

Universidad de Sevilla

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

“EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE
PSICOTERAPIA MULTIFAMILIAR CON EQUIPO
REFLEXIVO EN ADICTOS A OPIÁCEOS EN
TRATAMIENTO CON METADONA”

Tesis Doctoral

Autor:

Juan Antonio Marcos Sierra

Dirigida por:

Profesor Doctor Miguel Garrido Fernández

Profesora Doctora Ana María López Jiménez

Sevilla, 2010



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN
Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

Camilo José Cela, s/n
Teléf 954 55 78 13 - Fax 954 55 78 07
41018 SEVILLA

DR. D. MIGUEL GARRIDO FERNÁNDEZ, PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS Y DRA. D^a ANA MARÍA LÓPEZ JIMÉNEZ, PROFESORA TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

INFORMAN

Que D. JUAN ANTONIO MARCOS SIERRA ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada: "EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA MULTIFAMILIAR CON EQUIPO REFLEXIVO EN ADICTOS A OPIÁCEOS EN TRATAMIENTO CON METADONA", presentada para optar al título de Doctor en Psicología y que, a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para proceder a la lectura y defensa de la Tesis Doctoral.

Lo que firmamos a instancias del interesado, para que surta los efectos oportunos donde haya lugar, en Sevilla, a 9 de marzo de 2010.

Fdo: Dr. D. Miguel Garrido Fernández
DIRECTOR DE TESIS

Fdo: Dra. D^a. Ana M^a López Jiménez
DIRECTORA DE TESIS

Fdo: D. Juan Antonio Marcos Sierra
EL DOCTORANDO

*“Siempre es posible ver y escuchar en las palabras
más de lo que se percibe”*

Tom Andersen

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias a la implicación y compromiso de muchas personas con las que he compartido ilusiones durante estos años. Por eso, quiero que las primeras palabras sean de gratitud por el enriquecimiento que esta experiencia ha supuesto para mí. Gracias.

Al profesor Miguel Garrido, entrañable amigo, que puso toda su ilusión y energía en la dirección de este trabajo. La culminación de esta tesis ha sido fruto de su implicación y trabajo personal. Me acercó a la psicoterapia y me enseñó que la realidad es cosa de fe.

A la profesora Ana López, con toda mi admiración y reconocimiento profesional, por sus valiosas aportaciones en los momentos decisivos de la investigación. Todo el tiempo de reflexión y debate con ella han permitido mejorar el resultado final de este trabajo.

Ha sido decisivo el respaldo institucional del Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra, a través de su Delegación de Servicios Sociales y Familias y de la Universidad de Sevilla, a través del Master de Psicoterapia Relacional. Por tanto, quiero agradecer el apoyo prestado a este proyecto a todas las personas de ambas instituciones que lo hicieron posible.

A Aurora Ballesteros, que no dudó un momento en embarcarse en este proyecto y desarrollar el trabajo psicoterapéutico con las familias.

A Juan Carlos Hornillo, amigo y compañero, que siempre tuvo palabras de aliento en los momentos difíciles.

A Manolo Falcón, que supuso una parte muy importante del trabajo clínico desarrollado desde el inicio, y a las personas que conformaron los Equipos Reflexivos: Elena, Julio, Carolina, Sandra, Pepe, Nuria, Encarni, María, Lucía, Ángeles y Ana.

A Carmen, que compartió conmigo este proyecto y me ayudó a vencer los momentos de incertidumbre. Ella lo hizo más fácil.

A mis hijos, Juan, Pedro y Carmen, por su cariño, apoyo y comprensión durante todos estos años.

Este trabajo me ha hecho recordar los muchos tesoros que poseo, familia, amigos, que me han ayudado a dar forma a este proyecto.

Quiero agradecer, por último, a todas las personas que participaron en esta investigación, algunas de las cuales ya no están hoy con nosotros, que nos enseñaron que el cambio es inevitable.

INDICE

Introducción.....	21
1. Aspectos teóricos de las drogodependencias.....	29
1.1. Evolución del consumo de drogas en España.....	29
1.2. Repercusiones del consumo de heroína.....	37
1.3. Avances en las teorías y modelos explicativos de las drogodependencias.....	43
2. Los tratamientos de las drogodependencias.....	57
2.1. Evaluación de los tratamientos en drogodependencias.....	57
2.1.1. Los estudios de evaluación.....	64
2.1.2. Resultados de la investigación.....	73
2.2. Intervenciones psicológicas eficaces en el tratamiento de las drogodependencias.....	83
2.2.1. Terapias dinámicas breves.....	83
2.2.2. Enfoques cognitivo-conductuales.....	85
2.3. Nuevos retos de la investigación sobre tratamientos en drogodependencias..	89
3. Los tratamientos con Metadona.....	95
3.1. Aspectos generales.....	95
3.2. Breve reseña histórica sobre los tratamientos con Metadona.....	96
3.3. Los programas de tratamiento con Metadona.....	99
3.4. Eficacia de los tratamientos con Metadona.....	103
4. La terapia familiar en el tratamiento de las drogodependencias.....	119
4.1. El pasaje de las intervenciones individuales a las familiares.....	119
4.2. Modelos de tratamiento familiar y sus implicaciones en el tratamiento de las drogodependencias.....	123
4.2.1. Modelos orientados a la resolución de problemas.....	123
4.2.2. Modelos intergeneracionales orientados hacia el desarrollo.....	145
4.3. Eficacia de la terapia familiar en el tratamiento de las drogodependencias..	152

5. La terapia de grupos multifamiliar.....	167
5.1. Antecedentes de la terapia de grupos multifamiliar.....	167
5.2. Experiencias y desarrollos de la terapia de grupos multifamiliar.....	168
5.2.1. Aportaciones pioneras de Laqueur.....	168
5.2.2. La terapia multifamiliar de Bowen.....	170
5.2.3. El psicoanálisis multifamiliar de Badaracco.....	172
5.2.4. Las aportaciones del modelo de McFarlane.....	179
5.2.5. Los grupos de discusión multifamiliar para pacientes con enfermedad crónica.....	186
5.2.6. Terapia multifamiliar en el abuso de drogas: Aportaciones de Kaufman.....	189
5.3. Investigación sobre la terapia de grupos multifamiliar.....	192
6. Objetivos e hipótesis.....	199
7. Método.....	207
7.1. Participantes.....	207
7.2. Instrumentos.....	212
7.3. Procedimiento.....	222
7.4. Diseño.....	237
7.5. Análisis estadístico.....	238
8. Resultados.....	243
8.1. Severidad de la adicción.....	243
8.2. Perfil psicopatológico de la muestra.....	252
8.3. Funcionamiento familiar.....	265
8.4. Evaluación del seguimiento.....	267
9. Discusión.....	271
10. Conclusiones.....	299

Referencias bibliográficas.....	303
Anexos.....	345
Anexo 1. Historia Clínica del Centro Municipal de Orientación de las Toxicomanías.....	345
Anexo 2. Índice de Gravedad de la Adicción.....	359
Anexo 3. Sympton Check List 90 Reform.....	375
Anexo 4. Escala de Cohesión y Adaptación Familiar.....	381
Anexo 5. Modelo de carta de convocatoria familiar	387
Anexo 6. Modelo de permiso de grabación.....	391

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Principales conclusiones del Drug Abuse Reporting Program.....	65
Cuadro 2	Principales conclusiones del Treatment Outcome Prospective Study.....	66
Cuadro 3	Principales conclusiones del Drug Abuse Treatment Outcome Study	67
Cuadro 4	Principales conclusiones National Treatment Outcome Research Study.....	68
Cuadro 5	Principios del tratamiento efectivo.....	77
Cuadro 6	Enfoques con base científica para el tratamiento de las drogodependencias...	82
Cuadro 7	Estudios de eficacia de los tratamientos con Metadona (I).....	114
Cuadro 8	Estudios de eficacia de los tratamientos con Metadona (II).....	115
Cuadro 9	Resultados de estudios sobre eficacia de intervenciones familiares.....	155
Cuadro 10	Resultados sobre eficacia de Intervenciones familiares.....	161
Cuadro 11	Investigaciones más recientes sobre eficacia de intervenciones familiares....	162
Cuadro 12	Investigaciones recientes con formatos de grupos multifamiliares.....	194

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Frecuencias de las características sociodemográficas por grupos.....	209
Tabla 2	Estadísticos descriptivos de las características sociodemográficas por grupos.	210
Tabla 3	Estadísticos Chi-cuadrado y F de Snedecor de las comparaciones entre grupos en las variables sociodemográficas.....	210
Tabla 4	Estadísticos descriptivos de las características clínicas por grupos.....	211
Tabla 5	Estadístico F de Snedecor de las comparaciones entre grupos en las variables sociodemográficas.....	212
Tabla 6	Perfil de usuarios y objetivos de la intervención según tipos de programas de Tratamiento con Metadona.....	226
Tabla 7	Criterios para determinar la evaluación del seguimiento.....	229
Tabla 8	Estadísticos descriptivos de las áreas de severidad de la adicción por grupos al inicio y al final del tratamiento.....	244
Tabla 9	Modelo de regresión lineal múltiple para Estado médico general ajustando por tipo de intervención.....	245
Tabla 10	Modelo de regresión lineal múltiple para Empleo y apoyo ajustando por tipo de intervención.....	246
Tabla 11	Modelo de regresión lineal múltiple para Consumo de drogas ajustando por tipo de intervención.....	247
Tabla 12	Modelo de regresión lineal múltiple para Consumo de alcohol ajustando por tipo de intervención.....	248
Tabla 13	Modelo de regresión lineal múltiple para Dosis de metadona ajustando por tipo de intervención.....	249
Tabla 14	Modelo de regresión lineal múltiple para Situación legal ajustando por tipo de intervención.....	249
Tabla 15	Modelo de regresión lineal múltiple para Relaciones familiares y sociales ajustando por tipo de intervención.....	250
Tabla 16	Modelo de regresión lineal múltiple para Estado psicopatológico ajustando por tipo de intervención.....	251
Tabla 17	Prueba T de comparaciones del perfil psicopatológico de la muestra con población general y población psiquiátrica ambulatoria.....	253

Tabla 18	Estadísticos descriptivos del perfil psicopatológico por grupos al inicio y al final del tratamiento.....	254
Tabla 19	Modelo de regresión lineal múltiple para Somatizaciones ajustando por tipo de intervención.....	255
Tabla 20	Modelo de regresión lineal múltiple para Obsesiones ajustando por tipo de intervención.....	256
Tabla 21	Modelo de regresión lineal múltiple para Depresión ajustando por tipo de intervención.....	258
Tabla 22	Modelo de regresión lineal múltiple para Ansiedad ajustando por tipo de intervención.....	258
Tabla 23	Modelo de regresión lineal múltiple para Hostilidad ajustando por tipo de intervención.....	259
Tabla 24	Modelo de regresión lineal múltiple para Ideas paranoides ajustando por tipo de intervención.....	260
Tabla 25	Modelo de regresión lineal múltiple para Psicoticismo ajustando por tipo de intervención.....	261
Tabla 26	Modelo de regresión lineal múltiple para Índice Global de Síntomas ajustando por tipo de intervención.....	262
Tabla 27	Modelo de regresión lineal múltiple para Total Síntomas Positivos ajustando por tipo de intervención.....	263
Tabla 28	Modelo de regresión lineal múltiple para Índice Positivo de Síntomas Estresantes ajustando por tipo de intervención.....	264
Tabla 29	Frecuencias de la cohesión y adaptación familiar por grupos.....	265
Tabla 30	Frecuencias de la evolución del funcionamiento familiar por grupos.....	266
Tabla 31	Estadístico Z de comparación de proporciones de la evolución del funcionamiento familiar por grupos	267
Tabla 32	Frecuencias de la evaluación del seguimiento por grupos.....	267

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Perfil psicopatológico de la muestra, población general y población psiquiátrica ambulatoria.....	252
---	-----

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El campo del tratamiento de la conducta adictiva se ha caracterizado en los últimos años por la aparición de innumerables evidencias científicas que han aportado un avance considerable, tanto en el conocimiento de este trastorno, como en los aspectos que incrementan la eficacia de estos tratamientos.

A través de estos trabajos de investigación que se han venido desarrollando por diferentes entidades y organismos, se ha puesto de relieve el carácter central de los componentes psicológicos en el tratamiento de las drogodependencias. La predominancia de los aspectos psicológicos en los sistemas de clasificación diagnóstica, particularmente el “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (American Psychiatric Association, 2002), los principios del tratamiento efectivo y enfoques con base científica (*National Institute on Drug Abuse*, 1999, 2001), y los esfuerzos por aumentar la práctica de la psicoterapia basada en la evidencia (American Psychological Association, 2000), han posibilitado que en la actualidad las intervenciones psicológicas lleguen a constituir el núcleo central y crítico en el tratamiento de los trastornos adictivos. Además, la investigación sobre el efecto de los tratamientos psicológicos ha evolucionado desde una postura inicial de validación y apoyo empírico, en la que la mayor parte de los tratamientos “*empíricamente validados*” eran de tipo cognitivo-conductual, hasta una formulación de “*prácticas basadas en la evidencia*”. Con este nuevo prisma se garantiza que los estudios de resultados puedan ser llevados a cabo en todos los modelos en condiciones igualitarias de partida, lo que ha potenciado el desarrollo de otros enfoques, tales como los dinámicos breves y los enfoques familiares.

La incorporación de la terapia familiar es mucho más reciente que otras modalidades terapéuticas y, de este modo, menos estudiada en el ámbito de las adicciones que en otros problemas de salud mental. A pesar de ello, y de los problemas metodológicos que se encuentran en muchos de los estudios desarrollados (Liddle y Dakof, 1995), existen evidencias suficientes de la eficacia de los tratamientos basados en la familia en el abordaje de los trastornos adictivos (Deas y Thomas, 2001; Stanton y Shadish, 1997; Ozechowski y Liddle, 2000). Igualmente, el formato de psicoterapia multifamiliar ha sido poco investigado en su aplicación en el tratamiento de las

drogodependencias, ya que han proliferado más los estudios de este formato aplicado a familias con hijos con trastornos psicóticos. Durante años, Kaufman (1985, 1999) ha sido el autor más representativo de esta modalidad psicoterapéutica en los casos de abuso de drogas. Pero en la última década se han publicado un buen número de trabajos que dan cuenta del interés que ha suscitado esta modalidad de tratamiento, aplicada no solo a los trastornos adictivos, sino también a otra serie de trastornos psicopatológicos (Schaefer, 2008).

En el ámbito de las drogodependencias los abordajes familiares han ido evolucionando desde una posición de equivalencia inicial del concepto de Terapia Familiar, como sinónimo de la Terapia Familiar Sistémica, hasta una mayor diversificación de las intervenciones psicoterapéuticas que se desarrollan contando con la familia del adicto, incorporando un sinfín de estrategias de otras modalidades de tratamiento y llegándose actualmente a un cierto consenso en la denominación de “*Tratamientos basados en la familia*” (Girón, Martínez-Delgado y González-Saiz, 2002).

Paralelamente, la terapia familiar sistémica ha evolucionado incorporando progresivamente elementos de una perspectiva constructivista (Hoffman, 1993; Sluzki, 1985). Desde un principio el enfoque sistémico se centró en la circularidad de las conductas de los distintos miembros de la familia (Bertalanffy, 1954; Wiener, 1948), y con la visión constructivista el interés pasa a estar más bien en el plano de los significados familiares compartidos de dichas conductas (Feixas, 1991). En cualquier caso, el constructivismo no se plantea como una alternativa al modelo sistémico, sino más bien como una perspectiva que surge desde una reflexión epistemológica que abarca el uso de muchas de las intervenciones sistémicas (Neymeyer y Mahoney, 1998).

La evolución del movimiento sistémico hacia una postura sistémico constructivista, destacando sobre todo el cambio terapéutico resultante de poner el énfasis en los significados compartidos por la familia y otras contribuciones teóricas (Hoffman, 1985), favorecieron el clima de renovación en la que aparece el Equipo Reflexivo (Andersen, 1991), que contiene la filosofía del constructivismo aplicada a la psicoterapia. La experiencia en el campo de la investigación con la técnica del Equipo

Reflexivo aplicada al tratamiento de adicciones es muy limitada, si bien contamos ya con un primer trabajo sobre eficacia de la técnica aplicada en trastornos de ludopatía (Jaén, 2001).

A pesar de los avances registrados en la investigación sobre tratamientos basados en la familia aplicados a los trastornos adictivos, en las publicaciones revisadas sobre este tema es posible reconocer un sustrato común, un hilo de continuidad, que plantea la necesidad de continuar desarrollando estudios que aumenten el conocimiento sobre tratamientos eficaces. Cada trabajo de investigación ha abierto nuevas vías y ha formulado nuevos interrogantes, planteándose nuevas cuestiones que quedan por resolver.

Este trabajo de investigación pretende contribuir a un mayor conocimiento en el ámbito del tratamiento de las drogodependencias en una doble vertiente: por un lado, a través de la descripción de un modelo de trabajo psicoterapéutico sistémico constructivista, como es la Psicoterapia Multifamiliar con Equipo Reflexivo, y por otro, con datos empíricos de la aplicación de esta modalidad de tratamiento en trastornos de dependencia a opiáceos.

El presente estudio consta de dos partes: el marco teórico y el estudio empírico. El punto de partida de los aspectos teóricos lo constituye un análisis de la evolución del consumo de drogas en nuestro país, así como las principales repercusiones de este fenómeno. Se describirán en el capítulo uno los avances registrados en las teorías y modelos explicativos de las drogodependencias. En el capítulo dos se revisarán los estudios de evaluación que se han desarrollado, fundamentalmente desde instituciones norteamericanas y los más importantes de ámbito nacional, sobre tratamientos de las drogodependencias. Se sentarán las bases para conocer lo que supone una definición de los criterios para un tratamiento efectivo en este ámbito. Profundizaremos en ese carácter central que han adquirido los aspectos psicológicos en el tratamiento de la conducta adictiva. Al mismo tiempo, analizaremos un conjunto de resultados que se repiten en todos los estudios revisados y haremos una revisión de las intervenciones psicológicas que han demostrado eficacia en el tratamiento de las drogodependencias.

En el capítulo tres abordaremos aspectos específicos de los tratamientos con metadona, los criterios para su indicación y un análisis de los factores que contribuyen a incrementar su eficacia. Veremos los aspectos más controvertidos de este tipo de tratamiento a través de su evolución histórica, hasta llegar a convertirse en un tratamiento aceptado a nivel internacional (Organización Mundial de la Salud, 2006). A ello, ha contribuido toda la evidencia científica contrastada que en la actualidad existe sobre la eficacia de este tipo de tratamiento (Fernández Miranda, 2005). Sin embargo, se pondrá de manifiesto un ámbito de investigación menos desarrollado que tiene que ver con cómo contribuye a la eficacia de este tratamiento la incorporación de intervenciones más estructuradas, como pueden ser las psicoterapéuticas y, más específicamente, las de tipo familiar.

Sobre terapia familiar y de sus implicaciones en el tratamiento de las drogodependencias tratará el capítulo cuatro. Observaremos, a través de una breve revisión histórica, la evolución que han experimentado desde la década de los años 50, por un lado, el movimiento de la terapia familiar de orientación sistémica, y por otro, el abordaje terapéutico de los trastornos adictivos. Siguiendo la propuesta de Rolland y Walsh (1996) se analizarán los modelos familiares centrados en la resolución de problemas y los modelos intergeneracionales, con mayor detenimiento en los modelos constructivistas, y más concretamente en la técnica del Equipo Reflexivo (Andersen, 1991). Finalizaremos este capítulo con una revisión de la evidencia sobre eficacia de la terapia familiar en el tratamiento de las drogodependencias, así como los avances más significativos que se han registrado y que se recogen en los últimos metanálisis realizados (Dea y Thomas, 2001; Stanton y Shadish, 1997; Ozechowski y Liddle, 2000:) y otras revisiones más recientes (Becoña y Cortés, 2008).

En el capítulo cinco abordaremos la terapia de grupos multifamiliar, revisando las aportaciones de los autores principales que, en nuestra opinión, han ofrecido experiencias que han ayudado a conformar esta modalidad de tratamiento. Se tratará de ofrecer una visión de las distintas aportaciones y sus principales características. Veremos cómo, a pesar de que la denominación no ha sido uniforme a lo largo del desarrollo de las terapias familiares, podemos ofrecer una definición que pueda englobar

las diferentes propuestas, en un intento de sistematización de esta modalidad terapéutica que permita comprender el trabajo terapéutico desarrollado.

A través de esta revisión teórica se podrá tener una visión del estado actual de este fenómeno y enmarcar la parte empírica de este trabajo, que plantea como objetivo central comprobar la eficacia de la Psicoterapia Multifamiliar con Equipo Reflexivo en una muestra de 82 pacientes adictos a opiáceos, que se encontraban en tratamiento con metadona en un dispositivo especializado de tipo ambulatorio. En el capítulo seis se expondrán los objetivos e hipótesis de este trabajo y en el capítulo siete se describirá la muestra de participantes, así como el centro de tratamiento y su programa de tratamiento con metadona. El procedimiento, el diseño y los instrumentos de medida serán comentados en este capítulo siete del método. Finalmente, en un intento de sistematización de la técnica se describirá el formato de Psicoterapia Multifamiliar con Equipo Reflexivo que se ha utilizado en esta investigación.

Los capítulos ocho y nueve recogerán los resultados obtenidos y la discusión de los mismos en relación con los fundamentos teóricos expuestos, recogiendo las limitaciones encontradas y reflexionando sobre la experiencia psicoterapéutica llevada a cabo. En el capítulo diez serán expuestas las conclusiones obtenidas en este trabajo de investigación.

Comprobaremos cómo una de las principales directrices para desarrollar este trabajo ha sido acercar la investigación a sus contextos naturales, es decir, a las condiciones en las que habitualmente se produce la práctica clínica, a los programas de tratamiento, a los dispositivos de atención. A ello contribuye enormemente el carácter institucional de esta investigación, que es fruto del convenio suscrito entre el Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra y la Universidad de Sevilla. Esta colaboración permite que procesos como la formación, el trabajo en equipo y la supervisión se conviertan en elementos imprescindibles para incrementar la eficacia de las intervenciones.

Capítulo 1

ASPECTOS TEÓRICOS DE LAS DROGODEPENDENCIAS

1 ASPECTOS TEÓRICOS DE LAS DROGODEPENDENCIAS

1.1. Evolución del consumo de drogas en España

En el último medio siglo los patrones de consumo de drogas han ido evolucionando en nuestro país, como así lo demuestran las revisiones sobre algunos de los estudios epidemiológicos más clásicos que se han llevado a cabo (San Molina, 2005; Santodomingo, 2009). En estos estudios se pone de relieve que el cambio en los patrones de consumo se produce a partir de los años 50, en los que el problema se reduce al consumo de alcohol y de cannabis en las zonas suburbanas de las grandes ciudades y en algunos grupos marginales o elitistas. En los años 60 aumentó el número de consumidores de otras drogas, extendiéndose el fenómeno a las clases medias de la sociedad e introduciéndose el consumo de sustancias como la heroína, la cocaína, los alucinógenos y otros fármacos psicoactivos. A pesar de ello, este fenómeno sólo tiene repercusiones en los propios afectados en forma de trastornos de conducta y en ocasiones algunas consecuencias sociales, pero no causa alarma en el conjunto de la sociedad, que seguía percibiendo el consumo de drogas como algo ajeno y lejano.

En la década de los años 70, y bajo la influencia de los medios de comunicación social, el consumo de drogas comienza a asociarse a problemas de peligrosidad social y es el detonante de una gran preocupación de los poderes públicos, los medios de comunicación y los profesionales sanitarios. Se empieza a detectar nuevos problemas relacionados con las nuevas sustancias y/o las vías de administración que generan un escenario de problemas de salud, derivados del uso indebido de drogas. Así, comienza a ser más frecuente la mortalidad en adictos, los accidentes, las urgencias hospitalarias, los problemas orgánicos asociados, en definitiva, todas las posibles complicaciones de esta nueva patología (Fernández Miranda, 2008, Terán, 2008). La aparición del S.I.D.A. (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), manifestada de forma dramática entre los adictos que se inyectaban, así como otras enfermedades transmisibles como la hepatitis o la tuberculosis, creó un nuevo problema de salud pública en relación con el consumo problemático de sustancias, que aún hoy en día continúa generando una importante carga asistencial en los servicios de atención (Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, 2009).

En aquella época y, de forma más o menos aproximada, hasta principios de los años noventa, la sustancia que más alarma social causa es la heroína. Las personas usuarias de esta sustancia psicoactiva presentan, en general, una grave situación de marginalidad, acentuada por su asociación con la comisión de delitos, en ocasiones con grave peligro para la integridad de las víctimas, con objeto de sufragar el coste de esa sustancia. A todo ello hay que añadir el padecimiento de patologías infecciosas como consecuencia de las condiciones de uso de esta droga, administrada generalmente por vía parenteral y, en una proporción importante de consumidores, compartiendo el material de inyección. La infección por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y el S.I.D.A. se asocia fuertemente con los consumidores de heroína por vía parenteral, y desde su comienzo en España en los años 80 hasta el año 2005, ocasiona 48.565 fallecimientos (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

A pesar de la repercusión que tuvo la heroína en estos años, no fue la única sustancia que generaba problemas. Otras drogas como el cannabis y la cocaína, además del alcohol y el tabaco que, obviamente, eran las dos sustancias más consumidas en nuestro país, disfrutaban de una gran aceptación social. Además, es necesario señalar que entre los consumidores está bastante extendido el uso simultáneo de varias sustancias, lo que incrementa los riesgos y daños producidos por las mismas.

A partir de mediados de los años noventa, el perfil de quienes consumen drogas ilegales y las pautas de ese consumo experimentan algunos cambios. Por un lado, comienza a descender el número de nuevos usuarios de heroína, si bien la atención que debe prestarse a un núcleo de antiguos consumidores supone una importante aportación de recursos humanos y económicos. De otro lado, aumenta el número de consumidores de cannabis y de cocaína en polvo (el “crack” ha tenido una incidencia muy poco significativa en España). Finalmente, se empieza a conformar lo que se conoce como “consumo recreativo” de drogas, es decir, el consumo, en ocasiones simultáneo, de sustancias como el alcohol, el cannabis, la cocaína, o el éxtasis (droga cuyo consumo comienza a extenderse por esa época), y toda una serie de derivados de las anfetaminas, más o menos emparentados con esta última sustancia (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

A diferencia de los consumos que tenían lugar, de forma más extendida, en la década anterior, durante los noventa se incrementa notablemente la asociación de los consumos de esas sustancias a los espacios de ocio, de forma que se incorpora de forma creciente a los estilos de vida de sectores de población (en ocasiones prácticamente adolescente), que lo practican en un marco de “normalización” muy diferente al de los usuarios de heroína de la década anterior, cuya característica más destacable había sido la marginación de los consumos y el gran deterioro físico desde el inicio del consumo. Para muchos de estos adolescentes y jóvenes este modo de consumo llega a considerarse prácticamente como un rito de entrada en la vida adulta y de integración en el grupo de iguales y, en general, se lleva a cabo compatibilizándolo con el mantenimiento de estilos de vida integrados, tanto en el ámbito familiar, como en el educativo e, incluso, en el laboral, en el caso de quienes ya están trabajando.

La evolución más reciente del consumo de drogas en nuestro país viene marcada por una serie de elementos muy característicos que han sido analizados desde el Plan Nacional sobre Drogas (2009) entre los años 2000 al 2009:

- a) El número de usuarios de drogas por vía parenteral continúa disminuyendo, tendencia que ya había sido registrada en la década anterior.
- b) Persisten altos niveles de infección por V.I.H. y Hepatitis entre los usuarios de drogas por vía parenteral, además de conductas sexuales y hábitos de inyección de riesgo, aunque ha disminuido progresivamente el número de nuevos casos de infección por VIH entre esta población.
- c) Se ha producido un descenso en el consumo de cannabis y cocaína. A pesar de ello, siguen siendo las drogas ilegales más consumidas entre la población.
- d) Ha descendido lentamente la mortalidad directamente relacionada con el consumo de drogas ilegales, aunque persiste un número apreciable de muertes por esta causa (casi 800 en el año 2004).
- e) Después de diez años de descenso continuado del consumo de heroína, algunos datos parecen apuntar a una estabilización del mismo o a un cierto incremento en el caso de la heroína fumada, tendencia que parecen apuntar también algunos países de la Unión Europea (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2009).

- f) El consumo de tabaco ha descendido, aunque la proporción de personas fumadoras sigue siendo alta.
- g) Ha descendido la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, aunque ha aumentado la frecuencia de episodios de embriaguez.

En la actualidad, la droga más consumida en España es el cannabis (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). En 2007, la prevalencia de consumo en los últimos doce meses entre la población adulta, de quince a sesenta y cuatro años de edad, que se había estabilizado entre 2003 y 2005 en torno al 11.%, disminuyó dos puntos porcentuales (9.2%), hasta las cifras del año 2001. Esta evolución del consumo de cannabis es consistente con los datos registrados para la prevalencia de consumo diario en los últimos treinta días, que en 2007 se aproxima a los niveles apreciados en 2001 (1.6%).

La cocaína ocupa el segundo lugar entre las drogas ilegales que más se consumen en España. A partir del año 2001, la prevalencia de consumo en los últimos doce meses entre la población de quince a sesenta y cuatro años de edad, creció hasta situarse en el 3%, cifra en la que se ha mantenido según los datos de la última encuesta correspondiente a 2007 (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

En relación al consumo de alcohol debe destacarse que el consumo abusivo por parte de la población juvenil se produce, fundamentalmente, en relación con las bebidas alcohólicas destiladas, cuya concentración de alcohol es mayor y que, además, se mezclan con bebidas carbónicas, lo que refuerza su efecto.

La heroína, a pesar de haber sido históricamente en España la responsable de los problemas graves relacionados con las drogas ilegales, en los últimos años ha disminuido de forma importante tanto el consumo como los problemas asociados. Hasta el año 2004 todos los indicadores manejados por el Observatorio Español sobre Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2009), tales como indicadores de control de la oferta, encuestas domiciliarias y escolares, estimación del consumo problemático, tratamientos o muertes relacionadas con el consumo, mostraban una tendencia descendente.

El número de personas tratadas en España por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína pasó de 20.017 en 1992 a 16.647 en 1996, 7.461 en 2001 y 3.836 en 2004. La heroína dejó de ser por primera vez en 2005 la droga que motivaba un mayor número de admisiones a tratamiento, cediendo su puesto a la cocaína. Esta última motivó, en ese mismo año, el 45.1% de las admisiones, frente al 38.2% de la heroína. A continuación se situó el cannabis, con el 10.7%. La proporción de urgencias relacionadas con drogas en que se menciona el consumo de heroína pasó de 61.5% en 1996 a 40.5% en 2000, y 24.2% en 2004. La principal sustancia mencionada fue la cocaína (59.2% de los episodios), seguida del alcohol (42.9%), a pesar de que sólo se recogió este dato cuando se asociaba a alguna otra droga (policonsumo), cannabis (30.9%), hipnosedantes (28.3%) y heroína (21.8%). Por último, el número de muertes por reacción aguda a drogas con presencia de opioides en seis grandes ciudades pasó de 544 en 1992 a 391 en 1996, 225 en 2003 y 183 en 2004 (Plan Nacional sobre Drogas, 2007).

Sin embargo, a partir de 2004 se ha notado un aumento de la prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida de los estudiantes de 14 a 18 años, de 0.5% en 1994 a 0.7% en 2004 y 1% en 2006. Igualmente, se registra una ralentización del descenso en el número de primeras admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína, pasando de 3.836 en 2004 a 3.604 en 2005. Se registra una estabilización de la edad media de admisión a tratamientos y un descenso de la edad de inicio de consumo entre los nuevos casos. Las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con drogas, en las que se mencionaba el consumo de heroína, pasó de un 24.2% en 2004 a un 24.8% en 2005. La presencia de opioides en las muertes relacionadas directamente con drogas en seis grandes ciudades, pasó de 183 en 2004 a 185 en 2005. Finalmente, a partir de 2003 se observa un descenso de la relación precio-pureza de los pequeños decomisos de heroína, los que se interpreta como un aumento de la oferta de heroína (Plan Nacional sobre Drogas, 2007).

Todos estos datos permiten plantear la hipótesis de que el consumo y los problemas por heroína pueden haber tocado fondo y pueden volver a aumentar otra vez. Por otra parte, continúa descendiendo el uso de la inyección para consumir heroína. De hecho, la proporción de tratados por heroína por primera vez en la vida que consume

esta droga principalmente por inyección, pasó de 50.3% en 1991 a 18.2% en 2002, 16.4% en 2004 y 15.1% en 2005. La vía inyectada ha sido sustituida principalmente por la vía pulmonar (“plata” o “fumar chinos”).

En la Comunidad Autónoma de Andalucía se han registrado en 2008 un total de 21.107 admisiones a tratamiento en los centros ambulatorios de la red pública para la atención a las drogodependencias y adicciones. Esto supone un incremento del 16.3% de admisiones a tratamiento con respecto al año anterior, siguiendo la tendencia a aumentarse desde 2006 (Junta de Andalucía, 2009). El número de admisiones a tratamiento es el más elevado desde 1998.

Del total de personas admitidas a tratamiento, un 38% habían realizado anteriormente algún tratamiento motivado por la misma sustancia psicoactiva, un 48.5% no habían realizado nunca otro tratamiento por la misma droga y se desconoce este dato del 13.5% restante.

Atendiendo a los diferentes tipos de sustancias o adicciones que motivan el tratamiento, en 2008 se mantiene el ascenso en el número de admisiones a tratamiento por cocaína, que viene produciéndose de manera constante desde 1.987 (Junta de Andalucía, 2009). Esta sustancia superó en 2007 a la heroína en número de admisiones a tratamiento y es ya la segunda sustancia que más inicios de tratamiento ha motivado, siendo el alcohol la primera. En 2008 se observa un leve incremento del número de admisiones a tratamiento motivadas por heroína y “rebujo”, que es la mezcla de esta sustancia con cocaína, que también pudo detectarse en el año 2007. El número de personas tratadas por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína, pasó de 8.411 en 2001 a 4.062 en 2006 y 4.620 en 2008. Se interrumpe así en 2006 la tendencia que venía observándose desde 1998 a reducirse de forma constante los tratamientos iniciados por esta sustancia. En cualquier caso, se produce un incremento del 13.8% en este periodo, aunque se mantiene todavía por debajo del número de admisiones que motivaron estas sustancias en 2003 (4.941).

En relación a las características sociodemográficas de las personas admitidas a tratamiento por consumo de opiáceos (Junta de Andalucía, 2009) encontramos que:

a) Las personas admitidas a tratamiento por el consumo de heroína o ‘rebujo’ tienen una edad media de 37.5 años. La desviación típica es de 8.04, lo que indica que las edades de estas personas también se encuentran dispersas en torno a este valor medio. La media de edad de las mujeres que inician tratamiento por estas sustancias es aproximadamente un 1 año y medio más joven que la de los hombres.

b) El porcentaje de mujeres admitidas a tratamiento por dependencia a opiáceos es del 11.8%, frente al 88.2% de hombres.

c) En relación al nivel de estudios las dos categorías predominantes son “Sin estudios” (35.1%) y con “Estudios primarios” (35.3%). El 20.8% manifiesta tener el graduado escolar o Educación Secundaria Obligatoria, mientras que el porcentaje de personas que han finalizado estudios de Formación Profesional o Bachiller superior sólo representa el 4.4%, y el de quienes han finalizado estudios universitarios medios o superiores, el 1.4%. También en estas admisiones por opiáceos el nivel de estudios de las mujeres (3.4%) es superior al de los hombres (1.1%). El porcentaje de mujeres que han finalizado estudios universitarios y enseñanza secundaria es mayor que el de los hombres; sin embargo, también es mayor el porcentaje de mujeres que no saben leer ni escribir (5.9%) que el de los hombres (3.2%).

d) La situación laboral del 59.8% de los hombres que inician tratamiento es la de desempleo, frente al 69.9% de las mujeres. El 24.2% de los hombres que inician tratamiento por estas sustancias se encuentra trabajando, mientras que entre las mujeres este porcentaje es sólo del 14.3%. El porcentaje de jubilados y pensionistas es muy similar en hombres y mujeres (7% entre los hombres y 7.2% entre las mujeres. Entre las mujeres admitidas a tratamiento por heroína y/o rebujo el porcentaje de las que se dedican exclusivamente a tareas del hogar es reducido (1.7%).

e) Un 34.1% convive con la familia de origen, mientras que el 29.3% tienen a la familia propia como modelos de convivencia más habitual y un 15.1% de las personas viven solas. Los porcentajes correspondientes a otros modelos de convivencia son elevados (17.8%), de los que la mayor parte indica que ha vivido en prisión durante los seis meses previos a la admisión a tratamiento.

f) En relación a la situación legal, encontramos que el 39.2% de los hombres admitidos a tratamiento por estas sustancias han tenido alguna condena penal posterior al inicio del consumo de esta sustancia. En el caso de las mujeres, el porcentaje de las que han tenido condenas penales es del 25.2%.

Respecto a las variables clínicas más relevantes de las admisiones a tratamiento en Andalucía por opiáceos durante 2008 encontramos que (Junta de Andalucía, 2009):

a) El 74.7% de las admisiones a tratamiento por estas sustancias han realizado tratamiento previo por la misma droga por la que va a tratarse, frente al 22.7% que realizan tratamiento por primera vez. La edad media de inicio del consumo se produce en torno a los 21 años y un 50.6% refiere consumo diario.

b) La vía de administración predominante del 87.9% es pulmonar o fumada (“en chinos” o “papel de plata”) y el 4.6% utiliza la vía inyectada o parenteral como la vía más habitual. El 46.8% ha utilizado esta vía en alguna vez.

c) En 2008, el porcentaje de admisiones por primera vez a tratamiento es más reducido en el caso de las personas admitidas por combinados de cocaína y heroína por vía intravenosa (14.1%), que por heroína sola (18.2%) y que por “rebujo” (24.3%).

d) Las admisiones a tratamiento de nuevos casos llevan una media de 10.7 años consumiendo esta sustancia. El 62.9% solicita Tratamiento con Metadona, frente al 14.7% que demanda un programa de deshabitación y un 9.4% demandan desintoxicación ambulatoria.

e) A pesar de la demanda manifestada por las personas usuarias, el tipo de asistencia prescrita por los terapeutas puede diferir según el perfil del paciente y el diagnóstico realizado. En el caso de las personas admitidas por heroína y/o ‘rebujo’, un 55.3% de los pacientes inician un Programa de Tratamiento con Metadona, mientras que un 21% de estos pacientes inicia un programa de deshabitación.

1.2. Repercusiones del consumo de heroína

A lo largo de las últimas tres décadas, el consumo de heroína ha generado un importante daño sanitario y social que se ha venido manifestando de múltiples formas:

En primer lugar, el *proceso de adicción o dependencia que genera*, constituyendo una enfermedad en sí misma, en la que la persona afectada está periódica o crónicamente intoxicada, muestra una compulsión a tomarla y tiene gran dificultad para modificar o abandonar el consumo.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2002) define la dependencia a opiáceos cuando existen 3 o más de los siguientes criterios en los últimos 12 meses:

- a) Tolerancia.
- b) Abstinencia.
- c) Consumo de más cantidad o periodo más largo.
- d) Deseo o esfuerzos para controlar o reducir el consumo.
- e) Gasto de mucho tiempo en actividades relacionadas con consumir.
- f) Reducción de actividades.
- g) Consumo a pesar de tener conciencia de los problemas asociados.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.-10) (Organización Mundial de la Salud, 2009), la dependencia se define por la presencia en los últimos 12 meses previos o de un modo continuo han estado presente 3 o más de los siguientes criterios:

- a) Deseo intenso o vivencia de compulsión a consumir.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el comienzo o la finalización del consumo.
- c) Abstinencia.
- d) Tolerancia.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer y aumento del tiempo para obtener, ingerir sustancias o recuperarse del consumo.

- f) Consumo a pesar de presentar consecuencias perjudiciales médicas o psicopatológicas (intoxicación, sobredosis, síndrome de abstinencia...).

En segundo lugar, mediante *la incidencia de episodios de sobredosis* o de intoxicación aguda por adulteración de la sustancia, tratándose de una droga ilegal, que son la causa de muerte inmediata más visiblemente relacionada con el consumo. Actualmente, el consumo de heroína sigue provocando la mayor tasa de morbilidad y mortalidad en relación con el consumo de drogas de la Unión Europea (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2009).

El consumo de heroína se ha asociado con frecuencia a todo un conjunto de complicaciones físicas, infecciosas y no infecciosas, relacionadas tanto con las características de la propia sustancia o de sus adulterantes, como con las prácticas de riesgo y forma de vida de los consumidores, que afectan a la calidad de vida del heroinómano, condicionando la evolución y ensombreciendo el pronóstico de la adicción (Terán, Álvarez, Sánchez y Álvaro, 2005). Un informe de la Unión Europea señala el S.I.D.A. y las reacciones agudas al consumo como las principales causas de muerte entre los consumidores (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2006). Pero también hay que hacer mención a los cambios experimentados en el consumo de heroína, con la sustitución de la vía parenteral por la inhalada-fumada (Brugal y Rodríguez-Martos, 2006) y el desarrollo y generalización de los tratamientos con metadona (Brugal, Domingo y Puig, 2005), han supuesto una mejoría sustancial en la salud de la población heroinómana, con especial incidencia en el descenso de enfermedades infecciosas.

En esta línea, en algunos estudios se habla de factores que en mayor o menor medida influyen en el inicio, desarrollo y pronóstico de las patologías infecciosas (Levine y Brown, 2005). Algunos de estos factores son: malnutrición, higiene personal deficiente, contaminación del material utilizado en la preparación y consumo, contaminación de la heroína o sus adulterantes, alteraciones de la inmunidad, escasa frecuentación de los servicios de salud y preventivos, promiscuidad sexual, etc. Junto a la intoxicación o sobredosis por opiáceos y al síndrome de abstinencia, relacionados directamente con las características farmacológicas de estas drogas y las de presentación

más frecuente en la clínica, existen un conjunto de patologías no infecciosas que afectan a diferentes órganos y sistemas y cuyo mecanismo patogénico, en algunos casos, está aún por determinar (Terán y cols., 2005).

Las patologías más frecuentes se adquieren como consecuencia del tipo de consumo, básicamente compartiendo medios de administración de las drogas, que facilitan la transmisión del V.I.H. o los virus de diversas hepatitis. Asimismo, de forma indirecta, se encuentra la probabilidad de adquirir otras infecciones transmitidas por contacto personal, entre las que destacan las infecciones de transmisión sexual.

En tercer lugar, *la problemática legal que tiene asociada*. La literatura revisada pone de relieve que los sujetos que padecen adicciones a sustancias se ven involucrados en conductas delictivas con mayor frecuencia que la población general (Bell, Hall y Byth, 1992; Hall, Bell y Carless, 1993). No es raro que el usuario de heroína a medio plazo llegue a subsistir de la venta de drogas y psicofármacos, falsificación de recetas, prostitución o robos. Se trata de una delincuencia muy concreta, siempre dirigida a la obtención de heroína. Son infrecuentes los actos de extrema violencia, siendo por lo general problemas legales relacionados con atentados a la salud pública, tráfico de droga o delito contra la propiedad (De la Fuente, Bravo, Toro, Brugal y cols., 2006). Esto conlleva importantes costes tanto económicos como sociales y ha conducido a que la disminución de las tasas de delincuencia sea uno de los objetivos generales en los programas de tratamiento de las dependencias de sustancias (Schwartz, Highfield, Jaffe, Brady y cols., 2006).

Hay evidencia de que existe una importante relación entre consumo de drogas y actividad delictiva, aunque ésta suponga un pequeña parte del total de delitos (Delgado, 2001). En algunos sujetos, en determinadas condiciones, el consumo de drogas puede llevar a la realización de determinadas conductas delictivas, pero no es en absoluto generalizable. Otros estudios ponen de relieve que entre un 30% a un 50% de los adictos tuvieron problemas legales antes del consumo (Otero, 1994), si bien la actividad delictiva después de la adicción es significativamente mayor que antes de la misma (Delgado, 2001).

En cualquier caso, no existen evidencias claras sobre si la dependencia precede a la actividad ilegal o todo lo contrario, o si en realidad se puede considerar que ambas variables interactúan y se retroalimentan. Sea cual fuere la naturaleza de esta relación, no existen dudas sobre la fuerte asociación entre la delincuencia y el consumo de drogas (Ochoa, Madoz-Gúrpide y Leira-Sanmartin, 2008). El modelo que plantea la interrelación y la mutua influencia entre estas dos variables se presenta como la hipótesis comprensiva más ajustada a la hora de explicar dicha asociación.

En cuarto lugar, *las consecuencias familiares* que se asocian al problema de adicción a la heroína, registrándose en el proceso adictivo alteraciones de la dinámica familiar, fugas del domicilio, problemas en la convivencia, separaciones y divorcios, disgregaciones, etc. Los vínculos afectivos originados durante el proceso adictivo se desvanecen después de una real y efectiva deshabitación, a menos que puedan reestructurarse en una nueva base en que apoyarse (Soler-Insa, 1981). Igualmente, las variables familiares han sido siempre reconocidas como las más importantes a la hora de explicar el origen y mantenimiento del consumo de drogas (Kaufman, 1985; Madanes, Dukes y Harbin, 1980). Igualmente, algunos autores han puesto de manifiesto la estrecha asociación entre el funcionamiento familiar y el consumo de drogas por parte de los hijos (Iraurgi, Sanz y Martínez Pampliega, 2004). Stanton y Todd (1982) señalan que el uso de drogas legales, como el alcohol es básicamente un fenómeno social, el consumo de drogas como el cannabis es un fenómeno de influencia de los pares y el uso de heroína y otras drogas ilegales depende más de la calidad de las relaciones entre adolescentes y sus padres.

En quinto lugar, *el proceso de degradación personal y social* que se produce en el adicto a heroína. Se suele producir una limitación de sus intereses personales, vive para abastecerse de la sustancia, manifestando egocentrismo, inmadurez, siendo común una ausencia de interrelación e integración social que le impide poder en muchos casos con los compromisos laborales (Soler-Insa, 1981). Las principales repercusiones laborales negativas son absentismo laboral, problemas de concentración y disminución del rendimiento junto con robos o estafas en el trabajo o los conflictos con los compañeros (López-Goñi, 2007) Estas repercusiones pueden abocar a la persona en muchos casos a ámbitos marginales.

Como en otras cuestiones, se ha discutido si la drogodependencia se presenta antes que la problemática laboral, o al revés. Sea como sea, parece observarse que en muchas ocasiones van de la mano y que hay múltiples evidencias que relacionan situación laboral y evolución del tratamiento. Kemp y Neale (2005) encontraron que cuando se intenta orientar laboralmente a personas con problemas graves de dependencia, esta orientación obtiene resultados muy pobres, ya que estas personas suelen presentar deficiencias personales muy importantes.

En prácticamente todos los estudios de seguimiento se atiende especialmente a la situación laboral de las personas atendidas, encontrándose que tener empleo estable durante el tratamiento se asocia a mayor capital social y humano y a un menor consumo de drogas (Koo y Chitwood, 2007), y la inclusión de estrategias orientadas al empleo en programas de tratamiento de la drogodependencia mejoran los resultados obtenidos (O'Connell, Enev, Martin e Inciardi, 2007). En estudios de este tipo de pacientes en tratamiento con metadona, una de las recomendaciones fue la de establecer programas para la orientación profesional (Kang, Magura, Blankertz, Madison y Spinelli, 2006).

En sexto lugar, *los problemas psicopatológicos asociados*. Las cifras de prevalencia de sintomatología psicopatológica oscilan entre el 44% y el 93% dependiendo de los estudios consultados (Brooner, King, Kidorf, Schmidt y Bigelow, 1997; Rodríguez-Llera, Domingo, Brugal, Silva y cols., 2006; Torrens, Fonseca, Mateu y Farré, 2005; Fernández Miranda, González, Sáiz, Gutiérrez y Bobes, 2001; Gutiérrez, Sáiz, García, Fernández, González, Fernández y Bobes, 2001; Mateu, Astals y Torrens, 2005). Un estudio reciente (Astals, Domingo, Castillo Tato y cols., 2008) realizado en nuestro país en pacientes adictos a heroína describe la prevalencia de problemas psicopatológicos; en torno al 44% de ellos presentaba o había presentado algún trastorno psicopatológico.

Los estudios ponen de relieve que los problemas psicopatológicos más frecuentes en dependientes de opiáceos son los cuadros depresivos, de ansiedad y los trastornos de personalidad que pueden ser inducidos o independientes del consumo de opiáceos (Astals y cols., 2008; Strain, 2002). No está descrita una mayor prevalencia de trastornos psicóticos en este grupo de población. (Fernández Miranda, 2008).

La presencia de sintomatología psicopatológica en pacientes en tratamiento con metadona es muy frecuente y, en la práctica clínica, supone un factor añadido de dificultad para el diagnóstico y el tratamiento. Los pacientes con esta sintomatología acuden más a los servicios de urgencias (Curran, Sullivan, Williams, Han y cols., 2003), tienen mayor prevalencia de suicidio (Aharonovich, Liu, Nunes y Hasin, 2002) y presentan más conductas de riesgo de contagio de infecciones (King, Kidorf, Stoller y Brooner, 2000).

Del mismo modo, los estudios revisados ponen de manifiesto diferentes prevalencias de trastornos de la personalidad en adictos a heroína. Cifras que oscilan entre el 35% y el 70% dependiendo las fuentes consultadas (Brooner y cols., 1997; Gutiérrez y cols., 2001, Fernández Miranda y cols., 2001). A pesar de las diferencias encontradas, todos los estudios revisados señalan como los más frecuentes el Trastorno Antisocial y el Trastorno Límite, por ese orden. En este sentido, Cervera, Valderrama, Bolinches y Martínez (1997) destaca que la metadona resulta eficaz para disminuir en estos pacientes las conductas impulsivas, la irritabilidad y la inestabilidad emocional.

En cualquier caso, resulta difícil diferenciar si los problemas psicopatológicos son inducidos por el consumo de drogas o no. Es decir, con frecuencia estos cuadros pueden anteceder al consumo (Cancrini, 1982; Khantzian, 1985) y en otras ocasiones pueden ser secundarios a otros problemas asociados al consumo y no directamente debidos al efecto de los opiáceos, bien por el estilo de vida de estos adictos o por la problemática social y familiar asociada (Phan, Sánchez y Bouthillon-Heitzmann, 2005). Por último, dadas las frecuentes situaciones de consumo de otras drogas, es posible que sean debidos a esas otras sustancias como la cocaína, el alcohol o el cannabis (Fernández Miranda, 2008).

La coexistencia de la adicción a sustancias con otros problemas psicopatológicos, lo que en el ámbito clínico es más comúnmente conocido como “Patología Dual” o “Diagnóstico Dual”, supone una complicación que afecta al curso y al pronóstico del trastorno adictivo (Beattie, McDaniel y Bond, 2006), lo que a su vez ha hecho incrementar el interés por conocer su prevalencia.

Existen dos grandes estudios epidemiológicos en Estados Unidos, el *Epidemiological Catchment Area* (E.C.A.) (Regier, Farmer, Rae, Locke y cols., 1990) y el *National Comorbidity Survey* (.N.C.S.) (Kessler, Cum, Warner, Nelson, Schulenberg y Anthony, 1997). En el E.C.A. la tasa de comorbilidad de trastornos psicopatológicos asociados al los trastornos adictivos en general era del 29.2% y del 65.2% en los trastornos de dependencia a opiáceos. El N.C.S., que utilizó una metodología de análisis diferente, encontró en términos generales una mayor prevalencia de comorbilidad. El Informe Nacional de España habla de una estimación de la prevalencia global entre el 10 y el 14% en la población general y del 34.8% al 73% en la población adicta (Verheul, 2001). Los trastornos de la personalidad son cuatro veces más prevalentes entre los adictos que entre la población general.

Las diversas formas en que se relacionan los trastornos psicopatológicos con los trastornos por consumo de sustancias han sido objeto de un amplio análisis y el origen de diversas teorías y modelos explicativos. A continuación, revisaremos algunos de estos modelos centrándonos en aquéllos que, desde nuestro punto de vista, han contribuido más significativamente en el tratamiento de las drogodependencias.

1.3. Avances en las teorías y modelos explicativos de las drogodependencias

Los problemas derivados del abuso de drogas han supuesto la proliferación de diversas teorías y modelos para explicar la naturaleza de tales problemas y las estrategias terapéuticas para tratarlos. Tradicionalmente, se han centrado en el alcoholismo y, más recientemente, también en el uso de otras sustancias, como la heroína y la cocaína. Ya en una revisión de Lettiere, Sayers y Pearson (1980) se identifican más de cuarenta perspectivas teóricas que tratan de explicar los problemas y las conductas de adicción a sustancias.

Hasta la década de los ochenta la explicación de las conductas adictivas se fundamenta en el modelo moral, que afirma que el adicto no es capaz de resistir la tentación por su pobre o baja moralidad (Vaillant, 1999) y en el modelo biológico, para el que los comportamientos adictivos están basados en la dependencia física subyacente, que se origina por factores de predisposición biológicos o genéticos (Marlatt, 1985). En

el ámbito psicoterapéutico, las aportaciones más significativas provienen del psicoanálisis, aunque se centran en el problema del alcoholismo. Pocos autores documentan experiencias clínicas en el ámbito de las toxicomanías y siempre reconducen las problemáticas del toxicómano a la fijación oral, al narcisismo y a la asociación con los trastornos maniaco-depresivos y al predominio de los instintos destructivos (Fenichel, 1974; Glover, 1939).

A estos modelos se han incorporado distintos posicionamientos teóricos con mayor o menor éxito, como han sido los modelos socioculturales (Bell, 1975), las teorías psicodinámicas (Kohut, 1971; Olievenstein, 1982, Rosenfeld, 1965) y transaccionales (Steiner, 1971) y las teorías de la personalidad (Vaillant, 1983).

Una de las contribuciones más significativas en el ámbito clínico ha sido la de Olievenstein (1982), que considera las toxicomanías como uno de los síntomas conectados con la personalidad narcisista o *borderline*. Estos trabajos han constituido la base de otras aportaciones teóricas significativas (Cancrini, 1982; Khantzian, 1985), que han retomado la cuestión del significado autoterapéutico de las toxicomanías y de la formación incompleta de la identidad. Estos trabajos desplazan la atención del problema del control y de los instintos destructivos, al de las relaciones de objeto y de las identificaciones respecto de la construcción de la identidad (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza 1999).

Olievenstein (1982), a diferencia de sus predecesores que consideran inespecífico el dinamismo psíquico, que predispone a la toxicomanía, hace un planteamiento específico según el cual el futuro toxicodependiente entra en la fase adolescente en una situación de incompletitud, que el autor describe, utilizando una metáfora inspirada en las teorías de Lacan, como que ha quedado atrapado en una situación que está a medio camino entre un estadio del espejo alcanzado y un estadio del espejo imposible. El trabajo de Olievenstein (1982) supone la base de otra de las contribuciones más importantes en el ámbito psicoterapéutico, como son los trabajos de Cancrini (1982), que señala que existe una correspondencia directa y significativa entre la necesidad fundamental del futuro toxicómano y el efecto del propio fármaco. Estos trabajos están sustentados en 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*” frente a una situación personal o interpersonal dolorosa, buscando en la sustancia aliviar dicho sufrimiento. Obviamente, quien ha presentado ya mucho tiempo antes signos de sufrimiento, de inadaptación y de difícil comunicación en la familia o trastornos psíquicos, tendrá una probabilidad mucho mayor de pensar en las sustancias estupefacientes como una forma de ayuda, terapia y alivio del malestar.

En estos años cobra relevancia la *Hipótesis de la automedicación* (Khantzian, 1985), que sostiene, en líneas generales, que las drogodependencias pueden ser explicadas como una predisposición, una vulnerabilidad o trastorno psicológico o biológico, que sufren las personas que las padecen. Esta hipótesis ha sido objeto durante años de numerosos trabajos de investigación y ha contribuido al desarrollo de cuatro grandes líneas de trabajo en la actualidad que, lejos de ser excluyentes, pueden ser complementarias (Casas, 2007):

La primera propone la existencia de una disfunción, de origen genético o adquirido, en los sistemas de neuromodulación-neurotransmisión a nivel del sistema nervioso central, con el resultado final de una alteración de la regulación de los procesos de analgesia, vida afectiva, actividad cognitiva superior, etc. La persona afectada por esta disfunción experimentaría un conjunto de molestos trastornos psicoorgánicos que provocarían una marcada disminución de su calidad de vida. Si esta persona entra en contacto con sustancias psicoactivas, podrá iniciar un rápido proceso de dependencia, si dichas sustancias actúan como una medicación altamente efectiva para los trastornos que padece. En estos casos, si la disfunción orgánica no se normaliza, ya sea espontáneamente o con ayuda psicofarmacológica, los tratamientos específicos y de prevención de recaídas están abocados al fracaso, dado que el paciente afectado buscará, más tarde o más temprano, una solución “tóxica” a sus problemas (Casas, 2000). Estudios recientes han señalado el sustrato biológico responsable de los efectos reforzantes y aversivos de las drogas, proporcionando información sobre la existencia de mecanismos neuroquímicos comunes a la adicción a distintos tipos de drogas, incluidos los opiáceos (Valverde y Maldonado, 2005).

La segunda línea de trabajo es una variante de la primera y propone la hipótesis de que la disfunción de los sistemas de neuromodulación-neurotransmisión cerebrales no tienen un origen genético, ni aparece en el transcurso del desarrollo de la persona, sino que es debida a la existencia de una especial vulnerabilidad de estos sistemas centrales a las sustancias psicoactivas objeto de abuso y dependencia, de tal manera que el uso de drogas generaría unas alteraciones funcionales que disregularían los sistemas homeostáticos y las funciones psíquicas básicas de la persona que las consume, de forma grave y, posiblemente, permanente. Si los tratamientos psicológicos o farmacológicos no consiguen resolver el problema, la persona se verá abocada a perpetuar el consumo de drogas de un intento de restablecer su calidad de vida (Casas, 2000).

La tercera línea de trabajo propone como factores predisponentes al inicio y mantenimiento de las drogodependencias, la presencia de trastornos psicológicos previos al inicio de la conducta adictiva. Basándose en los reconocidos efectos antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos de muchas de las sustancias catalogadas como “drogas”, la hipótesis de la automedicación sugiere que estas personas adictas serían, en realidad, personas con trastornos psicopatológicos que se automedican con relativo éxito con estas sustancias. Esta línea supone que la existencia de un trastorno mental primario y preexistente determina la aparición del consumo de drogas o alcohol (por ejemplo, la preexistencia de trastornos de ansiedad en el alcoholismo, de trastornos por déficit de atención en adictos a la cocaína, o de sintomatología psicótica en heroinómanos). Estas personas presentan grandes dificultades para conseguir y mantener la abstinencia después de la desintoxicación, debido a que la intervención terapéutica no se completa o debido a los efectos de los fármacos que se suelen prescribir (antidepresivos, ansiolíticos, etc.), cuando se pretende tratar los trastornos psicológicos que sustentan el proceso de dependencia (Casas, 2000).

La cuarta línea de trabajo es una variante de la tercera y propone que los trastornos psicológicos que predisponen a las dependencias no son previos al consumo de sustancias con actividad psicoactiva, sino su resultado. Es decir, existirían unos individuos sin psicopatología previa, pero con una especial vulnerabilidad al efecto psicoactivo de las denominadas “drogas”, que desarrollarían graves trastornos

psicológicos de larga duración, y de difícil remisión, con su consumo. Una vez instaurado el cuadro psicopatológico inducido por el abuso de drogas, la persona podría presentar consumos compulsivos de tóxicos en un intento de contener la sintomatología resultante.

Los modelos explicativos han experimentado en estos años una importante evolución en un doble sentido: por un lado, los primeros modelos unicausales, centrados generalmente en factores individuales, han ido dando paso a modelos centrados en la consideración conjunta de múltiples factores individuales, sociales y familiares (Dodge, Malone, Lansford, Miller-Johnson, Pettit y Bates, 2007), Por otro, a nivel clínico, los modelos se han centrado en nuevas perspectivas de los procesos de cambio en las conductas adictivas y, por tanto, han derivado en nuevos modelos teóricos (Marlatt y Gordon, 1985; Miller y Rollnick, 1991; Prochaska y Diclemente, 1982).

Los modelos multifactoriales, utilizados mayoritariamente en el desarrollo de intervenciones preventivas del consumo de drogas, aunque asumen ciertas diferencias de unas sustancias a otras en sus consecuencias, resaltan la similitud en sus factores causales (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Kokkevi, Arapaki, Richardson, Florescu, Kuzman y Stergar, 2007). En los últimos años, la mayor parte de las investigaciones en este ámbito han asumido esta perspectiva multifactorial, y han tratado de dilucidar qué factores resultan más relevantes en la explicación de los consumos problemáticos de drogas (Buelga, Ravenna, Musitu y Lila, 2006; Kokkevi y cols., 2007).

En el ámbito clínico, también en los años 80, comienzan a aparecer diversos trabajos que enfatizan un modelo de cambio en la conducta adictiva, en contraposición a la visión tradicional del cambio como un suceso dicotómico de abstinencia y consumo. Estos modelos contemplan el cambio como un proceso a lo largo del tiempo, en lugar de la abstinencia como el primer objetivo a alcanzar (Tejero y Trujols, 1994).

Las aportaciones más significativas que encontramos en este sentido son el *Modelo transteórico de cambio* (Prochaska y Diclemente, 1982), la *Entrevista motivacional* (Miller y Rollnick, 1991) y el *Modelo de prevención de recaídas* (Marlatt y Gordon, 1985).

El *Modelo transteórico de cambio*, formulado por Prochaska y Diclemente en los años 80 (Prochaska y Diclemente, 1982), permite identificar diferentes niveles de predisposición que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva. El nivel motivacional inferior se corresponde con el estadio de *precontemplación*, en el cual la persona no tiene ninguna conciencia del problema, y, por lo tanto, ninguna intención de modificar la conducta adictiva. Progresivamente, puede incrementarse la disposición al cambio adquiriendo conciencia del problema y desarrollando las estrategias necesarias para superarlo, incluyendo las habilidades para sobreponerse a imprevistos y recaídas: *contemplación, preparación o determinación, actuación o acción y mantenimiento del cambio conseguido*.

Este modelo, además de delimitar el momento en el que una persona está preparada para cambiar (*estadios*), posibilita comprender cómo va incrementándose ese nivel de predisposición del sujeto, mostrando qué tipo de actividades encubiertas o manifiestas suelen realizar para modificar y consolidar su hábito adictivo (*proceso de cambio*). En líneas generales, los procesos de cambio de carácter cognitivo se asocian con los primeros estadios de precontemplación, contemplación y preparación, como pueden ser el aumento de la concienciación, alivio por dramatización, reevaluación ambiental, autorrevelación o autoliberación, mientras que los procesos de tipo conductual se asocian a los estadios de acción y mantenimiento, como pueden ser manejo de contingencias, relación de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos (Prochaska y Diclemente, 1982).

Miller y Rollnick (1991) desarrollaron la *Entrevista Motivacional* para personas con problemas con el consumo de alcohol, tras investigar los elementos terapéuticos que mejoraban los resultados de la intervención. Posteriormente, generalizaron su aplicación incluyendo a consumidores de otras sustancias y al fomento de nuevos estilos de vida. Este enfoque terapéutico integra aspectos de la “*Terapia centrada en el cliente*” propuesta por Rogers (1951) con estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a los diferentes estadios de cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). La Entrevista motivacional se basa en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores, intentando estimular su motivación y favorecer su posicionamiento hacia hábitos sanos, enfatizando su propio punto de vista y su libertad de escoger. Su principio fundamental

es que todo proceso de cambio supone costes y que es preciso que la persona esté motivada para afrontar esos costes iniciales para alcanzar metas personales. No es posible motivar a nadie a sacrificarse si no ve muy claro su posible beneficio. Tampoco se empieza un cambio si no se tiene claro qué se puede esperar con él, siendo muy subjetiva la percepción de la magnitud de esta tarea.

El conocimiento de la dinámica intrínseca a los procesos de cambio, propuesta por Prochaska y DiClemente (1982), permite conocer qué elementos son más frágiles en cada punto del proceso y qué tipo de estrategias son más útiles para incrementar la motivación en cada una de las etapas. Se opone a enfoques más directivos, proponiendo frente a ellos la identificación de problemas, la estimulación de la motivación, la colaboración con el paciente en la búsqueda de soluciones, la aceptación de la ambivalencia y la asunción de los puntos de vista del paciente, el respeto por las opiniones y decisiones del paciente, y un curso lento y progresivo al hilo del ritmo de cambio del propio paciente.

La Entrevista Motivacional plantea que el terapeuta sepa discriminar el estadio de cambio en que se encuentra cada paciente y seleccione las estrategias más adecuadas en función del estadio de cambio inicial. La clave de su utilidad y eficacia, según el modelo, es que el propio paciente se proponga el abandono de la conducta-problema y mantenga la motivación para hacerlo, avanzando con ayuda del terapeuta por los diferentes estadios del cambio (Miller y Rollnick, 1991).

El *Modelo de prevención de recaídas* de Marlatt y Gordon (1985) es uno de los modelos cognitivo conductuales más difundidos, tanto por su interés práctico, como por su evidencia empírica. Este enfoque integra las aportaciones de los modelos de aprendizaje conductual y cognitivo (Bandura, 1977, 1986), teniendo en cuenta tanto los condicionamientos de los estímulos y las consecuencias ambientales, como las expectativas, atribuciones e intenciones con las que el sujeto procesa los acontecimientos vitales y su propio comportamiento ante ellos. Marlatt y Gordon (1985) se centran en el estudio y la prevención del fenómeno de la recaída como eje central de la recuperación de los trastornos adictivos. La comprensión por parte del sujeto de los factores que influyen tanto en la reaparición del hábito del consumo, como en el

desarrollo del autocontrol preciso para el mantenimiento de los objetivos planteados, se plantea como el objetivo central de la intervención.

La recaída se produce cuando la persona se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de la abstinencia. Si ante una situación de riesgo la persona puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada la probabilidad de recaída disminuirá, ya que el afrontamiento satisfactorio a la situación de riesgo se percibe por el sujeto como una sensación de control que incrementa la autoeficacia percibida (Bandura, 1986). Las expectativas de autoeficacia ante situaciones evocadoras de tentación y deseo han sido subrayadas como mediadores esenciales para la recuperación de las adicciones.

Marlatt y Gordon (1985) clasificaron los determinantes de la recaída en dos grandes categorías. Los intrapersonales abarcan los estados emocionales negativos, los estados psicológicos negativos derivados o no del consumo de drogas, el deseo de incrementar los estados emocionales positivos, las pruebas de control personal y la cesión ante tentaciones o impulsos. Los interpersonales abarcan el afrontamiento de conflictos con otras personas, la presión social y el incremento de los estados emocionales positivos, tales como sentimientos de placer, excitación sexual, euforia, etc., asociados a situaciones de carácter interpersonal.

Estos enfoques plantean que el consumo de drogas se puede explicar a partir de los mismos parámetros que cualquier otra conducta. Se entiende como resultado de la interacción de ciertos factores que incluyen un organismo con unas características biológicas y un repertorio comportamental concretos, un estado motivacional determinado, unas condiciones contextuales generales y específicas determinadas y las consecuencias fisiológicas y/o sociales derivadas de la auto-administración de la sustancia. Las drogas cumplen un papel funcional como reforzadores positivos o negativos de aquellos comportamientos que han llevado a su consecución y de las situaciones estímulares asociadas a éstos. (López y Gil, 1996).

De este modo, a la hora de explicar la ocurrencia y persistencia de la auto-administración de drogas, se ha de contemplar que las propiedades reforzantes de las sustancias adictivas pueden variar de un sujeto a otro, dado que los efectos primarios de las sustancias interactúan con las variables antes mencionadas (López y Gil, 1996).

Así pues, no podemos establecer un modelo explicativo válido para toda conducta adictiva más allá de estos principios generales. A partir de ellos, las casuísticas (combinaciones específicas de sus elementos) que explican la adquisición o no de uno u otro tipo de conducta adictiva y las variables que la controlan han de ser examinadas en cada caso y momento particular. De esta manera, los posibles factores precipitantes de una conducta adictiva han de considerarse de forma independiente de los que posteriormente determinan el mantenimiento del problema y la importancia relativa de las diferentes variables no es la misma en cada individuo en particular e, incluso, varía a lo largo de las distintas fases y patrones de consumo de un individuo.

Una perspectiva contextual del abuso de drogas es, por necesidad (y por definición), multifactorial. Aquellas variables incluidas bajo la denominación de *contexto* vendrían dadas desde los modelos de aprendizaje clásico y operante, y se combinarían con las variables reforzadoras identificadas bajo *consecuencias*. En lo que concierne a la *conducta*, mientras se tiene bastante información de los comportamientos que definen el consumo de drogas, es menos conocido lo que se refiere el rechazo de las sustancias y la resistencia a consumir. En cuanto a la *vulnerabilidad* o susceptibilidad, que incluye factores genéticos, influencias socioculturales y de la historia de aprendizaje, se destaca que la mayoría de las investigaciones son de tipo retrospectivo, basadas exclusivamente en metodología descriptiva, de los cuales no se pueden extraer conclusiones definitivas acerca de la vulnerabilidad de los individuos al consumo de drogas o al desarrollo de cualquier adicción. Un conocimiento completo de la conducta adictiva requerirá no sólo la explicación de las variables incluidas bajo los epígrafes de susceptibilidad, contexto, conducta y consecuencias, sino también el análisis funcional que explique las relaciones entre todas ellas (López y Gil, 1996).

En los años 80 también aparecen los primeros resultados de un proyecto de investigación (Stanton y Tood, 1982) basado en las aportaciones de Minuchin y Haley

que supone una de las aportaciones más significativas de la terapia familiar aplicada a las drogodependencias. Este proyecto supone la descripción de un modelo de organización y funcionamiento familiar típico del toxicómano, así como un protocolo específico con las estrategias de tratamiento.

Desde el modelo de Stanton y Tood (1982) se sostiene que el abuso de drogas suele originarse en la adolescencia. Está vinculado con el proceso normal, aunque problemático, del crecimiento, la experimentación con nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de relaciones íntimas con genta ajena a la familia y el abandono del hogar. Desde esta perspectiva, la adicción a drogas se considera como un proceso cíclico que involucra al menos tres o más personas. Cumple una función protectora y contribuye a conservar el equilibrio homeostático del sistema familiar. El advenimiento del proceso adictivo se produce a menudo en la adolescencia y se intensifica cuando hay movimientos de abandonar del hogar. Cuando el equilibrio de este sistema es amenazado por la separación o divorcio de los padres, el adicto se activa y crea con esto una situación que concentra la atención sobre él. Permite a los padres pasar del conflicto conyugal y volcarse en el hijo. El movimiento consiste en pasar de una interacción diádica inestable, de los padres solos) a una interacción triádica más estable, de los padres y el adicto.

Para estos autores, el adicto es atrapado en un dilema: por una parte sufre grandes presiones para permanecer estrechamente ligado a la familia mientras que, por otra parte, fuerzas biológicas y socioculturales le incitan a establecer relaciones íntimas externas. La adicción suministra una solución paradójica, en el nivel sistémico, el adicto participa con sus idas y vueltas del patrón homeostático familiar y, por tanto, de reforzar su dependencia familiar. Y a nivel farmacológico el efecto del aturdimiento o de euforia de la sustancia le permite una sensación de independencia, de autosuficiencia lo que le permite una “*pseudoindividuación*” (Stanton y Todd, 1982). A nivel interpersonal, las relaciones del adicto con la subcultura de la droga refuerzan su ilusión de ser competente y autosuficiente, como se pone de manifiesto en las idas y venidas de casa.

En Europa se conocen en estos años las aportaciones de Cancrini (1982) que suponen el desarrollo de un modelo teórico que combina aspectos psicodinámicos de las

drogodependencias con otras aportaciones de la teoría relacional sistémica de las familias de los adictos: desde las características de personalidad hasta la organización y los modelos de comunicación familiar. Se propone, dada la heterogeneidad de las toxicomanías, una clasificación en tipologías basada en cuatro tipos diferentes con un importante componente psicopatológico en su génesis: a) traumáticas, b) a partir de neurosis actual, c) de transición, y d) sociopáticas.

Más recientemente, Cirillo y cols. (1999) formula la hipótesis según la cuál los padres del toxicodependiente transmiten intergeneracionalmente una cultura afectiva y relacional adquirida en la relación con sus respectivas familias de origen, cargada de vicisitudes carenciales y traumáticas, pero impensable como tales, no elaboradas e inexpressadas, que es un grave obstáculo para una adecuada asunción del rol parental. Los toxicómanos, según su funcionamiento omnipotente y denegatorio, niegan siempre haber sufrido experiencias traumáticas en el seno de la familia y están dispuestos a arrogarse todas las responsabilidades del problema, ya que no consiguen acceder a la percepción y tolerar, tanto desde el punto de vista cognitivo como afectivo, que exista una conexión entre la gravedad de su sintomatología actual y el sufrimiento de haber sido atendidos de manera incompleta o inepta.

A pesar de la existencia de numerosos abordajes familiares desde el enfoque sistémico, que describiremos con mayor detenimiento en el capítulo cuatro, observamos que estos modelos tienen en común el principio básico de sumir que el abuso de drogas acaba siendo un eje central alrededor del cual se organiza la vida de la familia, y que por lo tanto, cualquier solución a largo plazo requiere que la familia colabore y se implique en el proceso de tratamiento (Rolland y Walsh, 1996).

Del mismo modo, la terapia familiar sistémica ha evolucionado incorporando progresivamente elementos de una perspectiva constructivista (Hoffman, 1993). Desde la circularidad de las conductas de los distintos miembros familiares planteada desde el enfoque sistémico el interés se centra en el plano de los significados familiares compartidos de dichas conductas (Feixas, 1991). En cualquier caso, el constructivismo no se plantea como una alternativa al modelo sistémico, sino más bien como una

perspectiva que surge desde una reflexión epistemológica que abarca el uso de muchas de las intervenciones sistémicas (Neymeyer y Mahoney, 1998).

Los constructivistas ven la terapia como la promoción de una actividad creadora de significado, más que como una corrección de supuestas disfunciones o déficit en el pensamiento, emociones o conducta (Sluzki, 1985). Está basado en la premisa de que el ser humano realiza esfuerzos activos para interpretar la experiencia, buscando propósito y significado (constructo) a los acontecimientos que le rodean. De manera que la persona crea y construye activamente su realidad personal. La construcción del significado de la experiencia es un proceso global que implica todas las funciones humanas (Neymeyer y Mahoney, 1998). Por tanto, de la visión de la triada clásica: cognición-emoción-conducta, podemos extraer que los modelos conductuales parten del supuesto de que predomina la conducta sobre la cognición y la emoción, que los modelos psicodinámicos y humanistas ponen el foco sobre los aspectos emocionales de la experiencia, y que los modelos cognitivos se centran en la clasificación y modificación del pensamiento del cliente como forma de acceso al control emocional y conductual.

Hemos comprobado la evolución que han registrado las teorías y modelos explicativos que han contribuido, desde nuestro punto de vista, a un mayor conocimiento de los trastornos adictivos y de las implicaciones en su tratamiento. En la actualidad, se asume la consideración de que el consumo de drogas debe ser explicado por la conjunción de múltiples factores individuales, sociales y familiares y que no puede establecerse un modelo explicativo válido para toda conducta adictiva, si bien las investigaciones tratan de dilucidar qué factores tienen mayor peso en la explicación del uso problemático de drogas.

En el siguiente capítulo revisaremos los principales estudios de evaluación, así como los hallazgos más significativos que deberían tenerse en cuenta en el abordaje de estos problemas. Revisaremos los principios que definen el tratamiento efectivo, así como aquellas intervenciones psicológicas que han demostrado un cierto nivel de eficacia.

Capítulo 2

LOS TRATAMIENTOS DE LAS DROGODEPENDENCIAS

2 LOS TRATAMIENTOS DE LAS DROGODEPENDENCIAS

El desarrollo del proceso de atención de personas con problemas derivados del uso indebido de drogas ha sido muy rápido en estos años, llegando a consolidarse una serie de abordajes farmacológicos y psicológicos, además de dispositivos asistenciales y profesionales expertos en adicciones. La aparición de innumerables evidencias científicas, de instrumentos de evaluación, de nuevos tratamientos farmacológicos y distintas modalidades de psicoterapias dirigidas al tratamiento de la adicción ha supuesto un enorme progreso, tanto en el conocimiento de las toxicomanías, como en la optimización de los resultados de las distintas intervenciones. En este capítulo revisaremos los hallazgos más relevantes en este ámbito.

2.1. La evaluación de los tratamientos en drogodependencias

La evaluación de programas comenzó en los años 60 entendiéndose como una forma de investigación aplicada que debía seguir los estándares propios de la investigación, llegando a entenderse como una hermana menor de la investigación.

No obstante, si se define la evaluación de programas como “... *la sistemática investigación a través de métodos científicos de los efectos, resultados y objetivos de un programa con el fin de tomar decisiones sobre él*” (Fernández-Ballesteros, 1996, p.23), se está ante algo más que una simple forma de investigación. La evaluación se constituye así como una disciplina que incluye un cuerpo de conocimientos teóricos y metodológicos así como un conjunto de habilidades aplicadas (Chacón, Anguera y López, 2000).

Fernández-Ballesteros (1996) señala cuatro funciones de la evaluación de programas:

a) Servir *como base para tomar nuevas decisiones presupuestarias*. Dado que las partidas presupuestarias suelen dividirse por programas tanto en la contabilidad del sector público como del privado, parece lógico entender que una realización de los objetivos previstos en los programas, con un gasto ajustado, determina muchas veces la continuidad o no de los programas.

b) Una valoración positiva de un programa avala las decisiones que se tomaron sobre él, mientras que una evaluación negativa las desacredita. Esto es, la evaluación de programas sirve como *justificación de actuaciones emprendidas*.

c) De cualquier manera, una evaluación de un programa suele implicar actuaciones sobre el mismo, que pueden ser eliminarlo, sustituirlo o mejorarlo. En teoría, al menos, la evaluación de programas debería ser el auxiliar en la *toma de decisiones* sobre el objeto evaluado.

d) La cuarta función, la relacionada con la *contrastación de teorías*, hay que encuadrarla en el contexto científico/técnico de la evaluación de programas. De hecho, cuando se evalúa un programa, se está evaluando la teoría que subyace al mismo, o al menos, su puesta en práctica. Los datos obtenidos de la evaluación han de ser tomados con mucha cautela al no provenir de una investigación de laboratorio. Sin embargo, otros puntos de vista resaltan precisamente la necesidad de desarrollar otros modelos y métodos de investigación como complemento de los llevados a cabo en el laboratorio.

En la práctica clínica de la psicología hay un componente investigativo-evaluativo que no puede desdeñarse y que lleva a que se entremezclen la práctica evaluadora con la práctica investigadora. Ante un determinado paciente, y tras la aplicación de un tratamiento (programa), se deben tomar decisiones tales como la *eliminación, sustitución o mejora* del mismo, basándose en un componente valorativo. Y en el momento en que se apela a un componente valorativo se está ante algún tipo de evaluación. A esta labor ayudará la consideración de los diferentes tipos de evaluación existentes (Fernández-Ballesteros, 1996).

Para realizar la evaluación de los resultados de un programa la cuestión clave es determinar qué efectos o resultados ha conseguido el programa. La evidencia indica que los programas obtienen no sólo resultados en las áreas para las que fueron diseñados, sino también en otras áreas que no fueron contempladas al diseñar el programa. Además, tanto los resultados esperados como los inesperados están ligados a unos costes (económicos o de otro tipo). Esto implica que al evaluar resultados se puede considerar tanto el grado de cumplimiento de los objetivos del programa, como otros

posibles efectos no contemplados en el programa, así como la relación entre los costes y los resultados del programa. De esta diferenciación derivan los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia.

Por eficaz se entenderá aquel programa que tras su aplicación haya alcanzado los objetivos previamente establecidos. La evaluación de la efectividad establece los efectos que han derivado del programa independientemente de los objetivos establecidos por los diseñadores del mismo. En el caso de que los efectos sean positivos, se considera que el programa evaluado ha sido efectivo. Por su parte, la eficiencia va más allá de la eficacia por cuanto que relaciona los resultados con los recursos invertidos (Fernández-Ballesteros, 1996).

La valoración de la eficacia es un problema complejo, no sólo en el ámbito de la evaluación de programas, sino también en el ámbito de la investigación y de la ciencia en general. De hecho, una de las corrientes que más auge está tomando en los últimos años es la revisión de las evidencias de los programas o tratamientos. Esta revisión de evidencias se identifica con la acumulación de pruebas de la eficacia de los programas o tratamientos.

La determinación de la eficacia de los tratamientos es una tarea que entraña grandes dificultades. Se han propuesto diferentes escalas de gradación de los niveles de calidad de la evidencia en función del rigor científico de los estudios (Jiménez, 2000). Estas escalas identifican desde la ausencia de evidencia de resultados o efectos hasta la máxima evidencia de que un programa o tratamiento funcionan.

Un área que va adquiriendo cada vez más importancia en el ámbito de la evaluación es el relativo a la evaluación económica. Para valorar las repercusiones económicas de un programa de tratamiento en drogodependencias hay que seguir una metodología determinada, valorando tanto costes directos como indirectos, ahorros sociales, beneficios, etc. (Harwood, Malhotra, Villarivera, Liu, Chong y Gilani, 2002).

Fernández-Ballesteros (1996) habla de la evaluabilidad de un programa refiriéndose a la viabilidad para poder realizar una evaluación. Esta evaluabilidad

depende de dos tipos de cuestiones: de *la calidad del programa* a evaluar y de *las barreras* que puedan surgir a lo largo de la evaluación.

La calidad del programa a evaluar depende de la definición en el diseño, de la planificación con que se ha ejecutado, de la forma en que se ha implantado y de la ejecución. Asimismo, en función de la complejidad de los objetivos del programa (áreas sobre las que interviene) y la previsión de perdurabilidad de los mismos (si se han de mantener a corto o largo plazo) varía la complejidad de la evaluación. No obstante, la experiencia indica que aun cuando los programas de tratamiento en drogodependencias estén muy definidos, son muy complejos de evaluar puesto que integran muchos objetivos a corto y largo plazo, así como múltiples interacciones con otros elementos. En la actualidad, diversas instituciones han optado por la utilización del Modelo Lógico para mejorar la evaluabilidad de los programas (Devine, 1999). Estos modelos contemplan cuatro tipos de componentes: a) las condiciones y el contexto en que se desarrolla el programa de tratamiento, b) las actividades y los servicios ofrecidos para el tratamiento del abuso de sustancias, c) los resultados a corto plazo y d) los resultados a largo plazo.

Además, hay que tener presente qué evaluaciones se pueden realizar sobre un programa de tratamiento en drogodependencias. Küfner (1998) clasifica en ocho tipos las evaluaciones de un programa de tratamiento: (1) evaluaciones sobre la implementación del programa, que valoran la flexibilidad y adaptación a los pacientes, (2) evaluaciones sobre los fines del programa (durante el programa y en el seguimiento), (3) evaluación de la intervención del tratamiento y cambios en la conducta del paciente, (4) evaluación de variables del paciente como predictoras del rendimiento del programa, (5) evaluación de factores del tratamiento como predictores del éxito del programa, (6) evaluación de indicaciones diferenciales, esto es, de la interacción entre los pacientes y variables del tratamiento, (7) meta-análisis de resultados en la literatura, y (8) evaluaciones del tipo coste-beneficio.

También puede haber *barreras* que dificultan la evaluación. Éstas tienen que ver con la aceptación de la misma por parte de los diferentes implicados, del “compromiso”

de los evaluadores con la institución o programa evaluado, de la propia finalidad de la evaluación y de los costos asociados a la ejecución.

En nuestro país, la sorprendente irrupción del fenómeno de las drogodependencias, así como su rápida evolución, condicionaron que ni la evaluación de resultados, ni la evaluación de programas se tuviesen presentes durante varias décadas. Además, la propia complejidad del fenómeno abordado por los programas de tratamiento ha contribuido a que las evaluaciones hayan sido limitadas, y en algunos casos, los resultados e informes de ellas derivados contradictorios.

Fernández Hermida y Secades (2001) plantean una serie de consideraciones metodológicas sobre los estudios de valoración de tratamientos de drogodependencias. En relación al diseño que se sigue en este tipo de trabajos se plantea el siguiente esquema:

a) Seguimiento de una cohorte de usuarios que ha completado un tratamiento en un espacio de tiempo determinado. En estos casos, los datos se recogen antes, durante (en algunos casos) y después del tratamiento. El número de veces que se obtienen datos varía de una investigación a otra, aunque se recomienda que existan medidas pre y post-tratamiento. Los estudios pueden ser multicéntricos, o referirse a un único centro y pueden referirse a uno o varios tipos de tratamiento.

b) Medición de las variaciones encontradas, como mínimo en los siguientes ámbitos: consumo de drogas, actividad productiva (trabajo y/o estudio) y actividad delictiva. Estas son las variables principales dado que se suelen considerar los objetivos centrales de la intervención terapéutica. Pueden registrarse otras variables sociodemográficas, datos de salud, relaciones familiares e interpersonales, ocupación y, en algún caso, variables psicológicas (psicopatológicas).

c) Utilización de un grupo control. Este tipo de investigación tiene especial complejidad, dada la dificultad ética para asignar a los usuarios a los distintos grupos de tratamiento y de control o placebo al azar. Usualmente, las investigaciones recurren a

utilizar como grupo control a los usuarios que habiendo solicitado tratamiento lo abandonan antes de su finalización.

d) Comparación de los resultados post-tratamiento con las medidas pre-tratamiento y con los datos obtenidos en el seguimiento del grupo control. Los efectos positivos de la intervención serán tanto más estables cuanto más se aleje del alta la fecha de las medidas post-tratamiento que sirven para el análisis.

A pesar de la simplicidad aparente del diseño, diversos autores señalan los problemas y limitaciones metodológicas de los estudios de valoración de tratamiento en drogodependencias. Melgarejo, Sanahuja, Masferrer, Sala, Pérez y Piña, (1988) citan algunas de las más relevantes: a) utilización de diseños retrospectivos en lugar de diseños prospectivos. Asignación de los usuarios a los diferentes grupos de tratamiento; b) control de la varianza de los diferentes grupos de tratamiento; c) utilización de indicadores poco sensibles en la evaluación de resultados; d) dificultades en la localización de los usuarios, y e) dificultad para evaluar la fiabilidad y validez de los datos.

Fernández Hermida y Secades (2001) recogen en una revisión de las dificultades en el diseño de estos trabajos: a) la falta de un grupo control o de comparación, b) sesgos de la muestra estudiada, recogiendo datos sólo de los casos de mejor evolución, c) validez y fiabilidad de la información, d) disparidad en los períodos de comparación de unos estudios a otros, con intervalos temporales muy diferentes que van desde un año a diez, e) disparidad de unos estudios a otros en los parámetros que se utilizan para medir variables características tales como consumo de drogas, comportamiento delictivo, etc., y f) criterios de éxito o curación muy dispares de un estudio a otro. Todas estas dificultades obstaculizan la interpretación comparada de resultados de unos estudios a otros e impiden que se obtengan conclusiones mínimamente aceptables.

Estos problemas metodológicos comunes en el campo de la evaluación de los tratamientos de la conducta adictiva son explicados por distintas razones (Fernández Hermida y Secades, 2001). Por un lado, se trata de procesos de larga duración con un

coste económico elevado que debería ser estudiado por instituciones externas a las evaluadas y que no tengan intereses económicos o políticos a corto plazo. Por otro lado, las características de la población estudiada, en las que nos encontramos frecuentemente con enfermedades crónicas, desestructuración familiar, procesos de exclusión social, etc., que dificultan y encarecen cualquier investigación que suponga un seguimiento continuado en el tiempo. Por último, encontramos una gran disparidad tanto en la filosofía como en el método de los programas de tratamiento, lo que dificulta cualquier proceso de estandarización de criterios o de instrumentos comunes de evaluación.

Las dificultades metodológicas más importantes desde la óptica del efecto que ejercen sobre la validez de la valoración de los tratamientos son:

- a) La fiabilidad y validez de la recogida de datos se encuentra afectada por, al menos, dos factores: la naturaleza de los instrumentos de medida y la pertenencia de los investigadores a la institución que lleva a cabo el tratamiento.
- b) La pérdida de sujetos en las muestras o poblaciones que se estudian.
- c) Los estudios de efectividad presentan el sesgo de incluir en el análisis, sólo los sujetos que han obtenido resultados más favorables y que han sacado más provecho del tratamiento.
- d) No es frecuente que en los estudios de valoración de tratamientos se controle el sesgo que se produce por la reacción de los sujetos ante el propio estudio de valoración.

Fernández Hermida y Secades (2001) señalan algunas recomendaciones específicas que atañen a la planificación general de la investigación y a cuestiones metodológicas concretas: a) las ventajas de utilizar investigaciones prospectivas como fuente de información sobre las operaciones terapéuticas que maximizan la eficacia de la intervención y su adecuación a cada perfil de usuario, además de diseñar estrategias que minimicen la mortalidad estadística, b) asignación a los grupos de control, c) minimizar la mortalidad estadística y d) utilizar instrumentos de validez y fiabilidad conocida.

2.1.1. Los estudios de evaluación en drogodependencias

En Estados Unidos, desde principios de los años 60, diversas instituciones vienen realizando múltiples trabajos encaminados a dilucidar la efectividad de las distintas modalidades de tratamiento, que inciden tanto en la reducción del comportamiento adictivo, como en la reinserción social y laboral en sujetos heroínómanos o politoxicómanos con adicción preferente a heroína. Dichos estudios proclaman entre sus objetivos la evaluación de la efectividad de uno o varios programas (o el efecto diferencial de alguno frente a los otros) y ofrecen resultados de los estudios de seguimiento de muy diversa y distintas cohortes de usuarios.

Los estudios de evaluación pioneros y de referencia en este ámbito de trabajo son los programas D.A.R.P. (*Drug Abuse Reporting Program*), T.O.P.S. (*Treatment Outcome Prospective Study*) y D.A.T.O.S. (*Drug Abuse Treatment Outcome Study*), que fueron desarrollados por diversos centros de investigación norteamericanos a los que hay que añadir el N.T.O.R.S. (*The National Treatment Outcome Research Study*) inglés y el A.T.O.S. (*Australian Treatment Outcome Study*) australiano. Estos estudios tienen en común que analizan resultados de diferentes modalidades de tratamiento, incluyen un elevado número de sujetos y realizan seguimientos de hasta 5 años después del tratamiento.

El programa D.A.R.P. financiado en sus comienzos por el *National Institute of Mental Health* recogió datos desde 1969 hasta 1972 (Simpson y Sells, 1983). Fueron examinados 44.000 sujetos que habían sido admitidos en 52 dispositivos asistenciales públicos y que recibieron alguna de las siguientes modalidades de tratamiento: Mantenimiento con Metadona (M.M.), Comunidad Terapéutica (C.T.), programas de Desintoxicación Ambulatoria (D.A.) y Centros de Día Libres de Drogas (C.D.L.D.). En general, todos los tratamientos resultaron más efectivos que la situación de “no tratamiento” y el mejor predictor del resultado era el tiempo pasado en el tratamiento, ajustado a los criterios del mismo (Cuadro 1). Se empieza a poner de relieve que en las evaluaciones de seguimiento el fenómeno de la “recaída” parece ser una situación frecuente a pesar de los prolongados periodos de tratamiento.

Cuadro 1. Principales conclusiones del Drug Abuse Reporting Program

1. *Al año del seguimiento, el 64% de los usuarios de M.M., el 61% en CT y el 56 de C.L.D. no consumían heroína diariamente.*
2. *El tiempo pasado en el tratamiento era el mejor predictor del resultado. Estancias superiores a 90 días estaban asociadas significativamente con resultados positivos.*
3. *Los tratamientos basados en la comunidad para la adicción de opiáceos eran asimismo, efectivos para la reducción de conductas delictivas.*
4. *En el seguimiento a los 6 años, el 61% de la muestra no había consumido heroína diariamente al menos durante más de un año. La participación de actividades postratamiento o la vuelta a tratamiento estaba asociada con mejores resultados.*
5. *En el seguimiento a los 12 años, el 75% de la muestra no había empleado opiáceos diariamente al menos durante el pasado año o más. El 67% no los había usado en los últimos tres años.*
6. *La media de admisiones a tratamiento para cada paciente resultó de 6, con una media de una admisión cada 18 meses tras una media de 10 años de duración de la adicción.*
7. *Esta investigación sirvió de base para desarrollar y mejorar la valoración de manuales para el ingreso, el diseño del tratamiento, y los resultados del tratamiento.*

Fuente: Simpson y Sells (1983).

El programa T.O.P.S. inició la recogida de datos en 1979 y se concluyó en 1981 (Hubbard, Marsden, Rachal, Harwood, Carvanaugh y Ginzburg, 1989). Abarcó un total de 11.750 usuarios en 41 programas de tratamiento. La evaluación de los tratamientos se realizó mediante el seguimiento de distintas cohortes de usuarios, con entrevistas a los 3, 6 y 12 meses después del alta. Las modalidades de tratamiento estudiadas fueron ligeramente diferentes al D.A.R.P., incluyendo las siguientes categorías: programas de Mantenimiento con metadona, Tratamiento ambulatorio libre de drogas y Tratamiento con internamiento de larga duración (lo que incluía a las comunidades terapéuticas). Los resultados de los tratamientos, como en el caso del D.A.R.P., fueron comparados entre sí y con el grupo control (Cuadro 2).

Tanto en el T.O.P.S. como en el D.A.R.P. los datos parecen defender la idea de que los tratamientos, todos los tratamientos, funcionan bien, siendo mejores los resultados que los que se obtienen en los que abandonan, y más eficaces cuanto más logran retener por más tiempo al usuario.

Cuadro 2. Principales conclusiones del Treatment Outcome Prospective Study

1. *Los tratamientos se hallaron efectivos para reducir el consumo diario de opiáceos y otras drogas ilícitas, tanto en el transcurso del mismo como tras su finalización.*
2. *Los patrones de consumo en Estados Unidos variaron, substituyéndose el consumo diario de heroína por el policonsumo (principalmente estimulantes y cocaína). Aún así, el 77% de la muestra informó que la heroína era la droga motivo de tratamiento.*
3. *Las personas con presión legal para estar en el tratamiento se beneficiaban del mismo en igual medida que las personas que no la tenían. Además permanecían en tratamiento algo más de tiempo.*
4. *Cuando se calcularon los costes asociados a las conductas antisociales, se encontró que el tratamiento de las drogodependencias era rentable.*
5. *Entre los programas de M.M. que manejaban con flexibilidad las dosis a administrar, contaban con personal especializado, realizaban frecuentes controles de orina y contaban con servicios complementarios, se encontraron mejores resultados.*

Fuente: Hubbard y cols., (1989)

En esta segunda investigación se detectó un patrón cambiante del uso de drogas en Estados Unidos por parte de los adictos que entraban a tratamiento, pasando del uso diario, casi exclusivo, de la heroína a un consumo de varias sustancias (estimulantes y cocaína, fundamentalmente), aunque la mayoría tenía como droga principal la heroína. Además, los usuarios con presiones legales para tratar su adicción obtenían los mismos beneficios del tratamiento que los que ingresaban voluntariamente e incluso permanecían un poco más en terapia. Por último, en los estudios de eficiencia, cuando se calculaban los costos asociados al control y castigo de la actividad delictiva, los tratamientos resultaban ventajosos y con buena relación costo/eficacia. Todas estas conclusiones supusieron una confirmación de los hallazgos del D.A.R.P., además de aportar algunas nuevas perspectivas sobre las pautas prevalentes de consumo y sobre algunos de los tópicos más relevantes referidos a la efectividad y eficiencia de los tratamientos.

El tercer gran estudio de seguimiento es el Programa D.A.T.O.S. que tuvo su arranque a principios de los años 90 y cuyas primeras publicaciones aparecen a finales de esa década (Simpson, Joe, Fletcher, Hubbart y Anglin, 1999). Se recogió información de 10.010 usuarios que fueron admitidos en 96 programas de tratamiento diferentes. De esta manera global se eligieron 4.229 usuarios que completaron diversos instrumentos de evaluación en dos ocasiones (separadas por una semana), durante el

ingreso y al año de seguimiento (o a los dos años dependiendo de la duración del programa analizado). Además se realizaron entrevistas de seguimiento adicional a los 48 meses de terminado el tratamiento. Se llevaron a cabo entrevistas después de 1, 3 y 6 meses de haber ingresado. La metodología seguida fue de medidas repetidas y múltiples grupos de comparación. Los clientes fueron recompensados económicamente por cada petición de información, bien sea en forma de cuestionario o bien mediante entrevista. Como en los programas de evaluación anteriores, se analizaron diversas modalidades de tratamiento. En su mayoría los programas estudiados en D.A.T.O.S. son homologables a los D.A.R.P. y T.O.P.S., aunque se pueden apreciar ciertas variantes (instrumentos de corta duración) debido al interés creciente por la eficiencia de los recursos y a las características cambiantes del patrón de consumo de sustancias, con un incremento considerable del uso de cocaína con respecto a los estudios anteriores (Cuadro 3).

Cuadro 3. Principales conclusiones del Drug Abuse Treatment Outcome Study

1. *La adicción al crack es tratable y el tratamiento es rentable para la sociedad.*
2. *Los programas residenciales a largo plazo que retienen a los pacientes al menos tres meses son particularmente beneficiosos en términos coste-beneficio para los pacientes con problemas graves por alta criminalidad.*
3. *Los estándares de calidad deberían establecerse sobre el compromiso y la retención de los pacientes, pues son predictores de los resultados.*
4. *Medidas de la aceptación y del progreso como las empleadas por el programa DATOS facilitan la identificación de posibles abandonos. Esta identificación permite la implementación de medidas correctoras.*
5. *La calidad del tratamiento es más importante para los pacientes con experiencia previa de tratamiento.*
6. *En el momento del ingreso, la implicación del paciente para cambiar a lo largo del tratamiento es un importante predictor de cómo lo hará.*
7. *Incluso cuando los pacientes muestran poca motivación, si se emplean estrategias adecuadas se puede reconducir esta situación.*
8. *Los grupos de autoayuda post-tratamiento previenen las recaídas. El compromiso con estos grupos es mayor si comienzan durante el tratamiento.*

Fuente: Simpson y cols., (1999)

En esta ocasión se incluyeron cuatro modalidades de tratamiento: los programas de Metadona, Programas residenciales a largo plazo (incluidas las comunidades terapéuticas), el Tratamiento ambulatorio libre de drogas y los Programas de internamiento de corta duración.

Siguiendo la estela de los estudios norteamericanos, el N.T.O.R.S. es un ambicioso estudio multicéntrico longitudinal diseñado para evaluar los programas de tratamiento de drogodependencias en Gran Bretaña. A los dos años de seguimiento se seleccionó aleatoriamente a una muestra de 650 sujetos y se encontró que tanto los pacientes que habían recibido tratamiento con metadona (M.M.) como los de C.T. mostraban una reducción significativa del consumo de heroína. El consumo de otras sustancias y los problemas de ansiedad y depresión también se habían reducido significativamente. Un dato de interés fue que las tasas de abstinencia alcanzadas al año de seguimiento se mantenían a los dos años. Más de un tercio de los pacientes de las comunidades terapéuticas y cerca del 25% de los pacientes de los programas de M.M. se mantenían abstinentes en este período (Cuadro, 4). En ambos grupos también se encontraron mejorías significativas en términos de reducción de conductas de riesgo (consumo inyectado o intercambio de jeringuillas). Estos resultados eran similares a los encontrados anteriormente (Gossop, Stewart, Browne y Marsden, 2002). En un estudio posterior de seguimiento a los 4 y 5 años los resultados en las tasas de abstinencia se mantenían. (Gossop, Marsden, Stewart y Kidd, 2003).

Cuadro 4. Principales conclusiones National Treatment Outcome Research Study

1. *Hubo reducciones importantes en el consumo de heroína, cocaína y otras drogas en todos los tratamientos (comunitarios y residenciales).*
2. *El 40% de los sujetos tratados en dispositivos residenciales tenían un uso regular de opiáceos ilícitos.*
3. *En los centros residenciales la proporción de usuarios que reducen el consumo de drogas es del 33% (frente al 60% de los estudios norteamericanos).*
4. *El consumo de alcohol no experimentó mejoras en muchos clientes cuando se les entrevistó al año del alta, pero los mejores resultados se obtuvieron en usuarios tratados en dispositivos residenciales.*
5. *La actividad delictiva se redujo sustancialmente en todos los programas.*
6. *Es erróneo inferir de estos hallazgos que cualquier cliente se habría beneficiado de cualquier tratamiento, ya que se detectaron complejos procesos de auto-selección y auto-derivación en los tratamientos.*

Fuente: Gossop y cols., (2002)

También se han realizado estudios en otros países como el A.T.O.S. que es un estudio longitudinal prospectivo realizado con una cohorte de adictos a la heroína que habían sido tratados en diferentes tipos de programas en Australia: Tratamiento con

metadona (M.M.), Desintoxicación y Comunidad Terapéutica (C.T). Los resultados al año siguiente mostraron reducciones significativas en el uso de heroína en todas las modalidades de tratamiento. Se obtuvieron también reducciones significativas en conductas de riesgo (consumo inyectado e intercambio de jeringuillas), sobredosis, conductas delictivas niveles de depresión y mejora en el estado de salud mental. Como en otros estudios, la “dosis” de tratamiento era el mejor predictor de los resultados (Teesson, Ross, Darke, Lynskey, Ali, Ritter y Cooke, 2006).

Frente al despliegue norteamericano, la investigación europea ha sido más limitada en sus posibilidades y en su repercusión. Además del N.T.O.R.S., los pocos trabajos de investigación que se han publicado en Europa se han dirigido a algún programa concreto en algún país, con criterios metodológicos, instrumentos y muestras de estudio tan dispersos sobre las distintas modalidades de tratamiento que hacen muy compleja la comparación de resultados. De forma significativa, en nuestro país apenas ha existido este tipo de investigación (Fernández Hermida y Secades, 2001). Esta ausencia de grandes trabajos de investigación promovidos por organismos gubernamentales hace que la repercusión de los estudios europeos sea más limitada y que, a diferencia de en Estados Unidos (Dwayne Simpson, 1993), la investigación aquí pueda tener poca influencia en la política de financiación de los tratamientos en drogodependencias.

En España se han realizado pocos estudios dirigidos a evaluar la efectividad de los tratamientos en general, aunque si existen un buen número de estudios de seguimiento, pero con diferentes objetivos. Mientras que en estos estudios se plantea conocer la evolución de los usuarios y su relación con diferentes variables, en los estudios de valoración se trata de determinar si el tratamiento objeto de estudio es mejor que el no-tratamiento u otras modalidades, incluido el placebo. Además, ambos tipos de estudios utilizan distintas metodologías que hacen que cualquier valoración conjunta sea confusa y poco informativa (Fernández Hermida y Secades, 2001).

Los principales estudios de evaluación de tratamientos son el programa “*Drogodependències Serveis Socials*” (DRO.S.S.) en Cataluña (Melgarejo y cols., 1988) y el desarrollado por el Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz

(Girón, 1997; Girón y Martínez-Delgado, 1998). En ambos estudios se hace una declaración expresa de que pretenden valorar un programa de tratamiento y se utilizan grupos de control de no tratamiento, o que han recibido atención por un tiempo insuficiente para que pueda ser considerado una intervención efectiva. El tiempo de seguimiento es muy diferente, ya que mientras que en el caso de Melgarejo y cols. (1988) es de un año, en el estudio de Girón (1997) es de seis años, algo que parece reflejarse en el porcentaje de sujetos con evolución favorable, que es mucho mayor un año después del tratamiento. En el trabajo de Melgarejo y cols. (1988) un grupo de investigadores cumplimentan una encuesta extensa que se administra al usuario y no existe ningún tipo de valoración cruzada, como pueden ser los análisis de orina, el uso de registros externos, o la información familiar. En el trabajo de Girón (1997) la recogida de información fue realizada a través del “*Addiction Severity Index* (McLellan, Luborsky Cacciola, Griffith, Evans, Barr y O’Brien, 1985), siendo contrastados los resultados referentes al consumo con determinaciones toxicológicas en orina que se le realizaban a la persona al finalizar la entrevista. Ninguna otra de las variables que se analizaron (situación familiar y social, laboral, legal, etc.) se contrastó con alguna información externa al sujeto. En ambos casos, destaca la considerable diferencia en el número de sujetos incluidos en el grupo control, muy exigüos, frente a los que forman los grupos de usuarios dados de alta, lo que puede acarrear ciertas dificultades de interpretación de los resultados. También parece encontrarse un efecto diferencial del tratamiento sobre las diversas variables objeto de análisis, frente al no tratamiento, un dato que indicaría la efectividad de los servicios terapéuticos que se someten a investigación.

En el estudio de Girón y Martínez-Delgado se obtiene que el 55.1% de los pacientes que estuvieron en tratamiento se mantiene, al cabo de seis años, con una evolución favorable, el 18.36% se encuentra en situación moderadamente favorable, y el 26.53% en situación desfavorable. El 71.24% de pacientes que pertenecen al grupo testigo, caracterizado por no haber recibido tratamiento, tuvieron una evolución desfavorable.

En ninguno de los dos estudios citados se hace mención alguna al posible efecto sobre los resultados de los mecanismos de selección y entrada a los procedimientos

terapéuticos. Este es un asunto crucial para la evaluación de la eficacia de los tratamientos aunque su control pueda ser extremadamente difícil o indeseable en los estudios de efectividad. Se echa en falta también en las dos investigaciones una descripción más detallada de los procedimientos terapéuticos evaluados.

Uno de los estudios de seguimiento más significativos desarrollados en nuestro país es el proyecto E.M.E.T.Y.S.T. (Estudio Multicéntrico de Evaluación de Tratamientos y Seguimiento de Toxicómanos, que permitió evaluar el impacto del tratamiento a los 12 y a los 24 meses de 311 adictos a la heroína que solicitaron tratamiento en el año 1985, en 16 centros de tratamiento especializado de toda España (Sánchez-Carbonell, Brigos y Camí, 1988; Sánchez-Carbonell, Camí y Brigos, 1989). De los sujetos que participaron en el estudio inicial, menos del 50% pudieron ser contactados a los 12 meses de seguimiento y de los entrevistados el 51% se mantenían abstinentes. El E.M.E.T.Y.S.T observó una reducción en el consumo de heroína, cannabis y tranquilizantes, una mejora del estado psicológico y una disminución de las actividades ilegales. Por el contrario, el consumo de cocaína, alcohol y tabaco no experimentó cambios. Tampoco aumentó el porcentaje de personas que trabajaban o estudiaban y el estado legal, medido por los juicios, encarcelamientos y detenciones empeoró. A lo largo de dos años de seguimiento, el 26% ingresó en prisión al menos una vez. Las mejorías observadas a los 6 meses se mantuvieron a lo largo de los 2 años. Los pacientes que permanecieron más de 90 días en tratamiento y carecían de historia judicial previa, presentaron una mejor evolución global, siendo indiferentes otras características demográficas y el hecho de convivir o no con la familia. A los dos años habían fallecido 7 de los 311 pacientes, En conjunto, la evolución del grupo y la respuesta al tratamiento estaba en la línea de lo observado en otros estudios, excepto que el 65% convivía con la familia de origen (Sánchez- Carbonell, Beranuy, Forcén, Virgili y Colomera, 2005).

Tres de los estudios de seguimiento en tratamiento con metadona más significativos son los de Fernández Miranda, González, Sáiz, Gutiérrez y Bobes (1999), Fernández Miranda, González, Sáiz, Gutiérrez y Bobes (2001) y Torrens, San, Garrel, Castillo, Martínez y Domingo (1993). En el primero, se estudió los primeros 49 dependientes a opiáceos que se mantuvieron durante 4 años en tratamiento. En el

segundo, se hizo un seguimiento durante seis años de una muestra de 132 dependientes a opiáceos que comenzaron tratamiento con metadona en un dispositivo asistencial. En el tercero, se estudian durante 12 meses aspectos relacionados con la calidad de vida de 135 heroinómanos en T.M. Los estudios de Fernández Miranda y cols (1999; 2001) concluyen que el programa de metadona disminuyó claramente el consumo de heroína y las prácticas de riesgo, además de ayudar a descender el de cocaína y alcohol, sin incidir en el de benzodiazepinas. En el segundo estudio los resultados se consolidan a partir de la permanencia de un año y medio a dos años de tratamiento. Los estudios de Fernández Miranda y cols. (1999; 2001) coinciden en que los factores psicopatológicos asociados (depresión, ansiedad, trastornos de personalidad), condicionan la evolución ensombreciendo el pronóstico, al igual que la infección por el V.I.H. Los pacientes con consumo abusivo previo de cocaína tienen más dificultades para abandonar el consumo de ésta y de la propia heroína. En el estudio de Torrens y cols. (1997) a los 12 meses el 61% se mantiene en programa y se registra una mejora en los niveles evaluados en el primer mes que se mantienen a lo largo del tratamiento.

En el estudio de Gutiérrez, Sáiz, García, Fernández, González, Fernández y Bobes (2001) se evalúa una muestra compuesta por 100 pacientes heroinómanos, que dos años antes habían demandado tratamiento en un dispositivo de tratamiento ambulatorio. A los dos años se constata que el hecho de haber recibido tratamiento, y sobre todo, mantener contacto terapéutico con el centro disminuye la gravedad de la adicción en prácticamente todas las áreas, a excepción de aquellas cuya evolución depende en menor medida del tratamiento específico de la dependencia: área médica y legal.

Otros estudios de seguimiento desarrollados en la última década completan el panorama de investigación en nuestro país (Comas, García y Roldán, 1996; García, Roldán y Comas, 1995; García, Secades, Fernández, Carballo, Errasti, y Al-Halabi, 2005; Marina, Vázquez, Jiménez y Erkoreka, 1996; Melús y Gutiérrez, 1996; Ochoa, Madoz-Gurpide y Salvador, 2008; Olmos-Espinosa, Madoz-Gurpide y Ochoa, 2001).

Ochoa y cols. (2008) en un estudio observacional retrospectivo con diseño de grupo de tratamiento sin grupo control, analizan la influencia del factor género en las

variables de consumo, apoyo social y evolución en el tratamiento en un grupo de 1.432 pacientes con dependencia a heroína, durante 12 años. La retención al año de iniciar tratamiento es del 30.92% para los hombres, frente al 23.97% para mujeres. Las mujeres presentan menor frecuencia de consumo y menor uso de la vía intravenosa para cocaína, menor frecuencia de consumo de alcohol y de cannabis, menor tiempo de consumo de heroína. Tienen menor independencia económica, cuentan con mayor frecuencia de pareja consumidora y tienen menor apoyo para el tratamiento de una pareja no consumidora. Observaron mejor pronóstico en los hombres que en las mujeres y una mayor adherencia a los tratamientos, así como diferencias en los patrones de consumo, apoyo social y evolución de los tratamientos que los autores atribuyen al contenido sociocultural del concepto género.

En un ámbito más específico, otro de los estudios de evaluación de la eficacia de un programa educativo-terapéutico es el de Proyecto Hombre realizado por tres equipos diferentes en tres áreas geográficas: March y Orte (1997) en Baleares, Fernández Hermida, Secades, Benavente y Riestra (1999) en Asturias, y Luengo, Romero y Gómez-Fraguela (2001) en Galicia. Fernández-Hermida y Secades (2001) recogen en una publicación los resultados de las tres experiencias. A nivel general, las personas que finalizan con éxito el tratamiento se mantienen abstinentes del consumo de drogas ilegales y no consumen alcohol o lo hacen moderadamente. De las personas que obtuvieron el alta, el 91.1% no recaen en el consumo de drogas ilegales, frente al 56.2% de abandonos. Asimismo, mejoran sus relaciones familiares y se produce un buen nivel de integración social y laboral (Deben, Fernández, López-Goñi, Illescas y Santos, 2004). Otro estudio realizado en Proyecto Hombre con 213 heroinómanos y 160 cocainómanos, apuntan a un perfil más grave y mayor deterioro en los primeros en todas las áreas evaluadas, coincidiendo con otros estudios previos de ámbito nacional (García y cols., 2005).

2.1.2. Resultados de la investigación

Un conjunto de resultados que se repite en todos los grandes estudios mencionados es que los tratamientos funcionan cuando se aplican con tiempo suficiente, siendo, por regla general, mejor que el “no tratamiento” o la mera cura de

desintoxicación. Se entiende que con los tratamientos se reduce el consumo de la droga objeto de tratamiento, se reduce la actividad ilegal y se mejora el funcionamiento laboral y social. La expresión “tiempo suficiente” hace referencia al hallazgo de que hay una consistente correlación positiva entre el tiempo que lleva el sujeto en el tratamiento y las posibilidades de éxito del mismo (Simpson y cols. 1999), medidos ambos en los términos que define el propio programa terapéutico.

Las distintas modalidades de tratamiento estudiadas son efectivas al tratar el consumo de drogas. Aún así, es posible que gran parte de su efectividad se encuentre ligada al manejo de los mecanismos de entrada y salida de los distintos programas de tratamiento ya que:

1. No se ha probado que ninguna modalidad de tratamiento sea superior a las demás con cualquier tipo de usuario en estudios, con asignación al azar de los usuarios a los tratamientos. La adecuación usuario/tratamiento es una condición necesaria para el éxito y los programas buscan optimizarlo seleccionando adecuadamente el cliente con más probabilidades de recuperación.
2. Este mecanismo de auto-selección de los usuarios en las distintas modalidades de tratamiento que maximiza el éxito a la entrada está asociado a un mecanismo de exclusión que disminuye el fracaso a su conclusión. Las reglas por las que un tratamiento se interrumpe y un usuario es expulsado (activa o pasivamente) del programa puede ser un procedimiento muy útil para maximizar los resultados positivos en los seguimientos.
3. Consecuentemente, hay un gran número de abandonos que se sitúan por debajo de la barrera de 90 días en el tratamiento (criterio de éxito estadístico), que en su mayoría recaen en el consumo de drogas. En concreto, las curvas de retención de la mayoría de las Comunidades Terapéuticas muestran un patrón característico de forma de hipérbola (Secades, Fernández-Rodríguez y Fernández Hermida, 1998). Por ejemplo, en el programa T.O.P.S. (Hubbard y cols., 1989) se encontró que más de la mitad de los que reciben tratamiento ambulatorio libre de drogas y de un tercio en el caso del mantenimiento con metadona abandonaban antes de 90 días. Por otra parte, numerosos

estudios han obtenido resultados que relacionan el abandono prematuro del tratamiento con una mayor probabilidad de recaída, por lo que la eficacia de los tratamientos por drogadicción está altamente relacionada con la retención (Fernández Hermida y Secades, 1999; 2000).

En las distintas modalidades de tratamiento analizadas encontramos que:

1. Existen datos suficientes que demuestran la eficacia, en pacientes heroínómanos que tienen comportamientos delictivos, de los tratamientos de mantenimiento con metadona (Fernández Miranda, 2005). Estos programas presentan mejores porcentajes de retención en el tratamiento y en la evolución general de los pacientes en programa. De todas formas, la evolución es tanto mejor cuanto más tiempo permanezcan en el programa. Asimismo, las dosis altas, ajustadas al estado clínico, se asocian con mejores resultados (Ball y Ross, 1991), y la calidad y cantidad de servicios de soporte afecta al resultado del tratamiento (Ashton y Witton, 2004).
2. Las Comunidades Terapéuticas (CC.TT.) son tratamientos eficaces para la adicción a la heroína, siempre y cuando el paciente permanezca en el programa durante el tiempo suficiente. Aunque la retención es más baja que el M.M., la permanencia en el programa es un buen predictor del éxito del tratamiento, de tal forma que los sujetos que completan seis meses de tratamiento tiene significativamente mejores resultados que aquéllos que permanecen menos tiempo, y los que finalizan mejores resultados que los que abandonan prematuramente (Fernández Miranda, 2008).
3. Muchos programas de tratamiento de sustancias en instituciones penitenciarias no han conseguido la reducción de recaídas una vez que los pacientes se encuentran en situación de libertad. De todas formas, hay que hacer mención que algunos estudios controlados y bien diseñados en los que se combinan programas de tratamiento en cárceles con programas de Comunidad Terapéutica y residenciales, en los que se realiza supervisión, tienen buenos resultados, reduciéndose las tasas de criminalidad de estos pacientes (Gerstein, 1999). Asimismo, se observa que al igual que en otros programas existe una asociación con el tiempo en tratamiento.

4. Los pacientes en programas de tratamiento sin metadona tienen una mejora durante y después del tratamiento, aunque igualmente condicionada por la duración también del tratamiento. Sin embargo, este programa tiene una adhesión más baja que la del tratamiento de M.M. y de C.T.

5. En general, los hallazgos encontrados vienen a poner de manifiesto que ningún tratamiento de forma aislada funciona para la mayoría de las personas

Al analizar la eficacia mediante una metodología de comparación de los costos y beneficios de los mismos (eficiencia), los resultados vuelven a ser muy favorables para el conjunto de modalidades de tratamiento (Fletcher y Battje, 1999). Esto puede resultar llamativo ya que en los grandes estudios de evaluación se incluyen programas de tratamiento con metadona, comunidad terapéutica, centros ambulatorios libres de drogas, sin que se llegue a garantizar la coherencia de la estrategia terapéutica dentro de cada modalidad. Una explicación lógica es que hay principios efectivos de cambio que son comunes y que tal y como se evaluaron los tratamientos es imposible afinar más a la hora de determinar cuáles son esos principios (Fernández Hermida y Secades, 2000). Es evidente que la comparación de diversos grupos de tratamiento en el contexto de la práctica clínica real no se puede realizar bajo las mismas premisas que rigen la interpretación, en los casos de asignación aleatoria de los sujetos a grupos en los que se aplica una intervención terapéutica bajo un exigente control experimental. En la práctica clínica habitual esta asignación se hace teniendo en cuenta la oferta terapéutica disponible, las expectativas del paciente y las apreciaciones clínicas del terapeuta. En estas condiciones ya hay una cierta adecuación entre el tratamiento y el paciente que facilitará la existencia de resultados positivos en todos los grupos. Además, en la práctica real los terapeutas no están tan encorsetados en la modalidad terapéutica pura, con lo que es posible que en muchos casos se utilicen principios de tratamiento más comunes de lo que sugieren las diferentes etiquetas de cada modalidad. Esta es una dificultad para los estudios que evalúen la eficacia de las terapias psicológicas (Botella, 2000).

Sin embargo, cuando analizamos con mayor detenimiento los resultados que se han obtenido en estas últimas décadas se pueden seleccionar una serie de principios que

definen el tratamiento efectivo. En 1999, el *National Institute on Drug Abuse* (N.I.D.A.) publicó un total de trece principios, derivados de la investigación empírica realizada en los treinta años anteriores, considerados relevantes para el tratamiento efectivo de las drogodependencias (Cuadro 5). Vistos desde la perspectiva actual, estos principios continúan plenamente vigentes, no siendo cuestionados por la investigación.

Cuadro 5. Principios del Tratamiento Efectivo

- 1.- *No hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos.*
- 2.- *El tratamiento necesita estar disponible fácilmente.*
- 3.- *El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas.*
- 4.- *Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona.*
- 5.- *La permanencia en el tratamiento durante un tiempo adecuado es crítico para la efectividad del tratamiento.*
- 6.- *El consejo psicológico (individual o en grupo) y otras terapias conductuales son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la drogadicción.*
- 7.- *La medicación es un elemento importante para el tratamiento de muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el consejo psicológico y otras terapias conductuales.*
- 8.- *Los individuos que son adictos o que abusan de drogas que presentan además trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada.*
- 9.- *La desintoxicación médica es sólo el primer paso del tratamiento de la adicción y por sí misma significa poco en lo que se refiere el uso de las drogas a largo plazo.*
- 10.- *El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.*
- 11.- *El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente.*
- 12.- *Los programas de tratamiento deberían incluir la evaluación de una posible infección por VIH/SIDA, Hepatitis B y C, Tuberculosis y por otros agentes infecciosos, además de consejo psicológico para ayudar a los pacientes a cambiar o modificar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección.*
- 13.- *Recuperarse de la adicción a las drogas puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento.*

Fuente: N.I.D.A. (1999)

En este trabajo se destaca que las terapias psicológicas son componentes esenciales para el tratamiento efectivo para la adicción, mientras que el tratamiento farmacológico es un elemento importante, especialmente cuando se combina con los tratamientos conductuales. Las técnicas cognitivo-conductuales se muestran como los componentes críticos de estos programas (Carroll y Onken, 2005). En muchos casos, las

terapias conductuales para la adicción a los opiáceos nos son utilizadas de forma aislada, sino que forman parte de programas multimodales o multicomponentes más amplios, normalmente junto a tratamientos farmacológicos con agonistas (como puede ser la metadona), o con antagonistas (naltrexona). Se asume que ambos enfoques funcionan a través de mecanismos diferentes y que afectan a aspectos distintos (aunque muy relacionados entre sí) del problema. De hecho, aunque los tratamientos conductuales y farmacológicos pueden ser extremadamente útiles cuando se emplean solos, la evidencia empírica ha demostrado que la integración de ambos tipos de tratamiento es la estrategia más efectiva (N.I.D.A., 2005). Su fundamentación se centra en el potencial de su complementariedad y en su capacidad para producir efectos acumulativos. Los objetivos de la terapia farmacológica estarían centrados en la desintoxicación, síntomas específicos, estabilización y mantenimiento y tratamiento de las patologías concomitantes. La terapia psicológica abarca a los objetivos de motivación al tratamiento, entrenamiento en habilidades, modificación de contingencias de refuerzo, mejora del funcionamiento personal y socio-familiar y apoyo al tratamiento farmacológico (Fernández Miranda, 2008).

Por su parte, la American Psychiatric Association asume la centralidad del modelo psicológico en la descripción de los trastornos por abuso de sustancias de los sistemas de clasificación diagnóstica, en particular el D.S.M. (American Psychiatric Association, 2002). De los siete criterios incluidos en el diagnóstico de la dependencia, sólo los dos primeros se relacionan con aspectos fisiológicos (tolerancia y abstinencia). Los criterios 3, 4 y 5 aluden al patrón conductual compulsivo inherente a una adicción, caracterizado por dos fenómenos: el “*craving*” o experiencia subjetiva de desear o necesitar consumir drogas, y la falta de control o incapacidad para resistir el “*craving*”, es decir, la tendencia a elegir una recompensa menor, pero inmediata, frente a una recompensa de mayor magnitud, pero más demorada. Finalmente, los criterios 6 y 7 se centran en los efectos adversos, relacionados con la pérdida de reforzadores, provocados por el consumo de drogas.

En una reciente revisión Becoña y Cortes (2008) explicitan la relación entre los principios del tratamiento efectivo y los tratamientos psicológicos, con el fin de resaltar el carácter central y necesario de éstos en la concepción y planificación de

intervenciones terapéuticas efectivas en las drogodependencias. Desarrollan cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta:

1. *El carácter central de los tratamientos psicológicos.* Los principios del tratamiento efectivo de las drogodependencias se sitúan dentro de unas coordenadas que reclaman una concepción psicológica del trastorno adictivo y de su tratamiento. Así, en cuatro principios se pone el énfasis en la importancia de incluir el consejo psicológico como un componente central (crítico) de los tratamientos efectivos. Esta centralidad de los tratamientos psicológicos no implica menoscabar la importancia de los abordajes sociales o biológicos. La conducta es el producto de múltiples factores entre los que se encuentran los biológicos y sociales. Sin embargo, el estudio individual de la conducta adictiva exige un análisis funcional de las relaciones que existen entre los distintos factores y la conducta, con lo que la visión psicológica se convierte inevitablemente en la perspectiva dominante en el campo del tratamiento.

2. *El carácter crítico y necesario del tratamiento psicológico para abordar la motivación del paciente.* Existen diversos principios para el tratamiento efectivo que se refieren directa o indirectamente a la motivación. Y no se refieren solo a la motivación para entrar y seguir en tratamiento, sino también a la motivación para el cambio, un concepto que solo puede ser entendido desde la perspectiva psicológica.

3. *La conexión entre la variabilidad psicológica y el tratamiento de las adicciones.* Las variables críticas que afectan a la ecuación que liga el tratamiento con el sujeto no parecen fácilmente detectables. Sin embargo, serán fundamentales variables psicológicas las que aconsejen el tipo y la forma de tratamiento dirigido a cambiar el patrón de conducta adictiva en cada individuo. Así, variables, que la investigación ha definido como mediadores relevantes (Gifford y Humphreys, 2007), tales como la función reforzante de la conducta de consumo, las necesidades psicológicas producidas por los trastornos comórbidos, las relaciones contextuales del sujeto con su entorno familiar y social, la motivación para el cambio, la relación terapéutica, y otras, sólo pueden ser analizadas e incorporadas, o en su caso manipuladas, con sentido, dentro de un plan de tratamiento psicológico integral.

4. *La importancia esencial del tratamiento psicológico en la prevención de las recaídas.* Los programas de tratamiento incluyen, casi sistemáticamente, estrategias psicológicas que pretende reducir las probabilidades de recaída y por tanto, mejorar la efectividad de las intervenciones. La idea de que el tratamiento debe ser entendido como un proceso en el que habrá múltiples recaídas permite contemplarlas como algo normal que debe ser entendido y prevenido. Por ello, en el diseño de intervenciones terapéuticas se deberán tener en cuenta aspectos relacionados con la detección de estímulos, manejo de procesos psicológicos y mejora de habilidades de afrontamiento a las situaciones de riesgo.

En este trabajo se pone de relieve que las intervenciones psicológicas constituyen el núcleo central y crítico de los trastornos adictivos (Becoña y Cortés, 2008). Los modelos psicológicos constituyen actualmente los modelos conceptuales básicos que informan las intervenciones terapéuticas y que pueden dar mejor respuesta a necesidades básicas de los tratamientos, como son el incremento de la motivación, la atención a la diversidad psicológica y la reducción de las recaídas. Sin embargo, conviene recordar que los modelos y tratamientos psicológicos no excluyen sino que demandan las aproximaciones multidimensionales, incluyendo las intervenciones farmacológicas y sociales. Los modelos funcionales psicológicos pueden ofrecer un punto natural de integración multidisciplinar (Gifford y Humphreys, 2007) en el que los distintos dominios terapéuticos ejerzan su acción de forma coherente o teóricamente fundada.

En este mismo sentido se orientan las recomendaciones para el tratamiento de los trastornos debidos al uso de sustancias de la Asociación Psiquiátrica Americana, que plantea que los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un programa de tratamiento y que los tratamientos farmacológicos son beneficiosos para pacientes seleccionados (American Psychiatric Association, 2001).

Los esfuerzos por aumentar la práctica de la psicoterapia basada en la evidencia en los Estados Unidos, han llevado a la formación de grupos de tarea para definir, identificar y diseminar la información sobre las intervenciones psicológicas con apoyo empírico (Chambless Sanderson, Shoham, Bennett Johnson y cols., 1996), no sin

generar una importante controversia sobre esa identificación y diseminación de los denominados “*tratamientos con apoyo empírico*” (Rodríguez Morejón, 2004).

La evaluación de los tratamientos fue realizada por un Grupo de Tarea de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología (2000). La inclusión de los tratamientos no obedece a criterios de grupos o “corrientes psicológicas, sino que se basa estrictamente en criterios metodológicos (Aguilar, 2009). En este caso se considera que una intervención ha demostrado su eficacia cuando: a) el tratamiento ofrece mejores resultados que un placebo u otro tratamiento, o bien, b) el tratamiento demuestra una eficacia similar a otro ya probado. Estos son los criterios básicos, aunque en realidad el planteamiento es mucho más complejo porque se diferencia entre los tratamientos “*bien establecidos*” y “*los probablemente eficaces*” (Chambless y Ollendick, 2001). Para alcanzar los criterios mencionados se propone también usar una metodología concreta (Nathan y Gorman, 1998): diseños con un grupo control y asignación de clientes al azar, grupos de al menos 30 personas, los tratamientos deben estar manualizados (descritos operacionalmente) y ser aplicados en una población específica y con un problema concreto (haciendo referencia a las clasificaciones D.S.M.).

Entre las intervenciones psicológicas que cuentan con apoyo empírico en el tratamiento de la dependencia de opiáceos (Aguilar, 2009), encontramos la Terapia dinámica breve (Woody, Luborsky, McLellan, y O'Brien, 1990) y la Terapia Cognitiva (Carroll, Rounsaville, Gordon, Nich, Jatlow, Bisighini y Gawin, 1994). A nivel general, se pone de manifiesto que, salvo en los casos de psicoterapia dinámica breve, el conjunto de intervenciones que cuentan con mayor apoyo empírico en el tratamiento de las drogodependencias son intervenciones de tipo cognitivo-conductual.

En el mismo sentido de orientar la práctica clínica desde los resultados de la investigación, el N.I.D.A. (2001) enumera una serie de enfoques con base científica para los tratamientos de las drogodependencias (Cuadro 6). Se trata de diferentes enfoques y componentes de los tratamientos que han sido desarrollados y examinados para medir su eficacia a través de investigaciones apoyadas desde el N.I.D.A.

Cuadro 6. Enfoques con base científica para el tratamiento de drogodependencias

Autor	Año	Tratamiento
Carroll y cols.	1994	<i>Enfoque de prevención de recaídas para el tratamiento de la</i>
Marlatt y Gordon	1985	<i>adicción</i>
Huber y cols.	1997	<i>Modelo matriz para abusadores de estimulantes.</i>
Rawson y cols.	1995	
Luborsky	1984	<i>Psicoterapia de apoyo y expresiva para adictos a heroína y</i>
Woody y cols	1995	<i>cocaína.</i>
McLellan y cols.	1993	<i>Terapia individualizada de drogas</i>
Woody y cols.	1983	
Budney y cols.	1997	<i>Terapia para realzar la motivación</i>
Miller	1996	
Higgins y cols.	1995	<i>Enfoque de refuerzo comunitario con comprobantes</i>
Silverman y cols.	1996	
Silverman y cols.	1996	<i>Terapia de refuerzo basada en comprobantes dentro del</i>
		<i>tratamiento de mantenimiento utilizando metadona</i>
Milby y cols.	1996	<i>Tratamiento diurno con contingencias para la abstinencia y con</i>
		<i>comprobantes</i>
Azrin y cols.	1996	<i>Terapia de comportamiento para adolescentes</i>
Diamond y Liddle	1996	<i>Terapia familiar multidimensional para adolescentes</i>
Schmidt y cols.	1996	
Henggeler y cols.	1996,1998	<i>Terapia multisistémica.</i>
Schoenwald y cols.	1996	
Fiore y cols.	1994	<i>Terapia combinada de comportamiento y reemplazo en casos de</i>
Hughes	1991	<i>adicción a la nicotina.</i>

Fuente: N.I.D.A. (2001)

Cada uno de estos enfoques está diseñado para tratar ciertos aspectos de las drogodependencias y sus consecuencias para el individuo, la familia y la sociedad y deben ser usados para complementar y realzar (no reemplazar) los programas de tratamiento.

El N.I.D.A. cuenta con una amplia red de profesionales implicados en proyectos de investigación a través de ensayos clínicos desarrollados en diferentes zonas y

recursos, a través de la *Clinical Trials Network*. Esta red supone una colaboración de alcance nacional que desarrolla y evalúa a través de ensayos clínicos multicéntricos los tratamientos que se encontraron efectivos en investigaciones previas (C.T.N.-N.I.D.A., 2009). Una revisión de Miller, Bogenschutz y Villareal (2006) describe esta red del N.I.D.A. que desarrolla estudios que se llevan a cabo en los propios programas de tratamiento, con su propio personal y pacientes, para el abuso de drogas, con el fin de determinar su buen funcionamiento en el contexto de la práctica clínica.

Los resultados de la investigación ponen de relieve que existen diferentes enfoques que cuentan con apoyo empírico en el tratamiento de las drogodependencias. Los enfoques cognitivo-conductuales, los enfoques dinámicos breves y los enfoques familiares gozan del reconocimiento como abordajes eficaces a la hora de ser aplicados conjuntamente con los tratamientos farmacológicos.

A continuación, describiremos los aspectos más generales de los enfoques cognitivo-conductuales y de los dinámicos; los enfoques familiares para el tratamiento de las drogodependencias se abordarán detalladamente en el capítulo cuatro.

2.2. Intervenciones psicológicas eficaces en el tratamiento de las drogodependencias

En esta revisión hemos agrupado las intervenciones psicológicas en dos bloques: por un lado, las terapias dinámicas breves y, por otro, los enfoques cognitivo-conductuales, que abarcan los tratamientos conductuales (manejo de contingencias y exposición a estímulos) y los programas cognitivo-conductuales que incluyen el entrenamiento en habilidades sociales, la prevención de recaídas y la aproximación del reforzamiento comunitario.

2.2.1. Terapias dinámicas breves

Dentro de las terapias dinámicas breves encontramos varias modalidades de tratamiento, aunque las más utilizadas en el tratamiento de las adicciones son: a) la *Psicoterapia de Soporte Expresivo* y b) la *Psicoterapia Interpersonal*. Se basan en la

idea fundamental de que todos los trastornos psicopatológicos, incluidas las adicciones, están relacionados con trastornos en el funcionamiento interpersonal, prestando especial atención al análisis de la relación entre sentimientos-conducta y drogas. La terapia tiene dos componentes principales: técnicas de apoyo para ayudar a los pacientes a sentirse cómodos cuando hablan de sus experiencias personales y técnicas expresivas para ayudar a los pacientes a identificar y a resolver cuestiones de relaciones interpersonales (Woody, 2003). Se presta atención especial al papel que desempeñan las drogas con relación a los sentimientos y comportamientos problemáticos, y cómo se pueden resolver los problemas sin recurrir a las drogas, promoviendo cambios duraderos en el estilo de vida (Woody, McLellan, Luborsky y O'Brien, 1995). Se ha mostrado de especial interés en el ámbito del tratamiento de mantenimiento con metadona, singularmente con pacientes que presentan problemas de salud mental combinados con el patrón adictivo.

La *Psicoterapia de Soporte Expresivo* cuenta con pocos estudios de evaluación de su eficacia, aunque ha sido utilizada con buenos resultados en pacientes con mantenimiento con metadona con consumos de cocaína (Woody y cols., 1995). En este estudio los pacientes que recibieron psicoterapia expresiva mostraron mejoría en la reducción del consumo de drogas y requirieron menores dosis de metadona y estas ganancias se mantuvieron durante más tiempo que en el grupo de consejo individual.

Por otro lado, Rounsaville y Carroll (1993) adaptaron el modelo de *Psicoterapia Interpersonal* de Klerman para el tratamiento de la depresión al tratamiento de las adicciones. Este enfoque se centra en los problemas interpersonales de los pacientes. Se intenta identificar una o más de cuatro áreas problemáticas: reacción de duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales. El modelo supone que cada uno de estos aspectos está ligado a la drogodependencia. La atención se centra en los problemas actuales y no en las relaciones interpersonales pasadas, y en los acontecimientos interpersonales más que en los intrapsíquicos o cognitivos.

La Psicoterapia Interpersonal fue adaptada a pacientes ambulatorios en mantenimiento con metadona y a pacientes con abusos de cocaína (Rounsaville y Carroll, 1993). Kaufman (1985) también utilizó este enfoque con pacientes

ambulatorios con abusos de cocaína. La Asociación Americana de Psiquiatría (1997) recomienda la Psicoterapia Interpersonal en el tratamiento de las conductas adictivas.

En líneas generales, existen pocos estudios que evalúen la eficacia de las terapias dinámicas aplicada a los trastornos adictivos. Las publicaciones se centran en cuestiones como la retención en tratamiento y sugieren que este tipo de abordaje puede ser útil en estados avanzados de recuperación y para tratar rasgos de personalidad asociados o previos a la adicción. Existe un rechazo generalizado entre los autores dinámicos hacia los procedimientos basados en la evidencia que invalidan como método adecuado de estudio de resultados de este tipo de terapias (Mace, Moorey y Roberts, 2001). Concretamente, Clemens (2002) argumenta que los trabajos sobre este tipo de terapias: 1) no se focalizan en diagnósticos sintomáticos específicos, 2) no han encontrado una manera de diseñar estudios controlados “doble-ciego”, 3) Son más flexibles y diseñados para dar respuesta a necesidades individuales y a las vicisitudes de la exploración y 4) pueden desarrollarse en periodos de tiempo que varían.

Un reciente metanálisis de Connolly, Crits-Christph y Hearon (2008), que examina la evidencia de la efectividad de la terapia dinámica con los criterios de la American Psychological Association (Chambless y Hollon, 1998), destaca que no existen suficientes estudios controlados y aleatorizados en psicoterapia dinámica, por lo que no existen suficientes evidencias de sus resultados en el ámbito de los trastornos adictivos.

2.2.2. Enfoques cognitivo-conductuales

Los enfoques cognitivo-conductuales agrupan varias modalidades de tratamiento, aunque las más aplicadas al tratamiento de las drogodependencias son: el manejo de contingencias, el entrenamiento en habilidades sociales, la prevención de recaídas y la aproximación del reforzamiento comunitario.

Estos abordajes integran los principios derivados de la terapia de conducta, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva y suponen un enfoque comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias, que consiste básicamente en el

desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control que la persona tiene sobre sí misma (Finney, Wilbourne y Moos, 2007)

El *Manejo de Contingencias* implica la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo, la abstinencia o a la ausencia de la misma. Estos programas han sido empleados sobre todo para reforzar la abstinencia, pero también, otros objetivos terapéuticos, como por ejemplo, la retención y la asistencia a las sesiones de tratamiento o el incremento de la adherencia a la medicación. En su aplicación se suelen emplear tres tipos de reforzadores: a) vales contingentes a analíticas de orina negativas, canjeables por bienes, servicios y recursos, b) incremento o reducción de dosis de metadona, y c) dosis de metadona para llevar a casa.

La intervención mediante la cual los pacientes ganan incentivos en forma de *vouchers* (vales) canjeables por bienes o servicios, contingentes a la ausencia de consumo de drogas (normalmente evaluada mediante pruebas bioquímicas), es la que ha recibido mayor atención por parte de los investigadores.

La evidencia científica de la eficacia de la terapia de incentivo mediante la utilización de vales o de privilegios contingentes a muestras negativas de orina, con sujetos en programas de metadona, es extensísima. Los resultados del meta-análisis realizado por Griffith, Rowan-Szal, Roark y Simpson (2000), en el que se incluían 30 estudios que utilizaban diferentes tipos de reforzadores (incentivos contingentes a la abstinencia, incremento de dosis de metadona y dosis para llevar a casa), confirmaron que el Manejo de Contingencias era efectivo para reducir el uso de drogas en programas externos de mantenimiento con metadona.

Una versión particular del empleo de manejo de contingencias con politoxicómanos en programas de metadona es el programa denominado "*Therapeutic Workplace*". En este programa se utiliza el salario como reforzador contingente a la abstinencia (de cocaína y heroína) y a otras conductas ligadas a la participación en un módulo de empleo (puntualidad, aprendizaje, productividad y otras "conductas profesionales"). El equipo de Kennet Silverman del Johns Hopkins University School of

Medicine de Baltimore llevó a cabo un primer estudio en donde aplicó esta estrategia a un grupo de mujeres desempleadas en un programa de metadona (Silverman, Svikis, Wong, Hampton, Stitzer y Bigelow, 2002). Los autores concluyen que el “Therapeutic Workplace” puede ser efectivo a largo plazo para el tratamiento de la adicción a la cocaína y heroína con este tipo de pacientes. Sin embargo, algunos autores ponen en duda la aplicabilidad en contextos reales de este procedimiento, debido a la complejidad del programa de reforzamiento y la eficacia real del mismo, ya que es difícil discernir en qué medida el descenso del consumo de drogas se debe al programa de contingencias o al mero hecho de que los sujetos se impliquen en una actividad que puede competir con dicha conducta (Petry, Tedford y Martin, 2001). Es decir, el reforzamiento directo de la abstinencia se apoya con el reforzamiento de conductas que pueden competir con el uso de drogas y, por tanto, facilitar el no consumo.

El planteamiento que subyace a la estrategia de *Entrenamiento en Habilidades Sociales* es que el paciente carece de habilidades adecuadas para enfrentarse con situaciones sociales e interpersonales de la vida cotidiana. Estas situaciones conllevan condiciones de estrés que dificulten un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social para consumir drogas. El objetivo de este tipo de intervenciones es dotar al paciente de las suficientes habilidades de afrontamiento y autocontrol para poder manejar las situaciones de riesgo producidas por los estímulos que desencadenan el deseo intenso de usar drogas. Este enfoque incluye: habilidades interpersonales, asertividad y expresión de emociones, entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo.

Este enfoque posee una amplia evidencia en el tratamiento de los problemas de alcohol y en lo que se refiere al tratamiento de la adicción a la heroína, la evidencia es más escasa. Aún así, diversos estudios ponen de relieve que las técnicas cognitivo-conductuales basadas en el entrenamiento en habilidades sociales son componentes eficaces en el tratamiento de la adicción a la heroína (Fernández Miranda, 2008).

El modelo de *Prevención de Recaídas* en drogodependencias (Carroll, Rounsaville, Nich, Gordon, Wirtz y Gawin, 1994) consiste en una adaptación del

programa original de Marlatt y Gordon (1985) a los casos de adicción a drogas. Contiene tres elementos fundamentales: 1) estrategias de entrenamiento en habilidades, que incluyen tanto estrategias cognitivas como conductuales para afrontar situaciones de riesgo, 2) procedimientos de reestructuración cognitiva diseñados para proporcionar al paciente pensamientos alternativos a los que le empujan a consumir y 3) estrategias de reequilibrio del estilo de vida (como la relajación o el ejercicio físico) para incrementar las actividades alternativas al consumo. Un elemento central de este enfoque es poder anticipar las dificultades que los pacientes puedan encontrar y ayudarles a desarrollar estrategias efectivas para hacerles frente.

En la investigación de Scherbaum, Kluwig, Specka, Krause y cols. (2005) que combinada metadona y Prevención de Recaídas en formato grupal mostraron un menor consumo de drogas a los seis meses de seguimiento que los pacientes que sólo recibieron metadona.

La dispersión y heterogeneidad de los componentes empleados en los programas es un problema que se da con especial énfasis en los estudios sobre la valoración de los tratamientos cognitivo-conductuales. Esto hace que resulte muy difícil establecer la valoración de su eficacia. A pesar de este inconveniente, y debido a la consistencia de los resultados, el nivel de evidencia que ofrece este protocolo es elevado.

La *Aproximación de Reforzamiento Comunitario* (Hunt y Azrin, 1973) es un programa pionero en el tratamiento de alcohólicos severos mediante métodos operantes, que tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional. Busca el cambio terapéutico manipulando las contingencias naturales. En términos de economía conductual, el tratamiento estaría incrementando el coste de oportunidad, ya que mejoraría la calidad de aquellos reforzadores que el paciente pierde cuando consume drogas.

Los componentes principales de este programa son: a) estrategias para reducir las barreras del tratamiento, b) asesoramiento vocacional para pacientes desempleados, c) identificación de antecedentes y consecuentes del uso de drogas y conductas alternativas saludables, d) terapia conductual de pareja, e) entrenamiento en habilidades

para reducir el riesgo de recaídas (por ejemplo, habilidades de rechazo, habilidades sociales, manejo de los estados de ánimo) y f) terapia con fármacos antagonistas para individuos con problemas con el alcohol.

La Aproximación de Reforzamiento Comunitario posee soporte empírico obtenido a través de investigaciones controladas, que permite que se pueda considerar como un programa bien establecido. Además, un punto importante a favor de la superioridad de este enfoque es que hasta el momento todos los estudios encaminados a comprobar su eficacia han obtenido resultados positivos. En el artículo de Miller, Meyers y Hiller-Sturmhöfel (1999) se ofrece una buena revisión de los estudios sobre su eficacia.

En el ámbito clínico los modelos cognitivo conductuales han formado parte de modelos más amplios, como un componente de medidas terapéuticas. Uno de los más extendidos es el Modelo Matiz, que consiste en un programa estructurado utilizado con adictos que les facilita el alcance de la abstinencia. El modelo incluye elementos propios de la prevención de recaídas, terapia familiar y grupal educación sobre drogas y participación en actividades de autoayuda (Rawson Shoptaw, Obert, McCann y cols., 1995). Este modelo ha demostrado su eficacia con adictos (Rawson, Marinelli, Anglin, Dickow y cols., 2004).

2.3. Nuevos retos de la investigación sobre tratamientos de las drogodependencias

En los últimos 30 años se ha producido un avance considerable en lo referente a tratamientos eficaces en el ámbito de las drogodependencias. El carácter central de los aspectos psicológicos en el tratamiento de las drogodependencias se ha puesto de relieve a través de los trabajos de investigación que han desarrollado diversas entidades y organismos: la centralidad del modelo psicológico en los sistemas de clasificación diagnóstica (en particular el D.S.M. de la American Psychiatric Association, 2002), los principios del tratamiento efectivo y enfoques con base científica del N.I.D.A. (1999, 2001) y los esfuerzos por aumentar la práctica de la psicoterapia basada en la evidencia de la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, 2000: Chambless y Ollendick, 2001).

La investigación sobre el efecto de los tratamientos psicológicos ha ido progresando desde una postura de validación y apoyo empírico hasta su formulación como un modelo de práctica basada en la evidencia (Pascual, Frías y Monterde, 2004). Encontrar la evidencia más válida, desarrollar teorías coherentes y comprensibles, trabajar con clínicos expertos y reconocer la importancia del paciente permitirá comprender un modelo que facilite el avance del conocimiento sobre los tratamientos psicológicos más eficaces.

El futuro de la investigación conlleva abrir un debate y proceso reflexivo para incorporar criterios de mayor consenso para que los estudios de resultados puedan ser llevados a cabo en todos los enfoques en condiciones igualitarias de partida. Parece que esta vía garantizará que los diferentes grados de eficacia que se encuentren respondan a diferencias en la técnica y no a sesgos apriorísticos. Bajo la etiqueta de “*con apoyo empírico*” no se pueden aceptar criterios y procedimientos de investigación que al centrarse únicamente en la variable técnica se pierda lo que es considerado esencial en la terapia: los clientes y terapeutas en interacción.

En la actualidad estamos asistiendo a un interés creciente por conocer en este ámbito no sólo si se producen o no cambios, sino conocer cómo se producen. Greenberg y Pinsof (1986) señalan la importancia de estudiar la interacción entre el sistema del paciente y el del terapeuta para identificar los procesos de cambio en dicha interacción. Siendo conscientes de que la investigación de procesos es metodológicamente más compleja, no cabe duda de la importancia que en psicoterapia está adquiriendo la combinación de ambos enfoques.

En el campo de la investigación en psicoterapia necesitamos profundizar en el proceso terapéutico que nos permita comprender cómo se construye un marco de relación clara entre cliente y terapeuta, que haga posible trabajar en colaboración y con un propósito común, en términos técnicos, *alianza terapéutica*, y que supone un indicador eficaz para predecir el resultado del tratamiento (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006)

Es necesario que se tengan en cuenta nuevos diseños experimentales más flexibles, que permitan combinar la investigación de resultados con la investigación de procesos (Rodríguez Morejón, 2004). Proponer estrategias experimentales que permitan acercar la investigación a sus contextos naturales: la práctica clínica de los sistemas de atención, los centros de formación en psicoterapia, otros contextos de trabajo clínico. Se trata, en definitiva, de aplicar nuevas estrategias para resolver nuevos problemas. Promover el desarrollo de investigaciones con diseños que respeten las diferentes visiones que los modelos de tratamientos tienen sobre el terapeuta, los clientes y los mecanismos de cambio. Impulsar y potenciar la investigación cualitativa, no solo como precedente de la cuantitativa, sino como una herramienta en sí misma que nos acercará al entendimiento de los clientes y sus recursos, de los aspectos de los terapeutas y de las técnicas que ayudan a promocionar a las personas para comprender hasta el secreto último de los mecanismos de cambio terapéutico.

A lo largo de este capítulo hemos desarrollado una revisión teórica que ha puesto de relieve el carácter central de los aspectos psicológicos en el tratamiento de las drogodependencias, así como los avances más significativos que se han registrado en los últimos años y que definen los principales criterios de los tratamientos efectivos. Esto nos permite contextualizar este trabajo de investigación. Seguidamente, abordaremos la especificidad de los tratamientos con metadona.

Capítulo 3

TRATAMIENTOS CON METADONA

3 LOS TRATAMIENTOS CON METADONA

3.1. Aspectos generales

Este trabajo de investigación tiene como objetivo central comprobar la eficacia de la Psicoterapia Multifamiliar en pacientes adictos a opiáceos que reciben tratamiento con metadona. En el capítulo anterior, revisamos la situación actual de la evaluación de los tratamientos en drogodependencias y comentamos algunos aspectos generales de los tratamientos con metadona. En este capítulo, analizaremos con mayor detenimiento aspectos más específicos de este tipo de tratamiento, los criterios para su indicación y los factores que contribuyen a incrementar su eficacia.

El Tratamiento con Metadona (T.M.) está específicamente indicado en la dependencia a opiáceos, concretamente la heroína, una de las drogas que más repercusión ha tenido en las cuatro últimas décadas. Al tratarse de un tratamiento que posee un carácter sustitutivo ha despertado desde sus inicios una gran polémica, aunque también ha contribuido a que durante años haya sido objeto de cientos de estudios y un gran número de ensayos clínicos que en la actualidad ponen de manifiesto que la metadona es un tratamiento seguro y eficaz. (Amato, Davoli, Perucci, Ferri, Faggiano y Mattick, 2005; Fernández Miranda, 2005; 2008).

Desde 1970 el Tratamiento con Metadona ha crecido de tal forma que ha llegado a convertirse en la forma más común de tratamiento de sustitución para la dependencia de opiáceos y se estima que en Europa en el año 2003 más de medio millón de consumidores de opiáceos recibieron este tipo de tratamiento (Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, 2006). Actualmente, existe un consenso generalizado sobre su aplicación al considerarse beneficioso en el tratamiento de consumidores problemáticos de opiáceos. A escala internacional, su papel es cada vez menos controvertido, llegándose a adoptar en 2004 por parte de la Organización de Naciones Unidas una posición favorable respecto a la terapia de mantenimiento de sustitución (Organización Mundial de la Salud O.N.U.D.D./O.N.U.S.I.D.A., 2004) y en 2006 la Organización Mundial de la Salud incluyó la metadona en su lista modelo de medicamentos esenciales.

3.2. Breve reseña histórica de los tratamientos con Metadona

La metadona, como tratamiento de sustitución en la adicción de opiáceos, fue inicialmente utilizada en Norteamérica por Halliday a finales de los años cincuenta en Canadá y por Dole y Nyswander en los sesenta en Estados Unidos (Parrino, 1992). Dole dirigió a principios de los años 60 un estudio por encargo de la Universidad Rockefeller del que se concluyó que la combinación de abstinencia y psicoterapia, por entonces único tratamiento disponible, rara vez bastaba para conseguir la rehabilitación de los adictos. A raíz de estos trabajos, Dole y Nyswander (1965) formularon la hipótesis de que la dependencia de opiáceos era una enfermedad fisiológica, caracterizada por una deficiencia metabólica permanente y cuya mejor manera de controlarla era administrando a la persona dependiente de opiáceos una determinada cantidad del medicamento para estabilizar dicha deficiencia metabólica. Comprobaron que altas dosis diarias de metadona hacían desaparecer en pacientes adictos a heroína la ansiedad por la droga y bloqueaban sus efectos eufóricos. Esto permitía a la persona adicta mejorar su funcionamiento social y aprovechar los servicios psicoterapéuticos y de rehabilitación que formaban parte de los programas de tratamiento integral (Dole y Nyswander, 1965; Dole, Robinson, Orraca, Towns, Searcy y Caine, 1969; Ward, Mattick y Hall, 1998).

En estos años existía en Estados Unidos una creciente alarma social provocada por la extensión y gravedad del consumo de drogas y sus secuelas de marginación, conflictividad legal y morbilidad asociada. Este fue un factor determinante para que en 1971 se extendiera a todos los estados norteamericanos las pautas regladas por la *Food and Drug Administration (F.D.A.)* de los programas de mantenimiento con metadona, propuestas por Dole y que ya se venían aplicando en la ciudad de Nueva York desde 1967. Desde entonces han proliferado los modelos de tratamiento enmarcados dentro de una política general de reducción de daños, que va a dar prioridad al objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de drogas, favoreciendo la accesibilidad a la red asistencial de estos pacientes y mejorando su calidad de vida.

Una vez demostrado que se producía una reducción del consumo de heroína y de la actividad delictiva asociada, el tratamiento de mantenimiento con metadona se convirtió

rápidamente en la terapia de sustitución para la dependencia de opiáceos más ampliamente usada e investigada.

Los tratamientos con metadona para consumidores de heroína se pusieron en práctica por primera vez en Europa en Suecia en 1967, los Países Bajos y el Reino Unido en 1968, y en Dinamarca en 1970, aunque su uso estuvo limitado durante muchos años. Cuando se puso de relieve la rapidez con la que se extendía la epidemia del V.I.H. (S.I.D.A.) entre los consumidores de drogas en los países de Europa Occidental, en numerosos países los enfoques y objetivos terapéuticos empezaron a desplazar la abstinencia como el primer objetivo a alcanzar, para adoptar intervenciones más orientadas hacia la reducción de los daños asociados al consumo de drogas. Se reconocieron los beneficios de los tratamientos de mantenimiento con metadona para estabilizar y mejorar la salud y la situación social de los consumidores de opiáceos, así como para el conjunto de la sociedad.

A principios de los años noventa se generalizó cada vez más el mantenimiento con metadona como modalidad de tratamiento. En 2001 la habían introducido 24 países de la Unión Europea. A pesar de esto, el alcance y la cobertura difieren considerablemente entre los países dependiendo de condicionamientos de tipo social, legal, político, ético, etc. (Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, 2006).

En nuestro país se distinguen varias etapas en los T.M de acuerdo con los cambios producidos en la legislación a nivel nacional reguladora de la prescripción y dispensación de opiáceos. A principios de los años 70 se introduce de forma irregular la prescripción de metadona, sin que existiesen unas garantías mínimas y sin el apoyo de ningún otro tipo de intervención. Al no existir normativa reguladora de su indicación para el tratamiento de la adicción a opiáceos, su uso quedó reducido a pacientes con grave deterioro y pacientes terminales (Torrens, 2003). A finales de los 70 se empieza a plantear la necesidad de desarrollar un marco normativo que diera respuesta al importante incremento que se había registrado en España de los problemas derivados del uso de opiáceos. En el año 1983 se aprueba la primera norma para la prescripción y dispensación de metadona, mediante la Orden Ministerial del 23 Mayo. Esta norma establece que los médicos de centros públicos o privados podían prescribir metadona y las oficinas de farmacia asumían la dispensación sin

necesidad de ningún tipo de acreditación. Sin embargo, en la práctica la prescripción de metadona quedó reducida al tratamiento de pacientes oncológicos y terminales en el sector privado, sin los mínimos criterios terapéuticos.

En un contexto de expansión del tráfico de heroína el Plan Nacional sobre Drogas impulsa en 1985 la aprobación de una segunda normativa reguladora, mediante la Orden Ministerial del 31 de Octubre. Según esta normativa, los T.M. solo podían ser prescritos por médicos del sector público en centros oficialmente acreditados para el tratamiento de toxicomanías. Las solicitudes de tratamiento pasaban por una serie de criterios restrictivos tanto en el procedimiento, como en las dosis máxima o los criterios de admisión: un límite de edad de 18 años, dependencia mínima de tres años, complicaciones orgánicas que aconsejaran el tratamiento, ausencia de politoxicomanía, y exclusión de pacientes psiquiátricos y con otros dos tratamientos previos. A pesar de que la normativa había materializado una oferta integral y pública de programas de metadona, la accesibilidad a este tipo de tratamiento era tremendamente restrictiva. Además, en términos prácticos la oferta de tratamiento se limitó a los programas libres de drogas (Torrens, 2003).

La elevada prevalencia del V.I.H. entre usuarios de drogas por vía parenteral y la efectividad que venían demostrando los programas de reducción de daños para combatir la morbilidad y mortalidad asociadas a la infección, marcó la necesidad de ampliar la oferta de los T.M. y flexibilizar los criterios de admisión (Brugal, Domingo y Puig, 2005; Terán, Álvarez, Sánchez y Alvaro, 2005). Se aprobó una nueva normativa mediante el Real decreto 75/1990, donde se establecieron dos únicos criterios de acceso: un diagnóstico de dependencia a opiáceos y el haber seguido al menos en una ocasión anterior otro programa de tratamiento. Se contemplaron igualmente excepciones en caso de embarazo, infección por V.I.H. u otras patologías orgánicas severas a indicación del médico prescriptor. No se estableció límite alguno en relación a la dosis o el tiempo de tratamiento. A pesar de no establecer pautas generales o guías de práctica clínica y asistencial, se creó un marco general que permitía a cada comunidad autónoma desarrollar su propia legislación. La prescripción y dispensación podían realizarse en un mismo centro de carácter público o privado, siempre que estuviera oficialmente acreditado por la autoridad autónoma competente (Rodríguez Martos, 1994).

Sin embargo, en distintos puntos del país no se garantizaba el acceso inmediato a este tipo de tratamiento, produciéndose en la práctica situaciones de listas de espera. Ante la necesidad de desbloquear estas listas y la evidencia de los buenos resultados obtenidos en los años precedentes, especialmente en el control de la infección por V.I.H., se produjo un nuevo cambio legislativo en 1996 mediante el Real Decreto 5/1996. Dicho decreto rebajó aún más los criterios de admisión y suavizó los de expulsión. De hecho, se establecieron programas muy flexibles en cuanto a niveles de exigencia y objetivos terapéuticos, distinguiendo entre los programas de bajo, medio y alto umbral. El diagnóstico de dependencia a opiáceos pasó a ser el único requisito de acceso. Datos recientes en España muestran un incremento progresivo en estos años del número de pacientes en tratamiento con metadona en los recursos específicos de tratamiento para drogodependientes, llegándose en el año 2007 a un total de 81.706. (Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, 2007)

El T.M. proporciona al paciente adicto a opiáceos la oportunidad de reducir su exposición a conductas de riesgo y mejorar en los aspectos sociales y de salud antes de centrarse en la dimensión física de la dependencia. Está indicado para los pacientes a los que les resulta difícil abandonar el consumo y mantener la abstinencia. Sus propiedades farmacológicas permiten que se retrase la aparición de la abstinencia y se reduzca la frecuencia de administración. Esto permite al paciente centrarse en las actividades de la vida cotidiana sin tener la necesidad de buscar y administrarse opiáceos ilegales, rompiendo los vínculos con la actividad delictiva y facilitando el proceso de cambio del estilo de vida (Fernández Miranda, 2008).

3.3. Los programas de Tratamiento con Metadona

Los T.M. parten de la observación empírica de que todos los analgésicos narcóticos pueden sustituirse por otros, con un adecuado ajuste de la dosis y la vía de administración (Dole y Nyswander, 1965).

Concretamente, la metadona presenta propiedades farmacológicas especiales que hacen que sea un tratamiento de gran utilidad en los programas clínicos:

1. La supresión prolongada del síndrome de abstinencia. La metadona suprime el síndrome de abstinencia de opiáceos durante 12 hasta 24 horas o más, mayor que la que se puede alcanzar con otros opiáceos.
2. Posee una alta eficacia al ser administrada por vía oral.
3. La ausencia de interferencias con actividades cotidianas del paciente adicto. Dado que muchos adictos desarrollan actividades delictivas para conseguir el dinero para los opiáceos ilegales, un efecto indirecto de la metadona legal es reducir o a menudo eliminar la delincuencia asociada (Ball y Ross, 1991).

El T.M. se suele administrar dentro de programas autorizados. Estos programas son casi siempre de tipo ambulatorio, con visitas diarias para tomar la dosis bajo observación clínica. Después de algunas semanas de análisis de orina, para comprobar la abstinencia y del cumplimiento de otros requisitos del programa, los pacientes llevan las dosis a casa, acudiendo al punto de dispensación dos veces por semana o incluso visitas semanales y mensuales, un privilegio revocable que depende de la evolución del paciente. Algunos pacientes en T.M. reducen sus dosis paulatinamente hasta conseguir la abstinencia y finalizan el tratamiento. Otros se mantienen durante periodos más largos en tratamiento.

Aunque el principal objetivo será que los pacientes dejen de consumir el opiáceo objeto de abuso, los objetivos deseables de los T.M. se basan en conceptos de salud pública y de reducción del daño (Parrino, 1992). Estos objetivos se pueden resumir en:

- Ayudar al paciente a permanecer sano, hasta que con el apoyo y cuidados adecuados, puedan lograr una vida sin consumo de opiáceos no prescritos.
- Que el individuo reduzca el consumo de sustancias no prescritas.
- Tratar los problemas relacionados con el consumo de drogas.
- Reducir los riesgos asociados con el consumo de drogas, especialmente el riesgo de sobredosis y el de infecciones causadas por compartir el material de inyección (S.I.D.A., hepatitis B y C).
- Reducir la duración de los episodios de consumo.
- Reducir las posibilidades de futuras recaídas en el consumo.
- Reducir las actividades ilegales para la obtención de la sustancia.
- Mejorar el funcionamiento general, personal, social y familiar.

Dentro de un Programa de Tratamiento con Metadona se pueden distinguir varias etapas:

1. Fase de inducción. Tiene como finalidad introducir la dosis inicial de metadona y se realiza por un médico especializado en este tipo de tratamiento que debe, en primer lugar, confirmar el diagnóstico de dependencia a opiáceos. No existe una dosis única que sea la óptima para todos los pacientes, sino que debe individualizarse de manera que consiga prevenir la aparición de síndrome de abstinencia durante 24 horas, eliminar el deseo de consumir heroína (*“craving”*) y bloquear los efectos euforizantes de la misma. La dosis de metadona administrada es un factor determinante fundamental en la eficacia del T.M. (Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino y Lemma, 2008). El comienzo del T.M. es considerada una etapa muy importante ya que constituye el proceso de transición de un estilo de vida “de calle” hasta la situación de paciente en tratamiento. Parece que lo que ocurra en esta fase determinará la actitud posterior, las preocupaciones y la motivación del paciente a lo largo del tratamiento. Esta primera experiencia debe ser positiva y llevarse a cabo dentro de un clima acogedor, de respeto y de garantía de la confidencialidad del paciente.

2. Fase de estabilización. Comienza una vez que el paciente ha iniciado el T.M. y se debe conseguir en un periodo no superior a los 30 días, para mejorar la adherencia del paciente al programa. El objetivo de esta fase es alcanzar el umbral de tolerancia y establecer la dosis adecuada, por lo que se realizan revisiones continuadas del paciente en esta fase. En líneas generales, se admite que las dosis adecuadas de metadona suelen situarse entre los 60 y 120 mgrs./día., aunque hay sujetos que pueden mantenerse con dosis más bajas y otros que necesitarán dosis más altas (Ward y cols., 1998; Leavit, Shinderman, Maxwell, Eap y Paris, 2000).

3. Fase de mantenimiento. Comienza una vez que el paciente se encuentra estabilizado en su dosis óptima y su objetivo es conseguir la desvinculación de los consumos problemáticos de drogas y la mayor normalización psicológica y social posible.

4. Fase de desintoxicación. Su objetivo es la supresión de la metadona. El procedimiento habitualmente utilizado consiste en la reducción lenta y progresiva de las dosis de metadona. Una vez iniciado este proceso de reducción es muy importante efectuar un estrecho

seguimiento del paciente, de cara a evitar posibles recaídas y articular las medidas terapéuticas suplementarias correspondientes. Existen otras modalidades terapéuticas para el proceso final de desintoxicación, como puede ser el ingreso hospitalario. Con este proceso se pretende liberar al organismo de la dependencia asociada al consumo crónico, disminuir las molestias características de la abstinencia, proporcionar una situación que permita un compromiso más amplio con el tratamiento, detectar y tratar cualquier problema médico existente, comenzar a educar al paciente en todas aquellas cuestiones relacionadas con la salud y explorar todas aquellas cuestiones que habrán de definir las necesidades de un tratamiento integral (Pereiro, Jiménez, López, Llorente y Sanz, 2002).

En los programas de T.M se realiza un seguimiento exhaustivo con el fin de que el paciente vaya abandonando el consumo de drogas y la actividad delictiva asociada y se produzca una mayor normalización. Los clínicos que llevan a cabo estos programas destinan unas cuantas horas para la administración de la metadona, el asesoramiento y el control médico. En los programas existen normas de comportamiento (ausencia de violencia, amenazas o tráfico de drogas) y se practican habitualmente controles de orina de sustancias a intervalos aleatorios.

La metadona puede ser utilizada como fármaco analgésico por cualquier médico, pero no puede ser utilizada para el tratamiento de la dependencia de opiáceos a menos que sea administrada por un médico que trabaje en un programa terapéutico autorizado.

Como hemos visto anteriormente la regulación legal ha experimentado en nuestro país una importante evolución en los últimos 20 años. En Andalucía existe una regulación legal de los tratamientos con metadona para las personas dependientes de opiáceos desde 1990 (Junta de Andalucía, 2000). El único requisito que se exige es el diagnóstico “confirmado” de dependencia a opiáceos.

La confirmación del diagnóstico de dependencia a opiáceos se lleva a cabo mediante: a) criterios operativos de dependencia según las clasificaciones D.S.M. o C.I.E., b) evaluación, si es posible, del síndrome de abstinencia, c) análisis de orina y d)

examen físico en el que se puede observar signos de venopunción o signos de intoxicaciones.

Una vez confirmado el diagnóstico y si el paciente adicto realiza una demanda de T. M. o bien el clínico lo indica y se comprueba la idoneidad, se propone el inicio lo antes posible.

Entre los principales criterios que aconsejan este tratamiento encontramos:

1. Pacientes que solicitan T.M. por su inadecuación a los criterios de los Programas Libres de Drogas.
2. Pacientes con patologías orgánicas y/o psiquiátricas que hagan aconsejable desde el punto de vista clínico su inclusión.
3. Pacientes que se trasladan desde otros dispositivos en los que ya reciben T.M.
4. Pacientes con importante deterioro social y/o familiar que aconsejen su inclusión.
5. Usuarios con comportamientos sexuales de riesgo, que hagan aconsejable su inclusión

En relación a los criterios de exclusión se relacionan básicamente con el abandono voluntario del tratamiento o con conductas violentas o ilícitas en el programa, como por ejemplo, el tráfico demostrado de metadona. En estos casos, la exclusión del T.M. se realizará, previa información al usuario de los recursos existentes y de otros métodos de tratamiento y en ocasiones mediante la modificación del programa actual a una pauta de reducción diaria de la medicación.

3.4. Eficacia de los tratamientos con Metadona

Tal y como hemos indicado la metadona ha sido utilizada durante más de cuarenta años en los tratamientos de adicción a opiáceos y se ha investigado extensamente su eficacia. Se han examinado sistemáticamente las evidencias para evaluar las conclusiones a que se puede llegar razonablemente por medio de varias revisiones, que incluyen dos textos académicos de referencia (Ball y Ross, 1991; Ward y cols., 1998), dos informes de organismos autorizados (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 1993; Gerstein y

Harwood, 1990) y dos revisiones publicada en revistas “arbitradas” (“*peer-reviewed*”) (Farell, Ward, Mattick, Hall, Stimson, Jarlais, Gossop y Strang, 1994; Marsch, 1998). Todas ellas concluyen que el tratamiento con metadona es beneficioso y efectivo. Varían el énfasis y enfoque de cada una de ellas, y en los últimos estudios se amplía para incluir el enfoque en la prevención del V.I.H. El mantenimiento con metadona se revela como un tratamiento efectivo para reducir el uso de heroína, la delincuencia y las conductas de riesgo para el V.I.H. Cabe destacar que en nuestro país, a pesar de su enorme implantación durante los años 90, las evaluaciones sobre sus resultados son relativamente escasas y sobre todo, parciales (Fernández Miranda, 2005).

La metadona ha demostrado ser un tratamiento eficaz en términos de retención en el tratamiento y de reducción del consumo de heroína: en los problemas de adicción a opiáceos, reduce el comportamiento criminal, reduce y muchas veces elimina el consumo de heroína entre los adictos (Dole y cols., 1969; Gunne y Grönbladh, 1981; Newman y Whitehill, 1979). La metadona, igualmente, aminora el uso de otras drogas, incluso de la cocaína, de los sedantes y del mismo alcohol, a pesar de que no tiene efectos farmacológicos sobre el deseo de drogas diferentes a los opiáceos (Parrino, 1992).

Más allá de los documentos mencionados, una revisión Cochrane (Mattick, Kimber, Breen y Davoli., 2008) valoró el T.M. confirmando que este tratamiento es una intervención efectiva para la gestión de la dependencia a heroína, que la metadona es superior a las alternativas libres de drogas (tratamientos con placebo, oferta de tratamiento libre de drogas, desintoxicación o control en listas de espera), en la retención en tratamiento de pacientes y que reduce el uso de heroína. Los autores concluyen que se debería apoyar el T.M. como tratamiento para la dependencia a heroína. Las investigaciones realizadas también indican que, con este tratamiento, se reducen los niveles de actividad delictiva y que un tratamiento generalizado podría incidir en el número de muertes relacionadas con las drogas (Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, 2006).

Morbi-mortalidad.

Un buen número de investigaciones a finales de los 80 y principios de los 90 han puesto de manifiesto la reducción del riesgo de infección por el V.I.H. en adictos en T.M.,

relacionada con la disminución del uso de drogas por vía intravenosa y de las prácticas de riesgo que suponen dicho uso. (Weber, Ledergerber, Opravil, Siegenthaler y Luthy. 1990; Yancovitz, Des Jarlais, Abdul-Quader y Peyser, 1991). Sin embargo, no todos los estudios encuentran resultados tan positivos, describiendo algunos el uso de la vía parenteral para el consumo de cocaína (Chaison, 1989; Kolar, Brown, Weddington y Ball, 1990).

También los estudios sobre infecciones por V.I.H. entre pacientes en T.M. son bastante unánimes a la hora de describirlas como bajas. Metzger, Woody, McLellan, Arnt y O'Brien (1993) encuentran una tasa de infección por el V.I.H. del 3.5% para los adictos en T.M., frente a un 22% de los no tratados. Marsch (1998) y Vranizan (1994) encuentran una disminución de las conductas de riesgo para la infección del V.I.H., así como una reducción del consumo intravenoso y del intercambio de jeringuillas usadas, refiriendo como altamente protector el hecho de permanecer durante un año o más en el programa. Los estudios con "grupo control" son muy escasos pero refrendan el papel de los T.M. como contenedores de la expansión de la infección por V.I.H.

En lo que se refiere a la mortalidad, ésta es mucho más elevada entre los adictos que no están en tratamiento. Antes de la epidemia del S.I.D.A., las muertes de heroinómanos fuera de tratamiento sobre los que seguían consumiendo en él era de más del doble (Fernández-Miranda, 2005). Tras la epidemia, en los seguimientos post tratamiento llegó en algunos momentos a más de 51 veces superior (Appel, Herman, Kott y cols., 2001). Aunque el S.I.D.A. ha sido, con diferencia, la causa de muerte más habitual en los T.M. desde los años 80, incrementándose hasta 1995 y posteriormente ir decreciendo, otras causas como las derivadas de problemas hepáticos por abuso de alcohol o hepatitis C persisten.

Gronbladh, Ohlund y Gunne (1990) concluyen que la tasa de mortalidad es ocho veces mayor entre sujetos que no reciben tratamiento que en los usuarios de los programas de metadona. Caplehorn y Drummer (1999) muestran que los pacientes que continuaban en T.M. tienen un tercio menos de probabilidades de muerte que los que abandonan. En otro estudio encuentran que se reduce el riesgo relativo de muerte en pacientes en T.M. a una cuarta parte respecto a los pacientes que no están en tratamiento (Caplehorn, Dalton, Haldar, Petrenas y Nisbet, 1996). No obstante, aunque en varios países se ha detectado metadona en muertes relacionadas con drogas, se ha puesto de manifiesto que es más probable que la

muerte esté relacionada con el consumo de metadona ilegal, y no de metadona bajo prescripción en un centro de tratamiento, aún cuando el riesgo es mayor durante las fases iniciales del tratamiento. Para comprender la relación entre administración de metadona y sobredosis podemos observar las tendencias inversas entre el incremento en el número de sujetos incorporados a programas de metadona y las notificaciones de mortalidad por reacción aguda notificadas en nuestro país. El año 1991 supone el techo de la mortalidad y desde entonces desciende de forma continuada, mientras por el contrario es en esas fechas cuando la incorporación de adictos a los programas de tratamiento con derivados opiáceos se incrementa de forma sostenida hasta la actualidad (Fernández Miranda, 2005).

Consumo de drogas.

Un buen número de estudios han puesto de relieve la disminución o abandono del uso de opiáceos ilegales en los T.M. (Fernández Miranda, 2005). Respecto al consumo de cocaína, también un gran número de estudios señalan su disminución. No hay tanto consenso respecto al consumo de benzodiazepinas, siendo los estudios al respecto menos numerosos.

En pacientes que siguen un T.M. sólo el 5.9% consume regularmente heroína y el 9.4% cocaína a los tres meses de tratamiento, según Hubbard, Marsden, Rachal, Harwood, Caravanaugh y Ginzburg (1989). Magura, Siddiqui, Freeman y Lipton (1991) señalan una disminución del consumo de cocaína del 84% al 66% al año. Yancovitz y cols. (1991) evidencian la disminución del consumo de opiáceos ilegales al mes entre los pacientes que siguen un tratamiento con metadona al 29%, sin apreciar cambios significativos en el consumo de cocaína. Chaison (1989) encuentra una disminución del 94% en el consumo de heroína y del 64% en el de cocaína. Appel y cols. (2001) concluyen que en los pacientes en T.M. durante más de 10 años, más del 60% tienen controles toxicológicos en orina con resultado que demuestran que no hay consumo en los últimos 6 meses y sólo 51 5.5% presenta problemas con el alcohol. Fernández Miranda y cols. (2001) muestran una reducción en el uso de heroína del 88% a los seis años de estar en un T.M., además de bajar el 50% el de cocaína, con cambios menos notables en el de benzodiazepinas.

Grönbladh y Gunne (1989) señalan el abandono del consumo de heroína en el 75% de los casos. Ball y Ross (1991) muestran a los seis meses de tratamiento un 77% de pacientes

abstinentes a heroína, que se eleva al 92% a los cuatro años y medio. La cocaína es consumida por el 28% a los seis meses (17% en los que están cuatro años y medio o más); el uso de tranquilizantes varía menos (del 22% a los seis meses al 17% a los cuatro años y medio). Por tanto, los T.M. no parecen favorecer el consumo de cocaína, sino su disminución.

El consumo de benzodiazepinas está muy generalizado entre los heroinómanos que están en los T.M. y pueden ser utilizadas bien bajo prescripción médica o por decisión del propio usuario. Este consumo está asociado a un peor cumplimiento y efectividad del tratamiento (Rodríguez, Iraurgi, Oviedo, Ceverino, March y Carrasco, 2007). No obstante, no hay evidencias de que su consumo se incremente en éstos sino que varios estudios apuntan hacia su reducción (Fernández Miranda, 2005).

Varias investigaciones recogen un aumento de problemas de abuso de alcohol entre el 15 al 40% en pacientes en T.M. (Ball y Ross, 1991; Chatham, Rowan y Joe, 1995). Se encuentra un incremento entre 1,5 a 3 veces en comparación con el periodo previo al comienzo en el programa. Ball y Ross, (1991) muestran que tras finalizar los tratamientos para su dependencia de heroína, los adictos incrementan el consumo de alcohol el año siguiente del alta. Otros autores (Fairbank, Dunteman y Condelli, 1993; Fernández Miranda y cols., 2001) destacan que tras varios años en T.M. el consumo de alcohol decrece. Hubbard y cols. (1989) señalan que el abuso de alcohol es una variable no relacionada con el hecho de estar o no en tratamiento con metadona. Otros estudios ponen de manifiesto también un aumento de la mortalidad relacionado con problemas de alcohol en adictos a heroína que se encuentran en tratamiento (Maddux y Desmond, 1982; Senay, 1985). Rounsaville, Weissman y Kleber (1982) encuentran asociación entre el consumo de alcohol durante el tratamiento y una peor evolución en el tratamiento con menor retención en el mismo.

Retención.

Uno de los aspectos más valorados de los T.M. es la elevada adherencia al tratamiento observada, sobre todo si la comparamos con la lograda con otras modalidades terapéuticas. Diversos estudios describen retenciones de entre el 42% y el 83% a los seis meses, del 48% al 74.5% al año, del 26.6% al 72% a los dos o tres años (Fernández Miranda, 2005). Respecto a

nuestro país, en Barcelona, Torrens (2003) describe una retención del 72% a los dos años, y en Asturias, Fernández Miranda y cols., (2001) del 46.2% a los seis años.

En este sentido, hay que señalar la gran importancia de la permanencia en tratamiento para la evolución posterior del adicto (Simpson y cols., 1999), planteándose como mínimo dos años en los programas de tratamientos con metadona (Parrino, 1992). De hecho, la desintoxicación de metadona previa suele conllevar recaídas en la mayoría de los casos, según muestra la revisión de Milby, Schumacher, Raczynski, Cadwell, Engle, Michael y Carr, (1996) al respecto, sobre 14 estudios (67% recaídos antes del año de acabar el T.M. pacientes estabilizados) y el estudio de Zanis, McLellan, Alterman y Cnaan (1996).

Empleo y problemas legales.

Diversos estudios ponen de manifiesto la mejora en la situación laboral en los pacientes que se incluyen en T.M. (Lehmann, Lauzon y Amsel, 1993; Maddux, Prihoda y Desmond, 1994). Algo más de la mitad de pacientes que inician este tipo de tratamiento logran una situación laboral activa. Igualmente, se ha encontrado asociación entre la adherencia al programa de tratamiento y porcentaje de pacientes empleados (Appel y cols., 2001), aunque otros autores (Segest, Mygind y Bay, 1990), no encuentran diferencias tras la incorporación a un programa de metadona.

La disminución de los problemas legales asociados al consumo de drogas ha estado siempre relacionada con la permanencia en programa de metadona. En el estudio de Ball y Ross (1991) se obtiene un 79% de reducción anual de actos delictivos en comparación con el año previo al inicio de tratamiento. Lehmann y cols. (1993) muestran que al año de comenzar en el T.M., el 89% de los pacientes no tiene causas penales frente al 58% inicial. También el número de días con actividades criminales (de 96-131 a 24-70) y de días en prisión (14% al 3%) desciende notablemente en los sujetos en metadona, según McGlothlin y Anglin (1981). A medida que se permanece en el programa descienden los arrestos y días en prisión (Appel y cols., 2001). Barcia, Ruíz, Oñate, Seiquer y Ramos (1991) corroboran esta tendencia en nuestro país.

Calidad de vida.

Las evaluaciones de los T.M. se han centrado en variables tales como consumo de drogas, morbi-mortalidad, criminalidad o problemática laboral asociada, y apenas se han detenido a conocer el nivel de calidad de vida obtenido por los pacientes con el tratamiento. Ciertamente, se ha debatido mucho sobre el concepto de “calidad de vida” y ha tenido una difícil precisión, si bien parece que no podemos eludir medir este parámetro, que se cita como objetivo final de los tratamientos con sustitutivos (Parrino, 1992). Encontramos un creciente interés en la valoración de la calidad de vida de los pacientes en programa, dado el reconocimiento que está teniendo la satisfacción de los pacientes en programas y cómo perciben el tratamiento, más allá de parámetros más clínicos (Fernández Miranda, 2003).

La revisión sobre efectividad de los tratamientos con metadona pone de relieve que las investigaciones que evalúan la calidad de vida en adictos, muestran una mejora notable de la misma tras un tiempo en tratamiento, aunque es llamativo su escaso número (Fernández Miranda, 2005). En dos estudios realizados en nuestro país (Fernández Miranda y cols., 1999; Torrens y cols., 1993), se confirma una notable mejoría de la calidad de vida al año de estar en un programa de metadona. En uno de ellos (Fernández Miranda y cols, 1999), los pacientes mostraron una calidad de vida moderada a los 4 años de tratamiento, peor en los dominios “psicológicos” que en los “físicos”. Progresivamente, en nuestro país se han realizado cada vez mas estudios que ponen de manifiesto la mejoría de la calidad de vida tras el tratamiento, siendo mala al inicio, especialmente en las áreas más psicológicas (Fernández Miranda, 2005).

En los estudios de eficacia de los T.M. se han examinado varios factores específicos que por su efecto sobre los resultados merecen también ser considerados. Unos hacen referencia a variables relativas a los sujetos y otros a los tratamientos.

Las características de los sujetos que pueden predecir el resultado del tratamiento de las drogodependencias han sido investigadas sin que existan conclusiones relevantes al respecto, salvo la de que son menos importantes que las características de los tratamientos (Fernández Miranda, 2005).

Magura y cols. (1991) encuentran que los antecedentes penales se asocian a peores resultados. Kosten, Rounsaville y Kleber (1987), sin embargo, concluyen que son los que tienen ingresos legales (trabajo, ayuda social o de la familia, etc.) los de peor pronóstico. La gravedad de la adicción no es un predictor importante para Mclellan, Arndt, Metzger, Woody, y O'Brien (1993), pero sí para Kosten y cols. (1987) y Magura y cols. (1991). Para otros autores, serían los problemas psiquiátricos, especialmente las depresiones, los que harían el pronóstico más sombrío (Fernández Miranda y cols., 2001; Kosten y cols. 1987).

Yancovitz y cols. (1991) apuntan como factor predictivo de uso de heroína y cocaína durante el tratamiento con metadona el consumo previo de cocaína, al igual que en nuestro país (Fernández Miranda y cols., 2001). Sin embargo, Dunteman, Condelli y Fairbank, (1992) encuentran que el uso de cocaína durante el tratamiento está relacionado con el consumo de heroína durante el mismo, y no con su uso previo. Tschan y Tueller (1992) encuentran relación entre deterioro somático y consumo de drogas, al igual que Fernández Miranda y cols. (2001), además de dosis mayores de metadona y mayor probabilidad de ser expulsados entre los más deteriorados. Grella, Wugalter y Anglin (1997) muestran que aquellos que son V.I.H. positivos tienen más probabilidades de abandonar el tratamiento, al contrario que Fernández Miranda y cols. (2001).

Diversos autores consideran que los consumos arraigados, habitualmente asociados a numerosos intentos de deshabituación fallidos, en los que la adicción ha llegado a formar parte de un "estilo de vida" determinan un peor pronóstico en el tratamiento (Comas, García y Roldán, 1996; Hser, Hoffman, Grella y Anglin, 2001). En este sentido, las adiciones prolongadas con dosis altas de heroína son consideradas un factor predictor de recaídas (Bedate, Bobes, Ochoa y Solé, 1995). Landábaso, Fernández, Sanz, Ruíz de Apodanca, Pérez y Gutiérrez-Fraile (1996) encuentran que el número y la duración de los períodos de abstinencia se asocian a una mejor evolución de los tratamientos. Por el contrario, otros autores señalan que historias de consumo relativamente cortas, normalmente asociadas a menos repercusión en otras áreas de funcionamiento de la persona, determinan peor pronóstico en el tratamiento, debido a una menor motivación y a escasa búsqueda de ayuda (Del Rio, Mino y Perenger, 1997).

La vía de administración está a su vez relacionada con el pronóstico del tratamiento, encontrándose una peor evolución entre los usuarios de drogas por vía parenteral respecto a aquéllos que consumen por vía inhalada o fumada (Iguchi y Stitzer, 1991; Newman, 1987).

Varios estudios han puesto de relieve la importancia de los trastornos psicopatológicos en la evolución del tratamiento, que, en general, entorpecen la mejoría (Fernández Miranda y cols., 2001; Grella y cols., 1997; Kosten y cols., 1987; Magura y cols., 1991), aunque Friedman y Glickman (1986) muestran que son los pacientes con psicopatología los de mejor evolución. La alta prevalencia de trastornos afectivos o de personalidad en pacientes adictos es un hecho ampliamente constatado. No obstante, parece que mejoran notablemente al estabilizarse en el T.M (Fernández Miranda y cols., 2001; Kosten y cols., 1987; Magura y cols., 1991).

Aún estando el debate abierto, las variables relativas al sujeto que ofrecen mayor consenso son la existencia de psicopatología asociada y el consumo previo de cocaína, que se relacionan con una peor evolución. No obstante, autores como Maddux y cols. (1994) no encuentran ninguna variable pretratamiento predictiva.

Al contrario que las variables relativas al sujeto, existe un amplio consenso entre los investigadores en señalar que las características del tratamiento tienen una importante incidencia en la efectividad del mismo, siendo la dosis de metadona, el tiempo de tratamiento y la cantidad y calidad de los servicios de soporte las más ampliamente investigadas.

La dosis se asocia consistentemente con la retención y el uso de opiáceos ilegales, siendo la dosis baja predictiva de abandono del tratamiento (Faggiano y cols., 2008). Se aboga por una individualización de la dosis, situándose en general entre 60 y 120 mgrs./día (Parrino, 1992), aunque en realidad no existe una dosis máxima. Ball y Ross (1991) refieren que dosis menores de 30 mgrs./día aumentan el riesgo de abandono. Strain (2002) encuentra diferentes retenciones en tratamiento con metadona dependiendo de la dosis y Fernández Miranda y cols. (2001) hallan menor retención con dosis por debajo de 60 mgrs./día.

Por otra parte, hemos visto que la adherencia al tratamiento es una de las características de los T.M. Es necesaria la permanencia en los mismos un tiempo suficiente

para conseguir mejoras relevantes en la vida del adicto (Ball y Ross, 1991; Parrino, 1992; Ward y cols., 1998), y la mayoría de los autores se inclinan por periodos de tratamiento prolongados. Las comparaciones de programas de metadona de larga duración con otros de tiempo limitado muestran cómo estos últimos facilitan las recaídas tras el alta e incluso la mortalidad (Caplehorn, 1994) en los pacientes dados de alta terapéutica. Appel y cols. (2001) señalan cómo la permanencia de 10 años en T.M. consigue mejores resultados que otras más cortas (menos de 5 años).

La cantidad y calidad de servicios de soporte afecta al resultado del tratamiento, de modo que los servicios con mayor soporte y mejor calidad refuerzan sus resultados, disminuyendo con muy alta intensidad los índices de recaídas (Ashton y Witton, 2004). Se ha encontrado que los programas de metadona que tienen una orientación terapéutica integral deben dar respuesta global a las necesidades del usuarios y disponer por tanto de servicios propios o circuitos de derivación ágiles, con abordaje de las conductas adictivas, control de las patologías orgánicas y psicopatológicas asociadas y de las carencias sociales (D'Aunno y Vaughm, 1992; Parrino, 1992). Entre los factores que aumentan la retención destacan la accesibilidad al centro y a su personal, horario amplio e interferencia mínima en las actividades cotidianas del paciente y que se faciliten las dosis para llevar a casa (Parrino, 1992; Ward y cols., 1998).

Esto sugiere que se han de tomar precauciones al contemplar cualquier divergencia respecto del programa original de Dole y Nyswander (1965), basado en una dosis media relativamente alta y bien equipado de servicios psicoterapéuticos y rehabilitadores. A tal respecto, Ashton y Witton (2004) llamaron convenientemente la atención sobre la importancia de aspectos de prestación de servicios que, pudiendo parecer prosaicos, ejercen un importante impacto sobre el inicio y la retención en tratamiento, especialmente, tratar de forma personalizada a los pacientes, ser acogedores, empáticos y comprensivos, mostrar respeto y proporcionar cuidados activos y persistentes.

Durante años el debate sobre la importancia de los tratamientos psicosociales ha sido uno de los temas más controvertidos en los estudios de evaluación de la eficacia de los T.M. A pesar de que el apoyo psicosocial ha estado presente en la mayoría de los estudios de

investigación no se ha realizado una evaluación sistemática sobre su efectividad. No poseemos evidencia sobre si estos tratamientos resultan efectivos por sí solos ni cuál es la intervención más efectiva para la dependencia y abuso de opiáceos, o cuál es el equilibrio óptimo entre los tratamientos farmacológicos y los psicosociales. En cualquier caso, se apuntan dos factores específicos que influyen sobre la variabilidad de los resultados: la sustancia adictiva en particular y el trastorno psicopatológico concomitante (Amato, Minozzi, Davoli, Vecchi, Ferri y Mayet, 2008).

En una de las últimas revisiones Cochrane (Mayet, Farrell, Ferri Amato y Davoli, 2008) se concluye que incorporar apoyo psicosocial a los programas de tratamientos de mantenimiento con agonistas opiáceos, como la metadona, mejora significativamente la reducción del uso de heroína durante el tratamiento. También mejora la adherencia al tratamiento y los resultados durante el seguimiento. No se encontraron diferencias en ninguna otra área de resultados evaluada. Contrariamente a lo que se esperaba, los datos tampoco muestran diferencias entre las diferentes intervenciones psicosociales.

En líneas generales, observamos que en la actualidad disponemos de una evidencia científica contrastada suficiente sobre la eficacia de los tratamientos con metadona (Fernández Miranda, 2005; 2008). (Cuadros 7 y 8).

Las revisiones más recientes ponen de manifiesto la conveniencia de complementar los T.M. con tratamientos y servicios psicosociales para incrementar su eficacia. Sin embargo, no se dispone de ninguna revisión sistemática sobre si una intervención específica más estructurada, como es el caso de la psicoterapia, proporcionaría algún tipo de beneficio adicional a un apoyo psicosocial estándar (Amato y cols., 2008).

En nuestra investigación tratamos de arrojar luz sobre este aspecto. En ella nos planteamos, en términos generales, si la Psicoterapia Multifamiliar añadida al apoyo psicosocial estándar mejora los resultados de éste en un grupo de pacientes que ya recibían un tratamiento farmacológico que ha demostrado ser eficaz, como es la metadona.

Cuadro 7. Estudios de eficacia de los tratamientos con Metadona (I)

Autor	Año	Síntesis de las aportaciones de los estudios
Barcia y cols.	1991	<i>Disminución de consumo de opioides ilegales. En todos los casos se observa una reducción del consumo de opioides detectados en controles de orina.</i>
Glanz y cols.	1997	
Marsch	1998	
Barnett y cols.	2001	
Farré y cols.	2002	
Dole	1968	<i>Disminución de conductas delictivas: Siendo más importante su efecto en los delitos relacionados con drogas.</i>
Cushman	1972	
Haymin	1973	
Lukoff y cols.	1973	
Edwards y cols.	1975	
Schut y cols.	1975	
Boudoris	1976	
Ball y cols.	1986, 1991	
Barcia y cols.	1991	
Marsch	1998	
Gibson y cols.	1999	
Marsch	1998	
Caplehorn y cols.	1996	<i>Disminución de riesgo de muerte por sobredosis. El resultado de los estudios revela que el tratamiento reduce el riesgo relativo de muerte en estos pacientes a una cuarta parte respecto a los pacientes que no están en tratamiento.</i>
Torrens y cols.	1997, 2003	<i>Mejora de la calidad de vida. Los estudios demuestran una mejora en la calidad de vida en pacientes que permanecen en el tratamiento.</i>
Baca y cols.	1997	
Fernández Miranda y cols.	2001	
Iraurgi y cols.	1999	
Markez	2002	
Fernández y cols.	2001	<i>Retención en tratamiento. Los efectos descritos se consiguen mientras los pacientes permanecen en el tratamiento, siendo este uno de los mejores parámetros para valorar la eficacia.</i>
Farré y cols.	2002	

Fuente: Fernández Miranda (2008)

Cuadro 8. Estudios de eficacia de los tratamientos con Metadona (II)

Autor	Año	Síntesis de las aportaciones de los estudios
Ball y Ross	1991	<i>Los programas de metadona se muestran eficaces para aumentar la adherencia al tratamiento. Todos los estudios se describen retenciones que van de un 38.2% a un 74.5%. El tiempo de seguimiento oscila entre los 6 meses hasta los 170 meses.</i>
Lehman y cols.	1993	
Caplehorn y cols	1993	
Bale y cols.	1980	
McGowan y cols.	1996	
Maddux y cols.	1994	
Grella y cols	1997	
Magura y cols.	1998	
Torrens y cols.	1996	
Fdez.Miranda y cols.	2001	
Hubbard	1984	<i>Los estudios concluyen que se produce una reducción del uso de heroína y cocaína durante periodos de tratamiento que oscilan entre 1 mes y 120 meses el tratamiento. El consumo de benzodicepinas se mantiene en la mayoría de los estudios</i>
Magura	1984	
Kolar	1990	
Yancovitz y cols.	1990	
Chaison	1989	
Gronbladh y Gunne	1989	
Ball y Ross	1991	
D'Aunno y Vaughm	1992	
Appel	2001	
Fdez Miranda y cols.	2001	
Hubbard	1984	<i>Los resultados en el abuso de alcohol durante el tratamiento son contradictorios. Algunos muestran un incremento de hasta dos veces y media.</i>
Ball y Ross	1991	
McGlothin y Anglin	1981	
Chatham	1995	
Apple	2001	
Ball y Ross	1991	<i>La mayoría de estudios concluyen que se reduce la infección por V.I.H. y se produce una disminución de las prácticas de riesgo.</i>
Yancovitz	1991	
Weber	1990	
Metzger	1993	
Gronbladh cols.	1990	<i>Disminución de riesgo de muerte asociado. El resultado de los estudios revela que el tratamiento reduce el riesgo relativo de muerte en estos pacientes tres veces menos que los pacientes que no están en tratamiento.</i>
Segest	1990	
Caplehorn	1993	
McGlothin y Anglin	1981	<i>Los estudios muestran una disminución significativa que oscila entre un 60% y un 79% de las actividades delictivas.</i>
Barcia	1991	
Ball y Ross	1991	
Lehman	1993	
Segest	1993	<i>Los resultados son significativos en cuanto al aumento de la empleabilidad de esta población.</i>
Lehman	1993	
Maddux y cols.	2001	
Appel y cols.	2002	

Fuente: Fernández Miranda (2005)

Capítulo 4

LA TERAPIA FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

4 LA TERAPIA FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Desde mediados de los años cincuenta hasta la actualidad, el movimiento de la terapia familiar de orientación sistémica ha experimentado una notable evolución, tanto en el ámbito de las teorías, como en el de las técnicas en las que se sustenta. Tal evolución supone, por un lado, una mejor comprensión de los procesos y los mecanismos a través de los cuales se producen los cambios en la conducta humana y, por otro lado, una mayor aplicabilidad a un amplio rango de problemas psicológicos y psicopatológicos, como es el caso de las drogodependencias.

En este capítulo revisaremos los orígenes y la evolución de la terapia familiar, tratando de identificar los aspectos más característicos de los principales modelos y sus implicaciones en el tratamiento de las drogodependencias, así como los hallazgos más significativos con respecto a la eficacia de las intervenciones familiares en este ámbito.

4.1. El pasaje de las intervenciones individuales a las familiares

En la década de los años 50, 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 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 (Glover, 1939).

En cualquier caso, las drogodependencias 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, entre las que se recogen principalmente las siguientes:

- a) 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.
- b) La observación de recaídas que a veces ocurrían cuando pacientes que habían sido tratados regresaban a sus familias.
- c) El entorno inestable y problemático que se observaba en una gran mayoría de pacientes.
- d) 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 Jackson, 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, Jackson, Haley y Weklan, 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 drogodependencias 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 “docepasos” (*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 drogodependencias, 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 (Rolland y Walsh, 1996).

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 drogodependencias. 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 “*Nacional Institute On Drug Abuse*” 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 recaídas 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; Iraurgi, Sanz y Martínez-Pampliega, 2004).

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.

4.2. Modelos de tratamiento familiar y sus implicaciones en el tratamiento las drogodependencias

Revisaremos en este apartado los principales modelos de tratamiento familiar y analizaremos sus implicaciones en el tratamiento de las drogodependencias, 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*.

4.2.1. 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 drogodependencias, 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 (1974), 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 drogodependencias, 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 (Haley, 1976).

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 (Minuchin, 1974).

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 (Watzlawick y cols., 1967) el modelo de resolución de problemas de Haley (1976) y las aportaciones del grupo de Milán (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). Más recientemente, se han presentado otros enfoques orientados a la solución de problemas (De Shazer, 1982) y constructivistas (Hoffman, 1985; Sluzki, 1985)

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 (Haley, 1976).

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):

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 estratégico breve establece que los cambios en las familias con adolescentes consumidores de drogas están directamente relacionados con (Szapocznik y cols., 2003):

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 habilidades 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, y cols., 2003). Al estar protocolizada y ser un enfoque flexible puede adaptarse a una amplia gama de situaciones. Además, ha sido ampliamente evaluada y cuenta con evidencia de su eficacia en el tratamiento de los adolescentes abusadores de drogas (Austin, 2005; Santisteban Coatsworth Perez-Vidal Kurtines Schwartz y La Perriere, 2003; Szapocznik, Lopez, Prado, Schwartz y Pantin, 2006; Thompson, 2005).

En un estudio con adolescentes con problemas de conducta que comparaba dos condiciones de tratamiento: terapia familiar estratégica breve, por un lado, frente a otro grupo de consejo individual; la terapia familiar se mostró significativamente más eficaz en la reducción de problemas de conducta y consumo de drogas. También fue superior en la

mejoría del funcionamiento familiar, pero este efecto resultó proporcional al grado de desestructuración familiar mostrado al inicio, de modo que no aparecieron beneficios asociados a la reducción de los problemas en familias que presentaban un adecuado funcionamiento al inicio del tratamiento. El estudio concluyó que la terapia familiar sería aconsejable sólo en los casos en los que existe una disfunción familiar asociada al consumo de drogas (Santisteban y cols., 2003).

En un estudio de Szapocznik y cols. (2006), en el que compararon la eficacia de un programa de terapia familiar estratégica breve, frente a otro de psicoterapia dinámica individual, observaron una reducción en ambas modalidades terapéuticas de los problemas emocionales y conductuales de los jóvenes drogodependientes, pero el impacto sobre la dinámica familiar fue diferente. La terapia familiar mejoró de forma significativa el funcionamiento familiar (estructura, comunicación resolución de conflictos), mientras que los que asistieron a psicoterapia individual mostraron un empeoramiento en estas mismas variables, lo que era interpretado desde el enfoque sistémico como un empeoramiento del sistema familiar debido a la mejoría del miembro problema. En ocasiones, cuando la familia atraviesa por una situación conflictiva, de crisis, sucede que la mejoría del paciente se acompañaba de un empeoramiento de la familia y viceversa.

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,* ya 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 (Watzlawick y cols., 1967), 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.

En el ámbito de aplicación de estos modelos al tratamiento de las adicciones encontramos el trabajo desarrollado por Berg y Miller (1996), en el que aportan interesantes sugerencias para la terapia familiar breve en familias con problemas de alcoholismo. Aunque no existen evidencias de eficacia de este modelo aportan nuevas vías que pueden ser complementarias y enriquecedoras de las primeras aportaciones de los modelos comunicacionales y estratégicos. En esta línea, en un reciente estudio sobre eficacia (Cordero, Cordero, Natera y Caraveo, 2009), se observaron buenos resultados con la terapia centrada en soluciones en pacientes con dependencia alcohólica.

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 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 (1982) 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 (1976), 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 (Stanton y Todd, 1982).

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 (1982) 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 (Stanton y Todd, 1982).

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 Tood (1982), 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.

En su investigación, Stanton y Todd (1982) ponen de relieve la eficacia de la terapia familiar en pacientes en tratamiento con metadona en la reducción del consumo de drogas y en las dosis de metadona, así como en la retención en tratamiento.

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 y Weakland, 1974; 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 postura sistémica 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, esto es, a estudiar cómo construyen su 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 modelo:

- 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 multiparcialidad.
- 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.

De una forma simplificada, la perspectiva constructivista defiende que es el sujeto (observador) quién activamente construye el conocimiento del mundo exterior, y que la realidad puede ser interpretada de distintas formas dependiendo de la experiencia de cada sujeto (Feixas, 1991). Tal y como señala Sluzki, cada uno de nosotros lleva consigo un mapa del mundo, una representación o una concepción que conduce a construir lo que se percibe de modo que pase a ser percibido como realidad (Sluzki, 1985). El conocimiento del modo particular en que cada uno de nosotros construye la realidad es el paso previo al cambio en ese modo de construir la experiencia humana, pudiéndose concebir la terapia como un proceso de co-construcción de nuevas perspectivas y visiones de la realidad.

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

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 de 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, 1995; 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; 1988), 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).

Cuando un terapeuta se reúne con una familia conversa sobre una realidad, a menudo una realidad molesta y perjudicial para la familia o algunos de sus miembros. Según las premisas constructivistas, la realidad vivida por el sistema familiar es una realidad construida en función de las expectativas, mitos, percepciones e hipótesis de cada uno de los miembros

de la familia en relación con los otros, dando lugar a lo que se ha llamado sistema de los constructos familiares (Procter, 1991). El terapeuta, mediante la conversación, pone de manifiesto la construcción de la realidad que la familia hace del problema y de cada uno de los miembros y a continuación (o al mismo tiempo) va introduciendo variantes y matices en las explicaciones que hacen del problema, o poniendo a prueba la validez de dichas explicaciones mediante tareas terapéuticas, en definitiva, con todas y cada una de las estrategias derivadas de la terapia familiar.

El supuesto de que “la observación crea la realidad” es también aplicable a la situación terapéutica. Por lo tanto, el terapeuta se encuentra también limitado por su conocimiento y su forma de percibir e interpretar la realidad, de modo que a menudo la orientación, formación y creencias del terapeuta van a influir de forma determinante en la realidad que co-construye con la familia en las sesiones. La técnica del Equipo Reflexivo viene a paliar en cierta medida esta limitación, ya que se sitúa como un nuevo observador de un sistema interactuante, el sistema formado por la familia y el terapeuta en el contexto de la terapia. De modo que la observación de este sistema permite a los “nuevos observadores” percibir, por su posición, nuevas perspectivas (y por lo tanto nuevas realidades o matices de la realidad) de la realidad construida por el sistema terapeuta-familia.

El Equipo Reflexivo actúa entonces aportando nuevas versiones de la realidad propiciando de este modo la apertura a nuevas realidades igualmente plausibles pero menos perjudiciales (Sluzki, 1985). La posición del Equipo Reflexivo permite, asimismo, aportar soluciones a los problemas planteados por la familia, soluciones que parten de una perspectiva alejada del problema y que permite a los pacientes adentrarse en otras realidades que propician cambios (Watzlawick, 1988).

La familia es concebida como un sistema abierto que, desde el punto de vista sistémico, se rige por las mismas leyes que rigen el funcionamiento de cualquier otro sistema. La estabilidad y el mantenimiento del sistema se deben en parte a la capacidad que éste tenga para intercambiar energía (en nuestro caso “información”) con el exterior (Bateson y cols., 1956). Así que, según esto, el intercambio de información que el sistema realiza con el exterior es fundamental para su supervivencia y para mantener un equilibrio homeostático suficiente.

De esto se desprende que la posición terapéutica es una posición privilegiada para introducir en el sistema nuevas informaciones, facilitando de este modo cambios estructurales y dinámicos en él (Maturana y Varela, 1986; Von Foerster, 1981). Como Anderson y Goolishian (1988) han mostrado, el proceso terapéutico es un fenómeno lingüístico en el que terapeuta y paciente se involucran en una conversación estructurada con el fin de “perturbar” la estructura familiar y facilitar el cambio. La familia se enfrenta a la situación de entrevista terapéutica poniendo de manifiesto ante el entrevistador su forma particular de ver la realidad, sus defensas o su manera de cooperar. La observación de esta información puede ser utilizada de manera hábil por el equipo para introducir una nueva información en el sistema fijo, como si se reformara una imagen.

Uno de los efectos terapéuticos del Equipo Reflexivo se basa en la importancia que tiene la reflexividad en el cambio en psicoterapia. Tomm (1985) ha destacado la importancia de facilitar la reflexión en los pacientes en el marco de una entrevista terapéutica, que supone un medio en sí que facilita la mejora. Esta particular propiedad de las reflexiones ha sido tratada por Bateson (1956) que postula una relación circular entre los seis niveles de significado en los que se organizan los sistemas de comunicación de los humanos. Es esta propiedad inherente a los sistemas comunicacionales la que permite que la actuación terapéutica sobre un determinado nivel de significado tenga un efecto importante a otros niveles. Sin embargo, tal y como reconoce el propio Tomm, los efectos específicos de las preguntas están determinadas por el cliente o familia, no por el terapeuta. El cambio se produce como resultado de las alteraciones en la organización y estructura del sistema de significados preexistentes de la familia, no en base al “insight” (aunque subsiguientemente los pacientes puedan hacerse conscientes de los efectos o consecuencias de los cambios reflexivos), sino en base a la reflexividad (Tomm, 1987a, 1987b).

Por otra parte, el efecto de modelado añade potencial terapéutico a la técnica del Equipo Reflexivo. Este efecto se da en el contexto terapéutico a dos niveles:

a) En primer lugar, por su capacidad de producir multitud de ideas y puntos de vista, incluso contradictorios, sin que derive en un conflicto emocional. Esto lo consigue adoptando siempre un tono tremendamente respetuoso ante las versiones de la realidad de los

pacientes y de cada uno de los miembros del equipo, de forma que todas las opiniones son consideradas como muy valiosas con independencia de su utilidad.

b) Por otro lado, por la forma en la que el equipo expone sus ideas puede trasladar una manera particular de pensar acerca de los problemas, haciendo hincapié en los procesos internos que regulan el pensamiento y la búsqueda de soluciones y alternativas.

Un tercer elemento terapéutico de la técnica del Equipo Reflexivo es lo que se denomina efecto “espectador”. Se basa en el hecho de que determinados estados disposicionales y atencionales facilitan el aprendizaje de determinados comportamientos, así como el descubrimiento de soluciones a problemas complejos (“insight”). De esta forma, se permite a la familia colocarse en una posición de observadora con respecto a sí mismo y a su problema, adquiriendo con ello una perspectiva distinta y facilitarle el efecto catártico que sobre el espectador tiene la representación del drama. La dramatización en el escenario facilita la identificación del espectador con los protagonistas y de ahí su aspecto “curativo” (Espina, 1995). El rol de espectador coloca al individuo en un estado mental receptivo, de alerta, de apertura. Se trata de un estado de sugestión y en algunos casos descrito como parecido al trance hipnótico (Rojas-Bermúdez, 1997). Por lo tanto, los pacientes pasan instantáneamente del rol de protagonista al de espectadores de su propia vida, de ahí la importancia que desde nuestro punto de vista tiene la “puesta en escena” del Equipo Reflexivo a lo largo de la sesión.

Los presupuestos sistémicos señalan que la creación de una diferencia, por mínima que sea, puede favorecer el cambio terapéutico (Anderson y Goolishian, 1988, Cecchin, 1987, Watzlawick, 1988) De esta forma, siguiendo las aportaciones de Bateson, gran parte de la actividad terapéutica ha ido dirigida desde los posicionamientos sistémicos a favorecer la aparición de diferencias en la percepción de los sujetos, a través de preguntas que propician la comparación y permiten el establecimiento de relaciones entre los eventos y las cosas (Tomm, 1987a; 1987b), ya que de este modo se favorece la conciencia de las diferencias y desde ahí es posible el cambio, ya que existe la posibilidad de elección.

Kelly señala el peligro que supone pretender un cambio rápido en el sistema de constructos del sujeto, y de la importancia de conocer con exactitud cómo una persona

construye su propia existencia antes de pretender un cambio. Ante todo cambio existe una respuesta de alarma y una tendencia al aislamiento como un modo de conservar la integridad del propio sistema de constructos (Kelly, 1955).

La actitud terapéutica en el Equipo Reflexivo y el modo de trabajo que han desarrollado favorecen la aparición de aspectos “inusuales”, pero no demasiado “inusuales”, en las que se toman en consideración: a) el medio en que se reúnen, b) los temas o cuestiones que se tratan y c) la forma o manera de la conversación.

Todos esto permite conversar e intervenir adecuándose al ritmo de los clientes, permitiéndoles conservar su integridad al mismo tiempo que se toman nuevas versiones (Jaén y Garrido, 2005).

Aunque el formato original de trabajo con el Equipo Reflexivo ha sido ampliamente descrito por Andersen (1991), los distintos contextos de aplicación de la técnica han obligado, como señalan Garrido y Fernández Santos (1997), a utilizar formatos de trabajo distintos que producen variaciones en el proceso terapéutico. En concreto, se describen las siguientes modalidades: a) a través del espejo (formato original), b) el equipo que viene y va, c) todos cambiamos de lugar y d) todos bajo el mismo techo, cada una de las cuales presenta sus ventajas e inconvenientes.

El campo de la investigación con la técnica del Equipo Reflexivo aplicada al tratamiento de las drogodependencias es muy limitado, aunque comienzan a aparecer 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 (Bandura, 1977; 1986; López y Gil, 1996).

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 drogodependencias. Además de la *Terapia conductual y de pareja*, incluimos en estos modelos 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.

La 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 (Fals-Stewart y O'Farrell, 2003; 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.

La *Terapia Familiar Multidimensional* es un tratamiento de tipo ambulatorio centrado en la familia para reducir el abuso de drogas. 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 Multisistémica* 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 drogodependencias.

El interés de los modelos psicoeducativos en el tratamiento de las drogodependencias 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 vulnerabilidad 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.

4.3.2. 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 drogodependencias es el de tipología familiar de Cancrini (1982). Este modelo desarrolla los aspectos psicodinámicos de las drogodependencias 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 (1982) 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 distraendo 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 (1982) 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 de Cancrini (1982) 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, J.A., Tenorio, J., Millán, A., Pérez, J. y Rosa, C., 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 y cols. (1999) han 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 (1999) 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 inexpressadas, que es un grave obstáculo para una adecuada asunción del rol parental.

En su modelo etiopatogénico de la adicción a la heroína Cirillo (1999) 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 (1999) 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, forzado, 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 (1999):

a) Permite explorar el síntoma desde una óptica trigeneracional 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 “toxicodependencia” (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 autograticificante.

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 de 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. 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 familia.

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 implicaciones en el tratamiento de las drogodependencias, pasaremos a revisar las evidencias de su eficacia en este ámbito.

4.4. Eficacia de la terapia familiar en el tratamiento de las drogodependencias

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 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). (Deas y Thomas, 2001; 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 N.I.D.A. 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 (Kazdin, 1987).

2. Estas evidencias están basadas en algunos ensayos clínicos aleatorios (Friedman, 1989; Henggeler, Borduin, Melton, Mann, Smith, Hall, Cone y Fucci, 1991; Joanning, Quinn, Thomas y Mullen, 1992; Lewis, Peiracy, Sprenkle y Trepper, 1990; Szapocznik, Pérez-Vidal, Brickman, Foote, Santiesteban, Hervis y Kurtines, 1988). Aunque algunos 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 (Szapocznik y cols., 1988). 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 (Joanning y cols., 1992; Lewis y cols., 1990).

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 (Liddle y Dakof, 1995).

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 (Cuadro 8).

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 intervención 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 1.571 casos, habiendo sido sometidos a tratamiento un total aproximado de 3.500 personas.

Por tanto, se trata de un trabajo amplio y metodológicamente riguroso cuyos principales resultados fueron (Stanton y Shadish, 1997):

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 éstos 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. De los 15 estudios seleccionados sólo dos establecen comparaciones entre distintos formatos de terapia familiar (Scopeta, King, Szapocznik y Tillman, 1979; Szapocznik, Kurtines, Foote, Perez-Vidal y Hervis, 1983).

Cuadro 8. Resultados de estudios sobre eficacia de intervenciones familiares

Autor	Año	Síntesis de las aportaciones de los estudios
Bernal y cols.	1997	<i>La Terapia familiar supera a la Psicoeducación sólo en mejor apoyo social tras el tratamiento.</i>
Fals-Stewart y cols	1996	<i>Los tratamientos que incluyen Terapia familiar se muestran más eficaces que los que no la incluyen.</i>
Stanton y cols.	1982	<i>Los que hacían Terapia familiar mejoraban significativamente más que los que recibían sólo Metadona y Consejo individual o el grupo placebo.</i>
Stanton y cols.	1984	<i>Los pacientes del grupo de Terapia familiar tendieron a estar más días de abstinencia de drogas.</i>
Ziegler-Driscoll	1977	<i>Tras el tratamiento el grupo que recibió Terapia familiar disminuyó significativamente el uso de drogas (alcohol y cannabis).</i>
Friedman	1989	<i>La Terapia familiar fue un poco más eficaz que la Psicoeducación y más eficaz que la Terapia de grupo en el mantenimiento de la abstinencia post tratamiento.</i>
Henggeler y cols.	1991	<i>La Terapia familiar se mostró más eficiente al requerir menos sesiones para conseguir el mismo resultado que el consejo individual.</i>
Henggeler y cols.	1992	<i>Abandonaron más los pacientes de la Terapia grupal; la Terapia familiar mostró los mejores resultados en la disminución del uso de sustancias postratamiento.</i>
Joanning y cols.	1992	
Krinsley y cols.	1997	
Lewis y cols.	1990	
Liddle y cols.	1993	
Scopetta y cols.	1979	
Szapocznik y cols.	1983	
	1986	

Fuente: Stanton y Shadish (1997).

Ozechowski y Liddle publicaron en el año 2000 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 (Cuadro 9).

Las conclusiones de esta nueva revisión vienen a corroborar los anteriores hallazgos ya mencionados. Entre ellas encontramos:

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 (Donohue, Azrin, Lawson, Friedlander, Teicher y Rindsberg, 1998; Santisteban, Szapocznik, Perez-Vidal, Kurtines, Murray y LaPerriere, 1996; Szapocznik y cols., 1988). Szapocznik y cols. (1988) encontraron que el 93% de los casos asignados a tratamiento con componentes de terapia familiar se comprometieron a participar en el tratamiento, frente al 42% de participación obtenida en tratamientos estándar sin abordajes familiares. Santisteban y cols.,

(1996) encontraron un compromiso de participación del 81% en jóvenes con enfoques basados en la familia, frente al 57% de otras modalidades. Donohue y cols. (1998) señalan un compromiso de participación en el 89% de los casos que utilizaron enfoques familiares, frente al 60% de casos que se sometieron a procedimientos estándar de compromiso.

2. Asimismo, la adherencia y permanencia en el tratamiento es mayor en los programas terapéuticos que incluyen la intervención desde la perspectiva familiar. Las tasas de retención de los estudios fueron altas, por lo general, entre el 70% y el 90%. Henggeler, Pickrel, Brondino y Crouch (1996) reportaron que el 98% de los casos asignados a terapia multifamiliar permanecieron en tratamiento un promedio de 130 días. Waldron, Slesnick, Brody, Turner y Peterson (2001) informaron que el 95% de los adolescentes que recibieron algún tipo de intervención familiar, bien sola o una combinada con terapias cognitivo-conductuales, se mantuvieron en tratamiento. Dentro del sistema judicial con menores, Henggeler y cols. (1996) encontraron que los tratamientos con enfoques familiares consiguen una mayor adherencia que los tratamientos habituales. Otros autores encuentran diferencias menos pronunciadas en la retención en tratamiento entre los enfoques familiares y otras terapias bien definidas individuales y terapias de grupo (Azrin, Donohue, Besalel, Kogan y Acierno, 1994; Joanning, Quinn, Thomas y Mullen, 1992; Liddle, Rowe, Diamond, Sessa, Schmidt y Ettinger, 2000).

En general, estos estudios indican que en la mayoría de los adolescentes que abusan de las drogas los enfoques familiares consiguen aumentar la adherencia al tratamiento. La retención que se obtiene a través de la terapia familiar es más elevada que en otras modalidades de tratamiento (Stanton y Shadish, 1997).

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. En consonancia con revisiones anteriores (Liddle y Dakof, 1995; Stanton y Shadish, 1997; Waldron, 1997), existe apoyo empírico para la eficacia de las intervenciones familiares en la reducción del consumo de alcohol, marihuana, así como el uso de cocaína, heroína y otros estupefacientes (Azrin y cols., 1994; Friedman, 1989; Henggeler, Pickrel y Brondino,

1999; Lewis, Peirce, Sprenkle y Trepper, 1990; Liddle y cols., 2000). Otros estudios encontraron mejores resultados en el uso de drogas de adolescentes en enfoques familiares que en otros tratamientos alternativos, incluyendo la terapia individual (Azrin y cols., 1994; Henggeler y cols., 1991; Liddle y cols., 2000; Waldron y cols., 2001), la terapia de grupos de adolescentes (Joanning y cols., 1992; Lewis y cols., 1990; Liddle y cols., 2000). Las terapias basadas en la familia resultaron igualmente más eficaces que la intervención de grupos de padres y de formación (Friedman, 1989), y la intervención basada en la familia con una sola persona (Szapocznik y cols., 1983; 1986).

Los resultados muestran que los efectos de las intervenciones basadas en la familia en la reducción del uso de drogas se mantienen más allá de la finalización de tratamiento. Liddle y cols. (2001) informan de reducciones sostenidas en el consumo de drogas a los 6 y 12 meses de finalizar el tratamiento. Estos efectos fueron superiores a los obtenidos en los grupos terapéuticos de adolescentes y en la intervención educativa multifamiliar.

En general, la evidencia empírica apoya la eficacia de los enfoques basados en la familia en la reducción de los niveles de consumo de drogas entre adolescentes. Esta reducción es más significativa que en otros tratamientos estándar y los efectos perduran al menos entre 6 y 12 meses después de finalizar el tratamiento (Ozechowski y Liddle, 2000).

4. Los abordajes familiares reducen las conductas disfuncionales asociadas, disminuye el número de detenciones postratamiento, la agresividad y las conductas antisociales. El uso indebido de drogas entre los adolescentes tiende a presentarse junto a otros problemas de comportamiento, conductas delictivas, agresividad y conductas antisociales. Teniendo en cuenta esta interrelación, los tratamientos han sido diseñados no solo con el objetivo de reducir el consumo de drogas, sino también para reducir estos comportamientos asociados (Henggeler y cols., 1999; Lewis y cols., 1990; Liddle y cols., 2000). Diez ensayos examinaron el impacto del tratamiento familiar sobre los problemas de comportamiento asociados con adolescentes abusadores de drogas y concluyeron la eficacia de la misma. Los efectos de las terapias basadas en la familia se consideraron equivalentes a los de los tratamientos alternativos en la reducción de los problemas de conducta, hasta 6 a 12 meses después de finalizar el tratamiento en la mitad de los estudios (Friedman, 1989; Liddle y cols., 2000; Szapocznik y cols., 1983; 1986; 1988). Azrin y cols. (1994) informaron mayores problemas de conducta a la finalización de los

tratamientos en otros formatos cognitivo-conductuales y grupos de apoyo. Henggeler y cols. (1999) encontraron que en el periodo comprendido entre el inicio del tratamiento y 6 meses después de la finalización, los adolescentes tenían un 46% menos de días de cárcel y un 50% menos días de problemas legales. Liddle y cols. (2000) encontraron que los informes de los padres de problemas de conducta en sus hijos habían mejorado significativamente entre el inicio del tratamiento y 12 meses después de finalizar y esta mejoría era mayor que en otras modalidades de tratamiento.

5. Algunos estudios revisados incluían la evaluación de comorbilidad psicopatológica pre y postratamiento y todos ellos encontraron reducciones de estos síntomas en los adolescentes tratados. Dada la asociación existente entre el uso indebido de drogas y los síntomas psicopatológicos, las intervenciones en los tratamientos actuales tratan de disminuir tanto el uso de drogas como la sintomatología asociada (trastornos de conducta, depresión, trastornos de ansiedad, etc.). En cinco ensayos clínicos se encontró que los abordajes basados en la familia se mostraron eficaces para reducir la psicopatología entre los adolescentes consumidores de drogas. Friedman (1989) destacó la reducción de síntomas psicopatológicos en los adolescentes que se sometieron a terapia familiar frente a la terapia de grupo. Igualmente, Szapocznik y cols. (1983, 1986, 1988) encontraron reducciones de síntomas psicopatológicos con un formato de terapia estructural estratégica, desde el inicio del tratamiento hasta 12 meses después de finalizar. Azrin y cols. (1994) examinaron el cambio en un tipo específico de sintomatología concomitante: la depresión. El tratamiento basado en la familia resultó eficaz en la reducción de la puntuación media para la depresión, frente a la terapia de grupo de apoyo, que no logró cambios en esta sintomatología. En general, los hallazgos indican que las intervenciones familiares pueden reducir la psicopatología que acompaña al abuso de drogas (Henggeler y cols., 1999; Liddle y cols., 2000).

6. Los adolescentes drogodependientes que fueron tratados con intervenciones familiares lograron un mejor funcionamiento escolar que los que realizaron tratamientos alternativos. Dado que el fracaso escolar se asocia al consumo de drogas y que la participación en la escuela resulta un factor de protección con el consumo de drogas, diversos tratamientos abordan esta circunstancia. De esta forma, los tratamientos de las drogodependencias deben promover la vinculación con la escuela y el rendimiento académico para promover cambios en las conductas de consumo. Cuatro ensayos informaron de los efectos de los enfoques

basados en la familia sobre la participación de los adolescentes en la escuela y el rendimiento académico. Liddle y cols. (2000) encontraron que la terapia familiar mostró un mayor incremento en el rendimiento académico de los escolares, hasta un año después de finalizar el tratamiento. Este efecto fue superior a la terapia de grupos en adolescentes o grupos educativos multifamiliares. Brown, Henggeler, Scoenwald, Brondino y Pickrel (1999) encontraron que el porcentaje de jóvenes que estaban asistiendo regularmente a la escuela se incrementó de forma significativa en los jóvenes que siguieron terapia familiar, frente al tratamiento habitual, hasta 6 meses después de finalizar el tratamiento. Azrin y cols. (1994) informaron que la terapia familiar estratégica breve mostró un aumento en la asistencia escolar mayor que en la terapia de grupo de apoyo. Por último, Friedman (1989) encontró que los informes de las madres respecto al funcionamiento escolar de sus hijos fueron más favorables que en otro tipo de tratamiento.

7. La terapia familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia (comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etc.) de los adolescentes drogodependientes. Una de las premisas fundamentales de las intervenciones basadas en la familia parten de la base de conseguir mejoras en las dimensiones de funcionamiento familiar: la comunicación, la cohesión, la resolución de conflictos, la crianza de los hijos. Los resultados de los estudios, en los que se han medido esta dimensión, ponen de relieve que las intervenciones basadas en la familia consiguen mejorar el funcionamiento de las familias con adolescentes y jóvenes consumidores de drogas, y esta mejora es más significativa que la que se obtienen en otros tratamientos alternativos. Friedman (1989) encontró una valoración positiva en los padres y en los adolescentes de la calidad del entorno familiar y la mejora en comunicación familiar en formatos de tratamiento familiar, hasta 9 meses de finalizar el tratamiento. Szapocznik y cols. (1983, 1986) informaron de importantes mejoras en las calificaciones de funcionamiento familiar en varias dimensiones (estructura, flexibilidad, conflictos y funcionamiento general), hasta 12 meses después de finalizar el tratamiento, en la terapia estructural-estratégica y en la terapia familiar con una persona. Joanning (1992) encontró que los informes de los adolescentes de la calidad de la comunicación con los padres mejora significativamente con un formato estructural-estratégico. Waldron y cols. (2001) reportaron mejoras significativas en las puntuaciones de los conflictos familiares en las intervenciones basadas en la familia. Azrin y cols. (1994) informaron que, tanto los padres de los adolescentes, como los informes de satisfacción de la

relación padres-adolescentes, mejoraron más en los formatos familiares. Además, Liddle y cols. (2000) encontraron una mejora significativa en los índices de salud familiar, y se mantuvieron en el periodo de seguimiento hasta 12 meses después de finalizar el tratamiento.

La relación entre la mejora en el funcionamiento familiar y los problemas de comportamiento de los adolescentes también ha sido objeto de interés en algunos estudios. Concretamente, Schmidt, Liddle y Dakof (1996) investigaron la relación entre los cambios observados en los comportamientos de los padres y el uso indebido de drogas en los hijos. Encontraron mejoras significativas en 20 de los 29 casos tratados, concluyendo que la calidad observada de la relación familiar mejora el comportamiento en el 59% de los adolescentes, mientras que otro tipo de intervenciones no producen este efecto.

En general, los estudios revisados ofrecen evidencia de que el funcionamiento familiar mejora en el tratamiento basado en la familia de los adolescentes con problemas de drogas. Por otra parte, el estudio de Schmidt y cols. (1996) proporciona apoyo a la hipótesis de que las mejoras en el funcionamiento familiar, específicamente en el comportamiento de los padres, puede ser un mecanismo de cambio en el uso de drogas en jóvenes adictos y en sus problemas de conducta. Al no poder hacer comparaciones con enfoques no familiares, plantean que no se puede concluir que sean los únicos mecanismos de cambio. Existe, por tanto, la necesidad de seguir investigando la conexión entre el funcionamiento familiar y el abuso de drogas en adolescentes.

Dea y Thomas (2001) realizaron una nueva revisión sobre los estudios controlados que exploran resultados de tratamientos en adolescentes con conductas adictivas no encontrando publicaciones diferentes a las ya estudiadas por Ozechowski y Liddle (2000).

Cuadro 9. Resumen de resultados sobre eficacia de las Intervenciones familiares

Autor	Año	Síntesis de las aportaciones de los estudios
Azrin y cols.	1994	<i>La Terapia familiar fue más efectiva que la Terapia de grupo para el uso de drogas, problemas de conducta, depresión, funcionamiento familiar y asistencia a la escuela</i>
Denis y cols.	2000	
Donhouse y cols.	1998	
Friedman	1989	<i>La Terapia familiar consigue comprometer a los pacientes y a sus familias en tratamiento con más éxito que la atención a los padres solos</i>
Henggeler y cols.	1991	
Henggeler y cols.	1997	
Henggeler y cols.	1999	<i>La Terapia Familiar Multisistémica disminuye el número de detenciones, el consumo de drogas y aumenta la permanencia en tratamiento con mayor éxito que el Consejo individual, la Terapia grupal y otros tratamientos comunes</i>
Brown y cols.	1999	
Schoenwald y cols.	1996	
Liddle y cols.	2000	<i>Mejores resultados para reducir el uso de drogas postratamiento que la Psicoeducación familiar</i>
Santiesteban y cols.	1996	
Szapocznik y cols.	1983	
Szapocznik y cols.	1986	<i>La Terapia familiar resultó igual de eficaz que la Terapia cognitivo conductual para reducir el uso de drogas y las conductas asociadas, aunque al cabo de los 12 meses los efectos son más duraderos para la terapia familiar</i>
Szapocznik y cols.	1988	
Waldron y cols.	2001	

Fuente: Ozechowski y Liddle (2000).

En una 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 (Cuadro 10).

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 (Austin y cols, 2005; Szapocznick y cols, 2006 y Thomson, 2005). Asimismo, la Terapia Conductual Familiar y de pareja mejora las relaciones familiares y ayuda a incrementar las tasas de abstinencia de drogas (Fals-Stewart y O'Farrell, 2003 y

O'Farrell y Fals-Stewart, 2002). 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 (Liddle y cols., 2004 y Littell y cols., 2007).

Cuadro 10. Investigaciones más recientes sobre eficacia de intervenciones familiares

Autor	Año	Síntesis de las aportaciones de los estudios
Austin y cols.	2005	<i>La Terapia familiar favorece el compromiso de las familias en el tratamiento y mejora la dinámica de funcionamiento familiar.</i>
Fals-Stewart y cols.	2003	<i>La Terapia familiar aumenta la adherencia al tratamiento en casos más severos.</i>
Liddle	2002	<i>La Terapia familiar mejora las relaciones familiares y aumenta la abstinencia a drogas.</i>
Liddle	2004	<i>La Terapia familiar reduce los problemas emocionales y conductuales y mejoran el funcionamiento familiar.</i>
Liddle y cols.	2004	<i>La Terapia familiar es eficaz en la disminución de riesgos y promoción de procesos de protección en los ámbitos individual, familiar, escolar y grupo de iguales, además de reducir el consumo de drogas.</i>
Littell y cols.	2007	
O'Farrel y cols.	2002	
Rowe y cols.	2004	
Santisteban y cols.	2003	
Shelef y cols.	2005	
Thomson	2005	

Fuente: Becoña y Cortés (2008).

El campo de la evaluación de la eficacia de las terapias basadas en la familia es especialmente complejo dado que, dentro de lo que se han denominado abordajes sistémicos relacionales, hay diferentes técnicas de intervención que, aunque están basados en un paradigma teórico común, enfatizan distintos aspectos del modelo. Además, este tipo de abordajes se suelen utilizar conjuntamente con otros recursos terapéuticos, como pueden ser los farmacológicos, así como las terapias individuales y grupales.

En el campo del tratamiento de las adicciones 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 incrementar la retención y disminuir el uso de drogas postratamiento, mejorar el funcionamiento familiar y las normalización social. Quedan, sin embargo, por aclarar dentro de los abordajes familiares la eficacia diferencial de

las técnicas, poseer un conocimiento más exhaustivo cuando se aplican conjuntamente con otros abordajes, y sobre qué aspectos familiares ejerce más influencia. Además, es necesario responder a algunas preguntas que tienen relación con cómo se implementan las terapias basadas en la familia (Girón y cols., 2001).

Con esta revisión de las contribuciones de los abordajes familiares al tratamiento de las drogodependencias concluye este capítulo. En el siguiente, desarrollaremos los aspectos más característicos del formato de terapia de grupos multifamiliar.

Capítulo 5

LA TERAPIA DE GRUPOS MULTIFAMILIAR

5 LA TERAPIA DE GRUPOS MULTIFAMILIAR

5.1. Antecedentes de la terapia de grupos multifamiliar

En cierta medida los inicios y desarrollo de la terapia familiar sistémica se sustentan en la utilización de la combinación de las aportaciones de la psicoterapia de grupo con el trabajo de familias (Bowen, 1978). Las dificultades que tuvieron durante años los profesionales en el tratamiento de los problemas graves de salud mental hizo que se fueran experimentando y combinando diversos enfoques y técnicas terapéuticas. Las aportaciones provenientes del psicoanálisis y la utilización de la farmacología no eran suficientes para lograr una efectiva rehabilitación e integración social del enfermo mental crónico. Desde estas carencias se fueron incorporando las aportaciones de la psicoterapia de grupos, las variantes activas del psicoanálisis clásico y las adaptaciones propuestas desde el psicodrama. En este proceso, el papel de la familia en la dinámica de las relaciones del paciente y su integración social era cada vez más relevante. Las experiencias en la forma de tratar con la familia de los pacientes fue conduciendo a la creación de diversos estilos de trabajo grupal y familiar.

En este contexto de experimentación surgen muchas experiencias paralelas (entre las principales encontramos las de Laqueur, Detre, Bowen y García Badaracco), desconociendo la mayoría de las veces cada uno de ellos las aportaciones de los otros, y se fue gestando lo que conocemos actualmente como “*Terapia de grupos multifamiliar*” (Schaefer, 2008) Podemos afirmar, cuarenta años después de desarrollo de la terapia familiar, que estas experiencias fueron creativas y en cierta medida atrevidas. Cuando aún no se habían desarrollado los presupuestos teóricos fundamentales del tratamiento familiar, estos autores se permitieron juntar a grupos de familiares de pacientes graves con la ilusión de dar una respuesta más eficaz al sufrimiento humano.

En este capítulo vamos a revisar las aportaciones de los autores principales que, desde nuestro punto de vista, han ofrecido experiencias que han ayudado a conformar esta modalidad de tratamiento. Trataremos de ofrecer una definición clara de las distintas aportaciones y sus principales características. Por último, señalar que, aunque la denominación “*Terapia de grupos multifamiliar*” no ha sido uniforme a lo largo del desarrollo de las terapias familiares, trataremos de ofrecer una definición que pueda

englobar las diversas propuestas, en un intento de sistematización de esta modalidad de tratamiento que permita comprender el trabajo terapéutico y de investigación desarrollado.

5.2. Experiencias y desarrollos de la terapia de grupos multifamiliar

Desde las aportaciones pioneras de Laqueur, con pacientes psicóticos, hasta el desarrollo de la terapia multifamiliar, con adictos, de Kauffman nos encontramos en los últimos 40 años distintas experiencias que han enriquecido esta modalidad de tratamiento.

5.2.1. Aportaciones pioneras de Laqueur

La “*Terapia Familiar Múltiple*” se desarrolló en los años sesenta aplicada a las familias de esquizofrénicos. Detre, Sayer, Norton y Lewis (1961) reunieron a varias familias de esquizofrénicos para intentar solventar un problema surgido entre los residentes psiquiátricos y los trabajadores sociales y descubrieron cambios positivos, tanto en los pacientes como en los familiares. Los mismos resultados fueron observados por Laqueur, Laburt y Morong (1964) y ambos grupos de investigadores destacaron las mejorías en sintomatología y sociabilidad del paciente, en la comunicación familiar y en el estado de ánimo de los familiares. Laqueur (1972) utilizó la teoría General de los Sistemas (Watzlawick y cols., 1967) y los estudios sobre familias de esquizofrénicos (Bateson y cols., 1956) para destacar que las relaciones familiares, si bien no causaban la enfermedad, influían en su curso. Atribuyó la efectividad de la terapia multifamiliar a la ayuda que se prestaban a las familias para modificar su estilo de comunicación y organización disfuncional, lo cual era más difícil de modificar en las terapias unifamiliares en las que el terapeuta podía verse inmovilizado por la rigidez de las pautas transaccionales de estas familias.

Laqueur comienza a trabajar con grupos multifamiliares a partir de las reuniones que tenía con los familiares de los pacientes y con los pacientes por separado una vez por semana. Decidió reunirlos en un solo grupo de dos horas de duración en el que se discutían problemas y se daba información sobre los tratamientos y evolución de los

enfermos. El resultado de trabajar con grupos grandes fue inicialmente caótico por lo que decidió formar grupos de 4 ó 5 pacientes esquizofrénicos y sus familias. En estos grupos observó la importancia de los familiares en la evolución de los pacientes, a partir de la experiencia del trabajo con pacientes psicóticos y de la frustración al ver que el trabajo dentro del hospital retrocedía cuando el paciente visitaba a la familia. Esa articulación entre la llamada “*reacción terapéutica negativa*”, que según García Badaracco (2000) ya Freud atribuía a un sentimiento de culpa, y la influencia familiar en la recaída de los pacientes fue una de las primeras observaciones que llevaron a la combinación de los tratamientos individuales con la terapia familiar.

Según Laqueur (1972) las familias son tan buenas observadoras de las relaciones de los otros como los propios terapeutas y sus observaciones pueden ser mejor aceptadas por personas que están en la misma situación. El “*aprendizaje por analogía*”, la “*competición interfamiliar*” y la “*sintonización*” serían mecanismos que favorecerían el cambio. Este se produce a veces de una forma indirecta, inconsciente, al observar las discusiones de otras familias. Igualmente, el cambio puede producirse cuando las familias comentan lo observado y esto es más fácilmente aceptado que si proviene del terapeuta.

En las terapias multifamiliares se dan una serie de procesos que facilitan el cambio: resocialización, eliminación del estigma, desenmarañamiento y mejora de la comunicación. Todas las familias comparten la preocupación por los pacientes, pero su visión del problema está matizada por la clase social, edad, valores, experiencia vital, personalidad, etc. En las sesiones cada uno observa cómo interactúan los otros padres e hijos, y se producen interacciones cruzadas interfamiliares en las que padres e hijos de diferentes familias hablan entre sí. Estos procesos diluyen la intensidad de los conflictos familiares y ofrecen una variedad de alternativas que enriquecen el repertorio de conductas y flexibilizan los patrones rígidamente establecidos. Es frecuente que los familiares con más experiencia aconsejen a los novatos y les expliquen qué suele suceder en esa fase, cómo se sintieron ellos, qué han aprendido de su experiencia. Al igual que en los grupos de apoyo de familiares, el oír en boca de otros familiares lo que les puede estar sucediendo es más aceptable que si viene del terapeuta, que puede saber mucho pero no ha pasado por la experiencia. Estas interacciones van construyendo una auténtica red

social en la que se puede hablar y escuchar. El aislamiento social se reduce y se ofrece un repertorio de conductas más amplio.

El trabajo mantenido con esta modalidad de tratamiento condujo al refinamiento y desarrollo de algunas técnicas terapéuticas. Laqueur (1972) propone como factores curativos de esta modalidad: 1) que los miembros aprenden por analogía al observar cómo otros miembros manejan sus conflictos, 2) los miembros copian el modelo de una familia relativamente saludable, 3) Las interpretaciones de los terapeutas se realizan de forma indirecta y suave, 4) Se puede verbalizar la regulación de la interacción no verbal, 5) se vincula la conducta con las modalidades de respuesta y 6) los pacientes pueden ensayar nuevas conductas que el grupo puede contener.

“Mis pacientes y sus familias tienen la ocasión de compararse a sí mismos en la actualidad con otros aunque están en una situación similar y pueden ver cómo se pueden producir actitudes mejores o peores en los otros al repetir conductas inadecuadas, que vienen a la situación desde modelos adquiridos más tempranos” (Laqueur, 1972, p.621)

Laqueur (1972) define la Terapia Familiar Múltiple como el instrumento para mostrar a las familias información acerca de su conducta a través del espejo y de la grabación, a través de la cual ellos pueden comparar las cosas que hacen uno a otro.

5.2.2. La Terapia Multifamiliar de Bowen

En la década de los años sesenta, Murray Bowen (1978) combinando las observaciones de su práctica clínica con pacientes mentales graves en el Centro Médico de la Universidad de Georgetown, desarrolló su método de terapia multifamiliar. La teoría y la práctica de este método se habían desarrollado muy específicamente unos años antes de que se pusiera en práctica, como experimento de investigación clínica.

El trabajo inicial en el desarrollo de la teoría de la enfermedad emocional se fundó en las experiencias previas alcanzadas a través de la psicoterapia individual de la esquizofrenia. Comenzó con un estudio clínico que duró cinco años, en el cual, a diversos

miembros de la familia del paciente y al paciente mismo se les sometió a psicoterapia individual. En este proceso, Bowen (1978) observó que al incluir a los miembros de la familia y observar su sistema de relación aparecían nuevas posibilidades para el cambio. Entonces concentró su atención en la vinculación simbiótica de madres y pacientes, poniéndose de manifiesto el carácter cíclico de la relación simbiótica en la que los miembros de cada pareja de madre y paciente podían a veces sentirse tan cerca el uno del otro, que parecían “hermanos siameses emocionales”, o en otras ocasiones tan distantes y hostiles que se repelían recíprocamente. Algunas características de la relación simbiótica quedaron incorporadas a una hipótesis detallada, concerniente a la etiología de la esquizofrenia.

En el desarrollo de la Terapia Multifamiliar resultó determinante la operatividad del método de terapia en la práctica privada así como en diversos programas de enseñanza y supervisión que Bowen (1978) venía desarrollando y la consecución de unos excelentes resultados clínicos obtenidos con varias familias aisladas. En algunas de estas familias tratadas ambos esposos asistieron con regularidad a las sesiones; en otras hubo un periodo largo de sesiones con solo un esposo; en otras el curso total se llevó a cabo con un solo miembro de la familia.

“En todos los aspectos los esfuerzos de la psicoterapia familiar iban por buen camino; pero al pasar de una sesión a otra, veía que yo estaba enseñando los mismos principios una sesión tras otra. Empecé a pensar la manera de ahorrar tiempo y las ventajas de cubrir el material con mayor detalle entre muchas familias al mismo tiempo. Oía cosas acerca de las impresionantes experiencias que tenía cuando luchaba por la diferenciación del self, pero después tenía que asimilar estas experiencias integrándolas en mi propia experiencia para poder comunicarlas a los demás” (Bowen, 1978, p. 245).

Con la Terapia Multifamiliar, Bowen (1978) planteó un tipo de estructuración que permitía reunir a varias familias evitando la unión emocional social en los grupos. De esta forma intentaba preservar la separación emocional en las familias que según él le permitía analizar al mismo tiempo los matices de la interdependencia emocional.

El objeto de atención era la interdependencia emocional entre los esposos de cada familia. Se tomaron las precauciones precisas para mantener a las familias aisladas emocionalmente unas de otras y para impedir que las familias se fueran convirtiendo en una gran masa de ego familiar indiferenciado, que pudiese inundar el proceso familiar de las otras familias. Las familias no se conocían entre sí antes de empezar el proyecto. Las familias aceptaron eludir el contacto social entre ellas fuera de las sesiones. Durante las sesiones cada marido y cada mujer se sentaban uno al lado del otro, ligeramente separados de los otros dos esposos.

Entre los hallazgos más importantes de este proyecto de investigación Bowen (1978) señala una mejoría en los resultados y que ésta se conseguía en un menor tiempo, hasta un 50 por ciento más rápido que otros problemas clínicos comparables de otras familias.

Las familias que componían el grupo que empezaba la terapia aducían generalmente la misma razón: “Se trata de confirmar que otras personas tienen la misma clase de problemas”(p. 247). Bowen (1978) afirma que aparentemente es más fácil ver y conocer realmente el propio problema cuando es observado en otras personas. Las familias aprenden unas de otras. Si una familia hace un descubrimiento importante en este terreno, al cabo de una semana o dos, otros esposos estarán intentando alguna versión de éste en sus propias familias.

El rápido avance de las familias en las sesiones multifamiliares llevó a Bowen a consolidar este tipo de abordaje y lo que comenzó siendo un estudio piloto en el Hospital de la Universidad de Georgetown pasó a convertirse en un método ampliamente utilizado en la zona de Washington.

5.2.3. El Psicoanálisis multifamiliar de Badaracco

La influencia del modelo propuesto por García Badaracco (2000) nos llevará a desarrollar con mayor amplitud este apartado del capítulo, dado que nuestra propuesta de Psicoterapia Multifamiliar con Equipo Reflexivo para el tratamiento de las adicciones

contiene una serie de aspectos comunes con el trabajo y las experiencias que ha desarrollado este autor y que trataremos de exponer.

A finales de los años 50, cuando el propio Laqueur y otros autores como Bowen y Stierling, entre otros, estaban pensando en la combinación del psicoanálisis clásico, la psicoterapia de grupo y la terapia familiar, García Badaracco (2000) comenzó a desarrollar la experiencia de las comunidades terapéuticas que ha tenido vigencia hasta los años 90. Los más de 30 años de experiencia y enriquecimiento en la combinación de técnicas y modelos de tratamiento han dado fruto y creemos que son pioneros en el trabajo con las psicosis. A principios de los años 60, García Badaracco (2000) comenzó a utilizar los grupos multifamiliares en el Hospital Borda de Buenos Aires. Como suele ser frecuente las críticas no se harían esperar, tanto desde el psicoanálisis más ortodoxo como desde los terapeutas familiares y de grupo.

A este autor debemos el impulso y la idea de utilizar los formatos “*multifamiliares*” para la investigación (García Badaracco, 2000). En el hospital bonaerense desarrolló una combinación de técnicas y recursos provenientes de diversos enfoques terapéuticos. En este contexto se realizaban tratamientos psicoanalíticos individuales clásicos. Al mismo tiempo la terapia de pareja ocupaba un lugar relevante. La combinación de la psicofarmacología, la terapia de grupo, terapia familiar, grupos multifamiliares, musicoterapia y otras variantes, supusieron un contexto de enriquecimiento e innovación respecto de las aplicaciones posibles del psicoanálisis.

Uno de los aspectos más importantes de la aportación de García Badaracco (2000) es la integración para aplicar el psicoanálisis a las psicosis y a las perturbaciones graves de la personalidad. La práctica clínica de la época se reducía a aplicar a los pacientes más graves la psiquiatría farmacológica, mientras que la práctica psicoanalítica se reservaba a las neurosis. Por tanto, el desarrollo de este autor supuso una innovación respecto de las aplicaciones posibles del psicoanálisis. Se trata de un “*aggiornamiento*” del psicoanálisis que en vez de ser individual se realiza en un contexto multitudinario, en el que se trabaja la conflictiva psicoanalítica habitual que es individual y familiar. De esta forma, el psicoanálisis se transforma en multifamiliar, dado que en el análisis hay muchas familias presentes en el mundo individual de cada una de las personas que concurren a él.

El Psicoanálisis multifamiliar supone, según García Badaracco (2000), una ventaja para los pacientes psicóticos graves, a los que les cuesta mucho estar en un diván, pero que sí pueden estar en un contexto más amplio porque este contexto le sirve de contención. La posibilidad de hablar en un contexto más amplio es mayor, sobre todo la posibilidad de hablar “*vivencialmente*”, ya que son las vivencias y no los pensamientos las que enferman a los seres humanos. Esas vivencias son más difíciles de abordar en un contexto bipersonal, como es el diván, mientras que en un contexto más amplio se facilita el que los pacientes hablen más de lo que sienten, de lo vivido y del sufrimiento.

La aportación de García Badaracco (2000) consiste en integrar el psicoanálisis a un campo de dominio exclusivo de la psiquiatría y hoy constituye una parte sustancial en los tratamientos que requieren el empleo de psicofármacos, cuya eficacia química no reemplaza el “*poder terapéutico de la palabra*”. La psiquiatría que se practica en esos años contiene algo de la psiquiatría clásica, pero también algo nuevo, que es el comienzo de la psicofarmacología a principios de los años 50. En esta década de los 50 se descubre la posibilidad de utilizar sustancias químicas para influir sobre la mente, que si bien tiene su base en el cerebro, es más que el cerebro. De esta forma este autor integra la psiquiatría con el psicoanálisis, pero no incorporando la psicoterapia como un simple agregado, sino como algo fundamental que debe utilizarse en forma conjunta con los psicofármacos cuando son necesarios.

Otto F. Kernberg explica en el prólogo a la obra de García Badaracco (2000) que el concepto de “*objetos enloquecedores*”, como representaciones primitivas fantasmáticas internalizadas que el paciente re proyecta en los miembros de la familia, así como el mecanismo por el cual, inconscientemente, los familiares contribuyen a generar y perpetuar la relación con tales “*objetos enloquecedores*”, es clave para entender el tema central en el tratamiento de la esquizofrenia: las emociones expresadas. Según este autor la gran aportación de este autor se sustenta en:

De esta manera, en lugar de la repetición interminable de la patología familiar que se observa en el setting grupal, la terapia multifamiliar actualiza un cierto conflicto bajo las variadas versiones o formas en que se presenta en las diferentes constelaciones familiares y focaliza la discusión en un problema humano común, el desarrollo temprano, las relaciones

familiares traumáticas, la sexualidad infantil, el miedo y las expresiones de violencia, etc. (García Badaracco, 2000).

“Es con esta intuición que vengo tolerando la incertidumbre que generan las contradicciones teóricas que surgen al trabajar en este campo, pero que son precisamente las que hicieron posible el descubrimiento de formas nuevas de pensar y de nuevos recursos terapéuticos” (p.34).

En el hospital, este autor consiguió que la sala se convirtiera en una pequeña comunidad terapéutica, en la que el grupo multifamiliar se constituía en una matriz terapéutica que operaba como un “continente” de los componentes más enfermos y de los momentos más regresivos de los propios pacientes. Se comprobó que los pacientes graves no estaban en condiciones de tolerar el encuadre psicoanalítico. No eran capaces de pensar y asociar libremente.

La experiencia de los grupos mostró cómo podían aprovechar mucho mejor la relación individual y cómo el trabajo del analista mejoraba. Los diálogos que se generaban en los grupos ayudaba mucho a los familiares a entender los problemas de sus hijos enfermos a través de otros hijos presentes en el grupo. El grupo grande se convirtió en un “continente” adecuado para tratar los propios miedos a la violencia. La facilitación de la violencia, sobre todo verbal, permitía manejar la agresividad evitando el pasaje al acto. Al contar con un contexto de mayor seguridad, las personas del grupo se atrevían a expresarse con más facilidad. Nos parece que el “*poder de desalienación*”, como lo denomina García Badaracco (2000), era una herramienta muy potente para animar a la participación e inclusión de los pacientes en el grupo.

La puesta en escena de los diversos personajes y fantasmas que invaden la vida del paciente psicótico permitía abordar con mayor facilidad los sentimientos que propician las vivencias enloquecedoras. La presencia de varias generaciones en los grupos era otro factor de enriquecimiento. El manejo del pasado, el presente y el futuro, podía realizarse de forma más funcional teniendo en cuenta la variedad de experiencias y la capacidad de los implicados en ponerlas en conexión.

García Badaracco (2000) resume de la siguiente forma algunas de las virtudes que tuvo la implementación del recurso que le permitió comprender mejor:

- 1) la naturaleza de algunas de las dificultades del psicoanálisis individual con pacientes difíciles; 2) las limitaciones de la interpretación psicoanalítica, en el sentido de no poder generar “insight”, 3) la posibilidad de integrar otros recursos terapéuticos que al tener el poder de abrir espacios mentales nuevo posibilitan el insight; 4) que algunas “resistencias” en el psicoanálisis individual surgen de las interdependencias patógenas, en las que los individuos pueden encontrarse atrapados por los “otros” significativos y en los que también el psicoanalista puede quedar atrapado, y que estas resistencias se pueden trabajar mejor en un contexto social ampliado, como el grupo multifamiliar; 5) que la dificultad de hacer aparecer para la consideración terapéutica los aspectos inconscientes disociados que pueden mantenerse excluidos del proceso terapéutico durante años, pueden superarse mejor en un contexto de solidaridad como el que se logra en estos grupos.

En el marco general de las psicoterapias se ha prestado poca atención a este formato, dada las escasas experiencias en este ámbito y la dificultad para llevarlas a cabo. Asimismo, la multiplicidad de fenómenos simultáneos que ocurren en el proceso de la terapia multifamiliar y que se influyen de forma más o menos clara hace difícil explicitar los componentes de la modalidad. Otros autores que trabajan con modelos trigeracionales en terapia familiar (Canevaro, 1995), apuntan que los terapeutas se sienten muy exigidos y complicados con este formato. Es como si al aumentar el número de personas que se atienden se generara en el terapeuta una angustia mayor por entender que existen más peligros o bloqueos. La experiencia de estos autores es la contraria, es decir, cuando se tiene la experiencia de trabajar con las familias de origen en terapia familiar y con grupos de padres se aprende que más que dificultades se cuenta con más recursos.

Si ya resulta extremadamente compleja la descripción de los fenómenos que ocurren en la psicoterapia de grupo, esta complejidad aumenta considerablemente al trabajar con grupos de familiares o de parejas. Al hablar de “*multiterapia*” los agentes de cambio aumentan y pueden darse, como dice García Badaracco (2000) con mucha riqueza. Al mismo tiempo, como se puede trabajar simultáneamente con varios terapeutas, podemos decir que el

funcionamiento del grupo es multiterapéutico. La coterapia, la participación de los propios pacientes como “coterapeutas”, hace que el clima emocional sea muy significativo. Debido a la variedad, multiplicidad e intensidad emocional de la fenomenología que caracteriza a estos grupos, muchos terapeutas no se atreven a incluirse fácilmente (García Badaracco, 2000).

En el desarrollo de la psicoterapia multifamiliar el trabajo personal de los terapeutas se convierte en una herramienta clave para el manejo de este tipo de grupos. El estilo personal y el autoconocimiento permiten sacar lo mejor del grupo. En palabras del propio autor:

La autopercepción, por identificación, del impacto que tiene sobre los participantes y sobre nosotros mismos como terapeutas, todo lo que sucede en el grupo será el más valioso hilo conductor para la comprensión de lo que está pasando y para la construcción de las devoluciones que puedan estructurarse desde quienes conducen el grupo (García Badaracco, 2000, p. 261).

Otro elemento fundamental en la descripción de la técnica es la creatividad para tratar de coordinar los diálogos y/o las conversaciones que pueden tener lugar en el grupo grande, que puede abarcar desde actuar dejando que los participantes empiecen a hablar espontáneamente hasta comenzar con una intervención personal para ir creando un clima que permita ubicarse mejor en la tarea de conjunto.

El terapeuta normalmente explica para qué están reunidos, la frecuencia de las reuniones, el tipo de grupo (cerrado-abierto), cuáles son las personas que van a actuar como coordinadores y se expresa el deseo de que la participación de los miembros sea lo más espontánea posible, respetando la necesidad de hablar o no que cada uno pueda tener en cada momento.

El trabajo de los terapeutas en estos grupos multifamiliares consiste en estimular conversaciones entre los participantes e intervenir incluyéndose a sí mismos en la trama de los diálogos, de manera tal que haga posible que cada participante extraiga elementos que pueda utilizar por sí mismo y para sí mismo en su vida personal. Influir a través del lenguaje en la trama conversacional que se gesta en el grupo es uno de los objetivos claves. La

comunicación no verbal también tiene una relevancia fundamental a la hora de tratar de conseguir un nuevo contexto terapéutico.

En el psicoanálisis clásico gran parte de la tarea del analista consistía en hacer consciente lo inconsciente. Según García Badaracco (2000), en los grupos multifamiliares, esta tarea se realiza de forma indirecta. A través del diálogo, las personas ponen en evidencia aspectos de su inconsciente, pero principalmente los aspectos disparados por otros, que por otra parte, según el autor, es alguien que está allí presente y que ha intervenido antes o acaba de intervenir. Los diálogos ponen en evidencia los intercambios a través de los cuales aparecen los aspectos transferenciales de las relaciones interpersonales. El terapeuta puede utilizar lo que dicen unos y otros en varios sentidos, para ir agregando significados, produciendo contrastes esclarecedores, aportando una visión complementaria, o desarmando el poder de una “trama patógena”.

Para este autor es más fácil visualizar las tramas patógenas en el contexto multifamiliar que en el familiar nuclear. En esta misma línea, la propuesta de Canevaro (1995) sobre el trabajo de terapia familiar trigeneracional también amplía los recursos terapéuticos. Las influencias mutuas de ambos autores, quienes formaron parte de la experiencia de la comunidad terapéutica desde sus inicios, se muestran en las conexiones de estos dos modelos de trabajo con familias.

En el grupo multifamiliar se da una condición privilegiada cuando se asiste a la repetición de las conductas cargadas de poder patógeno que tienen lugar habitualmente en el ámbito de la familia de origen. Parece ser que se detectan con más facilidad en el contexto familiar ampliado que permite un mayor grado de seguridad para evitar la compulsión a la repetición. El grupo multifamiliar actúa como continente que puede hacerse cargo de los componentes más enfermos y regresivos. El contexto social ampliado permite un reconocimiento de lo que se dice y es valorado por otros de forma que puede tener lugar una experiencia emocional correctora que costaba mucho en el seno de la propia familia.

Otro aspecto de suma importancia en el desarrollo de la técnica es la toma de conciencia de las limitaciones del terapeuta, que se desarrolla a través del ejercicio de la psicoterapia multifamiliar. La creencia de que somos como terapeutas los que tenemos que

decirles a los otros lo que ellos no saben de si mismos conduce a veces al fracaso terapéutico. En este sentido, vemos cómo esta postura más cercana a los presupuestos constructivistas del “no saber” o de facilitar una relación más de experto a experto, es destacada tanto por García Badaracco (2000) como por Andersen (1991) y otros autores (Cecchin 1987; Sluzki 1985).

“Esta posición es profundamente equivocada. Debemos reconocer que nosotros no sólo no sabemos mucho de lo que les pasa realmente a los demás, sino que tampoco sabemos demasiado de lo que nos pasa a nosotros mismos. Lo que realmente importa es colocarnos a nosotros y colocar a los demás en la mejor situación posible para poder hacer descubrimientos que nos permitan conocernos mejor” (García Badaracco, 2000, p. 275).

Los reclamos y reproches que ofrecen todos los pacientes y sus familiares pueden servir a los terapeutas para saber a qué nivel de la relación deben intervenir. Observar y detectar el reclamo incluido en el reproche de los propios familiares permite desarrollar contextos de creación de posibilidades. El manejo de los movimientos regresivos y progresivos se hace más fácilmente con el trabajo multifamiliar por contar con muchos más recursos y por la facilitación de un contexto seguro para los manejos de las violencias internas de los pacientes y de las expresiones emotivas negativas de los familiares.

5.2.4. Las aportaciones del modelo de McFarlane

McFarlane ha desarrollado a lo largo de las 3 últimas décadas un importante trabajo de investigación con grupos multifamiliares de pacientes psicóticos en el Hospital Spring Harbor (Estados Unidos) que ha demostrado ser efectivo (McFarlane, 1995).

El modelo de McFarlane (1995) se encuadra dentro de los modelos psicoeducativos, aunque en su desarrollo utiliza técnicas e intervenciones psicoterapéuticas. Comparte con los modelos psicoeducativos los objetivos generales de reducir el estrés familiar y la tasa de recaídas, con una metodología que incluye la educación acerca de la enfermedad y el entrenamiento en habilidades comunicacionales y de resolución de problemas. Mediante un ambiente de colaboración con los familiares que cuidan al paciente, se pretende la reducción del estrés y la carga emocional, el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades para anticipar y resolver problemas, la reducción de la expresión de enfado y sentimientos de

culpa; el mantenimiento de expectativas razonables acerca del paciente; animarlos a que pongan y mantengan límites apropiados aunque mantengan algún grado de distancia cuando sea necesario; y el logro de cambios deseables en la conducta y el sistema de creencias de los familiares (Jiménez y Maestro, 2002). Estos modelos de intervención familiar han demostrado ser efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia para reducir las recaídas, así como el deterioro social y la carga familiar, tanto en diferentes estudios como en las rigurosas revisiones sistemáticas sobre ensayos clínicos del Cochrane Schizophrenia Group (Pekkala y Merinder, 2002; Pharoah, Mari, Rathbone y Wong, 2006).

En el modelo de grupos multifamiliares de McFarlane (1983) se habla del “*fenómeno parental*”, al referirse a las situaciones en las que padres envueltos en transacciones disfuncionales con sus hijos pueden mostrarse competentes, comprendiendo y apoyando a los hijos de otros; lo cual beneficia no sólo al receptor, sino que sirve para mejorar la relación con su propio hijo, al ver otra cara de su padre y entrenarse éste en afrontar la relación y los problemas de otra forma; además de servir de modelo para los otros padres y ver que abordándole de otra forma su hijo responde mejor. Todo ello produce cambios en las dos familias. Los padres encuentran aquí un campo de experimentación menos peligroso que en su casa, un lugar donde pueden probar diferentes tácticas sin la tensión que les provoca dirigir las a su hijo. Las intervenciones con una familia sirven también para las otras, aunque no hayan explicitado problemas semejantes.

McFarlane (1995) habla de una comunicación más espontánea y rica en los grupos multifamiliares, se comentan más cosas, se dan más soluciones, se discuten más temas familiares y se hacen más comentarios sobre las interacciones, pudiendo centrarse en problemas de un modo más natural que en las terapias unifamiliares. Paul y Bloom (1970) usan la terapia multifamiliar para desvelar secretos y reducir la proyección de la culpa en los pacientes.

En el desarrollo del proceso multifamiliar se observa cómo familiares que se sentían incapaces, fracasados, ahora pueden brindar ayuda a otras familias, ofrecerles su experiencia y juntos aprender a afrontar los problemas. Poco a poco pasarán a sentirse

capaces de hablar, de compartir sus sentimientos, de enseñar, de aprender... Los sentimientos de culpa, de frustración, de rabia y de pérdida de las expectativas puestas en su familiar enfermo, van dejando paso a la tolerancia, la comprensión y la asunción de metas más asequibles. Estos cambios también se dan en los grupos de apoyo de familiares, pero en la terapia multifamiliar existe una diferencia importante: se puede trabajar en el aquí y ahora los conflictos, no se trata de escuchar qué cuentan los padres de sus hijos, sino cómo danzan ante los ojos de los terapeutas y los de las otras familias y también están los coterapeutas que conocen bien el problema: los otros familiares.

La carga subjetiva disminuye al poder desahogarse en el grupo y encontrar contención emocional y la objetiva se ve atenuada al aprender nuevas estrategias de afrontamiento y recibir ayuda para movilizar recursos sociales. Es frecuente que las dificultades de unos padres sean señaladas por otros padres o hijos, lo cual es menos culpabilizante, porque esas familias que les están cuestionando también escucharán “imperfecciones” de ellos, lo cual es mejor recibido que si lo dicen los terapeutas que no hablan de sus dificultades y problemas y pueden ser vividos como “seres perfectos” que hacen más hirientes sus fallos.

Frente a los roles rígidos y las etiquetas que se van desarrollando a lo largo de los años, padres e hijos se sorprenderán muchas veces de cómo hablan y piensan sus familiares al observar qué opinan sobre las otras familias, cómo les ofrecen consejo y ayuda. Los hijos se atreven a decir cosas que en casa callan, y adoptan posturas más maduras y responsables que en el hogar, los padres pueden hablar de sus sentimientos, algo reservado en muchas familias a las madres y éstas muestran actitudes empáticas hacia otros hijos, al estar liberadas de la presión que sienten con la suya. Unos padres mitigan las conductas altas en emociones expresadas de otros, cuestionándolas desde la cercanía que da el haber pasado por situaciones semejantes. En estos grupos, si uno es cuestionado por otros, siempre aparece alguien que le apoya y comprende, cosa que no se da tan fácilmente en las terapias unifamiliares.

En el modelo multifamiliar de McFarlane encontramos cuatro tipos de formatos en función de la duración (breve o larga) y del tipo de grupo (abierto o cerrado). En familias con enfermedad crónica se han obtenido mejores resultados con grupos cerrados con una duración media de 1 a 2 años.

Los grupos son conducidos por dos terapeutas, hombre y mujer, con formación en terapia familiar y grupal. Se realiza una convocatoria ampliada de más de 30 familias, de padres e hijos, o padres solos. Los grupos son homogéneos de familias con pacientes esquizofrénicos aunque de distintas edades, clases sociales y estilos relacionales, para enriquecer la dinámica grupal. La terapia es de tipo ambulatorio, las sesiones son de 90 minutos y la periodicidad quincenal.

MacFarlane (1983) establece la utilidad de utilizar 4 tipos de intervenciones básicas:

1. *Autotriangulación*, donde el terapeuta se interpone entre las familias o los miembros de ella, apoyando, bloqueando, interactuando o clarificando aspectos de la comunicación.
2. *Interpretación grupal*. El terapeuta comparte reacciones personales, señala aspectos comunes en las familias, realiza interpretaciones de la dinámica grupal con el objetivo de favorecer la cohesión del grupo.
3. *Enlace transfamiliar*. El terapeuta invita a los miembros de una familia a comentar lo observado en otra, alejándose de la posición de experto en el que le sitúan las familias y desvía las preguntas al grupo o a otro miembro. Estas intervenciones resultan muy útiles para facilitar la comunicación y resolver conflictos.
4. *Tratamiento interfamiliar*. Cuando la cohesión grupal ya está establecida, el terapeuta refuerza, regula, amplía y desconfirma interacciones, ya sea felicitando a un miembro por sus comentarios sobre otras familias, o mostrando un abierto desacuerdo si ve un peligro potencial en lo que se dicen. Estas técnicas son usadas para resolver problemas.

A estas intervenciones se pueden añadir técnicas de terapia familiar sistémica, especialmente estructurales (Minuchin., 1974; Minuchin y Fishman, 1981) y estratégicas (Haley, 1976 y Madanes, 1981).

El proceso se desarrolla a lo largo de 6 fases (Espina y Ortego, 2003):

1. *Fase de contacto con las familias.* Inicialmente, se entrevista a las familias para recoger información sobre la historia del problema y su impacto en la familia y sobre la demanda y las características familiares: estructura, interacciones, emoción expresada, estigma, carga, cohesión, disponibilidad para compartir en grupo sus problemas, estilos de afrontamiento, etc. Posteriormente, los terapeutas explican los objetivos, encuadre y proceso de la terapia. En esta fase se realizan 2 ó 3 sesiones y en ella se desarrolla una alianza terapéutica que servirá de soporte para favorecer la inclusión en el grupo y para los momentos de crisis. Los terapeutas utilizan las técnicas de unión, acomodación y coparticipación de la terapia familiar estructural (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981) y favorecen la descarga emocional, conteniendo empáticamente, informando y desculpabilizando.
2. *Inicio del grupo.* Se reúnen familias y terapeutas y se inicia con una fase social en la que los terapeutas se presentan y explican el encuadre, para dar paso a que las familias se presenten. Posteriormente, se les invita a hablar de cómo se sienten en el grupo, sus expectativas, temores y metas, favoreciendo una interacción fluida que sirva para eliminar la tensión.
3. *Desarrollo de la cohesión grupal.* Durante las primeras sesiones las familias descargan sus frustraciones con los servicios asistenciales y cuentan historias de fracasos, acusaciones, culpas, desesperación, impotencia..., cada familia desea ser atendida exclusivamente por los terapeutas. Desean que se les dé la solución a sus problemas de una forma lo más inmediata posible. Los terapeutas, con una actitud empática, aclaran dudas, establecen normas sociales de comunicación, dirigen las interacciones, bloquean a las personas que pretenden monopolizar el grupo y dan paso a los demás, señalan los aspectos comunes en las familias, desculpabilizan, etc. Es conveniente frenar el criticismo y la hostilidad y evitar el centrarse en conflictos

intrafamiliares. En esta fase se utilizan los constructos universales (“*a todas las familias les sucede que...*”), el consejo especializado, la autotriangulación y las interpretaciones grupales. El riesgo de abandono es muy alto y los terapeutas deben estar muy atentos, recogiendo a cada miembro y favoreciendo un clima continente y de aceptación en el grupo. Al finalizar la sesión puede ser útil inducir una relajación grupal. En 2-3 meses la cohesión grupal ya suele estar establecida y el riesgo de abandono se reduce drásticamente.

4. *Aparición de subgrupos.* En esta fase, que suele extenderse hasta los 6 u 8 meses, aparecen subgrupos y líderes entre los familiares veteranos. Las intervenciones de enlace transfamiliar, por ejemplo, pedir a los demás que opinen sobre lo mostrado por una familia, serán prioritarias en este momento, para pasar progresivamente a las intervenciones interfamiliares, por ejemplo, favorecer discusiones sobre las reacciones de los familiares hacia las conductas del paciente y luego dar paso a qué opinan los pacientes; de esta forma se favorece la creación de subgrupos cohesionados que interactúan, apoyándose mutuamente y confrontando opiniones y actitudes; los límites interfamiliares se diluyen. Los terapeutas pueden estimular y bloquear interacciones, dirigidas a la flexibilización de los límites familiares, la creación de subgrupos interfamiliares y a la posterior disolución de los subgrupos.
5. *El grupo se estructura.* Esta fase y la anterior forman el grueso de la terapia, el grupo se va regulando solo y en esa matriz grupal las familias se diluyen, el grupo como tal toma la iniciativa y recurre menos a los terapeutas. Ha disminuido la carga, la ansiedad, la culpa y el estigma, los pacientes suelen estar mejor, los comentarios son fluidos, se acepta el cuestionamiento de las propias actitudes y el humor hace acto de presencia. Los terapeutas pasan a un segundo plano, realizan intervenciones puntuales en momentos de atasco y se centran en la solución de problemas, cambios estructurales en las familias y emoción expresada. Los terapeutas seguirán con intervenciones transparentales y se centrarán en habilidades de comunicación, solución de problemas e intervenciones sistémicas estratégicas (Haley, 1976 y Madanes, 1981), como son que los padres presenten un frente común, pautas de manejo específicas de los problemas que va presentando mediante directivas simples y paradójicas.

6. *Autonomización y creación de una red social.* En esta fase las familias funcionan de una forma más adaptativa, planteándose la reorganización de la vida de cada uno, retomando amistades y aficiones. Se utilizarán las técnicas estructurales y estratégicas ya descritas y si es necesario se recomendará la constitución de grupos de autoayuda o también puede ser necesario abordar problemas de pareja en el grupo o recomendar una terapia de pareja.

Este formato de intervención se puede combinar con intervenciones puntuales con miembros del grupo o, incluso, con terapias individuales o grupales.

Tal y como señalábamos, McFarlane ha desarrollado en las tres últimas décadas un importante trabajo de investigación sobre grupos multifamiliares en la esquizofrenia. En un estudio multicéntrico en escenarios clínicos normales durante dos años se comparó un modelo de intervención aplicado a familias individuales con otro aplicado a grupos multifamiliares, dirigidos a mejorar las habilidades de afrontamiento de los pacientes y familiares y a desarrollar sus redes de soporte social (McFarlane, Link, Dushay, Marchal y Crilly, 1995). Se encontró las tasas de recaídas en el grupo multifamiliar eran significativamente más bajas. Además, el grupo multifamiliar presentó mejores resultados en la reducción sintomatológica, la adherencia a la medicación, la reducción de dosis farmacológica y en los aspectos laborales.

En otro estudio (McFarlane, Lukens y Link, 1995), compararon los efectos de tres modalidades de intervención familiar: grupos psicoeducativos multifamiliares, tratamiento psicoeducativo unifamiliar y grupos multifamiliares dinámicos. Las intervenciones tuvieron como eje las modalidades anteriormente expuestas y se combinaron con una modalidad de manejo de casos, dentro del contexto del tratamiento psicosocial, durante dos años. El primer año de tratamiento incluyó talleres psicoeducativos y sesiones grupales unifamiliares o multifamiliares semanales (con presencia de los pacientes), centradas en la solución de problemas. Su meta fue la estabilización clínica y la adaptación funcional. En el segundo año, se dirigió hacia la rehabilitación y mejoría de la calidad de vida. Después de cuatro años, los grupos multifamiliares fueron más efectivos que los del formato unifamiliar y presentaron menores tasas de recaídas. Los autores concluyeron que los grupos multifamiliares,

combinados con medicación de mantenimiento y psicoeducación, reducen significativamente la tasa de recaída y sugieren que los resultados a largo plazo pueden derivarse más del formato de grupo multifamiliar que de la psicoeducación.

5.2.5. Los grupos de discusión multifamiliar para pacientes con enfermedad crónica

El trabajo con Grupos de Discusión Multifamiliar (G.D.M.) desarrollado por P. Steinglass (1998) comprende una década de investigación en el Centro de Investigación para la Familia del Centro Médico de la Universidad George Washington y posteriormente en el Instituto Ackerman de Nueva York. Estas investigaciones estuvieron fuertemente influidas por los hallazgos que surgieron desde los estudios de enfermedades psiquiátricas crónicas y enfermedad médica, y la familia en particular. Se llevaron a cabo una serie de estudios sobre familias alcohólicas llevados a cabo por Steinglass, Bennett, Wolin y Reiss (1987).

Estos estudios han favorecido la creación de un modelo sobre las relaciones en familias alcohólicas en las que se detalla el proceso a través del cual las familias podrían llegar a estar reorganizadas alrededor de las conductas y demandas relacionadas con el alcoholismo.

Las aportaciones de estas investigaciones de Steinglass (1998) sugieren que la versión del modelo de grupo desarrollado puede ser aplicable no sólo a muy diferentes tipos de experiencias de enfermedad, sino también a circunstancias en las cuales los pacientes identificados ocupan diferentes roles generacionales dentro de la familia. En cada una de estas situaciones en las que se ha trabajado con el modelo de grupos multifamiliares (grupos heterogéneos de enfermedades, grupos de cáncer, grupos de diabetes), las familias han informado que encontraron la experiencia muy útil, y, por tanto, urge que esos grupos sean accesibles a todas las familias que intentan afrontar problemas a largo plazo asociados con una enfermedad médica importante.

En los grupos multifamiliares, formados por familiares y enfermos crónicos, se trabaja sobre las vivencias que tienen de la enfermedad, de cómo los pacientes y sus familias

viven y se relacionan con la enfermedad y sobre qué lugar ocupa ésta en su vida. Generalmente, las familias dejan de realizar actividades y viven volcadas en la enfermedad y en el paciente. A través de los grupos se busca que las familias sean capaces de organizarse atendiendo a la enfermedad, pero sin que ésta condicione sus relaciones y su vida más allá de lo necesario.

El programa suele constar de 6 sesiones con una periodicidad semanal (o quincenal) y se desarrolla una vez que la enfermedad ha entrado en su fase crónica o ha remitido. Las sesiones duran unos 90 minutos aproximadamente y participan entre 4 y 6 familias, de las más variadas condiciones sociales. El trabajo se realiza en grupo, con las familias de los pacientes y el propio paciente. Es importante que acuda el paciente y el mayor número de miembros de la familia. Si el paciente no quiere asistir, la familia no participa en el programa.

Steinglass (1998) destaca de sus trabajos de investigación los principales hallazgos:

1. El establecimiento de una comunidad de familias con experiencias compartidas. Las familias en el grupo no sólo terminarán sintiéndose menos aisladas, también se dan cuenta de que sus reacciones, sentimientos y esas luchas son normales. La experiencia de grupo lleva a un sentimiento de afirmación positiva para las familias, más que al sentimiento de culpa y de impotencia que a menudo domina a la familia antes de su participación en el grupo.
2. El modelo conceptual de fondo enfatiza las fuerzas familiares y la postura no patologizante. El modelo de cómo las familias vienen a reorganizar sus vidas en torno a la enfermedad crónica y la necesidad de reexaminar las prioridades de la enfermedad versus las de no enfermedad, en la vida familiar da sentido a las familias con las cuales se ha trabajado. La metáfora de "*poner la enfermedad en su lugar*" parece particularmente atractiva como un objetivo para el futuro, como se usan las metáforas para connotar cómo la enfermedad ha invadido la vida familiar. Tanto la naturaleza no patologizante del modelo conceptual como la facilidad con la que los constructos llave del modelo, pueden ser traducidos dentro de un accesible lenguaje metafórico, ayuda a crear una relajada atmósfera dentro del

grupo. Dentro de esta atmósfera, llega a ser factible manejar los problemas que pudieran ser vistos de otro modo.

3. La riqueza estructural del grupo de discusión permite las perspectivas múltiples de los problemas de la enfermedad y el manejo que se genera. Los miembros son simultáneamente individuos con sus propias experiencias de enfermedad, personas influidas por su cultura familiar única, personas atadas a ciertos roles de la enfermedad (paciente, no paciente, cuidador primario...), e individuos identificados por los roles familiares que ocupan (padre, hijo, esposa). El grupo está repleto de posibles combinaciones de roles familiares y de enfermedad, cada uno de los cuales conllevan diferentes perspectivas de la experiencia de enfermedad. Supone una experiencia poderosa para las familias participar en esfuerzos colaborativos en resolver problemas no sólo dentro de su propia familia, sino también entre las familias, y entre las familias y los líderes del grupo.
4. La habilidad para tomar una postura observacional. En la mayoría de las interacciones que tienen lugar en los contextos clínicos se espera que los individuos sean participantes en dicha interacción. Si el terapeuta hace una pregunta se espera que los pacientes respondan. Si a los miembros de la familia se les están dando instrucciones sobre el régimen de tratamiento, se espera de ellos que absorban la información y después sigan las instrucciones. Incluso en la mayoría de los contextos de terapia de grupo, las personas son a menudo desafiadas por otras en el grupo, y sienten la necesidad de defenderse. En este modelo, en contraste, esta experiencia más típica se equilibra con una serie de experiencias en las cuales tanto los individuos como las familias son también animadas a tomar una postura observacional. Por ejemplo, durante los ejercicios del “grupo dentro del grupo”, cada miembro es en un determinado momento invitado a ser un miembro del “equipo observador” y entonces comenta lo que ha observado. De la misma manera, en la sesión en la que las familias crean sus montajes de antes de la enfermedad y después de la enfermedad, son invitadas por turno a unirse al resto del grupo para comentar esas representaciones visuales de sus familias y sus experiencias.

Steinglass (1998) afirma que este proceso observacional es lo que facilita una apertura de los miembros de la familia a nuevas perspectivas que simplemente no sería posible si estuvieran sintiendo una necesidad de defender su conducta y las elecciones de vida ante otros. Es esta habilidad para dar un paso atrás desde uno mismo, especialmente dentro de una atmósfera de grupo que enfatiza la solución de problemas de forma colaboradora, lo que crea la oportunidad de las familias para considerar un nuevo y mejor equilibrio entre las necesidades y prioridades de la enfermedad versus las de la no enfermedad en sus vidas.

Los grupos multifamiliares tienen un rol, potencialmente importante, que jugar en contextos médicos, para ayudar a los pacientes, familias y a los clínicos a desarrollar una comprensión compartida del impacto de la enfermedad médica crónica en la vida familiar, y para crear un formato dentro del cual pueda darse una aproximación colaboradora para planificar y llevar a cabo el tratamiento. Está también claro que los protocolos del Grupo de Discusión Multifamiliar pueden desarrollarse fácilmente al estar bien estructurados, son eficientes y atractivos para que las familias puedan afrontar los retos asociados con un amplio rango de enfermedades.

La perspectiva de futuro de estos grupos necesitará según Steinglass (1998): a) que se desarrollen ensayos clínicos controlados del modelo que permitan establecer el impacto en los pacientes y sus familias, esto es, estudios de eficacia, b) llevar a cabo pruebas de campo que demuestren la efectividad y el potencial coste/beneficio en contextos médicos generales y especializados y c) enfocar los problemas verdaderamente reales asociados con el reclutamiento de familias para participar en los grupos. Aunque está claro que una vez que las familias llegan a la primera sesión de grupo se comprometen muy rápidamente, no se han desarrollado estrategias para incorporar este formato de trabajo a los protocolos de tratamiento que se emplean en los contextos médicos para el tratamiento de las enfermedades crónicas.

5.2.6. Terapia Multifamiliar en el abuso de drogas: Aportaciones de Kaufman.

Kaufman (1985; 1999) ha sido el autor que más ha desarrollado la modalidad psicoterapéutica de grupos multifamiliares en los casos de abuso de drogas. Durante

muchos años este autor ha venido desarrollando sus intervenciones y considerando de gran utilidad trabajar con grupos de parejas, incorporando personas significativas, con grupos de adolescentes y menores de familias con problemas de adicción.

En todos estos desarrollos Kaufman encontró que el sistema entrelazado que suponen los grupos multifamiliares proporciona un marco ideal para el tratamiento de adictos a sustancias. Con este sistema se consigue un impacto múltiple de la terapia tan efectivo que consigue llevar a familias con graves problemas de drogas a estados saludables libre de sustancias (Kaufman, 1985).

Entre los factores que contribuyen a este proceso de cambio en la terapia multifamiliar encontramos que esta modalidad psicoterapéutica permite la integración en el trabajo del grupo de otros miembros de la familia que tienen un papel importante en la perpetuación del sistema de abuso de sustancias. Asimismo, se genera una nueva red de apoyo, una familia de familias que ofrece una alternativa a la red de facilitadores y abusadores de sustancias.

El terapeuta se convierte en figura parental para una multitud de familias que llegan a constituir una sola red familiar, una sola familia. Al mismo tiempo el terapeuta puede desempeñar en ocasiones un rol más infantil en cada familia. Sin embargo, debe estar atento y mantenerse en una posición objetiva en los conflictos emocionales de las familias, siempre teniendo en mente que una función fundamental es la de servir de apoyo para cada miembro del grupo. El terapeuta debe tener el manejo del grupo en todo momento y la capacidad de interrumpir cualquier comunicación que sea destructiva o perjudicial. En el formato de trabajo el equipo terapéutico debe estar formado por terapeutas con experiencia en terapia familiar y en terapia de grupo y que se sientan cómodos en grupos grandes. Además, debe de haber al menos un coterapeuta que deberá ser preferiblemente un adicto a sustancias recuperado o que esté en proceso de recuperación.

En las sesiones de grupales las familias se sientan juntas en un círculo equidistante que permite al terapeuta observar todas las dinámicas familiares. Su posición desde el inicio será determinante para conocer detalladamente todos los procesos que van aconteciendo. Las

sesiones comienzan con la presentación de cada grupo familiar, roles que desempeñan y la expresión de sus motivos de malestar de la situación que están viviendo. En ocasiones, cuando se incorporan familias nuevas el terapeuta puede sugerir a alguno de los miembros más veteranos del grupo que explique el objetivo que se pretende e insistir en la importancia de que la familia vaya abriéndose al grupo y se exprese honestamente. En esta descripción se puede enfatizar sobre la importancia que tienen las fuerzas familiares para conseguir un estilo de vida saludable libre de drogas.

En la dinámica de trabajo multifamiliar se trabaja frecuentemente con intensidad sobre una familia durante una hora. Se enfocan los conflictos desde una perspectiva emocional y otros muchos aspectos de las familias que pasan a ser discutidos en el grupo. En este proceso otras familias se identifican con estos conflictos y expresan sentimientos de apoyo ya que muchas familias han experimentado conflictos similares (Kaufman y Kaufman, 1977).

El grupo funciona como una familia terapéutica. Los miembros de las familias hablan de sus temas y los terapeutas principales pueden utilizar técnicas de terapia tales como la confrontación, la reestructuración y el apoyo. Muchos miembros de la familia reconocen problemas en otras familias que no pueden ver en sus propias familias y esto suele ser señalado, bien por el terapeuta o bien por los otros integrantes del grupo. Las familias hablan de sus experiencias y ofrecen su apoyo. Este soporte, no sólo se produce en las sesiones sino que, frecuentemente, las familias ofrecen ayuda fuera de las horas de terapia. Se producen contactos informales antes y después de las sesiones que suelen ser cruciales para las familias.

Las fases tempranas de la terapia multifamiliar se caracterizan por el apoyo que reciben las familias de las otras familias cuando expresan el dolor que han experimentado en el proceso de adicción de su familiar adicto. Más adelante, la familia aprende a ver la reciprocidad de los aspectos destructivos de la interacción con el paciente identificado. Los terapeutas y las familias identifican patrones de manipulación y de coacción que son bloqueados rápidamente. Igualmente, las familias identifican la perpetuación del abuso de sustancias del paciente identificado y su comportamiento dependiente a través de ser la

cabeza de turco, así como el distanciamiento o la infantilización. En esta fase se trabaja promoviendo y alentando nuevas formas de relación entre los miembros de las familias.

En el grupo multifamiliar muchas familias aprenden por primera vez a expresar directamente amor o ira. La terapia multifamiliar es especialmente útil dando el apoyo emocional necesario para que padres aglutinadores puedan separarse del paciente identificado, un aspecto muy característico entre las familias de adictos. En fases más avanzadas las familias pueden expresar aspectos de duelo reprimido intenso y puede ser crucial para una sana adaptación. En estas fases suelen aparecer secretos y mitos familiares que son compartidos con los miembros del grupo. Finalmente, en la última fase la familia y el paciente identificado se enfrentan a la separación del grupo.

Kaufman (1985) ha desarrollado formatos terapéuticos de grupos de parejas. Estos grupos son generalmente más pequeños que los grupos multifamiliares y son formados por dos o tres parejas. Las técnicas usadas y las fases elaboradas en estos grupos son bastante similares a las de la terapia multifamiliar. En estos grupos determinados los temas son más fácilmente abordables que en los grupos multifamiliares. En cualquier caso, Kaufman sostiene que los grupos de parejas no deben ser una modalidad de tratamiento aislada, ya que no cumplen lo esencial del modelo trigeneracional.

El modelo multifamiliar de Kaufman comienza (1999) la terapia de grupo para adictos a sustancias con una perspectiva educativa y con un enfoque directivo y de apoyo. En la fase inicial se debe impartir conocimientos sobre los efectos del alcohol y de drogas y proporcionar las habilidades necesarias para hacer frente a la ansiedad y la depresión que conlleva al abandono del consumo. En las fases intermedias, se trabaja con los sentimientos, la responsabilidad de sus conductas, la comprensión de las interacciones interpersonales y el reconocimiento de las funciones y ganancias secundarias de su comportamiento. Al final de la terapia las familias y los pacientes deben enfrentarse al proceso de separación del grupo.

5.3. Investigación sobre la terapia de grupos multifamiliar

Laquer (1972), Bowen (1978) y García Badaracco (2000) fueron pioneros con sus experiencias combinando las aportaciones de la psicoterapia de grupo con el trabajo con

las familias y con tratamientos farmacológicos. Este proceso de experimentación sentó las bases de lo que lo que conocemos actualmente como “*Terapia de grupos multifamiliar*” y que agrupa muy diversos formatos. A pesar de la riqueza de las aportaciones y de los contextos de investigación en los que se promovieron, no hemos encontrado estudios de eficacia en estas fases iniciales. Las aportaciones más importantes las obtenemos en forma de descripción general del desarrollo de esta modalidad de tratamiento.

Aunque en la década de los años 70 la literatura y la investigación sobre grupos multifamiliares es limitada, este formato se ha ido haciendo cada vez más popular en el tratamiento de abuso alcohol y de otras drogas (Bergen, 1973; Hendricks, 1971; Kaufman y Kaufman, 1977; McKamy, 1976) y trastornos psicóticos, (Bowen, 1978; Laquer, 1972). Ya en los años 80, encontramos referencias de aplicaciones a tratamientos de adicción a la heroína en comunidad terapéutica (Anton, Hogan, Jalali, Riordan y Kleber, 1981 y Clerici, Garini, Capitano, Zardi, Carta y Cori, 1988) alcoholismo y abuso de sustancias (Lovern y Zohn, 1982; Kosten, Hogan, Jalali, Steidl y Kleber, 1986 y Zimberg, 1982), trastornos psicóticos (McFarlane, 1982; O’Shea y Phelps, 1985) y enfermedad crónica (Steinglass, 1987).

Desde mediados de los años 80 hasta mediados de los 90, apenas encontramos publicaciones sobre terapia de grupos multifamiliares, aunque a partir de esos años se ha publicado un buen número de trabajos de investigación que dan cuenta del interés que ha suscitado esta modalidad de tratamiento en trastornos alimenticios, enfermedad crónica, enfermedades infantiles y en casos de exclusión social y educativa (Asen, 2002; Asen, Dawson y McHugh, 2001).

La Terapia de grupos multifamiliar ha sido identificada como un modelo de tratamiento viable para una variedad de poblaciones de clientes, incluido el tratamiento del alcohol y abuso de sustancias (Cuadro 11). La mayor parte de las aportaciones vienen a coincidir en que una combinación de las teorías de los sistemas familiares y los factores de grupo terapéutico proporcionan la oportunidad de explorar los múltiples niveles de las relaciones intra e interpersonales entre las familias. Todos los miembros

del grupo tienen la oportunidad de dar y recibir retroalimentación sobre el fortalecimiento de sus vínculos familiares propios (Springer y Orsbon, 2002).

Asen y Schuff (2006) afirman que la razón de los enfoques multifamiliares no difieren en absoluto de la de los grupos de autoayuda; las personas que se enfrentan a problemas similares pueden compartir sus experiencias y asesorar y apoyarse mutuamente. Las familias son capaces de aprender unos de otros y tienen la oportunidad de mejorar sus habilidades de comunicación (Asen, 2002; Kaufman y Kaufman, 1977)

Cuadro 11. Investigaciones recientes con formatos de grupos multifamiliares

Autor	Año	Ámbitos de aplicación
Boylin y cols.	1997	<i>Tratamiento de mujeres drogodependientes</i>
Conner y cols.	1998	<i>Tratamiento de la dependencia de alcohol y cocaína</i>
Henggeler y cols.	1991	<i>Tratamiento de abuso de drogas en jóvenes</i>
Kooyman y cols.	1993	<i>Tratamiento de adicciones en comunidad terapéutica</i>
Schaefer	2008	<i>Tratamiento de alcohol y abuso de drogas</i>
Springer y Orsbon	2002	<i>Tratamiento de abuso de sustancias en adolescentes</i>
Asen y cols.	2001	<i>Tratamiento de psicosis y otros trastornos psiquiátricos</i>
Asen	2002	<i>Tratamiento de trastornos mentales</i>
Assen y Schuff	2006	<i>Tratamiento de anorexia nerviosa</i>
Bishop y cols.	2002	<i>Tratamiento de madres con trastornos mentales</i>
Eisler	2005	<i>Tratamiento de trastornos psicóticos</i>
Lemmens y cols.	2003	<i>Tratamiento de trastornos mentales</i>
Lemmens y cols.	2007	<i>Tratamiento de la depresión</i>
McFarlane.	2002	<i>Tratamiento de trastornos psiquiátricos graves</i>
Scholz y cols.	2005	<i>Tratamiento de anorexia nerviosa en adolescentes</i>

Fuente: Schaefer (2008)

En este capítulo hemos revisado las aportaciones de los principales autores que, en nuestra opinión, han contribuido en mayor medida a conformar la Terapia de grupos multifamiliar. Hemos observado que, a pesar de que cada modelo contiene características específicas, todos ellos comparten una serie de aspectos que han resultado de enorme utilidad en el diseño del modelo de psicoterapia multifamiliar para pacientes adictos a opiáceos y sus familias que hemos utilizado en nuestra investigación. La Terapia de grupos multifamiliar

consigue implicar a las familias en los procesos de tratamiento, promueve que éstas compartan sus problemas y se apoyen en las soluciones y mejoren sus patrones de comunicación (Schaefer, 2008).

Hemos visto que el interés por utilizar formatos multifamiliares en el tratamiento de las adicciones ha ido creciendo progresivamente en estos años. Sin embargo, coincidimos con Steinglass (1987) cuando, siendo consciente de las limitaciones de sus aportaciones, insiste en la necesidad de contar en el futuro con ensayos clínicos controlados del modelo que permitan establecer resultados sobre el impacto en los pacientes y sus familias y estudios que determinen su efectividad y potencial beneficio en contextos asistenciales generales y especializados. Aún esta modalidad de tratamiento necesita estudios cuantitativos y cualitativos en los centros de rehabilitación y también en contextos ambulatorios, abordando las diferentes interpretaciones culturales de los sistemas familiares (Schaefer, 2008).

En nuestra propuesta de definición entendemos por psicoterapia multifamiliar la modalidad terapéutica que utiliza grupos de familiares y a los propios afectados para trabajar todos conjuntamente, durante un periodo de tiempo limitado, aspectos comunicacionales y relaciones de la familia y otros aspectos que pueden favorecer el manejo de la enfermedad. Para ello, utiliza los recursos aportados por la psicoterapia de grupos, la terapia familiar, la psicoeducación desde los principales enfoques terapéuticos (cognitivo-conductuales, dinámicos, experienciales, y sistémicos).

Con este capítulo sobre terapia de grupos multifamiliar finaliza la revisión teórica de este trabajo de investigación, que nos permite tener una visión del estado actual de los tratamientos de la conducta adictiva, y enmarcar la parte empírica, que se desarrollará en los próximos capítulos. A continuación, se expondrán los objetivos e hipótesis de este estudio, los aspectos metodológicos, los resultados obtenidos, la discusión sobre los mismos y se finalizará con las conclusiones de esta tesis.

Capítulo 6

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

6 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La literatura revisada ofrece una amplia evidencia sobre los tratamientos eficaces en el ámbito de las drogodependencias (National Institute on Drug Abuse, 1999, 2001, 2005). En el campo de la investigación, diversas entidades y organismos gubernamentales han puesto de relieve el carácter central de los aspectos psicológicos a la hora de desarrollar dichos tratamientos eficaces (American Psychiatric Association, 2002; American Psychological Association, 2000; National Institute on Drug Abuse, 2005).

La investigación sobre el efecto de los tratamientos psicológicos ha evolucionado desde una postura de validación y apoyo empírico, hasta su formulación como un modelo de práctica basada en la evidencia (Pascual y cols., 2004). Desde esta óptica, se garantiza que los estudios de resultados puedan ser llevados a cabo en todos los enfoques teóricos en condiciones igualitarias de partida y, de este modo, poder avanzar en el campo del conocimiento de los tratamientos psicológicos más eficaces en el ámbito de las drogodependencias.

En los capítulos anteriores se ha puesto de relieve la eficacia de las intervenciones familiares con jóvenes drogodependientes, a la hora de reducir el consumo de drogas y otras conductas disfuncionales asociadas (Liddle y Dakof, 1995; Stanton y Shadish, 1997; Liddle y cols., 2004; Ozechowski y Liddle, 2000). Igualmente, este tipo de intervenciones logran más éxito en conseguir comprometer a las familias en los procesos de tratamiento que las intervenciones estándar, lo que implica una mayor adherencia y permanencia en el tratamiento, que al mismo tiempo se asocia a un mejor pronóstico del tratamiento (Becoña y Cortés, 2008; Szapocznik y cols., 2006). Por otro lado, la terapia familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia (comunicación, expresividad emocional, flexibilidad, disminución de conflictos, etc.) de los adolescentes drogodependientes (Austin, 2005; Ozechowski y Liddle, 2000; Thompson, 2005).

Igualmente, la terapia familiar ha demostrado eficacia en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en el contexto escolar y familiar (Liddle y cols., 2004).

Otros estudios (Bourdin, 1999; Chambless y Ollendick, 2001 y Diamond y Siqueland, 2001), han puesto de manifiesto la eficacia de ciertos tipos de intervenciones psicoterapéuticas familiares en el tratamiento de problemas de delincuencia y otros trastornos de conducta en jóvenes. La importancia de estos hallazgos viene dada por la estrecha relación existente entre estos problemas de conducta y los trastornos por abuso de sustancia en los jóvenes.

Del mismo modo, existen evidencias de que la Psicoterapia de grupos multifamiliar consigue implicar a las familias de jóvenes drogodependientes en los procesos de tratamiento, promoviendo que éstas compartan sus problemas y se apoyen en las soluciones y mejoren sus patrones de comunicación (Schaefer, 2008).

A pesar de todos los avances registrados en la investigación en el ámbito de las drogodependencias, hemos ido encontrando un denominador común en la mayoría de las publicaciones revisadas: la necesidad de seguir desarrollando estudios que aumenten el campo de conocimiento sobre los tratamientos eficaces en drogodependencias. En cada trabajo de investigación se han abierto nuevas vías y se han formulado nuevas preguntas y planteado nuevas cuestiones que quedan por resolver.

Con esta investigación nos planteamos contribuir a un mayor conocimiento en el campo del tratamiento de las adicciones en dos vertientes. Por un lado, a través de una descripción del modelo de Psicoterapia Multifamiliar con Equipo Reflexivo para pacientes adictos a opiáceos en tratamiento con metadona, que hemos desarrollado. Y, por otro lado, con datos empíricos de la aplicación de esta modalidad de tratamiento.

El objetivo central de esta investigación es comprobar la eficacia de la Psicoterapia Multifamiliar con Equipo Reflexivo, en un grupo de pacientes adictos a opiáceos en tratamiento con metadona.

Para ello, se establecerán 3 condiciones de tratamiento: a) Psicoterapia Multifamiliar con Equipo Reflexivo, b) Grupos Multifamiliares Educativos y c) Grupo de Tratamiento con Metadona. Tanto el Grupo Educativo como el Grupo de Metadona servirán como grupo de comparación o control respecto de los grupos psicoterapéuticos.

Se tratará de determinar si se producen cambios en tres áreas evaluadas: a) severidad de la adicción, b) funcionamiento psicológico y c) relaciones familiares, como consecuencia de la intervención psicoterapéutica.

Más específicamente, se tratará de analizar dentro de las 3 áreas evaluadas, qué aspectos son los que cambian como consecuencia de la intervención psicoterapéutica:

- 1) Dentro del Área de Severidad de la adicción, entendida como necesidad de tratamiento adicional, se evaluarán las siguientes dimensiones:
 - a) Estado médico general, situación orgánica y de salud.
 - b) Empleo y Apoyo y en general la situación laboral y formativa.
 - c) Gravedad del consumo de drogas y alcohol.
 - d) Dosis de metadona.
 - e) Situación legal y la gravedad de los problemas legales acumulados por el paciente.
 - f) La presencia de antecedentes familiares de problemas psiquiátricos y de consumo de drogas, así como la conflictividad en las relaciones familiares y sociales de los sujetos.
 - g) La gravedad de los problemas psicopatológicos y la necesidad de una intervención a este nivel.

- 2) Dentro del Área de Funcionamiento psicológico se evaluarán específicamente las siguientes dimensiones sintomáticas: a) somatización, b) síntomas obsesivo-compulsivos, c) sensibilidad interpersonal, d) depresión, e) ansiedad, f) miedo-hostilidad, g) ansiedad fóbica, h) ideación paranoide e i) psicoticismo, así como los índices globales de malestar.

- 3) En el Área de Funcionamiento familiar se evaluarán específicamente la cohesión y adaptación familiar, así como la comunicación familiar.

Paralelamente, trataremos de determinar el efecto diferencial de la aplicación de una intervención psicoterapéutica desarrollada en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar, frente a otra intervención aplicada en el grupo de Intervención Educativa.

En líneas generales, la Psicoterapia Multifamiliar con Equipo Reflexivo plantea entre sus objetivos una mejora de las relaciones familiares, en el sentido de una disminución de la conflictividad y un aumento de la capacidad comunicativa y de expresión emocional. Por lo tanto, de resultar eficaz, se esperaría encontrar un aumento, en general, de la percepción que tienen los pacientes del funcionamiento familiar.

Paralelamente, dado que se pretende conseguir que familias que se enfrentan a problemas similares puedan compartir sus experiencias y apoyarse mutuamente, se espera que las familias aprendan unas de otras y tengan la oportunidad de mejorar sus habilidades de comunicación. Todos los miembros del grupo familiar pueden dar y recibir retroalimentación de sus vínculos familiares propios. Este proceso incidirá en que se facilite un aumento de la percepción que tienen los propios pacientes de la cohesión y adaptación familiar.

Una percepción de funcionamiento familiar adecuado influirá en el ajuste psicológico de los propios pacientes, por lo que sería esperable que los pacientes que recibieron Psicoterapia Multifamiliar presentarán un perfil psicopatológico más ajustado. Igualmente, esta mejora de la percepción de competencia familiar propiciará un menor nivel de severidad de la adicción en todas sus áreas.

En resumen, esperamos encontrar una mejora significativa en las Áreas evaluadas en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar entre la evaluación pre y postratamiento. Asimismo, sería esperable encontrar un mejor ajuste psicológico en estos grupos y mejores niveles de cohesión y adaptación familiar.

Igualmente, esperamos encontrar mejores resultados en los cambios producidos, entre antes y después de la intervención, en los Grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en el Grupo de Intervención Educativa y que en el Grupo Control.

Proponemos las siguientes hipótesis:

H1. Las diferencias entre las medidas pre y postratamiento de la severidad de la adicción serán significativamente mayores en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en los grupos de Intervención Educativa y de Metadona.

Las diferencias en las puntuaciones de severidad de la adicción, obtenidas a través del “*Addiction Severity Index*” (McLellan y cols., 1985), entre las medidas pre y postratamiento, serán significativamente mayores en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en el Grupo de Intervención Educativa y que en el Grupo de Metadona. Se espera una disminución mayor en los grupos psicoterapéuticos en todas las escalas: a) estado médico general, b) empleo y apoyo, c) consumo de drogas y de alcohol, d) situación legal, e) relaciones familiares y sociales y f) estado psicopatológico.

H2. Las diferencias entre las medidas pre y postratamiento de dosis de metadona serán significativamente mayores en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en los grupos de Intervención Educativa y de Metadona.

En esta investigación, la variable “*Dosis de metadona*” ha sido considerada como un indicador de evolución de los pacientes en tratamiento. De esta forma, una reducción de la dosis, ya sea porque se inicia un proceso de desintoxicación o porque se produce una disminución progresiva en dicha dosis, es considerada como un signo de evolución positiva del tratamiento. Por el contrario, un incremento en dicha dosis sería interpretado como una intervención del equipo terapéutico para adecuarla a las necesidades de los pacientes para garantizar la retención en el tratamiento y/ prevenir recaídas.

H3. Las diferencias entre las medidas pre y postratamiento de ajuste psicológico serán significativamente mayores en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en los grupos de Intervención Educativa y de Metadona.

Las diferencias en las puntuaciones de ajuste psicológico, determinado a través del “*Symptom Check List 90- Reform*” (Derogatis, 2002), entre las medidas pre y postratamiento, serán significativamente mayores en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en el Grupo

de Intervención Educativa y que en el Grupo de Metadona. Se espera una disminución mayor en los grupos psicoterapéuticos en todas las dimensiones sintomáticas: a) somatización, b) síntomas obsesivo-compulsivos, c) sensibilidad interpersonal, d) depresión, e) ansiedad, f) miedo-hostilidad, g) ansiedad fóbica, h) ideación paranoide e i) psicoticismo, así como los índices globales de malestar.

H4. Las diferencias entre las medidas pre y postratamiento de funcionamiento familiar serán significativamente mayores en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en los grupos de Intervención Educativa y de Metadona.

Las diferencias en las puntuaciones de funcionamiento familiar, determinado a través del “*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III*”(Olson, 1986), entre las medidas pre y postratamiento, serán significativamente mayores en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en el Grupo de Intervención Educativa y que en el Grupo de Metadona. Se espera una disminución mayor en los grupos psicoterapéuticos en las dos dimensiones del modelo: a) cohesión y b) adaptación familiar.

Un efecto esperable del tratamiento hace referencia a la durabilidad de los cambios producidos. Algunos autores proponen la hipótesis de que los cambios duraderos se relacionan con tratamientos más largos y que los tratamientos breves producen cambios de escasa consistencia (Gabbard, 2004).

En nuestro estudio esperamos encontrar que la Psicoterapia Multifamiliar genere una evolución más positiva en los pacientes, manteniendo los cambios producidos en el tratamiento en la evaluación de seguimiento. De esta forma, se espera que el abandono del programa de tratamiento del Centro sea mayor en los grupos Educativo y Control.

H5. El porcentaje de pacientes con evolución más favorable en la evaluación de seguimiento será significativamente mayor en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en los grupos de Intervención Educativa y de Metadona.

Capítulo 7

MÉTODO

7 MÉTODO

7.1. Participantes

Los participantes en esta investigación han sido 82 pacientes que se encontraban en tratamiento con metadona en el Centro Municipal de Orientación de las Toxicomanías de Alcalá de Guadaíra en Sevilla.

El Centro Municipal de Orientación de las Toxicomanías (en adelante C.M.O.T.), es un centro especializado de tratamiento ambulatorio de los problemas de drogodependencias. Es un dispositivo que articula el proceso terapéutico de personas drogodependientes, coordinando y gestionando sus derivaciones hacia otros recursos existentes que se consideren oportunos. Constituye, por tanto, la vía de acceso al resto de recursos y programas disponibles en la red asistencial gestionada por la Comunidad Autónoma de Andalucía: Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Comunidades Terapéuticas, Pisos de Reinserción, Pisos de apoyo al Tratamiento, Programas de Tratamiento en Centros Penitenciarios, Centros de Encuentro y Acogida, Centros de Día, Programas de inserción sociolaboral y Programas de Tratamiento con Metadona. Este dispositivo tiene un ámbito de actuación local.

El C.M.O.T. se encuentra integrado en una estructura general de servicios sociales desde la que se garantiza a la ciudadanía, tanto el acceso a las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, como una serie de servicios especializados de gran utilidad en el proceso de tratamiento (Equipo de Tratamiento Familiar, Servicio Local de Empleo, Asesoramiento legal, etc.)

Los objetivos del C.M.O.T. son, en primer lugar, valorar las demandas de los usuarios e informar sobre los tipos de tratamientos que se realizan y, si fuera preciso, derivar a otros dispositivos asistenciales (ya sean sanitarios o sociales). En segundo lugar, valorar y determinar el programa de tratamiento más idóneo en el contexto domiciliario, así como gestionar otros recursos complementarios para la rehabilitación y reinserción de los pacientes. El equipo técnico está formado por un médico y un psicólogo, especializados en el tratamiento de las adicciones. Ambos profesionales desarrollan actuaciones para la evaluación, el diagnóstico y la orientación terapéutica

de los pacientes drogodependientes. El médico atiende los problemas de salud, realiza la prescripción y control del tratamiento con metadona, la monitorización del estado clínico y la prescripción, si es preciso, de otro tipo de fármacos (antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos...) durante el proceso de tratamiento. El psicólogo desarrolla programas de deshabituación psicológica, el seguimiento de los usuarios en los distintos programas, así como la derivación a dispositivos de distinto nivel (comunidades terapéuticas, pisos de reinserción social, etc.).

Los criterios de inclusión para esta investigación fueron los siguientes:

1. Cumplimiento de los criterios diagnósticos de la D.S.M.-IV (American Psychiatric Association, 1994), para la dependencia a opiáceos de más de 1 año de evolución.
2. Haber recibido tratamiento con metadona, como mínimo 30 días antes del proceso de selección de la muestra.
3. Haber recibido anteriormente 2 ó más tratamientos por dependencia a opiáceos en centros especializados.
4. No tener antecedentes de trastornos psicopatológicos antes del inicio del consumo de drogas.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron:

1. La presencia de trastornos psicóticos diagnosticados en el proceso de tratamiento, mediante la entrevista clínica semiestructurada para el eje I de la D.S.M.-IV (First, Spitzer, Gibbon y Willians, 1997).
2. La existencia de un problema médico que pudiera dificultar el cumplimiento terapéutico.

Los 82 participantes que conformaron la muestra se asignaron al azar a los 4 grupos que se formaron para las 3 condiciones de tratamiento: a) *psicoterapia multifamiliar*, en la que se constituyeron 2 grupos de 20 y 21 pacientes respectivamente, conducidos por 2 equipos terapéuticos distintos, b) *intervención multifamiliar*

educativa, con un grupo de 22 pacientes, y c) *metadona y consejo individual* con un total de 19 pacientes.

Las Tablas 1 y 2 muestran el perfil característico de los pacientes que participaron en el estudio. Encontramos que:

1. La distribución por sexos arrojó un 86.6% de hombres, frente al 13.4% de mujeres, existiendo equivalencia entre esta proporción y los datos globales del centro de tratamiento.
2. La edad media de los pacientes fue de 36.79 años (*D.T.* =7.08).
3. La media de años de escolarización se situó en 8.26 (*D.T.*=2.74).

Tabla 1 *Frecuencias de las características sociodemográficas por grupos*

Variables	Grupos								Total	
	Psicoterapia		Psicoterapia		Educativo		Metadona		N	%
	1	2	1	2	1	2	1	2		
N	%	%	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Sexo</i>										
Hombres	19	90.5	17	85.0	19	86.4	16	84.2	71	86.6
Mujeres	2	9.5	3	15.0	3	13.6	3	15.8	11	13.4
<i>Tipo de familia</i>										
Nuclear	8	38.1	12	60	8	36.4	8	42.1	36	43.9
Extensa	13	61.9	8	40	14	63.6	11	57.9	46	56.1
<i>Ocupación</i>										
Trabajo	11	52.4	4	20.0	5	22.7	3	15.8	23	28
Desempleo	3	14.3	5	25.0	5	22.7	3	15.8	16	19.5
Invalidez	7	33.3	11	55.0	9	40.9	10	52.6	37	45.1
Prisión	-	-	-	-	3	13.6	3	15.8	6	7.3

4. El 56.1% convivían con su familia extensa, frente al 43.9% que convivían con su propia familia nuclear.
5. En relación a la ocupación usual que estos pacientes habían mantenido predominantemente en los tres últimos años, se observa que un 45.1% de la

muestra había estado desempleada, el 28.1% trabajando, el 19.5% en situación de invalidez y el 7.3% restante en prisión.

6. La media de ingresos percibidos mensuales se situó en 410.56 euros ($D.T.=320.91$).

Tabla 2 *Estadísticos descriptivos de las características sociodemográficas por grupos*

Variables	Grupos								Total	
	Psicoterapia 1		Psicoterapia 2		Educativo		Metadona			
	<i>X</i>	<i>D.T.</i>	<i>X</i>	<i>D.T.</i>	<i>X</i>	<i>D.T.</i>	<i>X</i>	<i>D.T.</i>	<i>X</i>	<i>D.T.</i>
<i>Edad</i>	34.68	8.01	37.72	5.75	37.13	7.33	37.75	7.08	36.79	7.09
(rango)	19-59		28-51		23-49		26-54		19-59	
<i>Escolarización</i>	8.05	3.626	8.85	2.159	8.32	2.12	7.79	2.92	8.26	2.75
(rango)	0-12		4-12		2-11		2-12		0-12	
<i>Ingresos</i>	553.9	432.9	371.7	309.8	307.8	213.9	411.8	248.6	410.5	320.9
(rango)	15-1502		60-1262		60-781		60-787		15-1502	

La Tabla 3 recoge los resultados de las comparaciones de las características sociodemográficas, a través de los estadísticos Chi-cuadrado y *F* de Snedecor (ANOVA). Estos datos confirman la ausencia de diferencias significativas en estas variables entre los distintos grupos ($p>.05$).

Tabla 3 *Estadísticos Chi-cuadrado y F de Snedecor de las comparaciones entre grupos en las variables sociodemográficas*

Variables	Chi-cuadrado	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Sexo</i>	0.410	-	.938
<i>Tipo de familia</i>	2.925	-	.403
<i>Ocupación</i>	14.457	-	.107
<i>Edad</i>	-	0.861	.465
<i>Escolarización</i>	-	0.529	.664
<i>Ingresos</i>	-	2.359	.078

En relación a las características clínicas de la muestra que se recogen en la Tabla 4 encontramos que:

1. En todos los casos la droga principal de consumo que motivó el tratamiento era la heroína y la vía de administración principal utilizada era fumada “en chinos” o “plata”.
2. Los pacientes habían permanecido consumiendo una media de 5.7 años ($D.T.=4.74$) antes del primer tratamiento y la media de tratamientos anteriores al actual se situaba en 4.3 ($D.T.=2.01$).
3. Todos los pacientes recibían tratamiento con metadona desde hacía una media de 38.1 meses ($D.T.=26.60$).
4. La dosis media de metadona al inicio de la investigación se situó en 67.07 mgrs./día ($D.T.=23.20$).

Tabla 4 *Estadísticos descriptivos de las características clínicas por grupos*

Variables	Grupos								Total	
	Psicoterapia 1		Psicoterapia 2		Educativo		Metadona			
	<i>X</i>	<i>D.T.</i>	<i>X</i>	<i>D.T.</i>	<i>X</i>	<i>D.T.</i>	<i>X</i>	<i>D.T.</i>	<i>X</i>	<i>D.T.</i>
<i>Edad de inicio del consumo</i>	22.87	6.62	23.37	5.42	21.81	5.18	22.38	5.67	22.59	5.67
	15-37		16-36		15-36		13-36		13-37	
<i>Años de consumo hasta 1er tratamiento</i>	4.29	4.78	5.85	4.59	5.64	4.15	7.05	5.43	5.67	4.75
	0-20		0-15		1-15		0-18		0-20	
<i>Tratamientos anteriores</i>	4.29	1.90	4.20	1.91	4.19	2.20	4.16	2.14	4.32	2.01
	2-8		2-8		2-9		2-8		2-9	
<i>Edad 1^{er} tratamiento metadona</i>	32.27	7.86	34.57	5.89	33.60	6.39	34.08	8.03	33.61	7.01
	19-54		24-45		22-46		22-53		19-54	
<i>Meses en Metadona (rango)</i>	28.92	23.82	37.80	25.55	42.31	26.8	44.02	30.23	38.18	26.60
	1-87		1-76		1-96		3-102		1-102	
<i>Dosis de metadona (rango)</i>	68.09	20.40	69.0	26.73	64.32	27.7	67.1	18.3	67.07	23.42
	30-100		30-140		15-120		30-100		15-140	

La Tabla 5 recoge los resultados de las comparaciones entre los distintos grupos de las variables clínicas, a través del análisis de varianza (ANOVA), confirmándose la ausencia de diferencias significativas ($p > .05$).

Tabla 5 *Estadístico F de Snedecor de las comparaciones entre grupos en las variables clínicas*

VARIABLES	F	p
<i>Edad de inicio del consumo</i>	.284	.837
<i>Años de consumo hasta 1^{er} tratamiento</i>	1.148	.335
<i>Nº de tratamientos anteriores</i>	.194	.900
<i>Edad del primer tratamiento con metadona</i>	.399	.754
<i>Meses en metadona</i>	1.350	.264
<i>Dosis de metadona inicial</i>	.155	.926

7.2. Instrumentos

En el proceso de evaluación se han utilizado diversos instrumentos, unos referidos a la evaluación clínica individual de los pacientes adictos que participan en el estudio y otro referido a la percepción sobre su funcionamiento familiar. En este proceso de evaluación se ha seguido la recomendación de diversos autores que proponen la utilización de instrumentos de evaluación que cuenten con propiedades psicométricas reconocidas y que hayan sido adaptados y validados en la población española (Saiz, González y Bascarán, 2005; Fernández y Pereiro, 2007).

La recogida de información inicial de las variables sociodemográficas y otras variables relacionadas con el proceso de adicción se ha realizado a partir de las Historias Clínicas de los pacientes en el C.M.O.T. (Anexo 1). La evaluación de la severidad de la adicción se ha realizado a través de la versión española de la 5ª edición de la entrevista clínica *Addiction Severity Index (A.S.I.)* (McLellan y cols., 1992; Guerra, 1992; González-Saiz, 1997) (Anexo 2), mientras que la evaluación psicopatológica se ha completado con el *Symptom Check List 90 - Reform (S.C.L.-90 R.)* (Derogatis, 2002; González de Rivera, 2002) (Anexo 3). La evaluación del funcionamiento familiar se ha basado en el modelo teórico desarrollado por David H. Olson (1986). Se utilizó para

ello la tercera versión de la *Escala de Cohesión y Adaptación Familiar (F.AC.E.S. III)* (Anexo 4).

Addiction Severity Index (A.S.I.)

El A.S.I. es una entrevista clínica semiestructurada para la evaluación multidimensional de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Consta de seis escalas, cuyas puntuaciones totales proporcionan una medida de la gravedad de cada uno de estos problemas: “*Consumo de Drogas y Alcohol*”, “*Estado Médico General*”, “*Estado Psicopatológico*”, “*Situación Legal*”, “*Relaciones Familiares-Sociales*” y “*Empleo-Apoyo*”. Cada escala tiene dos puntuaciones: la “*Valoración de la gravedad por el Entrevistador*” (V.G.E.) es un juicio clínico realizado a través de un procedimiento estandarizado y basado en las puntuaciones individuales de determinados ítems. Su valor oscila en un rango de 0-9 y se interpreta como una medida general del nivel de deterioro en un área determinada. La Puntuación Compuesta (P.C.) deriva de la suma ponderada de las puntuaciones de algunos ítems, su valor oscila en un rango de 0 a 1 y proporciona una medida de la gravedad de los problemas actuales evaluados por cada escala (30 días previos). El A.S.I. ha sido traducido y adaptado a la población española (Guerra, 1992; González-Saiz, 1997).

Las escalas que componen el A.S.I. son:

1. *Estado Médico General*. Esta escala se compone de 6 ítems y proporciona una medida de la gravedad (entendida como necesidad de tratamiento adicional), de la situación orgánica y de salud en general del paciente. Su finalidad no es, por tanto, establecer un diagnóstico médico, sino la necesidad de tratamiento adicional en este área. Evalúa la historia de hospitalizaciones, la presencia de problemas médicos crónicos y su eventual tratamiento y apoyo. Quedan excluidos de esta escala algunos problemas que son explorados específicamente en otras áreas. Así, el Delirium Tremens y la sobredosis por drogas se incluyen en la escala de “Consumo de drogas” y los síntomas psicopatológicos en la sección correspondiente. La segunda parte consta de

dos preguntas que evalúan la preocupación del paciente por sus problemas médicos y la necesidad percibida de tratamiento.

2. *Empleo y Apoyo*. Esta sección contiene 19 ítems que evalúan de forma global la situación laboral y formativa del sujeto, así como sus recursos económicos.

La primera parte determina el nivel más alto de educación general alcanzada por el entrevistado, así como la formación específica que le pueda capacitar para conseguir un empleo. Se registra además la posesión de carnet de conducir válido y la posibilidad de disponer de un automóvil. Se valora la profesión, ocupación, recursos y se analizan las características de los periodos de empleo. Finalmente, se evalúa el nivel de contribución al sustento familiar y las distintas fuentes de ingreso.

3. *Consumo de Drogas y Alcohol*. Esta sección determina la gravedad del consumo de drogas en general. Está constituida por un total de 22 ítems. Los 13 primeros evalúan el tipo, duración y la intensidad del consumo de otras tantas sustancias de abuso. Seguidamente, se explora la capacidad del sujeto para mantener la abstinencia y se registran los problemas específicos que aparecen como consecuencia del consumo ("Sobredosis" y "Delirium Tremens"). Las últimas preguntas valoran las características de los tratamientos que haya podido iniciar el sujeto para abandonar el consumo.

Cada una de las 13 sustancias de abuso consideradas en esta sección pueden determinar 3 respuestas diferentes: número de días de consumo en el último mes, número de años de "consumo regular" y vía de administración. Por otro lado, hay 5 ítems con respuestas diferenciadas para el alcohol y para "drogas" (cualesquiera distintas del alcohol).

Esta escala mide la gravedad del consumo entendida como la necesidad de tratamiento adicional y, por tanto, desde un modelo dimensional de evaluación. Por consiguiente, no se pretende establecer un diagnóstico del trastorno relacionado con el consumo (abuso o dependencia).

A diferencia de las otras escalas del A.S.I., aquí se obtienen dos puntuaciones de la V.G.E: una para el alcohol y otra para "otras drogas".

4. *Situación Legal.* Las preguntas de esta sección de la entrevista determinan la gravedad general de los problemas legales acumulados por el paciente. Valora la presión judicial para iniciar el tratamiento, así como el tipo y el número de arrestos y detenciones por distintos delitos. Finalmente, se registran encarcelamientos cumplidos y las condenas pendientes. La escala se compone de 25 ítems.

5. *Relaciones Familiares y Sociales.* A través de esta escala se registra la presencia o ausencia de antecedentes familiares de problemas psiquiátricos y de consumo de drogas y alcohol

Esta sección contiene 21 ítems y explora globalmente la situación personal del paciente respecto a su entorno familiar en relación con el consumo de drogas, así como la del grupo de relación más cercano al paciente. Finalmente, explora la capacidad de éste para establecer y mantener relaciones afectivas de cercanía, así como de conflictividad en las relaciones familiares y sociales más próximas.

6. *Estado Psicopatológico.* Esta sección proporciona una medida clínica global de la gravedad del estado psicopatológico y de la necesidad de una intervención a este nivel. No pretende llegar al diagnóstico de una determinada categoría o entidad nosológica.

La escala está constituida por un total de 11 ítems. En primer lugar, perfila la historia de tratamientos previos y apoyos por problemas de salud mental distintos de las drogodependencias. La parte central de la escala viene constituida por un grupo de ítems en los que se explora la presencia o ausencia de síntomas y síndromes psicopatológicos clínicamente significativos (depresión, ansiedad, alucinaciones, trastornos de la conducta, problemas cognitivos, ideas suicidas e intentos autolíticos). Se valora la posible presencia de estos síntomas en dos momentos diferentes: en el mes previo a la entrevista y durante "toda la vida previa". Sólo son valorables estos síntomas si aparecen en ausencia de los efectos del consumo de drogas (intoxicación o síndrome de

abstinencia), aunque no se especifican criterios temporales. Finalmente, se determina el tratamiento psicofarmacológico que pueda estar tomando y el número de días del último mes en que haya podido estar afectado por problemas psicopatológicos.

Al final de esta sección se incluye un grupo de ítems de comprobación en los que el clínico objetiva los síntomas que puedan estar presentes en el momento de la entrevista.

Las propiedades psicométricas del A.S.I. han quedado probadas a través de diversos de estudios (Brown, Seraganian y Shields, 1999; Chermack y cols., 2000; Leonhard, Mulvey, Gastfriend y Shwartz, 2000; Scheurich y cols., 2000), por lo que se puede afirmar que se trata de un instrumento válido y fiable. Se han realizado distintos tipos de análisis y sus resultados apoyan su uso y aplicación en distintos entornos culturales y para distintos grupos de pacientes (González Saiz y cols., 2002). Esto lo convierte en un instrumento de medida que aporta información válida y fiable para ser utilizado en la evaluación y en la investigación sobre la efectividad del tratamiento.

González Saiz (1997) analizó la consistencia interna para cada escala del A.S.I. en una muestra de pacientes con dependencia a opiáceos en nuestro país, obteniendo un valor alfa en torno al 0.70, oscilando entre el 0.55 para “Empleo/apoyo” y el 0.75 para “alcohol”.

Desde el punto de vista clínico, la utilización del A.S.I. permite describir las necesidades de los pacientes al inicio del tratamiento, asignar a los pacientes a las estrategias terapéuticas más adecuadas, y evaluar el resultado de las intervenciones (French, Salome, Sindelar y McLellan, 2002). En relación con esto, el A.S.I. es un buen instrumento para valorar la eficacia de los programas de tratamiento y determinar los resultados de éstos en función de la mejoría de los pacientes y, también, en función de los costes-beneficios (Ballard, 2003; Johnson, Wiechelt, Ahmed y Schwartz, 2003; Sindelar, Jofre-Bonet, French y McLellan, 2004). Por otra parte, existen algunos estudios que han utilizado los resultados de pacientes en el A.S.I. para tratar de averiguar qué áreas de este instrumento son las que mejor predicen el éxito en el tratamiento. En el estudio de Hanlon, O’Grady y Bateman, (2000), se vio cómo las

áreas que mejor predecían los resultados en el tratamiento eran la de empleo y apoyo y la de consumo de drogas. Otros estudios han utilizado los resultados del A.S.I. como variable predictora de retención en el tratamiento (Claus, Kindleberger y Dugan, 2002; McCaul, Svikis y Moore, 2001) y como variable predictora para que personas con problemas de abuso de sustancias soliciten ayuda formal (Siegal, Falck, Wang y Carlson, 2002).

Sympton Check List 90 - Reform (S.C.L.-90 R.)

El S.C.L.-90-R. es un cuestionario de autoinforme clínico multidimensional, adaptado a la población española, que sirve para valorar los síntomas psicopatológicos y el malestar psicológico de la población normal y la población psiquiátrica. Consta de 90 ítems que se puntúan e interpretan en términos de 9 dimensiones de síntomas primarios (somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, miedo-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres índices globales de malestar: el Índice General Sintomático (I.G.S.) que corresponde a la intensidad media de los 90 ítems, el Índice Positivo de Síntomas Estresantes (I.P.S.E.), que comprende el número medio de síntomas positivos experimentados por el paciente y el Total de Síntomas Positivos (T.S.P.).

Las subescalas incluyen las dimensiones sintomáticas de Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo.

1. *Somatización*: Esta dimensión comprende 12 síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal. Incluye síntomas relacionados con alteraciones neurovegetativas en general, sobre todo en los sistemas cardiovascular, respiratorio, y muscular. Constituye el grueso de las manifestaciones psicósomáticas o funcionales, aunque es preciso tener en cuenta que también puede reflejar una patología médica subyacente.

2. *Obsesión-Compulsión*: Los 10 ítems que comprende esta dimensión describen conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que

generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias y procesos cognitivos característicos de los trastornos y personalidades obsesivas. Está muy relacionada con el síndrome clínico del mismo nombre.

3. *Sensibilidad Interpersonal*. Esta dimensión está formada por 9 ítems que recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, inhibición en las relaciones interpersonales. Los sujetos con puntuaciones altas en esta escala son autorreferenciales y tienen expectativas negativas de sus relaciones interpersonales.

4. *Depresión*. Esta dimensión de 13 ítems recoge signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos. Incluye vivencias disfóricas, de desánimos, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos.

5. *Ansiedad*. Los 10 ítems de esta dimensión sintomática son los clásicamente referidos a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda ("pánico"). Incluye también signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas.

6. *Hostilidad*. Los 6 ítems de esta dimensión hacen referencia a pensamientos, sentimientos y conductas, propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.

7. *Ansiedad Fóbica*. Esta dimensión está formada por 7 ítems que pretenden valorar las distintas variantes de la experiencia fóbica, entendida como un miedo persistente, irracional y desproporcionado, generalmente complicado por conductas evitativas o de huida. Sin embargo, están más representados y tienen un mayor peso en esta dimensión los síntomas relacionados con agorafobia y fobia social que los típicos de la fobia simple.

8. *Ideación Paranoide*. Los 6 ítems de esta dimensión sintomática recogen distintos aspectos de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como la

respuesta a un trastorno de ideación. Incluye características propias del pensamiento proyectivo, como suspicacia, centralismo autoreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.

9. *Psicoticismo*. Esta dimensión consta de 10 ítems que configuran un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia y la esquizotipia leve hasta la psicosis florida. En la población general esta dimensión está más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.

El S.C.L.-90-R. consta además de una escala adicional (síntomas misceláneos), compuesta de 7 ítems que son indicadores de la gravedad del estado del sujeto, pero que no constituyen una dimensión sintomática específica. Aunque los criterios psicométricos no permiten asignarlos a ninguna dimensión en particular contribuyen a las puntuaciones globales.

El *Índice General Sintomático* (I.G.S.) representa el nivel actual de la profundidad del trastorno. Se utiliza en esta investigación como una simple medida psicopatológica. Combina información sobre el número de síntomas y la intensidad del malestar psíquico percibido.

El *Índice Positivo de Síntomas Estresantes* (I.P.S.E.) es una medida de intensidad pura corregida para un número de síntomas. Se utiliza como medida del estilo de respuesta, en el sentido de informar si el paciente está aumentando o atenuando el malestar sintomático en su estilo de referirse a su trastorno.

El *Total de Síntomas Positivos* (T.S.P.) es un contador de número de síntomas que el paciente puntúa de forma positiva, independientemente del grado de severidad en que puntúe. Cuando se utiliza conjuntamente con el I.G.S., la información sobre el estilo de respuesta y el número de síntomas respondidos afirmativamente, pueden ser muy útiles en la descripción clínica del caso.

Resultados de estudios con muestra española (González de Rivera y cols., 2002) sugieren buena fiabilidad de la prueba, siendo coherentes con los del autor (Derogatis, 2002). Los coeficientes alpha oscilan entre 0.81 y 0.90. La estabilidad temporal (entre 0.78 y 0.90) con un intervalo test-retest de una semana, muestra estabilidad de las puntuaciones a lo largo del tiempo. Otros estudios de validez muestran la relación entre el perfil de las dimensiones sintomáticas y el grupo diagnóstico al que pertenece la muestra clínica, encontrando puntuaciones significativamente mayores en las muestras psiquiátricas que en las muestras no clínicas (De las Cuevas y González de Rivera, 1991). Los estudios originales del autor con muestras americanas evidencian validez de constructo (Derogatis y Cleary, 1977) y convergente dadas las altas correlaciones de las dimensiones sintomáticas con el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (M.M.P.I.) en pacientes psiquiátricos (Derogatis, Rickels y Rock, 1976), así como validez de criterio o empírica (Derogatis, 2002).

Escala de Cohesión y Adaptación Familiar (F.A.C.E.S. III)

Es la tercera versión que se ha realizado de las *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (Olson, 1986), desarrollada para evaluar las dos dimensiones del Modelo Circumplejo: *la cohesión y la adaptación familiar*. Es una escala compuesta de 20 ítems tipo likert de cinco alternativas.

1. *Cohesión familiar*. Evalúa el grado de unión o separación entre cada miembro y el grupo familiar. Se define como el vínculo emocional que tienen entre sí miembros de la familia. Los conceptos específicos empleados para diagnosticar y medir la cohesión son el vínculo emocional, los límites, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones, los intereses y las distracciones.

2. *Adaptación familiar*. Tiene que ver con el grado en que el sistema familiar es flexible y capaz de adaptarse a los cambios provocados, bien por una situación concreta, bien por el desarrollo normal familiar a lo largo del ciclo vital. Se define como la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, los roles en la relación, las reglas en respuesta al estrés situacional y al desarrollo vital. Los conceptos específicos empleados para diagnosticar y medir la dimensión de

adaptabilidad son el poder familiar (asertividad, control, disciplina), el estilo de negociación, los roles y las reglas de la relación.

Olson Sprenkle y Russell (1983) incorporaron al modelo la “comunicación” como una dimensión facilitadora que permite a las familias moverse en las otras dos dimensiones, es decir, aumentar o disminuir los grados de cohesión o adaptación según las necesidades.

En el modelo circumplejo se distinguen cuatro niveles en la cohesión familiar, que varían desde la cohesión extrema baja a la extrema alta: *desprendida, separada, unida, enredada*. Hay también cuatro niveles en adaptación familiar, que van desde la adaptación extrema baja (cambio) a la extrema alta: *rígida, estructurada, flexible y caótica*. En ambas dimensiones las formas moderadas y equilibradas son las que corresponden a un óptimo funcionamiento familiar; los niveles extremos son considerados más problemáticos en las familias.

A partir de estos cuatro tipos de cohesión y de adaptación, y en función de la combinación entre ellos pueden identificarse 16 tipos de sistemas familiares o conyugales: 4 de estos dieciséis tipos son moderados en ambas dimensiones (tipos familiares equilibrados); 8 tipos son extremos en una sola dimensión (tipos medios) y 4 tipos son extremos en ambas dimensiones (tipos extremos).

La adaptación del F.A.C.E.S. III para su empleo en muestra española fue desarrollada por Polaino-Lorente y Martínez (1995). La confiabilidad para la escala total, evaluada a través del coeficiente de alpha de Cronbach fue de 0.78. Dado que el análisis factorial realizado por estos investigadores los llevaron a identificar 6 factores y no sólo dos como habían obtenidos los autores de la escala, calcularon los coeficientes de confiabilidad alpha de Cronbach para cada uno de los factores, los que variaron entre $r = .67$ y $r = .37$; concluyeron que la versión indicada es adecuada siempre y cuando se tengan en cuenta las limitaciones de la dimensión de adaptabilidad.

7.3. Procedimiento

Un total de 109 pacientes se encontraban en tratamiento con metadona en el C.M.O.T. al inicio de la investigación, lo que representaba un 62.28% del total de pacientes en programas de tratamiento en el Centro.

A través de un proceso de análisis y evaluación de las Historias Clínicas de dichos pacientes, el equipo técnico del Centro valoró la adecuación de la muestra de pacientes a los criterios de inclusión y exclusión para esta investigación.

Finalmente, cumplieron los criterios un total de 82 pacientes que se asignaron al azar a los 4 grupos que comprenden las 3 condiciones de tratamiento: Psicoterapia Multifamiliar, en el que participaron 41 pacientes divididos en dos grupos de 20 y 21 pacientes respectivamente, Grupo Multifamiliar Educativo, con un total de 22 pacientes y Grupo de Metadona y Consejo Individual con un total de 19 pacientes.

1. *Psicoterapia Multifamiliar* (n=41): Se acordó con las familias un total de 10 sesiones quincenales de Psicoterapia de Grupo Multifamiliar con Equipo Reflexivo, con el objetivo de ofrecer ayuda, orientación y terapia familiar en los temas que son de su mayor interés. Se afirmaba, en la carta enviada, que de una u otra forma, los miembros de la familia habían estado ligados al problema de la droga y que en estos momentos se trataría de aprovechar los recursos de la propia familia para seguir mejorando. Las sesiones solían incluir a algunos miembros de la familia o la familia entera, especialmente en las fases iniciales, y todas las sesiones fueron grabadas en vídeo. Todas las familias realizaron al menos 2 sesiones y el nivel de asistencia fue: 13 familias (31.7%) acudieron a un total de entre 8 y 10 sesiones, 7 familias (17.1%) participaron en más de 10 sesiones, y 51.2% restante acudió a un total de entre 2 y 8 sesiones. Aunque el límite fijado eran 10 sesiones, se atendieron a estas 7 familias durante más de 10 sesiones, dadas las necesidades específicas que presentaron en el momento de la finalización.

Los dos grupos de la condición de tratamiento de Psicoterapia Multifamiliar, formados por 20 y 21 pacientes respectivamente, fueron conducidos por 2 terapeutas familiares distintos y se crearon 2 Equipos Reflexivos, uno para cada grupo.

Todos los terapeutas que participaron en el Grupo de Psicoterapia Multifamiliar eran psicólogos. Los “conductores” de los 2 grupos fueron 2 terapeutas familiares (uno hombre y otra mujer), con amplia formación y experiencia en el tratamiento familiar y manejo de grupos. El Equipo Reflexivo estuvo conformado por 11 terapeutas. De ellos, 2 eran hombres y 9 mujeres con un promedio de edad de 28 años. Cada equipo reflexivo estaba formado por un total de entre 4 y 6 terapeutas. Todos los terapeutas del Equipo Reflexivo contaban con una formación básica en Psicoterapia familiar dentro de un programa universitario de Postgrado, denominado “Máster en Psicoterapia Relacional”. La evaluación de la eficacia de las distintas condiciones de tratamiento ha sido hecha por evaluadores independientes del equipo de terapeutas, tratando así de separar la dispensación del servicio de la comprobación de su eficacia.

2. *Grupo Multifamiliar Educativo* (n=19) Este programa requería que la familia asistiera una vez cada quince días a sesiones educativas con la participación de expertos (charlas-coloquio). Estas sesiones trataron sobre cuestiones relacionadas con la salud familiar, las relaciones de pareja, la comunicación en la familia, etc. El programa se explicaba a través de una carta de convocatoria personalizada, en la que se decía que las familias, a veces, cuando tienen dificultades, necesitan aclarar sus dudas a partir de la opinión de expertos. En el grupo de Multifamiliar Educativo han participado un total de 10 especialistas (profesionales de la psicología, de la educación, del trabajo social y de la medicina), expertos en diferentes materias (relaciones familiares, salud familiar, sexualidad, etc.), externos al C.M.O.T.

El grupo multifamiliar educativo sirvió como comparación o control de los efectos que producía en la familia la asistencia a sesiones quincenales. Este es un aspecto importante teniendo en cuenta que la mayoría de las familias rara vez se reunían para actividades familiares. En este sentido, el programa se convertía en una definida intervención familiar de tipo educativo. Todas las familias asistieron a un mínimo de 2 sesiones y a un máximo de 6.

3. *Metadona y consejo individual* (n=21). En este grupo participaron adictos del C.M.O.T. que reunían todas las condiciones para ser incluidos en el estudio, pero que no fueron seleccionados para ninguno de los grupos de tratamiento familiar. Se sometieron a los procedimientos habituales de tratamiento del Centro y recibieron mantenimiento con metadona, consejo individual y otros servicios. Tenían asignado un terapeuta de referencia y siguieron su proceso en el programa del C.M.O.T., igual que los adictos de los grupos multifamiliares. En comparación con los pacientes de los tratamientos familiares, este grupo nos brinda una estimación base de los resultados del tratamiento que se pueden esperar con sujetos similares en un programa de tratamiento con metadona. Debe señalarse que ésta era la condición estándar de “tratamiento habitual”. En consecuencia, todos los pacientes de la investigación recibieron tratamiento con metadona y consejo individual.

El tratamiento con metadona de los pacientes del C.M.O.T. se realiza de forma ambulatoria y dentro de un programa autorizado, que requiere que la persona que se encuentre en él tenga una supervisión clínica continuada, en la que se le facilite la administración de la dosis correspondiente de metadona.

La metadona es dispensada por el personal sanitario de los Centros de Salud en dosis que se administran por vía oral, que suelen oscilar entre los 20 y 140 mgrs./día.

La prescripción de una dosis única diaria pretende modificar patrones de conducta asociados al consumo de heroína y facilita la adaptación entre el personal clínico y las personas dependientes.

El tratamiento con metadona que se realiza en el Centro contempla tres niveles de exigencia: *alto, medio y bajo umbral*. Los tratamientos de *bajo umbral* no están orientados a la abstinencia de opiáceos. Los objetivos son los de admitir y mantener en tratamiento sustitutivo con metadona al mayor número de pacientes con adicción a opiáceos. El único criterio de admisión utilizado es la existencia de un diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos (D.S.M.-IV). Los criterios de alta forzada están relacionados con la violencia y el tráfico ilegal en el Centro. Habitualmente, se sigue un criterio de administración de dosis altas y la expectativa de duración del tratamiento es a

largo plazo. Los pacientes en este nivel de exigencia toman la metadona diariamente en el Centro de Salud.

Los programas de *medio y alto umbral* suponen un nivel de exigencia mayor. La realización de controles de orina supervisados de forma semanal o quincenal para detectar el consumo de heroína o cocaína y la asistencia a las entrevistas concertadas con el equipo profesional favorecen la inclusión de estos niveles del programa. Cuando los controles de orina son repetidamente negativos, es decir, no se detectan consumos de drogas ilegales, los pacientes pasan a niveles de mayor exigencia. Los pacientes recogen la metadona para llevar a casa dos veces por semana (medio umbral), o una vez a la semana (alto umbral). Si se producen consumos reiterados de heroína o cocaína y/o el "abandono" de las actividades asistenciales previstas (consultas médicas, psicológicas o controles toxicológicos), los pacientes pasan a niveles de menor exigencia. Es el terapeuta de referencia quien toma la decisión sobre el nivel de exigencia del programa de metadona en que se encuentra cada paciente y su consecuente tipo de dispensación.

La Tabla 6 muestra los distintos tipos de programas de Tratamiento con Metadona del C.M.O.T. según el nivel de exigencia. Cada tipo contempla un perfil de usuarios característico, así como los objetivos básicos de la intervención profesional llevada a cabo en el proceso de tratamiento.

Una de las intervenciones de tipo psicosocial básica que realizan el médico y el psicólogo en el C.M.O.T. con los pacientes en tratamiento con metadona es la labor de consejo. A través de esta intervención, se trata de identificar y abordar los problemas actuales con los que se encuentra el adicto, en particular los relativos al consumo de sustancias.

La labor de Consejo Individual consiste en la provisión de apoyo y estructura, la monitorización de la conducta, la motivación para la abstinencia y el ofrecimiento de servicios concretos, como la derivación a servicios de orientación laboral, servicios médicos o asesoramiento legal. Intenta modificar la dependencia y/o el abuso mediante

Tabla 6 *Perfil de usuarios y objetivos de la intervención según tipos de programa de Tratamiento con Metadona*

<i>Tipos de usuarios</i>	<i>Objetivos</i>
<i>Bajo umbral de exigencia</i>	
Usuarios que no se plantean la abstinencia.	<i>Información, orientación y asesoramiento.</i>
Usuarios con escaso o nulo soporte familiar.	<i>Reducción de daños: abandono de vía intravenosa (I.V.), prácticas sexuales de riesgo, disminución del consumo.</i>
Usuarios que no tienen un entorno social o laboral estable.	<i>Mejora de la calidad de vida: acceso a otros dispositivos asistenciales, derivación a recursos sanitarios.</i>
Usuarios con patologías orgánicas y/o psiquiátricas con nula adherencia al tratamiento.	<i>Derivación a otros recursos sociales para la cobertura de necesidades básicas: vivienda, alimentación, empleo.</i> <i>Derivación a otros recursos para asuntos jurídicos.</i>
<i>Medio umbral de exigencia</i>	
Usuarios que no se plantean a corto o medio plazo un Programa Libre de Drogas (P.L.D.)	<i>Información, orientación y asesoramiento.</i>
Usuarios con escaso soporte familiar.	<i>Reducción de daños.</i>
Usuarios que no tienen un entorno social o laboral estable.	<i>Mejora de la calidad de vida.</i>
Usuarios con patologías orgánicas y/o psiquiátricas con escasa o nula adherencia a otros tratamientos.	<i>Derivación a otros recursos sociales para la cobertura de necesidades básicas.</i> <i>Derivación a otros recursos sociales: aspectos jurídicos.</i>
<i>Alto umbral de exigencia</i>	
Usuarios con demanda específica de tratamiento con Metadona que no se plantean a corto plazo un P.L.D..	<i>Abstinencia del consumo de opiáceos y cocaína.</i>
Usuarios en espera de ingreso en otros recursos asistenciales, como paso previo a PLD.	<i>Cumplimiento de tratamientos de patologías asociadas.</i>
Usuarios con buen soporte familiar y sociolaboral.	<i>Abandono de prácticas sexuales de riesgo.</i>
Usuarios en los que no esté indicado un programa de menores niveles de exigencia.	<i>Mantenimiento y mejora de la situación social y laboral.</i> <i>Implicación a nivel en el proceso de tratamiento.</i> <i>Consenso con el paciente y su familia de objetivos de P.L.D. a corto/medio plazo.</i> <i>Mantenimiento del tratamiento con Metadona a largo plazo en casos de pacientes con buena integración familiar, social y laboral, con fracasos previos en PLD.</i>

la identificación de los problemas y conductas cotidianas que contribuyen al consumo de sustancias y proporciona servicios concretos para superar estos problemas.

El Consejo intenta asistir al paciente en el tratamiento de las consecuencias relacionadas con la adicción, que a menudo se han convertido en parte de las vidas de los pacientes. Sin embargo, el enfoque adoptado en el consejo es concreto y específico, más cercano a los procesos de orientación que a los de psicoterapia clásica (Ríos, 1994). En este sentido, se utilizan sobre todo técnicas como la clarificación, información y apoyo.

La convocatoria familiar se realizó a través de una carta tipo que se envió a cada uno de los pacientes de los grupos de Psicoterapia Multifamiliar y Educativo, así como a cada uno de sus familiares en su unidad de convivencia. Dicha carta, fue elaborada por el Equipo de Terapeutas Familiares que condujeron los grupos psicoterapéuticos, así como por el equipo técnico del C.M.O.T. A través de ella, se convocaba de forma personalizada a todos los miembros familiares a una sesión inicial para informarles de los programas de intervención familiar (Anexo 5).

Para la evaluación inicial se distinguieron las siguientes fases:

a) Evaluación clínica de la adicción a opiáceos

En la evaluación de la efectividad del tratamiento de los pacientes con trastornos adictivos es necesario hacer una definición clara y operativa de las dimensiones que constituyen el concepto de resultado, así como disponer de un instrumento que sea válido y fiable. Debe medirse el estado actual del paciente, no sólo respecto del grado de consumo de sustancias de abuso, sino también del nivel de deterioro de cada una de las áreas más comúnmente afectadas por su consumo (González Saiz y cols., 2002).

La evaluación de la Severidad de la Adicción a opiáceos de todos los sujetos que participaron en esta investigación se realizó a través de una entrevista clínica estructurada individual. Dichas entrevistas fueron realizadas por 2 psicólogos clínicos utilizando para ello el *Addiction Severity Index* (Mc Lellan y cols., 1992).

Posteriormente, se les administró a todos los sujetos el inventario de síntomas psicopatológicos S.C.L.-90-R. (Derogatis, 2002).

La información obtenida a través de la entrevistas clínicas (ASI) y de medidas de autoinformes (SCL-90 y CAF), han sido contrastadas con métodos bioquímicos (análisis de metabolitos de orina para determinar objetivamente la abstinencia de drogas legales e ilegales, así como otros marcadores directos e indirectos del consumo), y con información obtenida, predominantemente de familiares, amigos y profesionales de otros servicios, según el protocolo que se sigue en el C.M.O.T.

b. Evaluación del funcionamiento y las relaciones familiares

Para la evaluación del funcionamiento familiar se administró a todos los pacientes que participaron en los grupos multifamiliares la *Escala de Evaluación, de adaptabilidad y cohesión familiar* (F.A.C.E.S. III)

Tras un periodo comprendido entre los 1 y 3 meses de la finalización de la intervención se procedió a la evaluación clínica de los participantes en el estudio. Dicha evaluación comprendió:

1. La Severidad de la Adicción, que se realizó a través de una entrevista clínica estructurada individual realizada por los psicólogos que efectuaron la entrevista inicial y utilizando el A.S.I. Igualmente, se les administró a todos los pacientes el S.C.L.-90-R.

2. Evaluación del funcionamiento y las relaciones familiares, que fue realizada a través de la administración del F.A.C.E.S. III.

La evaluación de seguimiento se realizó transcurridos dos años de la evaluación final. Para ello se recogió información de la situación de los pacientes, a través del equipo profesional (médico y psicólogo) del C.M.O.T. Se establecieron una serie de criterios de evaluación y se clasificó la evolución general registrada en tres tipos: a) pacientes que han mejorado, b) pacientes que se mantienen estables y c) pacientes que

han empeorado. En la Tabla 7 se recogen los criterios que se han utilizado para clasificar la evolución registrada de los pacientes de la investigación.

Para dicha evaluación no se tuvieron en cuenta aquéllos pacientes que perdieron el contacto con el centro y de los que se carecía de información y de los pacientes que fallecieron o ingresaron en prisión en este periodo.

Tabla 7 *Criterios para determinar la evaluación del seguimiento*

<i>Criterios de evolución favorable</i>	<i>Criterios de evolución desfavorable</i>
<i>Alta terapéutica</i>	<i>Expulsión</i>
<i>En programas terapéuticos libres de drogas</i>	<i>Abandono voluntario</i>
<i>Menores dosis de metadona</i>	<i>Problemas de salud</i>
<i>Abstinencia de drogas</i>	<i>Problemas psicopatológicos</i>
<i>Empleo estable</i>	<i>Consumo de drogas</i>
<i>Mejora de las relaciones familiares</i>	<i>Conflictividad familiar</i>
<i>Reducción de actividades ilegales</i>	<i>Actividades ilegales (tráfico de metadona)</i>
<i>Uso productivo del tiempo (formación y empleo)</i>	
<i>Situación estable y autónoma</i>	
<i>Criterios de estabilidad</i>	
<i>En programa de metadona. Similares dosis y privilegios (Llevar a casa)</i>	
<i>Contacto con el Centro de Tratamiento</i>	
<i>Controles toxicológicos periódicos</i>	

A las 41 familias que componen los 2 grupos de Psicoterapia Multifamiliar se les aplicó un modelo de terapia que hemos definido como Psicoterapia Multifamiliar con Equipo Reflexivo, que describiremos a continuación.

La terapia aplicada al Grupo de Psicoterapia Multifamiliares es una terapia breve, en la que se desarrollan un total de 10 sesiones (estando la media en torno a 6 sesiones) de dos horas de duración y con una periodicidad quincenal.

El trabajo terapéutico se realiza en equipo. El terapeuta conductor del grupo inicia la conversación con las familias, mientras el Equipo Reflexivo sigue la sesión en la misma sala, aunque en una situación de cierta distancia del grupo. Después de en torno a 60 minutos de conversación, bien el terapeuta conductor del grupo, bien el Equipo Reflexivo, solicitan la intervención de éste y pasan a conversar sobre lo oído y escuchado a lo largo de la sesión. Generalmente, el Equipo interviene una sola vez (excepcionalmente dos intervenciones), con una duración aproximada que oscila entre 5 y 10 minutos. El número de integrantes del Equipo Reflexivo se mantuvo para todas las sesiones grupales multifamiliares entre 4 y 6 miembros.

Dada la vinculación del Equipo Reflexivo con los presupuestos sistémicos, su funcionamiento está relacionado con algunos aspectos de la terapia sistémica:

- a) *Circularidad*. Durante el transcurso de la entrevista se trata de facilitar la aparición de contenidos que permitan una construcción “circular”, en el sentido que se pretende formular una visión “sistémica” del problema.
- b) *Neutralidad*. Otra de las premisas de este formato es la de tratar de mantener, tanto por parte de los entrevistadores, como por parte del Equipo Reflexivo, una posición neutral hacia los participantes y sus percepciones de la realidad.
- c) *Mantener un nivel bajo de hipotetización*. A diferencia del Grupo de Milán, el Equipo Reflexivo trata de no aferrarse a las hipótesis y centrarse más en la ampliación de diversas perspectivas.

En la primera parte de la sesión inicial, el terapeuta interacciona con las familias participantes, mientras que el Equipo Reflexivo, que ha sido presentado inicialmente, observa la sesión en silencio. En esta primera parte de la sesión el terapeuta conductor del grupo ofrece información a las familias participantes sobre la forma de trabajo en equipo, las instalaciones (soportes de grabación, participación del Equipo Reflexivo, etc.) y la petición de autorización para el permiso de grabación (Anexo 6).

En esta fase inicial de la primera sesión, se da gran importancia a la negociación del permiso de grabación. Por tanto, el terapeuta dedica esta parte de la sesión a tejer

una relación de confianza con las familias del grupo y a establecer la alianza terapéutica. El terapeuta trabaja con las familias sobre las ventajas e inconvenientes de la grabación, explorando sus sentimientos sobre este tema y respondiendo a los interrogantes que planteen los miembros familiares.

De forma estratégica, el terapeuta conductor del grupo va a inducir en esta “etapa social de la sesión” que los miembros familiares conversen acerca de quiénes son, sobre su historia y algunas de las preocupaciones que tienen acerca del proceso global de tratamiento.

El terapeuta conductor va a ir introduciendo a partir de las conversaciones con las familias lo que se va a constituir como objetivo de la Psicoterapia Multifamiliar, a partir de los temas de preocupación y sufrimiento de los últimos años, conversando sobre otros intentos anteriores de solución y de la formas en que el problema se mantiene y se relacionan con ellos.

En esta parte de la sesión, el objetivo del terapeuta es conocer el modo en que las familias definen y construyen los problemas y obtener información sobre cómo poner en funcionamiento las posibles soluciones y tratar de establecer los objetivos generales de la psicoterapia y en qué consistiría el éxito del tratamiento para las familias.

En este apartado, el terapeuta recaba información acerca de las consideraciones de la familia de lo que podrían aportarles las sesiones de psicoterapia multifamiliar y qué cambios serían necesarios y cómo podrían producirse. El objetivo de esta parte de la sesión es introducir en las familias expectativas positivas acerca del cambio y propiciarlo.

Tras la conversación con las familias participantes, el Equipo Reflexivo solicita intervenir, o bien es solicitado por el terapeuta conductor del grupo. Durante la intervención del Equipo, los diferentes miembros reflexionan en voz alta acerca de lo acontecido durante la sesión y cada uno aporta su propia perspectiva sobre la

información revelada. Entre los tipos de reflexiones (Tomm, 1987) utilizadas por el equipo nos encontramos:

- a) *Reflexiones orientadas al futuro.* Pretenden introducir posibilidades hipotéticas que permiten al terapeuta compartir sus propias ideas en un proceso de co-creación, junto con la familia, de un futuro. Se emplean para estimular a las familias a que tomen en consideración posibilidades que puede que nunca haya considerado por sí mismas, pero que son compatibles con sus valores y creencias preexistentes.
- b) *Reflexiones que colocan en la perspectiva de observador.* Este tipo de reflexiones están dirigidas a aumentar la habilidad de los miembros de la familia para distinguir conductas, eventos o patrones que no han distinguido todavía, o para ver la importancia de ciertas conductas y eventos al reconocer su papel como eslabones o conexiones en patrones de interacción en curso.
- c) *Reflexiones de cambio inesperado de contexto.* Se centran en poner de manifiesto aquello que ha sido enmascarado o perdido. Los miembros de la familia con frecuencia se empeñan en ver ciertos eventos desde una perspectiva, y sus opciones de conducta quedan consiguientemente limitadas.
- d) *Reflexiones con sugerencia implícita.* Son útiles cuando los miembros de la familia necesitan que se les dé un empujón un poco más específico. En cada reflexión se incluye algún contenido concreto que señala en una dirección que considera potencialmente fructífera.
- e) *Reflexiones de comparación normativa.* Estas reflexiones van dirigidas a familias con problemas que tienden a experimentar ellos mismos como desviados o anormales. Individualmente, desarrollan el anhelo de llegar a ser normales. El equipo terapéutico puede aprovechar este deseo y ayudar a los miembros de la familia a orientarse hacia patrones más sanos pidiéndoles que hagan comparaciones relevantes.
- f) *Reflexiones que clarifican distinciones.* Pueden ser útiles cuando las atribuciones causales de los miembros de la familia no están claras, son pocas las probabilidades de ser consistentes o coordinar los esfuerzos de resolución de problemas. Estas reflexiones pueden ayudar a clarificar

atribuciones causales que ya mantienen los miembros de la familia pero que no son consistentes ni están claras.

- g) *Reflexiones que introducen hipótesis.* Las hipótesis clínicas son explicaciones, tentativas que sirven para orientar y organizar la conducta terapéutica de los terapeutas. Es razonable asumir que también podrían servir para orientar y organizar la conducta auto-curativa de los miembros de la familia. Si no existe una buena razón para retener la hipótesis de trabajo del terapeuta, puede que éste enriquezca la capacidad de la familia de encontrar soluciones nuevas, por su cuenta, mediante la introducción de hipótesis heurísticas en forma de preguntas reflexivas.
- h) *Reflexiones que interrumpen el proceso.* Se suelen utilizar en numerosas ocasiones cuando se considera necesario interrumpir un proceso que no resulta beneficioso para la terapia. Es, sin duda, una forma más elegante de manejar este problema tan común en terapia.

Habitualmente, las reflexiones de los miembros del equipo incluyen una o varias de las siguientes técnicas no directivas (Rojí, 1999; Garrido y Fernández-Santos, 1997):

- b) *Sondeo:* Reflexiones que contienen preguntas directas acerca de los problemas de los pacientes.
- c) *Afirmación de la Capacidad:* Son reflexiones en las que el miembro del Equipo Reflexivo pone de manifiesto verbalmente la capacidad del paciente para realizar una actividad concreta.
- d) *Confrontación:* Reflexiones en las que se describen algunas discrepancias o distorsiones que aparecen en los mensajes o las conductas de los usuarios.
- e) *Interpretación:* Reflexiones en las que se ofrece verbalmente una forma distinta de concebir el problema.
- f) *Clarificación:* Reflexiones en las que la intención es que el usuario haga más explícito su mensaje.
- g) *Paráfrasis:* Reflexiones en las que se repite el contenido cognitivo del mensaje del usuario (situaciones, sucesos, personas, objetos e ideas).
- h) *Reflejo:* Reflexiones que recogen la parte afectiva del mensaje de los usuarios.

- i) *Resumen*: Reflexiones en las que se sintetiza la información transmitida por los usuarios dándoles una coherencia o una estructura común.
- j) *Autorrevelación*: Reflexiones en las que el miembro del Equipo Reflexivo transmite informaciones sobre sí mismo.
- k) *Inmediatez*: Reflexiones que realiza un miembro del Equipo Reflexivo acerca de conductas, ideas o sentimientos que muestra el usuario/s en el aquí y ahora dentro de la sesión.

El trabajo terapéutico del Equipo reflexivo puede incluir algunos otros elementos narrativos, como:

- a) *Connotación al problema*: Suele usarse cuando los miembros del Equipo Reflexivo han de mostrar una visión positiva de una determinada conducta, o algún pensamiento que resultan problemáticos para los pacientes.
- b) *Metáforas*: Suponen elementos narrativos que utiliza un lenguaje figurado para expresar lo que se desea transmitir.
- c) *Dilemas*: Argumentos formados por dos proposiciones contrarias disyuntivas.
- d) *Poesías*: Son elementos narrativos que dan más fuerza a la reflexión dando estructura en verso.
- e) *Canciones*: Son composiciones en verso cantadas.
- f) *Silencios*: En las reflexiones se suelen utilizar provocando la situación de estar callados o expresando verbalmente la decisión de no intervenir.
- g) *Subrayados*: Supone recalcar alguna frase o parte de ella con el objetivo de enfatizar mediante repetición y/o cambios de volumen.

Por último, se señalan algunos de los elementos empáticos que pueden ser utilizados por los miembros del Equipo Reflexivo, en el transcurso de sus reflexiones:

- a) *Utilizar nombres propios de los usuarios*.
- b) *Utilizar frases textuales de los propios usuarios*.
- c) *Uso de auto-revelaciones, ofreciendo información sobre sí mismos*
- d) *Expresión de sentimientos con una exposición de cómo se han sentido a lo largo de la entrevista*.

Tras la intervención del Equipo Reflexivo se produce habitualmente un silencio que el terapeuta conductor permite y facilita (en torno a 1 minuto de duración), a la espera de que espontáneamente los pacientes y sus familias retomen aquellos aspectos de la intervención que les han llamado la atención, les han gustado o no, les sirven, etc.

Tal y como Garrido y Fernández-Santos (1997) han señalado, las intervenciones espontáneas de los clientes son consideradas más valiosas y clínicamente significativas, ya que pueden ser consideradas intervenciones que “resuenan” en el sistema de constructos familiares y por lo tanto guardan algún denominador común con el sistema de significados compartidos. Las respuestas espontáneas dadas por los clientes son “privilegiadas” para, posteriormente, ser utilizadas por el terapeuta para desarrollar nuevas tramas e hilos narrativos conjuntos.

En las situaciones en que no se producen respuestas espontáneas, el terapeuta retoma aquellas intervenciones del Equipo Reflexivo que le sugieren aspectos interesantes para la relación terapéutica, la comprensión de las relaciones familiares, la expresión de sentimientos o bien abren nuevos caminos en la exploración familiar.

La finalización y el cierre de la sesión es considerado muy importante dentro del proceso terapéutico, al transmitir a los pacientes y sus familias una sensación de unidad y coherencia dentro del procedimiento. En esta parte de la sesión, el peso recae sobre el terapeuta conductor del grupo que devuelve a las familias sus impresiones y le informa sobre aspectos importantes.

En esta parte, el terapeuta que conduce el grupo incluye su propia versión acerca de las posibilidades de ayuda que pueden recibir los pacientes a través del formato de tratamiento, desde una postura muy similar a la planteada por el Equipo Reflexivo. Incluye habitualmente un resumen de la sesión, de los aspectos principales que se han tratado y una devolución de las impresiones personales acerca de la situación planteada y de las posibilidades de mejora.

El terapeuta explica las condiciones en que se desarrollarán las sesiones de psicoterapia de grupos multifamiliares, número de sesiones, duración y periodicidad de

las mismas, etc. Se finaliza convocando a las familias en fecha y hora a la siguiente sesión.

Una vez finalizada la sesión multifamiliar, el terapeuta que conduce el grupo se reúne con los miembros del Equipo Reflexivo. Se revisan las intervenciones y se amplían las ideas alternativas que han surgido durante la sesión y al mismo tiempo se trabaja con las emociones de los terapeutas.

Previamente al desarrollo de cada sesión de grupo multifamiliar, el terapeuta que conduce el grupo y el Equipo Reflexivo analizan (de forma individual) los contenidos que han registrado en la sesión (o sesiones) anterior. Esto facilita al equipo terapéutico tener la sensación de proceso continuado en el tiempo y de cambio progresivo.

Las siguientes sesiones de grupo se inician por parte del terapeuta conductor indagando sobre los cambios aparecidos tras la última sesión. Durante estas entrevistas se propicia, a través de preguntas circulares, la aparición de información relevante sobre el funcionamiento del sistema familiar en torno a los síntomas y la posición de los distintos miembros familiares en relación con las distintas áreas que presentan afectadas. La actuación del terapeuta tiene una doble función:

- a) Poner de manifiesto información relevante que permita la construcción de realidades alternativas más funcionales, partiendo de las ideas y sentimientos que presentan cada miembro del grupo.
- b) Conectar las aportaciones de cada familia y buscar los aspectos comunes a las diversas experiencias en los intentos de solución y los sentimientos asociados.

En ocasiones, cuando se incorporan familias nuevas el terapeuta puede sugerir a alguno de los miembros más veteranos del grupo que explique el objetivo que se pretende y la forma de trabajar del grupo.

Las intervenciones del terapeuta facilitan la aparición de información relevante para el trabajo terapéutico. Sobre la información surgida, el Equipo Reflexivo interviene desarrollando nuevas perspectivas, introduciendo información novedosa acerca del

funcionamiento de ambos sistemas interactuantes, destacando reglas de funcionamiento familiar, comentando los mitos y creencias, sugiriendo alternativas de solución a los problemas presentados.

De este modo, las intervenciones del Equipo Reflexivo se convierten en nueva información que revierten en el sistema interactuante (terapeuta y familias), permitiendo la apertura a nuevas perspectivas sobre las narraciones de la historia familiar, de los problemas y de las soluciones.

La creación de un clima de interés y respeto por las posiciones de los demás requiere que las intervenciones de los terapeutas y del Equipo Reflexivo faciliten los procesos reflexivos. Introduciendo curiosidad a través de las reflexiones, desde la perspectiva del observador que facilita el Equipo, se consigue por modelado, que los pacientes y sus familiares comiencen a disfrutar del proceso de pensar, sin tratar de imponer las ideas a los demás.

Es importante destacar que en este modelo de psicoterapia no se proponen temas cerrados para cada sesión. El criterio básico consiste en estar abiertos a las necesidades de los pacientes y sus familiares en cuanto a los temas propuestos. Ahora bien, de sesión a sesión tanto los conductores de la sesión como el Equipo Reflexivo tratan de recuperar contenidos y conectar los temas de sesiones anteriores. De manera similar a la sesión primera, en todas las sesiones posteriores se incluye un espacio para el trabajo con las emociones y sentimientos de los terapeutas.

7.4. Diseño

Se trata de un estudio cuasiexperimental en el que se realizan medidas pre y postratamiento. Siguiendo a Montero y León (2007), se trata de un diseño Pre-post en el que se toma una medida antes de la intervención y otra después y en la que se trata de medir las variaciones de las variables “Severidad de la adicción”, “Estado psicopatológico” y “Funcionamiento familiar” al inicio y al final del tratamiento.

7.5 Análisis estadístico

Para efectuar estos análisis se utilizó el programa SPSS, versión 17. En primer lugar, se han obtenido los estadísticos descriptivos de la muestra general y de los distintos grupos de tratamiento y se comprobó, a través de los estadísticos Chi-cuadrado y F de Snedecor (ANOVA), que no había diferencias significativas entre los distintos grupos ($p > .05$), tanto en las variables sociodemográficas, como en las variables clínicas.

A continuación, se trató de determinar si existían diferencias significativas en las áreas evaluadas: severidad de la adicción, funcionamiento psicológico y relaciones familiares, entre antes y después del tratamiento, en función del tipo de intervención. Para ello, se utilizó un modelo de análisis de regresión lineal múltiple, en el que se evaluó el cambio en función de la intervención, incluyendo el valor inicial como variable predictora para controlar el efecto que podría tener en el cambio terapéutico.

La variable dependiente, el cambio, ha sido determinada a partir de las diferencias de las variables en cada una de las áreas de severidad de la adicción y en las dimensiones de síntomas psicopatológicos, entre los momentos post y pretratamiento. Para estudiar la relación de las variables independientes, los cuatro grupos de tratamiento se han codificado con valores “0” como no y “1” como sí. En los modelos de análisis de regresión lineal múltiple se incluyeron variables independientes, por el método introducir, correspondientes a los cuatro grupos de tratamiento, así como el valor inicial de cada variable analizada. Los valores significativos indicaron que la magnitud del cambio es mayor en dichos grupos con respecto al grupo de metadona, que en todos los casos se utiliza como categoría de control.

Para analizar las diferencias en el funcionamiento familiar entre antes y después del tratamiento, se ha hecho una comparación de proporciones de sujetos que no varían con los que sí lo hacen, utilizando el estadístico z . Para la evaluación del seguimiento en los distintos grupos se utilizó el estadístico Chi-cuadrado.

Con el tipo de análisis realizado bajo el principio de “intención de tratar” se han considerado a todos los sujetos que fueron admitidos para esta investigación,

independientemente de que no hubiesen cumplido con el protocolo. Este principio pretende mantener hasta el final del estudio el objetivo propuesto con la asignación aleatoria a los cuatro grupos y tres condiciones de tratamiento: el balance de los factores pronósticos conocidos y desconocidos disminuyendo la posibilidad de sesgar los resultados (Guyatt y Rennie, 2002)

En el capítulo siguiente expondremos los resultados que se han obtenido en esta investigación.

Capítulo 8
RESULTADOS

8 RESULTADOS

Esta investigación trata de comprobar la eficacia de la Psicoterapia multifamiliar en pacientes adictos a opiáceos en programa de metadona. Las hipótesis plantean, en términos generales, que los pacientes que recibieron la intervención psicoterapéutica multifamiliar reducirían al final del tratamiento la severidad de su adicción en todas las áreas, es decir, tendrían menos necesidad de tratamiento adicional y mejorarían su funcionamiento psicológico y familiar. Se espera que esta reducción sea significativamente mayor en los grupos psicoterapéuticos que en los grupos educativo y control.

De forma paralela, trata de determinar el efecto diferencial de la aplicación de una intervención familiar psicoterapéutica frente a otra intervención familiar de tipo educativo.

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en los tres ámbitos de evaluación: a) la severidad de la adicción, b) el funcionamiento psicológico y c) el funcionamiento familiar. Posteriormente, se expondrá la evolución registrada en los pacientes tras dos años de finalizar la intervención.

8.1. Severidad de la adicción

La Tabla 8 muestra los estadísticos descriptivos media (X) y desviación tipo ($D.T.$) de las diferentes áreas de severidad de la adicción, en los distintos grupos al inicio y al final del tratamiento y para el total de la muestra. En términos generales, se observa que los pacientes de esta investigación al inicio del tratamiento tienen, respecto a otras áreas, mayor necesidad de intervención en el área de empleo y apoyo (Media=7.18). Las medias de severidad del total de la muestra en las áreas de Estado psicopatológico (2.91), Estado médico general (2.73), Consumo de drogas (2.67) y Relaciones familiares y sociales (2.46) presentan valores muy similares, mientras que la menor severidad al inicio se observa en las áreas de Consumo de alcohol (1.61) y Situación legal (1.85). La media de dosis inicial de metadona es de 67.07 mgrs./día.

Tabla 8 *Estadísticos descriptivos de las áreas de severidad de la adicción por grupos al inicio y al final del tratamiento*

Variables	Grupos									
	Psicoterapia 1		Psicoterapia 2		Educativo		Metadona		Total	
	X	D.T.	X	D.T.	X	D.T.	X	D.T.	X	D.T.
<i>E. médico</i>										
Inicio	2.94	2.97	3.19	2.37	3.03	2.27	1.67	2.22	2.73	2.51
Final	2.71	3.29	3.20	3.33	4.22	2.71	2.40	1.86	3.16	2.90
<i>Empleo ap.</i>										
Inicio	5.61	3.99	7.85	2.63	7.56	2.82	7.79	2.35	7.18	3.12
Final	4.43	3.48	6.23	2.47	7.07	2.75	7.52	2.21	6.29	2.98
<i>Drogas</i>										
Inicio	2.48	1.19	2.57	1.05	3.13	1.56	2.45	1.36	2.67	1.32
Final	2.07	1.37	2.78	1.26	3.55	1.11	3.49	1.29	2.97	1.38
<i>Alcohol</i>										
Inicio	1.79	1.61	1.40	1.29	2.08	1.25	1.08	1.24	1.61	1.39
Final	2.17	1.82	2.33	1.87	3.09	2.10	2.46	.83	2.52	1.75
<i>S. legal</i>										
Inicio	1.14	1.85	2.04	2.57	1.73	1.82	2.55	2.66	1.85	2.26
Final	.75	1.68	1.54	2.26	1.84	2.09	2.55	2.68	1.65	2.25
<i>R. familiares</i>										
Inicio	2.99	1.72	2.50	2.11	2.18	2.44	2.15	2.25	2.46	2.13
Final	2.60	1.79	2.26	2.07	2.49	2.37	2.36	2.39	2.43	2.13
<i>E. Psicopatol.</i>										
Inicio	2.64	1.97	3.49	1.60	2.81	2.08	2.71	1.79	2.91	1.83
Final	2.23	1.69	2.76	1.99	3.03	2.27	3.04	1.59	2.76	1.91
<i>D. metadona</i>										
Inicio	68.09	20.40	69.00	26.73	64.32	27.79	67.11	18.36	67.07	23.43
Final	59.52	26.55	56.50	32.81	64.09	26.67	72.11	22.26	69.93	27.46

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos de las diferencias entre antes y después del tratamiento en las áreas de severidad de la adicción, en función del tipo de intervención recibida. Para ello, hemos utilizado un modelo de análisis de la regresión lineal múltiple en el que se evalúa el cambio en la severidad en función del tratamiento recibido, controlando el valor inicial de la variable para evitar los problemas de regresión a la media. Los valores significativos de los coeficientes de regresión indican que la magnitud del

cambio es mayor o menor en los diferentes grupos, con respecto al grupo de metadona, que en todos los casos se utiliza como categoría de control. Asimismo, los valores negativos de los coeficientes indican que el cambio que se produce es menor.

Estado médico general

El modelo global de análisis de regresión lineal múltiple para el cambio en el Estado médico general entre el pre y postratamiento, ajustando por tipo de intervención, es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=4.966$; $p=.001$). El coeficiente de determinación nos indica que el 20.5% de la variabilidad observada se explica por las variables introducidas en el modelo ($R^2=.205$).

La Tabla 9 muestra un valor del coeficiente de regresión ($B=1.507$) estadísticamente significativo ($p=.017$), al comparar en el grupo de Metadona las medidas pre y postratamiento, lo que indica que existe un incremento en la severidad de su estado médico general. Este incremento es independiente del tipo de intervención, ya que no se observan diferencias significativas al comparar la magnitud del cambio en el resto de los grupos respecto al grupo control.

Los coeficientes de regresión obtenidos en los grupos de Psicoterapia 1 ($B=-.380$), Psicoterapia 2 ($B=-.026$), Educativo ($B=1.085$) y Metadona ($B=1.507$), indican que todos los grupos empeoran, aunque empeoran menos los psicoterapéuticos, si bien estas diferencias, con respecto al cambio que se produce en el grupo de metadona no son estadísticamente significativas.

Tabla 9 *Modelo de regresión lineal múltiple para Estado médico general ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	1.507	.017
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-.380	.646
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-.026	.975
<i>Intervención educativa</i>	1.085	.186
<i>Estado médico general al inicio</i>	-.462	p<.001

Empleo y apoyo

El modelo global de regresión para analizar el cambio en la severidad de Empleo y apoyo, entre el pre y postratamiento es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=7.051$; $p<.001$). Se obtiene un coeficiente de determinación $R^2=.268$ que indica que el 26.8% de las variaciones observadas en el cambio se explican por las variables utilizadas en este modelo.

El valor del coeficiente de regresión al comparar las medias pre y postratamiento en el grupo de Metadona ($B=2.464$) resulta estadísticamente significativo ($p=.001$), lo que indica un incremento de la severidad en el área de empleo y apoyo (Ver Tabla 10). Este empeoramiento es estadísticamente menor en los grupos Psicoterapia multifamiliar 1 ($B=-1.662$) ($p=.012$) y Psicoterapia multifamiliar 2 ($B=-1.318$) ($p=.042$), mientras que la magnitud del cambio en el grupo Educativo ($B=-.296$) no resulta estadísticamente significativa. Se produce, por lo tanto, un incremento en la severidad del área de empleo y apoyo, aunque significativamente menor en los grupos de psicoterapia multifamiliar.

Tabla 10 *Modelo de regresión lineal múltiple para Empleo y apoyo ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	2.464	.001
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-1.663	.012
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-1.318	.042
<i>Intervención educativa</i>	-.296	.636
<i>Empleo y Apoyo al inicio</i>	-.352	$p<.001$

Consumo de drogas

El modelo global de regresión para analizar el cambio en la severidad en el área de Consumo de drogas entre antes y después del tratamiento es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=13.293$; $p<.001$). El 40.8% de la variabilidad observada es explicada por las variables introducidas ($R^2=.408$).

El coeficiente de regresión al comparar las medidas pre y postratamiento del grupo de Metadona ($B=2.535$) resulta estadísticamente significativo ($p<.001$), lo que indica un empeoramiento de su nivel de consumo de drogas (Ver Tabla 11). Se observan diferencias significativas en la variación en el consumo de los grupos de Psicoterapia multifamiliar 1 ($p<.001$) y Psicoterapia multifamiliar 2 ($p=.042$) con respecto al grupo control, por lo que este empeoramiento depende del tipo de intervención, siendo menor en los grupos de psicoterapia multifamiliar.

Tabla 11 *Modelo de regresión lineal múltiple para Consumo de drogas ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	2.535	$p<.001$
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-1.438	$p<.001$
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-.767	.042
<i>Intervención educativa</i>	-.215	.561
<i>Drogas al inicio</i>	-.608	$p<.001$

En general, los coeficientes de regresión que se obtienen en el análisis muestran una tendencia de mayor aumento de la severidad en los grupos de Metadona ($B=2.535$) y Educativo ($B=-.215$), mientras que en los grupos de psicoterapia multifamiliar este incremento es significativamente menor: $B=-1.438$ para el grupo de Psicoterapia 1 y $B=-.767$ para el grupo de Psicoterapia 2.

Consumo de alcohol

Encontramos que el modelo global de regresión para analizar el cambio en la severidad en el área de Consumo de alcohol, entre las medidas pre y postratamiento, resulta estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=4.303$; $p=.003$). Obtenemos un coeficiente de determinación de $R^2=.183$, que pone de relieve que el 18.3% de la variabilidad observada es explicada por las variables introducidas.

Se obtiene un coeficiente de regresión ($B=1.907$) estadísticamente significativo ($p<.0001$) al comparar los valores pre y postratamiento en el grupo de Metadona (Ver Tabla

12). A pesar de que los coeficientes de regresión en el resto de los grupos indican que el aumento de la severidad es menor ($B=-.651$ para el grupo de Psicoterapia 1, $B=-.293$ para el grupo de Psicoterapia 2 y $B=-.124$ para el grupo Educativo), las diferencias respecto al grupo control no son estadísticamente significativas. Se registra por tanto, un incremento en la severidad del Consumo de alcohol similar en los diferentes tipos de intervención.

Tabla 12 *Modelo de regresión lineal múltiple para Consumo de alcohol ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	<i>p</i>
<i>Metadona (constante)</i>	1.907	$p<.001$
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-.651	.214
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-.293	.574
<i>Intervención educativa</i>	-.124	.813
<i>Alcohol al inicio</i>	-.490	$p<.001$

Dosis de metadona

El modelo global de regresión para analizar el cambio en la Dosis de metadona entre antes y después del tratamiento es estadísticamente significativo, con un nivel del confianza del 95% ($F_{(4,77)}=3.440$; $p=.012$). El 15.2% de la variabilidad observada es explicada por las variables introducidas ($R^2=.152$).

El coeficiente de regresión que se obtiene al comparar las medidas pre y postratamiento en el grupo control (Metadona) ($B=14.638$), arroja diferencias estadísticamente significativas ($p=.046$), lo que indica que se produce un incremento en sus dosis de metadona (Ver Tabla 13). Se observan diferencias en la variación de las dosis de metadona en los grupos de Psicoterapia multifamiliar 2 ($p=.005$) y Psicoterapia multifamiliar 1 ($p=.024$) con respecto al grupo control, por lo que este incremento que se produce en las dosis de metadona depende del tipo de intervención. Los coeficientes de regresión muestran un mayor incremento en las dosis de metadona en los grupos control ($B=14.638$) y Educativo ($B=-5.628$), mientras que el incremento registrado en el grupo de Psicoterapia 1 es significativamente menor ($B=-13.429$). Por el contrario, el coeficiente de regresión del grupo

de Psicoterapia 2 ($B=-17.228$) indica que sólo en este grupo se registra una disminución en las dosis de metadona al final del tratamiento.

Tabla 13 *Modelo de regresión lineal múltiple para Dosis de metadona ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	14.638	.046
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-13.429	.024
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-17.228	.005
<i>Intervención educativa</i>	-5.628	.332
<i>Dosis de metadona al inicio</i>	-.144	.104

Situación legal

En un nivel de confianza del 95% nos encontramos que el modelo global de regresión lineal múltiple para analizar el cambio en la severidad de la Situación legal, entre antes y después del tratamiento, resulta estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=3.061$; $p=.021$). El coeficiente de determinación ($R^2=.137$) nos indica que el 13.7% de la variabilidad observada se explica por la variables introducidas en el modelo.

Los coeficientes de regresión obtenidos no son estadísticamente significativos ($p>.05$), lo que indica que no existen diferencias entre las mediciones pre y postratamiento en la severidad en esta área en ningún grupo (Ver Tabla 14).

Tabla 14 *Modelo de regresión lineal múltiple para Situación legal ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	.431	.165
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-.629	.101
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-.589	.120
<i>Intervención educativa</i>	-.026	.945
<i>Situación Legal al inicio</i>	-.169	.005

Los coeficientes de regresión muestran una tendencia a incrementarse la severidad en la situación legal en los grupos de Metadona ($B=.431$) y Educativo ($B=-.196$), mientras que la tendencia se invierte en los grupos de psicoterapia ($B=-.629$ en el grupo 1 y $B=-.589$ en el grupo 2), es decir, se produce una cierta mejora en la situación legal, si bien estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Relaciones familiares y sociales

El modelo de regresión para analizar el cambio en la severidad de las Relaciones familiares y sociales, entre antes y después del tratamiento, resulta estadísticamente significativo a un nivel de confianza del 95% ($F_{(4,77)}=3.439$; $p=.012$). Se obtiene un coeficiente de determinación $R^2=.152$, que indica que el 15.2% de las variaciones observadas en el cambio se explican por las variables utilizadas en el modelo.

La Tabla 15 muestra un valor del coeficiente de regresión ($B=1.507$) muy cercano a la significación estadística en un nivel de confianza del 95% ($p=.052$), al comparar las medidas pre y postratamiento en el grupo de Metadona, lo que indica que existe un empeoramiento en su nivel de conflictividad familiar y social. Este empeoramiento es independiente del tipo de intervención.

Tabla 15 *Modelo de regresión lineal múltiple para Relaciones familiares y sociales ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	.738	.052
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-.382	.416
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-.357	.448
<i>Intervención educativa</i>	.120	.794
<i>Relaciones familiares al inicio</i>	-.248	.002

Los coeficientes de regresión que se obtienen del análisis muestran una mayor tendencia al incremento de la severidad en los grupos Educativo ($B=.120$) y Metadona ($B=.738$), mientras que este incremento es menor en los grupos de psicoterapia ($B=-.382$ para

el grupo 1 y $B=-.357$ para el grupo 2), si bien estas diferencias, con respecto al cambio que se produce en el grupo de Metadona, no son estadísticamente significativas.

Estado psicopatológico

El modelo de regresión para analizar el cambio en la severidad en el Estado psicopatológico, entre antes y después del tratamiento, es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=4.199$; $p=.004$). Obtenemos un coeficiente de determinación $R^2=.179$, que pone de relieve que el 17.9% de la variabilidad observada es explicada por las variables introducidas en el modelo.

En la Tabla 16 se observa un coeficiente de regresión ($B=.842$) estadísticamente significativo ($p=.017$) al comparar las medidas pre y postratamiento del grupo de Metadona, lo que indica un empeoramiento significativo en su estado psicopatológico. Este incremento en la severidad psicopatológica es estadísticamente menor en los grupos de Psicoterapia multifamiliar 2 ($p=.023$) y un valor cercano a la significación al 95% de nivel de confianza en el grupo de Psicoterapia multifamiliar 1 ($p=.054$), respecto al cambio que se produce en el grupo control.

Tabla 16 *Modelo de regresión lineal múltiple para Estado psicopatológico ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	.842	.017
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-.754	.054
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-.913	.023
<i>Intervención educativa</i>	-.099	.796
<i>Estado psicopatológico al inicio</i>	-.189	.014

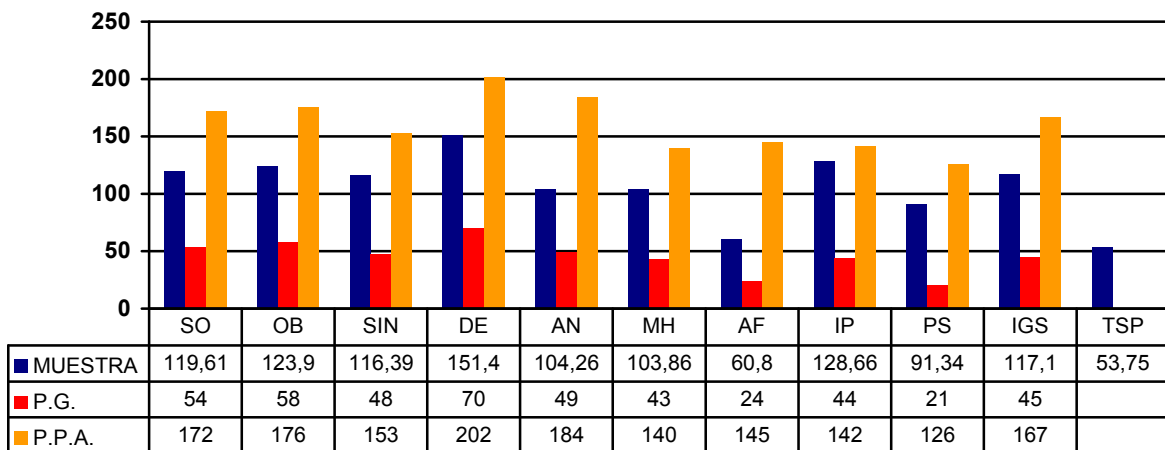
Los coeficientes de regresión indican que se produce un mayor incremento en la severidad de los problemas psicopatológicos en los grupos de Metadona ($B=0.842$) y Educativo ($B=-.099$), mientras que en el grupo de Psicoterapia multifamiliar 1 el incremento es significativamente menor ($B=-.754$). Por el contrario, la tendencia registrada entre los pacientes del grupo 2 es a una leve reducción respecto a su valor inicial ($B=-.071$).

Con la exposición de los resultados del Estado psicopatológico se concluye el primer bloque referido a los cambios registrados en la severidad de la adicción, entre antes y después del tratamiento, en función del tipo de intervención llevada a cabo. En el segundo bloque, se presentarán los cambios en cada una de las 9 dimensiones sintomáticas utilizadas para medir el perfil psicopatológico de la muestra: a) somatizaciones, b) obsesiones, c) sensibilidad, d) depresión, e) ansiedad, f) miedo-hostilidad, g) ansiedad fóbica, h) ideación paranoide e i) psicoticismo. Se expondrán igualmente los resultados correspondientes a los tres índices de malestar psicológico: a) índice global de síntomas, b) total de síntomas positivos y c) índice de malestar sintomático positivo.

8.2. Perfil psicopatológico de la muestra

El Gráfico 1 muestra el perfil psicopatológico obtenido en la muestra, así como las puntuaciones típicas obtenidas en la población general y en la población psiquiátrica ambulatoria (Derogatis, 2002).

Gráfico 1 *Perfil psicopatológico de la muestra, población general y población psiquiátrica ambulatoria*



P.G.: Población general P.P.A.: Población psiquiátrica

*SO: Somatizaciones OB: Obsesiones SIN: Sensibilidad interpersonal DE: Depresión AN: Ansiedad
 MH: Miedo-Hostilidad AF: Ansiedad Fóbica IP: Ideación Paranoide PS: Psicoticismo.
 IGS: Índice Global de Síntomas TSP: Total Síntomas Positivos*

Se observa cómo la dimensión psicopatológica más elevada es la depresión (DE: 151.4), seguida de ideación paranoide (IP: 128.66), obsesiones (OB: 123.9), somatizaciones (SO: 119.6), sensibilidad (SIN: 116.39), ansiedad (AN: 104.26) y miedo-hostilidad (MH: 103.86). Las dimensiones sintomáticas menos elevadas son la ansiedad fóbica (AF: 60.8) y el nivel de psicoticismo (PS: 91.34).

Al comparar los resultados obtenidos en los pacientes de la muestra con los datos correspondientes a la población general, se obtienen diferencias significativas en todas las dimensiones sintomáticas y en los índices globales de malestar ($p < .001$) (Ver Tabla 17).

Tabla 17 *Prueba T de comparaciones del perfil psicopatológico de la muestra con población general y con población psiquiátrica ambulatoria*

Variables	Población General		Población Psiquiátrica Amb.	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Somatizaciones</i>	8.287	$p < .001$	-6.616	$p < .001$
<i>Obsesiones</i>	7.658	$p < .001$	-6.053	$p < .001$
<i>Sensibilidad</i>	8.055	$p < .001$	-4.312	$p < .001$
<i>Depresión</i>	9.879	$p < .001$	-6.140	$p < .001$
<i>Ansiedad</i>	6.769	$p < .001$	-9.765	$p < .001$
<i>Miedo-Hostilidad</i>	6.226	$p < .001$	-3.697	$p < .001$
<i>Fobias</i>	6.209	$p < .001$	-14.203	$p < .001$
<i>Ideación paranoide</i>	10.064	$p < .001$	-1.585	.117
<i>Psicoticismo</i>	9.649	$p < .001$	-5.029	$p < .001$
<i>IGS</i>	10.681	$p < .001$	-7.390	$p < .001$

Los pacientes de la muestra presentan mayores niveles de somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, miedo-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, así como los índices globales de malestar psicológico que la población general. Del mismo modo, al comparar el perfil psicopatológico de la muestra con el de la población psiquiátrica ambulatoria se obtienen diferencias ($p < .01$) en todas las dimensiones sintomáticas, excepto en la dimensión de ideación paranoide ($p = .117$). Estas diferencias se mantienen al comparar los índices globales de malestar.

La Tabla 18 muestra los estadísticos descriptivos (media y desviación tipo) de las dimensiones psicopatológicas en los distintos grupos al inicio y al final del tratamiento.

Tabla 18 *Estadísticos descriptivos del perfil psicopatológico por grupos al inicio y al final del tratamiento*

Variables	Grupos									
	Psicoterapia 1		Psicoterapia 2		Educativo		Metadona		Total	
	<i>X</i>	<i>D.T.</i>	<i>X</i>	<i>D.T.</i>	<i>X</i>	<i>D.T.</i>	<i>X</i>	<i>D.T.</i>	<i>X</i>	<i>D.T.</i>
<i>Somatizaciones</i>										
Inicio	97.62	83.26	129.17	56.87	117.04	79.32	136.85	60.75	119.62	71.70
Final	78.58	50.87	127.51	67.11	122.35	84.85	144.29	63.27	117.48	71.02
<i>Obsesiones</i>										
Inicio	113.33	61.91	130.00	77.60	134.55	85.62	116.84	88.32	123.90	77.93
Final	94.29	56.88	128.00	81.15	143.18	100.40	125.26	70.35	122.80	79.93
<i>Sensibilidad</i>										
Inicio	112.69	80.53	137.78	88.41	120.20	75.55	93.57	58.24	116.39	76.88
Final	106.87	76.86	132.79	86.40	119.45	88.89	102.92	61.85	115.65	79.01
<i>Depresión</i>										
Inicio	144.32	73.26	165.39	83.50	150.70	81.39	145.34	60.72	151.41	74.62
Final	118.30	61.31	162.69	80.49	148.61	84.94	150.21	53.26	144.65	72.25
<i>Ansiedad</i>										
Inicio	96.67	70.66	115.50	77.02	120.27	76.03	103.16	76.38	104.27	73.94
Final	71.43	53.60	115.50	84.57	116.36	75.37	115.26	71.21	104.39	73.25
<i>Hostilidad</i>										
Inicio	119.05	96.65	90.84	77.52	98.49	96.35	107.00	84.86	103.86	88.52
Final	76.98	70.59	97.51	70.35	94.70	66.54	121.06	82.01	96.96	72.63
<i>Fobias</i>										
Inicio	55.11	48.30	73.58	61.36	59.10	59.37	55.64	45.14	60.81	53.68
Final	57.86	64.96	97.14	77.08	66.88	60.35	69.16	45.73	72.48	63.73
<i>I. Paranoide</i>										
Inicio	122.23	80.16	133.34	70.70	128.80	73.68	130.71	85.39	128.67	76.18
Final	96.84	74.46	130.84	79.52	126.52	82.25	144.86		124.19	81.99
<i>Psicoticismo</i>										
Inicio	84.76	64.01	116.00	75.70	84.09	59.25	81.05	63.32	91.34	66.01
Final	65.24	54.74	114.50	87.63	84.09	71.56	97.37	70.78	89.76	72.86
<i>I.G.S.</i>										
Inicio	108.40	62.97	130.28	64.65	115.40	63.48	114.86	54.87	117.11	61.14
Final	87.62	51.43	130.51	70.48	119.09	72.33	124.09	52.96	114.97	63.84
<i>T.S.P.</i>										
Inicio	55.43	21.30	57.90	22.50	50.50	22.03	51.84	18.86	53.76	21.09
Final	45.14	21.43	57.75	23.72	51.36	23.52	56.68	18.11	52.56	22.07
<i>D.S.P.</i>										
Inicio	1.89	.68	2.21	.56	2.15	.55	3.68	6.64	2.45	3.25
Final	1.82	.47	2.18	.47	2.12	.58	2.17	.61	2.07	.54

A continuación, presentaremos los resultados del análisis de las diferencias, entre las medidas pre y postratamiento, en las dimensiones sintomáticas del perfil psicopatológico de los pacientes en función del tipo de intervención recibida.

Somatizaciones

El modelo global de análisis de regresión lineal múltiple para el cambio en las Somatizaciones entre antes y después del tratamiento, ajustando por tipo de intervención, es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=5.214$; $p=.001$). El 21.3% de la variabilidad observada se explica por las variable introducidas en el modelo ($R^2=.213$).

La Tabla 19 muestra un coeficiente de regresión ($B=48.338$) estadísticamente significativo ($p=.001$) al comparar las medidas pre y postratamiento del grupo de Metadona, lo que indica un empeoramiento significativo en su nivel de somatizaciones. Se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar la magnitud del cambio en el grupo de Psicoterapia multifamiliar 1 ($p=.012$) respecto al grupo control, mientras en los grupos de Psicoterapia 2 y Educativo las diferencias no son estadísticamente significativas. Se produce, por tanto, un incremento significativamente menor en el nivel de somatizaciones en el grupo de Psicoterapia 1.

Tabla 19 *Modelo de regresión lineal múltiple para Somatizaciones ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	48.338	.001
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-38.207	.012
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-11.401	.444
<i>Intervención educativa</i>	-8.057	.581
<i>Somatizaciones al inicio</i>	-0.299	p<.001

Los coeficientes de regresión indican que se produce un mayor incremento en la severidad de los problemas psicopatológicos en los grupos de Metadona ($B=48.338$), Educativo ($B=-8.057$) y de Psicoterapia 2 ($B=-11.401$), mientras que en el grupo de Psicoterapia multifamiliar 1 el incremento es estadísticamente menor ($B=-38.207$).

Obsesiones

El modelo global de análisis de regresión lineal múltiple, para un nivel de confianza del 95%, del cambio en las obsesiones entre antes y después del tratamiento, ajustando por tipo de intervención, es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=3.210$; $p=.017$). El coeficiente de determinación obtenido indica que el 14.3% de la variabilidad se explica por las variables tomadas en el modelo ($R^2=.143$).

La Tabla 20 muestra un valor del coeficiente de regresión ($B=1.507$) estadísticamente significativo ($p=.023$) al comparar las medidas pre y postratamiento en el grupo de Metadona, lo que indica que existe un empeoramiento en su sintomatología obsesiva y es independiente del tipo de intervención, ya que no se registran diferencias estadísticamente significativas en la magnitud del cambio de los distintos grupos respecto al que se produce grupo control ($p>.05$).

Tabla 20 *Modelo de regresión lineal múltiple para Obsesiones ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	31.775	.023
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-28.170	.069
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-7.791	.617
<i>Intervención educativa</i>	3.754	.805
<i>Obsesiones al inicio</i>	-0.200	.005

Los coeficientes de regresión indican que se produce un mayor incremento en la severidad en los grupos Educativos ($B=3.754$) y control ($B=31.775$), mientras que este aumento es sensiblemente menor en el grupo de Psicoterapia 2 ($B=-7.791$). El menor aumento se produce en el grupo de Psicoterapia 1 (-28.170) obteniéndose una $p=.069$ cercana a la significación en un nivel de confianza del 95%

Sensibilidad interpersonal

El modelo de análisis de regresión lineal múltiple para el cambio en la Sensibilidad interpersonal entre antes y después del tratamiento, ajustando por tipo de intervención, no es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=2,248$; $p=.072$). Dado que $p>.05$ no podemos rechazar la H_0 y debemos concluir que no tenemos evidencia de que exista relación lineal entre el cambio entre antes y después en el nivel de Sensibilidad y el tipo de intervención ni el valor inicial de la variable.

Depresión

Encontramos que el modelo global de análisis de regresión para el cambio en la Depresión entre antes y después del tratamiento, ajustando por tipo de intervención, es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=5,181$; $p=.001$). El coeficiente de determinación pone de relieve que el 21.2% de la variabilidad es explicada por las variable introducidas en el modelo ($R^2=.212$).

El valor del coeficiente de regresión al comparar las medias pre y postratamiento en el grupo de Metadona ($B=44.934$) resulta estadísticamente significativo ($p=.001$), lo que indica un incremento de la severidad en su sintomatología depresiva (Ver Tabla 21). Se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar la magnitud del cambio en el grupo de Psicoterapia multifamiliar 1 ($p=.012$) respecto al grupo control, mientras en los grupos de Psicoterapia 2 y Educativo las diferencias no son estadísticamente significativas ($p>.05$). Se produce, por tanto, un incremento en los niveles de depresión, aunque es significativamente menor en el grupo de Psicoterapia 1.

Los coeficientes de regresión muestran un mayor incremento de la sintomatología depresiva en los grupos de Metadona ($B=44.934$), de Psicoterapia multifamiliar 2 ($B=-2.041$) y Educativo ($B=-5.477$), mientras que en el grupo de Psicoterapia multifamiliar 1 este incremento es estadísticamente menor ($B=-31.1643$).

Tabla 21 *Modelo de regresión lineal múltiple para Depresión ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	44.934	.003
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-31.164	.038
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-2.041	.892
<i>Intervención educativa</i>	-5.477	.709
<i>Depresión al inicio</i>	-0.276	p<.001

Ansiedad

El modelo global de análisis de regresión para el cambio en la Ansiedad entre antes y después del tratamiento, ajustando por tipo de intervención, es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=5,942$; $p<.001$). El coeficiente de determinación pone de relieve que el 23.6% de la variabilidad es explicada por las variable introducidas en el modelo ($R^2=.236$).

El valor del coeficiente de regresión al comparar las medias pre y postratamiento en el grupo de Metadona ($B=33.044$) resulta estadísticamente significativo ($p=.004$), lo que indica un incremento en su sintomatología ansiosa (Ver Tabla 22). Este empeoramiento no es depende del tipo de intervención, ya que se observan diferencias estadísticamente en la magnitud del cambio que se produce en el grupo de Psicoterapia multifamiliar 1 ($p=.003$), respecto al grupo control. Estas diferencias no resultan estadísticamente significativas en los grupos de Psicoterapia 2 y Educativo ($p>.05$).

Tabla 22 *Modelo de regresión lineal múltiple para Ansiedad ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	33.044	.004
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-38.661	.003
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-9.600	.460
<i>Intervención educativa</i>	1.806	.887
<i>Ansiedad al inicio</i>	-0.203	.001

Los coeficientes de regresión muestran un mayor incremento de la ansiedad en los grupos de Educativo ($B=1.806$), de Metadona ($B=33.044$) y de Psicoterapia 2 ($B=-9.600$), mientras la tendencia se invierte, es decir, se reduce la ansiedad significativamente respecto a su valor inicial, en el grupo de Psicoterapia multifamiliar 1 ($B=-38.661$).

Hostilidad

El modelo global de análisis de regresión para el cambio en la Ansiedad entre antes y después del tratamiento, ajustando por tipo de intervención, es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=14.590$; $p<.001$). En este modelo obtenemos un coeficiente de determinación de $R^2=.431$, lo que pone de manifiesto que las variables introducidas explican el 43.1% de la variabilidad encontrada.

La Tabla 23 muestra un valor del coeficiente de regresión ($B=63.574$) estadísticamente significativo ($p<.001$) al comparar las medidas pre y postratamiento en el grupo de Metadona, lo que indica que existe un empeoramiento en sus niveles de hostilidad. Este empeoramiento es estadísticamente menor en el grupo de Psicoterapia 1 ($p=.004$) respecto al grupo control, mientras que el cambio que se produce en los grupos Educativo y Psicoterapia 2 no resulta estadísticamente significativo ($p>.05$).

Los coeficientes de regresión que se obtienen en el análisis muestran un mayor incremento de la hostilidad en los grupos de Metadona ($B=63.754$), de Psicoterapia 2 ($B=-14.864$) y Educativo ($B=-21.779$), mientras que el incremento es significativamente menor ($B=-50.549$) en el grupo de Psicoterapia Multifamiliar 1.

Tabla 23 *Modelo de regresión lineal múltiple para Hostilidad ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	63.574	p<.001
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-50.549	.004
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-14.864	.397
<i>Intervención educativa</i>	-21.779	.205
<i>Hostilidad al inicio</i>	-0.463	p<.001

Fobias

El modelo de análisis de regresión lineal múltiple para el cambio en las Fobias interpersonal entre el pre y el postratamiento, ajustando por tipo de intervención, no es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=1,035$; $p=.395$). No podemos rechazar H_0 dado que $p>.05$. Por lo tanto, no tenemos evidencia de asociación lineal entre el cambio entre antes y después en los síntomas fóbicos y el tipo de intervención ni el valor inicial de la variable.

Ideas paranoides

En un nivel de confianza del 95% el modelo de regresión para el cambio en la Ansiedad entre antes y después del tratamiento, ajustando por tipo de intervención, es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=2.866$; $p=.029$). El coeficiente de determinación pone de relieve que el 13% de la variabilidad es explicada por las variable introducidas en el modelo ($R^2=.130$).

El valor del coeficiente de regresión del grupo de Metadona al comparar las medidas pre y postratamiento ($B=44.934$) resulta estadísticamente significativo ($p=.019$), lo que indica un incremento de la severidad en su ideación paranoide (Ver Tabla 24). Se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar el cambio en el grupo de Psicoterapia multifamiliar 1 ($p=.012$) respecto al grupo control. Por el contrario, las diferencias no son estadísticamente significativas al comparar la magnitud del cambio en los grupos de Psicoterapia multifamiliar 2 y Educativo respecto al grupo control ($p>.05$).

Tabla 24 *Modelo de regresión lineal múltiple para Ideas paranoides ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	35.906	.019
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-40.837	.012
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-16.087	.321
<i>Intervención educativa</i>	-16.623	.295
<i>Ideas paranoides al inicio</i>	-0.167	.025

Los coeficientes de regresión ponen de manifiesto un mayor incremento de esta sintomatología en el grupo de Metadona ($B=35.906$), mientras que el incremento es sensiblemente menor en los grupos de Psicoterapia 2 ($B=-16.087$) y Educativo ($B=-16.623$). En el grupo de Psicoterapia 1 la tendencia se invierte, esto es, se reducen las ideas paranoides al final del tratamiento ($B=-40.837$).

Psicoticismo

En un nivel de confianza del 95% el modelo de regresión para el cambio en el Psicoticismo entre antes y después del tratamiento, ajustando por tipo de intervención, es significativo ($F_{(4,77)}=2.782$; $p=.032$). El coeficiente de determinación explica el 12.6 % de la variabilidad observada a través de las variables introducidas ($R^2=.126$).

La Tabla 25 muestra un valor del coeficiente de regresión ($B=33.574$) estadísticamente significativo ($p=.015$) al comparar las medidas pre y postratamiento en el grupo de Metadona, lo que indica que existe un empeoramiento en sus niveles de psicoticismo. Se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar la magnitud del cambio en el grupo de Psicoterapia multifamiliar 1 ($p=.031$) respecto al grupo control, mientras en los grupos de Psicoterapia 2 y Educativo las diferencias no son estadísticamente significativas ($p>.05$). Se produce, por tanto, un incremento en los niveles de psicoticismo, aunque es significativamente menor en el grupo de Psicoterapia 1.

Tabla 25 *Modelo de regresión lineal múltiple para Psicoticismo ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	33,574	.015
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-35,050	.031
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-10,375	.529
<i>Intervención educativa</i>	-15,669	.323
<i>Psicoticismo al inicio</i>	-0,213	.016

Los coeficientes de regresión obtenidos en el análisis de datos muestran un mayor incremento en esta sintomatología en el grupo control ($B=33.574$) y un incremento

sensiblemente menor en el grupo de Psicoterapia 2 ($B=-10.375$) y Educativo ($B=15.669$), si bien las diferencias no son estadísticamente significativas. La tendencia se invierte, es decir, se reduce el nivel de psicoticismo al final del tratamiento de forma significativa, en el grupo de Psicoterapia 1 ($B=-35.050$).

Índice Global de Síntomas (I.G.S.)

El modelo global de análisis de regresión para el cambio en la Índice Global de Síntomas entre antes y después del tratamiento, ajustando por tipo de intervención, es significativo al 95% ($F_{(4,77)}=3.703$; $p=.008$). Las variables introducidas en el modelo explican el 16.1% de la variabilidad ($R^2=.161$).

La Tabla 26 refleja un valor del coeficiente de regresión ($B=32.325$) estadísticamente significativo ($p=.010$) al comparar las medidas pre y postratamiento en el grupo de Metadona, lo que indica que existe un empeoramiento general de la psicopatología. Este empeoramiento depende del tipo de intervención, ya que se observan diferencias estadísticamente en el cambio que se produce en el grupo de Psicoterapia 1 ($p=.014$), mientras que las diferencias encontradas en los otros dos grupos (Educativo y Psicoterapia 2) no son estadísticamente significativas respecto al cambio que se produce en el grupo control ($p>.05$). Se produce un incremento en el Índice Global de Síntomas, aunque significativamente menor en el grupo de Psicoterapia 1.

Tabla 26 *Modelo de regresión lineal múltiple para Índice Global de Síntomas ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	32.325	.010
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-31.320	.014
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-5.908	.640
<i>Intervención educativa</i>	-5.433	.658
<i>Índice Global de Síntomas al inicio</i>	-0.201	.006

Los coeficientes de regresión que se obtienen en el análisis muestran un mayor incremento de la ansiedad en los grupos de Metadona ($B=33.325$), Educativo ($B=-5.433$) y

de Psicoterapia 2 ($B=-5.908$), mientras que el incremento es estadísticamente menor ($B=-31.320$) en el grupo de Psicoterapia Multifamiliar 1.

Total de Síntomas Positivos (T.S.P.)

El modelo global de análisis de regresión para el cambio en el índice T.S.P. entre antes y después del tratamiento, ajustando por tipo de intervención, es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=5.190$; $p=.001$). El coeficiente de determinación pone de relieve que el 21.2 % de la variabilidad es explicada por las variable introducidas en el modelo ($R^2=.212$).

El valor del coeficiente de regresión ($B=15.674$) del grupo de Metadona al comparar las medias pre y postratamiento resulta estadísticamente significativo ($p=.003$), lo que indica un incremento de su intensidad de síntomas psicopatológicos (Tabla 27). Se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar la magnitud del cambio en el grupo de Psicoterapia multifamiliar 1 ($p=.002$) respecto al grupo control, mientras en los grupos de Psicoterapia 2 y Educativo las diferencias no son estadísticamente significativas ($p>.05$). Se produce, por tanto, un incremento en la intensidad de los síntomas psicopatológicos, aunque es significativamente menor en el grupo de Psicoterapia 1.

Tabla 27 *Modelo de regresión lineal múltiple para Total de Síntomas Positivos ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	15.674	.003
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-14.378	.002
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	-3.726	.414
<i>Intervención educativa</i>	-3.899	.380
<i>Total de Síntomas Positivos al inicio</i>	-0.209	.007

Los coeficientes de regresión que se obtienen en el análisis muestran un mayor incremento del Total de Síntomas Positivos en los grupos de Metadona ($B=15.674$), de Psicoterapia 2 (-3.726) y Educativo ($B=-3.899$), mientras que el incremento es estadísticamente menor ($B=-14.378$) en el grupo de Psicoterapia multifamiliar 1.

Índice Positivo de Síntomas Estresantes (I.P.S.E.)

El modelo global de análisis de regresión para el cambio en el I.P.S.E. entre antes y después del tratamiento, ajustando por tipo de intervención, es estadísticamente significativo ($F_{(4,77)}=739.194$; $p<.001$). El coeficiente de determinación pone de relieve que el 23.6% de la variabilidad es explicada por las variables introducidas en el modelo ($R^2=.236$).

El coeficiente de regresión que se obtiene al comparar los valores pre y postratamiento en el grupo de metadona ($B=1.963$) son estadísticamente significativos ($p<.001$), lo que indica que se registra un empeoramiento en este índice global (Tabla 28). Este incremento es independiente del tipo de intervención, ya que no se observen diferencias estadísticamente significativas al comparar el cambio en los distintos grupos respecto al que se produce en el grupo control ($p>.05$).

Tabla 28 *Modelo de regresión lineal múltiple para I.P.S.E. ajustando por tipo de intervención*

Variable	Coefficiente (B)	p
<i>Metadona (constante)</i>	1.963	p<.001
<i>Psicoterapia multifamiliar 1</i>	-.244	.140
<i>Psicoterapia multifamiliar 2</i>	.094	.569
<i>Intervención educativa</i>	.035	.827
<i>Total de Síntomas Positivos al inicio</i>	-.944	p<.001

Los coeficientes de regresión indican un incremento significativo en todos los grupos: Psicoterapia 2 (.094), Educativo (.035), Metadona (1.963) y Psicoterapia 1 ($B=-.244$).

A continuación se presentarán los resultados obtenidos del análisis estadístico en el tercer ámbito de evaluación, referido a la percepción que tienen los pacientes del funcionamiento familiar.

8.3. Funcionamiento familiar

La Tabla 29 muestra la distribución de los niveles de cohesión y adaptación familiar de la muestra global y de cada uno de los 4 grupos. Tal y como se establece en el modelo de evaluación del funcionamiento familiar de Olson (1986) se distinguen cuatro niveles en la cohesión familiar que varían desde la cohesión extrema baja a la extrema alta: *desprendida*, *separada*, *unida*, *enredada*. Observamos que un 58.5% de la muestra global presenta una cohesión desprendida frente a un 2.4% que perciben una cohesión de tipo enredada.

El modelo distingue cuatro niveles en adaptación familiar, que van desde la adaptación extrema baja a la extrema alta: *rígida*, *estructurada*, *flexible* y *caótica*. Se observa que el 34.1% de la muestra percibe una adaptación familiar de tipo rígida frente al 1.2% de adaptación caótica.

Tabla 29 *Frecuencias de la cohesión y adaptación familiar por grupos*

Variables	Grupos								Total	
	Psicoterapia 1		Psicoterapia 2		Educativo		Metadona			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Cohesión</i>										
Enredada	1	4.8	-	-	-	-	1	5.3	2	2.4
Unida	2	9.5	1	5.0	2	9.1	-	-	5	6.1
Separada	10	47.6	8	40.0	5	22.7	4	21.1	27	32.9
Desprendida	8	38.1	11	55.0	15	68.2	14	73.7	48	58.5
<i>Adaptación</i>										
Caótica	-	-	-	-	1	4.5	-	-	1	1.2
Flexible	5	23.8	4	20.0	3	13.6	3	15.8	15	18.3
Estructurada	8	38.1	12	60.0	11	50.0	7	36.8	38	46.3
Rígida	8	38.1	4	20.0	7	31.8	9	47.4	28	34.1
<i>Tipo familia</i>										
Extremo	5	23.8	4	20.0	7	31.8	9	47.4	25	30.5
Medio	8	38.1	7	35.0	9	40.9	7	36.8	31	37.8
Equilibrado	8	38.1	9	45.0	6	27.3	3	15.8	26	31.7

En ambas dimensiones, los niveles intermedios son los que corresponden a un óptimo funcionamiento familiar, mientras que los niveles extremos son considerados más

problemáticos en las familias. De la combinación de las dos dimensiones se obtienen en la muestra tres tipos de funcionamiento familiar: un tipo equilibrado que agrupa al 31.7%, un tipo intermedio con un 37.8% y un tipo extremo con el 30.5%.

A continuación, presentaremos los resultados de las diferencias entre antes y después del tratamiento en el funcionamiento familiar, en función del tipo de intervención recibida. Para ello, se han establecido dos tipos de funcionamiento familiar: a) equilibrado, que agrupa los tipos equilibrado y medio y b) disfuncional, que agrupa el tipo de familia extremo. Se han comparado en los distintos grupos las proporciones de sujetos que no varían con los que sí lo hacen. Las diferencias de proporciones sigue una distribución normal y, por tanto, se consideran significativas, para un nivel de significación del 5% valores de z iguales o superiores en valor absoluto a 1.96

La Tabla 30 muestra las frecuencias de la evolución del funcionamiento familiar en los distintos grupos. Se observa la misma tendencia en el grupo de Psicoterapia 1 y en el grupo de Metadona: en tres pacientes la percepción evolucionó favorablemente, frente a 1 que evolucionó de forma desfavorable. Por el contrario, en el grupo Educativo, hay 4 pacientes que empeoran su percepción frente a 2 que mejoran. Finalmente, en el grupo de Psicoterapia 2 la proporción es 3 con percepción de evolución favorable frente a 4 con evolución desfavorable.

Tabla 30 *Frecuencias de la evolución del funcionamiento familiar por grupos*

Tipo inicial	Tipo final								Total	
	Psicoterapia 1		Psicoterapia 2		Educativo		Metadona			
	<i>Eq</i>	<i>Dis</i>	<i>Eq</i>	<i>Dis</i>	<i>Eq</i>	<i>Dis</i>	<i>Eq</i>	<i>Dis</i>	<i>Eq</i>	<i>Dis</i>
<i>Equilibrada</i>	15	1	12	4	11	4	9	1	47	10
<i>Disfuncional</i>	3	2	3	1	2	5	3	6	11	14

La Tabla 31 recoge los resultados de la comparación de proporciones de evolución del funcionamiento familiar por grupos a través de la prueba z . Se confirman las diferencias estadísticamente significativas, tanto en la evolución registrada en la muestra total ($p < .001$)

como en todos los grupos: Psicoterapia 1 ($p=.026$), Psicoterapia 2 ($p=-.001$), Educativo ($p=.004$) y Metadona ($p=.024$).

Tabla 31 *Estadístico Z de comparación de proporciones de la evolución del funcionamiento familiar por grupos*

Psicoterapia 1		Psicoterapia 2		Educativo		Metadona		Total	
<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
2.22	.026	3.28	.001	2.87	.004	2.25	.024	5.31	$p<.001$

8.4. Evaluación del seguimiento

La Tabla 32 muestra la evaluación del seguimiento realizado a los dos años de finalizar la intervención. A nivel global el 54,8% de los sujetos presentaron una evolución favorable frente al 45,2% que evolucionó de forma desfavorable. Por grupos, se observa un mayor porcentaje de pacientes con evolución favorable en los grupos de Psicoterapia 2 (75.0%) y 1 (73.7%), mientras que en los grupos educativo esta evolución se registró en un 42.1% y el grupo de metadona (control) en un 31.6%. Estas diferencias entre grupos son estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 95% ($X^2 = 10.743$, $p=.013$).

Tabla 31 *Frecuencias de la evaluación del seguimiento por grupos*

Evolución	Grupos								Total	
	Psicoterapia 1		Psicoterapia 2		Educativo		Metadona		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<i>Favorable</i>	14	73.7	12	75.0	8	42.1	6	31.6	40	54.8
<i>Desfavorable</i>	5	26.3	4	25.0	11	57.9	13	68.4	33	45.2
<i>Total</i>	19	100.0	16	100.0	19	100.0	19	100.0	73	100.0

Capítulo 9
DISCUSIÓN

9. DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación nos planteamos comprobar la eficacia de un programa de Psicoterapia Multifamiliar con Equipo Reflexivo, en pacientes adictos a opiáceos en tratamiento con metadona. A partir de los resultados obtenidos vamos a desarrollar este capítulo de discusión tratando, en primer lugar, de comentar algunas características de la muestra; después, analizaremos los efectos de la Psicoterapia Multifamiliar en las diferentes áreas propuestas; a continuación, describiremos las limitaciones que hemos encontrado en el desarrollo de esta experiencia y concluiremos con algunas reflexiones a propósito del modelo psicoterapéutico desarrollado.

En el trabajo desarrollado hemos planteado acercar la investigación a sus contextos naturales, esto es, a las condiciones en las que habitualmente se produce la práctica clínica. Para ello, en su diseño no ha habido un proceso de selección de pacientes, sino que han participado todos los que estaban en tratamiento con metadona y se adecuaron a los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión coincidían exactamente con los que tenía el propio programa de tratamiento de metadona, mientras que el principal criterio de exclusión vino determinado por la presencia de un diagnóstico confirmado de trastorno psicótico, ya que estimamos que podría suponer un inconveniente para mostrar la eficacia diferencial de este formato psicoterapéutico, que los participantes fuesen atendidos al mismo tiempo en el dispositivo de salud mental de zona.

Por otro lado, para contrarrestar el sesgo que hemos observado en muchos estudios de evaluación de incluir sólo a aquéllos sujetos que han obtenido resultados más favorables (Fernández Hermida y Secades, 2001), hemos desarrollado esta investigación bajo el principio de “intención de tratar”. A juicio clínico, el número de sesiones del protocolo terapéutico necesario para producir cambios se estimó en un mínimo de cuatro, aunque fueron incluidos todos aquellos que acudieron a más de una sesión. Esta estrategia de análisis, en la que nos planteamos incluir a los pacientes no cumplidores en los que hemos podido medir la variable respuesta, permite ese acercamiento a las condiciones clínicas habituales del centro de tratamiento.

Los participantes en esta investigación presentan un perfil respecto a edad, sexo, variables de consumo y variables relacionadas con la situación social que coinciden en lo

sustancial con los datos que hemos comentado de otras publicaciones en el entorno (García y cols., 2005; Ochoa y cols., 2008; Plan Nacional sobre Drogas, 2009), por lo que las conclusiones pueden ser válidas para el ámbito nacional. Son características representativas y muy similares al perfil de usuarios en tratamiento de opiáceos de los servicios específicos de drogodependientes de nuestra comunidad autónoma (Junta de Andalucía, 2009).

Las características clínicas analizadas ponen de relieve algunos aspectos tales como la cronicidad y las dificultades de integración sociolaboral, que se asocian a un peor pronóstico del tratamiento, y otras, como el tiempo de permanencia y las características del programa de metadona, la dosis, así como una baja severidad en otras áreas que son predictores de buena respuesta.

Todos los pacientes tenían un diagnóstico confirmado de dependencia de opiáceos de larga evolución, con indicadores de cronicidad, que tienen una estrecha relación con la evolución del tratamiento (Ochoa y cols., 2008). Habían comenzado el consumo de heroína a una edad temprana (22.59 años), permaneciendo una media de 5.43 años consumiendo antes de iniciar el primer tratamiento, y habían tenido una media de 4.32 tratamientos en centros especializados antes de iniciar el programa de tratamiento con metadona. Estas características de cronicidad se asocian a un peor pronóstico en el tratamiento (Comas y cols., 1996; Fernández Miranda, 2005; Hser y cols., 2001). Hemos visto que un consumo arraigado, habitualmente asociados a numerosos intentos de deshabituación fallidos en los que la adicción ha llegado a formar parte de un “estilo de vida”, empeora el pronóstico. A ello se une que en nuestra muestra nos encontramos con adicciones de larga evolución, con dosis altas que, como se ha puesto de manifiesto, son consideradas un factor predictor de recaídas (Bedate y cols., 1995).

Un alto porcentaje (45.1%) de los participantes había permanecido en situación de desempleo durante la mayor parte del tiempo en los últimos tres años, y la media de ingresos mensuales obtenidos se situó en 410.56 €, lo que implica que estamos ante una población con características de dependencia económica. Asimismo, encontramos que el área con mayor necesidad de tratamiento adicional al inicio es la de empleo y apoyo, con una puntuación media (7.18) muy por encima del resto de las áreas, lo que señala las dificultades que tienen estos pacientes a la hora de conseguir un adecuado proceso de integración sociolaboral

(Lopez-Goñi, 2007). Por otra parte, la media de años de escolarización fue baja (8.26 años). Estas circunstancias de inestabilidad laboral y bajo nivel formativo, en la línea de lo que han encontrado otros autores (Brewer, y cols., 1998; Koo y Chitwood, 2007), son igualmente asociadas a predictores de peor evolución.

Dentro de las características clínicas, también encontramos algunas que se asocian a predictores de buena respuesta: el tiempo de permanencia en programa, la dosis de metadona y la vía de administración utilizada para el consumo.

Los pacientes habían permanecido algo más de tres años como término medio en programa de metadona y la dosis media (67.07) no es especialmente baja, aspectos que se asocian a mejores resultados en el tratamiento (Faggiano y cols., 2008; Ward y cols., 1998). Hemos visto que uno de los resultados que se repite en todos los estudios revisados (Hubbard y cols., 1989; Simpson y Sells, 1983; Simpson y cols., 1999) es que los tratamientos funcionan cuando se aplican con tiempo suficiente. La expresión “tiempo suficiente” hace referencia al hallazgo de que hay una consistente correlación positiva entre el tiempo que lleva el sujeto en el tratamiento y las posibilidades de éxito del mismo (Simpson y cols., 1999), medidos ambos en los términos que define el propio programa terapéutico. Al mismo tiempo, se ha puesto de manifiesto que la dosis de metadona administrada es un factor determinante fundamental en la eficacia del tratamiento con metadona (Faggiano y cols., 2008).

Igualmente, la vía de administración predominante utilizada por todos los participantes era fumada en “chino” o “plata”, aspecto que está asociado a un mejor pronóstico del tratamiento que la vía intravenosa (Iguchi y Stitzer, 1991; Newman, 1987).

A estos factores hay que añadir la cantidad y calidad de servicios de soporte. En esta investigación el dispositivo de tratamiento se incluye dentro de una estructura de servicios sociales, entre los que están las prestaciones básicas de servicios sociales, servicios de empleo, servicio de asesoramiento jurídico..., de fácil acceso, que complementan el programa de tratamiento y que como han encontrado otros autores (Ashton y Witton, 2004) refuerzan sus resultados. Nos encontramos en un contexto de tratamiento con las

características que plantearon originalmente Dole y Nyswander (1965), basado en una dosis media relativamente alta y bien equipado de servicios psicoterapéuticos y rehabilitadores.

La severidad en otras áreas tales como estado psicopatológico, consumo de drogas y relaciones familiares presentan valores bajos, es decir, desde este modelo dimensional de evaluación presentan una baja necesidad de tratamiento adicional. Hemos visto un buen número de investigaciones que asocian gravedad de la adicción y pronóstico del tratamiento (Fernández Miranda y cols., 2001; Kosten y cols., 1987; Magura y cols., 1991). Estos valores relativamente bajos de severidad en casi todas las áreas suponen un mejor pronóstico del tratamiento.

En la evaluación de los resultados de este trabajo de investigación hemos tenido en cuenta dos aspectos básicos: uno es determinar qué entendemos por “resultado” y el otro cómo medirlo. Respecto al primero, hemos comprobado la aceptación que existe al considerar la dependencia de opiáceos como una entidad clínica de naturaleza biopsicosocial que puede afectar a todas las áreas de funcionamiento del sujeto. Por tanto, el efecto de la Psicoterapia Multifamiliar se ha medido no sólo respecto al nivel de consumo de drogas, como criterio básico, sino también al nivel de deterioro en cada una de las áreas más comúnmente afectadas por el consumo de drogas: estado médico, aspectos psicológicos, aspectos legales, empleo y apoyo y dimensión familiar. En consecuencia, los efectos de la Psicoterapia Multifamiliar se han evaluado comparando entre sí los resultados iniciales y finales y comprobando los aspectos diferenciales respecto a los otros grupos de intervención. Con relación al segundo aspecto, hemos comprobado que además de que la mayoría de los estudios revisados sobre eficacia ponen de manifiesto ese consenso general sobre las principales variables que deben ser estudiadas, existe un gran disenso en el método y los instrumentos de medida (Fernández Hermida y Secades, 2001). En este estudio la información obtenida a través de la entrevistas clínicas y de medidas de autoinformes han sido contrastadas con métodos bioquímicos (análisis de metabolitos de orina para determinar objetivamente la abstinencia de drogas legales e ilegales, así como otros marcadores directos e indirectos del consumo), y con información obtenida, predominantemente de familiares, amigos y profesionales de otros servicios.

Los resultados obtenidos en el análisis muestran un empeoramiento generalizado de los pacientes en las distintas áreas evaluadas, aunque menor en algunas áreas en los pacientes que recibieron Psicoterapia Multifamiliar.

Encontramos un incremento en la severidad del Estado médico general y este empeoramiento en la situación orgánica y de salud de los pacientes resultó independiente del tipo de intervención, ya que no se observaron diferencias entre los distintos grupos. Todo ello a pesar de que se trata de una muestra que llevaba un promedio de 38.18 meses de tratamiento con metadona, tiempo que se considera más que adecuado para lograr la estabilización de los pacientes en el tratamiento (Parrino, 1992; Simpson y cols., 1999), y que la dosis promedio no es baja (67.07 mgrs./día), que tal y como hemos señalado (Faggiano y cols., 2008), se asocia a buenos resultados.

Resultados similares han encontrado Gutiérrez y cols. (2001) en su estudio de seguimiento de dos años de un grupo de pacientes adictos en tratamiento con metadona y que achacaron, en parte, a una mayor concienciación de los pacientes sobre el cuidado que precisan sus patologías orgánicas, y también al empeoramiento lógico que sucede en enfermedades crónicas, como pueden ser la hepatitis y la infección por V.I.H. Hemos visto que el consumo de heroína se asocia a todo un conjunto de complicaciones físicas, infecciosas y no infecciosas, que afectan a la calidad de vida del heroinómano, condicionando la evolución y ensombreciendo el pronóstico (Terán y cols., 2005). Parece lógico asumir que el estado de salud de los pacientes sufra un deterioro progresivo como consecuencia de dichas complicaciones, y estas cuestiones posean una mayor importancia para el adicto en proceso de recuperación. Hay que señalar que el 7.31% de la muestra falleció en el periodo transcurrido hasta la evaluación del seguimiento, porcentaje más elevado que el encontrado en el estudio de Gutiérrez y cols. (2001) del 3.2% a los dos años. A pesar de que se ha puesto de manifiesto que la tasa de mortalidad entre los pacientes que siguen tratamiento con metadona es un tercio menor que los que abandonan (Caplehorn y Drummer, 1999), el estado de salud de los pacientes que siguen en metadona sufre un deterioro progresivo. Este resultado va en la línea de lo que proponen Terán y cols. (2005), que apuntan que existen un conjunto de patologías no infecciosas que afectan a diferentes órganos y sistemas y cuyo mecanismo patogénico, en algunos casos, está aún por determinar.

En cualquier caso, el valor inicial del Estado médico general es relativamente bajo (2.73), quizás como consecuencia del efecto que ha provocado en la mejoría de la salud de la población heroínómana la implantación de los tratamientos con metadona (Brugal y cols., 2005). Además, en nuestro estudio no se registraron prácticas de riesgo significativas, como puede ser el uso de drogas por vía parenteral, que se asocia a complicaciones físicas más graves y a enfermedades infecciosas (Brugal y Rodríguez-Martos cols., 2005).

La influencia del valor inicial de la variable en la magnitud del cambio producido pone de manifiesto que, a mayor severidad en el Estado médico general al inicio del tratamiento, menor es el cambio como consecuencia del tratamiento. Esta circunstancia se ha mantenido en la mayor parte de las variables analizadas, lo que nos hace reflexionar sobre la importancia de intervenciones tempranas a la hora de mejorar la eficacia de los programas terapéuticos. Al mismo tiempo, nos parece importante destacar la necesidad de un trabajo terapéutico muy especializado con personas que se conforman como un grupo de “enfermos crónicos”. Los rasgos de personalidad y las situaciones familiares y socio laborales estudiadas pueden ser de gran utilidad para atender a estos grupos con una visión mas centrada en la rehabilitación y la integración social.

Todos los pacientes que iniciaron el estudio permanecían en tratamiento con metadona al finalizar la intervención, aproximadamente a los 9 meses, independientemente del tipo de intervención, lo que pone de manifiesto la capacidad que tienen los programas de metadona para retener a pacientes con dependencia a opiáceos de larga evolución (Ball y Ross, 1991). Si a esto añadimos que se ha encontrado mayor adherencia y permanencia en tratamiento en los programas terapéuticos que usan intervenciones familiares (Henggeler y cols., 1996; Waldron y cols., 2001), los efectos en los pacientes del grupo psicoterapéutico serán mayores.

Sin embargo, la tendencia general registrada en los pacientes de esta investigación es a un aumento de la severidad del consumo de drogas. Conviene destacar que esta severidad del consumo se entiende como la necesidad de tratamiento adicional. Esta tendencia a incrementarse la gravedad del consumo de drogas, contraria a la que cabría esperarse de los pacientes en un programa de metadona, no está generada por un aumento en el consumo de heroína, que no empeoró en el conjunto de la muestra, sino que está directamente relacionada

con el uso habitual de otras drogas, como la cocaína, cannabis y psicofármacos. Como hemos comprobado en otros estudios el consumo de estas sustancias está muy generalizado entre los pacientes en T.M. (Rodríguez y cols., 2007; Yancovitz y cols., 1991), siendo además un factor de peor cumplimiento y efectividad del tratamiento.

La Psicoterapia multifamiliar resultó eficaz para disminuir la tendencia general registrada en la muestra a incrementarse la severidad del Consumo de drogas. En los grupos de Psicoterapia Multifamiliar el incremento en el consumo de drogas fue significativamente menor que en los grupos educativo y de metadona.

Resultados similares son descritos en la mayor parte de los estudios revisados en los metanálisis de Stanton y Shadish (1997) y de Ozechowski y Liddle (2000), en el sentido que los pacientes que recibieron terapia familiar manifestaban de forma significativa menor uso de cannabis, heroína, cocaína y otros estupefacientes (Azrin y cols., 1994; Friedman, 1989; Henggeler, 1999; Lewis y cols., 1990; Liddle y cols., 2000).

Sin embargo, en relación al consumo de alcohol nos encontramos que empeora en todos los grupos, independientemente del tipo de intervención. Varias investigaciones recogen un aumento de los problemas de abuso de alcohol entre el 15 y el 40% en pacientes en T.M. (Ball y Ross, 1991; Chatham y cols., 1995). Esto hace que debamos pararnos a reflexionar sobre el consumo problemático de alcohol en los programas terapéuticos, ya que es una sustancia que cuenta con un nivel alto de tolerancia social y que adquiere más interés, si se tiene en cuenta la posibilidad que ofrece como droga de sustitución de aquellas más proscritas y con peor accesibilidad. En el diseño de intervenciones psicoterapéuticas en adictos a opiáceos se hace necesario encarar el consumo de alcohol en el tratamiento, para incrementar la eficacia del programa, ya que podemos encontrarnos que al no tratar los conflictos personales y familiares subyacentes, lo que se produce al final es una sustitución de un síntoma por otro. Sobre este aspecto creemos que es necesario abrir nuevas líneas de investigación, sobre cómo tendría que ser el cambio logrado con las psicoterapias en el campo de las adicciones para que tuviese un carácter más duradero (Bateson, 1956).

Ya hemos comentado que uno de los objetivos deseables en los programas de metadona es conseguir la desintoxicación de los pacientes. Ésta puede tener lugar en un

marco hospitalario, incluyendo la opción de comunidad terapéutica, de hospitalización parcial o, más comúnmente, de tipo ambulatorio. Cada opción posee ventajas e inconvenientes en relación con los costes, la interrupción del tipo de estilo de vida del paciente, la participación o no de la familia y las posibilidades de contención o control en relación con el acceso a sustancias. Los clínicos, en todo caso, deben valorar las ventajas y desventajas de las distintas modalidades de desintoxicación para indicar, de forma consensuada con ellos, aquéllas que se adapten más a las necesidades o posibilidades de cada paciente.

Para eso, los T.M. del C.M.O.T. se estructuran en función del grado de exigencia en tres niveles: alto, medio y bajo umbral. Habitualmente, con los pacientes que se encuentran en niveles de menor exigencia, el objetivo es hacer que paulatinamente se vayan situando en mayores niveles de exigencia. Llegada esta situación de estabilización del paciente, los clínicos se plantean objetivos de desintoxicación que se desarrollan, bien a través de los procedimientos descritos anteriormente, bien con una reducción progresiva de las dosis de metadona que se dispensan a los pacientes. Las combinaciones, como puede comprobarse, son variadas en función del tipo de recurso que se utilice.

En esta investigación hemos considerado la dosis de metadona como un indicador de evolución de los pacientes en tratamiento. De esta forma, una reducción de la dosis, ya sea porque se inicia un proceso de desintoxicación o porque se produce una disminución progresiva en dicha dosis, es considerada como un signo de evolución positiva del tratamiento. Por el contrario, un incremento en dicha dosis es interpretada como una intervención del equipo terapéutico, para adecuarla a las necesidades de los pacientes para garantizar la retención en el tratamiento y prevenir recaídas. El incremento en las dosis de metadona se suele asociar a una desestabilización del paciente que requiere este tipo de intervención.

Hemos comprobado cómo se produce un empeoramiento significativo de las distintas áreas evaluadas en el conjunto de la muestra. Esto quiere decir que los pacientes han necesitado incrementar las dosis de metadona para evitar un proceso de desestabilización y una posterior recaída en el consumo. Observamos que la tendencia general registrada es a un incremento de las dosis de metadona, si bien la Psicoterapia multifamiliar resulta eficaz para disminuir la tendencia inicial de los pacientes a ese incremento de las dosis. En el grupo de

Psicoterapia Multifamiliar 1 los pacientes no incrementaron tanto las dosis como en los grupos educativo y control, mientras que en el grupo de Psicoterapia 2 se observa una ligera reducción sobre la dosis inicial. Estos resultados coinciden con los que encontraron Stanton y Tood (1982), en la línea de que los pacientes que se sometieron a terapia familiar necesitaron al final del tratamiento una menor dosis de metadona.

Los valores iniciales de las dosis no tienen influencia en el cambio de la dosis al final, es decir, la Psicoterapia resulta eficaz a la hora de reducir las dosis de metadona, independientemente de la dosis de partida. Esto puede resultar de enorme interés ya que, en muchas investigaciones, las dosis altas de metadona se asocian a una mayor adherencia al tratamiento, y derivada de ésta, a un mejor pronóstico (Faggiano y cols., 2008). Durante años, los clínicos no habían sido partidarios de las dosis altas de metadona, aduciendo que de esta forma el proceso de desintoxicación sería más fácil, y esto ha podido explicar un posible abandono del tratamiento de los pacientes. Actualmente, podemos comprobar que no suelen existir criterios restrictivos respecto a las dosis altas en los tratamientos con metadona, a lo que podemos añadir que la eficacia de la psicoterapia va a resultar independiente de la dosis de metadona inicial.

El perfil psicopatológico de los participantes es más acentuado que el encontrado en la población general, aunque también difiera de forma significativa del perfil de la población psiquiátrica ambulatoria, excepto en la dimensión de ideación paranoide. Salvo en esta sintomatología, los participantes no llegan a equipararse a la población psiquiátrica ambulatoria, aunque sí tenían unos niveles de psicopatología estadísticamente superiores que la población general. La presencia de sintomatología psicopatológica en pacientes en T.M. es muy frecuente, y en la práctica clínica supone un factor añadido de dificultad para el diagnóstico y el tratamiento (Beattle y cols., 2006; Fernández Miranda, 2005), lo que a su vez ha hecho incrementar el interés de muchos investigadores por conocer su prevalencia.

La tendencia registrada en la muestra a nivel general es a un aumento de la severidad en los pacientes de su estado psicopatológico, lo que supone una complicación que afecta al curso y al pronóstico del tratamiento. Sin embargo, la Psicoterapia multifamiliar resulta eficaz para disminuir esa tendencia general registrada. En el Grupo 1 la psicopatología se

incrementa menos que en los grupos educativo y de metadona. Esta mejoría es superior en el Grupo 2, en el que registramos un leve descenso sobre la medición inicial.

Resultados similares se han obtenido en los estudios revisados de Ozechowsky y Liddle (2000). En cinco de los dieciséis ensayos realizados (Azrin y cols., 1994; Friedman, 1989; Henggeler y cols., 1999; Liddle y cols., 2000; Szapocznik y cols., 1988) que incluían la evaluación de la sintomatología psicopatológica pre y postratamiento de terapia familiar y todos mostraron una reducción de la sintomatología psicopatológica en los jóvenes tratados.

Estos aspectos nos llevan a reflexionar sobre la posibilidad de que los tratamientos más eficaces sean aquellos que realicen un buen diagnóstico al inicio del tratamiento, y traten adecuadamente la sintomatología psicopatológica de los pacientes adictos.

En nuestro estudio la sintomatología más acusada es la depresión. La literatura revisada pone de relieve que los problemas psicopatológicos más frecuentes en dependientes de opiáceos son los cuadros depresivos, de ansiedad y los trastornos de personalidad, que pueden ser inducidos o independientes del consumo de opiáceos (Astals y cols., 2008; Strain, 2002). Otros autores señalan, dentro de los problemas psicopatológicos, los niveles de depresión como los más influyentes en un peor pronóstico del tratamiento (Fernández Miranda y cols., 2001; Kosten y cols. 1987). En el estudio de Azrin y cols. (1994) se examinó el cambio producido en los niveles de depresión con abordajes familiares, concluyendo que éstos resultan más eficaces para la disminución de esta sintomatología que otro tipo de intervenciones. La Psicoterapia Multifamiliar aplicada en el grupo 1 resultó eficaz para reducir los niveles de depresión en los pacientes.

Otras dimensiones psicopatológicas elevadas son la ideación paranoide, obsesiones y somatizaciones. Por el contrario, las dimensiones sintomáticas más bajas son las fobias y el psicoticismo. En su revisión, Fernández Miranda (2008) señala que no está descrita una mayor prevalencia de trastornos psicóticos en este grupo de población.

Desde nuestro punto de vista, resulta difícil diferenciar si los problemas psicopatológicos son inducidos por el consumo de drogas o no. Hemos observado que con frecuencia estos cuadros pueden anteceder al consumo (Cancrini, 1982; Casas, 2007;

Khantzian, 1985) y en otras ocasiones pueden ser secundarios a otros problemas asociados al consumo y no directamente debidos al efecto de los opiáceos, bien por el estilo de vida de estos adictos o por la problemática social y familiar asociada (Phan y cols., 2005). Por último, dadas las frecuentes situaciones de consumo de otras drogas, es posible que sean debidos a esas otras sustancias como la cocaína, el alcohol o el cannabis (Fernández Miranda, 2008).

La Psicoterapia Multifamiliar en el grupo 1 resultó eficaz en la disminución de la sintomatología psicopatológica. El Índice Global de Síntomas, que en este estudio se utiliza como una medida general del malestar psicopatológico, se redujo de forma significativa (al 95% de nivel de confianza) en los pacientes que siguieron psicoterapia multifamiliar en el grupo 1, lo mismo que ocurre con el Total de Síntomas Positivos, o número de síntomas que los pacientes respondieron de forma positiva, independientemente de su intensidad.

A pesar de que la reducción de la gravedad del Estado Psicopatológico se produce en los dos grupos de psicoterapia, al analizar el cambio en el perfil psicopatológico de los pacientes, sólo se encuentran diferencias significativas al 95% en el grupo 1 en las siguientes dimensiones sintomáticas: a) ansiedad, b) hostilidad, c) somatizaciones, d) ideas paranoides f) psicoticismo, g) depresión y f) obsesiones.

Esta aparente inconsistencia nos hace reflexionar sobre cuestiones que tienen que ver con la fiabilidad de las medidas, dado que, por un lado, se observa un cambio relevante en la severidad del Estado psicopatológico en los grupos psicoterapéuticos, mientras que ese cambio sólo se observa en la mayoría de las dimensiones sintomáticas de los pacientes que se sometieron a psicoterapia en el grupo 1. En el primer caso, el cambio se mide a través de una entrevista clínica semi-estructurada para la evaluación multidimensional de los problemas relacionados con el consumo de drogas, instrumento cuya validez y fiabilidad están sobradamente probadas (Guerra, 1992, González-Saiz, 1997). En el segundo caso, igualmente, se trata de un cuestionario de autoinforme clínico multidimensional, con buenos coeficientes de validez y fiabilidad (Derogatis, 2002).

En cualquier caso, la psicoterapia multifamiliar resultó eficaz en la reducción del malestar psicopatológico de las pacientes, frente a intervenciones de tipo educativo o frente a las condiciones estándar de tratamiento con metadona y consejo individual.

En todos los casos encontramos el carácter predictivo que tienen los valores iniciales de las dimensiones sintomáticas, poniéndose de manifiesto que los cambios son menores cuanto mayores son los valores iniciales, es decir, que a mayor nivel de psicopatología el pronóstico es menos favorable.

La literatura revisada pone de relieve que los sujetos que padecen adicciones a sustancias se ven involucrados en conductas delictivas con mayor frecuencia que la población general (Bell y cols., 1992; Hall y cols., 1993). Esto conlleva importantes costes y ha conducido a que la disminución de las tasas de delincuencia sea uno de los objetivos generales en los programas de tratamiento de las dependencias de sustancias (Schwartz y cols., 2006). En nuestro estudio el 7,3% de los pacientes habían permanecido la mayor parte del tiempo en prisión los 3 últimos años, siendo ésta una característica significativa del perfil de pacientes con dependencia a opiáceos, que fueron admitidos a tratamiento en 2008, en los centros de tratamiento de la red pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En cualquier caso, no existen evidencias claras sobre si la dependencia precede a la actividad ilegal o todo lo contrario, o si en realidad se puede considerar que ambas variables interactúan y se retroalimentan. Sea cual fuere la naturaleza de esta relación, no existen dudas sobre la fuerte asociación entre la delincuencia y el consumo de drogas (Ochoa y cols., 2008). Desde nuestro punto de vista, el modelo que plantea la interrelación y la mutua influencia entre estas dos variables se presenta como la hipótesis comprensiva más ajustada a la hora de explicar dicha asociación.

En la muestra estudiada, el área de la Situación legal de los pacientes es la que registra una menor severidad inicial. Esto quiere decir que aspectos relacionados con la presión judicial para iniciar tratamiento, así como el tipo y número de arrestos, detenciones y condenas por delitos relacionados no resulten especialmente relevantes y no experimenten cambios significativos como consecuencia de las intervenciones. Esta tendencia también la encontraron Gutiérrez y cols. (2001), y la atribuyen a la lentitud con la que se resuelven los procesos legales en nuestro país, dándose la circunstancia de que pacientes ya estabilizados en diferentes aspectos de su adicción comiencen a recibir sentencias del pasado, o estén a punto de ser sometidos a juicios de épocas anteriores. Esta circunstancia también hace, desde nuestro punto de vista, que una parte importante de los pacientes busquen y permanecieran

en terapia, por la seguridad de que puede suponer un atenuante a la hora de cumplir las sentencias que se pueden derivar de los juicios pasados y pendientes.

Un formato de terapia multifamiliar multisistémica se ha utilizado con jóvenes agresores violentos crónicos que abusan de drogas, para prevenir o atenuar la actividad delictiva (Henggeler y cols., 1998). Este enfoque de terapia comienza a extenderse su utilización en estos casos (Littell y cols., 2007). Por otra parte, algunos estudios (Bourdin, 1999; Chambless, 2001 y Diamond y Siqueland, 2001) han puesto de manifiesto la eficacia de ciertos tipos de intervenciones psicoterapéuticas familiares en el tratamiento de problemas de delincuencia y otros trastornos de conducta en jóvenes. La importancia de estos hallazgos viene dada por la estrecha relación existente entre estos problemas de conducta y los trastornos por abuso de sustancia en los jóvenes. En cualquier caso, las intervenciones familiares han demostrado resultar eficaces en la reducción de las conductas disfuncionales asociadas, como el número de detenciones postratamiento, la agresividad y las conductas antisociales (Ozechowsky y Liddle, 2000).

Como hemos señalado anteriormente, el área con mayor necesidad de tratamiento adicional en la muestra de pacientes de esta investigación es la correspondiente al empleo y apoyo. Las puntuaciones medias iniciales en esta área (7.18) confirman las dificultades de integración sociolaboral que tienen este tipo de pacientes adictos a opiáceos (Gimeno y cols., 2002). Esta variable ha sido tradicionalmente incluida en la evaluación de programas de tratamiento con metadona, conjuntamente con otras variables como la adherencia al tratamiento, la disminución de actividades ilegales y, por supuesto, el propio consumo de drogas. La ocupación en actividades formativas, la recuperación de estudios o la consecución de un empleo han sido considerados indicadores de peso relacionados con la buena evolución de los pacientes en tratamiento (Koo y Chitwood, 2007).

La Psicoterapia Multifamiliar resultó eficaz a la hora de disminuir la tendencia inicial de incremento de la gravedad en esta área que experimentaron los pacientes. Esta intervención psicoterapéutica fue superior a la intervención educativa y a las condiciones estándar de tratamiento del grupo control.

Estos resultados van en la línea de lo que encontraron en su revisión Ozechowsky y Liddle (2000), concluyendo que la terapia familiar resulta eficaz en los niveles de integración social de los pacientes tras el tratamiento. Los adolescentes que fueron tratados con intervenciones familiares lograron un mejor funcionamiento escolar (Azrin y cols., 1994; Brown y cols., 1999; Friedman, 1989; Liddle y cols., 2000). Por su parte, Liddle y cols. (2004) demostraron la eficacia de la Terapia Familiar Multidimensional en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en el contexto escolar, mientras que Rowe y cols. (2004) encontraron resultados favorables en la mejora del funcionamiento escolar de los adolescentes tratados. Por último, Becoña y Cortés (2008) en una reciente revisión sobre la evidencia empírica de los tratamientos centrados en las familias recogen como uno de los hallazgos más importantes es su eficacia en el proceso normalización e incorporación social.

En este trabajo de investigación sobre psicoterapia multifamiliar encontramos un incremento en la severidad de las relaciones familiares, y este empeoramiento en el funcionamiento familiar resultó independiente del tipo de intervención, ya que no se observaron diferencias entre grupos. A pesar de que las variables familiares han sido siempre reconocidas como las más importantes a la hora de explicar el origen y mantenimiento del consumo de drogas (Kaufman, 1985; Madanes y cols., 1980), en este estudio la intervención psicoterapéutica no mejoró la percepción de los pacientes del funcionamiento de sus familias.

Estos resultados no van acordes con los obtenidos en la revisión de las investigaciones sobre eficacia de las intervenciones basadas en la familia ya comentadas en el Capítulo 4. Tampoco van en la línea de los resultados obtenidos por otros autores (Austin y cols., 2005; Liddle y cols., 2004; Littell y cols., 2004; Szapocnick y cols., 2006; Thompson, 2005) que señalan la eficacia de la terapia familiar a la hora de mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia, en sus dimensiones de comunicación, expresividad emocional, flexibilidad y disminución de conflictos de jóvenes drogodependientes. En otro estudio (Gutiérrez y cols., 2001), no se apreciaron cambios en la dimensión familiar como consecuencia del tratamiento, y esta circunstancia fue atribuida a la dificultad de producir cambios, en un espacio de tiempo relativamente corto sobre la gran problemática familiar que se deriva de la toxicomanía. En nuestra opinión, la inexistencia de cambios en esta dimensión puede tener más relación con que la severidad al inicio es relativamente baja en esta área, debido quizás al proceso de estabilización que el tratamiento con metadona puede

producir en la conflictividad familiar (Gimeno y cols., 2002). En esta misma línea, encontramos las conclusiones del estudio de Santisteban y cols. (2003) sobre la eficacia de la terapia familiar en la reducción de problemas de conducta y consumo de drogas. También fue superior en la mejoría del funcionamiento familiar, pero este efecto resultó proporcional al grado de desestructuración familiar mostrado al inicio, de modo que no aparecieron beneficios asociados a la reducción de los problemas en familias que presentaban un adecuado funcionamiento al inicio del tratamiento. La terapia familiar sería aconsejable sólo en los casos en los que existe una disfunción familiar asociada al consumo de drogas.

En el estudio de Szapocznik y cols. (2006) se observó una reducción de los problemas emocionales y conductuales de los jóvenes drogodependientes, pero el impacto sobre la dinámica familiar fue diferente. La terapia familiar mejoró de forma significativa el funcionamiento familiar (estructura, comunicación resolución de conflictos), mientras que los que asistieron a psicoterapia individual mostraron un empeoramiento en estas mismas variables, lo que era interpretado desde el enfoque sistémico como un empeoramiento del sistema familiar debido a la mejoría del miembro problema. En ocasiones, cuando la familia atraviesa por una situación conflictiva, de crisis, sucede que la mejoría del paciente se acompañaba de un empeoramiento de la familia y viceversa.

Un análisis más específico de la evolución del funcionamiento familiar bajo el paradigma del modelo circunplejo de Olson arroja diferencias significativas entre las medidas pre y postratamiento, tanto a nivel general de la muestra como en los distintos grupos en las dimensiones básicas del modelo: cohesión y adaptación familiar. En nuestra opinión, esta circunstancia puede tener relación con lo que han señalado recientemente algunos autores sobre resultados poco aceptables en la adaptación española del FACES III de Olson (Martínez-Pampliega y Rivero, 2009; Sanz, 2002). Dichos resultados tienen que ver con una baja fiabilidad de la escala y una equivalencia conceptual inadecuada. Esta escala proporciona una visión lineal del funcionamiento familiar aplicable a familias normales, es decir, población no clínica.

Matínez Pampliega y Rivero (2009) señalan la importancia de utilizar instrumentos de evaluación familiar adecuados, que cuenten con un buen respaldo conceptual y con apoyo empírico. Además, los datos deben poder ser comparados con los de otros estudios

internacionales para poder intercambiar información dentro de la comunidad científica. Sobre esta idea decidimos utilizar el modelo circumplejo ya que presenta un enfoque de evaluación del funcionamiento familiar muy respaldado empíricamente y que ha proporcionado una serie de instrumentos muy útiles para comprender el funcionamiento familiar desde el modelo sistémico. Sin embargo, los estudios han mostrado la solidez del modelo pero la inadecuación de las escalas, encontrando que los resultados de la versión FACES III sean considerados como poco aceptables y que una nueva versión española del FACES IV suponga un adelanto considerable respecto a las anteriores, ya que parece ser un instrumento adecuado para la evaluación del funcionamiento familiar de modo curvilíneo.

Una de las principales limitaciones que encontramos en el desarrollo de este trabajo es que está planteado desde su concepción inicial como una investigación de resultados que necesitará complementarse con una investigación sobre los procesos de cambio. En la actualidad estamos asistiendo a un interés creciente por conocer en este ámbito no sólo si se producen o no cambios, sino conocer cómo se producen. Greenberg y Pinsof (1986) señalan la importancia de estudiar la interacción entre el sistema del paciente y el del terapeuta para identificar los procesos de cambio en dicha interacción. Siendo conscientes de que la investigación de procesos es metodológicamente más compleja, no cabe duda de la importancia que en psicoterapia está adquiriendo la combinación de ambos enfoques. Especialmente, en un momento en el que tras un importante auge desde los enfoques cognitivo conductuales bajo el paradigma de los denominados tratamientos “*con apoyo empírico*”, estamos asistiendo actualmente a formulaciones en términos de prácticas basadas en la evidencia (Pascual y cols., 2004) y a investigaciones que tratan de profundizar en el proceso terapéutico para comprender los mecanismos del cambio en psicoterapia (Friedlander y cols., 2006). A esto contribuirá el hecho de que el contexto de investigación permitió grabar en video todas las sesiones terapéuticas.

Ya hemos enfatizado en la idea de que los cambios en las familias con jóvenes consumidores de drogas están directamente relacionados con la calidad de la relación terapéutica entre el terapeuta y la familia (“*alianza terapéutica*”), siendo ésta un importante predictor de la eficacia de la terapia (Szapocznick y cols., 2003), por lo que en este trabajo de investigación la utilización de un instrumento como el SOATIF (Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (Friedlander y cols., 2005), habría supuesto

un valor añadido por la posibilidad a la hora de investigar no sólo sobre un indicador del proceso terapéutico que fuese capaz de predecir el éxito terapéutico, sino también sobre las percepciones de los clientes sobre la alianza terapéutica en las primeras fases del tratamiento como indicador de la evolución.

Por otra lado, este estudio contribuye con la utilización de una modalidad de trabajo sistémico constructivista propuesto por Andersen (1991) como es el Equipo Reflexivo, que en el ámbito de las adicciones había demostrado ser un tratamiento eficaz en los problemas de ludopatía (Jaén, 2001). En ausencia de instrumentos de medida, el efecto de la técnica se ha medido solamente a través de juicios clínicos de terapeutas y supervisores. Se plantea por tanto la necesidad de conocer cómo contribuye específicamente esta modalidad en el cambio en psicoterapia, complementando los juicios clínicos de terapeutas y supervisores con la creación de nuevos instrumentos y nuevas escalas de observación.

Otro conjunto de limitaciones con las que nos encontramos está relacionado con lo que Fernández Hermida y Secades (2001) denominan problemas metodológicos para la valoración de los tratamientos en drogodependencias. A pesar de que, en el diseño de la investigación se tuvieron en cuenta muchas de sus recomendaciones nos hemos encontrado con algunos de los problemas y limitaciones metodológicas que ellos describen en este tipo de estudios.

La principal limitación de este tipo hace referencia a lo que describen como problemas de fiabilidad y validez de la recogida de datos, que analizaremos a continuación:

a) Las variables familiares han sido medidas, por un lado, a través de la entrevista clínica semiestructurada A.S.I. y, por otro lado, a través de la versión española del FACES III, basado en el modelo circumplejo de Olson. Aunque inicialmente se utilizó conjuntamente con el Inventario Familiar de Autoinforme de Beavers, encontramos una serie de problemas de validez y fiabilidad del instrumento que nos hizo desestimarlos. A pesar de que el FACES III se adaptó a la población española en estos últimos años, hemos encontrado conclusiones de diferentes autores (Martínez Pampliega y Rivero, 2009; Sanz, 2002) que cuestionan sus niveles de validez y fiabilidad. Por ello, es necesario destacar la necesidad de trabajar desde modelos conceptuales que nos indiquen en qué dimensiones del funcionamiento familiar

debemos focalizar nuestra atención para, posteriormente, elaborar instrumentos sólidos para la evaluación de dichos constructos. Dichos instrumentos deben seguir un riguroso proceso de adaptación cultural.

b) Los cambios en la severidad de la adicción han sido medidos a través de la versión española de la 5ª edición de la entrevista clínica *Addiction Severity Index* de McLellan y cols., (1992). En la actualidad existe una versión europea de este instrumento, el EuropASI, que fue adaptada por el grupo COST-A6 (Kokkevi y Hartgers, 1995) de la Unión Europea, del que existe una versión de todos los países europeos, incluido España. El EuropASI se ha venido utilizando en diversos estudios nacionales de evaluación de los tratamientos. En cualquier caso, la utilización del ASI puede plantear relativos problemas a la hora de comparar nuestros datos de severidad con otros estudios de nuestro entorno en los que se ha utilizado el EuropASI, pero no representa un sesgo a la hora de utilizarse para medir los cambios que se producen en los pacientes.

c) También encontramos alguna divergencia en los resultados obtenidos de la medición de los aspectos psicológicos. De nuevo los resultados obtenidos en uno de los grupos de psicoterapia a través del A.S.I. no se confirmaron con la medición de las dimensiones sintomáticas con el SCL-90-R. Con ello, se vuelve a poner de manifiesto las dificultades propias de elaborar y adaptar instrumentos de evaluación de fuerte dependencia cultural. En nuestro país, apenas se ha desarrollado esta área de investigación en el ámbito de las drogodependencias, por lo que no abundan los instrumentos con suficiente aval empírico.

d) Otras limitaciones de tipo metodológico que encontramos están relacionadas con el tamaño de la muestra, 82 participantes, distribuidos en cuatro grupos, con medidas pre y postratamiento, lo que puede suponer una limitación en el análisis y la interpretación de los resultados, ya que se considera una muestra pequeña. A pesar de ello, en la evaluación de seguimiento efectuada dos años después de finalizar la intervención se obtuvo información del 89% de los pacientes, mientras que un 7.32% fallecieron y el 3.68% permanecía en prisión. Estos porcentajes se consideran muy aceptables dado que uno de los principales problemas en la evaluación de los tratamientos de drogodependencias es la pérdida de sujetos en el proceso.

Por último, un tercer grupo de limitaciones tiene que ver con el desarrollo terapéutico de esta investigación: a) en primer lugar, hemos encontrado que una excesiva rigidez en los procedimientos clínicos puede resultar contraproducente trabajando con familias de adictos, ya que éstas suelen ser muy propensas a las crisis, b) por otra parte, el formato terapéutico utilizado es breve, ya que en general, se limitaba a diez sesiones, que puede resultar limitativo para producir cambios en familias con problemas severos de larga duración, como es la dependencia de opiáceos, y c) por último, quizás las condiciones específicas del formato del Equipo Reflexivo utilizado en el contexto de un programa de formación y supervisión de postgrado (“*Master de Psicoterapia Relacional*”) pudieron influir en los resultados. En este sentido, sería interesante comprobar si con equipos con diferentes niveles de experiencia en el tratamiento de las adicciones se obtienen resultados más relevantes.

Este trabajo de investigación supone la combinación de un enfoque multifamiliar con la técnica del Equipo Reflexivo, una experiencia pionera en el ámbito del tratamiento de las toxicomanías. A pesar de no encontrar experiencias previas similares pensamos, desde el punto de vista clínico, que la combinación de ambos formatos puede ser de gran utilidad a la hora de aplicarse en una población con problemas de dependencia a opiáceos, en la que resulta de gran importancia articular una red de recursos para mejorar la eficacia del tratamiento. En este sentido, los enfoques familiares más recientes integran intervenciones dentro y entre la familia, los amigos, la escuela y la comunidad, llegándose a construir una auténtica “terapia de red” (Sluzki, 1984). Los servicios se prestan cada vez más en el contexto en el que se desenvuelven los jóvenes con la intención de mantenerles en sus ambientes naturales, y por otra parte, de desarrollar una red social de apoyo duradera entre los padres y el entorno social. (Peña, 2003)

Los grupos multifamiliares se convierten, además de la familia de origen, en un recurso más en esa red terapéutica. Esta característica adquiere más valor cuando se trata de problemas de drogodependencias en las que en muchas ocasiones el trabajo clínico se orienta en sus fases iniciales en cómo persuadir a la persona adicta para que involucre a su familia de origen (Stanton y Todd, 1982). En nuestra experiencia gran parte de la labor de los terapeutas al inicio se orientó para conseguir implicar a las familias en la terapia. La convocatoria familiar fue realizada a través una carta personalizada que se envió en sobre cerrado a todos los miembros de la familia que convivían en el domicilio del adicto (Anexo 5). En ella, el

equipo profesional del centro de tratamiento informaba sobre la puesta en marcha de este Proyecto, enmarcado dentro del Programa de Metadona del Centro, en el que se trataba de ofrecer ayuda, orientación y terapia familiar en los temas de mayor interés para las familias. Se trataba de ofrecer recursos para superar dificultades aparecidas en el proceso de tratamiento, como pueden ser problemas de salud, situación legal, dificultades a la hora de encontrar un empleo o situaciones de tensión familiar. El objetivo de la carta fue que todos los miembros que convivían con el paciente adicto acudieran a la sesión inicial para conocer el Proyecto y se vio cumplido ya que la mayoría de las familias acudieron a dicha sesión.

La premisa desde la que partíamos se basaba 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.

Muchos de los pacientes acudieron a terapia buscando algún tipo de beneficio: encontrar un empleo, participar en algún programa formativo remunerado o algún informe que pudiera resultarle beneficioso a la hora de afrontar sus problemas judiciales, etc., y el contexto terapéutico favoreció que se quedaran en terapia. Pero también muchas familias que acudieron al completo a las primeras sesiones dejaron de asistir o sólo acudieron alguno de sus miembros. Estas dificultades y estrategias necesarias para conseguir que las familias intervengan en el tratamiento han sido descritas en muchas experiencias de investigación sobre el tratamiento de drogodependientes (Coatsworth y cols., 2001; Santisteban y cols., 1996 Szapocznick y cols., 1988).

Para salvar las dificultades encontradas para recabar la participación continuada de todos los miembros de la unidad familiar en el tratamiento, en nuestra investigación hemos cuestionado el principio sistémico familiar, según el cual debe trabajarse conjuntamente con todo el entramado familiar. En la misma línea que habían planteado otros autores (Szapocznick y cols., 1986), nuestra intervención se ha basado en que el cambio no requiere necesariamente la presencia de la familia al completo. Desde nuestro punto de vista, una intervención individual conceptualizada en términos familiares puede mejorar el funcionamiento familiar, mientras que una intervención individual conceptualizada en términos individuales puede provocar el deterioro del funcionamiento familiar. De esta

forma, podemos concluir que no es necesario incorporar a todos los miembros de la familia para conseguir cambios en los pacientes y sus familias.

Por otra parte, esta dificultad para que las familias participen en los tratamientos ha favorecido que en el desarrollo de algunas terapias para adictos (NIDA, 2001) se complementen con la utilización de “*vouchers*” (vales), canjeables por bienes o servicios compatibles con un estilo de vida libre de drogas, ya que favorecen la adherencia al tratamiento (Griffith y cols.s 2000) y la participación familiar. En esta línea, Stanton y Tood (1982) ya investigaron sobre la eficacia de un programa de terapia familiar en la que estimulaban la participación de los miembros pagando por asistir a las sesiones de terapia. En ella, analizaron la relación coste/eficacia de la terapia concluyendo que los tratamientos eficaces suponen un ahorro económico de otros sistemas normalmente implicados en la vida de los adictos: sanitario, judicial, penal, etc... Esta circunstancia nos lleva a la conclusión de la necesidad de promover estrategias que faciliten la participación de las familias en los tratamientos, dedicando un mayor esfuerzo y recursos educativos en dicha tarea, así como ofrecer incentivos para instarlos a participar, ya que las actuales tendencias de tratamiento tienen cada vez más componentes de tipo ambulatorio y, por consiguiente una mayor necesidad de que la familia participe.

Hemos encontrado que los grupos multifamiliares han contribuido a mejorar la comunicación en las familias y a resolver conflictos a través de una variedad de alternativas, ofrecidas en muchas ocasiones en un proceso en el que los padres e hijos de diferentes familias hablan entre sí. Del mismo modo, familias con más experiencia pueden ayudar a otras familias con patrones de funcionamiento más rígidos a través de diálogos reflexivos y esto, que proviene de otras familias que tienen similares problemas, suele ser en muchos casos mejor aceptado que si proviene del terapeuta o del propio equipo reflexivo. Los pacientes y sus familias tienen la ocasión de compararse con otros que están en una situación similar y conocer cómo solucionaron sus conflictos. Al ampliarse los recursos las posibilidades terapéuticas se multiplican.

En los grupos multifamiliares observamos cómo familias de adictos que se sentían incapaces, fracasadas, pueden ofrecer ayuda a otras familias, ofrecerles su experiencia y juntos aprender a afrontar sus problemas. Poco a poco se sienten capaces de hablar, de

compartir sentimientos, de enseñar a través de su experiencia y de aprender de otras familias que han superado conflictos similares. El grupo tiene una función terapéutica cuando muchas familias reconocen problemas en otras que no son capaces de ver en las propias y esto suele ser señalado por el terapeuta, el equipo reflexivo o bien por el propio grupo. De esta manera, los roles rígidos y las etiquetas que las familias construyen durante años se transforman cuando toman conciencia de lo que sucede en otras familias con problemas similares.

Con los grupos multifamiliares muchas familias y pacientes adictos, envueltos en una gran carga de cronicidad cuando se enfrentan a temas cercanos como el SIDA o la muerte, disminuyen la carga subjetiva al poder desahogarse en el grupo y encontrar contención emocional, y la objetiva se ve atenuada al aprender nuevas estrategias de afrontamiento.

Igualmente, hemos comprobado que la técnica del Equipo Reflexivo tiene la capacidad de producir múltiples ideas y puntos de vista, aparentemente contradictorios, pero sin que derive en un conflicto emocional. A ello contribuye el tono respetuoso que adoptan los miembros del equipo ante las versiones de la realidad de los pacientes y de sus familias, considerando todas las opiniones valiosas independientemente de su utilidad. Asimismo, las reflexiones del equipo trasladan a las familias una manera de pensar acerca de los problemas, contribuyendo a la búsqueda de soluciones y alternativas.

En el desarrollo de los grupos hemos enfatizado la importancia que adquiere conversar e intervenir adecuándose al ritmo de los participantes, permitiéndoles conservar su integridad al mismo tiempo que se ofrecen nuevas versiones. También hemos observado cómo la impulsividad inicial con la que muchos pacientes intentaban interrumpir las reflexiones del equipo ha ido dando paso a ritmos en los que se respetan los tiempos de escucha y de reflexión.

Ya hemos visto que las familias participantes tenían una larga historia de cronicidad, de conflictos asociados a la adicción, de tratamientos anteriores, etc., por lo que desde el principio fuimos conscientes de la “necesidad” que podían tener las familias de conservar la integridad de sus sistemas de constructos (Kelly, 1955). A través de la conversación, los terapeutas (y el equipo reflexivo) han trabajado con la construcción que la familia hace del problema y han ido introduciendo variantes y matices en las explicaciones que hacen del

mismo. En esta tarea ha resultado de gran importancia la actitud terapéutica del Equipo reflexivo y el modo de trabajo desarrollado para favorecer la aparición de aspectos los suficientemente “*inusuales*” para no ser “*más de lo mismo*”, pero no tan “*inusuales*” como para ser rechazados por los pacientes y sus familias.

El formato de trabajo con Equipo Reflexivo en los grupos multifamiliares ha favorecido que los pacientes y sus familias, que en las sesiones iniciales tenían una gran necesidad de referirse continuamente a la metadona y lo que ha supuesto en el proceso de recuperación, puedan ir pasando a registros en los que se reconstruyen historias cargadas de vicisitudes carenciales y traumáticas, no elaboradas y no expresadas, que implican a distintos miembros de la familia nuclear en referencia a las familias extensas. En este proceso, las otras familias se colocan en una posición de observadora con respecto a sí misma, y esto les permite la identificación con los protagonistas, lo que refuerza el proceso terapéutico.

El modelo terapéutico que hemos desarrollado está basado en la toma de conciencia de las limitaciones de los terapeutas a la hora de trabajar con los problemas de las familias. Cuestiona la extendida creencia en la práctica clínica de que somos los terapeutas los que tenemos que decirles a los otros lo que ellos no saben de sí mismos. Por tanto, nuestro enfoque parte de un presupuesto constructivista basado en el “no saber” o de facilitar más una relación con las familias en una posición de “experto a experto”. Las visiones que en este proceso aporta el terapeuta se suman a las del Equipo Reflexivo y a las de las propias familias. Lo que realmente importa, como dice García Badaracco (2000), es colocarnos a nosotros y colocar a los demás en la mejor situación posible para poder hacer descubrimientos que nos permitan conocernos mejor.

Al plantear un análisis del formato terapéutico utilizado en términos de eficiencia podría pensarse que resulta un formato costoso dado que requiere que el terapeuta trabaje conjuntamente con un equipo reflexivo formado por 3 tres o cuatro terapeutas, y quizás esta pueda ser una limitación a la hora de ser utilizado en los Servicios Públicos. Sin embargo, será la investigación la que tendrá que arrojar luz sobre este aspecto. De lo que no nos cabe duda es de su utilidad no sólo en el contexto clínico, sino en los procesos de formación y supervisión. En nuestra opinión, no sólo es una potente técnica para la terapia familiar a la hora de ayudar a crear distintas alternativas, connotar positivamente y que el terapeuta no se

sienta tan exigido, sino que tiene más que ver con la actitud en la que nos sitúa en el proceso terapéutico. Lyn Hoffman (1996) afirma que hay sólo una guía para los equipos reflexivos y es que sus miembros tengan una postura afirmativa y de afiliación combinado con un optimismo a toda prueba.

El trabajo psicoterapéutico desarrollado ha resultado eficaz a la hora de reducir la tendencia inicial de los pacientes a un estado de mayor cronicidad. Sin embargo, quedan por contestar muchas preguntas a raíz de la experiencia desarrollada, que tienen que ver con intentar comprender cómo se producen los cambios en el proceso terapéutico y cómo se construye un marco de relación clara entre los clientes y los terapeutas que hagan posible trabajar en colaboración y con un propósito común. Abre, por tanto, una nueva vía de investigación que permitirá contribuir a un mayor conocimiento sobre los procesos de cambio en el tratamiento de las drogodependencias.

Finalmente, hay que añadir que el contexto de colaboración institucional del Ayuntamiento y la Universidad en el que se ha desarrollado este trabajo de investigación ha facilitado la formación, la supervisión y el trabajo en equipo, elementos imprescindibles a la hora de mejorar la eficacia de las intervenciones. Además, en este proceso dejamos constancia del valor que añade la investigación a los contextos naturales en los que se desarrolla la práctica clínica.

Capítulo 10

CONCLUSIONES

10 CONCLUSIONES

En los capítulos anteriores se ha presentado el marco teórico sobre el que hemos fundamentado el trabajo empírico, en el que planteamos una serie de objetivos e hipótesis sobre esta investigación, la metodología empleada, los resultados obtenidos en el análisis de datos y la discusión sobre los mismos. En este capítulo de la investigación, presentaremos las conclusiones de este trabajo:

En primer lugar, los resultados del presente estudio permiten concluir que la primera hipótesis:

1. Las diferencias entre las medidas pre y postratamiento de la severidad de la adicción serán significativamente mayores en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en los grupos de Intervención Educativa y de Metadona

- Se confirma en el área de Empleo y Apoyo, ya que los participantes de los grupos psicoterapéutico muestran un menor incremento en la severidad en esta área.
- Se confirma en la gravedad del Consumo de drogas, en la que observamos un menor incremento en los grupos psicoterapéuticos.
- Se confirma en la severidad del Estado psicopatológico, ya que los participantes de los grupos psicoterapéuticos muestra un menor incremento.
- No se confirma en el Estado médico general, ya que se observa en todos los grupos una tendencia al incremento de la severidad.
- No se confirma en el área de Consumo de alcohol, ya que en todos los grupos se observa una tendencia a incrementarse.
- No se confirma en la Situación legal, en la que se observa en todos los grupos un incremento de la severidad.
- No se confirma en las Relaciones familiares y sociales, que siguen una tendencia general a incrementarse independientemente de la intervención.

En segundo lugar, los resultados nos indican que la segunda hipótesis:

2. *Las diferencias entre las medidas pre y postratamiento de dosis de metadona serán significativamente mayores en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en los grupos de Intervención Educativa y de Metadona.*

- Se confirma, ya que los participantes en los grupos psicoterapéuticos muestran un menor incremento en las dosis de metadona.

En tercer lugar, los resultados obtenidos en relación a la tercera hipótesis:

3. *Las diferencias entre las medidas pre y postratamiento de ajuste psicológico serán significativamente mayores en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en los grupos de Intervención Educativa y de Metadona.*

- Se confirma parcialmente en el Índice Global de Síntomas, ya que los participantes del grupo de psicoterapia 1 muestran un menor incremento en esta medida general de malestar psicológico.
- Se confirma parcialmente en el Total de Síntomas Positivos, observando en los participantes del grupo de psicoterapia 1 un menor incremento de esta medida del estilo de respuesta.
- No se confirma en el Índice Positivo de Síntomas Estresantes, ya que el empeoramiento registrado a nivel general es independiente de la intervención.
- Se confirma parcialmente en la dimensión sintomática de Somatizaciones, ya que los participantes del grupo de psicoterapia 1 muestran un menor incremento en esta sintomatología.
- Se confirma parcialmente en la sintomatología depresiva, que se incrementó menos en el grupo de psicoterapia 1.
- Se confirma parcialmente en los síntomas de Ansiedad, que registró un menor incremento en los participantes del grupo de psicoterapia 1.
- Se confirma parcialmente en la sintomatología de Hostilidad, que se incrementó menos en el grupo psicoterapéutico 1.
- Se confirma parcialmente en la Ideación paranoide, ya que la tendencia general de incremento de estos síntomas se invierte en el grupo de psicoterapia 1.

- Se confirma parcialmente en el nivel de Psicoticismo, ya que la tendencia general a empeorar esta sintomatología se invierte en el grupo psicoterapéutico 1.
- No se confirma en la Sensibilidad interpersonal.
- No se confirma en las Fobias

En cuarto lugar, los resultados obtenidos sobre la cuarta hipótesis:

4. *Las diferencias entre las medidas pre y postratamiento de funcionamiento familiar serán significativamente mayores en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en los grupos de Intervención Educativa y de Metadona.*

- No se confirma, ya que el cambio fue independiente de la intervención.

Finalmente, los resultados obtenidos en relación a la quinta y última hipótesis

H5. *El porcentaje de pacientes con evolución más favorable en la evaluación de seguimiento será significativamente mayor en los grupos de Psicoterapia Multifamiliar que en los grupos de Intervención Educativa y de Metadona.*

- Se confirma, ya que observamos un porcentaje de pacientes con evolución positiva significativamente mayor en los grupos de psicoterapia 2 (75.0%) y 1 (73.7%), que en los grupos educativo (42.1%) y de metadona (31.6%).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, N.W. (1958). *The Psychodynamics of Family Life*. New York: Basic Books.
- Advisory Council on the Misuse of Drugs (A.C.M.D.) (1993). *AIDS and drug misuse update report*. London: HMSO.
- Aguilar, J.E. (2009). Intervenciones psicológicas con apoyo empírico. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 5, (1), 13-27.
- Aharonovich, E., Liu, X., Nunes, E. y Hasin, D.S. (2002). Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1600-1602.
- Amato, L., Davoli, M.A., Perucci, C., Ferri, M., Faggiano, F. y Mattick, R. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substances and Abuse Treatment*, 28, (4), 321-329.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. y Mayet, S. (2008). Tratamientos psicosociales combinados con mantenimiento con agonistas versus tratamientos de mantenimiento con agonistas solos para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1997). *Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastornos por consumo de sustancias*. Barcelona: Edika Médica.
- American Psychiatric Association (2001). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias: alcohol, cocaína, opiáceos*. Barcelona: Ars Médica, 2005.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Texto Revisado*. Washington: American Psychiatric Press.

- American Psychological Association (2000). *A Guide to Beneficial Psychotherapy. Empirically Supported Treatments*. Washington: American Psychological Association.
- Andersen, T. (1991). *El Equipo Reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa, 1994.
- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Evolving ideas about the implications for theory and practice. *Family Process*, 27, 371-93.
- Anton, R., Hogan, I., Jalali, B., Riordan, C. y Kleber, H. (1981). Multiple Family Therapy and Naltrexone Treatment of Opiate Dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 8, 157-168.
- Appel, P.W., Herman, J., Kott A, y cols. (2001). Selected in treatment outcomes of long-term methadone maintenance patients in New York State. *Mt. Sinai Journal Medicine*, 68, 55-61.
- Asen, E. (2002). Multiple Family Therapy: An Overview. *Journal of Family Therapy*, 24, 3-16.
- Asen, E. y Schuff, H. (2006). Psychosis and Multiple Family Group Therapy. *Journal of Family Therapy*, 28, 58-72.
- Asen, E., Dawson, N. y McHugh, B. (2001). *Multiple Family Therapy. The Marlborough Model and its Wider Applications*. London: Karnac.
- Ashton, M. y Witton, J. (2004). Manners Matter: the power of the welcoming reminder. *Drug and Alcohol Findings*, 11, 4-18.
- Astals, M., Domingo, A., Castillo, C., Tato, J., Vázquez, J.M., Martín-Santos, R. y Torrens, A. (2008). Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Substance Use and Misuse*, 43, 612-632.
- 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.
- Azrin, N. H., Donohue, B., Besalel, V. A., Kogan, E. S., y Acierno, R. (1994). Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 1-16.

- Baca, E., García, S., Baca-García, E. (1997). Calidad de vida en adictos a heroína: un estudio comparativo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 1, 1-11.
- Ball, J.C. y Ross, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. New York: Ed. Springer-Verlag.
- Ball, J.C., Corty, E., Erdlen, D.L. y Nurco, D.N. (1985). Major patterns of polydrug abuse among heroin addicts. En Harris (Ed.). *Proceedings of the 47th Annual Scientific Committee on Problems: problems of drug dependence*. (pp. 256-262). NIDA Research Monographic Series N° 67.
- Ballard, C. A. (2003). *Counseling outcome research: The use of the Addiction Severity Index in a homeless population*. University Microfilms International.
- Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe, 1982.
- Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- Barcia, D., Ruiz, M.E., Oñate, J., Seiquer, C. y Ramos, V. (1991) Toxicomanía y delincuencia. Estudio de la delincuencia en heroinómanos tratados con metadona. *Anales de Psiquiatría*, 7, 80-183.
- Barnett, P.G., Rodgers, J.H. y Bloch, D.A. (2001). A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction* 96, 683-690.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Wekland, J. (1956). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lumen, 1997.
- Beattie, M., McDaniel, P. y Bond, J. (2006). Public sector managed care: a comparative evaluation of substance abuse treatment in three countries. *Addiction*, 101, (6), 857-872.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bedate, J., Bobes, J., Ochoa, E. y Solé, J. (1995). *Evaluación del tratamiento de los heroinómanos con naltrexona. Estudio multicéntrico*. En M. Casas, M. Gutiérrez y L. San (Eds.) *Avances en Drogodependencias. Tratamientos farmacológicos*. (pp. 129-168). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

- Bell, J., Hall, W. y Byth, K. (1992). Changes in criminal activity after entering methadone maintenance. *British Journal of Addictions* 87, 251-258.
- Bell, R. (1975). *Alcoholism life-events and psychiatric impairment. Sixth annual scientific conference national council of alcoholism*. Milwaukee: American Medical Society on alcoholism.
- Berg, I. y Miller, S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol. Orientación y sugerencias para la terapia breve familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Bergen, M. (1973). Multifamily Psychosocial Group Treatment with Addicts and their Families. *Group Process*, 5, 31-45.
- Bernal, G., Flores-Ortiz, Y., Sorenson, J.L., Miranda, J., Diamond, G. y Bonilla, J. (1997). Intergenerational family members: Findings of a clinical outcome study. Manuscrito presentado para publicación.
- Bertalanffy, L.V. (1954). *Teoría general de los sistemas*. Madrid: Fondo de cultura económica, 1980.
- Bishop, P., Cliverd, A., Cooklin, A. y Hunt, U. (2002). Mental Health Matters: A Multi-family Framework for Mental Health Intervention, *Journal of Family Therapy*, 24, 31-45.
- Borduin, C.M. (1999). Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *Journal American Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 38, (3), 242-249.
- Boscolo, L., Cechin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia Familiar Sistémica de Milán*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Botella, J. (2000). El papel de los estudios de resultados de las terapias psicológicas. *Psicotema*, 12, (2), 176-179.
- Botella, L. (1993). Emociones y construcción del significado: implicaciones terapéuticas de la concepción constructivista de los procesos emocionales. *Revista de Psicoterapia*, 4, (16), 39-55.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Boudoris, J. (1976). Criminality and addiction. *International Journal of Addiction*, 11, 951-966.
- Bowen, M. (1978). *La Terapia Familiar en la práctica clínica*. Bilbao: Desclé de B., 1989.

- Boylin, W., Doucette, J. y Jean, M. (1997). Multifamily Therapy in Substance Abuse Treatment with Women. *American Journal of Family Therapy*, 25, 39-47.
- Brewer, D.D., Catalano, R.F., Haggerty, K., Gainey, R.R. y Fleming, C.B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during y after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93, 73-92.
- Brooner, R.K., King, V., Kidorf, M., Schmidt, C. y Bigelow, G.E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archive General of Psychiatry*, 54, (1), 71-80.
- Brown, T. L., Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Brondino, M. J., y Pickrel, S. G. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent juvenile offenders: Effects on school attendance at posttreatment and 6-month followup. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 2, 81-93.
- Brown, T.G, Seraganian, P. y Shields, N. (1999). Subjective appraisal of problem severity and the ASI: secondary data or second opinion? Addiction Severity Index. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31, (4), 445-449.
- Brugal, M.T. y Rodríguez-Martos, A. (2006). Morbi-mortalidad asociada al consumo de opiáceos. En Pereiro Gómez C (Ed.). Monografía patología orgánica en adicciones. *Adicciones*, 18, (1), 9-20.
- Brugal, M.T., Domingo, A. y Puig, R. (2005). Evaluating the impact of MMP on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*, 100, 981-989.
- Budney, A.J., Kandel, D.B., Cherek, D.R., Martin, B.R., Stephens, R.S. y Roffman, R. (1996). College on problems of drug dependence meeting, Puerto Rico. *Drug and Alcohol Dependence*, 45, 1-11.
- Buelga, S., Ravenna, M., Musitu, G. y Lila, M. (2006). Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescents drug consumption. En S. Jackson y L. Goosens (Eds.), *Handbook of Adolescents Development* (pp. 337-369). U.K.: Psychology Press.
- Cancrini, L. (1982). *Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.

- 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*, 11-55.
- 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.
- Caplehorn, J.R. (1994). A comparison of abstinence oriented and indefinite methadone maintenance treatment. *International Journal of Addictions*, 29, 1361-1375
- Caplehorn, J.R. y Drummer, O.H. (1999). Mortality associated with New South Wales methadone Programs in 1994: lives lost lives saved. *Medical Journal of Australia*, 170, 104-109.
- Caplehorn, J.R., Dalton, M.S., Haldar, F., Petrenas, A.M. y Nisbet, J.G. (1996). Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Substance Use Misuse*, 31, 177-196.
- Carroll, K.M. y Onken, L.S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1452-1460.
- Carroll, K.M., Rounsaville, B., Nich, C., Gordon, L., Wirtz, P. y Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.
- Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., Gordon, L.T., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R.M., y Gawin, F.H. (1994). Psychotherapy and pharmacology for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177-187.
- Casas, M. (2000). *Trastornos Duales*. En: Vallejo (Ed.) *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión 2ª Ed.* Barcelona: Masson.
- Casas, M. (2007). Hipótesis de la automedicación en drogodependencias. *Psiquiatria.com*, 11, (4).
- Cecchin, G. (1987): Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26, 405-413.

- Cervera, G., Valderrama, J.C., Bolinches, F. y Martínez, J. (1997). Pauta de desintoxicación frente a estabilización y mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos con trastornos de personalidad. *Psiquiatría biológica* 4, (5), 181-186.
- Chacón, S., Anguera, M. T. y López, J. (2000). Diseños de evaluación de programas: bases metodológicas. *Psicothema*, 12, (2), 127-131.
- Chaison, R. (1989). Cocaine use and HIV infection in IDUs in San Francisco. *JAMA*, 261, 561-565.
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D.L. y Ollendick, S. (2001). Empirically supported psychological interventions controversies and evidence. *Annual Rev. Psychological*, 52, 685-716.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D.A., y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- Chatham, L.R., Rowan, G.A. y Joe, J.W. (1995). Heavy drinking in a population of methadone maintained clients. *Journal Studies Alcohol*, 7, 417-421.
- Chermack, S.T., Roll, J. Reilly, M., Davis, L., Kilaru, U. y Grabowski, J. (2000). Comparison of patient self-reports and urinalysis results obtained under naturalistic methadone treatment conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, (1), 43-49.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona, Paidós.
- Claus, R. E., Kindleberger, L. R. y Dugan, M. C. (2002). Predictors of attrition in a longitudinal study of substance abusers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, (1), 69-74.
- Clemens, N. A. (2002). Evidence-based psychotherapy. *Journal of Psychiatric Practice*, 8, 51-53.
- Clerici, M., Garini, R., Capitano, C., Zardi, L., Carta, I. y Cori, E. (1988). Involvement of Families in Group Therapy of Heroin Addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 22, 213-216.

- Coletti, M. (1987). Teoría y epistemología del tratamiento relacional. *Comunidad y Drogas, Monografía n° 1*, 11-19.
- Comas, D., García, E. y Roldán, G. (1996). Políticas sobre drogas a partir de los resultados de un estudio longitudinal retrospectivo de adictos a la heroína (1982-1992). *Adicciones, 8*, 75-89.
- Conner, K., Shea, R., McDermott, M., Grolling, R., Tocco, R. y Baciewicz, G. (1998). The Role of Multifamily Therapy in Promoting Retention in Treatment of Alcohol and Cocaine Dependence. *The American Journal on Addictions, 7*, 61-73.
- Connolly, M.B., Crits-Christoph, P. y Hearon, B. (2008). The empirical status of psychodynamic therapies. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 93-108.
- Cordero, M., Cordero, R., Natera, G. y Caraveo, J. (2009). La terapia centrada en soluciones. Una opción de tratamiento para la dependencia al alcohol. *Salud Mental, 32*, 223-230.
- CTN-NIDA (2009). <http://www.drugabuse.gov/CTN/>
- Curran, G.M., Sullivan, G., Williams, K., Han, X., Collins, K., Keys, J. y Kotrla, K.J. (2003). Emergency department use of persons with co-morbid psychiatric and substance abuse disorders. *Annual Emergency Medical, 41*, 659-667.
- Cushman, P. (1972). Methadone maintenance treatment of narcotic addiction: analysis of police records of arrests before and during treatment. *New York State Journal Medicine, 1*, (13), 1752-1755.
- D'Aunno, T. y Vaughn, C. (1992). Variations in methadone maintenance treatment practices. *JAMA, 267*, 253-258.
- De la Fuente, L., Bravo, M., Toro, C., Brugal, M.T., Barrio, G., Soriano, V., Vallejo, F. y Ballesta, R. (2006). Project Itinere Group: Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programs. *Journal Epidemiologic of Community Health, 60*, (6), 537-542.
- De las Cuevas, C. y González de Rivera, J.L. (1991). Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Psiquis, 12*, 326-336.
- De Shazer, S. (1982). *Pautas de terapia familiar breve*. Buenos Aires: Paidós, 1987.
- De Shazer, S. (1988). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa, 1992.

- Deas, D. y Thomas, S. E. (2001). An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *American Journal of Addictions*, 10, 178-18.
- Deben, O., Fernández, M. C. López-Goñi, J.J., Illescas, C. y Santos, J.R. (2007). *Evaluación de la eficacia de programas de Proyecto Hombre*. En L. Salas e I. García (Eds.). *Desafíos y avances en la prevención y tratamiento de las drogodependencias*. (pp.207-220). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Del Río, M., Mino, A. y Perneger, T.V. (1997). Predictors of patient retention in a newly established methadone maintenance treatment programme. *Addiction* 92, 1353-1360.
- Delgado, S. (2001). Delincuencia y drogas. En J. Cabrera (Ed.) *Medicina Legal en Drogodependencias*. (pp.415-464). Madrid: Harcourt.
- Dennis, M. L., Titus, J., Diamond, G., Babor, T., Donaldson, J., Godley, S. H., Tims, F., y Webb, C. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Experiment: A multi-site study of five approaches to outpatient treatment for adolescents. *Addiction*, 97, (1), 16-34.
- Derogatis, L.R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (Symtoms Check List 90-R, versión española de González de Rivera)*. Madrid: Tea.
- Derogatis, L.R. y Cleary, P.A. (1977). Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- Derogatis, L.R., Rickels, K. y Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Detre, T., Sayer, J., Norton, A. y Lewis, H. (1961). An experimental approach to treatment of acutely ill psychiatric patient in the general hospital. *Conneticut Medicine*, 25, 613-619.
- Devine, P. (1999). *Integrated Evaluation Methods. Using logic models in substance abuse treatment evaluations*. Fairfax, VA: National Evaluation Data and Technical Assistance Center, Caliber Associates.
- Diamond, G. y Siqueland, L. (2001): Current Status of Family Intervention Science. *Child Adolescent Psychiatry Clinic N. Am.*, 3, 641-661.

- 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.
- Dodge, K.A., Malone, P.S., Lansford, J.E., Miller-Johnson, S., Pettit, G.S. y Bates, J.E. (2006). Toward a dynamic developmental model of the role of parents and peers in early onset substance use. En A. Clarke-Stewart y J. Dunn (Eds.), *Families count: Effects on child and adolescent development* (pp. 104-131). New York: Cambridge University Press.
- Dole, V. P., Robinson, J., Orraca, J., Towns, E., Searcy, P. y Caine, E. (1969). Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. *New England Journal of Medicine*, 280, 1372-1375.
- Dole, V.P. (1968). Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction, *JAMA*, 260, 3025-3029.
- Dole, V.P. y Nyswander, M. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA*, 193, 80 -84.
- Donohue, B., Azrin, N., Lawson, H., Friedlander, J., Teicher, G. y Rindsberg, J. (1998). Improving initial session attendance of substance abusing and conduct disordered adolescents: A controlled study. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 8, (1), 1–13.
- Dunteman, G.H., Condelli, W.S. y Fairbank, J.A. (1992). Predicting cocaine use among methadone patients: analysis of findings from a national study. *Hospital Community Psychiatry*, 43, 608-611.
- Dwyane Simpson, D. (1993). Drug Treatment Evaluation Research in the United States. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, (2), 120-128.
- Edwards, E.D. y Goldner, N.S. (1975). Criminality and addiction: decline of client criminality in a methadone treatment program. En E. Senay y V. Shorty (Eds). *Developments in the field of drug abuse* (pp. 878-885) Cambridge (MA): Schenkman.
- Eisler, I. (2005). The Empirical and Theoretical Base of Family Therapy and Multiple Family Day Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa, *Journal of Family Therapy*, 27, 104-131.

- Espina, A. y Ortego, A. (2003). *Discapacidades físicas y sensoriales. Aspectos psicológicos, familiares y sociales*. Madrid. Editorial CCS.
- Espina, J.A. (1995). *Psicodrama: Nacimiento y Desarrollo*. Salamanca: Amaru.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E. y Lemma, P. (2008). Mantenimiento con diferentes dosis de metadona para la dependencia de opiáceos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Fairbank, J.A., Dunteman, G.H. y Condelli, W.S. (1993). Do methadone patients substitute other drugs for heroin? Predicting substance use at 1-year follow-up. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 4, 465-474.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G.R. y O'Farrell, T.J. (1996). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: Effects on relationship adjustment and drug-using behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 959-972.
- Fals-Stewart, W. y O'Farrell, T.J. (2003). Behavioral family counseling and naltrexone for male opioid-dependent patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 432-442.
- Farré, M., Mas, A., Torrens, M., Moreno, V., Camí, J. (2002). Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: a meta-analysis. *Drug Alcohol Dependence*, 65, 283-290.
- Farrell, M., Ward, J., Mattick, R., Hall, W., Stimson, G., des Jarlais, D., Gossop, M. y Strang, J (1994). Methadone Maintenance Treatment in Opiate Dependence: a Review. *BMJ*, 309, 997-1001.
- Feixas, G. (1991). Del individuo al sistema: La perspectiva constructivista como marco integrador. *Revista de Psicoterapia*, 2, (6-7), 91-120.
- Fenichel, O. (1974). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Hermida, J.J., Secades, R., Benavente, Y. y Riestra, C. (1999). *Evaluación de la eficacia del programa educativo-terapéutico para rehabilitación de toxicómanos del Proyecto Hombre en Asturias*. Oviedo: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias.
- Fernández Hermida, J.R. y Secades, R. (1999). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psicothema*, 11, (2), 279-291.

- Fernández Hermida, J.R. y Secades, R. (2000). La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 77, 46-57.
- Fernández Hermida, J.R. y Secades, R. (2001). *Evaluación de la eficacia del Programa Proyecto Hombre*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Fernández Miranda, J.J. (2005). Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 17, (2), 167-180.
- Fernández Miranda, J.J. (2008). *Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Opiáceos* Valencia: Socidrogalcohol.
- Fernández Miranda, J.J. y Pereiro, C. (2007). *Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Fernández Miranda, J.J., González, M.P., Saiz, P.A., Gutiérrez, E y Bobes, J. (2001) Retención a los 6 años en un programa de mantenimiento con metadona y variables relacionadas. *Revista Española de Drogodependencias*, 1, 43-56.
- Fernández Miranda, J.J., González, M.P., Saiz, P.A., Gutiérrez, E. y Bobes, J. (1999). Calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones*, 11, 43-52.
- Fernández Miranda, J.J., González, M.P., Saiz, P.A., Gutiérrez, E. y Bobes, J. (2001). Influencia de los trastornos psiquiátricos en la efectividad de un programa de tratamiento prolongado con metadona. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, (4), 228-232.
- Fernández Miranda, J.J., González, M.P., Saiz, P.A., Gutiérrez, E. y Bobes, J. (2001). Retención a los 6 años en un programa de mantenimiento con metadona y variables relacionadas. *Revista Española de Drogodependencias*, 1, 43-56.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos educativos, sociales y de salud*. Madrid: Síntesis.
- Finney, J. W., Wilbourne, P. L. y Moos, R. H. (2007). Psychosocial treatments for substance use disorders. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* 3ª ed., (pp. 179-202). Nueva York: Oxford University Press.

- Fiore, M.C., Kenford, S.L., Jorenby, D.E., Wetter, D.W., Smith, S.S. y Baker, T.B. (1994). Two studies of the clinical effectiveness of the nicotine patch with different counseling treatments. *Chest*, 105, 524-533.
- First, M.B., Spitzer, R., Gibbon, M. y Willians. J. (1997). *Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I de la DSM-IV. SCID-I. Versión clínica*. Barcelona: Masson, 1999.
- Fletcher, B.W. y Battjes, R.J. (1999). Introduction to the special issue: treatment process in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, (2), 81-87.
- French, M. T., Salome, H. J., Sindelar, J. L. y McLellan, A. T. (2002). Benefit-cost analysis of addiction treatment: methodological guidelines and empirical application using the DATCAP and ASI. *Health Services Research*, 37, (2), 433-455.
- Friedlander, M., Escudero, V. y Heatherington, L. (2006). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de parejas*. Barcelona: Paidós, 2009.
- Friedman, A. S. (1989). Family therapy vs. parent groups: Effects on adolescent drug abusers. *The American Journal of Family Therapy*, 17, (4), 335-347.
- Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Melton, G. B., Mann, B. J., Smith, L. A., Hall, J. A., Cone, L., y Fucci, B. R. (1991). Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: A progress report from two outcome studies. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1, 40-51.
- Friedman, E. y Glickman, T. (1986). Prediction to successful treatment outcome by client characteristics and retention in treatment in adolescent drug treatment programs: A large scale cross validation study. *Journal Drug Education*, 16, 149-165.
- Gabbard, G.O. (2004). *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy. A basic text*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- García, E., Roldán, G. y Comas, D. (1995). *Un estudio de seguimiento en la Comunidad Terapéutica Haize-Gain*. San Sebastián: Comunidad Terapéutica Haize-Gain.
- García, O., Secades, R., Fernández, J.R., Carballo, J.L., Errasti, J.M., y Al-Halabi, S. (2005). Comparación de pacientes cocainómanos y heroínómanos en el EuropASI. *Adicciones*, 17, (1), 33-42.
- García-Badaracco, J.E. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.

- Garrido, M. (1995). Terapia de pareja y Equipo Reflexivo. En J. Galdeano (Ed.) *La vida en pareja*. (pp. 306-338). Salamanca: Editorial San Esteban.
- Garrido, M. y Fernández-Santos, I. (1997). Dimensión formal de la técnica del equipo reflexivo. Modelos de intervención en psicoterapia sistémica constructivista. *Systemica*, 3, 161-181.
- 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*, 54-73.
- Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2003). *Ludopatía y Relaciones Familiares*. Barcelona: Paidós.
- Gerstein, D. R. y Harwood, H. J. (1990). *Treating drug problems. Vol. 1. A study of the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems*. Washington: National Academy Press.
- Gerstein, D.R. (1999). Outcome research: Drug abuse. En Galanter y Kleber (Eds.) *Textbook of substance abuse treatment. Second Edition* (pp. 135-147). Washington: American Psychiatric Press.
- Gibson, D.R., Flynn, N.M. y McCarthy, J.J. (1999). Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 1999, 13, 1807-1818.
- Gifford, E. y Humphreys, K. (2007). The psychological science of addiction. *Addiction*, 102, 352-361.
- Gimeno, C., Fernández, J.J., Gutiérrez, E. y Martínez, J.M. (2002). Evaluación clínica en adicciones. En: J.J. Fernández, E. Gutiérrez y P.A. Marina (Eds.). *Actuaciones clínicas en trastornos adictivos*. (pp. 61-126). Madrid: Aula Médica.
- Girón, S. (1997). Estudio de seguimiento de una muestra de heroinómanos a los seis años de iniciado el tratamiento. *Folia Neuropsiquiátrica*, 33, (2), 17-46.
- Girón, S. y Martínez-Delgado, J.M. (1998). Seguimiento de una muestra de heroinómanos a los seis años de tratamiento. Relación del tiempo de permanencia con la evolución. *Revista Española de Drogodependencias*, 23, (1), 25-34.

- 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.
- Glanz, M., Klawansky, S., Mcaullife, W. y Chalmers, T. (1997). Methadone vs. L-alpha-acetylmethadol (LAAM) in the treatment of opiate addiction. *American Journal of Addiction*, 4, 339-349.
- Glover, E. (1939). The Psycho-Analysis of Affects. *International Journal of Psycho-Analysis*, 20, 299-307.
- González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Albuin, M. y Rodríguez Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas. Adaptación española del SCL-90-R*. Madrid: Tea Ediciones.
- González-Saiz, F. (1997). Estandarización de un instrumento de evaluación multidimensional de los trastornos adictivos. Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz.
- González-Saiz, F., Carulla, L.S., Martínez, J.M., López, A., Ruz, I. y Guerra, D. (2002). El Addiction Severity Index (ASI): a propósito de una revisión. En I. Iraurgi y F. González Saiz (Eds.). *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. (pp. 235-307. Madrid: Aula Médica Ediciones.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98, 291-303.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. y Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97, 1259-1267.
- Greenberg, L. y Pinsof, W. (1986). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. New York: Guilford Press.
- Grella, C.E., Wugalter, S.E. y Anglin, M.D. (1997). Predictors of treatment retention in enhanced and standard methadone maintenance treatment for HIV risk reduction. *Journal of Drug Issues*, 27, 203-224.
- Griffith, J.D., Rowan-Szal, G.A., Roark, R.R. y Simpson, D.D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 55-66.

- Grönbladh, L., Ohlund, L.S. y Gunne, L.M. (1990). Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 223-227.
- Grönbladh, L. y Gunne, L. (1989). Methadone assisted rehabilitation of Swedish heroin addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 24, 31-37.
- Guerra, D. (1992). *Addiction Severity Index (ASI): Un índice de severidad de la adicción*. En M. Casas (Coord.) *Trastornos psíquicos en las toxicomanías* (pp.59-90). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Gunne, L. M. y Grönbladh, L. (1981). The Swedish methadone maintenance program: a controlled study. *Drug and Alcohol Dependence*, 7, 249-256.
- Gutiérrez, E., Sáiz, P. y González, P. (1998). Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos en tratamiento con agonistas vs antagonistas. *Adicciones*, 10, (2), 121-130.
- Gutiérrez, E., Sáiz, P.A., García, N., Fernández, P., González, M.P., Fernández, J.J. y Bobes, J. (2001). Evolución de la gravedad de la adicción a los dos años de tratamiento en pacientes heroínómanos. *Adicciones*, 13, (1), 51-60.
- Guyatt, G.H. y Rennie, D. (2002). *User's Guide to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*. Chicago: American Medical Association.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.
- Hall W., Bell J. y Carless, J. (1993). Crime and drug use among applicants for methadone maintenance. *Drug Alcohol Dependence* 31, 123-129.
- Hanlon, T. E., O'Grady, K. E. y Bateman, R. W. (2000). Using the Addiction Severity Index to predict treatment outcome among substance abusing parolees. *Journal of Offender Rehabilitation*, 31, (3), 67-79.
- Harwood, H.J., Malhotra D., Villarivera, C., Liu, C., Chong, U. y Gilani, J. (2002). *Cost Effectiveness and Cost Benefit analysis of substance abuse treatment: an annotated bibliography*. Falls Church, VA: Center for Substance Abuse Treatment, Department of Health and Human Services.
- Hawkins, K.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Health risk and protective factors for alcohol and others drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance use prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

- Haymin, G.J. (1973). Changes in the criminal behavior of heroin addicts under treatment corporation: interim report on the first year of treatment. En: National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice. *Heroin Use and Crime in a Methadone Maintenance Program* (pp. 62-110). Washington DC: US Department of Justice.
- Hendricks, W. (1971). Use of Multiple Family Counseling Groups in Treatment of Male Narcotic Addicts. *International Journal of Group Psychotherapy*, 21, 81-90.
- Henggeler, S., Schoenwald, S., Borduin, C., Rowland, M. y Cunningham, P. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., y Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, 1, 171-184.
- Henggeler, S.W., Borduin, C.M., Melton, G.B., Mann, B.J., Smith, L.A., Hall, J.A., Cone, L. y Fucci, B.R. (1991). Effects of Multisystemic Therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: A progress report from two outcome studios. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1, (3), 40-51.
- Henggeler, S.W., Melton, G.B. y Smith, L.A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953-961.
- Henggeler, S.W., Pickrel, S.G., Brondino, M.J. y Crouch, J.L. (1996). Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 153, 427-428.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D. y Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, H.K., Badger, G., Foerg, F. y Ogden, D. (1995). Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: one-year outcome. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3, (2), 205-212.
- Hoffman, L. (1985). "Beyond Power and Control: Toward a "Second Order" Family Systems Therapy". *Family Systems Medicine*, 3, 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 McNamee y Gergen (Eds.). *La terapia como construcción social* (pp. 266-275). Barcelona: Paidós.
- Hser, Y.I., Hoffman, V., Grella, C.E. y Anglin, M.D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives General of Psychiatry*, 58, 503-508.
- Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Carvaneugh, E.R. y Ginzburg, H.M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Huber, A., Ling, W., Shoptaw, S., Gulati, V., Brethen, P. y Rawson, R. (1997). Integrating treatments for metham-phetamine abuse: A psychosocial perspective. *Journal of Addictive Diseases* 16, 41-50.
- Hughes, J.R. (1991). Combined psychological and nicotine gum treatment for smoking: a critical review. *Journal of Substance Abuse*, 3, 337-350.
- Hunt, G.M. y Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research Therapy*, 11, (1), 91-104.
- Iguchi, M.Y. y Stitzer, M.L. (1991). Predictors of opiate drug abuse during a 90 day methadone detoxification. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 17, 279-294.
- Iraurgi, I., Casas, A., Celorio, M.J. y Díaz-Sanz, M. (1999). Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona. *Revista Española de Drogodependencias*, 24, 131-147.
- Iraurgi, I., Sanz, M. y Martínez-Pampliega, A. (2004). Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones: Revista Socidrogalcohol*, 16, (3), 185-195.
- Jaén, P. (2001). Evaluación y Terapia de Parejas Sistémico Constructivista de Matrimonios con un miembro jugador patológico. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla.
- Jaén, P. y Garrido, M. (2005). *Psicoterapia de parejas*. Madrid: Editorial CCS.
- Jiménez, J. (2000). Lectura crítica de la literatura científica (I). Validez del estudio. *Formación médica continuada en Atención Primaria*, 7, (4), 209-220.
- Jiménez, J.F. y Maestro, J.C. (2002). Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría* 14, (2), 16-19.

- Joanning, H., Quinn, T.F., Thomas, F. y Mullen, R. (1992). Treating Adolescent drug abuse: a comparison of family systems therapy, group therapy and family drug education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, (4), 345-356.
- Johnson, J. L., Wiechelt, S. A., Ahmed, A. U. y Schwartz, R. P. (2003). Outcomes for Substance User Treatment in Women: Results from the Baltimore Drug and Alcohol Treatment Outcomes Study. *Substance Use y Misuse*, 38, (11), 1807-1829.
- Junta de Andalucía (2000). *Programa de Tratamiento con Metadona. Manual clínico*. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía.
- Junta de Andalucía (2009). *Informe sobre el Indicador admisiones a tratamiento en Andalucía en 2008*. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Junta de Andalucía.
- Kang, S.Y., Magura, S., Blankertz, L., Madison, E. y Spinelli, M. (2006). Predictors of engagement in vocational counseling for methadone treatment patients. *Substance Use and Misuse*, 41, (8), 1125-1138.
- Kaufman, E. (1985). *Substance abuse and family therapy*. Orlando: Grune y Stratton.
- Kaufman, E. (1999). *Family Therapy: Other Drugs*. En M. Galanter y H.D. Kleber (Eds.). *Textbook of Substance Abuse Treatment. Second Edition*. (pp.389-400). Washington, D.C: The American Psychiatric Press.
- Kaufman, E. y Kaufman, P. (1977). Multiple Family Therapy: A New Direction in the Treatment of Drug Abusers, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 4, 467-478.
- Kazdin, A. E. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: current status and future directions. *Psychological Bulletin*, 102, 187- 203.
- Kelly, G.A. (1955). *Psicología de los constructos personales*. Barcelona: Paidós, 1984.
- Kemp, P.A. y Neale, J. (2005). Employability and problem drug users. *Critical Social Policy*, 25, (1), 28-46.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J. y Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.

- Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, (11), 1259-64.
- King, V.L., Kidorf, M.S., Stoller, K.B. y Brooner, R.K. (2000). Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 19, 65-83.
- Kohut, H. (1971). *El análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu, 1977.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Kokkevi, A.E., Arapaki, A.A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M. y Stergar, E. (2007). Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 88 (2-3), 308-312.
- Kolar, A.F., Brown, B.S., Weddington, W. y Ball, J.C. (1990). A treatment crisis: Cocaine use by clients in methadone maintenance programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, 101-107.
- Koo, D. J. y Chitwood, D. D. (2007). Factors for Employment: A Case-Control Study of Fully Employed and Unemployed Heroin Users. *Substance Use and Misuse*, 42, (7), 1035-1054.
- Kooyman, M. (1993). *The Therapeutic Community for Addicts: Intimacy, Parent Involvement and Treatment Success*. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- Kosten, T., Hogan, I., Jalali, B., Steidl, J. y Kleber, H. (1986). The Effect of Multiple Family Therapy on Addict Functioning: A Pilot Study. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 5, (3), 51-62.
- Kosten, T., Rounsaville, B.J. y Kleber, H.D. (1987). Multidimensionality and prediction of treatment outcome in opioid addicts: 2,5-year follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 3-13.
- Krinsley, K.E. y Bry, B.H. (1997). *Decreasing school failure and early substance use in high risk adolescents*. Rutgers: New Jersey University.

- Küfner, H. (1998). Using Evaluation results in treating Drug Addiction. En European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union* (pp. 53-62). Luxemburgo: Author.
- Landabaso, M.A., Fernández, B., Sanz, J., Ruíz de Apodanca, J., Pérez, B. y Gutiérrez-Fraile, M. (1996). Estudio de la evolución (1990-1993) de adictos a opiáceos en programas de antagonistas. *Adicciones*, 8, 67-74.
- Laqueur, H. (1972). Mechanisms of change in multiple family therapy. En C. Sager y H. Kaplan (Eds.) *Progress in group and family therapy* (pp. 58-87). New York: Brunner Mazel.
- Laqueur, H., Laburt, H.A. y Morong, E. (1964). Multiple family therapy. En J. Masserman (Ed.) *Current psychiatry therapies*. New York: Grune&Straton.
- Leavitt, S.B., Shinderman, M., Maxwell, S., Eap, C.B. y Paris, P. (2000) When “Enough” is not enough. New perspectives on optimal methadone maintenance dose. *Mt Sinai Journal Medical*, 67, 404-411.
- Lehmann, F., Lauzon, P. y Amsel, R. (1993). Methadone maintenance: predictors of outcome in a canadian milieu. *Journal Substance Abuse Treatment*, 10, 85-89.
- Lemmens, G., Eisler, I., Migerode, L., Heireman, M. y Demyttenaere, K. (2007). Family Discussion Group Therapy for Major Depression: A Brief Systemic Multi-family Group Intervention for Hospitalized Patients and their Family Members. *Journal of Family Therapy*, 29, 49-68.
- Lemmens, G., Wauters, S., Heireman, M., Eisler, I., Lietaer, G. y Sabbe, B. (2003). Beneficial Factors in Family Discussion Groups of a Psychiatric Day Clinic: Perception by the Therapeutic Team and the Families of the Therapeutic Process, *Journal of Family Therapy*, 25, 41-63.
- Leonhard, C., Mulvey, K., Gastfriend, D. R. y Shwartz, M. (2000). The Addiction Severity Index: a field study of internal consistency and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, (2), 129-135.
- Lettieri, D. J., Sayers, M. y Pearson, H. W. (1980). *Theories on Drug Abuse: selected contemporary perspectives*. NIDA Research Monograph 30. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Levine, D. y Brown, P. (2005). Infectious in injecting drug users. En Mendell, Douglas y Barnett's (Eds.) *Principles and practice of infectious diseases. 6ª Ed.* Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Lewis, R.A., Peirce, F., Sprenkle, D. y Trepper, T. (1990). Family-based interventions and Community networking for helping drug abusing adolescents: the impact of near and far environments. *Journal Adolescent Research, 5*, 82-95.
- Liddle, H. A. (2002). *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 5.* Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction, 99*, (2), 76–92.
- 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., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G., Garcia, R., Barrett, K. y Jurwitz, S. (1993). Effectiveness of family therapy versus multifamily therapy and group therapy. Results of the Adolescents and family project. A randomized clinical trial. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research. Pittsburgh, P.A.
- 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.
- Liddle, H. A., Rowe, C., Diamond, G. M., Sessa, F., Schmidt, S. y Ettinger, D. (2000). Towards a developmental family therapy: The clinical utility of adolescent development research. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 491–506.
- 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. En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.* Oxford. Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

- López, F. y Gil, J. (1996). Conductas adictivas: modelos explicativos. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.). *Psicología de las Adicciones*. Granada: Ediciones Némesis.
- López-Goñi, J.J. (2007). *Comparación de tres prácticas de inserción laboral en drogodependencias*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre en Navarra.
- Lovern, J. y Zohn, J. (1982). Utilization and Indirect Suggestion in Multiple Family Group Therapy with Alcoholics. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, (3), 325–333.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive (SE) Treatment*. New York: Basic Books.
- Luengo, M.A., Romero, E. y Gómez-Fraguela, J.A. (2001). *La prevención de recaídas en el consume de drogas. Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo Proyecto Hombre*. Santiago de Compostela: Editorial Compostela.
- Lukoff, I.F. (1973). Quatrone D: Heroin use and crime in a methadone maintenance treatment program: a two year follow-up of the addiction research and treatment corporation program. En: National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice. Heroin Use and Crime in a Methadone Maintenance Program (pp. 1-56). Washington DC: US Department of Justice.
- Mace, C., Moorey, S. y Roberts, B. (2001). *Evidence-based practice and the psychodynamic psychotherapies*. East Sussex, UK: Brunner-Routledge.
- Madanes, C. (1981). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- Madanes, C., Dukes, J. y Harbin, H. (1980). Family Ties of Heroin Addicts. *Archive General of Psychiatry*, 37, (8), 889-894.
- Maddux, J.F. y Desmond, D.P. (1982). Residence relocation inhibits opioid dependence. *Archive General of Psychiatry*, 39, 1313-1317.
- Maddux, J.F., Prihoda, T.J. y Desmond, D.P. (1994). Treatment fees and retention on methadone maintenance. *Journal Drug Issues*, 24, 429-443.
- Magura, S., Siddiqui, Q., Freeman, R.C., Lipton, D.S. (1991). Changes in cocaine use after entry in methadone treatment. *International Journal of Addictions*, 10, 31-45.
- March, M. X. y Orte, C. (1997). Avaluació del Projecte Home Balears. Artículo presentado en el I Congrés de Drogodependencies a les Illes Balears.
- Marcos, J.A., Tenorio, J., Millán, A. Pérez, J. y Rosa, C. (2001). Evaluación de tipologías en toxicomanías. *Apuntes*, 19, (2), 263-281.

- Marina, P.A., Vázquez, J.L., Jiménez, J.M. y Erkoreka, I. (1996). Los beneficios de la abstinencia: Un estudio de seguimiento de adictos a la heroína. *Adicciones*, 8, (3), 295-309.
- Markez, I., Iraurgi, I. y Poo, M. (2002). Programas de mantenimiento con metadona en el País Vasco: dispositivos específicos y oficinas de farmacia. *Trastornos Adictivos*, 4, (3), 171-180.
- Marlatt, G.A. (1985) *Relapse prevention: theoretical rationale and overview model*. En Marlatt y Gordon (Eds.). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marsch, L. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*, 93, (4), 515-32.
- Marsch, L. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*, 93, (4), 515-532.
- Martínez-Pampliega, A. y Rivero, N.(2009). Instrumentos de evaluación familiar desde el modelo circumplejo. *Cuadernos de terapia familiar*, 72-73,129-142.
- Mateu, G. Astals, M. y Torrens, M. (2005). Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento. *Adicciones*, 17, (2), 111-121.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. y Davoli, M. Terapia de mantenimiento con metadona versus la no administración de tratamiento de sustitución con opiáceos para la dependencia de opiáceos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Maturana, H. y Varela, F. (1986). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. y Davoli, M. (2008). Tratamiento psicosocial para el abuso y la dependencia de opiáceos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- McCaul, M. E., Svikis, D. S. y Moore, R. D. (2001). Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 62, (1), 9-17.
- McFarlane, W. R. (1983). Multiple family groups in Schizophrenia. En McFarlane (Ed.), *Family Therapy in Schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.
- McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*, London: Guilford.
- McFarlane, W.R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J. y Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34, (2), 127-144.
- McFarlane, W.R., Lukens, E. y Link, B. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 679-687.
- McGlothlin, W.H. y Anglin, M.D. (1981). Long term followup of clients of high and low-dose methadone programs. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1055-1063.
- McKamy, R. (1976). Multiple Family Therapy on an Alcohol Treatment Unit. *Family Therapy*, 3, (3), 197-209.
- McLellan, A., Arndt, I. Metzger, D. Woody, G. y O'Brien, C. (1993). The effects of psychological services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, (15), 1953-1959.
- McLellan, A.T., Kushner, H. y Metzger, D. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F. Barr, H.L., O'Brien, C.P. (1985). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, (7), 412-423.

- Meissner, W. (1978). The conceptualization of marital and family dynamics from a psychoanalytic perspective En Paolino y McCrady (Eds.) *Marriage and Marital Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Melgarejo, M., Sanahuja, P., Masferrer, J., Sala, L., Pérez, F. y Piña, L. (1988). Tratamiento de 182 heroinómanos y resultados. Seguimiento a un año 1985-1986). *Fons Informatiu*, 13, 1-140.
- Melús, R. y Gutiérrez, T. (1996). Programa de mantenimiento con naltrexona. Seguimiento a los 12 meses. *Adicciones*, 8, (1), 5-18.
- Metzger, D.S., Woody, G.E., McLellan, A.T., Arnt, I.O. y O'Brien, C.P. (1993). HIV seroconversion among intravenous drug users in- and out-treatment: an 18-month prospective follow-up. *Journal Acquir Immune Defic. Syndr.*, 6, 1049-1056.
- Milby, J.B., Schumacher, J.E., Raczynski, J.M., Caldwell, E., Engle, M., Michael, M. y Carr, J. (1996). Sufficient conditions for effective treatment of substance abusing homeless. *Drug and Alcohol Dependence*, 43, 39-47.
- Miller, W.R. (1996). Motivational interviewing: research, practice and puzzles. *Addictive Behaviors* 61, (6), 835-842.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós, 1999.
- Miller, W.R., Bogenschutz, M. y Villareal, M.I. (2006). Investigación y práctica en colaboración: la red de ensayos clínicos del NIDA. *Adicciones*, 18, (1), 11-22.
- Miller, W.R., Meyers, R.J. y Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The Community-Reinforcement Approach. *Alcohol Research and Health*, 23, 116-119.
- 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*. New York: Basic Books.
- Minuchin, S., y Fishman, H.C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós, 1984.
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862
- Nathan, P.E. y Gorman, J.E. (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.

- National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of drug addiction treatment*. Washington: US Department of Health and Human Services.
- National Institute on Drug Abuse (2001). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en investigaciones*. Washington: US Department of Health and Human Services.
- National Institute on Drug Abuse (2005). *Heroin Abuse and Addiction. Research Report Series*. Washington: US Department of Health and Human Services.
- 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.
- Newman, R. G. y Whitehill, W. B. (1979). Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotics addicts in Hong Kong. *Lancet*, 8, (2), 8141-8148.
- Newman, R.G. (1987). Methadone treatment. Defining and evaluation success. *N. Eng. J. Med.*, 317, 447-450.
- O'Shea, M.D. y Phelps, R. (1985). Multiple family therapy: current status and critical appraisal. *Family Process*, 24, 555-582.
- O'Farrell, T.J. y Fals-Stewart, W. (2002). Behavioral couples and family therapy for substance abusers. *Current Psychiatry Reports*, 4, 371-376.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2006). Informe anual 2005: *el problema de la drogodependencia en Europa*. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2007). Informe anual 2007: *el problema de la drogodependencia en Europa*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009). Informe anual 2009: *el problema de la drogodependencia en Europa*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

- Ochoa, E., Madoz-Gúrpide, A. y Leira-Sanmartín, M. (2008). Problemática legal como predictor de pronóstico en pacientes con dependencia de opiáceos sometidos a tratamiento con naltrexona: variables relacionadas. *Psiquiatría.com*, 12, (1).
- Ochoa, E., Madoz-Gúrpide, A. y Salvador, E. (2008). Diferencia de género en el tratamiento de la dependencia a opiáceos con naltrexona. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36, (4), 197-204.
- O'Connell, D. J., Enev, T. N., Martin, S. S. y Inciardi, J. A. (2007). Working Toward Recovery: The Interplay of Past Treatment and Economic Status in Long-Term Outcomes for Drug-Involved Offenders. *Substance Use and Misuse*, 42, (7), 1089-1107.
- Olievenstein, C. (1982). *La vida del toxicómano*. Madrid: Fundamentos, 1986.
- Olmos-Espinosa, R., Madoz-Gúrpide, A. y Ochoa, E. (2001). Evolución al año de los adictos a opiáceos que realizan desintoxicación en UDH y continúan tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 13, 173-178.
- Olson, D. (1986). Circumplex model: validation studies FACES III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Olson, D., Sprenkle, D. y Russel, C. (1983). Circumplex Model of marital and family systems, theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- Organización Mundial de la Salud (2006). Lista de medicamentos esenciales. <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>
- Organización Mundial de la Salud O.N.U.D.D./O.N.U.S.I.D.A. (2004). Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Documento de posición, Organización Mundial de la Salud. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.
- Otero, J.M. (1994). *Droga y delincuencia. Concepto, medida y estado actual del conocimiento*. Madrid: Eudema.

- Parrino, M. W. (1992). Manual de tratamiento con metadona. Barcelona: Publicaciones de Grup Igia, 1997.
- 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*. (pp.37-82). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pascual, J., Frías, M. y Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25, (87), 1-8.
- Paul, N.L. y Bloom, J.D. (1970). Multiple family therapy: Secrets and scapegoating in family crisis. *International Journal of groups psychotherapy*, 20, 37-47.
- Pekkala, E. y Merinder, L. (2008). Psicoeducación para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Peña, F. R. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública de México*, 45, (1), 124-131.
- Pereiro, C., Jiménez, J.M., López, N., Llorente, J.M. y Sanz, M.A. (2002). Opiáceos: desintoxicación, programas libres de drogas y con naltrexona, comunidades terapéuticas. En J.J. Fernández, E. Gutiérrez y P.A. Marina (Coord.). *Actuaciones clínicas en trastornos adictivos* (pp. 243-301). Barcelona: Aula Médica.
- Petry, N. M., Tedford, J. y Martin, B. (2001). Reinforcing compliance with nondrug related activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 33-44.
- Phan O, Sanchez M, Bouthillon-HeitzmannP: Absence of correlation between mental disorders and high-dose buprenorphine. A case-control study. *Presse Medical*, 34, 711-718.
- Phan, O., Sanchez, M. y Bouthillon-Heitzmann, P. (2005). Absence of correlation between mental disorders and high-dose buprenorphine. A case-control study] *Presse Med.*, 34, 711-718.
- Pharoah, F., Mari, J. Rathbone, J. y Wong, W. (2008). Intervención familiar para la esquizofrenia. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

- Plan Nacional sobre Drogas. (2007). Memoria 2007. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas. 2009-2016*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Polaino-Lorente, A. y Martínez, P. (1995). El índice de fiabilidad de las “Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales” (3ª versión), en una muestra de población española. *Psiquis*, 16, 105-112.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982): Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19: 276-278.
- Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1992): In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Procter, H. G. (1991). Psicología de los constructos personales. *Revista de Psicoterapia*, 6-7, 73-90.
- Rawson, R., Marinelli, P. J., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C. y cols. (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99, 708-717.
- Rawson, R., Shoptaw, S., Obert, J.L., McCann, M., Hasson, A., Marinelli-Casey, P., Brethen, P. y Ling, W. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, (2), 117-127.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J. y Judo, L.L. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Ríos, J.A. (1994). *Manual de Orientación y Terapia Familiar*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.
- Rodríguez Martos, A. (1994). Reflexiones sobre los programas de mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 6, 353-72.

- Rodríguez Morejón, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: Alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 87, 45-53.
- Rodríguez, S., Iraurgi, I., Oviedo, E., Ceverino, A., March, J.C. Carrasco, F. (2007). Consumo terapéutico y extra-terapéutico de benzodiazepinas en pacientes con dependencia a opiáceos incluidos en el ensayo PEPSA: Notas metodológicas sobre el proyecto de investigación. *Norte de Salud mental*, 29, 18-31.
- Rodríguez-Llera, M.C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M.T., Silva, T.C., Sánchez-Nuibó, A. y Torrens, M. (2006). ITINERE Investigators: Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 48-55.
- Rojas-Bermúdez, J. (1997). *Teoría y técnicas psicodramáticas*. Barcelona: Paidós.
- Rojí, M.B. (1999). *La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- 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*. (pp.1233-1265). Barcelona: Ancora.
- Rosenfeld, H. (1965). *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Rounsaville, B. J. y Carroll, K. (1993). Interpersonal psychotherapy for patients who abuse drugs. En: Klerman, G.L. y Weissman, M.M. (Eds.), *New applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Rounsaville, B.J., Weissman, M.M. y Kleber, H.D. (1982). The significance of alcoholism in treated opiate addicts. *Journal Nervous Mental Disorders*, 170, 479-488.
- Rowe, C. L., Liddle, H. A., Dakof, G. A. y Henderson, C. E. (2004). *Early intervention for teen substance abuse: A randomized controlled trial of Multidimensional Family Therapy with young adolescents referred for drug treatment*. Los Angeles: Universidad de California.
- Saiz, P.A., González, M.P. y Bascaran, M.T. (2005). Instrumentos de evaluación de la dependencia de heroína. En Fernández, J.J. y Torrens, M. (Eds.). Monografía opiáceos. *Adicciones*, 17, (2), 81-94.
- San Molina, L. (2005). Evolución de la dependencia de heroína y su asistencia en España. *Adicciones*, 17, (2), 9-19.

- Sanchez-Carbonell, J., Beranuy, M., Forcén, M., Virgili, C. y Colomera, P. (2005). Indicadores sanitarios y sociales de la evolución de una cohorte de adictos a la heroína: 1985-2000. Proyecto EMETYST. *Revista Española de Drogodependencias*, 30, (3-4), 283-300.
- Sanchez-Carbonell, J., Brigos, B. y Camí, J. (1989). Evolución de una muestra de heroínómanos dos años después del inicio del tratamiento (Proyecto EMETYST). *Medicina Clínica*, 92, 791-804.
- Sanchez-Carbonell, J., Camí, J. y Brigos, B. (1988). Follow-up of heroin addicts in Spain (EMETYSTproject): results 1 year after treatment admission. *British Journal of Addiction*, 83, 1439-1448.
- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J. y La Perriere, A. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17, 121-133.
- Santisteban, D. A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Murray, E. J., y LaPerriere, A. (1996). Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 10, 35-44.
- 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*. (pp.13-36) Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Sanz, M. (2002). El funcionamiento familiar de los toxicómanos a lo largo de un tratamiento. Tesis doctoral: Universidad de Deusto.
- Satir, V. (1983). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Prensa Médica Mexicana, 1999.
- Schaefer, G. (2008). Multiple Family Group Therapy in a drug and alcohol rehabilitation centre. *ANZJFT*, 29, (1), 17-24.
- Scherbaum, N., Kluwig, J., Specka, M., Krause, D., Merget, B., Finkbeiner, T. y cols. (2005). Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment. A Controlled Trial. *European Addiction Research*, 11, 163-171.

- Scheurich, A., Muller, M. J., Wetzel, H., Anghelescu, I., Klawe, C., Ruppe, A., Lorch, B., Himmerich, H., Heidenreich, M., Schmid, G., Hautzinger, M. y Szegedi, A. (2000). Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *Journal of Studies on Alcohol*, 61, (6), 916-919.
- Schmidt, S.E., Liddle, H.A. y Dakof, G.A. (1996). Effects of multidimensional family therapy: Relationship of changes in parenting practices to symptom reduction in adolescent substance abuse. *Journal of Family Psychology* 10, (1), 1-16.
- Schoenwald, S. K., Ward, D. M., Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Patel, H. (1996). Multisystemic therapy treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders: Costs of reducing incarceration, inpatient, and residential placement. *Journal of Child and Family Studies*, 5, 431-444.
- Schoenwald, S.K., Ward, D.M., Henggeler, S.W., Pickrel, S.G. y Patel, H. (1996). M.S.T. treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders: Costs of reducing incarceration, inpatient, and residential placement. *Journal of Child and Family Studies*, 5, 431-444.
- Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K. y Thömke, V. (2005). Multiple Family Therapy for Anorexia Nervosa: Concepts, Experiences and Results. *Journal of Family Therapy*, 27, 132-141.
- Schut, J., Steer, R.A. y González, F.I. (1975). Types of arrests recorded for methadone maintenance patients before, during, and after treatment. *British Journal of Addiction*, 70, 89-93.
- Schwartz R.P., Highfield D.A., Jaffe J. H., Brady J.V., Butler C.B., Rouse C.O. y cols. (2006). A Randomized Controlled Trial of Interim Methadone Maintenance. *Archives General of Psychiatry* 63, 102-109.
- Scopeta, M.A., King, O.E., Szapocznik, J. y Tillman, W. (1979). *Ecological structural family therapy with Cuban immigrant families. Report to the National Institute on Drug Abuse*. Miami, FL: University of Miami.
- Secades, R., Fernández-Rodríguez, R. y Fernández Hermida, J.R. (1998). Factores asociados a la retención de heroinómanos en un programa libre de drogas. *Adicciones*, 10, 53-58.

- Segest, E., Mygind, O. y Bay, H. (1990). The influence of prolonged stable methadone maintenance treatment on mortality and employment: an 8-year follow-up. *International Journal of Addictions*, 25, 53-63.
- Senay, E.C. (1985). Methadone maintenance treatment. *International Journal of Addiction*, 20, 803-821.
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S. y Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 689-698.
- Siegel, H. A., Falck, R. S., Wang, J. y Carlson, R. G. (2002). Predictors of drug abuse treatment entry among crackcocaine smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, (2), 159-166.
- Silverman, K., Higgins, S.T., Brooner, R.K., Montoya, I.D., Cone, E.J., Schuster, C.R. y Preston, K.L. (1996). Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry*, 53, 409-415.
- Silverman, K., Svikis, D., Wong, C.J., Hampton, J., Stitzer, M.L. y Bigelow, E.A. (2002). Reinforcement-based Therapeutic Workplace for the treatment of drug abuse: Three-year abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 228-240.
- Simpson, D.D. y Sells, S.B. (1983). Effectiveness of treatment of drug abuse: An overview of the DARF research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, 7-29.
- Simpson, D.D., Joe, G.W. Fletcher, B.W., Hubbard, R.L. y Anglin, M.D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507-514.
- Sindelar, J. L., Jofre-Bonet, M., French, M. T. y McLellan, A. T. (2004). Cost-effectiveness analysis of addiction treatment: paradoxes of multiple outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(1), 41-50.
- Sluzki, C. (1984). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona, Gedisa.
- Sluzki, C. (1985). Terapia familiar como construcción de realidades alternativas. *Sistemas Familiares*, 1, 53-59.

- Sluzki, C. (1992). Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy, *Family Process*, 31, 494-504.
- Soler-Insa, P.A. (1981). Clínica de los opiáceos. En: F. Freixa y P.A. Soler-Insa (Eds.). *Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Editorial Fontanella.
- Springer, D.W., y Orsbon, S.H. (2002). Families helping families: Implementing a multifamily therapy group with substance-abusing adolescents. *Health and SocialWork*, 27, (3), 204-208.
- 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. (1982). Appendix A: Review of reports on drug abuser family therapy. En M.D. Staton y T.C. Tood (Eds.). *The family therapy of drug abuse and addiction*. (pp. 427-431). New York: Guilford Press.
- Stanton, M.D. y Tood, T. (1982). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona, Gedisa, 1989.
- Stanton, M.D., Steier,, F., Cook, I. Y Todd, T.D. (1984). Narcotic detoxification in a family and home context: Final Report 1980-1983. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Steiner, C. (1971). *Games alcoholism play*. Baltimore: Gower Press Inc.
- Steinglass, P. (1998). Multiple Family Discussion Groups for Patients with Chronic Medical Illnes. *Family System and Health*, 16, 55-70.
- Steinglass, P., Bennett, L.A., Wolin, J. y Reiss, D. (1987). *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa, 1993.
- Strain, E.C. (2002). Assessment and treatment of comorbid psychiatric disorders in opioid-dependent patients. *Clinical Journal Pain*, 18, 14-27.
- Szapocznik, J., Hervis, O.E. y Schwartz, S. (2003). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse. En NIH Publication. *NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F. H., Perez-Vidal, A., & Hervis, O. (1983). Conjoint versus one-person family therapy: Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 889-899.
- 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), 54-63.
- Szapocznik, J., Pérez-Vidal, A., Brickman, A.L., Foote, F.H., Santiesteban, D., Hervis, O. y Kurtines, W. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategic structural systems approach. *J. Consult. Clin. Psycho., 156*, 552-557.
- Teesson, M., Ross, J., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A. y Cooke, R. (2006). One year outcomes for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Dependence, 28*, 2,174-180.
- Tejero, A. y Trujols, J. (1994): El modelo transteorético de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J.L. Graña (Ed.) *Conductas Adictivas*. Madrid: Editorial Debate.
- Terán, A. (2008). *Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Cocaína*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Terán, A., Álvarez, A., Sánchez, R. y Álvaro, M.A. (2005). Complicaciones somáticas. Diagnóstico y manejo de la infección por VIH, VHB, VHC y tuberculosis en el paciente heroínómano. *Interacciones farmacológicas. Adicciones, 17*, (2), 123-150.
- 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.
- Tomm, K. (1985). Circular interviewing. A multifaceted clinical tool. En D. Campbell y R. Draper (Eds.) *Application of systemic family therapy: The Milan approach*. London: Grune y Stratton.

- Tomm, K. (1987a). Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26, 3-13.
- Tomm, K. (1987b). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26, 167-183.
- Torrens, M. (2003). *Legal Aspects of Substitution Treatment. An Insight into Nine European Countries: EMCDDA*.
- Torrens, M., Fonseca, F., Mateu, G. y Farré, M. (2005). Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 1-22.
- Torrens, M., San, L., Garrel, E., Castillo, C., Martinez, A. y Domingo, A. (1993). Quality of life in a methadone maintenance program. *European Neuropsychopharmacology*, 3, 400-411.
- Tschan, F. y Tueller, N. (1992). Health status of methadone recipients before entering a methadone program. *Schweiz Med Wochenschr* 1992; 122: 1758-1769.
- Vaillant, G. (1983). *The natural history of alcoholism: causes, patterns and paths to recovery*. Harvard University Press.
- Vaillant, G.E. (1995). *Natural history of alcoholism revisited*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Valverde, O. y Maldonado, R. (2005). Neurobiología de la adicción a opiáceos. *Adicciones*, 17, (2), 41-55
- Verheul, R. (2001). Comorbilidad de trastornos de la personalidad en individuos con trastornos por uso de sustancias. *European Psychiatry (Edición Española)*, 8, 520-529.
- Von Foerster, H. (1981). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa, 1991.
- Vranizan, K. (1994). HIV seroconversion in parenteral drug addicts. *A.I.D.S.*, 8, 223-231.
- Waldron, H. B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome: A review of randomized trials. En T. H. Ollendick y R. J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 19, pp. 199-234). New York: Plenum Press.
- Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W., y Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-Month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 802-813.

- Walsh, F. (1988). New perspectives on schizophrenia and families, in *Chronic Disorders and the Family*. En F. Walsh y C.M. Anderson (Coord.) (pp- 19-32) New York: Haworth.
- Ward, J., Mattick, R. y Hall, W. (1998). *Methadone Maintenance Treatment and other Opioid replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Watzlawick, P. (1988). *La realidad inventada. ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?*. Barcelona: Gedisa, 1994.
- Watzlawick, P. y Weakland, J.H. (1974). *Cambio*. Barcelona. Herder, 1982.
- Watzlawick, P., Beavin B., J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder, 2002.
- Weber, R., Ledergerber, B., Opravil, M., Siegenthaler, W. y Luthy R. (1990). Progression of HIV infection in misusers of injected drugs who stop injecting or follow a programme of maintenance treatment with methadone. *British Medical Journal*, 301, 1362-1365.
- Whitaker, C.A. (1978). *The Family Crucible*. New York: Harper y 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.
- Woody, G. (2003). Research findings on psychotherapy of addictive disorders. *American Journal on Addictions*, 12, (2), 19-26.
- Woody, G. E., Luborsky, L., McLellan, A. T., y O'Brien, C. P. (1990). Corrections and revised analyses for psychotherapy in methadone maintenance patients. *Archives of General Psychiatry*, 47, 788-789.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. y O'Brien, C. P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1302-1308.
- Woody, G.E., Luborsky, L., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Beck, A.T., Blaine, J., Herman, I. y Hole, A. (1983). Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, 639-645.

- Yancovitz, S.R., Des Jarlais, D.C., Abdul-Quader, A.S., Peyser, N.P., y cols. (1991). A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic. *American Journal Public Health, 81*, 1185-1194
- Zanis, D.A., McLellan, A.T., Alterman, A.I., Cnaan, R.A. (1996). Efficacy of enhanced outreach counseling to reenrol high-risk drug users one year after discharge from treatment. *American Journal of Psychiatry, 153*, 1095-1096.
- Ziegler-Driscoll, G. (1977). Family research study at Eagleville Hospital and Rehabilitation Center. *Family Process, 16*, 175-190.
- Zimberg, S. (1982). *The clinical management of alcoholism*. Nueva York: Brunner Mazel.

ANEXOS

ANEXO 1. Historia Clínica del C.M.O.T.

HISTORIA CLÍNICA



Ayuntamiento de
Alcalá de Guadaíra



HISTORIA CLÍNICA

1. DATOS PERSONALES

APELLIDOS:

NOMBRE:

Historia:

Fecha: 29/03/2010

FECHA NACIMIENTO:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Alcalá de Guadaíra

DIRECCIÓN:

PERSONA RESPONSABLE:

TELÉFONO:

2. DATOS DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO

DERIVACIÓN:

TERAPÉUTA DE REFERENCIA: .

DEMANDA INICIAL:

3. RESUMEN DE TRATAMIENTOS ANTERIORES

AÑO	LUGAR	PROGRAMA *	SALIDA **

4. HISTORIA TOXICOLÓGICA

DROGA	D.A.	AÑOS DE CONSUMO	FRECUENCIA ÚLTIMO MES	VÍA
TABACO	<input type="checkbox"/>			
ALCOHOL	<input type="checkbox"/>			
CANNABIS	<input type="checkbox"/>			
ANFETAMINAS	<input type="checkbox"/>			
SEDANTES/HIPN	<input type="checkbox"/>			
ALUCINÓGENOS	<input type="checkbox"/>			
HEROÍNA	<input type="checkbox"/>			
COCAÍNA	<input type="checkbox"/>			
HERO + COCA	<input type="checkbox"/>			



OTROS OPIACEOS	<input type="checkbox"/>			
INHALANTES	<input type="checkbox"/>			

5. RESUMEN DE ANAMNESIS, EXPLORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ACTUAL

6. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (Se anotan sólo las desviaciones de la normalidad)

PRUEBA	FECHA	RESULTADO
HEMOGRAMA		
BIOQUÍMICA		
SEROLOGÍA		
ORINA		
MANTOUX		
BACILOSCOPIA Y RX		
OTRAS		

8. ÁREA PSICOSOCIAL (Personalidad, habilidades, psicopatología, dinámica familiar, pruebas psicológicas practicadas).

9. GENOGRAMA FAMILIAR:



DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

MAPA SINCRÓNICO ACTUAL

MAPA SINCRÓNICO DE INICIO

ACONTECIMIENTOS MÁS RECIENTES



10. HIPOTESIS

11. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN



12. EVOLUCIÓN



ANEXO: EVALUACIÓN

SITUACIÓN DE PARTIDA PARA EL TERAPÉUTA

1.- Nivel estructural

a) Subsistema parental

Relación entre los padres:

- Conflictiva Abierta Negada
 Colaboradora

Presencia en la familia:

- Los dos presentes
 Padre ausente
 Madre ausente
 Los dos ausentes

b) Subsistema de los hermanos

Relación entre hermanos

- Alianzas Explícitas Negadas
 Nada relevante

c) Alianzas transgeneracionales

- Explícitas Negadas Nada relevante

2.- Ciclo vital Familia de origen SFO Familia propia FP

1. Fase de constitución
2. Llegada de los hijos
3. Salida de casa de los hijos
4. Jubilación
5. Familia reconstituida

3.- Aspectos destacados del modelo comunicacional

- Mensajes contradictorios Mensajes paradójicos



DECLARACIONES DEL PACIENTE IDENTIFICADO.

a) Nivel de integración antes de la drogodependencia.

a1) A nivel escolar:

- Ha seguido estudios con regularidad o casi regularidad, hasta el inicio de la drogodependencia.
- Han existido importantes dificultades escolares hasta el principio de la drogodependencia.
- No ha terminado los estudios o los ha interrumpido muy pronto.

a2) A nivel laboral:

- Ha buscado un trabajo activamente o ha tenido una actividad laboral hasta el inicio de la drogodependencia.
- Ha vivido de manera conflictiva su experiencia laboral.
- No ha conseguido nunca integrarse en una situación laboral.

a3) En la relación con los grupos de pares:

- Estaba integrado en un grupo "normalizado" desde el punto de vista social y cultural antes de la drogodependencia.
- Antes del inicio de la drogodependencia no estaba integrado a ningún grupo.
- Estaba integrado a un grupo marginal antes de la drogodependencia.

b) Han existido trastornos psicósomáticos (asma, anorexia, gastritis, colitis, alopecia...) antes de la drogodependencia.

- No
- Sí (él o algún familiar próximo).

c) La toxicomanía se manifiesta después de un episodio traumático significativo.

- No
- Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué episodio?

- Pérdida de una persona significativa. ¿Qué persona?
- Crisis ideológica
- Pérdida de un trabajo en el que había puesto muchas expectativas
- Abandono de la pareja

d) Refiere historias de peleas entre los padres

- Continuas y explícitas (Si la respuesta es Sí):

- Con separación o divorcio Sin separación o divorcio

- Breves y violentas (Si la respuesta es Sí):

- Con separación o divorcio Sin separación o divorcio



e) El toxicómano en su familia estaba considerado como:

- Hijo ejemplar
- Hijo malo
- Hijo fracasado
- Ninguna característica relevante

f) Situación del toxicómano en el período de desarrollo infantil:

- Ha crecido con su familia de origen
- Ha sido adoptado por largos periodos de tiempo o ha estado siempre a cargo de instituciones, personas de servicios, etc.
- Nada relevante

g) Tendencias a conductas de exhibición de la toxicomanía:

- Se tienen conductas de exhibición (se dejan señales evidentes para todos ante la familia, amigos)
- La conducta toxicómana no se manifiesta abiertamente y ha estado oculta durante mucho tiempo.

h) Fármacos:

- Es selectivo en la elección de fármacos. ¿Cuáles?
- Usa indiscriminadamente cualquier sustancia.
¿Qué sustancias?
- Tiene periodos selectivos y periodos que usa indiscriminadamente cualquier sustancia.

i) Efectos provocados por los fármacos:

- Atmósfera de bienestar y placer.
- Busca el aturdimiento.
- Alternancia de ambos estados de ánimo.
- Ningún efecto relevante.

j) Episodios de sobredosis:

- No.
- Sí, hasta dos episodios.
- Sí, más de dos episodios.

k) Conductas antisociales.

- ¿Ha manifestado conductas antisociales graves antes y después del inicio de la drogodependencia?
- No.
 - Sí, cuales.
- ¿Ha manifestado conductas antisociales graves sólo después del inicio de la drogodependencia?
 - No.
 - Sí.

Si la respuesta es sí



- a) Violación repetida de la ley: robos, estafas...
- b) Prostitución.
- c) Tráfico de drogas.

PARTE SEGUNDA. OBSERVACIONES DEL PROFESIONAL.

a) Gravedad de la situación respecto a las posibilidades de tratamiento:

a1) Para la integración escolar o laboral:

- Grave. No grave.

a2) Para la integración en las redes sociales:

- Grave. No grave.

a3) Por su estructuración de personalidad:

- Grave. No grave.

a4) Para la realización de un proyecto de autonomía:

- Grave. No grave.

b) El profesional percibe que existe una discrepancia entre la forma dramática en que el toxicómano y/o su familia presentan la situación y el conjunto de aspectos relevantes en la parte a):

- Sí. No.

c) Actitud del toxicómano referente a la propuesta de terapia:

- Demostrando la gravedad de su situación es elusivo y manipulativo.
- Aceptando y continuando la demanda de ayuda demuestra al profesional que cualquier intervención es inútil.
- Tendencia a idealizar al terapeuta o al programa.
- Una vez establecida la relación inicial con el profesional mantiene un vínculo constructivo.
- Presenta la drogodependencia como irrelevante y busca ayuda con desconfianza y/o con provocación.

d) Relación de la familia respecto a la drogodependencia en el momento de iniciar contacto con el servicio:

- Un progenitor involucrado y otro no.
- Ambos progenitores involucrados y presentes.
- Ambos progenitores bastante involucrados y ausentes.
¿Por qué motivo?
- Un progenitor ausente.
- ¿Por qué motivo?
Un hermano/a involucrado.

ANEXO 2. Índice de Gravedad de la Adicción

ESTADO MÉDICO GENERAL

(1). ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado por problemas médicos? (Incluir sobredosis y *delirium tremens*. Excluir desintoxicaciones o trat. psiquiátrico).

2. ¿Cuánto tiempo hace que estuvo hospitalizado por última vez debido a un problema orgánico?
Meses

(3). ¿Tiene algún problema médico crónico que interfiera en su vida?
0. No
1. Sí (especificar _____)

4. ¿Está tomando regularmente alguna medicación recetada para algún problema orgánico?
0. No 1. Sí

5. ¿Recibe alguna pensión por discapacidad física (incapacidad laboral)? (Excluir discapacidad psiquiátrica).
0. No
1. Sí (especificar _____)

6. ¿En los últimos 30 días, durante cuántos días ha experimentado Ud. problemas médicos?

Para las preguntas 7 y 8, preséntele al entrevistado la Escala de Valoración del paciente.

7. ¿Cuánto le han preocupado o molestado, en los últimos 30 días, estos problemas médicos que ha tenido?

8. ¿Qué importancia tiene, ahora, para Ud. recibir tratamiento para estos problemas médicos?

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD POR EL ENTREVISTADOR (V.G.E.)

9. ¿Cómo valora Ud. la necesidad de tratamiento médico para el paciente?

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD

Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:

10. ¿Falsedad por parte del paciente?

11. ¿Incapacidad del paciente para comprender?
0. No 1. Sí

PUNTUACIÓN COMPUESTA

Comentarios

EMPLEO / APOYO

(1). Educación básica recibida (hasta E.S.O.).
Años

(2). Formación o Educación técnica recibida. (Prácticas)
Meses

(3). ¿Tiene Ud. una profesión u oficio?
0. No
1. Sí (especificar _____)

4. ¿Tiene Ud. carnet de conducir válido?
0. No 1. Sí

5. ¿Tiene Ud. un automóvil disponible para su uso? (Contestar **NO** en caso de que no posea carnet de conducir válido)
0. No 1. Sí

(6). ¿Cuánto tiempo ha durado su empleo a tiempo completo más prolongado?
Años Meses

7. Ocupación usual (o última). _____

8. ¿Contribuye alguien, de alguna manera, en su sustento o mantenimiento? (Excluir instituciones)
0. No 1. Sí

9. (Sólo si la respuesta nº 8 fue afirmativa). ¿Constituye esta contribución la mayor parte de su sustento?
0. No 1. Sí

- (10). Patrón usual de ocupación durante los últimos tres años:
1. Tiempo completo (35 h. semana).
 2. Tiempo parcial (horas fijas)
 3. Tiempo parcial (horas irregulares / por días)
 4. Estudiante
 5. Servicio militar
 6. Invalidez / Jubilado
 7. Desempleado
 8. Situación ambiental controlada (Cárcel, C.T.)

11. ¿Cuántos días, de los últimos 30, le han pagado a Ud. por su trabajo? (Incluya trabajo no declarado legalmente)

En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero recibió de las siguientes fuentes?

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Empleo (s).- Salario neto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Prestación por desempleo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Mendicidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Pensión, beneficiencia o S.S. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Pareja, familia o amigos. (Dinero para gastos personales) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ilegal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
18. ¿Cuántas personas dependen de Ud. en cuanto vivienda, alimentación, etc.?
19. ¿Cuántos días durante el último mes, ha tenido problemas con su trabajo?

Para las preguntas 20 y 21, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente.

20. ¿Cuánto le han preocupado o molestado, en los últimos 30 días, sus problemas laborales?
21. ¿Qué importancia tiene para Ud. ahora recibir consejo profesional para estos problemas laborales?

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD POR EL ENTREVISTADOR (V.G.E.)

22. ¿Cómo valora Ud. la necesidad del paciente de recibir asesoramiento profesional acerca de su situación laboral?

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD

Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:

23. ¿Falsedad por parte del paciente?
0. No 1. Sí
24. ¿Incapacidad de comprensión del paciente?
0. No 1. Sí

PUNTUACION COMPUESTA

Comentarios

CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

Uso en	Ultimos 30 días		Transcurso de la vida		Vía de Admon*
	Días		Años	Meses	
(1). Alcohol. Cualquier consumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2). Alcohol. Hasta la intoxicación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3). Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4). Metadona / LAAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5). Otros Opiáceos / Analgésicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6). Barbitúricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7). Otros hipnosedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8). Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9). Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10). Cánnabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11). Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12). Inhalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13). Más de una sustancia al día regularmente (2-3 veces por semana, incluido el alcohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(* Vía de Administración: 1=Oral, 2=Nasal, 3=Fumada, 4=No I.V., 5=I.V.)

14. ¿Qué sustancia constituye el problema principal? (Por favor, codifique basándose en el cuadro de la página anterior o 00 - si no hay problema; 15 - alcohol y droga (doble adicción) 16 - varias drogas: cuando no esté claro preguntar al paciente.
- (15). ¿Cuánto tiempo duró su último período abstinencia voluntaria de esta sustancia principal? Meses
- (16). ¿Cuántos meses hace que terminó esta abstinencia? (00 - Si aún está abstinentemente) Meses
- (17). ¿Cuántas veces en su vida ha tenido?
- Delirium tremens por alcohol
- Sobredosis por drogas

- (18). ¿Cuántas veces en su vida ha sido tratado por?:
- Abuso de alcohol
- Abuso de otras drogas
19. ¿Cuántas de estas fueron sólo desintoxicaciones?
- Por alcohol
- Por otras drogas
20. ¿Cuánto dinero diría que ha gastado Ud. en los 30 días en?:
- Alcohol
- Otras drogas
21. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado en tratamiento ambulatorio por alcohol u otras drogas? (Incluye AA,NA)
22. ¿Cuántos días en los últimos 30, ha experimentado?:
- Problemas con el alcohol
- Problemas con otras drogas

Para las preguntas 23 y 24, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente.

23. En los últimos 30 días, cuanto le han preocupado sus?:
- Problemas con el alcohol
- Problemas con otras drogas
24. ¿Qué importancia tiene para Ud., recibir tratamiento por sus?:
- Problemas con el alcohol
- Problemas con otras drogas

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD POR EL ENTREVISTADOR (V.G.E.)

25. ¿Cómo valoraría la necesidad del paciente de recibir tratamiento por?:
- Abuso de Alcohol
- Abuso de Drogas

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD

Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:

26. ¿Falsedad por parte del paciente?
0. No 1. Sí
27. ¿Incapacidad de comprensión del paciente?
0. No 1. Sí

PUNTUACION COMPUESTA

Comentarios

SITUACION LEGAL

1. ¿El tratamiento ha sido sugerido o impuesto por el sistema judicial? (juez, oficial de juzgado, etc)
0. No 1. Sí
2. ¿Está Ud. en libertad condicional o bajo fianza?
0. No 1. Sí
- ¿Cuántas veces en su vida ha estado Ud. arrestado y acusado por los siguientes delitos?
- (3) Hurto o vandalismo
- (4) Violación de libertad condicional o bajo fianza
- (5) Acusaciones por drogas
- (6) Falsificación de documentos
- (7) Tenencia ilícita de armas
- (8) Robo de viviendas / Robo con violencia
- (9) Atraco
- (10) Asalto
- (11) Incendio provocado
- (12) Violación
- (13) Homicidio / Homicidio sin premeditación
- (14 A) Prostitución
- (14 B) Desacato a la autoridad
- (14 C) otros
- (15) ¿Cuántas de estas acusaciones acabaron en condena?
- ¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de lo siguiente?:
16. Desorden público, vagancia, intoxicación pública
17. Conducir bajo intoxicación
18. Violaciones graves de tráfico (imprudencia al conducir, velocidad excesiva, sin carnet, etc.)
19. A lo largo de su vida, ¿cuántos meses ha estado encarcelado?
20. ¿Cuánto tiempo duró el último encarcelamiento?
21. ¿Cuál fue la causa? (Use los códigos 3-14, 16-18, si hay múltiples acusaciones codifique la más grave)
- (22). ¿Está en este momento esperando acusación, juicio o sentencia?
0. No 1. Sí
- (23) ¿Por qué? (si hay varias razones ponga la más grave)
- _____
24. En los últimos 30 días ¿cuántos días ha sido detenido o encarcelado?

(25) En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado involucrado en actividades ilegales para su propio provecho?

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD POR EL ENTREVISTADOR (V.G.E.)

28. ¿Cómo valoraría la necesidad del paciente de recibir asesoramiento o consejo sobre sus problemas legales?

Para las preguntas 26 y 27, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente.

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD

Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:

26. ¿Cuánto le preocupan sus actuales problemas legales? (excluya sus problemas familiares o de empleo)

29. ¿Falsedad por parte del paciente?
0. No 1. Sí

27. ¿Qué importancia tiene ahora para usted, ser aconsejado o asesorado sobre sus problemas legales?

30. ¿Incapacidad de comprensión del paciente?
0. No 1. Sí

PUNTUACION COMPUESTA

Comentarios

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES

HISTORIA FAMILIAR

¿Ha tenido alguno de sus parientes lo que Ud. llamaría un problema serio por beber, consumir drogas o un trastorno psíquico, que lo hubiera debido llevar a tratamiento?

Familia Nuclear						
	Alc.	Dro.	Psiq.			
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hermano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hermano 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hermano 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hermano 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Parte materna		Parte paterna				
	Alc.	Dro.	Psiq.	Alc.	Dro.	Psiq.
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones: Ponga un "0" cuando la respuesta es claramente no para todos los parientes en cada categoría. Ponga un "1" cuando la respuesta es claramente sí para cualquier pariente de la categoría. Pondrá una "X" cuando la respuesta sea incierta o desconocida y una "N" cuando no hubo nunca un pariente en dicha categoría. Codifique el pariente más problemático en el caso de haber varios miembros por categoría.

1. Estado Civil:

- 2. Casado o pareja
- 3. Casado en segundas nupcias
- 4. Viudo
- 5. Separado
- 6. Divorciado
- 7. Soltero

(2) ¿Cuánto tiempo lleva en este estado civil? (si nunca se ha casado, cuente a partir de los 18 años) Años Meses

(3) ¿Está satisfecho con esta situación?
0. No
1. Indiferente
2. Sí

4. ¿En los últimos tres años, en que situación ha vivido más tiempo?

- 1. Con pareja sexual e hijos
- 2. Con pareja sexual sin hijos
- 3. Con hijos solo
- 4. Con los padres
- 5. Con la familia de origen
- 6. Con los amigos
- 7. Sólo/a
- 8. En ambiente institucional controlado (Cárcel, C.T.)
- 9. Ninguna situación estable

(5). ¿Cuánto tiempo ha vivido en esta situación? (si es con los padres o su familia cuente a partir de los 18 años) Años Meses

(6). ¿Está Ud. Satisfecho con esta situación en la que está viviendo?

- 0.No
- 1.Indiferente
- 2.Sí

¿Vive con alguien que?
0. No 1. Sí

6.a. Tenga problemas con el alcohol?

6.b. Consuma drogas no prescritas

7. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?

- 1.Familia
- 2.Amigos
- 3.Solo

(8). ¿Está satisfecho de como emplea el tiempo libre?

- 0. No
- 1. Indiferente
- 2. Sí

9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene Ud.?

Instrucciones para los ítems 9A-18: Ponga un "0" cuando la respuesta sea claramente no, para todos los parientes en la categoría; un "1" cuando la respuesta sea claramente sí para cualquier pariente dentro de la categoría; "X" cuando la respuesta es desconocida o incierta y "N" cuando nunca hubo un pariente en esta categoría.

(9a) Diría Ud que tiene una relación estrecha y duradera con alguna de las siguientes personas en su vida:

- Madre
- Padre
- Hermanos/Hermanas
- Pareja sexual/Esposa/o
- Hijos
- Amigos

¿Ha tenido períodos importantes en los que haya experimentado problemas serios con:

0. No 1. Sí

Ultimos 30 días En su vida

- (10). Madre
- (11). Padre
- (12). Hermanos / Hermanas
- (13). Pareja sexual /Esposo (a)
- (14). Hijos
- (15). Otros familiares cercanos
- (16). Amigos íntimos
- (17). Vecinos
- (18). Compañeros de trabajo

¿Algunas de estas personas (10-18) abusaron de Ud?

0. No 1. Sí

- (18.a) Emocionalmente (hacerlo sentir mal a través de insultos o malas palabras)
- (18.b) Físicamente (causarle daño físico)
- (18.c) Sexualmente (forzarle sexualmente)

(19). Cuantos días de los últimos 30 días ha tenido conflictos graves:

- A) Con su familia
- B) Con otras personas (excluyendo familia)

Para las preguntas 20- 23, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente.

En los últimos 30 días , ¿se ha preocupado o sentido molesto po:

- 20. Problemas familiares
- 21. Problemas sociales

¿Qué importancia tiene para Ud. ahora recibir consejo o asesoramiento sobre?:

- 22. Problemas familiares
- 23. Problemas sociales

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD POR EL ENTREVISTADOR (V.G.E.)

- 24. ¿Cómo valoraría la necesidad del paciente de recibir asesoramiento o consejo sobre los problemas sociales o familiares?

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD

Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:

- 25. ¿Falsedad por parte del paciente?
- 0. No 1. Sí

- 26. ¿Incapacidad de comprensión del paciente?
- 0. No 1. Sí

PUNTUACION COMPUESTA

Comentarios

ESTADO PSICOPATOLOGICO

(1). ¿Cuántas veces ha sido tratado por problemas psicológicos o emocionales?

- Como paciente hospitalizado
- Como paciente ambulatorio o consulta particular

2. ¿Recibe Ud. alguna pensión por incapacidad psiquiátrica?

0. No 1. Sí

¿Ha tenido algún período importante (que no fuera resultado directo del uso de drogas o de alcohol) en el que haya:

0. No 1. Sí

- | | Ultimos
30 días | En la
vida |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (3). Experimentado una depresión importante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4). Experimentado ansiedad o tensión importantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5). Experimentado alucinaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6). Experimentado problemas de comprensión, concentración o memoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7). Experimentado problemas para controlar conductas violentas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8). Experimentado problemas serios o ideas en torno al suicidio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9). Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10). ¿Le ha sido prescrita alguna medicación para algún problema psicológico o emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11). ¿Cuántos días, en los últimos 30, ha experimentado estos problemas psicológicos o emocionales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Los siguientes ítems deben ser completados por el entrevistador

En el momento de la entrevista el paciente está:

0. No 1. Sí

- | | |
|--|--------------------------|
| 14. Obviamente deprimido / inhibido | <input type="checkbox"/> |
| 15. Obviamente hostil | <input type="checkbox"/> |
| 16. Obviamente ansioso / nervioso | <input type="checkbox"/> |
| 17. Con problemas de contacto con la realidad, trastornos del pensamiento o ideas paranoides | <input type="checkbox"/> |
| 18. Teniendo problemas para comprender, concentrarse o recordar | <input type="checkbox"/> |
| 19. Teniendo ideas de suicidio | <input type="checkbox"/> |

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD POR EL ENTREVISTADOR (V.G.E.)

- | | |
|--|--------------------------|
| 20. ¿Cómo valoraría la necesidad del paciente de recibir tratamiento psiquiátrico o psicológico? | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD

Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:

- | | |
|---|--------------------------|
| 21. ¿Falsedad por parte del paciente? | <input type="checkbox"/> |
| 0. No 1. Sí | |
| 22. ¿Incapacidad de comprensión del paciente? | <input type="checkbox"/> |
| 0. No 1. Sí | |

PUNTUACION COMPUESTA

Para las preguntas 12 y 13, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente

- | | |
|---|--------------------------|
| 12. En los últimos 30 días, ¿cuánto le han preocupado o molestado estos problemas psicológicos o emocionales? | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Qué importancia tiene para Ud. ahora recibir tratamiento por estos problemas psicológicos? | <input type="checkbox"/> |

Comentarios

FÓRMULAS PARA EL CÁLCULO DE LAS PUNTUACIONES COMPUESTAS (PCs) DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA 5ª EDICIÓN DEL *ADDICTION SEVERITY INDEX* (McLellan y cols., 1992).

Francisco González Saiz

“Estandarización de un instrumento de evaluación multidimensional en los trastornos adictivos”. Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz, 1997.

ESTADO MÉDICO GENERAL (PC-EMG)

- A. ¿En los últimos 30 días, durante cuántos días ha experimentado ud. problemas médicos?.
- B. ¿Cuánto le han preocupado o molestado, en los últimos 30 días, estos problemas médicos que ha tenido?.
- C. ¿Qué importancia tiene, ahora, para ud. recibir tratamiento para estos problemas médicos?.

El valor de la PC se obtiene sumando las puntuaciones ponderadas de estos 3 ítems. Cada respuesta se divide por el máximo valor posible (para A es 30 y para B y C es 4). Este cociente se divide, a su vez, por el número de ítems que participan en la PC (en este caso es de 3). Así, $PC-EMG = A/30/3 + B/4/3 + C/4/3$. Por tanto:

$$PC-EMG = A/90 + B/12 + C/12$$

EMPLEO / APOYO (PC-EA)

- A. ¿Tiene ud. carnet de conducir válido?.
- B. ¿Tiene ud. un automóvil disponible para su uso?.
- C. ¿Cuántos días, de los últimos 30, le han pagado a ud. por su trabajo?.
- D. En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero recibió por su trabajo?. (Se refiere al ítem nº 12).

Se ha visto que la variable “D” tiene una distribución bi-modal de frecuencias. Para “normalizarla”, se toma el logaritmo neperiano. Como todas las variables, se divide por el valor más alto posible. El valor más alto posible de una variable como “cantidad de dinero recibido por su trabajo” es, al menos teóricamente, infinito. Por ello el equipo de McLellan decidió establecer un límite máximo y considerarlo como el valor más alto posible. Podían haberlo hecho arbitrariamente, pero decidieron poner la cantidad recibida por el paciente que más “ganaba” de todos los que participaron en el estudio de validación. Este ítem teníamos que modificarlo, necesariamente, en la adaptación española, ya que la realidad socioeconómica americana es diferente a la nuestra. De todas formas, no compartíamos el procedimiento de McLellan, ya que adoptar un valor extremo no nos parecía significativo; pero por otro lado, tampoco queríamos desviarnos de la “filosofía” del diseño de las PCs. Afortunadamente el problema se solucionó sólo ya que el

paciente que más “ganaba” mensualmente en nuestro estudio recibía 200.000 pts., lo que nos pareció adecuado. Por ello, su Ln correspondía a un valor de 12,4.
Así, A/1/4 ; B/1/4 ; C/30/4 ; LnD/12,4/4

Sin embargo, en este caso, como el sentido de la formulación de las preguntas evalúan “mejoría” y el sentido de la puntuación PC evalúa “gravedad”, se modifica la fórmula, invirtiendo la puntuación.

Por tanto;

$$\text{PC-EA} = 1 - (\text{A}/4 + \text{B}/4 + \text{C}/120 + \text{Ln D}/64,28)$$

(No olvidar que la variable D de esta fórmula **se codifica en pesetas**. Por ello, si el paciente lo refiere en pesetas, no hay problemas. Si no es así, habrá que transformar euros en pesetas antes de meterlo en la fórmula).

CONSUMO DE DROGAS (PC-DROGAS)

(Aunque en el ASI hay una sola sección para “Consumo de drogas y alcohol”, se han derivado dos PCs distintas, una sólo para el consumo de alcohol y otra en la que se evalúa conjuntamente el consumo de otras drogas).

Días de consumo en el último mes de:

- A. Heroína.
- B. Metadona / LAAM
- C. Otros opiáceos / analgésicos
- D. Barbitúricos
- E. Otros hipnosedantes
- F. Cocaína
- G. Anfetaminas
- H. Cannabis
- I. Alucinógenos
- J. Más de una sustancia al día regularmente
- K. ¿Cuántos días, en los últimos 30, ha experimentado problemas con otras drogas? (se refiere al ítem 22b).
- L. En los últimos 30 días, ¿cuánto le han preocupado sus problemas con otras drogas?.
- M. ¿Qué importancia tiene para ud., ahora, recibir tratamiento por sus problemas con otras drogas?.

(Se sigue el mismo procedimiento de cálculo que con las otras PCs). Por tanto;

$$\text{PC-DROGAS} = \text{A}/390 + \text{B}/390 + \text{C}/390 + \text{D}/390 + \text{E}/390 + \text{F}/390 + \text{G}/390 + \text{H}/390 + \text{I}/390 + \text{J}/390 + \text{K}/390 + \text{L}/52 + \text{M}/52.$$

CONSUMO DE ALCOHOL (PC-ALCOHOL)

- A. Días de consumo de alcohol en los últimos 30 días.
- B. Días de consumo de alcohol “hasta la intoxicación” en los últimos 30 días.
- C. ¿Cuántos días, en los últimos 30, ha experimentado problemas con el alcohol?.
- D. En los últimos 30 días, ¿cuánto le han preocupado sus problemas con el alcohol?.
- E. ¿Qué importancia tiene para ud., ahora, recibir tratamiento para sus problemas con el alcohol?.
- F. ¿Cuánto dinero ha gastado ud. en alcohol en los últimos 30 días?. (en pesetas)

$$\text{PC-ALCOHOL} = \text{A}/180 + \text{B}/180 + \text{C}/180 + \text{D}/24 + \text{E}/24 + \text{LnF}/64,28$$

(En este caso, se estableció un límite máximo arbitrario de gasto mensual en bebidas alcohólicas en 45.000 pesetas, conjugando un cierta proporcionalidad con los valores originales del programa americano).

SITUACIÓN LEGAL (PC-LEGAL)

- A. ¿Está en este momento esperando acusación, juicio o sentencia?.
- B. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado involucrado en actividades ilegales para su propio provecho?.
- C. ¿Cuánto le preocupan sus actuales problemas legales?.
- D. En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero ha conseguido con actividades ilegales?. (Este ítem es el nº 17 de la sección de Empleo/Apoyo. Como también su valor es teóricamente infinito, se tomó arbitrariamente un límite de 300.000 pesetas).

$$\text{PC-LEGAL} = \text{A}/5 + \text{B}/150 + \text{C}/20 + \text{D}/20 + \text{Ln E}/63$$

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES (PC-FAMILIAR)

A. ¿Está satisfecho con esta situación? (con su estado civil. Item 3).

Recodificar esta puntuación de la siguiente manera:

0 (no) = 2

1 (indiferente) = 1

2 (sí) = 0

B. ¿Cuántos días, de los últimos 30, ha tenido conflictos graves con su familia?.

C. En los últimos 30 días, ¿se ha preocupado o sentido molesto por sus problemas familiares?.

D. ¿Qué importancia tiene para ud., ahora, recibir consejo o asesoramiento sobre sus problemas familiares?.

E. RATIO, resultante de la siguiente puntuación:

¿Ha tenido períodos importantes en los que haya experimentado problemas serios con...? (en los últimos 30 días)

- Madre
- Padre
- Hermanos/as
- Pareja/espos@
- Hijos
- Otros familiares
- Amigos íntimos
- Vecinos
- Compañeros de trabajo

Puntuación; NO = 0 ; SÍ = 1 ; NO RESPONDE O NO APLICABLE = N

Así, “E” Es el cociente entre el número de personas con las que el paciente ha tenido problemas en los últimos 30 días y las personas para la que las repuestas “responden o son aplicables”).

$$E = \text{n}^\circ \text{ de "1"} / 9 - \text{n}^\circ \text{ de N}$$

Por tanto;

$$\text{PC-FAMILIAR} = A/5 + B/150 + C/20 + D/20 + E/5$$

ESTADO PSICOPATOLÓGICO (PC-PSICOPATOLÓGICO)

¿Ha tenido algún período importante (que no fuera resultado directo del uso de drogas o de alcohol, durante el último mes, en que haya: (NO = 0 ; SI = 1)

- A. experimentado una depresión importante?
- B. experimentado ansiedad o tensión importantes?
- C. experimentado alucinaciones?
- D. experimentado problemas de comprensión, concentración o memoria?
- E. experimentado problemas para controlar conductas violentas?
- F. experimentado problemas serios o ideas entorno al suicidio?
- G. intento de suicidio?
- H. ¿Le ha sido prescrita alguna medicación para algún problema psicológico o emocional?
- I. ¿Cuántos días, en los últimos 30, ha experimentado estos problemas psicológicos o emocionales?
- J. En los últimos 30 días, ¿cuánto le han preocupado o molestado estos problemas psicológicos o emocionales?
- K. ¿Qué importancia tiene para ud., ahora, recibir tratamiento por estos problemas psicológicos?.

PC-PSICOPATOLOGICA = A/11 + B/11 + C/11 + D/11 + E/11 + F/11 + G/11 + H/11 + I/330 + J/44 + K/44.

ANEXO 3. Sympton Check List 90 Reform



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Laboratorio de Psicología Clínica y
Psicodiagnóstico

SCL-90-R

Identificación

Original de Derogatis L. R. (1975).
Versión española de J. L. Gonzalez de Rivera y Cols. (1988)

NOMBRE Y APELLIDOS:
EDAD:
SEXO: VARON / MUJER:
FECHA:

INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO.

- * Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.
- * En la hoja de respuestas marque su respuesta con un lápiz según se le indica en el ejemplo.
- * Sombree la casilla correspondiente al "0" si no ha tenido esa molestia en absoluto; la " 1" si la ha tenido un poco presente; la " 2" si la ha tenido moderadamente; la " 3" si la ha tenido bastante y la " 4" si la ha tenido mucho o extremadamente.

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR...	0 = Nada en absoluto
	1 = Un poco
	2 = Moderadamente
	3 = Bastante
	4 = Mucho o extremadamente

¿le ha sucedido en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy?

0 = Nada en absoluto 1 = Un poco 2 = Moderadamente 3 = Bastante 4 = Mucho o extremadamente

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Dolores de cabeza.2. Nerviosismo o agitación interior.3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente.4. Sensaciones de desmayo o mareo.5. Pérdida de deseo o de placer sexual.6. El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente.7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.9. La dificultad para recordar las cosas.10. Preocupaciones por la falta de aseo personal, el descuido o la desorganización.11. Sentirse fácilmente irritado o enfadado.12. Dolores en el corazón o en el pecho.13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle.14. Sentirse bajo de energías o decaído. | <ol style="list-style-type: none">15. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida.16. Oír voces que otras personas no oyen.17. Temblores.18. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas.19. Falta de apetito.20. Llorar fácilmente.21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.22. La sensación de estar atrapado o como encerrado.23. Tener miedo de repente y sin razón.24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.25. Miedo a salir de casa solo.26. Culparse a si mismo de todo lo que pasa.27. Dolores en la parte baja de la espalda.28. Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas.29. Sentirse solo.30. Sentirse triste. |
|---|---|

(sigue al dorso)

¿le ha sucedido en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy?

0 = Nada en absoluto 1 = Un poco 2 = Moderadamente 3 = Bastante 4 = Mucho o extremadamente

- | | |
|--|--|
| <p>31. Preocuparse demasiado por las cosas.</p> <p>32. No sentir interés por las cosas.</p> <p>33. Sentirse temeroso.</p> <p>34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.</p> <p>35. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos.</p> <p>36. La sensación de que los demás no le comprenden o le hacen caso.</p> <p>37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta.</p> <p>38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.</p> <p>39. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa.</p> <p>40. Nauseas o malestar en el estómago.</p> <p>41. Sentirse inferior a los demás.</p> <p>42. Dolores musculares.</p> <p>43. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted.</p> <p>44. Dificultad para conciliar el sueño.</p> <p>45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace.</p> <p>46. Encontrar difícil el tomar decisiones.</p> <p>47. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes.</p> <p>48. Dificultad para respirar.</p> <p>49. Sentir calor o frío de repente.</p> <p>50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.</p> <p>51. Que se le quede la mente en blanco.</p> <p>52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.</p> <p>53. Sentir un nudo en la garganta.</p> <p>54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.</p> <p>55. Tener dificultades para concentrarse.</p> <p>56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.</p> <p>57. Sentirse tenso o agitado.</p> <p>58. Pesadez en los brazos o en las piernas.</p> <p>59. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir.</p> <p>60. El comer demasiado.</p> <p>61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.</p> <p>62. Tener pensamientos que no son suyos.</p> <p>63. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.</p> <p>64. Despertarse de madrugada.</p> <p>65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, lavar, contar etc...</p> | <p>66. Sueño inquieto o perturbado.</p> <p>67. Tener ganas de romper algo.</p> <p>68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten.</p> <p>69. Sentirse muy cohibido entre otras personas.</p> <p>70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc...</p> <p>71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.</p> <p>72. Ataques de terror o pánico.</p> <p>73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público</p> <p>74. Tener discusiones frecuentes.</p> <p>75. Sentirse nervioso cuando se queda solo.</p> <p>76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros.</p> <p>77. Sentirse solo aunque esté con más gente.</p> <p>78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.</p> <p>79. La sensación de ser inútil o no valer para nada.</p> <p>80. Presentimientos de que va a pasar algo malo.</p> <p>81. Gritar o tirar cosas.</p> <p>82. Tener miedo de desmayarse en público.</p> <p>83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara.</p> <p>84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.</p> <p>85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados.</p> <p>86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.</p> <p>87. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.</p> <p>88. No sentirse cercano o íntimo con nadie.</p> <p>89. Sentimiento de culpabilidad.</p> <p>90. La idea de que algo anda mal en su mente.</p> |
|--|--|

Ha terminado Vd. Muchas gracias

Sympton Check List 90 Reform: Hoja de corrección (Derogatis, 2002)

Valor de cada respuesta:

Nada = 0
Un poco = 1
Moderadamente = 2
Bastante = 3
Extremadamente = 4

Datos personales:

Número de identificación
Sexo
Edad

Para obtener la puntuación de cada escala sumar sus ítems y dividirlo por el divisor indicado.

Dimensión I: SOMATIZACIÓN

Items: 1 4 12 27 40 42 48 49 52 53
56 58

Pt = -----
12

Dimensión II: OBSESIVO-COMPULSIVO

Items: 3 9 10 28 38 45 46 51 55 65

Pt = -----
10

Dimensión III: SENSIBILIDAD INTERPERSONAL

Items: 6 21 34 36 37 41 61 69 73

Pt = -----
9

Dimensión IV: DEPRESIÓN

Items: 5 14 15 20 22 26 54 29 30
31 32 71 79

Pt = -----
13

Dimensión V: ANSIEDAD

Items: 2 17 23 33 39 57 72 78 80
86

Pt = -----
10

Dimensión VI: MIEDO-HOSTILIDAD

Items: 11 24 63 67 74 81

Pt = -----
6

Dimensión VII: ANSIEDAD FÓBICA

Items: 13 25 47 50 70 75 82

Pt = -----
7

Dimensión VIII: IDEACIÓN PARANOIDE

Items: 8 18 43 68 76 83

Pt = -----
6

Dimensión IX: PSICOTICISMO

Items: 7 16 35 62 77 84 85 87 88
90

Pt = -----
10

Items no incluidos en las escalas anteriores:
19 44 59 60 64 66 89

Suma de los valores de todos los ítems
IGS = -----
90

TSP = Suma de todos los ítems valorados
con más de 0

IGS
PSDI = -----
TSP

ANEXO 4. Escala de Cohesión y Adaptación Familiar

ESCALA DE COHESIÓN Y ADAPTACIÓN FAMILIAR (C.A.F.)

Polaimo Lorente, A. y Martínez Cano, P. (1996) Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra
Versión española de *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III* (FACES III.) de Olson, H., Portner, J y Lavee, Y.
University of Minnesota (U.S.A.), 1985

Este cuestionario se diseñó para evaluar algunas cualidades de los miembros de la familia y de su estilo de funcionamiento, atendiendo especialmente a su cohesión y adaptación a los cambios que ocurren en la vida de familia. Al contestar indique usted, por favor, si dichas cualidades se manifiestan en su familia y el modo en que lo hacen.

Recuerde que cada familia tiene unas aptitudes diferentes respecto de otras familias y que, por eso, **no existen contestaciones verdaderas o falsas**. Por favor, **conteste con sinceridad**.

Anote sus contestaciones **rodeando con un círculo uno de los números que aparecen en cada cuestión**, en función de que lo que se describe en la pregunta coincide lo más exactamente posible con lo que ocurre en su familia. Cada una de estas preguntas tiene cinco posibles respuestas (1, 2, 3, 4 ó 5) en función de la frecuencia con que sucede esa conducta, tal y como se presenta en el siguiente cuadro.

1	2	3	4	5
Casi nunca	Muy de vez en cuando	Término medio	Con frecuencia	Casi siempre

Lea atentamente cada cuestión y las diversas posibilidades de respuesta; así le será más fácil decidirse por una determinada. Si no puede dar una respuesta exacta a alguna pregunta, conteste lo que más se aproxime a lo que usted piensa que sucede, pero, por favor, **no deje ninguna en blanco**. Si le resulta más fácil, hágase la siguiente pregunta para contestar cada cuestión:

¿Cuántas veces...?

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Nos pedimos ayuda los unos a los otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Tenemos en cuenta las sugerencias de nuestros hijos a la hora de solucionar los problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Estamos de acuerdo con los amigos de cada uno de nosotros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Escuchamos lo que dicen nuestros hijos en lo que se refiere a disciplina. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Nos gusta hacer cosas con nuestros familiares más próximos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. En nuestra familia mandan varias personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros mismos que con personas que no forman parte de la familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Tenemos diversas formas de solucionar problemas, en nuestra familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. A todos nosotros nos gusta utilizar el tiempo libre compartiéndolo con los demás miembros de la familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Los castigos de nuestros hijos los discutimos entre mi esposo/a, nuestros hijos y yo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¿Cuántas veces...?

11. Nos sentimos muy unidos entre nosotros.	1	2	3	4	5
12. Nuestros hijos toman decisiones en nuestra familia.	1	2	3	4	5
13. Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo, no falta nadie.	1	2	3	4	5
14. Las normas cambian en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15. Con facilidad podemos pensar en cosas para hacer juntos, en familia.	1	2	3	4	5
16. Intercambiamos las responsabilidades (las tareas y las obligaciones) de la casa.	1	2	3	4	5
17. Consultamos al resto de la familia sobre nuestras decisiones personales.	1	2	3	4	5
18. Es difícil identificar quién manda en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19. En nuestra familia es muy importante sentirnos unidos.	1	2	3	4	5
20. Es difícil decir quién es el encargado de cada una de las tareas de la casa.	1	2	3	4	5

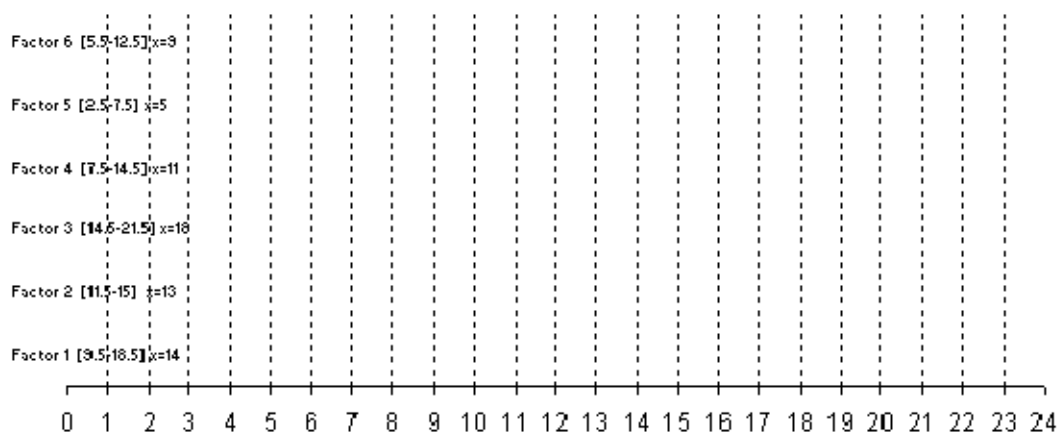
RESUMEN DE RESPUESTAS

1.	1	2	3	4	5	11.	1	2	3	4	5.
2.	1	2	3	4	5	12.	1	2	3	4	5.
3.	1	2	3	4	5	13.	1	2	3	4	5.
4.	1	2	3	4	5	14.	1	2	3	4	5
5.	1	2	3	4	5	15.	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5	16.	1	2	3	4	5
7.	1	2	3	4	5	17.	1	2	3	4	5
8.	1	2	3	4	5	18.	1	2	3	4	5
9.	1	2	3	4	5	19.	1	2	3	4	5
10.	1	2	3	4	5	20.	1	2	3	4	5

Escala de Cohesión y Adaptación Familiar (F.A.C.E.S. III)

Hoja de corrección (Polaino Lorente y Martínez, 1995)

Item 1	Item 11	Puntuación																		
Item 2	Item 12																			
Item 3	Item 13																			
Item 4	Item 14																			
Item 5	Item 15																			
Item 6	Item 16																			
Item 7	Item 17																			
Item 8	Item 18																			
Item 9	Item 19																			
Item 10	Item 20																			
		<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Factor 1 [9.5-18.5] x=14</td> <td style="width: 50%;">Item₂+Item₄+Item₁₀+Item₁₂</td> </tr> <tr> <td>Factor 2 [11.5-15] x=13</td> <td>Item₇+Item₁₁+Item₁₉</td> </tr> <tr> <td>Factor 3 [14.5-21.5] x=18</td> <td>Item₁+Item₃+Item₅+Item₆+Item₁₇</td> </tr> <tr> <td>Factor 4 [7.5-14.5] x=11</td> <td>Item₉+Item₁₅+Item₁₆</td> </tr> <tr> <td>Factor 5 [2.5-7.5] x=5</td> <td>Item₁₈+Item₂₀</td> </tr> <tr> <td>Factor 6 [5.5-12.5] x=9</td> <td>Item₈+Item₁₃+Item₁₄</td> </tr> <tr> <td>Adaptación:</td> <td>F₄+F₅+F₆</td> </tr> <tr> <td>Cohesión:</td> <td>F₂+F₃</td> </tr> <tr> <td>Sobre los hijos</td> <td>F₁</td> </tr> </table>	Factor 1 [9.5-18.5] x=14	Item ₂ +Item ₄ +Item ₁₀ +Item ₁₂	Factor 2 [11.5-15] x=13	Item ₇ +Item ₁₁ +Item ₁₉	Factor 3 [14.5-21.5] x=18	Item ₁ +Item ₃ +Item ₅ +Item ₆ +Item ₁₇	Factor 4 [7.5-14.5] x=11	Item ₉ +Item ₁₅ +Item ₁₆	Factor 5 [2.5-7.5] x=5	Item ₁₈ +Item ₂₀	Factor 6 [5.5-12.5] x=9	Item ₈ +Item ₁₃ +Item ₁₄	Adaptación:	F ₄ +F ₅ +F ₆	Cohesión:	F ₂ +F ₃	Sobre los hijos	F ₁
Factor 1 [9.5-18.5] x=14	Item ₂ +Item ₄ +Item ₁₀ +Item ₁₂																			
Factor 2 [11.5-15] x=13	Item ₇ +Item ₁₁ +Item ₁₉																			
Factor 3 [14.5-21.5] x=18	Item ₁ +Item ₃ +Item ₅ +Item ₆ +Item ₁₇																			
Factor 4 [7.5-14.5] x=11	Item ₉ +Item ₁₅ +Item ₁₆																			
Factor 5 [2.5-7.5] x=5	Item ₁₈ +Item ₂₀																			
Factor 6 [5.5-12.5] x=9	Item ₈ +Item ₁₃ +Item ₁₄																			
Adaptación:	F ₄ +F ₅ +F ₆																			
Cohesión:	F ₂ +F ₃																			
Sobre los hijos	F ₁																			



Cohesión

- Enredada >35
- Unida >31<36
- Separada >26<32
- Desprendida <27

Adaptación

- Caótica >32
- Flexible >24<33
- Estructurada >16<25
- Rígida <24

Tipo de Familia:

- Extremas
- Medias
- Equilibradas

ANEXO 5. Modelo de carta de convocatoria familiar



Ayuntamiento de
Alcalá de Guadaíra

Alcalá de Guadaíra, 15 de abril de aa

Estimado _____, miembro de la familia _____ :

Como Psicólogo del Plan Municipal sobre Drogas me es grato comunicarle la continuación del Programa de Ayuda a personas con problemas de adicción y a sus familiares que iniciamos el pasado año, después de comprobar el grado de satisfacción de las personas que participaron en él.

Hace años que iniciamos el Programa de Metadona y, sin duda, ha dado buenos resultados. Con él, muchas personas con problemas de droga han mejorado su situación y han conseguido una mejor calidad de vida. Aún así, muchas de ellas han seguido teniendo dificultades en ese proceso de recuperación por distintos motivos: problemas de salud, la situación legal, dificultades a la hora de encontrar empleo, situaciones de tensión familiar, y por supuesto, porque muchas se han planteado que no querían la metadona para siempre y aún están luchando por conseguirlo.

Por eso, este Programa trata de facilitar ayuda, orientación y terapia familiar en los temas que son de mayor interés para la mayor parte de vosotros. De una forma u otra todos los miembros de la familia han estado ligados al problema de la droga y ahora se trataría de aprovechar los recursos de la propia familia para seguir mejorando.

La mejor forma de conocer el Programa es que acuda junto a los demás miembros de su familia a una entrevista, el próximo _____ en el Centro de Servicios Sociales a las 7 de la tarde.

Se tiene al principio, se conserva adormilada y es lo último que se pierde..... la esperanza.

Un cordial saludo, estaremos en contacto con usted.

Juan Antonio Marcos Sierra
Psicólogo del Plan Municipal
sobre Drogas

ANEXO 6. Modelo de permiso de grabación



PERMISO PARA LA GRABACIÓN/OBSERVACIÓN

Es norma de funcionamiento del Equipo Terapéutico que todos los profesionales involucrados en la observación y/o grabación audiovisual respeten la privacidad de los clientes. Por lo tanto, garantizamos la confidencialidad y el anonimato en el uso de las grabaciones y en la observación de las entrevistas.

AUTORIZACIÓN

Yo¹ **autorizo** al Equipo Terapéutico a la grabación en vídeo y/o audio con el objeto de facilitar el trabajo conmigo y/o mi familia.

La utilización del material con fines educativos y/o de investigación y publicación fuera de este servicio, requerirá la autorización expresa de las personas que participaron en la entrevista.

Entiendo que todas las grabaciones en las que participe estarán disponibles para mi visualización si lo deseara.

Certifico que estoy completamente enterado/a acerca de la autorización para la grabación y observación y, por consiguiente, doy mi consentimiento.

¹ Nota: Este escrito debe ser firmado por todos los miembros de la familia y otros presentes mayores de dieciocho años.