sobre la eficacia de los abordajes basados en la familia han demostrado que este tipo de intervenciones son superiores al consejo individual, la terapia grupal o los grupos de psicoeducación familiar (añadidos o no a programas de mantenimiento con metadona). (Stanton y Shadish, 1997; Ozechowski y Liddle, 2000).

La primera revisión sobre tratamientos basados en intervenciones familiares con jóvenes con problemas de drogas que encontramos fue publicada por el NIDA en 1995 (Liddle y Dakof, 1995). De este trabajo se extraen algunas conclusiones de gran relevancia:

1. Hay estilos de intervención que reúnen suficientes evidencias de la eficacia del trabajo familiar con delincuentes juveniles y con drogodependientes.
2. Estas evidencias están basadas en algunos ensayos clínicos aleatorios. Aunque algu-

nos de ellos tienen imperfecciones metodológicas, hay otros con mínimos problemas de esta índole y muestran significativos avances sobre el tratamiento familiar de los problemas de conducta y drogodependencia en adolescentes y jóvenes.

3. Igualmente se ha demostrado que la Terapia Familiar ayuda a retener a los pacientes en los programas de tratamiento más que los tipos de intervenciones comunes. La relativamente baja proporción de abandono en las intervenciones que se basan en el trabajo familiar es especialmente importante dada la compleja naturaleza del problema de la adicción y la dificultad para retener a los pacientes en el tratamiento.
4. Los resultados terapéuticos de la intervención familiar son superiores cuando se comparan con los tratamientos basados en terapia grupal, educación de padres o intervención multifamiliar.

Resulta indudable que los ensayos clínicos revisados hasta la fecha de la realización del informe del NIDA demuestran la eficacia de la intervención familiar para reducir el uso de sustancias entre los adolescentes y jóvenes así como para retener durante más tiempo a los pacientes y a sus familias en los programas terapéuticos, una variable asociada a un mejor pronóstico a medio y largo plazo.

En 1997, Stanton y Shadish publicaron un meta-análisis cuyo objetivo era comprobar los resultados que se obtienen en los tratamientos de drogodependientes cuando se utilizan técnicas de intervención familiar. Dicho trabajo analiza en profundidad un total de 15 estudios seleccionados que cumplen los siguientes criterios: a) el síntoma de primer interés es la adicción, b) incluyen dos o más condiciones de comparación de las que al menos una de ellas es cualquier clase de in-

tervención familiar o de pareja y c) los casos eran aleatoriamente asignados a las diferentes condiciones de tratamiento. La muestra completa de este meta-análisis asciende a 1571 casos, habiendo sido sometidos a tratamiento un total aproximado de 3500 individuos. Por tanto se trata de un trabajo amplio y metodológicamente riguroso cuyos principales resultados fueron:

1. Los estudios clínicos controlados sobre la utilización de terapia familiar en pacientes drogodependientes en su mayor parte se atienen a un buen nivel en la calidad de sus diseños.
2. Los pacientes que recibieron terapia familiar o de pareja manifestaban de forma significativa, menor uso de drogas después del tratamiento que los que recibieron otros tipos de terapia no-familiar, tanto en adultos como en adolescentes drogodependientes
3. Igualmente, en los casos en los que se empleó terapia familiar aumentó la tasa de retención en tratamiento y hubo menos abandonos.
4. Específicamente, recibir terapia familiar fue más eficaz que recibir consejo individual, terapia grupal y otros tratamientos usuales. Ello no quiere decir que otros abordajes no sean eficaces, aunque estos podrían tener mejores resultados si se les añade terapia familiar (por ejemplo, al Programa de Mantenimiento con Metadona).
5. La terapia familiar, en comparación con la Psicoeducación Familiar logra mejorar las relaciones conyugales y la integración social tras el tratamiento. En comparación con los grupos de padres ninguna de las dos intervenciones se mostró más eficaz que la otra, aunque son escasos los estudios y las muestras que realizan esta comparación.
6. En este meta-análisis no ha sido posible comparar si dentro de las técnicas de Terapia Familiar hay algunas superiores a otras, ya que son escasos los trabajos que abordan esta cuestión.

Ozechowski y Liddle (2000) han publicado recientemente una revisión que incluye 16 ensayos clínicos y 4 estudios en desarrollo que evalúan la eficacia de las intervenciones familiares para el tratamiento de adolescentes y jóvenes adictos. Las conclusiones de esta nueva revisión vienen a corroborar los anteriores hallazgos ya mencionados.

1. Las terapias basadas en la familia con jóvenes drogodependientes logran más éxito en conseguir comprometer a las familias en los procesos de tratamiento que las intervenciones estándar.
2. Asimismo, la adherencia y permanencia al tratamiento es mayor en los programas terapéuticos que incluyen la intervención desde la perspectiva familiar.
3. Los abordajes familiares consiguen reducir el nivel de consumo de drogas postratamiento y a este respecto se muestran más eficaces que la terapia individual, la terapia de grupo de adolescentes, y la psicoeducación familiar. Además las intervenciones basadas en la familia son igual de efectivas que los grupos de padres o la terapia familiar con una persona. Igualmente reducen las conductas disfuncionales asociadas (por ejemplo, disminuye el número de detenciones postratamiento, la agresividad y las conductas antisociales).
4. Cinco estudios revisados incluían la evaluación de comorbilidad psiquiátrica pre y postratamiento y todos ellos encontraron reducciones de síntomas psiquiátricos en los adolescentes tratados.

5. Los adolescentes drogodependientes que fueron tratados con intervenciones familiares lograron un mejor funcionamiento escolar que los que realizaron tratamientos alternativos.
6. La terapia familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia (comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etc.) de los adolescentes drogodependientes.

En una reciente revisión sobre la evidencia empírica de los tratamientos centrados en la familia (Becoña y Cortés, 2008) se recogen algunos de los hallazgos más importantes ya expuestos: las intervenciones familiares en adolescentes con consumo de drogas aumentan el compromiso de los pacientes y las familias y la adherencia al tratamiento; reducen el uso de drogas postratamiento y mejoran el funcionamiento familiar y la normalización e incorporación social.

En dicha revisión se pone de relieve igualmente que la Terapia Familiar Breve Estratégica favorece el compromiso de las familias en el tratamiento y mejora la dinámica de funcionamiento familiar. Por su parte, la Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Familiar Multisistémica mejoran la retención de los pacientes, reducen el consumo de drogas y conductas problema, mejoran la dinámica familiar y la disminución de riesgos (Becoña y Cortés, 2008).

En definitiva, existe una amplia evidencia que demuestra la eficacia de las intervenciones familiares en el tratamiento de las adicciones. Si a esto añadimos que las actuales tendencias de tratamiento tienen cada vez más componentes de tipo ambulatorio y por consiguiente una mayor presencia de la familia, podemos concluir la importancia de que se incluyan estas intervenciones basadas en la familia en los programas terapéuticos

que se diseñan en los dispositivos de atención a personas drogodependientes.

Referencias

- Ackerman, N.W. (1958). *The Psychodynamics of Family Life*. Nueva York: Basic Books.
- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- 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: a systematic review. *Research on Social Work Practice*, 15, 67-83.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Wekland, J. (1956). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lolh , 1976.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bertalanffy, L.V. (1954). *Teoría general de los sistemas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1980.
- Bowen M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. Nueva York: Jason Aronson.
- Cancrini, L. (1982). *Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.
- Cancrini, L., Cingolani, S., Constantini, D. y Mazzoni, S. (1988). Juvenile Drug Addiction: A typology of heroin addicts and their families. *Family Process*, 27 (3), 261-271.
- Cancrini, L., Constantini, D. y Mazzoni, S. (1985). Toxicomanía entre los jóvenes: Un estudio de su tipología y pertenencia

- con los programas de tratamiento. *Boletín de estupefacientes*, 37 (2-3), 133-142.
- Cancrini, L. y Mazzoni, S. (1993). Hacia la definición de una tipología de la toxicomanía: Una experiencia de investigación. *Estrategias de intervención en drogodependencias: Conclusiones de las Jornadas Estatales Grup Igia* (págs. 11-55).
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Coletti, M. (1987). Teoría y epistemología del tratamiento relacional. *Comunidad y Drogas, Monografía n° 1*, 11-19.
- De Shazer, S. (1982). *Pautas de terapia familiar breve*. Buenos Aires: Paidós, 1987.
- De Shazer, S. (1988). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa, 1992.
- 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.
- Feixas, G. (1991). Del individuo al sistema: La perspectiva constructivista como marco integrador. *Revista de Psicoterapia*, 6-7, 91-120.
- Fenichel, O. (1974). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- 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).
- Girón, S., Martínez-Delgado, J. M. y González-Saiz, F. (2002). Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos*, 4, 161-170.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.
- Hengeler, S., Schoenwald, S., Borduin, C., Rowland, M. y Cunningham, P. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.
- Hoffman, L. (1985). "Beyond Power and Control: Toward a "Second Order" Family Systems Therapy". *Family Systems Medicine*, 3-4, 381-396.
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: An art of lenses. *Family Process*, 29, 1-12.
- 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. McNamey y K.J. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Jaén, P. (2001). *Evaluación y Terapia de Parejas Sistemico Constructivista de Matrimonios con un miembro jugador patológico*. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla.
- 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.
- Littell, 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.
- Madanes, C. (1981). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- Marcos, J.A., Tenorio, J., Millán, A. Pérez, J. y Rosa, C. (2001). Evaluación de tipologías en toxicomanías. *Apuntes de Psicología*, 19 (2), 263-281.
- 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.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B, Rosman, F y Schumer, H. (1967). *Families of the Slums: An Exploration of Their Structure and Treatment*. Nueva York: Basic Books.
- Neimeyer, G. J. (1985). Personal constructs in the counseling of couples. En F.R. Epting y A.W. Landfield (Eds.), *Anticipating personal construct psychology*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Neimeyer, R.A. y Mahoney, M.J. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O'Farrell, T.J. y Fals-Stewart, W. (2002). Behavioral couples and family therapy for substance abusers. *Current Psychiatry Reports*, 4, 371-376.
- 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.
- Pascual, F. (2009). Antecedentes históricos de las adicciones. Del Siglo XIX hasta 1940. En M.A. Torres (Coord.), *Historia de las adicciones en la España contemporánea* (págs. 37-82). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 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.
- Santodomingo, J. (2009). Historia de las adicciones y su abordaje en España. En M.A. Torres (Coord.), *Historia de las adicciones en la España contemporánea* (págs. 13-36). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Satir, V. (1983). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Prensa Médica Mexicana, 1999.
- Sluzki, C. (1985). Terapia familiar como construcción de realidades alternativas. *Sistemas Familiares*, 1.
- Sluzki, C. (1992). Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy, *Family Process*, 31, 494-504.
- Stanton, M.D. y Shadish, W.R. (1997) Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- Stanton, M.D. y Tood, T. (1982). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa, 1989.
- Szapocznik, J., Hervis, O.E. y Schwartz, S. (2003). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse. (NIH Publication No. 03-4751). *NIDA Therapy Manuals*

- for Drug Addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Foote, F., Pérez-Vidal, A. y Hervis, O.E. (1986). Conjoint versus one person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 395-397.
- Szapocznik, J., López, B., Prado, G., Schwartz, S. J. y Pantin, H. (2006). Outpatient drug abuse treatment for Hispanic adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 84 (1), 554-63.
- Szapocznik, J. y Williams, R.A. (2000). Brief Strategic Family Therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.
- Thompson, S. (2005). Family-based treatment models targeting substance use and high-risk behaviors among adolescents. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2, 207-233.
- 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.
- Watzlawick, P. (1988). *La realidad inventada. ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* Barcelona: Gedisa, 1994.
- Watzlawick, P., Beavin B., J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder, 2002.
- Whitaker, C.A. (1978). *The Family Crucible*. Nueva York: Harper & Row.
- White, M. (2000). *Reflections on narrative practice: Essays and interviews*. Adelaide South Australia. Dulwich Centre Publications.
- Wiener, N. (1948). *Cibernética o el control y comunicación en animales y máquinas*. Barcelona: Tusquets Ed., 1985.