



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria de Junio

Modalidad: Revisión bibliográfica

Título: Comprender las drogodependencias desde un enfoque relacional

Autora: Lara Knaggs Agulló

Tutor: Luis Rodríguez Fernández

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	3
2.1. Definición y justificación del tema.....	3
2.2. Contextualización.....	4
2.3. Encuadre de la revisión.....	6
3. Método.....	7
3.1. Fuentes documentales.....	7
3.2. Criterios de selección.....	7
4. Análisis e integración de la información.....	8
4.1. Organización y valoración de los resultados.....	8
4.2. Caracterización de la familia del toxicómano (Minuchin, 1979, 1984; Stanton y Todd, 1982).....	10
4.3. Trastornos de la emancipación juvenil y atasco en el ciclo vital familiar (J. Haley, 1985).....	12
4.4. Tipologías de toxicómanos (L. Cancrini, 1982, 1981).....	13
4.5. Modelo etiopatogénico (Cirillo y cols., 1999).....	14
4.6. Parentalidad y conyugalidad (J. L. Linares, 1996).....	16
4.7. Apego y toxicomanías.....	19
5. Discusión.....	20
6. Conclusiones.....	21
7. Referencias bibliográficas.....	24

1. RESUMEN

Desde una perspectiva relacional, el consumo de drogas debe leerse como una conducta-mensaje del individuo que nos comunica elementos esenciales de sí mismo y su contexto. En la encrucijada sujeto-síntoma-situación podemos discriminar dos niveles: el *nivel síntoma-sujeto*, determinado por la importancia relativa que se dé al alivio o placer experimentado y la importancia de las dificultades psicológicas del sujeto; y el *nivel síntoma-situación*, definido por la función que el síntoma desarrolla en el contexto relacional del toxicómano, particularmente su familia.

El objetivo principal de este trabajo es entender la interdependencia entre estos dos niveles, es decir, cómo las relaciones interpersonales del sujeto influyen en la conducta de consumo y cómo ésta rotula a aquéllas. Para ello se presenta una síntesis de las características halladas en los grupos familiares de personas consumidoras de drogas desde la perspectiva clínica del modelo relacional y se revisan también las investigaciones actuales sobre eficacia de las terapias relacionales en el ámbito de las toxicomanías.

A partir de una exhaustiva revisión bibliográfica se han establecido diferentes conclusiones que pueden resultar útiles a la hora de intervenir en las problemáticas relacionadas con el consumo de drogas, revelándose fundamental combinar estrategias de tratamiento individual y de abordaje familiar.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Definición y justificación del tema

La toxicomanía como trastorno suele ser un problema que se gesta en la adolescencia o primojuventud, donde se comienzan a desarrollar comportamientos enfocados hacia el consumo excesivo de una determinada sustancia. Debido a la etapa del ciclo vital en el que suele aparecer el consumo es imprescindible tener en cuenta el ámbito familiar del sujeto que lo realiza.

La familia es la principal instancia encargada del proceso de humanización de las personas. En ella no sólo se verifica la subsistencia en cuanto proceso biológico, sino que, además, se

construyen las bases de la personalidad y las modalidades de interacción social. Como grupo primario por excelencia, dota al niño y la niña de afecto y se constituye en la vía que le permite metabolizar sus emociones; es, pues, el contexto desde el cual se asume la realidad social y se configura el psiquismo (S. Rojas, M. Alberto, 2003).

El presente trabajo reseña la importancia de la familia en la constitución social y psicológica de la personalidad y cómo el consumo de drogas cobra significado en la encrucijada entre el individuo, su familia y el contexto social de referencia.

Se presenta una síntesis de las características halladas en los grupos familiares de personas abusadoras y dependientes de drogas desde la perspectiva clínica del enfoque relacional, describiendo sus conceptos más relevantes y, además, su complementariedad y aportes para la comprensión del comportamiento de los pacientes adictos en la terapia y sus familias.

2.2. Contextualización

En los años 80 del pasado siglo se crearon diferentes redes de centros de atención a las drogodependencias en todo el estado español. El foco de intervención se centraba principalmente en el uso y consumo de ciertas drogas (básicamente la heroína) que parecían extenderse como una epidemia y que comportaban toda una florida sintomatología conductual. En el imaginario popular se atribuía toda esta sintomatología a los efectos entre mágicos y siniestros de dichas sustancias que, pese a contar con un uso milenario en sus distintas combinaciones y preparados, se percibían como si acabaran de hacer su primera aparición en la historia. En realidad, lo que ocurría era que se mezclaban toda una serie de conflictos de diferente orden (sociales y personales, generales y particulares) y se concebían como un solo tipo de conflicto universal, casi irresoluble pero de descripción simple: la droga (Borrás y Sardá, 2003).

A partir de la década de los 90 se produce un cambio de filosofía, primero entre los profesionales y, con el tiempo y muchas dificultades, en la sociedad general. Con el paso del tiempo se ha ido demostrando que **lo que atendemos no son principalmente problemas de drogas**, en el sentido de que los efectos de tal o cual sustancia sean, por sí solos o principalmente, la causa de tanta patología. Lo que atendemos, en realidad, son:

(1) Problemas de salud mental o conflictos de orden psicológico (patología dual, **hipótesis de la autoterapia**). En estos casos el trastorno psiquiátrico es el que explica las dificultades de control con las drogas y no al revés. El consumo de drogas podría entenderse como “automedicación” para aliviar los síntomas del trastorno mental.

(2) Problemas relacionales y/o conflictos familiares: problemas de pareja, entre padres e hijos, trigeracionales, etc. Situaciones en las que el hijo (futuro adicto) queda “atrapado” en los conflictos de su familia de origen (**concepto de triangulación**), describiéndose por lo común un “atasco evolutivo”. Situación a la que se adapta especialmente bien el modelo relacional-sistémico. El abordaje familiar de los problemas de drogas en particular tiene su origen en el trabajo de L. Cancrini (1982).

(3) Emergencias sociales: carencias básicas, pobreza y marginalidad. También podría ser una forma de “automedicación” para soportar situaciones desesperadas que, frecuentemente, se arrastran de una generación a otra (“**familias multiproblemáticas**”, Coletti y Linares, 1997).

El consumo de sustancias psicoactivas puede ser controlado y esporádico (relacionado con la curiosidad o exploración en situaciones bien definidas) o puede ser un consumo repetido que surge de necesidades profundas de las cuales la persona es más o menos consciente, como en el caso de la adicción (Organización Mundial de la Salud, 1952; Eddy et al, 1966). En este sentido, la diferencia entre el uso de drogas esporádico y el desarrollo de una adicción se debe principalmente a la **necesidad del individuo de consumir drogas para satisfacer necesidades que probablemente no estén satisfechas**.

Desde el punto de vista de la psicopatología, el problema más importante, es la evolución cambiante de los encuentros con la droga. Si la persona está dotada de un equilibrio adecuado, o si los mecanismos de defensa que habitualmente utiliza son incompatibles con la utilización de los efectos de la droga, el encuentro es inconsecuente (Shelder y Block, 1990). Cuando el encuentro entre el consumo de drogas y las necesidades conscientes o inconscientes de la persona, produce una **experiencia de alivio del estrés y/o un placer inesperado y desconocido**, la tendencia a repetir la experiencia será mucho más fuerte. Que el consumo de drogas evolucione hacia una dependencia de adicción depende de dos cuestiones: la importancia relativa que se dé al alivio o placer experimentado, y la importancia de las dificultades psicológicas y psicopatológicas del sujeto (OMS, 1952).

2.3. Encuadre de la revisión

Cuando una persona manifiesta una adicción a las drogas contar con una visión holística es fundamental. Observar únicamente la sustancia y el efecto que produce limita la posibilidad de entender por qué determinados individuos al entrar en contacto con las drogas no desarrollan ningún tipo de adicción y en cambio otros acaban desarrollándola.

La funcionalidad de la conducta toxicómana se puede analizar en relación a cuatro contextos esenciales de la organización familiar (Minuchin, 1974):

1. *Formación de la identidad personal a través de un proceso de autonomía/pertenencia.* La familia es la matriz de identidad. Esta se conforma en el contexto de una tensión entre el sentimiento de pertenencia (soy con) y el de autonomía (soy yo): solo si nos sentimos “pertenecientes a” podremos elaborar nuestra autonomía y solo seremos autónomos (podremos separarnos) si previamente hemos podido “pertenecer a”.

2. *El ciclo vital de la familia.* Las familias van atravesando diferentes etapas, afrontando las crisis que suponen los cambios naturales evolutivos asociados al ciclo vital: formación de la pareja, llegada de los hijos, adolescencia, salida de los hijos y nido vacío, jubilación y vejez. El sistema familiar debe ser lo suficientemente flexible para re-ajustar sus normas de funcionamiento a cada etapa y necesidades de sus miembros.

3. *La estructura familiar.* La familia está estructurada en diferentes subsistemas que separan las generaciones y definen el rol de sus componentes (subsistema conyugal, parental y fraternal). Estos subsistemas son la condición de diferenciación de los miembros de la familia, que depende de la adecuación de unos límites entre aquellos que permitan al tiempo independencia y solidaridad.

4. *La relación sociedad-familia.* La familia es un sistema abierto que intercambia información con su entorno. Las fronteras que delimitan el sistema familiar del medio social deben ser lo suficientemente claras para no diluirse en él y lo suficientemente porosas para adaptarse a las cambiantes situaciones sociales.

La conducta toxicómana informa sobre el estilo de comunicación y por lo tanto de relación que define a la familia, y según el modelo relacional es un **síntoma del sistema**. A partir de la hipótesis: “*el problema de adicción a las drogas de un individuo tiene una función en la*

estructura relacional de su familia entera” numerosos autores plantean que si no cambia la estructura de la familia del paciente es difícil hacer que desaparezca su síntoma. Diversos terapeutas familiares trabajaron bajo esta visión con familias de pacientes adictos e informaron de su efectividad terapéutica: L. Cancrini (1988, 1996, 1990) en Palermo, M. D. Stanton y T. Todd (1985) en Filadelfia, T. Todd (1991) en Nueva York, S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso y R. Mazza (1996) en Milán y Pisa, M. C. Ravazzola (1997) en Buenos Aires y C. Fernández y cols. (2004, 2006) en la ciudad de México, entre otros.

En este trabajo se recoge la experiencia clínica de autores y modelos que pueden considerarse ya “clásicos” (el abordaje de las toxicomanías en las sociedades occidentales tiene su desarrollo en las décadas de los 70’, 80’y 90’) y se revisan también las investigaciones actuales sobre eficacia e indicación de las terapias relacionales al campo de las drogodependencias (Rowe, 2012) tras los cambios sociales y en los tratamientos de las últimas décadas (Borrás y Sardá, 2003).

3. MÉTODO

3.1. Fuentes documentales

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos ResearchGate, Docplayer y SciELO.

Una vez realizada la búsqueda en las diferentes bases de datos se profundizó el análisis con el estudio de diferentes autores influyentes en esta teoría: Minuchin; Stanton y Todd; Cirillo y cols.; J. Haley; L. Cancrini; y J.L. Linares.

3.2. Criterios de selección

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda son: “*Toxicomanía*” y “*Familia*”. El número total de artículos obtenidos tras la unión de los descriptores empleados fue de 245. Se cribaron los artículos utilizando los siguientes criterios de inclusión:

(1) artículos cuyo objetivo es analizar las relaciones entre el sujeto que presenta la conducta toxicómana y su familia;

(2) artículos que usan una perspectiva relacional, utilizando solo aquellos que tratan exclusivamente la conducta toxicomanía y;

(3) artículos/trabajos de tipo clínico, en los que la familia del toxicómano esté incorporada como objeto de intervención, esto es “como parte del problema y como parte de la solución”, no aquellos en que aparece como un mero acompañante del paciente.

El número total de artículos considerados pertinentes fue 15. El principio básico de la información analizada señala en la dirección de 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.

4. ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.1. Organización y valoración de los resultados

El estudio de la variabilidad y de la combinación de los resultados de la revisión bibliográfica realizada permite extraer y subrayar las conceptualizaciones fundamentales del modelo relacional y familiar aplicado al ámbito de las toxicomanías.

Referencia documental	Modelos/Conceptos/Autores referenciados
<i>Enfoques teóricos en terapia familiar para el consumo de drogas</i>	Tipología toxicómanos (Cancrini), Pseudoindividuación (Stanton y Todd), Trastorno emancipación juvenil (Haley), modelo etiopatogénico (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza), codependencia (Ravazzola), Teoría del apego (Bowlby).
<i>Terapia familiar en el tratamiento de las adicciones</i>	Modelo estructural (Minuchin y otros), modelo estratégico (Haley), modelo centrado en soluciones (De Shazer), modelo estructural-estratégico (Stanton y Todd), enfoque constructivista (Hoffman, Andersen, White), terapia conductual-familiar (O'Farrell), terapia familiar multidimensional (Liddle), terapia familiar multisistémica (Rowland y otros), modelos psicoeducativos (Walsh), tipologías (Cancrini), etiopatogenia (Cirillo y otros).

<i>Cambios sociales, cambios en los tratamientos</i>	Tipologías (Cancrini), parentalidad y conyugalidad (Linares), atasco en el ciclo vital (Haley), relación de apego dañada (Diamond y Liddle).
<i>El síntoma toxicomanía</i>	Tipologías (Cancrini), modelo etiopatogénico (Cirillo).
<i>Actualizaciones sobre las tipologías en drogodependencias</i>	Implicación con la droga (Chein), estudios psicopatológicos (Glover), tipologías (Cancrini), relaciones seguras y de confianza (Bowlby), modelo estructural (Minuchin).
<i>La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica</i>	Personalidad desde punto de vista relacional (Sullivan), teorías de la personalidad de naturaleza interpersonal y sistémica (Gold y Bacigalupe), influencia cultura en personalidad (Falicov), parentalidad y conyugalidad (Linares), triangulaciones, deprivaciones y caotizaciones (Linares).
<i>Aportes sobre la familia del farmacodependiente</i>	Funciones de la familia (Caparrós), estructura familiar y problemas de salud mental (Cooper), teorías de comunicación (Bateson), modelo estructural (Minuchin), cibernética (Selvini), modelo estratégico (Haley), alianzas familiares (Stanton y Todd).
<i>Adolescentes y autonomía: de la familia, las drogas y los tratamientos</i>	Período adolescencia (Jeamment y Corcos), conyugalidad y parentalidad (Linares), relaciones del toxicómano y su familia (Goldstein y Stanton), investigación de evaluación de tratamientos (McLellan), respuestas ante las drogas (Cancrini), drogas como rito de paso (Abejón).
<i>Implicaciones de la integración de la teoría del apego y de la de sistemas en el tratamiento de drogodependientes</i>	Teoría del Apego (Bowlby), modelo etiopatogénico (Cirillo), tipologías (Cancrini), adicción como trastorno del apego (Flores), relación entre apego y drogodependientes (Diamond y Liddle).
<i>La perspectiva sistémica en terapia familiar: conceptos básicos, investigación y evolución</i>	Conceptos evolutivos (Haley), modelo estructural (Minuchin).
<i>El escenario histórico relacional de las toxicomanías</i>	Modelo etiopatogénico (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza).

<i>Pasos para una psicopatología relacional</i>	Conyugalidad y parentalidad (Linares), carencia en nutrición relacional (Cancrini).
<i>Vulnerabilidad familiar al consumo de drogas en familias adolescentes</i>	Perfil interaccional en familias con consumidor (Galindo, Alfaro, Osso, Mormontoy y Rodríguez), clima familiar como factor riesgo de drogadicción (Cañavera), “perifericidad” del padre (Stanton y Todd, Cirillo y otros), comunicación familiar (Watzlawick), rutinas familiares (Haley y Madanes), ciclo vital (Haley).
<i>Conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas</i>	Tipologías (Cancrini), modelo estructural (Minuchin).

Cuadro 1. Referencias.

4.2. Caracterización de la familia del toxicómano (Minuchin, 1979, 1984; Stanton y Todd, 1982)

Stanton y Todd (1982), concluyeron que la adicción no se desarrolla únicamente en razón de que el individuo obtiene efectos fisiológicos placenteros e inmediatos, sino también en la medida en que la adicción de algún integrante ofrece a la familia entera una falsa resolución respecto del dilema relacional desarrollado en su contexto familiar.

Los autores observaron que las familias de adictos que atendieron mostraban miedo a la separación y una alta interdependencia emocional entre sus miembros, lo cual les llevó a considerar que el problema de adicción estaba ofreciendo tanto al mismo adicto como a la familia una resolución paradójica de su dilema: el mantener intacta la dinámica familiar unida o propiciar la independencia del hijo. Establecieron el término “**pseudoindividuación**”.

Los individuos adictos tienen una mayor “ilusión” de independencia que las personas con otros síntomas. No obstante, es un proceso contradictorio porque cuantas más drogas utilizan, más inútiles y dependientes resultan ser. Entran en una lógica que funciona sólo dentro del limitado reino de la subcultura de las drogas, lógica que no es adecuada para ser reconocido como competente e independiente en ámbitos más amplios de la sociedad. En este sentido, el usuario de drogas logra una “pseudo independencia”.

Observaron también que las familias de los pacientes adictos suelen mostrar una característica típica: estar muy unidas. Bajo la visión estructural-estratégica los autores

consideraron que el problema de drogas que presentaban sus pacientes tenía una función en su contexto familiar, en términos de que la preocupación de los miembros por este problema mantenía a la familia unida.

Bajo el efecto de las drogas el usuario se anima a rebelarse ante sus padres; sin embargo, esta sensación forma parte de la pseudoindividuación, porque lo mismo la familia que el usuario de drogas pueden anular el significado de este movimiento en el momento en que le atribuyen la responsabilidad del fenómeno solamente a las sustancias psicotrópicas. Los padres podrían decir *“mi hijo estaba dopado, sin drogas él no es así”*, mientras que el hijo adicto diría que *“el efecto de las drogas me hizo actuar así, en realidad no estoy en absoluto en contra de mis padres”*.

Junto con estas descripciones, los autores propusieron que la adicción forma parte de un proceso cíclico que involucra tres o más individuos, comúnmente el adicto y sus dos padres. Cuando los padres entran en conflicto conyugal y llegan al extremo de una separación inminente el adicto muestra una conducta dramática (exhibe un ataque de furia, llega a la casa drogado, comete un delito serio o sufre una sobredosis, etcétera) que hace que la atención de los padres se concentre sobre él. Sea cual fuere la forma, este acto permite a los padres asumir su función parental, haciendo a un lado el conflicto conyugal. Si la relación conyugal logra eludir la crisis de separación, el hijo adicto adopta una actitud menos provocadora y comienza a comportarse en forma más competente. En el área de la terapia familiar, este tipo de estructura relacional se conoce como **triangulación**.

El concepto triangulación es definido por Minuchin (1974) y se refiere a las configuraciones relacionales padres-hijos en las cuales el hijo es usado rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales. Se pueden observar tres tipos:

1. Conflicto de lealtades. Cada uno de los padres trata de obtener el apoyo del hijo en su conflicto con el otro.
2. Coalición transgeneracional (“triángulo perverso”). Uno de los progenitores apoya al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor.
3. Rodeo (atribución y desviación de conflictos). Los padres se unen para controlar a un hijo definido como "malo" o se unen para proteger a un hijo considerado enfermo.

4.3. Trastornos de la emancipación juvenil y atasco en el ciclo vital familiar (J. Haley, 1985)

Haley (1985) enmarca el tema de las drogodependencias dentro de una categoría más amplia a la que denomina “problemas de la emancipación juvenil”: considera que el síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa de su ciclo vital.

La familia como sistema atraviesa una serie de fases más o menos normativas y propias de su ciclo vital. Durante la etapa del ciclo vital de la adolescencia el joven debe distanciarse emocionalmente de la familia, diferenciarse y afirmarse en su identidad. Por parte de la familia existe dificultad de dejar al adolescente que se individúe y se diferencie de sus padres buscando mayor autonomía de los adultos, simultáneamente el hijo en cuestión evidencia dificultades personales para lograrlo (Haley, 1985).

Fases del ciclo vital familiar, fases del ciclo vital individual y actividades evolutivas

Fases del ciclo vital familiar	Fases del ciclo vital individual	Actividades evolutivas
I. Formación de la familia	Transición a la edad adulta	1. Desarrollo de la autonomía 2. Adaptación al nuevo papel y a la nueva persona 3. Establecimiento del lazo de pareja
II. Familia con hijos pequeños (hijo mayor, 0-30 meses)	Edad adulta inicial 30 años: transición	1. Adaptación a una nueva persona 2. Adaptación a un nuevo papel (paternidad o maternidad) 3. Conservar la relación de pareja
III. Familia con niños en edad preescolar (hijo mayor, 2 ¹ / ₂ -6 años)	Vida adulta joven: acomodación	1. Hacer sitio para el nuevo ser (individuación del niño) 2. Hacer sitio para la sexualidad (identidad sexual del niño) 3. Afrontar la insuficiente energía y privacidad (por parte de la pareja)
IV. Familias con hijos en edad escolar (hijo mayor, 6-13 años)	Inicio de la transición a la edad media	1. Establecer nuevos límites 2. Establecer nuevas responsabilidades
V. Familia con hijos adolescentes (hijo mayor, 13-18 años)	Transición a la edad media	1. Expandir límites 2. Expandir responsabilidades 3. Prepararse para la marcha de los hijos
VI. Dispersión de la familia (hijo mayor, 18+ años)	Edad media de la vida	1. Marcha del primer hijo (y de los demás) 2. Negociar de nuevo la relación de la pareja
VII. Pareja anciana o nueva pareja	Edad adulta avanzada	1. Afrontar la jubilación 2. Afrontar la edad (límites de salud) 3. Redefinición de la relación de pareja

Modificado de: roberts L. The family life cycle in medical practice. En Crouch MA y Roberts L (eds.). The Family in Medical Practice: A Family Systems Primer. Nueva York, Springer-Verlag, 1987.

Cuadro 2. Ciclo vital familiar.

Algunas familias tienen dificultades para esta transición y uno o más de sus miembros pueden desarrollar conductas-problema o síntomas, decimos que la familia está en crisis. El término “crisis” implica un colapso de las reglas que antes regían satisfactoriamente las interacciones familiares (Ausloss, G. 1981). La crisis se produce cuando una regla que antes daba resultado deja de funcionar. Y así sobreviene un período de incertidumbre en que se desquicia el consenso familiar, entonces puede emerger el síntoma (el consumo) y convertirse en un modo de restablecer el equilibrio familiar u homeostasis, brindando así una “solución” al problema transicional de la familia (Meynckens M., 1988).

El resultado es un “**atasco evolutivo**” y el proceso óptimo de superación de tales crisis consiste en modificar la estructura del sistema familiar manteniendo su organización (Haley, 1981).

4.4. Tipologías de toxicómanos (L. Cancrini, 1982, 1981)

Luigi Cancrini (1991) parte de la idea de que el abuso de un fármaco se considera un intento de hacer frente a niveles de sufrimiento intolerables, lo que le lleva a considerar las toxicomanías como situaciones personales e impersonales unificadas por el remedio que se da a una situación problemática. El uso de drogas por parte del toxicómano, desde el plano motivacional, sería un intento evasivo y equivocado de “**autoterapia**” (J.A. Marcos Sierra y M. Garrido Fernández).

Cancrini propone una tipología en la que se combina lo individual y lo relacional. Lo que se escondería tras la máscara de la toxicomanía (y que sólo emerge con la abstinencia) sería el problema psicológico de base que respondería a una de las condiciones psiquiátricas clásicas: neurosis traumática (depresión post-trauma), neurosis actual (configuración edípica), situaciones límite y esquizofrenia y sociopatías. Discrimina entonces cuatro tipos diferentes de toxicomanía.

a) **Traumática**: Los que usan drogas de forma peligrosa o inadecuada como consecuencia de un trauma sufrido en algún momento de su vida. Hay más posibilidades de superar el conflicto si se puede identificar el trauma y trabajarlo psicoterapéuticamente de forma individual.

b) **De neurosis actual**: Quienes se basan en su propia tendencia a acomodarse en la repetición de ciertas conductas, una comodidad relativa, puesto que el cuestionamiento es

constante: «*Mañana lo dejo*» sería su frase preferida. Pero permanecen atrapados en dilemas imposibles, recorriendo bucles que les impiden avanzar pese a su constante movimiento, porque son isomórficos con el aprendizaje relacional que conocieron en su primer núcleo familiar.

c) **De transición** (patologías borderline y psicótica): Las drogas ilegales no son sino otros fármacos más de los que definen su desdichada vida, etiquetados de enfermos incurables, rebosantes de neurolépticos y buscando siempre algo que les aligere de tanto sufrimiento. Se han formulado hipótesis en el sentido de que los opiáceos podrían tener efectos antipsicóticos sin los efectos displacenteros de los neurolépticos, lo cual explicaría la predilección de algunos de estos pacientes psiquiátricos por sustancias como la heroína (Casas M., 1991). Al mismo tiempo, pacientes psicóticos o bipolares ya medicados con neurolépticos consumen importantes cantidades de estimulantes y de alcohol para mejorar la sintomatología negativa de la enfermedad (aun a riesgo de activar la productiva) y los efectos adversos de la medicación prescrita.

d) **Sociopática**: Las drogas son un elemento más de la cotidianidad en su subcultura de origen; no son, ni de lejos, el principal problema de sus vidas ni ellos mismos lo consideran así. Pasan por temporadas que podrían describirse como de fuerte dependencia y por otras de abstinencia absoluta, cambiando con relativa facilidad, a menudo en respuesta a circunstancias externas muy variables: entrar y salir de prisión, encontrar uno u otro ambiente, o ninguno. Frecuentemente no tienen familia o, si la tienen, no pueden esperar apoyo adecuado.

4.5. Modelo etiopatogénico (Cirillo y cols., 1999)

Stefano Cirillo y su equipo (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999) plantearon que existe una transmisión intergeneracional de traumas y carencias en las familias de los adictos.

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

En su modelo etiopatogénico de la adicción a la heroína, Cirillo pone en evidencia la existencia de tres recorridos distintos en el desarrollo del proceso patológico de las toxicodependencias:

(a) Recorrido 1: *el abandono disimulado*

Los padres del futuro toxicodependiente han experimentado en su propia familia de origen una relación carencial respecto a sus propios padres, por esto a la hora de buscar pareja se basan en que el compañero pueda suplir estas carencias afectivas constituyéndose lo que denominan “matrimonio por interés”.

La calidad de la relación madre-hijo tiene efectos de privación y carencia sobre el niño respecto de las necesidades afectivas primarias, además se aprecia una ineficacia del padre para realizar su rol.

Con la llegada de la adolescencia, la relación madre e hijo se vuelve más rígida. La madre no atiende a las necesidades evolutivas del hijo quien reclama su autonomía. Pueden aparecer comportamiento de oposición o negación. Ante el trato infantilizante de la madre, el hijo busca al padre pero es rechazado. Ante este tipo de relación el adolescente busca fuera y se predispone al encuentro con las drogas, el consumo se refuerza por el círculo ya descrito.

(b) Recorrido 2: *el abandono desconocido*

Aunque piensan que pueden existir elementos de carencia y traumáticos en la familia de origen, el relato es difícil de obtener. El matrimonio se forma en un intento de encontrar desahogo a la frustración en el otro, es lo que denominan “matrimonio forzado”, en estos casos el riesgo de separación es intolerable.

La relación madre e hijo está caracterizada por sentimientos ambivalentes y contradictorios y subordinada a la relación conyugal. Con la adolescencia, el hijo comienza los intentos de desplazarse hacia el exterior pero sólo se encuentra con la indiferencia de la madre que sigue centrada en la relación conyugal. Cuando intenta acercarse al padre sólo encuentra un aumento de confusión ya que éste considera que los intentos de autonomía o bien ponen en peligro su relación con la madre o siente que el hijo se puede convertir en un rival como compañero de la madre.

En este caso el encuentro con las sustancias estupefacientes responde a la exigencia de mantener la confusión, pueden por un lado ofrecer la oportunidad de que la madre siga instrumentalizando al hijo en su relación conyugal o utilizar su relación con el hijo contra el padre.

(c) **Recorrido 3: el abandono activo**

Situación de abandono objetivo en la familia de origen de los padres que se reproduce en los hijos, lo que les hace considerar que es mejor enrocarse en la autosuficiencia y mantener una actitud depredadora frente al otro. Con estos orígenes la pareja constituye un matrimonio carente de intercambio emocional, lo que se denomina “matrimonio inexistente”.

En la relación madre-hijo, la madre no es capaz de evitar que su hijo repita las carencias sufridas por ella, por lo que el hijo se encuentra en una situación de abandono que le lleva a una prematura expresión de agresividad directa contra sus familiares.

El ingreso en la adolescencia es prematuro en una búsqueda de grupos que asuman las funciones familiares. El padre está ausente (en muchos casos ni lo han conocido) o incapacitado para sus funciones parentales.

Esta condición de marginalidad social facilita el contacto con la droga, cuando la toxicomanía es descubierta por la familia, la madre traslada la responsabilidad a la sociedad. Corresponden en la mayoría de casos a familias multiproblemáticas.

4.6. Parentalidad y conyugalidad (J. L. Linares, 1996)

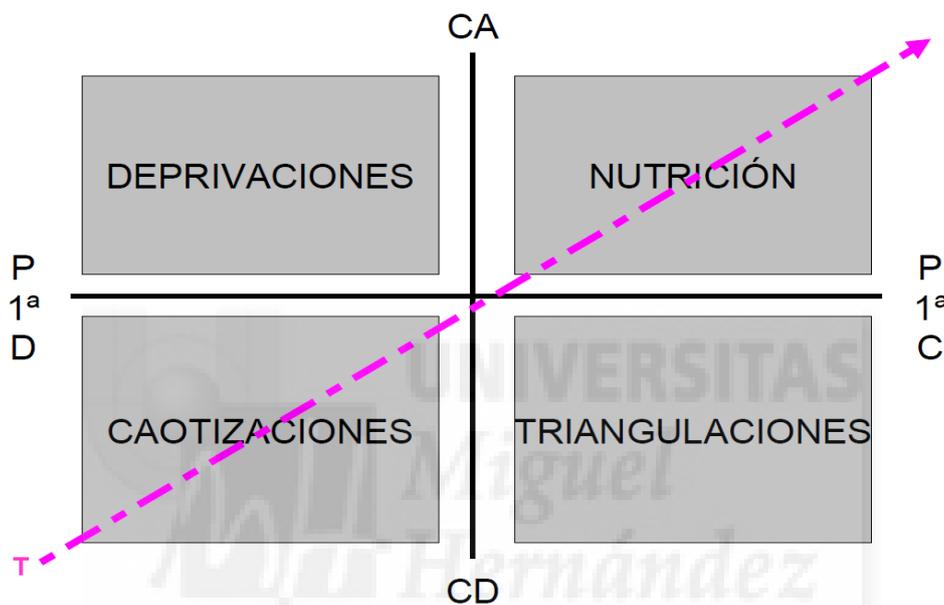
Para este autor un elemento fundamental en la construcción de la personalidad del niño es la **nutrición relacional**, resultado de la ecuación compleja que es la atmósfera relacional en la familia de origen, definida fundamentalmente por la conyugalidad y la parentalidad.

La conyugalidad refleja la manera en que los miembros de la pareja parental se relacionan entre sí y puede representarse como un *continuum* inscrito entre dos polos ideales de ‘armonía’ y ‘disarmonía’.

La parentalidad recoge el ejercicio de las funciones parentales (amor complejo, nutrición relacional) por parte de los padres. Se inscribe en un *continuum* entre dos polos ideales de

'conservación primaria' y de 'deterioro primario'. La parentalidad puede estar primariamente conservada o deteriorada, sin que en ello intervenga de forma relevante el estado de la conyugalidad, pero también puede verse secundariamente afectada por una influencia negativa de parte de ésta cuando es disarmónica.

El cruce de estas dos dimensiones, conyugalidad y parentalidad, crea cuatro espacios o cuadrantes correspondientes a otras tantas atmósferas relacionales definidas por ellas.



Cuadro 3. Territorios relacionales de la crianza. Adaptado de Linares (1996).

El territorio definido por la conyugalidad armoniosa y la parentalidad primariamente conservada (territorio funcional o nutricio) es el que más posibilidades ofrece de aportar una nutrición relacional plenamente satisfactoria: los padres tienen una buena capacidad de resolver adecuadamente los conflictos que viven como pareja, a la vez que crían a sus hijos con una buena oferta amorosa a niveles cognitivo, emocional y pragmático. Las familias con tendencias disfuncionales ocupan los restantes tres territorios, pudiendo distinguirse los territorios trianguladores, deprivadores y caotizadores.

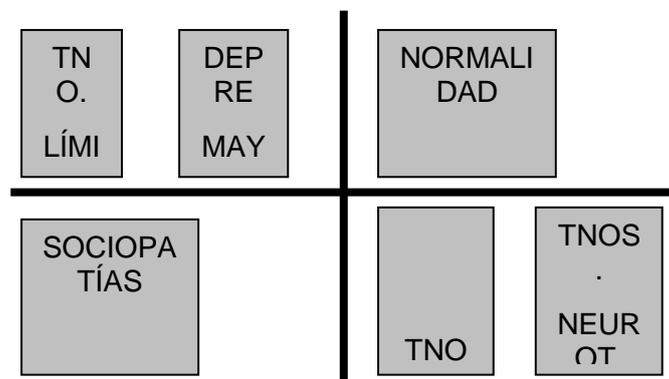
Las **familias trianguladoras** son aquellas en las que se combina una conyugalidad disarmónica con una parentalidad primariamente conservada. Los padres, razonablemente implicados de entrada en cubrir las necesidades nutricias de los hijos, pueden presentar serias dificultades para resolver sus propios conflictos conyugales. Eventualmente recurren

a los hijos con diversas propuestas de alianza, creándoles unos problemas que denotan el deterioro secundario de la parentalidad. Desde este punto de vista, y sin excluir otras posibles acepciones del término (Goldbeter, 1.999), definimos la triangulación como la implicación disfuncional de los hijos en la resolución de los problemas relacionales de los padres.

Cuando los padres no presentan dificultades relevantes en el plano conyugal, pero se muestran incompetentes primariamente en el ejercicio de la parentalidad, hablamos de **deprivación**. Esta modalidad de familia suele atender las necesidades materiales de éstos e incluso ofrecerles modelos positivos de sociabilización desde una adecuada o, incluso, eventualmente excesiva normatividad. Son padres formalmente bien adaptados, si bien fracasan a los niveles más profundos en los que sus propias necesidades nutricias priman sobre las de los hijos.

Por último, las **caotizaciones** se caracterizan por unas condiciones relacionales de base sumamente deficitarias: conyugalidad disarmónica y parentalidad primariamente deteriorada. Tanto la relación de pareja como las funciones parentales arrancan del nivel mínimo o hacen crisis precozmente (Cancrini y cols. 1997), estableciendo una situación gravemente carencial en lo que a nutrición relacional se refiere.

El autor propone que en cada territorio relacional se dan condiciones para el desarrollo posible de patologías diferenciables: la triangulación sería condición de trastornos neuróticos y borderline, la deprivación de trastornos del estado de ánimo (depresión mayor) y la caotización de cuadros sociopáticos.



Cuadro 4. Territorios relacionales y psicopatología. Adaptado de Linares (1996).

4.7. Apego y toxicomanías

La perspectiva del apego nos ayuda a entender cómo el daño en el vínculo con el cuidador primario puede traducirse posteriormente en trastornos de personalidad o de la vinculación social.

Los tipos de apego (Ainsworth y Bell, 1970; Main y Salomón, 1986) han sido conceptualizados como “seguro” (Tipo B), “inseguro evitativo” (Tipo A), “inseguro ansioso” (Tipo C) e “inseguro desorganizado” (Tipo D).

Estilos de apego: historia de apego, modelo mental y características de la experiencia amorosa

Medida o aspecto	Seguro	Evitativo	Ansioso
Historia de apego.	Relaciones cálidas con ambos padres y entre los padres.	Madre fría y que rechaza al niño.	Falta de confianza en los padres.
Modelo mental.	Autoestima, los otros son bien intencionados, fáciles de ser conocidos por los demás, el amor romántico existe en la realidad.	El amor romántico raramente se da y no dura.	Baja autoestima, no se siente comprometido por los demás, inicia fácilmente relaciones amorosas, el amor verdadero es raro, los otros no se comprometen.
Experiencia amorosa.	Sentimientos de satisfacción, amistad y confianza	Miedo a la intimidad, dificultad para aceptar la pareja	Obsesión y celos, deseo de mayor unión recíproca, fuerte pasión, sentimientos extremos.

Cuadro 5. Estilos de apego. López, F (1999).

Cuando se desarrolla una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas (supervivencia) y psíquicas (organización de los procesos mentales) del niño y este desarrolla un sentimiento de seguridad que le permite al mismo tiempo explorar y distanciarse, paulatinamente, del cuidador (Aisworth M., Eichberg C., 1991). La relación de apego constituye una base segura para dicha exploración.

Identificar las relaciones de apego dañadas constituye una potente estrategia de intervención en las toxicomanías juveniles (S. Girón García). Durante la adolescencia deben cambiar funciones, roles y estructuras familiares para adaptarse al crecimiento de los hijos. Le corresponde a los padres saber transformar gradualmente su uso de la autoridad desde la aproximación unilateral en la que habitualmente están instalados en la infancia a una más de cooperación y co-construcción (Youniss J. y Smollar J., 1985). Puede afirmarse que

mientras los padres continúen siendo figuras de apego seguras, más fácilmente el adolescente explora su propia competencia y autonomía (Bowlby, 1989). Además, se ha demostrado que una buena relación padres-adolescentes protege a estos de las influencias negativas de sus pares y del desarrollo de conductas antisociales y adictivas (Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y., 1992).

Desde la perspectiva de la Teoría del Apego, la adicción se caracteriza por un trastorno del apego inducido por un intento erróneamente conducido de la persona de autoreparar los déficits en su estructura psíquica (Flores P.J., 2001). La vulnerabilidad del yo sería consecuencia de fracasos en el desarrollo y la deprivación ambiental temprana conduciría a estilos de apego ineficaces.

Cabe considerar que los vínculos de apego inseguros pueden conducir a diferentes desórdenes de conducta, incluyendo las toxicomanías (S. Girón García). Diamond y Liddle (1999) afirman que en las familias con jóvenes que tienen trastornos de conducta y drogodependencias la relación de apego padres-hijos está seriamente dañada.

5. DISCUSIÓN

La revisión realizada permite aglutinar modelos, conceptos y propuestas que apuntarían a tres ejes orientadores de la comprensión relacional de las drogodependencias:

EJE I, El dilema fusión/individuación: (a) la puntuación de la emergencia sintomática (consumo de drogas) tanto en el ciclo vital individual (adolescencia) como en el de la pareja parental (edad media de la vida) y en el de la familia al completo (“atasco evolutivo”), (b) la evidencia de las pautas triangulares en la misma (Minuchin, 1974) y (c) la descripción de la vida pseudoautónoma del toxicómano (Stanton y Todd, 1982), aportan claves para una lectura en términos evolutivos coherente con la descripción de “trastorno de la emancipación juvenil” (Haley, 1985) que apuntan a dificultades en la individuación del joven que se encontrarían tanto a nivel personal como familiar (Cancrini, 1982): los padres tienen tantas dificultades para promocionar la diferenciación del hijo como éste para abordar con éxito su separación de aquéllos.

EJE II, Síntoma y problema no son la misma cosa: (a) las aproximaciones a la toxicomanía como resultado de una experiencia de cuidado carenciado (Cirillo y otros, 1999), (b) las descripciones en términos de fracaso de las funciones nutritivas o fracaso del amor parento-filial (Linares, 1996) y (c) las conceptualizaciones en torno a trastornos del apego (Girón García, 2002), son sintónicas con la idea de ir “más allá” del síntoma toxicomanía y conceptualizarlo como una “autoterapia” (Cancrini, 1982): la experiencia humana de sufrimiento tiene dos componentes, el sufrimiento y el soportar ese sufrimiento, y el consumo de drogas problemático tendría que ver más con el “soportar”.

EJE III, Hay diferentes condiciones de toxicomanía: las evidentes relaciones entre (a) las tipologías de Cancrini (1982), (b) los “recorridos” de Cirillo y cols. (1999) y (c) los territorios relacionales en la familia de origen señalados por Linares (1996) pueden contribuir como plano orientador de la diagnosis sistémica y una posterior indicación terapéutica ajustada a cada caso.

Linares	Territorio nutritivo	Territorio triangulador	Territorio deprivador	Territorio caótico	
Cancrini	Toxicomanía traumática	Toxicomanía a neurótica	Toxicomanía a psicótica	Alcoholismo depresivo	Toxicomanía sociopática
Cirillo y cols.	Abandono disimulado		Abandono desconocido		Abandono activo

Cuadro 5. Interacciones para una orientación diagnóstica.

6. CONCLUSIONES

(1) Los modelos basados en la familia están indiscutiblemente reconocidos entre los enfoques más eficaces para el tratamiento de adultos y adolescentes con problemas de drogas.

(a) Hace apenas 15 años, Liddle y Dakof (1995) llegaron a la conclusión, que la terapia

familiar representó un “*enfoque prometedor pero no definitivo, para el tratamiento de problemas con las drogas entre los adolescentes y los adultos*”. Siete años después, Rowe y Liddle (2003) revisaron el considerable progreso descrito en esta especialidad con resultados alentadores con modelos dirigidos a adolescentes basados en metodologías rigurosas, así como los avances con tratamientos basados en la familia dirigidos a adultos.

(b) Recientemente, Rowe (2012) actualiza los datos en este campo con especial atención en la investigación realizada entre 2003 y 2010. Los modelos basados en la familia dirigidos a adolescentes y que tratan la ecología del adolescente y su familia ofrecen los hallazgos más consistentes y potentes.

(2) Varias décadas de consistentes resultados de investigación apoyan la relación recíproca entre el funcionamiento familiar y el consumo de drogas.

(a) El consumo de drogas se inicia y se mantiene como resultado de múltiples factores que interactúan dentro del individuo, así como de los sistemas familiares: iguales (peer) / social y vecindario / comunidad. A su vez, el funcionamiento familiar está significativamente comprometido por el consumo de drogas de la persona, manteniendo un corrosivo y a menudo multigeneracional ciclo de adicción y problemas afines (Fals-Stewart, Lam, y Kelley, 2009).

(b) Los factores familiares, incluida la psicopatología de los padres, los conflictos familiares, la distancia relacional y los déficit parentales son fuertes predictores de inicio de consumo de drogas y de su consumo habitual (Tobler y Komro, 2010).

(c) Los conflictos familiares, el bajo apoyo familiar, el consumo de drogas entre los otros miembros de la familia y el estrés de los padres, han demostrado contribuir a la recaída después del tratamiento por consumo de drogas (Fals-Stewart et al., 2009).

(3) El consumo de drogas tiende a tener su inicio en la adolescencia y las últimas investigaciones sugieren que el pronóstico a largo plazo es mejor si se recibe tratamiento del consumo de drogas en la etapa temprana de la vida y más cerca del inicio del trastorno (Dennis y Scott, 2007). Tres revisiones del tratamiento de consumo de drogas en adolescentes ofrecen muy buenos resultados:

(a) En el híbrido metaanálisis / revisión de la calidad de la evidencia de Vaughn y Howard

(2004), la Terapia Familiar Multidimensional (MDFT, Liddle, 2002) y la Terapia de grupo Cognitivo-Conductual (TCC) resultaron las más eficaces.

(b) La revisión de la calidad de la evidencia de Becker y Curry (2008) reveló que las terapias familiares múltiples orientadas a sistemas (MDFT y Mutisystemic Therapy, MST; Henggeler y Borduin, 1990) estaban entre los tres únicos enfoques (junto con TCC y Entrevista Motivacional Breve) de más alta calidad del tratamiento por drogas en adolescentes.

(c) El metaanálisis de Waldron y Turner (2008) informó que sólo tres de los 46 tratamientos por drogas en adolescentes podían clasificarse como “bien establecido” incluyendo MDFT, Terapia Familiar Funcional (FFT, Alexander y Parsons, 1982) y la TCC.

(4) Los enfoques de terapia familiar para el consumo de drogas tienen generalmente dos objetivos fundamentales que reflejan la idea de que la familia es, al tiempo, parte del problema y parte de la solución.

(a) utilizar el apoyo y el apalancamiento de la familia para reducir el consumo individual de drogas e implementar otros cambios de estilo de vida importantes, y

(b) alterar los aspectos problemáticos del entorno familiar para mantener los cambios positivos en el individuo y otros miembros familiares y promover la recuperación a largo plazo.

(5) Los tratamientos pueden y deben individualizarse teniendo en cuenta los elementos diferenciales que los pacientes y sus familias aportan.

(a) Considerar las aportaciones del modelo etiopatogénico de Cirillo y cols, de las tipologías de Cancrini y de las categorías diagnósticas “conyugalidad y parentalidad” de Linares puede ser una guía adecuada para la indicación terapéutica y el tipo de recursos a aplicar.

(b) Las implicaciones clínicas de la teoría del apego pueden ser un complemento relevante tanto en la diagnosis como en la organización de la intervención, particularmente en las poblaciones de consumidores más jóvenes.

(6) Actualmente los tratamientos del abuso de drogas se fundamentan en programas de tipo ambulatorio, con ingresos hospitalarios breves, programas residenciales de corta duración o programas de mantenimiento con metadona (también ambulatorios).

(a) 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.

(b) La revisión de McLellan (2000) sobre eficacia de los tratamientos en toxicomanías, concluye 3 cuestiones de gran simpleza, pero también interés: (1) Los toxicómanos que acuden a un programa de tratamiento mejoran su pronóstico frente a aquellos que no acuden a ningún programa de tratamiento; (2) Los toxicómanos que acuden a un programa de tratamiento con una oferta múltiple de recursos mejoran su pronóstico frente a los que acuden con una única oferta de tratamiento, aunque ésta sea la mejor; y (3) Los toxicómanos que acuden a un programa de tratamiento en el cual se consigue involucrar a la familia mejoran su tratamiento frente a los que no.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abeijón, J.A. (1987). *Los sistemas en la demanda del toxicómano*, en Comunidad y Drogas, Monografía nº 1.

Ainsworth M., D., S., Eichberg C. (1991): "*Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience*" (pp. 160-186). In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, P. Marris (eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Tavistock Publications.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders: DSM IV TR*. Washington DC: Autor.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.

Becker, SJ y Curry, JF. Outpatient interventions for adolescent substance abuse: a quality of evidence review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008, 76, 531-543.

Beneit Montesinos, J.V.; García Carrión, C.; Mayor Silva, L.I. (1997): *Intervención en drogodependencias: un enfoque multidisciplinar*. Madrid: Ed. Síntesis.

Benoit D., Parker K.C. (1994): "*Stability and Transmission of Attachment across Three Generations*". Child. Dev. 65 (5): 1444-56.

Bowlby J. (1998): "*El Apego y la Pérdida1: El Apego*". Nueva Traducción. Editorial Paidós. Barcelona.

Bowlby J. (1989): "*Una Base Segura. Aplicaciones clínicas de una Teoría del Apego*". Barcelona: Editorial Paidós.

Byng-Hall J. (1995): "*Creating a Secure Family Base: Some Implications of Attachment Theory for Family Therapy*". Family Process, 34 (1): 45-58.

Cancrini, L. 1982a Una tipología de toxicómanos. Cahiers Critiques de Therapie Familiale et de Practiques Reseaux, 1982, 5.

Cancrini, L. (1982) *Aquellos temerarios sobre máquinas voladoras*. Roma: Nuova Italia Scientifica.

Cancrini, L.y La Rosa, C. (1991). *La caja de Pandora*. Roma: Nuova Italia Scientifica.

Cancrini, L., De Gregorio, F., & Nocerino, S. (1997). Las familias multiproblemáticas. En M. Coletti y J. L. Linares (Comp.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Paidós.

Casas M. Trastorno por dependencia de opiáceos: la hipótesis de la automedicación y su repercusión en el debate sobre la legalización de la heroína. *JANO* 1991; 40(943):11-12.

Charro Baena, B: Martínez Díaz, M.P. (1995): *Dinámica personal y familiar de los toxicómanos*. Madrid: Ed. UPCo.

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

Diamond G.S., Liddle H.A. (1999): "*Transforming Negative Parent-Adolescent Interactions in Family Therapy: From Impasse to Dialogue*". Family Process. 38, 1, 5-26.

Escohotado A. (1989). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial.

Fals-Stewart, W, Lam, W y Kelley, ML. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2009, 31, 115-125.

Fishman, H.C. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Barcelona: Ed. Paidós.

Freixa F, et al. (1981). *Toxicomanías. Un estudio multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella.

Girón García, S.; Martínez Delgado, J.M.; González Saiz, F. (2002): *Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia en Trastornos adictivos*, 4.

Girón García S., Sánchez Ariza D., Rodríguez Ballesteros R. (2000): "Análisis de un Tipo de Intervención Terapéutica para Niños y Adolescentes con Trastornos de Comportamiento". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 76, 9-33.

Grup Igia et al. *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona y FAD, 2000.

Haley, J. (1985): *Trastornos de la emancipación juvenil y Terapia Familiar*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Jurich y cols. (1985): *Family factors in the lives of drug users and abuses*. *Adolescence*, 20.

Kaufman, E.; Kaufman, P. (1979): *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. Nueva York: Ed. Gardner Press.

Liddle, HA y Dakof, GA. Efficacy of family therapy for drug abuse: promising but not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1995, 21, 511-543.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.

Linares, J.L. La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Revista Clínica y Salud*, 2007, 18, 381-399.

Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.

Marcos Sierra, J.A. y Garrido Fernández, M. La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Revista Apuntes de Psicología*, 2009, 27, 339-362.

Mario Alberto Sáenz Rojas (2003). *Aportes sobre la familia del toxicodependiente*. *Revista Ciencias Sociales*.

Minuchin, Salvador (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, Salvador y Charles H. Fishman, *Técnicas de terapia familiar*, Paidós, 1984.

Ochoa de Alda, I: *"Enfoques en terapia familiar sistémica"*, Ed. Herder, 2ª edición. B-2004.

Rowe, CL y Liddle, HA. Substance abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2003, 29, 97-100.

Rowe, CL. Family Therapy for drugs abuse: review and updates 2003-2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2012, 38, 59-81.

Ruiz, Z. A. de (1992, dic.). "La aplicación del modelo de terapia familiar estructural estratégico en el manejo del abuso y la dependencia a las sustancias psicoactivas". *Revista Científica Hogar CREA Dominicano*, 1 (2), 41-47.

San Lee, L. (1994). *Factores familiares asociados al consumo de alcohol en la población que acude a tratamiento al IAFA*. 1993. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

Selvini-Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.

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

Vaughn, MG y Howard, MO. Adolescent substance abuse treatment: a synthesis of

controlled evaluations. *Research on Social Work Practice*, 2004, 14, 325-335

Waldron, HB y Turner, CW. Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2008, 37, 238-261.

Watzlawick, P., Beaving, J., & Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*.

White M, Epston D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

