

# Informe de evaluación

Programa Dianova de apoyo a las familias de personas con problemas de drogodependencias y otras adicciones

Financiado por:



ASOCIACIÓN DIANOVA ESPAÑA

**Coordinador**

Antonio Jesús Molina Fernández

**Psicólogas**

Gisela Rodríguez-Hansen

Esther Martos Azcutia

**Lugares de ejecución**

Centro de tratamiento de adicciones CTA Dianova Can Parellada (sala de reunión) y centro residencial de cuidados para drogodependientes CRCO Dianova Madrid (sala de reunión)

*“En sus orígenes, el concepto de terapia familiar resultaba ser un sinónimo de terapia sistémica. Con el tiempo, las intervenciones psicoterapéuticas que han contado con los familiares del adicto han ido diversificando su metodología, despegándose de la ortodoxia sistémica e incorporando estrategias cognitivo-conductuales o de otras procedencias, conduciendo a un cambio terminológico, que ha permitido que en el momento actual se hable de “tratamientos basados en la familia”. De hecho, este cambio de denominación está justificado por la generalización de métodos cognitivo-conductuales aplicados en un contexto familiar, lo que en realidad supone una renuncia a los principios sistémicos de la terapia familiar, al menos en lo relativo a la aplicación práctica, aunque persistan como guía general del modelo de intervención (Liddle y Dakof, 1995).” (Becoña y Cortés, 2010)*

## 1. INTRODUCCIÓN

La investigación científica y la práctica de la intervención han funcionado de manera tradicional en ámbitos diferentes, diferenciados en muchas ocasiones por los objetivos, las estrategias y los canales de financiación. Para el desarrollo de estrategias de intervención se debe transmitir información relevante y técnicamente completa para mejorar las acciones y adecuarlas a las necesidades reales de los/as actuales destinatarios/as de este tipo de programas. Hay que desarrollar sistemas de diseño e Implementación de dichos programas, puestos en marcha de manera organizada, planificada, considerando las características psicosociales y sociodemográficas de la población destinataria, deben ofrecerse en un lenguaje adecuado para dichas personas y ofrecer respuestas eficaces y eficientes, basadas en actividades concretas y específicas.

La integración en los programas de intervención, en el ámbito de la adicción, de las familias o el entorno de las personas con problemas, con especial atención a los/as descendientes se destacaba en el epígrafe 5.1.3 de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. El programa “Diseño y pilotaje del programa Dianova de apoyo a las familias de personas con problemas de drogodependencias y otras adicciones” utiliza modelos teóricos consolidados (basados en evidencia científica) para crear un programa revisable, contrastable y con vocación de ser compartido con otras entidades, con capacidad para formar parte de las redes y niveles del Sistema Nacional de Salud.

Para incluir el programa dentro de dichas redes y niveles, se sigue una coordinación funcional y técnica socio-sanitaria, cuyas características sintetizamos en las siguientes:

- Modelo biopsicosocial como marco de referencia.
- Presencia de equipos multidisciplinares y de diferentes niveles asistenciales.
- Atención desde la integración comunitaria.

- Variedad de enfoques y programas terapéuticos, así como de recursos asistenciales integrados en la red pública.
- Presencia del/la profesional responsable del caso.
- Énfasis en la atención de la inserción social.
- Importancia de la coordinación intersectorial.

El programa “Diseño y pilotaje del programa Dianova de apoyo a las familias de personas con problemas de drogodependencias y otras adicciones” se basa en diferentes elementos que proceden de varias corrientes psicológicas y modelos de intervención, principalmente en el modelo de autoeficacia que sostiene Bandura (1989; 2002) en su teoría cognitivo social del aprendizaje: la familia forma parte del contexto en el que se desenvuelve la persona como una herramienta de apoyo y referencia básica. Los modelos sistémicos entienden que dentro de las familias existen herramientas suficientes de solución de conflictos para facilitar y acelerar los procesos de rehabilitación en inserción social de las personas atendidas. Como modelo complementario utilizaremos la terapia familiar breve centrada en soluciones, TBCS, dinámica y flexible, en donde se identifican los problemas y la gama de posibles soluciones para fijar metas y alcances del tratamiento y diseñar las intervenciones adecuadas a cada caso.

Desde hace años, en la intervención en consumo de drogas y otros comportamientos adictivos (como las denominadas adicciones sin sustancia, entre las que se encuentran el juego patológico, los teléfonos móviles, internet, etc.), se ha llegado al consenso científico de la necesidad de abordar este tipo de problemas desde un enfoque biopsicosocial.

Este consenso se basa en la definición de las drogodependencias y adicciones como un “fenómeno multifactorial”, donde se integran aspectos individuales (incluyendo los directamente relacionados con las sustancias adictivas, los factores biológicos, genéticos, neuropsicológicos) con factores del contexto social primario (familia y pareja fundamentalmente) a los que se añaden los elementos del contexto macrosocial (entorno social y cultural, incluyendo el contexto socioeconómico). Estos factores interactúan entre sí, generando en ocasiones situaciones de protección y en otras situaciones de riesgo para las personas en las que se integran estos elementos.

*“Girón, Martínez Delgado y González Saiz (2002) revisaron los trabajos publicados en los 15 años precedentes en torno a las intervenciones basadas en la intervención familiar en adolescentes consumidores de drogas. De los tres estudios recopilatorios de trabajos y los dos meta-análisis, extrajeron las siguientes conclusiones:*

- 1. La evaluación de la eficacia de las terapias basadas en la familia resulta especialmente difícil por dos razones: (a) dentro de lo que se han denominado abordajes sistémicos relacionales se incluyen diferentes técnicas de intervención que, aunque basados en un paradigma teórico común, enfatizan distintos aspectos del modelo; y (b) en muchas patologías, se utilizan los tratamientos basados en la familia junto a otros recursos terapéuticos, como los farmacológicos, o las terapias individuales, grupales o los grupos de familiares.*

2. Aun contando con estas dificultades, los ensayos clínicos efectuados hasta este momento, comparando los abordajes basados en la familia frente a otros tipos de intervención terapéutica, han demostrado su eficacia al igualar al menos los resultados conseguidos con otros tipos de técnicas. Además, confirman su superioridad al añadirlos a otros tratamientos en las drogodependencias.

3. En drogodependencias, las terapias basadas en la familia han mostrado su eficacia para conseguir aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, así como para aumentar la adherencia al tratamiento (incrementar la retención) y disminuir el uso de sustancias post-tratamiento, mejorar el funcionamiento familiar y facilitar la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social.

4. Quedan algunas cuestiones pendientes por aclarar dentro de los abordajes familiares: (a) si hay algún tipo de técnica que sea más eficaz que otro; (b) cuando se combinan con otros tipos de intervenciones, cuál es la fracción de mejoría atribuible directamente al abordaje familiar; y (c) sobre qué aspectos de la disfunción que supone el trastorno (la conflictividad familiar, estructura o dinámica familiar, la integración socio-escolar-laboral, los trastornos de comportamiento asociados, etc.) ejerce más influencia la intervención familiar.

5. Es importante considerar algunos aspectos relacionados con la forma como se implementan las terapias basadas en la familia (por ejemplo, la cantidad y frecuencia de sesiones familiares; la realización de sesiones de seguimiento; los aspectos concretos en los que se centran, etc.) y con el papel que juega el terapeuta para lograr los objetivos terapéuticos marcados. A este respecto es preciso recordar que la relación terapéutica (la calidad del trato entre el terapeuta y sus clientes), por cierto escasamente evaluada en todos los trabajos revisados, parece tener gran importancia en determinar la adherencia de los pacientes a los programas terapéuticos, factor este asociado a los resultados a medio-largo plazo cuando hablamos de trastornos o patologías con tendencia a la cronicidad.” (Becoña y Cortés, 2010)

El “apoyo social” es uno de los factores que tradicionalmente se han utilizado para analizar la correlación de los anteriormente mencionados factores. Se entiende por “apoyo social” el conjunto de “provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y relaciones íntimas”. Incluye “todas las transacciones de ayuda (emocional, informacional y material) que recibimos tanto de nuestras redes informales, íntimas, como de otros grupos sociales y de la comunidad global, incluidas las transacciones reales así como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida” (De Roda, 2005).

El estudio del apoyo social se ejecuta desde tres dimensiones: estructural, funcional y contextual.

- La dimensión estructural engloba el estudio de cuestiones referidas al tamaño de la red de apoyo, su densidad, la reciprocidad, la homogeneidad y el

parentesco entre integrantes. La evaluación de la estructura se nutre de indicadores sociodemográficos, número de relaciones íntimas, análisis de red, etc.

- La dimensión funcional se ocupa de aspectos emocionales, instrumentales o materiales e informacionales, evaluados a partir de indicadores como el apoyo real, el apoyo percibido, la disponibilidad de apoyo y la satisfacción con el mismo.
- Por último, la dimensión contextual se interesa por la identificación de participantes en el apoyo social, el momento en que se produce, su duración y la percepción subjetiva. La familia constituye, en primer lugar, uno de los ejes sobre los que gira nuestro ciclo vital.

Pasamos gran parte de nuestra vida interactuando “en” y “con” ese entorno familiar y los intercambios que se generan abarcan toda la esfera del “nosotros”, como individuos/as, e influyen en nuestro devenir biográfico, en nuestro bienestar y en nuestra propia satisfacción personal, hasta el punto de que las relaciones familiares constituyen un indicador del emergente paradigma de “calidad de vida”. En los años cincuenta y sesenta surge la “metodología de la construcción teórica”, a partir de los cuales los estudios sobre las familias dejaron de convertirse en hallazgos descriptivos y de escasa complejidad, para convertirse en formas de obtener variables teóricas, expresar proposiciones, relacionar diferentes puntos de vista, comprobar esas diferencias y considerar posibles variables de contingencia. Es así que el estudio sobre las familias comienza a cobrar especial relevancia, sobre todo en el campo de la psicología y de las ciencias de la educación. Comienzan entonces las consideraciones terminológicas sobre la familia: Maxler y Mishler (1978; en Gimeno, 1999), en sus estudios empíricos, conceptualizaron a la familia como un “grupo ad hoc” con una historia de experiencia compartida. En otros textos, sin embargo, se considera la unidad familiar en términos de relaciones familiares y procesos de solución de problemas. Actualmente, existe un amplio consenso en reconocer la influencia de la familia en cualquier circunstancia en la que se vea “comprometido” el bienestar y el ajuste biopsicosocial del/la individuo/a.

#### *“Conceptos de la Teoría General de Sistemas*

- *Sistema: conjunto de unidades interrelacionadas entre sí, cada una de ellas con diferente nivel de complejidad, límites de permeabilidad variables, sistema de comunicación interno, y medio de comunicación con el exterior, en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran.*
- *Tipos de sistemas: pueden ser abiertos cuando intercambian materia, energía y/o información con su entorno. Por lo tanto, un sistema abierto es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica; se podría hablar de sistemas cerrados en aquellos casos en los cuales el intercambio sería escaso o prácticamente nulo.*
- *Propiedades de los sistemas abiertos:*
  - *Totalidad y su corolario no sumatividad. El todo es más que la*

*suma de sus partes; esto es: existen ciertas propiedades del sistema que derivan no sólo de los elementos en sí mismos, sino de la forma en que estos se relacionan. Cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal forma con las demás que un cambio en una de ellas desencadena un cambio en todas y cada una de las demás y, por tanto, en el sistema como un todo.*

- *Circularidad: debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido de que una “causa” A provoque un “efecto” B), sino circulares en el sentido de que B refuerza retroactivamente la manifestación de A.*
- *Equivalencia: un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio.” (Becoña y Cortés, 2010)*

La persona con problemas de adicción, por lo general, ocupa un lugar desproporcionado, excesivamente central en el sistema familiar, que absorbe y utiliza a su favor las energías y recursos de éste. Desde tal posición centrípeta, gira en torno a él toda la familia, lo cual no es saludable. La familia debe aprender a descargar sobre el sujeto la responsabilidad de su propia vida, rompiendo con esas formas inadecuadas de relacionarse, a la vez que tiene que empezar a delimitar responsabilidades y tareas entre sus miembros.

El abordaje de este trabajo se realiza desde una perspectiva holística e integradora, que favorece el desarrollo de las personas, ayudándoles a descubrir sus potencialidades, y estimula el cambio en aquellas áreas y comportamientos sobre los que se mantienen las conductas adictivas y de riesgo. Se basa en diferentes elementos que proceden de varias corrientes psicológicas y modelos de intervención, principalmente del modelo psicológico humanista de Rogers, donde se remarca la idea esencial de que en la persona se encuentran las potencialidades necesarias para hacerse cargo y protagonista de su propia existencia, coincidente con el concepto de autoeficacia que sostiene Bandura (1989; 2002) en su teoría cognitivo social del aprendizaje. Desde esta perspectiva la familia forma parte del contexto en el que se desenvuelve la persona, no sólo como mero espectador, sino como una herramienta de apoyo y referencia básica. Desde aquí los modelos sistémicos son fuente de referencia al entender, entre otras cosas, que dentro de las familias existen herramientas poderosas de solución de conflictos que pueden facilitar y acelerar los procesos terapéuticos y educativos de las personas atendidas.

Hace 25 años, tanto los perfiles de toxicómanos/as como los de sus familias eran muy homogéneos; principalmente heroínómanos/as, muy deteriorados/as y con mucho tiempo de consumo. Familias desestructuradas, que buscaban desesperadas una respuesta y agradecían cualquier actuación terapéutica, dedicando grandes esfuerzos a “sacar de la droga” a sus hijos/as. Las personas que acceden actualmente a nuestros tratamientos tienen perfiles mucho más heterogéneos; al perfil anterior

se suman otros que no llevan tanto tiempo consumiendo, no están tan deteriorados/as, no están tan marcados/as socialmente, etc. Las familias también han cambiado de perfil: las madres trabajan, los miembros del sistema familiar no tienen tanta conciencia de problema, no se ven como parte de él y por tanto no se implican de la misma forma. En otras ocasiones no es la familia de origen la que acompaña, sino la pareja, que a su vez tiene hijos/as a su cargo y no puede dedicar el tiempo que el programa reclama. Por otro lado, tenemos también que considerar el cambio social progresivo que se ha ido dando en estos años: la familia ya no es, en algunos casos, un “pilar fundamental” y los/as usuarios/as, en ocasiones, vienen solos/as a solicitar tratamiento.

El trabajo con las familias en los programas dirigidos a personas adultas, tiene una base común y compartida en todos los casos, aunque la metodología concreta se adecúa a los diferentes perfiles. Podemos hablar de una amplia gama de intervenciones con la familia: desde aquellas que se centran más en el proceso de rehabilitación del/la usuario/a directo/a en el que la familia juega más bien un papel de apoyo y acompañamiento, hasta aquellas que consideran la familia como sistema en proceso de crecimiento que está afectado en su totalidad por el problema de adicción manifestado en uno de sus miembros.

Entre los/as psicoterapeutas hay a menudo diferencia de criterios acerca de si es aconsejable o no incluir a la familia en el tratamiento de los problemas. Sin embargo, cuando hablamos de adicción, hay unanimidad en considerar que la familia de la persona adicta es clave a la hora de entender y tratar el problema de adicción, es por ello que la intervención familiar en el tratamiento de deshabituación es una pieza fundamental en nuestros centros. Pero, aunque la mayoría de los tratamientos específicos de adicciones incluyen asistencia familiar, no siempre la familia del adicto ha sido entendida, atendida, ni aprovechada como recurso terapéutico. A lo largo del tiempo, la adicción ha sido considerada de formas diferentes y ello ha determinado, al menos en parte, la forma de implicar a la familia.

En un primer momento, se tendía a pensar que una adicción era una desgracia que caía sobre una familia inocente, por lo que la atención familiar se limitaba a ofrecerles un espacio donde ser escuchada y atendida en su sufrimiento. Después se enfatizó en las relaciones familiares como origen del problema, ofreciendo entonces un espacio de asesoramiento y reduciendo su papel a vigilante de unas normas impuestas por el propio programa o tratamiento o por el propio terapeuta. Este tipo de implicación, en muchas ocasiones, perjudicaba a la familia al producir un sentimiento de culpabilidad, que les hacía considerar la adicción como consecuencia de una pésima educación o de una carencia de afecto.

Ofrecer escucha y asesoramiento es importante, pero hablar sobre un problema no es intervenir en él. La intervención es lo que hace efectiva la implicación familiar en el tratamiento de las adicciones. Intervenir sobre cada miembro de la familia implica considerarlo parte en el problema y, por tanto, en su resolución.

De igual forma que la persona adicta necesita aprender una serie de estrategias que el tratamiento le proporciona para poder cambiar su forma de relación con el



mundo y consigo mismo, el resto de la familia necesita un tipo de intervenciones que (normalmente) no proporcionan los tratamientos específicos de adicciones.

### **¿Qué ventajas aporta la intervención familiar sobre otros tratamientos que no la contemplan?**

1. A veces un problema de adicción es el resultado de una historia familiar conflictiva donde se han dado carencias importantes. Pero otras veces el problema surge en familias completamente normales, con una adecuada historia de educación. Que la familia de una persona adicta sea problemática y conflictiva es una importante razón para empezar a trabajar con ella. Si no lo es, la disposición al tratamiento puede hacer que el problema sea más fácil de redefinir y por tanto de solventar.

2. Normalmente la persona adicta consume drogas mucho antes de que lo sepa su familia. Sin embargo, la familia percibe, a menudo, el problema antes que la persona adicta. Por esta razón, es habitual que la familia acuda a los/as profesionales antes que la propia persona adicta. En numerosas ocasiones, éste/a acude al tratamiento “empujado/a” por sus familiares, sin conciencia de problema. Unión ante adicción.

Redefinir el problema, es decir, en lugar de centrarlo en la adicción, centrarlo en las dificultades en la relación familiar que en ese momento existe y los problemas que ello provoca, independientemente de que la persona adicta reconozca que la droga le está produciendo algún tipo de daño en su cuerpo o en su mente, permite la posibilidad de iniciar un tratamiento. Esto es especialmente importante cuando existe un problema de adicción, ya que cuando se desestima un tratamiento puede transcurrir mucho tiempo hasta volver a tomar la decisión de iniciarlo, y en ese tiempo se puede producir un importante deterioro físico, psíquico, económico y relacional.

3. Independientemente del papel que la familia tenga en el origen de la adicción, cuando el problema se hace evidente, la familia sufre y este sufrimiento es ya una razón para que reciban ayuda profesional.

4. La familia tratará de poner en marcha todos sus recursos para ayudar a la persona adicta, pero no siempre saldrá bien: harán cosas que atenúen el problema, otras que no produzcan cambios notables pero, desgraciadamente, otras que empeorarán el problema. Organizar esfuerzos, descartar estrategias improductivas y potenciar las productivas es otra razón importante para incorporar a la familia al tratamiento.

5. La familia, al igual que la persona adicta, necesitará mucha información acerca del trastorno, su origen, su curso, los peligros, el futuro... para enfrentarse al problema.

6. Una familia bien atendida es la mejor garantía de continuidad en el tratamiento de los/as adictos/as, más incluso que una persona adicta bien atendida.

## 2. ESTUDIOS SOBRE INTERVENCIONES FAMILIARES

Diversos estudios han demostrado la eficacia de las intervenciones familiares en el tratamiento de las adicciones (Girón y cols., 2002; Stanton y Shadish, 1997; Ozechowski y Liddle, 2000; Becoña y Cortés, 2008). Estas investigaciones sobre la implicación de la familia en los tratamientos de deshabituación han evidenciado los siguientes resultados:

1. La intervención familiar ayuda a retener a los/as pacientes en los programas de tratamiento más que los tipos de intervenciones comunes. Esto es así porque los abordajes familiares consiguen aumentar el compromiso de los/as pacientes y sus familias con los programas de tratamiento. La baja tasa de abandono en las intervenciones que se basan en el trabajo familiar es especialmente importante en adicciones ya que la adhesión al tratamiento, es decir, la permanencia en el mismo hasta su finalización, es una de las mayores dificultades con las que se tropieza en la intervención con estos/as pacientes.
2. Los resultados terapéuticos de la intervención familiar son superiores cuando se comparan con los tratamientos que solamente utilizan orientación y asesoramiento en el área familiar.
3. Específicamente en adicciones, recibir intervención familiar es más eficaz que recibir solamente intervención individual y/o grupal.
4. La intervención familiar, ha demostrado mejorar las relaciones de parejas y la integración social tras el tratamiento.
5. Los abordajes familiares consiguen reducir el nivel de consumo de drogas postratamiento.
6. En los casos en los que existe además un trastorno psiquiátrico los tratamientos que incluyen intervención familiar consiguen reducciones de síntomas psiquiátricos.
7. Los/as adolescentes drogodependientes tratados con intervenciones familiares logran un mejor funcionamiento escolar.
8. La intervención familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia (comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etc.) y la normalización e incorporación social.

## 3. METODOLOGÍA DEL PROGRAMA

El objetivo de este programa Dianova de apoyo a las familias de personas drogodependientes ha consistido en elaborar acciones específicas de intervención, tanto de carácter informativo sobre las adicciones y su proceso, como de terapia familiar breve específica para cada sistema familiar.

El presente programa pretendía realizar un pilotaje de programa de terapia familiar breve que se consolidaría en la intervención posteriormente en los centros.

*“Terapia familiar breve estratégica (BSFT, Brief Strategic Family Therapy)*

*En el ámbito de las adicciones, el principal campo de aplicación de este modelo ha sido la población adolescente. La importancia del contexto familiar en esta etapa del desarrollo ha favorecido la aplicación de programas basados en el entorno familiar como elemento generador y regenerador de la problemática adictiva. Es una intervención breve que se utiliza con adolescentes que consumen drogas y que presentan otros problemas de conducta. La terapia se centra en la función que tiene el uso de drogas que se interpreta como señal del malestar del funcionamiento familiar. El tratamiento dura 8-24 sesiones, dependiendo de la severidad del problema.*

*La BSFT se ha utilizado con pacientes en servicio ambulatorio y con pacientes en unidades de día y comunidades terapéuticas. El NIDA la describe como una terapia utilizada en diversos contextos asistenciales: centros de salud mental, programas de tratamiento para abuso de drogas y otros servicios sociales (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003). Además de incidir sobre el consumo y las conductas problema en casa y en la escuela, la BSFT aborda la conducta agresiva, el comportamiento violento, la percepción de riesgo y el riesgo real en aspectos relacionados con la sexualidad, el acercamiento a pares antisociales y la delincuencia.*

*Los principios generales que desarrolla este enfoque terapéutico son (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. Dichos patrones son conductas de interacción habituales que se repiten en el tiempo.*
- 3. La intervención se centra en la planificación de los objetivos que proporcionen los medios prácticos para eliminar dichos patrones interactivos que están directamente vinculados a las conductas que muestra el adolescente (abuso de drogas u otras conductas problema).*

*Los objetivos que persigue la BSFT son dos, principalmente: (a) eliminar las conductas de abuso de drogas y otras conductas problema; (b) cambiar la interacción familiar que posibilita el síntoma (consumo de drogas). Parte de la identificación de los principales problemas en las familias con adolescentes que abusan de las drogas y el perfil y/o características del adolescente consumidor de drogas.*

*El enfoque de BSFT 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 siendo ésta un fuerte predictor de la efectividad de la terapia. El terapeuta de BSFT tiene necesidad de formar un nuevo sistema que incluya al propio terapeuta y la familia, lo que se denomina “el sistema terapéutico” en el que el terapeuta es a la vez un miembro del sistema y ejerce de líder.*
2. *La producción del cambio a través de la reestructuración. Las técnicas que se utilizan en este enfoque para cambiar los patrones de interacción disfuncionales forman parte de lo que se denomina re-estructuración. El terapeuta trabaja con los miembros de la familia para que dominen nuevas habilidades de interacción más funcionales. Dominar estas nuevas habilidades más adaptativas proporciona a las familias las herramientas que precisan para gestionar la conducta de abuso de drogas del adolescente y todos aquellos comportamientos relacionados. El terapeuta refuerza comportamientos funcionales para garantizar que sigan utilizándose y a la vez deben reforzarse entre sí los miembros de la familia que pongan en marcha habilidades más adaptativas.*
3. *La BSFT ha sido evaluada durante más de 25 años y cuenta con ciertas evidencias sobre su eficacia en el tratamiento de los adolescentes que usan y abusan inadecuadamente de las drogas y de las conductas-problema añadidas (trastornos de conducta, asociaciones con pares consumidores y dificultades en el funcionamiento familiar del adolescente). Está protocolizada y es un enfoque flexible que puede adaptarse a una amplia gama de situaciones, diferentes servicios de atención familiar y a distintas modalidades de tratamiento (ambulatorio, unidad de día, comunidades terapéuticas, modalidades mixtas). La BSFT tiene en cuenta los valores culturales de las diferentes etnias.” (Becoña y Cortés, 2010)*

Tras la fase de diseño y revisión del programa se observó que para la atención de población adulta era necesario utilizar otros enfoques complementarios de intervención con familias. Se trata de un programa con un número de sesiones y asambleas programadas adecuado al cronograma de los procesos personales, revisable, evaluable y modificable en función de las necesidades de las personas beneficiarias.

#### *“Terapia familiar multisistémica (MSFT, Multisistemic Familiar Therapy)*

*La MSFT es un modelo de trabajo dirigido especialmente a jóvenes agresores violentos y crónicos cuyo objetivo es prevenir o atenuar la actividad delictiva como un medio para afectar favorablemente a sus vidas, a sus familias y a sus comunidades. Para lograrlo, parten de un enfoque social y ecológico de la conducta humana que considera la delincuencia como conducta multideterminada: el comportamiento delictivo se une directa o indirectamente con características importantes de los jóvenes y la familia, amigos y escuela (Hengeler, Schoenwald, Borduin, Rowland y Cunningham, 1998). De este modo, toda intervención que pretenda ser eficaz, deberá ser flexible, integradora y multifacética, para poder ocuparse de los múltiples determinantes de la conducta antisocial. La MSFT es un enfoque terapéutico altamente personalizado*

*en la familia y basado en la comunidad y es consistente con los modelos de conducta social ecológicos, los cuales consideran la conducta como el resultado de las interacciones recíprocas entre los individuos y los sistemas interconectados en los que se construye y consolida su propio self. Ya que la MSFT trata de identificar factores que pueden promover o atenuar la conducta irresponsable por parte del joven y la familia, todo plan de intervención se desarrolla en colaboración con los mismos, e integra intervenciones dentro y entre la familia, los amigos, la escuela y la comunidad.*

*La MSFT ha sido implementada usando el modelo de preservación familiar. Este modelo enfatiza la condición de que los servicios basados en el hogar y enfocados hacia la familia sean intensivos, con un tiempo limitado, pragmáticos, y orientados hacia una meta principal: capacitar a los padres mediante el aprendizaje de las habilidades y recursos para dirigir las inevitables dificultades que surgen en la crianza de los adolescentes, y relacionarse de forma efectiva e independiente con el entorno. Con este fin, los servicios son realizados en entornos del mundo real (casa, escuela, centros recreativos) con la intención, por una parte, de mantener a los jóvenes en sus ambientes naturales, y por otra, de desarrollar una red social de apoyo duradera entre los padres y el entorno social (Peña, 2003).*

*En la terapia multisistémica se utilizan estrategias enfocadas en el presente y orientadas hacia la acción, incluyendo técnicas derivadas de la terapia de conducta y la terapia cognitivo-conductual, pero todo esto dentro de un marco integrador y ecológico. Dado que el conjunto de factores de riesgo y protección son únicos para cada familia, el terapeuta desarrolla planes de tratamiento individualizados que se utilizan para mejorar las debilidades específicas de cada caso (Alba, 2004).” (Becoña y Cortés, 2010)*

El programa ha tenido alcance nacional, y su ejecución se ha realizado de manera coordinada en los diferentes centros y servicios que Asociación Dianova España dispone. Para ello, se llevaron a cabo actividades en los centros de Asociación Dianova España con programas de atención para personas adultas con problemas de adicciones en Madrid y Cataluña, así como en los servicios centrales, Madrid. Dichas actividades han sido realizadas por los/as profesionales de la psicología clínica que Asociación Dianova España tiene en plantilla.

Actividades de intervención familiar que forman parte de este programa:

- Asambleas mensuales para familias para analizar temas comunes sobre adicciones como factores de riesgo y protección, indicadores de recaída, manejo de contingencias, control de crisis, toma de decisiones, resolución de conflictos. Cada familia participó en una asamblea mensual.
- Grupos de ayuda mutua para profundizar en el análisis de situaciones de riesgo y problemas relacionados con las drogodependencias en el ámbito familiar. Además de ofrecer apoyo emocional y apego, en estas sesiones se utilizó la

teoría cognitiva social de aprendizaje. En estas sesiones participaron de 8 a 12 familias, con periodicidad mensual.

- Sesiones unifamiliares, al menos 1 durante el proceso de rehabilitación del usuario. La sesión de integración ha profundizado en las causas-consecuencias que ha tenido el problema adictivo en el sistema familiar. La sesión de autonomía ha orientado al sistema familiar hacia la resolución propia de los problemas y conflictos que pudieran surgir sobre el fenómeno adictivo.

Las personas destinatarias de este programa han sido familiares de personas atendidas en los programas de intervención que Asociación Dianova España tiene en sus centros; personas procedentes de cualquier comunidad autónoma/nacionalidad, con algún familiar ingresado/atendido en cualquiera de los centros con problemas de adicciones.

La difusión de la participación se ha realizado de manera fundamentalmente interna (aunque se pueda admitir en el programa a personas que, sin tener familiares en los centros de Asociación Dianova España, tienen necesidad de atención y apoyo), respetando la voluntariedad, confidencialidad y protección de sus datos.

La participación en el programa piloto ha sido libre y voluntaria, no suponiendo un requisito de admisión o exclusión de los programas de intervención. La manera de ingreso en el programa, para garantizar la participación voluntaria y por motivación propia, ha sido mediante la aplicación de un protocolo de inclusión, tras la información que se proporcionará en las sesiones explicativas iniciales, programadas a tal fin. El establecimiento de dicho protocolo ha permitido estandarizar la participación, así como las condiciones de inclusión y exclusión.

## 4. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO A FAMILIAS

El objetivo de la Evaluación ha sido *implementar una metodología sistemática de trabajo con familias de personas con problemas con drogodependencias en Asociación Dianova España.*

Como objetivos inmediatos:

- Diseñar un programa Dianova de apoyo a familias
- Evaluar la eficacia, eficiencia y pertinencia del programa Dianova de apoyo a las familias de personas con problemas de drogodependencias
- Evaluar la percepción de los profesionales/as y los/as familiares sobre el programa piloto
- Evaluar la satisfacción de los/as profesionales y los/as familiares sobre el programa piloto

- Detectar necesidades dentro del eje intervención-investigación-evaluación sobre cuestiones específicas del apoyo a las familias

## 5. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

Para la metodología cuantitativa hemos utilizado un diseño de investigación cuasi-experimental (investigación en contextos aplicados), ya que *“dentro del contexto cuasi-experimental, los sujetos van a parar al grupo de tratamiento y control por la propia decisión de los sujetos o por consideraciones prácticas. En consecuencia, los grupos experimental y control pueden ser diferentes y no comparables en oposición a lo que ocurre en la investigación aleatorizada”* (Bono Cabré, 2012). Durante este análisis, se han utilizado tanto estadísticas descriptivas como tablas de contingencia (cuando se cruzaba información de dos variables diferentes) y tablas personalizadas (al cruzarse la información de más de tres variables). Las estadísticas utilizadas para el análisis han sido:

- Frecuencias: porcentajes de las diferentes categorías de respuesta en variables cualitativas.
- Medias: valores medios de las variables cuantitativas.
- Contraste de medias: comparación de los valores medios obtenidos en dos variables cuantitativas.
- Coeficientes de contingencia: indicador de la asociación estadística entre las variables
- $\chi^2$  de Pearson: comparación de la distribución de respuestas en las diferentes categorías de dos o más variables cualitativas.

El procesamiento de los datos se ha llevado a cabo utilizando el originalmente llamado Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) en su versión 21.0.

## 6. CALENDARIO DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Mes	Encuentro	Fecha	Hora
Octubre	1ª sesión informativa	14/10/2015 (VN)	16h-18h
	2ª sesión informativa	28/10/2015 (2015)	16h-17:30h
Noviembre	1ª asamblea	13/11/2015 (VN)	16h - 18h
	1º G. ayuda mutua	27/11/2015 (VN)	16-17:30h

Diciembre	2ª asamblea	11/12/2015 (VN)	16-18h
	2ª G. Ayuda mutua	18/12/2015 (VN)	16-17:30h
Enero	3ª asamblea	15/01/2015 (VN)	16-18h
	3º G. ayuda mutua	29/01/2015 (VN)	16-17:30h
Febrero	4ª asamblea	12/02/2015 (VN)	16h-18h
	4º G. ayuda mutua	26/02/2015 (VN)	16-17:30h
Marzo	5ª asamblea	11/03/2015 (VN)	16-18h
	5º G. ayuda mutua	25/03/2015 (VN)	16-17:30h
Abril	6ª asamblea	11/04/2016 (LN)	16h-18h
	6º G. Ayuda mutua	29/04/2016 (VN)	16h-17:30h
Mayo	7ª asamblea	13/05/2016 (VN)	16h-18h
	7º G. ayuda humanitaria	27/05/2016 (VN)	16h-17:30h
Junio	8ª asamblea	10/06/2016 (VN)	16h-18h
	8º G. ayuda mutua	20/06/2016 (LN)	16h-17:30h

## 7. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE PROCESO Y RESULTADOS

Objetivos	Indicadores	Instrumentos de recogida de información	Resultado
Diseñar un programa Dianova de apoyo a familias	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Existencia de programa documentado</li> <li>-Adecuación de programa</li> <li>-Definición de objetivos</li> <li>-Establecimiento de planes específicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Documentación específica</li> <li>-Memorias e informes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Un programa de apoyo a las familias con sesiones específicas y asambleas informativas</li> <li>-Presentaciones (powerpoints) para familias Dianova, con la descripción del programa</li> </ul>



<p>Evaluar la eficacia, eficiencia y pertinencia del programa Dianova de apoyo a las familias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-% de participación en las sesiones</li> <li>-% de asistencia a las sesiones</li> <li>-Valoración sobre la metodología</li> <li>-Valoración sobre estilo relacional</li> <li>-Percepción de profesionales de utilidad del programa</li> <li>-Percepción de los/as familiares sobre utilidad del programa</li> <li>-Satisfacción de los/as profesionales con el programa</li> <li>-Satisfacción de los/as familiares con el programa y la información recibida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuestionarios</li> <li>-Grupos de discusión</li> <li>-Documentación específica</li> <li>-Memorias e informes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Informe (3 ejemplares) de evaluación por criterios, combinando metodología cuantitativa (cuestionarios) y cualitativa (grupos de discusión)</li> <li>-Percepción de utilidad de los/as familiares: sobre el 80%</li> <li>-Percepción de utilidad de los/as profesionales: sobre el 80%</li> <li>-Satisfacción de los/as familiares: sobre el 80%</li> <li>-Satisfacción de los/as profesionales: sobre el 80%</li> </ul>
<p>Detectar necesidades e impacto social sobre cuestiones específicas del apoyo a las familias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Necesidades percibidas</li> <li>-Necesidades comparativas</li> <li>-Necesidades expresadas</li> <li>-Efectos no esperados (positivos y negativos)</li> <li>-Alcance del programa (impacto)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuestionarios</li> <li>-Grupos de discusión</li> <li>-Medición de impacto social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Detectadas necesidades y efectos no esperados (impactos) del trabajo con familias en los agentes implicados</li> <li>-Detectados efectos no esperados (impacto) del trabajo con familias en los agentes implicados</li> </ul>

## 8. CONCLUSIONES

Los/as profesionales logran establecer una relación terapéutica con los/as acompañantes que favorece la vinculación de la familia al proceso. Esto lo corroboran los porcentajes de profesionales y acompañantes que afirman que se establece un vínculo adecuado. Además, los/as acompañantes valoran positivamente el estilo relacional de los/as profesionales, especialmente el respeto que muestran hacia ellos/as. Los/as profesionales logran conocer el funcionamiento del núcleo familiar y proporcionan pautas encaminadas al reajuste, aunque no existe un protocolo para realizar el diagnóstico de la dinámica y el funcionamiento familiar que reduzca el tiempo necesario para la evaluación del sistema familiar. Existe acuerdo entre profesionales y acompañantes en la necesidad de los objetivos recogidos en los planes individualizados para el abordaje del trabajo familiar, aunque los programas no disponen de un sistema de evaluación continua del trabajo que se realiza. Esta evaluación continua se constituye como el punto débil en la asunción de este objetivo. Existe coherencia y concordancia entre los datos obtenidos en la percepción de profesionales y acompañantes respecto a la toma de conciencia de los problemas existentes en el núcleo familiar, lo que es corroborado por la existencia de datos significativos, apareciendo mayor nivel de conflicto en familiares que a su vez indicaban menos mejoría en la comunicación, en el manejo de límites y normas, en la gestión emocional y en las habilidades de negociación. Entre las principales resistencias que, según los/as profesionales, presentan las familias a la hora de identificar los problemas existentes, aparecen la negación del problema, la dificultad para verse parte del mismo, para establecer límites y el exceso de proteccionismo, falta de habilidades de comunicación y negociación, falta de implicación y dificultad para la gestión emocional. Podemos ver que las dificultades están básicamente relacionadas con el reconocimiento del problema, el seguimiento de las indicaciones terapéuticas y el manejo de pautas educativas.

Los datos indican que los profesionales/as realizan un buen apoyo en el proceso de ajuste de los roles familiares a través de intervenciones individuales y/o grupales consiguiendo que las familias se sientan orientadas y acompañadas en la identificación de la propia dinámica familiar. Los datos indican que los principales factores de riesgo identificados por al menos uno de cada cinco acompañantes son la falta de comunicación, la falta de colaboración y la falta de sentido familiar. Entre los factores de protección destaca la unión, el cariño, la ayuda mutua y el respeto a los/as demás. Existe concordancia entre la percepción de los/as acompañantes y los/as profesionales en cuanto a que la información proporcionada sobre el funcionamiento del programa y pautas de actuación permite a las familias desarrollar el papel de apoyo en el proceso de las personas en tratamiento, exceptuando lo relativo a la duración del proceso y los datos de contacto, aspectos en los que los/as acompañantes consideran que podrían ser mejor informados. Aunque en general, a los/as profesionales les parece que es suficiente la información que se facilita sobre el proceso de las personas en tratamiento, una de cada tres familias considera pertinente recibir más datos relativos al mismo. De las actividades que existen en los programas destinadas

a la formación de las familias para el acompañamiento en el proceso de las personas en tratamiento, aquellas que cuentan con mayor participación de los/las acompañantes son:

- Asambleas
- Grupos unifamiliares
- Grupos de ayuda mutua

Las principales necesidades formativas de las familias, no cubiertas desde los programas según los/as profesionales, son las habilidades sociales y de comunicación, estrategias de negociación, gestión emocional, manejo de contingencias y farmacología de las adicciones. Por su parte, los/as familiares querrían recibir formación para mejorar sus habilidades sociales, sus estrategias de afrontamiento de la situación y sus conocimientos sobre el problema de drogadicción. A pesar de que existen actividades destinadas a fomentar la comunicación asertiva entre los/as miembros de la familia, este objetivo sólo se cumple en la cuarta parte de los casos, según la percepción de los profesionales. Las familias afirman que mejora la comunicación con el/la usuario/a, siendo esta mejora más destacable en las últimas fases del tratamiento y entre los progenitores frente a las parejas. Por otro lado, la percepción de los/as profesionales, manifiesta la necesidad de mejorar el estilo comunicacional y las habilidades comunicativas en un porcentaje alto de familias, coincidiendo esta necesidad con las necesidades formativas expuestas por los/as propios/as profesionales y acompañantes, comentadas anteriormente. Probablemente, en el trasfondo existe una discrepancia en las expectativas de ambos colectivos respecto a metas a lograr relativas a la comunicación.

En general, se contemplan las necesidades de las familias en la elaboración del plan de tratamiento de los/as usuarios/as, pero deberían incluirse los objetivos de trabajo con familias en todos los planes de intervención. El trabajo con las familias responde a la demanda inicial de tratamiento, dado que los/as acompañantes afirman haber encontrado la clase de servicio que buscaban y consideran que el programa está satisfaciendo sus necesidades. De igual modo, la metodología del programa facilita la integración de las familias en los procesos terapéuticos, siendo suficientemente flexibles para favorecer la compatibilidad horaria y compaginar la asistencia al tratamiento con las obligaciones laborales y/o familiares. Manifiestan estar de acuerdo los/as acompañantes con la necesidad y frecuencia de asistencia al centro y con el grado de exigencia de participación. Tanto los/as profesionales como las familias consideran que los objetivos de tratamiento son adecuados para promover cambios en las dinámicas familiares. En general, profesionales y familiares valoran todos los instrumentos terapéutico-educativos como útiles para el trabajo sobre cada uno de los objetivos de tratamiento, pero existen instrumentos que no son utilizados en parte de los programas (asambleas, convivencias, y contratos de conducta). Los resultados de la evaluación, sugieren la conveniencia de que los planes de tratamiento de los/as usuarios/as, incluyan específicamente un apartado en el que se recojan por escrito, los objetivos a trabajar con la familia. Existe un abanico de instrumentos terapéutico – educativos susceptibles de ser utilizados en el trabajo con familias, clasificados de acuerdo a su definición, metodología y relación con los objetivos generales y especí-

ficos, que todos/as los/as profesionales deben conocer de cara a valorar la idoneidad de su aplicación en cada programa y/o caso particular.

La tipología de recursos humanos asignados a los programas se considera adecuada, ahora bien, a juicio de un tercio de los/as profesionales, el número de recursos es insuficiente, a diferencia de la opinión vertida por los/as acompañantes. La valoración que se hace de las instalaciones del centro por parte de los familiares de las personas en tratamiento es positiva, superando en todos los casos el 75% de acompañantes que valoran dichas instalaciones al menos suficientemente adecuadas, higiénicas y acondicionadas ambientalmente.

## 9. RECOMENDACIONES

A pesar de que se logra una relación terapéutica entre profesionales y acompañantes que favorece la vinculación al proceso de estos últimos, hay aspectos que se deben mejorar como el hecho de que no todas las familias se sienten aceptadas de forma incondicional, lo cual es fundamental para promover un cambio positivo. Sería recomendable estudiar diferentes posibilidades (revisión personal o grupal del trabajo, formación específica en entrevista motivacional, etc.) para alcanzar el logro de un estilo terapéutico empático en todos los momentos del tratamiento, que ayude a la adecuada vinculación e integración de las familias en el proceso. Sería conveniente que todos los dispositivos de atención tuvieran un protocolo para realizar el diagnóstico del funcionamiento y dinámica familiar que favoreciese el establecimiento de objetivos de trabajo. De igual manera, sería adecuado complementar esta recogida inicial de datos con el uso de herramientas estandarizadas, por ejemplo EEGAR (escala de evaluación global de la actividad relacional), FES o ADCA. Los objetivos de trabajo que se deriven de la evaluación y diagnóstico, deberían recogerse en los planes de tratamiento de los/as usuarios/as del programa, a fin de garantizar el tratamiento integral e integrador de su adicción. Es importante establecer un sistema de evaluación documentada para la valoración del logro de los objetivos y la integración de los cambios realizados por la familia, así como de la adquisición de habilidades para la resolución de conflictos y habilidades socioeducativas, en diferentes momentos del proceso de tratamiento.

Para asegurar que se dispone de toda la información pertinente y necesaria, respecto a la participación en el tratamiento del/la usuario/a, se podría elaborar una pequeña guía sobre cada dispositivo para las familias, en las que se especifiquen cuestiones básicas del tratamiento, formas de contactar y horario de los/as profesionales y respuestas a las dudas más frecuentes que se suelen plantear. En aquellos casos en los que la persona en tratamiento acepta la participación de personas de su entorno sociofamiliar en el proceso, así como que se les facilite información sobre el mismo, es imprescindible la existencia de un contrato o consentimiento informado, firmado por el/la paciente, en el que consten los nombres, apellidos, filiación y forma de contacto. Todos/as los/as autorizados/as han de ser informados de que dicha autorización puede ser revocada en cualquier momento, lo cual debe quedar por

escrito y ser comunicado a la familia en la mayor brevedad posible por su terapeuta de referencia.

También es conveniente reforzar la información y formación que se ofrece a las familias, dotándoles de estrategias que favorezcan:

- Identificación de factores de riesgo y protección familiar
- Manejo de normas, límites y contingencias
- Negociación- Comunicación interpersonal y asertividad
- Habilidades sociales
- Gestión emocional
- Conocimiento de conceptos básicos en drogodependencias.

Para ello, pueden utilizarse las asambleas, crear talleres específicos o un formato tipo escuela de padres y madres.

A lo largo del estudio han aparecido diferencias significativas en los resultados obtenidos, en función de la edad, del sexo o de la condición de ser pareja o progenitor de la persona en tratamiento, en temas que afectan a la comunicación, asertividad o la toma de conciencia del problema. Sería interesante estudiar más profundamente estos temas y poder abordar ciertos aspectos del trabajo familiar de forma diferencial en función del perfil y necesidades del acompañante que va a participar en él.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- **Alba, J. L. (2004).** La terapia familiar multisistémica. Un modelo de intervención sociofamiliar dentro del sistema de justicia juvenil. *Psicología.com, Revista Electrónica*, 8 (2). Disponible en URL [16/05/2008]: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/128/16653/?++interactivo>.
- **Bandura, A (2002).** Social cognitive theory in cultural context. *Applied psychology: an international review*, 2002, 51 (2), 269-290.
- **Becerra, J.A. (2009).** Emoción expresada familiar y uso de drogas en jóvenes. *Salud y Drogas*.
- **Becoña, E. y Cortes, M. (2010).** La familia como agente de salud. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. *Terapias centradas en la familia*. Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia.
- **Bumbarger, B. y Campbell, E (2011).** A state agency-university partnership for translational research and the dissemination of evidence-based prevention and intervention. *Administration and Policy Mental Health*. 2012 Jul; 39 (4):268-77
- **Calvo, H. (2007).** Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y Drogas*. ISSN edición electrónica: 1988-205X.
- **Center for Substance Abuse Treatment (2004).** Substance Abuse Treatment and family Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) series, nº 39. DHHS Publication nº (SMA) 04-3957. Rockville, MD.

- Lin, A. y Ensel, W.M.(1986). Social support, life events and depression. New York: Academic Press.
- De Roda A, Arias A, Jiménez M, de León M (2005). Apoyo social en voluntarios asistenciales y ecologistas. Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología; 10(8):5.
- Girón, S. 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.
- Herrera Arce A, López De Gámiz E, Murua Navarro F, Martínez H, Jiménez-Lerma JM. (2003). Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. Nursing and drug addiction: H Peplau's theoretical model through M Gordon's functional patterns A practical case study (English); 5:58-74.
- Peña, F. R. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. Salud Pública de México, 45 (Supl.1), S124-S131.
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2006). Tratamiento cognitivoconductual. En G. Cervera, J.C. Valderrama, J.C. Pérez ce los Cobos, G. Rubio y L. Sanz, Manual SET de Trastornos Adictivos. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Stanton, M.D. y Todd, T. (2009). Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Ed. Gedisa, Madrid.
- 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.



dianova | 

[www.dianova.es](http://www.dianova.es)

Financiado por:

