

# El Tratamiento de Abuso de Sustancias y la Terapia Familiar

Un Protocolo  
para Mejorar  
el Tratamiento

**TIP**  
**39**



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
Substance Abuse and Mental Health Services Administration  
Center for Substance Abuse Treatment  
[www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)



# El tratamiento de abuso de sustancias y la terapia familiar

**Edward Kaufman, M.D.**

Presidente del panel de consenso

**Marianne R.M. Yoshioka, M.S.W., Ph.D.**

Copresidente del panel de consenso

## Un Protocolo para Mejorar el Tratamiento **TIP 39**

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental

Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias

1 Choke Cherry Road

Rockville, MD 20857

## Agradecimientos

Un gran número de personas contribuyó al desarrollo de este TIP (refiérase a las págs. ix, xii, y a los apéndices E, F, y G). Esta publicación fue producida por “The CDM Group, Inc.” (CDM, por sus siglas en inglés) bajo el contrato del Programa de Aplicación de Conocimientos (KAP, por sus siglas en inglés, *Knowledge Application Program*), número 270-99-7072, con la Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y de Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés). Karl D. White, Ed.D. y Andrea Kopstein, Ph.D., M.P.H., fungieron de Funcionarios de Proyecto Gubernamentales del de Tratamiento para el Abuso de Sustancias (CSAT, por sus siglas en inglés). Christina Currier fungió como líder del Grupo de Trabajo del CSAT para el TIP. Rose M. Urban, M.S.W., J.D., LCSW, CCAC, CSAC, fungió de Directora Ejecutiva Auxiliar del Proyecto del CDM KAP. Elizabeth Marsh fungió de Directora Auxiliar del Proyecto “KAP” del “CDM”. Shel Weinberg, Ph.D., fungió de Investigador Sénior/en Psicología Aplicada del “KAP” del “CDM”. Otros participantes del “KAP” del “CDM” fueron Raquel Witkin, M.S., Gerente Auxiliar del Proyecto; Susan Kimner, Redactora-Jefe; Pamela Dronka, Ex Directora de Redacción/Redactora; Michelle Myers, Directora de Redacción/Redactora; Sonja Easley, Ayudante Editorial, y Jason Merritt, Gerente de Productos Secundarios. Además, Sandra Clunies, M.S., I.C.A.D.C., fungió de Asesora de Contenido. Jonathan Max Gilbert, M.A., Helen Oliff, B.S., David Sutton, B.A., Catalina Bartlett, M.A., y Randi Henderson, B.A., B.S. trabajaron como redactores.

## Relevo de Responsabilidad

Las opiniones vertidas en este documento representan los puntos de vista de los miembros del panel de consenso y no reflejan necesariamente la posición oficial de “CSAT”, “SAMHSA” o “DHHS”. No debe interpretarse ni inferirse que “CSAT”, “SAMHSA” o “DHHS” apoyan o endosan estas opiniones o los instrumentos, programas computadorizados o recursos particulares descritos en este documento. Las guías descritas en este documento no deben considerarse sustitutos del cuidado individualizado del cliente y la toma de decisiones individualizada.

## Notificación de dominio público

Todos los materiales que se incluyen en este documento, salvo los que se tomaron directamente de fuentes registradas como propiedad intelectual, son del dominio público y pueden reproducirse y copiarse sin la autorización de “SAMHSA/CSAT” o de sus autores. No se permite reproducir o distribuir esta publicación para la venta sin la autorización expresa, por escrito, de la Oficina de Comunicación de “SAMHSA”.

## Acceso electrónico y copias de la publicación

Esta publicación está disponible, libre de costo, en el Centro Nacional para Información sobre Alcohol y Drogas (NCADI, por sus siglas en inglés, *National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information*), de “SAMHSA”, (800) 729-6686 ó (301) 468-2600; TDD (para personas con problemas de audición), (800) 487-4889; o por medios electrónicos en la dirección: [www.samhsa.gov/centers/csat/csat.html](http://www.samhsa.gov/centers/csat/csat.html).

## Recomendación para citar la fuente

Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias. *Tratamiento de Abuso de Sustancias y Terapia Familiar*. Serie de Protocolos para Mejorar el Tratamiento (TIP), Publicación No. 39 del "DHHS" (SMA) 04-3957. Rockville, MD: Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y de Salud Mental, 2004.

## Oficina de origen

Departamento para el Mejoramiento de la Práctica, División de Mejoramiento de Servicios, Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias, Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y de Salud Mental, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857.

Publicación No. (SMA) 04-3957 del "DHHS"  
Impresa en 2004

# INDICE

<b>¿Qué es un TIP?</b>	<b>4</b>
Panel de Consenso	6
Panel de Expertos del KAP y Participantes del Gobierno Federal	9
Prologo	12
<b>1 Tratamiento de abuso de sustancias y terapia familiar</b>	<b>13</b>
Introducción	13
¿Qué es la familia?	14
¿Qué es terapia familiar?	19
La terapia familiar en el tratamiento para abuso de sustancias	22
Metas de este TIP	35
<b>2 El impacto del abuso de Sustancias en la familia</b>	<b>37</b>
Introducción	37
Familias con un miembro que abusa de sustancias	39
Otros asuntos relacionados con el tratamiento	46
<b>3 Acercamientos terapéuticos</b>	<b>48</b>
Diferencias entre la teoría y la práctica	48
Terapia familiar para los consejeros de abuso de sustancias	69
Tratamiento de abuso de sustancias para los terapeutas familiares	88
<b>4 Modelos integrados para tratar a los miembros de la familia</b>	<b>97</b>
Tratamiento integrado para abuso de sustancias y terapia familiar	97
Modelos integrados para el tratamiento para abuso de sustancias	111
Pareando las técnicas terapéuticas con los niveles de recuperación	131

<b>5 Poblaciones específicas</b>	<b>136</b>
Introducción	137
Edad	137
Mujeres	143
Raza y etnicidad	145
Orientación sexual	162
Personas con discapacidades físicas o cognitivas	163
Personas con problemas coexistentes de trastornos por abuso de sustancias y trastornos mentales	169
Poblaciones rurales	172
Otros factores contextuales	175
<b>6 Aspectos de políticas y programas</b>	<b>181</b>
Consideraciones principales de política	181
Modelos de planificación de programas	184
Otras consideraciones de los programas	196
Dirección de las investigaciones futuras	197
<b>Resumen Ejecutivo</b>	<b>201</b>
<b>Apéndice A Guías para evaluar la violencia</b>	<b>212</b>
<b>Apéndice B Glosario</b>	<b>216</b>
<b>Apéndice C Referencias</b>	<b>219</b>

## ¿Qué es un TIP?

Los Protocolos para Mejorar el Tratamiento (TIP), desarrollados por el Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias (CSAT), una división de la Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y de Salud Mental (SAMHSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS), son guías de las mejores prácticas para el tratamiento de los trastornos de uso de sustancias. El "CSAT" recurre a la experiencia y los conocimientos de expertos en el ámbito clínico, investigativo y administrativo para producir los TIP, que se distribuyen a un número cada vez mayor de organizaciones y personas en toda la nación. El público de los TIP se está expandiendo más allá de las organizaciones públicas y privadas de tratamiento a medida que se acepta, de manera cada vez más generalizada, que los trastornos de alcohol y otras drogas constituyen un problema significativo.

El panel de expertos del Programa de Aplicación de Conocimientos (KAP) del "CSAT", un grupo distinguido de expertos en trastornos de abuso de sustancias y profesionales de campos relacionados como el cuidado primario, la salud mental y los servicios sociales, colabora con los directores de programas de alcohol y abuso de sustancias para generar temas para los TIP. Los temas se basan en las necesidades actuales de información y orientación del campo.

Una vez se selecciona el tema, el "CSAT" invita a representantes de las agencias federales y organizaciones nacionales pertinentes a formar parte de un Panel de Recursos para recomendar áreas de estudio específicas y recursos que deban considerarse para desarrollar el contenido del TIP. A continuación, las recomendaciones se someten a un Panel de Consenso compuesto de expertos en el tema que han sido designados por sus pares. Este Panel participa en una serie de discusiones; la información y recomendaciones del panel constituyen las bases del TIP. Los miembros de cada Panel de Consenso representan programas de tratamiento de abuso de sustancias, hospitales, centros de salud de la comunidad, programas de consejería, agencias de justicia criminal y beneficencia infantil, y profesionales en la práctica privada. El Presidente del Panel A (o los copresidentes) se asegura de que las guías reflejen los resultados de la colaboración del grupo.

Un grupo amplio y diverso de expertos revisa cuidadosamente el borrador del documento. Una vez se incorporan los cambios recomendados por los revisores de campo, el TIP se prepara para publicación impresa y en línea. Puede acceder a los TIP por Internet a través del siguiente URL: [www.samhsa.gov/centers/csat/csat.html](http://www.samhsa.gov/centers/csat/csat.html). La transferencia a medios electrónicos significa que los TIP pueden actualizarse con mayor facilidad de manera que continúen proveyendo información con los últimos adelantos sobre la disciplina.

Si bien cada TIP procura incluir una base de evidencia para las prácticas que recomienda, el "CSAT" reconoce que el campo del tratamiento de abuso de sustancias está en proceso de evolución y la investigación con frecuencia está atrasada con respecto a las innovaciones pioneras del campo. Una meta principal de cada TIP es proveer información "de primera línea" con rapidez, pero de forma responsable. Por este motivo, las recomendaciones que se ofrecen en el TIP se atribuyen a la experiencia clínica de los Panelistas o a la literatura. Si la investigación favorece un enfoque particular, se proveen citas.

Este TIP, *Tratamiento de Abuso de Sustancias y Terapia Familiar*, aborda cómo afecta el abuso de sustancias a la familia completa y cómo los proveedores de tratamiento de abuso de sustancias pueden aplicar principios de la terapia familiar para cambiar las interacciones entre

los miembros de la familia. El TIP ofrece información básica sobre la terapia familiar para los profesionales en el tratamiento de abuso de sustancias e información básica sobre tratamiento de abuso de sustancias para los terapeutas familiares. El TIP presenta los modelos, las técnicas y los principios de la terapia familiar y presta atención especial a las etapas de motivación, tratamiento y recuperación. La discusión se enfoca también en la toma de decisiones clínicas y adiestramiento, supervisión, consideraciones culturales, poblaciones especiales, financiamiento e investigación. El TIP identifica, además, algunas direcciones futuras para la investigación y la práctica clínica.

# Panel de Consenso

## Presidente

**Edward Kaufman, M.D.**

Editor en Jefe

“American Journal of Drug and Alcohol Abuse”

Dana Point, California

## Copresidente

**Marianne R. M. Yoshioka, M.S.W., Ph.D.**

Profesora Adjunta

“Columbia University”

“School of Social Work”

New York, New York

## Líderes de los Grupos de Trabajo

**Mary M. Gillespie, Psy.D., CASAC**

Profesora

“Hudson Valley Community College”

Saratoga Springs, New York

**Gloria Grijalva-Gonzales**

Gerente/Consejera Principal Certificada en Casos de Abuso de Sustancias

“San Joaquin County –Office of Substance Abuse”

“Allies Project”

Stockton, California

**I. Andrew Hamid, Ph.D., M.S.W., MFT, CSW**

Profesor

“Columbia University”

“School of Social Work”

New York, New York

**David Rosenthal, Ph.D.**

Director

La Bodega de la Familia

“Family Justice Center” (“Drop Center”)

New York, New York

**Daniel Santisteban, Ph.D.**

Profesor Asociado de Investigación

“University of Miami”

“School of Medicine”

Miami, Florida

**Carol Shapiro, M.S.W.**

Directora Ejecutiva  
"Family Justice Center"  
New York, New York

## Panelistas

**Fred U. Andes, D.S.W., M.S.W., M.P.A., LCSW**  
Profesor Asociado de Sociología  
"New Jersey City University"  
Jersey City, New Jersey

**Paul Curtin, M.A., CAC, NCAC II**  
Presidente  
"Alcohol Services, Inc."  
Syracuse, New York

**Jo-Ann Krestan, M.A., MFT, LADC**  
Terapeuta familiar/escritora  
Práctica privada  
Surry, Maine

**Eric E. McCollum, Ph.D., LCSW, LMFT**  
Profesor y Director Clínico  
"Virginia Tech Falls Church"  
"Marriage and Family Therapy Program"  
Falls Church, Virginia

**Margaret McMahon, M.T.S., M.S., M.S.W.**  
Clínica  
Trabajadora Social Certificada Licenciada  
Práctica privada  
Washington, DC

**Greer McSpadden, M.S.W., LISW**  
Director, BHS  
"First Nations Community Health Source"  
Albuquerque, New Mexico

**William Francis Northey, Jr., Ph.D.**  
Especialista en Investigación  
"American Association for Marriage and Family Therapy"  
Alexandria, Virginia

**Marlene F. Watson, Ph.D.**  
Directora  
"Programs in Couple and Family Therapy"  
"Drexel University"  
Philadelphia, Pennsylvania

**Loretta Young Silvia, M.Ed., Ph.D.**  
Profesora Asociada de Psiquiatría  
“Wake Forest University School of Medicine”  
“Department of Psychiatry and Behavioral Medicine”  
Winston-Salem, North Carolina

# Panel de Expertos del KAP y Participantes del Gobierno Federal

**Barry S. Brown, Ph.D.**

Profesor Asociado  
"University of North Carolina at Wilmington"  
Carolina Beach, North Carolina

**Jacqueline Butler, M.S.W., LISW, LPCC, CCDC III, CJS**

Profesora de Psiquiatría Clínica  
"College of Medicine"  
'University of Cincinnati"  
Cincinnati, Ohio

**Deion Cash**

Director Ejecutivo  
"Community Treatment and Correction Center, Inc."  
Canton, Ohio

**Debra A. Claymore, M.Ed.Adm.**

Propietaria/Gerente General  
"WC Consulting, LLC"  
Loveland, Colorado

**Carlo C. DiClemente, Ph.D.**

Director  
Departamento de Psicología  
"University of Maryland Baltimore County"  
Baltimore, Maryland

**Catherine E. Dube, Ed.D.**

Consultora Independiente  
"Brown University"  
Providence, Rhode Island

**Jerry P. Flanzer, D.S.W., LCSW, CAC**

Jefe de Servicios  
"Division of Clinical and Services Research"  
"National Institute on Drug Abuse"  
Bethesda, Maryland

**Michael Galer, D.B.A., M.B.A., M.F.A.**

Consultor Independiente  
Westminster, Massachusetts

**Renata J. Henry, M.Ed.**

Directora  
"Division of Alcoholism, Drug Abuse, and Mental Health"

“Delaware Department of Health and Social Services”  
New Castle, Delaware

**Joel Hochberg, M.A.**  
Presidente  
“Asher & Partners”  
Los Angeles, California

**Jack Hollis, Ph.D.**  
Director Asociado  
“Center for Health Research”  
Kaiser Permanente  
Portland, Oregon

**Mary Beth Johnson, M.S.W.**  
Directora  
“Addiction Technology Transfer Center”  
“University of Missouri—Kansas City”  
Kansas City, Missouri

**Eduardo Lopez, B.S.**  
Productor Ejecutivo  
“EVS Communications”  
Washington, DC

**Holly A. Massett, Ph.D.**  
“Academy for Educational Development”  
Washington, DC

**Diane Miller**  
Jefe  
“Scientific Communications Branch”  
“National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism”  
Bethesda, Maryland

**Harry B. Montoya, M.A.**  
Presidente/Gerente General  
“Hands Across Cultures”  
Española, New Mexico

**Richard K. Ries, M.D.**  
Director/Profesor  
“Outpatient Mental Health Services”  
“Dual Disorder Programs”  
Seattle, Washington

**Gloria M. Rodriguez, D.S.W.**  
Científica Investigadora  
“Division of Addiction Services”  
“NJ Department of Health and Senior Services”  
Trenton, New Jersey

**Everett Rogers, Ph.D.**  
“Center for Communications Programs”  
“Johns Hopkins University”  
Baltimore, Maryland

**Jean R. Slutsky, P.A., M.S.P.H.**  
Analista Principal de Políticas de Salud  
“Agency for Healthcare Research & Quality”  
Rockville, Maryland

**Nedra Klein Weinreich, M.S.**  
Presidenta  
“Weinreich Communications”  
Canoga Park, California

**Clarissa Wittenberg**  
Directora  
“Office of Communications and Public Liaison”  
“National Institute of Mental Health”  
Kensington, Maryland

## **Miembros Consultores del Panel de Expertos de “KAP”**

**Paul Purnell, M.A.**  
“Social Solutions, L.L.C.”  
Potomac, Maryland

**Scott Ratzan, M.D., M.P.A., M.A.**  
“Academy for Educational Development”  
Washington, DC

**Thomas W. Valente, Ph.D.**  
“Director, Master of Public Health Program”  
“Department of Preventive Medicine”  
“School of Medicine”  
“University of Southern California”  
Alhambra, California

**Patricia A. Wright, Ed.D.**  
Consultora Independiente  
Baltimore, Maryland

# Prólogo

La serie de Protocolos para Mejorar el Tratamiento (TIP) cumple con la misión de “SAMHSA” de desarrollar la resistencia y facilitar la recuperación de personas que padece o corren riesgo de padecer trastornos mentales o trastornos por uso de sustancias al proveer a los profesionales clínicos, administradores de programa y pagadores responsables unas guías con las mejores prácticas para mejorar la calidad y efectividad de la prestación de servicios y así promover la recuperación. Los TIP son el resultado de una consideración cuidadosa de todos los hallazgos de las investigaciones clínicas y los servicios de salud pertinentes, la experiencia demostrada y los requisitos de implementación. Un panel de investigadores y profesionales clínicos, administradores de programas y procuradores del cliente que no están relacionados con el gobierno federal, debaten y discuten dentro de sus áreas particulares de conocimientos hasta lograr un consenso sobre mejores prácticas. Entonces los revisores de campo analizan y critican el trabajo del panel.

El talento, la dedicación y el esfuerzo que los panelistas y revisores del TIP aportan a este proceso con una participación sumamente activa, ha ayudado a llenar el vacío entre la promesa de la investigación y las necesidades de los profesionales clínicos prácticos y los administradores, para servir, de la forma más sólida y efectiva científicamente a las personas que abusan de sustancias. Nuestro agradecimiento sincero a todos aquellos que han contribuido a los adelantos en el campo del tratamiento de abuso de sustancias.

**Charles G. Curie, M.A., A.C.S.W.**

Administrador

Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y de Salud Mental

**H. Westley Clark, M.D., J.D., M.P.H., CAS, FASAM**

Director

Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias

Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y de Salud Mental

# 1 Tratamiento de abuso de sustancias y terapia familiar

## En este Capítulo...

Introducción

¿Qué es la familia?

¿Qué es terapia familiar?

La terapia familiar en el tratamiento para abuso de sustancias

Metas de este TIP

## Visión General

Este capítulo introduce la definición cambiante de “familia”, el concepto de la familia en los Estados Unidos y la familia como ecosistema dentro del contexto más amplio de la sociedad. Este capítulo discute la evolución de la terapia familiar como un componente del tratamiento de abuso de sustancias, esboza los modelos principales de terapia familiar y explora este enfoque desde la perspectiva de los sistemas. El capítulo también se presenta las etapas de cambio y los niveles de recuperación del abuso de sustancias. La efectividad y los beneficios de la terapia familiar en términos del costo se discuten brevemente.

## Introducción

La familia tiene un rol central que desempeñar en el tratamiento de cualquier problema de salud, incluso en el abuso de sustancias. El trabajo en familia se ha convertido en un tema poderoso y continuo de muchos enfoques de tratamiento (Kaufmann y Kaufman 1992a ; McCrady y Epstein 1996), pero la terapia familiar no se aprovecha a capacidad en el tratamiento de abuso sustancias. Queda por delante un reto principal, ampliar el enfoque del tratamiento del individuo al tratamiento de la familia.

Las dos disciplinas, terapia familiar y tratamiento de abuso de sustancias, contribuyen con perspectivas diferentes a la implementación de tratamientos. En el tratamiento de abuso de sustancias, por ejemplo, el cliente es el paciente identificado (PI), el miembro de la familia que se presenta con el problema de abuso de sustancias. En la terapia familiar, la meta del tratamiento es satisfacer las necesidades de todos los miembros de la familia. La terapia familiar atiende la naturaleza interdependiente de las relaciones familiares y cómo estas relaciones afectan al PI y a los demás miembros de la familia, ya sea para bien o para mal. El enfoque del tratamiento de la terapia familiar es intervenir con estos patrones complejos de relaciones y transformarlos a fin de obtener un cambio productivo para la toda la familia. La terapia familiar descansa en la perspectiva de sistemas. De manera que los cambios en una

parte del sistema pueden provocar, y de hecho provocan, cambios en otras partes del sistema y estos cambios pueden contribuir a los problemas o a las soluciones.

Es importante entender la función compleja que pueden jugar las familias en el tratamiento de abuso de sustancias. Pueden ser una fuente de ayuda para el proceso de tratamiento, pero también tienen que manejar las consecuencias de la conducta adictiva del PI. A los miembros individuales de la familia les preocupa el abuso de sustancias del PI, pero también tienen sus propias metas y problemas. Proporcionar servicios a toda la familia, puede mejorar la efectividad del tratamiento.

Enfrentar el reto de trabajar juntos requerirá comprensión mutua, flexibilidad y acomodo entre el proveedor de tratamiento, el terapeuta familiar y la familia. Este cambio requerirá un enfoque más intenso en las interacciones sistémicas de las familias. Se tienen que armonizar muchas prácticas divergentes si se ha de usar la terapia familiar para el tratamiento. Por ejemplo, el consejero de tratamiento para abuso de sustancias por lo general facilita las metas de tratamiento con el cliente, por lo tanto, las metas son individualizadas y se centran principalmente en el cliente. Esto reduce la oportunidad de incluir la perspectiva de la familia en la selección de metas, lo que podría facilitar el proceso de recuperación de la familia como unidad.

Encontrar maneras para que las dos disciplinas colaboren, también exige reexaminar los supuestos comunes de los dos campos. Los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias, con frecuencia se enfocan en las necesidades particulares de las personas con trastornos por uso de sustancias, exhortándolas a que se cuiden a sí mismas. Este punto de vista falla al no destacar el impacto que estos cambios tendrán en los otros miembros de la familia. Cuando se exhorta al PI a cuidarse a sí mismo, con frecuencia no está preparado para las reacciones de los demás miembros de la familia ante los cambios que experimenta, y muchas veces no está preparado para hacerles frente. De otra parte, muchos terapeutas familiares han confiado en que la introducción de cambios positivos en el sistema familiar, podría producir una mejoría simultáneamente en el trastorno de uso de sustancias. Este punto de vista tiende a minimizar el proceso persistente y a veces abrumador de la adicción.

Cada uno de estos puntos de vista es compatible con su campo respectivo y ambos pueden justificarse, pero ninguno es completo. La adicción es una fuerza mayor para las personas con problemas de abuso de sustancias. Sin embargo, las personas con este tipo de problema también residen dentro de un contexto poderoso que incluye el sistema de la familia. Por lo tanto, en un modelo integrado del tratamiento para abuso de sustancias basado en la terapia familiar, tanto el funcionamiento del individuo como el de la familia tienen roles importantes en el proceso de cambio. (Liddle y Hogue 2001).

## ¿Qué es una familia?

No hay una definición única e inmutable de qué es una *familia*. Las definiciones están influenciadas por las culturas y sistemas de creencias diferentes y, puesto que las culturas y las creencias cambian con el paso del tiempo, las definiciones de familia no son estáticas. Si bien la definición de familia puede cambiar según las circunstancias, hay varias categorías amplias que abarcan a la mayoría de las familias.

- Las familias tradicionales, incluyendo las parejas heterosexuales (dos padres y sus niños menores de edad, todos viviendo bajo el mismo techo), padres / madres solteros y familias

que incluyen familiares consanguíneos, familias adoptivas, relaciones de crianza, abuelos que crían a sus nietos y familias reconstituidas.

- Las familias extendidas que incluyen abuelos, tíos, primos y otros parientes.
- Las familias elegidas, o familias auto-identificadas que se crean por elección y no por lazos comunes de sangre, matrimonio o ley. Para muchos, la familia elegida es más importante que la familia biológica. Algunos ejemplos serían:
  - Un joven emancipado que decide vivir con sus pares.
  - Padrinos y otras personas sin lazos biológicos pero sí emocionales (por ejemplo, parientes ficticios)
  - Parejas o grupos homosexuales (y niños menores de edad que viven bajo un mismo techo)

La idea de la familia implica un compromiso emocional duradero. Los miembros de una familia pueden dispersarse por todo el mundo, pero continúan emocionalmente conectados y son capaces de contribuir a la dinámica de la función familiar. En la terapia familiar, los miembros geográficamente distantes de la familia pueden desempeñar un papel importante en el tratamiento de abuso de sustancias y deben incorporarse al proceso terapéutico a pesar de la distancia geográfica.

Las familias deben diferenciarse de los grupos de apoyo social, como los programas de 12-pasos, aunque estas distinciones resulten borrosas para algunos clientes. Una diferencia es el nivel de compromiso de unas personas con otras y la duración de ese compromiso. Otra distinción es el origen de la conexión. Las familias están conectadas por alianzas, pero también por sangre (generalmente) y lazos emocionales poderosos (casi siempre). Los grupos de apoyo, en contraste, se mantienen unidos por una meta común; los programas de 12-Pasos, por ejemplo, están motivados por un propósito y dependen de un contexto. Lo mismo aplica a las comunidades religiosas que en cierto sentido pueden funcionar como familias, pero que al igual que los programas de auto-ayuda, tienen un propósito específico.

Para fines prácticos, la familia puede definirse con base en las conexiones emocionales principales del individuo. En la terapia familiar, los clientes identifican a las personas que ellos consideran que deben incluirse en la terapia. El consejero o terapeuta no puede determinar qué personas componen la familia de otra persona. Al iniciar la terapia, el consejero o terapeuta necesita preguntar al cliente, “¿Quién es importante para usted? ¿A quién considera su familia?” Es sumamente importante identificar a las personas importantes en la vida del cliente. Las personas que sean instrumentales para proveer apoyo, mantener el hogar, proveer recursos financieros y con quienes tiene un lazo emocional fuerte y duradero, pueden considerarse familia para fines terapéuticos (véase, por ejemplo, Pequegnat et al. 2001). Nadie debe ser incluido o excluido automáticamente.

En algunas situaciones, para establecer a una persona en un tratamiento se puede requerir una definición metafórica de la familia, como por ejemplo la familia del lugar de trabajo. A medida que el tratamiento progresa, la idea de la familia se puede reconfigurar y la noción puede volver a cambiar otra vez durante la continuidad del cuidado. En otros casos, el cliente no permitirá que se establezca contacto con la familia, tal vez quiera que el consejero o terapeuta solamente vea a algunos miembros de la familia o puede excluir a otros.

Las personas que son instrumentales para proveer apoyo, mantener el hogar, proveer recursos financieros y con quienes tiene un lazo emocional fuerte y duradero pueden considerarse familia para fines terapéuticos.

Brooks y Rice (1997, Pág. 57) adoptan la definición de Sargent (1983) de la familia como “un grupo de personas con lazos comunes de afecto y responsabilidad que viven unos cerca de otros”. Sin embargo, expanden la definición al identificar cuatro características de la familia que son fundamentales para la terapia familiar:

- Las familias poseen lo que llaman no-sumabilidad. Esto significa que la familia como un todo es mayor que, y diferente a, la suma de sus miembros individuales.
- La conducta de los miembros individuales está interrelacionada mediante el proceso de *causalidad circular*, la cual sostiene que si un miembro de la familia cambia su conducta, los otros también cambiarán la suya como una consecuencia, lo que provoca a su vez cambios subsiguientes en el miembro que experimentó el cambio inicial. Esto también demuestra que es imposible saber qué vino primero: el abuso de sustancias o entre comportamientos que llamamos facilitadores.
- Cada familia tiene un patrón de *características de comunicación* que puede ser una forma verbal o no verbal, abierta o sutil de expresar emoción, conflicto, afecto, etc.
- Las familias se esfuerzan por alcanzar la *homeostasis*, que representa los sistemas familiares como autorreguladores, cuya necesidad primaria es mantener el equilibrio.

## El concepto de la familia

En los Estados Unidos el concepto de familia ha cambiado durante las últimas dos generaciones. Durante la segunda mitad del Siglo XX, la proporción de parejas casadas con hijos en los Estados Unidos se redujo y para el año 2000 representaba solamente el 24 por ciento de todos los hogares (Fields y Casper 2001). El concepto de familia ha venido a significar una variedad de arreglos familiares, incluyendo familias reconstituidas, madres o padres solteros y divorciados con niños, mujeres que nunca se han casado con niños, parejas heterosexuales que viven juntas y familias homosexuales (Bianchi y Casper 2000).

Algunos analistas están preocupados por los indicadores de aumento de estrés en las familias, como por ejemplo el aumento de nacimientos entre madres solteras (de 26.6 en 1990 a 33 por ciento en 1999 [Negociado del Censo de los EEUU, 2001c]). El aumento en las familias de madres solteras, que por lo general tienen mayores gastos por persona y menor capacidad para generar ingresos, puede ayudar a explicar por qué, a la luz de la prosperidad general de la segunda mitad del Siglo XX, el porcentaje de niños que viven en las familias más pobres casi se duplicó, aumentando de 15 a 18 por ciento (Bianchi y Casper 2000).

Bengtson (2001) afirma que las relaciones que involucran a tres o más generaciones se están volviendo más importantes para individuos y familias, que estas relaciones son cada vez más diversas en términos de estructura y funciones, y que para muchos americanos los lazos intergeneracionales representan vínculos importantes de bienestar y apoyo a lo largo de toda su vida.

## La familia como ecosistema

El abuso de sustancias deteriora la salud física y mental y abruma y sobrecarga los gastos de las agencias que fomentan la salud física y mental. En las familias con problemas de abuso de sustancias, los miembros de la familia con frecuencia están conectados no sólo unos con otros, sino también con un sinnúmero de agencias gubernamentales como servicios sociales, justicia criminal, o el servicio de protección de menores. La carga económica incluye la disminución de la empleabilidad de las personas y de otros elementos de la productividad. Los costos sociales y económicos se dejan sentir en muchos centros de trabajo y hogares.

La perspectiva ecológica del abuso de sustancias presenta a las personas como insertadas dentro de varios sistemas. Los individuos están insertados en las familias; las familias están insertadas en las comunidades. Kaufman (1999) identifica a los miembros del ecosistema de un individuo con problema de abuso de sustancias, como la familia, los pares (los que están en proceso de rehabilitación y así como los que todavía usan sustancias), los proveedores de tratamiento, las fuentes de apoyo no familiares, el centro de trabajo y el sistema legal.

La idea de un marco de trabajo ecológico para el abuso de sustancias, es compatible con el enfoque de la terapia familiar de entender la conducta humana en términos de otros sistemas en la vida de una persona. La terapia familiar aborda la conducta humana en función de las interacciones en y entre los subconjuntos de un sistema. De acuerdo con esta visión, los miembros de una familia inevitablemente se adaptan a la conducta de la persona con un trastorno por uso de sustancias. Desarrollan patrones de acomodo y maneras de lidiar con el uso de sustancias (por ejemplo, mantener a los niños sumamente silenciosos o no permitirles que traigan amigos a la casa). Los miembros de la familia tratan de reestablecer la homeostasis y mantener el equilibrio familiar. Esto puede hacerse más evidente cuando se alcanza la abstinencia. Por ejemplo, cuando una persona que abusa de sustancias deja de hacerlo, otra persona puede desarrollar achaques o "síntomas". (Véase el ejemplo en el recuadro que sigue.)

### Homeostasis

Una pareja joven se casó cuando ambos tenían 20 años. Uno de los cónyuges se volvió alcohólico durante los primeros cinco años de matrimonio. La vida de la pareja se hizo más

Los miembros de la familia tal vez estén más deseosos de progresar hacia un funcionamiento mejor del sistema familiar en general, y en consecuencia pueden exigir y hasta aplicar presión para que el PI busque y/o continúe en tratamiento durante períodos en que se sienta inseguro de si puede o no alcanzar un estilo de vida sobrio. De otra parte, definir límites entre miembros disfuncionales - incluso exhortar al PI a distanciarse de los miembros de la familia que continúan usando sustancias - puede aliviar el estrés del PI y crear espacio emocional para que se pueda concentrar en la tarea de recuperación.

## ¿Qué es la terapia familiar?

La terapia familiar es una colección de acercamientos terapéuticos que comparten una creencia en el avalúo e intervención a nivel familiar. Una familia es un sistema y en cualquier sistema

cada una de las partes está relacionada con las demás partes. Por consiguiente, un cambio en cualquier parte del sistema puede inducir cambios en todas las otras partes. La terapia basada en este punto de vista, usa las fortalezas de las familias para provocar cambios en una gama amplia áreas problemáticas, incluso el abuso de sustancias.

La terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias tiene dos fines principales. Primero, procura usar las fortalezas y los recursos de la familia para ayudar a descubrir o desarrollar maneras de vivir sin las sustancias de abuso. Segundo, suaviza el impacto de la dependencia química tanto en el PI como en su familia. Con frecuencia, durante el proceso, hacer acopio de las fortalezas de la familia requiere que se le provea apoyo básico.

En la terapia familiar, la unidad de tratamiento es la familia y/o el individuo en el contexto del sistema familiar. La persona que abusa de sustancias se considera un subsistema dentro de la unidad familiar; es la persona cuyos síntomas tienen repercusiones severas en todo el sistema familiar. Las relaciones familiares dentro de este subsistema son los puntos de interés terapéutico y de intervención. El terapeuta facilita las discusiones y sesiones de solución de problemas, con frecuencia con el grupo familiar completo o subconjuntos del mismo, pero en ocasiones con un solo participante que puede ser o no la persona con el trastorno de uso de sustancias.

Debe hacerse una distinción entre terapia familiar y terapia de integración familiar. La terapia de integración familiar procura educar a las familias sobre los patrones de relaciones que generalmente contribuyen a la formación y continuación del abuso de sustancias. Difiere de la terapia familiar en que la familia no es el grupo terapéutico principal, ni se interviene en el sistema de relaciones familiares. La mayoría de los centros para el tratamiento del abuso de sustancias, ofrecen este tipo de enfoque educativo familiar. Por lo general, se limita a la psicoeducación de las familias en cuanto al abuso de sustancias, la conducta relacionada y las consecuencias conductuales, médicas y psicológicas del uso de sustancias. Los niños también necesitan programas psicoeducativos antes de incorporarlos a grupos con otros miembros de la familia para educación o terapia. (Para más información refiérase al Capítulo 6 “Educación y participación familiar” y véase también *Children’s Program Kit: Supportive Education for Children of Addicted Parents* [Administración de Servicios para Abuso de Sustancias y de Salud mental (“SAMHSA”, por sus siglas en inglés) 2003], desarrollado por SAMHSA y la Asociación Nacional de Hijos de Padres Alcohólicos.

La terapia familiar es una colección de acercamientos terapéuticos que comparten una creencia en el avalúo e intervención a nivel familiar.

Así mismo, los refuerzos programáticos (como las clases de inglés como segundo idioma) tampoco se consideran terapia familiar. Aunque las actividades educativas familiares pueden ser terapéuticas, no corregirán relaciones profundamente arraigadas e inadaptativas.

Las discusiones a continuación presentan una visión general resumida de la evolución de los modelos de terapia familiar y de los modelos principales de terapia familiar usados hoy en día como base para el tratamiento. El Capítulo 3, provee información más detallada sobre estos modelos.

## Modelos históricos de terapia familiar

La *terapia conyugal y familiar* (MFT, por sus siglas en inglés) se originó en la década de 1950 y añadió un enfoque sistémico a conceptos anteriores de la familia. La teoría de sistemas reconoce que:

- Un sistema completo es más que la suma de sus partes.
- Las partes de un sistema están interconectadas.
- Hay ciertas reglas que determinan cómo funciona el sistema.
- Los sistemas son dinámicos, balancean cuidadosamente la continuidad en contra del cambio.
- Promover o protegerse de la entropía del sistema (por ejemplo, desorden o caos) es una dinámica poderosa del sistema de la familia y establece un equilibrio entre los roles y las reglas de la familia.

La *escuela estratégica de terapia familiar* "introdujo dos de los conceptos más influyentes en toda la terapia familiar: que los miembros de la familia con frecuencia perpetúan los problemas con sus propias acciones; y que las intervenciones diseñadas a la medida de las necesidades de una familia en particular, ocasionalmente pueden producir cambios súbitos y decisivos." (Nichols y Schwartz 2001, pág. 97).

Basándose en observaciones de las relaciones entre estructura familiar y conducta, conjuntamente con trabajos con niños de los cascos urbanos y sus familias, Minuchin (1974) desarrolló otro acercamiento, la *terapia familiar estructural*. Minuchin y Fishman (1981) creyeron que las familias usan un repertorio limitado de patrones de relaciones auto-perpetuantes y que los miembros de la familia se dividen en subsistemas con fronteras que regulan la comunicación y la conducta de la familia. Procuraron mover las fronteras de la familia de manera que la frontera entre padres e hijos fuera más clara. El fin de la intervención es lograr que los padres cooperen más y reducir el grado en que los niños asumen las responsabilidades de los padres en la familia.

Un modelo principal que surgió durante esta fase de desarrollo fue la *terapia conductual cognitiva familiar y de parejas*. Ésta se desarrolló a partir del trabajo inicial en terapia conductual conyugal y adiestramiento de padres e incorporó conceptos desarrollados por Aaron Beck. Él postuló que las personas reaccionan según piensan y sienten, de manera que si se cambian los pensamientos, actitudes y creencias inadaptativas, se eliminarán los patrones y desencadenadores que los hacen entrar en acción. (Beck 1976). Esta unión de las terapias cognitiva y conductual en el entorno familiar fue nueva y útil. El terapeuta no sólo considera cómo los pensamientos, sentimientos y emociones de las personas influyen en su conducta, sino también el impacto que tienen sobre sus cónyuges y los otros miembros de la familia. La terapia conductual-cognitiva familiar y la terapia conductual de parejas son dos modelos que cuentan con un apoyo empírico sólido.

Durante las décadas de 1980 y 1990 se propusieron nuevos modelos de terapia conyugal y familiar. En respuesta a la terapia familiar estratégica y la terapia familiar estructural, con enfoques en los problemas, autores como Shazer, Berg, O'Hanlon y Selkman propusieron la *terapia familiar enfocada en soluciones* (por ejemplo, Berg y Miller 1992; de Shazer 1988). Plantearon que no es necesario determinar con precisión la causa del funcionamiento pobre y que la terapia enfocada en soluciones es suficiente para ayudar a las familias a cambiar.

Poco después de la introducción de la terapia enfocada en soluciones en el plano de la terapia conyugal y familiar, el *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos* (1990) de White y Epston, anticipó el *movimiento narrativo* en la terapia conyugal y familiar. Esta evolución de la terapia

familiar se ha centrado en la forma en que las personas construyen el significado y cómo la construcción de significado afecta el funcionamiento psicológico.

A principios del Siglo XXI, la terapia conyugal y familiar parece estar dispuesta a otro cambio, dirigido a demostrar empíricamente la efectividad de diferentes enfoques terapéuticos. Los pocos modelos que se han probado empíricamente han tenido resultados prometedores. Por ejemplo, *la terapia familiar funcional, la terapia multisistémica, la terapia familiar multidimensional y la terapia familiar estratégica breve*, han demostrado ser sumamente efectivas para reducir la conducta de manifestación de impulsos entre los adolescentes y/o para reducir el riesgo de conducta problemática entre sus hermanos más jóvenes. Entre los modelos de terapia de parejas que han demostrado reducir la angustia y los problemas psicológicos conyugales, se encuentran *la terapia de parejas centrada en las emociones, la terapia conductual cognitiva de parejas, la terapia conductual de parejas, la terapia integradora de parejas y la terapia sistémica de parejas*. (Refiérase al Capítulo 3 para más información, Principales modelos de terapia familiar usados hoy en día.)

Hay muchas variaciones en el tema de la terapia familiar. Algunos acercamientos a la terapia familiar incluyen a varias generaciones o grupos familiares. Algunos tratan solamente a una persona, que podría ser o no el PI. Por lo general, sin embargo, la terapia familiar implica un terapeuta que se reúne con varios miembros de la familia. Un concepto más amplio de la terapia familiar también podría generar programas grupales que atiendan, por ejemplo, al cónyuge del PI, a niños en grupos (se tiene mejor resultado con los niños si primero participan en grupos que los preparen para la terapia familiar) o a los miembros de un ambiente de tratamiento residencial.

La mayoría de las reuniones de terapia familiar tienen lugar en clínicas o ambientes de la práctica privada. La terapia con base en el hogar rompe con el entorno clínico tradicional por considerar que reunirse con la familia en el lugar donde vive puede ayudar a superar la vergüenza, el estigma y la resistencia. Es volver a la práctica de los trabajadores sociales quienes, a principios del Siglo XX, proveían servicio en los hogares de sus clientes (Beels 2002). Reunirse con la familia donde vive también provee información valiosa sobre cómo funciona la familia en realidad.

Los cuatro modelos de terapia familiar principales usados como base para tratamiento e intervenciones específicas para abuso de sustancias son:

1. El *modelo de enfermedad familiar* que estudia el abuso de sustancias como una enfermedad que afecta a toda la familia. Los miembros de la familia de las personas que abusan de sustancias, pueden desarrollar codependencia, lo que hace que faciliten el abuso de sustancias del PI. Hay poca evidencia de investigaciones controladas que apoyen el modelo de enfermedad, pero no obstante, es influyente en la comunidad de tratamiento y entre el público general (McCrary y Epstein 1996).
2. El *modelo de sistemas familiares* parte de la idea de que las familias se organizan con base en sus interacciones en torno al abuso de sustancias. Al adaptarse al abuso de sustancias, la familia puede mantener un equilibrio u homeostasis. Por ejemplo, un hombre con trastorno por abuso de sustancias puede ser hostil o incapaz de expresar sus sentimientos a menos que esté intoxicado. Usando un acercamiento de sistemas, el terapeuta intentará y tratará de cambiar los patrones de comunicación inadaptados o las estructuras de funciones familiares que requieren del abuso de sustancias para mantener la estabilidad (Steinglass et al. 1987).

3. Los *enfoques cognitivos-conductuales* están basados en la idea de que las conductas inadaptables, incluyendo el uso y abuso de sustancias, se refuerzan mediante interacciones familiares. El tratamiento orientado en la conducta procura cambiar las interacciones y concentrar su atención en la conducta que activa el abuso de sustancias, para mejorar la comunicación y la solución de problemas y fortalecer las destrezas de manejo. (O'Farrell y Fals-Stewart 1999).
4. Más recientemente, *la terapia familiar multidimensional (multidimensional family therapy, MDFT)* ha integrado varias técnicas diferentes con énfasis en las relaciones entre conocimiento, afecto (emotividad), comportamiento e insumo ambiental (Liddle et al., 1992). La terapia familiar multidimensional no es el único modelo de terapia familiar que ha adoptado este acercamiento. La terapia familiar funcional (Alexander y Parsons 1982), la terapia multisistémica (Henggeler et al., 1998) y la terapia familiar estratégica breve (Szapocznik et al., en imprenta) también adoptan enfoques multidimensionales similares.

## La terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias

### Metas de la terapia familiar

La integración de la terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias todavía es relativamente poco usual. La integración de la terapia familiar en el tratamiento del abuso de sustancias ayuda a las familias a crear conciencia de sus propias necesidades y les provee recuperación genuina y duradera. La terapia familiar se esfuerza por transferir el poder a las figuras paternas de la familia y mejorar la comunicación. Las otras metas varían dependiendo de qué miembro de la familia abusa de sustancias. La terapia familiar contesta preguntas como las siguientes:

- ¿Por qué deben involucrarse a los niños y adolescentes en el tratamiento de un padre que abusa de sustancias?
- ¿Qué impacto tiene el abuso de sustancias de los padres en los hijos?
- ¿Cómo impacta a los adultos el abuso de sustancias de un adolescente?
- ¿Qué impacto tiene el abuso de sustancias en los miembros de la familia que no abusan de sustancias?

No importa que el miembro de la familia que usa sustancias sea un niño o un adulto, el sistema familiar completo deberá cambiar, no sólo el PI. La terapia familiar, por lo tanto, ayuda a la familia a hacer cambios interpersonales, intrapersonales y en el medioambiente que afectan al usuario de alcohol o drogas. Ayuda a los miembros que no usan sustancias a trabajar juntos de manera más eficiente y a definir metas personales de terapia más allá de una vaga idea de un mejor funcionamiento familiar. A medida que se produce el cambio, la terapia familiar ayuda a todos los miembros de la familia a entender qué está ocurriendo. Esta comprensión abierta remueve cualquier sospecha de que la familia está “conspirando” contra la persona que abusa de sustancias.

Una meta principal de la terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias, es la prevención, en particular evitar que el abuso de sustancias pase de una generación a otra. Un estudio tras otro, demuestra que si un miembro de la familia abusa del alcohol o las drogas, los otros miembros corren mayor riesgo de desarrollar problemas de abuso de sustancias. El factor

de riesgo principal para la inadaptación, la predisposición al uso de sustancias y las dificultades psicológicas futuras, es la conducta de abuso de los padres. (Johnson y Leff 1999). Una “estructura familiar sana puede evitar el abuso de sustancias en los adolescentes, aún cuando enfrenten una fuerte presión de sus pares para usar y abusar de las drogas” (Kaufman 1990a, pág. 51). Es más, si la persona que abusa de sustancias es un adolescente, su tratamiento exitoso reduce la probabilidad de que los hermanos abusen de sustancias o cometan ofensas relacionadas (Alexander et al. 2000). El tratamiento de abuso de sustancias en la adolescencia, también puede reducir la probabilidad de consecuencias dañinas en la adultez como desempleo crónico, continuación del abuso de sustancias y conducta criminal.

## Factores terapéuticos

Debido a la variedad de modelos de terapia familiar, las diferentes escuelas de pensamiento en el campo y los diferentes grados de implantación de la terapia familiar, es probable que varios factores terapéuticos sean responsables de la efectividad de la terapia familiar. Estos podrían incluir, aceptación de parte del terapeuta, mejor comunicación, organización de la estructura familiar, definición de responsabilidades e intensificación del impulso de cambio lo que aumenta la motivación familiar para cambiar sus patrones de interacción y libera a la familia para poder hacer cambios. La terapia familiar también observa el abuso de sustancias en su contexto, no como un problema aislado, y comparte algunas de las características de los programas de 12-Pasos que generan solidaridad, autoconfesión, apoyo, autoestima, concienciación y el reingreso sin dificultades a la comunidad.

Otra razón por la cual la terapia familiar es efectiva en el tratamiento de abuso de sustancias, es que provee un foro neutral para que la familia se reúna para solucionar problemas. Con frecuencia, las familias con un miembro con problema de abuso de sustancias no cuentan con un escenario racional de expresión y negociación. Aunque sus vidas son impredecibles y caóticas - el abuso de sustancias, la causa del trastorno y un elemento focal organizativo de la vida familiar - no se discute. Si se trata el tema, el tono del intercambio probablemente sea acusatorio y negativo.

La integración de la terapia familiar en el tratamiento del abuso de sustancias ayuda a las familias a crear conciencia de sus propias necesidades y les provee recuperación genuina y duradera.

En el ambiente de apoyo de la terapia familiar, este silencio incómodo puede romperse de maneras que sean emocionalmente seguras. A medida que el terapeuta sirve de agente y mediador y reestructura los conflictos entre los miembros de la familia, los temas con carga emocional se tratan abiertamente. El terapeuta ayuda a asegurar que todos los miembros de la familia puedan expresar su sentir. En el ambiente seguro de la terapia, se pueden expresar, identificar y validar sentimientos reprimidos como el temor y la preocupación. Con frecuencia, los miembros de la familia se asombran al saber que hay otros que comparten sus sentimientos y se abren nuevas líneas de comunicación. Los miembros de la familia logran alcanzar un punto de vista más abarcador y preciso de lo que están experimentando, lo que puede concederles poder y proveerles suficiente energía para crear un cambio positivo. Cada una de estas mejoras en la vida familiar y en las destrezas de manejo y situaciones representa un

resultado muy deseable, independientemente de si los problemas de alcohol o drogas del IP se resuelven inmediatamente. Sin duda, el que la familia de una persona con problema de abuso de sustancias desarrolle un entorno estable y funcional en el cual se pueda mantener la abstinencia representa un adelanto.

Para alcanzar esta meta, la terapia familiar facilita los cambios en las interacciones inadaptativas en el sistema familiar. El terapeuta busca las estructuras de relación poco sanas (como la inversión de los roles de padre e hijo) y los patrones de comunicación defectuosos (como una capacidad de negociación limitada). En comparación con el rol marginal que las familias suelen tener en otros enfoques terapéuticos, las familias están íntimamente involucradas en los cambios producidos. De hecho, la mayoría de los cambios tendrá lugar dentro del sistema familiar y posteriormente producirá cambios en el individuo que abusa de sustancias.

La terapia familiar tiene un potencial sumamente aplicable a culturas y religiones y es compatible con sus bases de conexión e identificación, pertenencia y aceptación. La mayoría de las culturas valoran las familias y las consideran importantes. Esta primacía sugiere cuán importante es incluir a las familias en el tratamiento. Sin embargo, debe reconocerse que la importancia que la cultura concede a las familias no siempre promueve un mejor funcionamiento familiar. En culturas que reverencian a las familias, se puede ocultar el problema de abuso de sustancias en el seno de la familia por temor al estigma y la vergüenza.

Además, la definición o falta de definición del concepto de “rehabilitación”, varía significativamente de una cultura a otra. Las culturas tienen visiones diferentes de lo que las personas necesitan para sanar. La identidad de las personas con autoridad moral para ayudar (por ejemplo, un anciano o ministro) puede variar de una cultura a otra. Los terapeutas necesitan incluir aspectos de la cultura o religión que promueven la recuperación y considerar el rol que las drogas y el alcohol desempeñan en la cultura. (En el Capítulo 5 se discuten en detalle los aspectos de cultura y etnia).

## **Selección de resultados de investigaciones de acercamientos familiares al tratamiento para abuso de sustancias**

- Buckstein (2000, pág. 74) encontró que las “intervenciones centradas en la familia cuentan con buen apoyo empírico en el caso de jóvenes con trastorno conductual o trastorno por abuso de sustancias.” Señala que el 68 por ciento de los adolescentes con un trastorno por abuso de sustancias, también padecía de un trastorno de conducta disruptiva comórbida. Buckstein recalca que las intervenciones de terapia familiar pueden centrarse en los factores ambientales que promueven ambos trastornos.
- Catalano y otros (1999) buscaron determinar si las intervenciones enfocadas en la familia para padres en terapia con metadona, reducirían el consumo de sustancias y evitarían que los niños se iniciaran en el uso de drogas. Después de estudiar durante un año 144 padres tratados con metadona y a 78 niños, en 33 sesiones de adiestramiento familiar, los autores encontraron que hubo una mejoría significativa en las destrezas efectivas de crianza de niños, menos uso de drogas por parte de los padres, menos pares con conducta extravagante y mejor manejo de la familia.

- El cuadro general de Cunningham y Henggeler (1999) de la terapia multisistémica, un modelo de tratamiento de base familiar, encontró tasas altas de tratamiento para abuso de sustancias completado entre jóvenes con problemas clínicos serios.
- Diamond y otros (1996) examinaron los adelantos en la investigación en torno al tratamiento con base familiar. Citaron una colección en aumento de investigaciones que indica que los tratamientos con base familiar, son efectivos para una variedad de trastornos en niños y adolescentes, incluyendo el abuso de sustancias, la esquizofrenia y el trastorno conductual. Todos los estudios demostraron la superioridad de un tratamiento familiar corto en comparación con tratamientos individuales y de grupo para reducir el uso de sustancias.
- Friedman y otros (1995) estudiaron a 176 clientes adolescentes con problema de abuso de sustancias y sus madres en seis programas libres de droga para pacientes ambulatorios con sesiones de terapia familiar. Los autores encontraron que mientras el paciente describía más positivamente el funcionamiento familiar y las relaciones pre-tratamiento, era mayor el progreso que informaba el cliente o su madre durante el seguimiento. Concluyeron que los adolescentes cuyo tratamiento dio mejores resultados, comenzaron el mismo con una percepción más positiva de sus familias.
- En un análisis de la investigación en torno a los logros del tratamiento controlado, Liddle y Dakof (1995) encontraron que diferentes tipos de intervención familiar pueden comprometer y retener a las personas que usan sustancias y a sus familias para que permanezcan en el tratamiento, reducir significativamente el uso de drogas y otras conductas problemáticas y mejorar su funcionamiento social. También concluyeron que la terapia familiar resultó más efectiva que la terapia sin la participación de las familias, pero recomendaron precaución para que no se generalizara demasiado este hallazgo debido a las limitaciones metodológicas y un número más bien reducido de estudios.
- McCrady y Epstein (1996) señalaron que hay una cantidad sustancial de literatura que apoya los modelos de base familiar y la efectividad de los tratamientos basados en los modelos de enfermedad familiar, de sistemas familiares y de conducta familiar. Sin embargo, la información obtenida de la investigación, es limitada debido a la poca atención que se presta a la cultura, la raza, el sexo y el género de los pacientes; la ausencia de investigación sobre el tratamiento de parejas para usuarios de sustancias y la ausencia de investigación sobre tratamiento familiar entre personas con trastornos por abuso de alcohol.
- O'Farrell y Fals-Stewart (2000) concluyeron que la terapia conductual de parejas produjo más abstinencia y mejores relaciones, redujo la incidencia de separaciones y divorcios y de violencia doméstica y produjo una tasa de un costo-beneficio favorable en comparación con la terapia individual.
- Shapiro (1999) describe La Bodega de la Familia, un enfoque de terapia familiar usado para reducir las recaídas, las violaciones de libertad bajo palabra y la reincidencia entre personas excarceladas. La tasa de nuevos arrestos en un término de 18 meses, se redujo de 50 a 35 por ciento con las terapias intensivas con base familiar.
- En un estudio de abuso de sustancias que usó tratamientos con y sin familias. Stanton y Shadish (1997) concluyeron que: (1) cuando la terapia familiar / de parejas era parte del tratamiento, los resultados eran claramente superiores que cuando se usaron modelos que no incluían a las familias y (2) la terapia familiar promueve el compromiso y la retención de los clientes.

- Walitzer (1999) analizó dos formas de terapia familiar (terapia conductual conyugal y terapia de sistema familiar) para tratar el abuso de sustancias y concluyó que el modelo a escoger dependía del problema específico. Si los problemas (como pobre comunicación) se centraban en el matrimonio, el mejor enfoque era la terapia conductual conyugal. Si el problema incluía a toda una familia organizada alrededor del alcohol o las drogas ilícitas, la terapia de sistema familiar podía ser la mejor estrategia. En cualquier caso, su análisis “insiste en el rol crítico del funcionamiento familiar, tanto en mantener la adicción como en crear un ambiente conducente a la abstinencia.” (Walitzer 1999, pág. 147)

## Efectividad de la terapia familiar

Si bien son limitados los estudios sobre la efectividad de la terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias, hay tendencias importantes que sugieren que los enfoques de terapia familiar se deben considerar con más frecuencia en el tratamiento de abuso de sustancias. Mucha de la investigación sobre el tratamiento de abuso de sustancias realizada con fondos federales, se ha concentrado en los aspectos de la justicia criminal, los trastornos coexistentes y los tratamientos diseñados para un paciente en específico. Una razón es que la investigación con familias es difícil y costosa. La ambigüedad en las definiciones de familia y terapia familiar también han dificultado la investigación en estas áreas. Como resultado, la terapia familiar no ha sido el enfoque de muchas investigaciones sobre el abuso de sustancias. Sin embargo, la evidencia de la investigación que sí se ha realizado, incluyendo la que se describe a continuación, apunta a que el tratamiento de abuso de sustancias que incluye terapia familiar es mejor que los tratamientos que no la incluyen. (Stanton et al. 1982). En términos del tratamiento aumenta el compromiso y la retención, reduce el uso de drogas y alcohol del PI, mejora el funcionamiento familiar y social y desalienta las recaídas.

La terapia familiar tiene un potencial sumamente aplicable a culturas y religiones y es compatible con sus bases de conexión e identificación, pertenencia y aceptación.

Si bien la efectividad de la terapia familiar está documentada en un conjunto cada vez mayor de evidencia, la integración de la terapia familiar en el tratamiento del abuso de sustancias supone retos específicos:

- La terapia familiar es más compleja que los enfoques que no incluyen a la familia porque incluye a más personas.
- La terapia familiar requiere adiestramiento y destrezas especiales que no se requieren en muchos programas de tratamiento de abuso de sustancias.
- Hay relativamente poca información disponible basada en investigaciones sobre la efectividad con subconjuntos de la población general, como mujeres, minorías o personas con problemas psiquiátricos severos (O’Farrell y Fals-Stewart 1999).

Sin embargo, la balanza suele inclinarse favor de la terapia familiar en el tratamiento del abuso de sustancias. Con base en los datos sobre la efectividad y la experiencia colectiva del panel de consenso, éste recomienda que las agencias y los proveedores de tratamiento para abuso

de sustancias, consideren cómo podrían incorporar los acercamientos familiares en sus programas, incluyendo servicios educativos de apoyo apropiados para la edad de los hijos de sus clientes.

## Costo-Beneficio

Apenas unos pocos estudios han evaluado el costo-beneficio de la terapia familiar o han comparado el costo de la terapia familiar con el de otros enfoques como la terapia de grupo, la terapia individual o los programas de 12-Pasos. Sin embargo, un conjunto pequeño de datos, pero en aumento, ha demostrado el costo-beneficio de la terapia familiar, específicamente para problemas de abuso de sustancias. La terapia familiar también ha resultado superior en situaciones que podrían ser claves dentro del contexto del abuso de sustancias.

Por ejemplo, el trabajo de Sexton y Alexander con la terapia familiar funcional para ofensores juveniles (llamada así porque concentra sus intervenciones en las relaciones familiares que influyen y son influenciadas por la conducta positiva y negativa, y que por lo tanto son funciones de las mismas) encontró que la terapia familiar redujo casi a la mitad la tasa de nuevas ofensas, 19.8 por ciento en el grupo de tratamiento comparado con 36 por ciento en el grupo control. (Sexton y Alexander 2002). El costo de la terapia familiar fluctuó entre \$700 a \$1000 por familia durante el estudio de 2 años. El costo promedio de detención durante ese mismo período, fue de por lo menos \$6,000 por joven; el costo de un programa de tratamiento residencial fue de por lo menos \$13,500. En este caso, el costo-beneficio de la terapia familiar resultó claro y convincente (Sexton y Alexander 2002).

Otros estudios se fijan en el factor de compensación, es decir, la relación entre la terapia familiar y el uso de cuidado médico o costos sociales. Fals-Stewart et al. (1997) examinaron los costos sociales en los que incurrieron los clientes (por ejemplo, el costo del tratamiento para abuso de sustancias o asistencia pública) y encontraron que la terapia conductual para parejas, era considerablemente más costo-efectiva que la terapia individual para abuso de sustancias, con una reducción en costos de \$6,628 para los clientes recibiendo terapia de parejas, comparado con una reducción en costos de \$1,904 para los clientes en terapia individual.

Se observaron resultados similares en un estudio del Grupo de Trabajo Nacional sobre Intervenciones con Base Familiar en Enfermedades Crónicas (*National Working Group on Family Based Interventions in Chronic Disease*) que encontró que 6 meses después de una intervención centrada en la familia, el reembolso por servicios de salud fue 50 por ciento menos para el grupo de tratamiento comparado con el grupo control. Si bien este estudio examinó enfermedades crónicas como enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedad de Alzheimer y diabetes, el abuso de sustancias también es una enfermedad crónica que es similar a estas condiciones físicas en muchos aspectos (Fisher y Weihs 2000). Tanto las enfermedades crónicas como el abuso de sustancias:

- Son duraderas y progresivas
- Con frecuencia son el resultado de selecciones conductuales
- Se pueden tratar, pero no curar
- Incluyen clientes que se resisten al tratamiento
- Tienen una alta incidencia de recaída

Las enfermedades crónicas son costosas y drenan emocionalmente agotadoras. El abuso de sustancias es similar a una enfermedad crónica, con potencial de recuperación; hasta puede

conducir a un mejor funcionamiento de la familia. Otros costos-beneficio son resultado de los aspectos preventivos del tratamiento. Aunque por lo general no se considera que la terapia es una intervención de prevención primaria, el tratamiento de base familiar orientado a atender los factores de riesgo, puede tener un efecto preventivo significativo en otros miembros de la familia (Alexander et al. 2000). Por ejemplo, puede ayudar a prevenir el abuso de sustancias de otros miembros de la familia al corregir la dinámica familiar inadaptada.

## Otras consideraciones

La terapia familiar para el tratamiento de abuso de sustancias exige que se manejen situaciones de tratamiento complicadas. Naturalmente, tratar a una familia es más complejo que tratar a un individuo, en particular cuando se ha obligado a un PI renuente a recibir tratamiento. Tal vez sea necesario aplicar estrategias especializadas para comprometer al PI con el tratamiento. Además, el abuso de sustancias casi siempre está relacionado con otros problemas difíciles de la vida, que pueden incluir problemas de salud mental, deterioro cognitivo y limitaciones socioeconómicas como desempleo o no tener un hogar. También puede resultar difícil trabajar en contextos culturales diversos o discernir cuán dispuestos están los miembros de la familia del cliente a enfrentar el cambio y las necesidades de tratamiento.

Estas circunstancias hacen que la terapia familiar para atender problemas significativos de abuso de sustancias, sea una tarea compleja y retadora, tanto para el terapeuta familiar, como para los proveedores de tratamiento para abuso de sustancias. Tal vez sea necesario modificar el acercamiento del tratamiento, y el éxito del tratamiento dependerá, en gran medida, de la creatividad, juicio y cooperación en y entre programas de cada campo.

## Complejidad

Los clínicos que tratan familias tienen que considerar muchas variables y situaciones idiopáticas. Posiblemente se observen pocos puntos de referencia sobre la marcha; para muchas familias, las fases de la terapia familiar no son claramente distinguibles ni están bien definidas. Este recorrido incierto es todavía menos predecible debido a que hay muchas personas implicadas. Por ejemplo, en un programa de adolescentes, un niño en tratamiento puede tener un padre alcohólico. A medida que los problemas de abuso de sustancias del padre comienzan a salir a flote, se saca al niño del tratamiento. Por eso los niños necesitan participar en su propio grupo. En un programa de terapia familiar, los problemas del menor y el problema de abuso de sustancias del padre, podrían atenderse a la misma vez.

Otro factor que puede complicar cualquier proceso terapéutico es la coerción externa como los tratamientos impuestos por un tribunal u órdenes emitidas por un servicio de protección de menores. Estas situaciones pueden afectar a las familias de varias maneras; los proveedores de tratamiento deben abordar la terapia familiar que ha sido ordenada por un tribunal u otra agencia de servicio con mucha atención al rol de la coerción en el proceso. Con frecuencia, en el tratamiento para abuso de sustancias, una orden legal u otra forma de coerción hace que la terapia sea un requisito. El hecho de que el tratamiento ha sido ordenado probablemente afectará la dinámica de la terapia familiar. Puede imponer limitaciones al terapeuta y generar problemas que distraen la atención del tratamiento y tienen un efecto negativo sobre el mismo, lo que implica más cuidado, mayor coordinación de servicios y manejo de casos. En estas

circunstancias la neblina legal y ética es densa. Con la excepción de cuando el cliente es un menor y los tribunales pueden ordenar que reciba tratamiento y terapia familiar. Los profesionales deben aprovechar todos los recursos apropiados (por ejemplo, asociaciones profesionales, supervisión, guías éticas, organizaciones legales locales y estatales y organizaciones para el consumidor) antes de aventurarse a tratar familias bajo órdenes de un tribunal u otras situaciones similares. Los terapeutas deben establecer alianzas de trabajo con cada uno de los miembros de la familia y ganarse la confianza de la familia de manera que se pueda divulgar información de naturaleza sensitiva. Esto exige que el terapeuta demuestre que está de parte de la familia en el aspecto terapéutico, pero necesita divulgar a la familia sobre cualquier otra obligación que pueda tener como resultado de su posición. Por ejemplo, al aceptar tratar a la familia bajo las circunstancias especiales existentes, el terapeuta podría estar obligado a someter informes de progreso a una agencia de probatoria o de libertad condicional.

### **Problemas concurrentes**

Aunque una persona con trastorno de uso de sustancias por lo general trae a una familia al tratamiento, es posible que más de un miembro de la familia tenga problemas de abuso de sustancias, enfermedad mental, problema de violencia doméstica u otra dificultad importante. De hecho, el abuso de sustancias podría ser sólo una razón secundaria para el referido a terapia. Cambiar los patrones de interacción inadaptados de la familia, puede ayudar a corregir problemas psicosociales entre todos los miembros de la familia. Para más información sobre trastornos mentales y de uso de sustancias coexistentes, refiérase al próximo *TIP Substance Abuse Treatment for Persons with Co-occurring Disorders* (Tratamiento de Abuso de Sustancias para Personas con Trastornos Coexistentes del Centro de Tratamiento para Abuso de Sustancias [CSAT, por sus siglas en inglés] en desarrollo k).

### **Aspectos biológicos de la adicción**

Otras consideraciones importantes tienen que ver con los aspectos biológicos y psicológicos de la adicción y la recuperación. El proceso de recuperación varía dependiendo del tipo de sustancia, el grado de uso de la droga y el grado de efectos agudos y crónicos. La recuperación también puede depender, por lo menos en parte, del grado en que las sustancias se entrelazan con la conducta antisocial y las condiciones concurrentes. Para el PI, el síndrome de abstinencia post-agudo con frecuencia también estará presente e interferirá con la terapia familiar durante un periodo significativo antes de desaparecer gradualmente.

Los aspectos biológicos de la adicción también pueden determinar qué tipo de terapia puede ser efectiva. Por ejemplo, la terapia familiar tal vez no sea tan efectiva para personas cuyo uso de drogas ha causado un daño orgánico significativo al cerebro, o en el caso de personas adictas a la cocaína que se hayan vuelto extremadamente paranoicas. La psicopatía severa, sin embargo, no debe automáticamente excluir a un paciente de la terapia familiar. Aún en estos casos, si se provee un tratamiento individual y psicofarmacológico apropiado, la terapia familiar puede ser de ayuda (O'Farrell y Fals-Stewart 1999) puesto que los otros miembros de la familia pueden necesitar y beneficiarse de los servicios de terapia familiar.

## Limitaciones socioeconómicas

La condición socioeconómica de una familia que recibe tratamiento puede tener ramificaciones trascendentales. Durante el tratamiento, la pobreza tiene dos implicaciones inmediatas. Primero, la terapia deberá atender muchos asuntos relacionados con la supervivencia un terapeuta no puede explorar aspectos de los sistemas familiares o los rasgos cognitivo-conductuales si la familia está siendo desalojada de su hogar, no se alimenta adecuadamente, no tiene recursos financieros ni empleo o experimenta otra amenaza en su vida diaria. Segundo, los sistemas de reembolso que puedan accederse probablemente determinen cuánto durará el tratamiento, independientemente de las necesidades del cliente. Por lo tanto, los tratamientos de terapia familiar para abuso de sustancias, tienen que diseñarse para que sean relativamente breves y se concentren en los aspectos del ambiente familiar que puedan estar manteniendo la sintomatología de abuso de drogas (p. ej. Robbins et al., en imprenta). Además, los miembros de la familia deben ser referidos a Al-Anon, Alateen y NAR-Anon para aumentar su potencial de recuperación a largo plazo.

## Competencia cultural

La competencia cultural es un elemento importante en la terapia familiar porque los terapeutas tienen que trabajar con las estructuras familiares de muchas culturas. Se requiere conocer y ser sensible a las culturas para determinar:

- ¿En qué medida la desviación de la familia de la norma es una función de la enfermedad o de un trasfondo cultural diferente?
- ¿Cómo se organiza la familia por jerarquías? ¿Democráticamente? ¿Cuáles son los patrones de comunicación en esta estructura?
- ¿Cuán bien funciona la familia? Es decir, ¿en qué medida puede la familia alcanzar sus metas sin estorbarse a sí misma?
- ¿Qué metas terapéuticas son adecuadas?
- ¿Cuáles son los roles que la cultura asigna a cada uno de sus miembros?
- ¿Quiénes pueden describirse de manera apropiada como las “figuras con poder” en la familia?

La necesidad de competencia cultural no implica que un terapeuta tenga que pertenecer al mismo grupo cultural que la familia cliente. Es posible desarrollar competencia cultural y trabajar con grupos distintos al propio. Un terapeuta sensible presta atención, toma nota de los matices culturales y aprende de sus clientes. Aún cuando el terapeuta pertenece a la misma cultura que la familia que recibe tratamiento, no puede darse por sentada la confianza. Debe construirse. Las expectativas del rol del terapeuta como agente de cambio, tienen que discutirse claramente con relación al desarrollo de confianza con la familia y con sus miembros individualmente.

El abuso de sustancias casi siempre está relacionado con otros problemas difíciles de la vida, que pueden incluir problemas de salud mental, deterioro cognitivo y limitaciones socioeconómicas

Los temas relacionados con la sensibilidad y adecuación cultural se consideran en más detalle en el Capítulo 5 del próximo TIP *Improving Cultural Competence in Substance Abuse Treatment* (Mejorando las Competencias Culturales en el

Tratamiento para Abuso de Sustancias del “CSAT”, en desarrollo *b*).

### ***Etapas de cambio y niveles de recuperación***

El proceso de recuperación es complejo y multifacético. Un marco de trabajo útil para entender este proceso consiste en las etapas de cambio (Prochaska et al. 1992) que pueden aplicarse tanto a un individuo como a toda la familia y pueden usarse como base para el tratamiento. Las cinco etapas de cambio son:

1. La precontemplación
2. La contemplación
3. La preparación
4. El cambio activo
5. El mantenimiento

Las personas por lo general enfrentan progresos y regresiones al moverse por estas etapas (Prochaska et al. 1992). Aunque las etapas pueden aplicarse a toda una familia, no todos los miembros necesariamente se encontrarán en la misma etapa a la misma vez. El terapeuta necesita saber dónde se encuentra cada miembro de la familia, ya que estos factores juegan un rol importante a la hora de decidir parrear el avalúo y las decisiones de tratamiento. Para más información sobre las etapas de cambio, refiérase al Capítulo 3 de este TIP y refiérase al también al TIP 35, *Mejorando la Motivación para el Cambio en el tratamiento de Abuso de Sustancias* (“CSAT” 1999*b*).

El tratamiento tiene que diseñarse a la medida para atender las necesidades de cada familia y de la persona que abusa de sustancias.

Si bien Prochaska et al. (1992) conceptualizaron la disposición favorable al cambio, otros investigadores han modelado las etapas de recuperación después de iniciado el tratamiento. Uno de esos modelos que cubre el proceso trata los niveles progresivos de recuperación de Kaufman (1990*b*):

- La *abstinencia en seco* es el periodo durante el cual el cliente se ve obligado a confrontar y manejar los problemas relacionados con dejar de usar sustancias (como síndrome de abstinencia, adquirir conciencia del daño causado por la intoxicación y la vergüenza que lo acompaña).
- *Sobriedad o recuperación inicial*, se concentra en mantener al cliente libre de sustancias. Poco a poco, se ayuda al cliente a sustituir relaciones y circunstancias que precipitan el uso de sustancias por comportamientos que contribuyen a la buena salud.
- *Recuperación avanzada*, pasa del apoyo al examen de los problemas personales fundamentales que predisponen al cliente al abuso de sustancias. Se reestablecen la confianza y la intimidad y el cliente progresa al final de la terapia.

Este TIP enfoca las etapas de cambio familiar combinando las etapas de Bepko y Krestan para el tratamiento familiar (1985) y las etapas de Heath y Stanton de terapia familiar para el tratamiento de abuso de sustancias (1998). Juntas, las fases de cambio familiar son:

- *Alcanzar la sobriedad.* El sistema familiar está desequilibrado, pero es posible lograr un cambio saludable.
- *Adaptarse a la sobriedad.* La familia se esfuerza por desarrollar y estabilizar un nuevo sistema.
- *Mantener la sobriedad a largo plazo.* La familia deberá volver a alcanzar el equilibrio y establecer un estilo de vida nuevo y más sano.

Combinar estos dos modelos proporciona una clasificación sencilla y directa del progreso de la familia en la recuperación en cuanto a lograr, ajustarse a, y mantener, la sobriedad a largo plazo. Para información adicional sobre estas etapas de cambio familiar, refiérase al Capítulo 4.

## **Preguntas de investigación no contestadas**

En la actualidad, la investigación no puede ofrecer guías a los proveedores de tratamiento sobre las mejores combinaciones específicas de terapia familiar y sistemas familiares o sustancias de abuso. Las investigaciones realizadas hasta el día de hoy sugieren que ciertos acercamientos de terapia familiar pueden ser efectivos, pero no se ha demostrado que ningún sistema particular sea más efectivo que los otros. Además, aunque el modelo correcto es un determinante importante del tratamiento adecuado, no se han determinado los tipos exactos de modelos de terapia familiar que funcionan mejor para adicciones específicas. Sin embargo, un conjunto de evidencia cada vez mayor, durante los pasados 25 años, sugiere que los niños se benefician cuando participan en grupos de apoyo apropiados para su edad. Estos pueden ser ofrecidos por programas de tratamiento, programas de ayuda a estudiantes con base en las escuelas o comunidades de base religiosa.

La experiencia y el buen juicio pueden distinguir muchas situaciones en que la terapia familiar sola sería o no sería una modalidad viable. El tratamiento tiene que diseñarse a la medida para atender las necesidades de cada familia y de la persona que abusa de sustancias. Por ejemplo, un adolescente que principalmente fuma marihuana, es un buen candidato para trabajo con sistemas familiares. Por otra parte, si un joven está combinando cocaína, anfetaminas, alcohol y otras drogas, el cliente puede necesitar servicios más amplios - desintoxicación, tratamiento residencial o terapia ambulatoria intensiva - que pueden usarse además de la terapia familiar (Liddle y Hogue 2001).

## **Seguridad y adecuación de la terapia familiar**

Solamente en situaciones muy particulares se considera poco aconsejable la terapia familiar. En ocasiones, será poco apropiada o contraproducente por razones como las antes mencionadas anteriormente. Sin embargo, de vez en cuando, la terapia familiar se descarta por razones de seguridad o debido a restricciones legales. La terapia familiar o de parejas no debe usarse a menos que todos los participantes tengan libertad de expresarse y todos puedan plantear asuntos relevantes, aunque un miembro dominante de la familia no quiera que se discutan. La terapia familiar puede usarse cuando no hay evidencia de violencia doméstica severa o de intimidación violenta por parte de un compañero íntimo. Participar de terapia familiar, sin evaluar cuidadosamente si hay violencia, no sólo puede conducir a tratamiento inadecuado, sino que puede aumentar el riesgo de más abuso.

El acercamiento de sistemas supone que todos los miembros de la familia pueden hacer contribuciones más o menos iguales al proceso y tienen igualdad en términos de poder y control. La investigación sobre violencia familiar no apoya este supuesto. En consecuencia, la terapia familiar se debe usar solamente cuando ningún miembro de la familia esté aterrorizando a otro. La resistencia de un miembro dominante de la familia, puede atenderse y reestructurarse, estableciendo primero una alianza con esta persona y luego cuestionándolo (y a toda la familia), gradual y gentilmente, sobre si la conducta dominante es apropiada (Szapocznik et al. 1988). (Véase también el apéndice C, Guías para evaluar la violencia.)

El proveedor de tratamiento es responsable de desarrollar un ambiente seguro y de apoyo para todos los participantes en la terapia familiar. Los niños se benefician cuando asisten a grupos de apoyo específicamente diseñados para ellos; es importante crear un ambiente seguro donde puedan discutir la violencia familiar, el maltrato y la negligencia infantil. Por lo general, puede hallarse una manera de incluir hasta al miembro de la familia que ha recurrido a la violencia como manera de manejar sus problemas. Esa persona es un miembro vital de la familia y será clave para entender la naturaleza de la violencia familiar. Por ejemplo, Johnson (1995) distingue entre la violencia común de pareja y el terrorismo patriarcal. El primero está caracterizado por explosiones violentas ocasionales por parte de uno de los cónyuges y probablemente no se intensifique. Por lo general, es una respuesta intermitente al conflicto y puede examinarse durante la terapia y canalizarse hacia una forma de expresión más positiva. El terrorismo patriarcal, sin embargo, consiste en la violencia masculina sistemática, cuyo fin es establecer control. Tal vez no sea posible ni recomendable incluir a la pareja con violencia crónica en el proceso de terapia familiar.

El maltrato y la negligencia infantil son también consideraciones serias. Los niños en hogares violentos tienen más problemas de salud física, mental y emocional que los niños de hogares no violentos. Los hijos de personas con trastornos por abuso de alcohol, sufren más lesiones y envenenamiento que los niños en la población general. La investigación ha demostrado que cuando las familias exhiben ambos tipos de conducta - abuso de sustancias y maltrato de menores - los problemas tienen que tratarse simultáneamente para garantizar la seguridad del niño. Debe señalarse que el síndrome de retirada que experimentan los padres que dejan de usar alcohol o drogas, presenta riesgos específicos. Los efectos de la retirada hace que los padres experimenten emociones intensas que pueden aumentar la posibilidad de maltrato de menores. Durante este tiempo, es particularmente importante que se hagan disponibles recursos de apoyo a la familia (Bavolek 1995) y que los niños sepan cómo encontrar adultos que los pueden ayudar. La ley establece que si un consejero sospecha que hay abuso o negligencia infantil, deberá informarlo a las autoridades locales de inmediato. Para mayor información, refiérase al TIP 36, *Tratamiento de Abuso de Sustancias para Personas con historial de Abuso y Negligencia en la Niñez* ("CSAT" 2000b).

La violencia doméstica es un problema serio para las personas con trastorno por abuso de sustancias y debe incluirse entre las consideraciones terapéuticas. Si, por ejemplo, hay un orden de protección que prohíbe que los cónyuges se vean, el proveedor de tratamiento deberá trabajar con esta limitación, usando formatos de terapia que garanticen que el cliente agresor no participará en una sesión con la persona a que se le ha prohibido ver. Con frecuencia, cuando hay violencia familiar relacionada, se obliga al agresor a completar un Programa de Intervención para Agresores antes de que se le permita participar en actividades de pareja. A la misma vez, la víctima/cónyuge participa en planificación de seguridad y a veces recibe tratamiento para atender sus propios problemas.

Solamente en los casos de ira más extrema se considera que la terapia familiar está contraindicada. Kaufman y Pattison (1981) desarrollaron el concepto de la necesidad de un período de abstinencia antes de que se pueda desarrollar suficiente confianza para contrarrestar la ira. Incluir a todos los miembros de la familia en el tratamiento y proveerles un foro para liberar su ira, puede ayudar a que alcancen ese límite. Cuando el problema se redefine como un problema de toda la familia, es posible ayudar a transformar la ira en motivación para cambiar. Esta motivación puede usarse, a su vez, para reestructurar las interacciones de la familia, de manera que no se continúe apoyando el abuso de sustancias. La capacidad del terapeuta para reformular las obstrucciones planteadas por los miembros de la familia, con frecuencia es la clave para establecer una dirección terapéutica positiva.

Toca a los consejeros y terapeutas evaluar el potencial de ira y violencia y estructurar la terapia de manera que pueda llevarse a cabo sin poner en riesgo a ningún miembro de la familia. Debido al carácter de vida o muerte de esta responsabilidad, el panel de consenso incluye guías para identificar y tratar a las personas que están atrapadas en el ciclo de violencia familiar. Estas recomendaciones, adaptadas del TIP 25, *Substance Abuse Treatment and Domestic Violence* (Tratamiento de Abuso de Sustancias y Violencia Doméstica del “CSAT” 1997b), se incluyen en el Apéndice C. Sin embargo, estas guías no son un sustituto para el adiestramiento; los consejeros y terapeutas deben tener adiestramiento y supervisión para tratar casos de violencia familiar.

Si durante la entrevista de cernimiento queda claro que un cliente o niño corre riesgo a manos del agresor, el proveedor del tratamiento debe atender esta situación antes que ningún otro problema y, de ser necesario, deberá suspender las demás entrevistas de evaluación hasta que se pueda garantizar la seguridad del cliente. El proveedor debe referir al cliente o al niño a un programa de violencia doméstica y posiblemente a un albergue y a servicios legales, y debe tomar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los niños afectados. Todo reclamo de peligro debe considerarse muy seriamente y se deberán tomar precauciones inmediatas.

## Metas de este TIP

### Metas generales

#### **Conexiones**

La integración de la terapia familiar en el tratamiento para abuso de sustancias, es un desarrollo importante en el tratamiento de las adicciones. Históricamente, los campos han estado separados por barreras como las diferencias en requisitos de acreditación, los modelos de tratamiento y los costos de los terapeutas familiares más adiestrados.

El propósito de este TIP, es brindar una oportunidad para que los proveedores de ambas disciplinas aprendan unos de otros. Ofrece un lenguaje que ayudará a ambos campos a hablar

sobre la terapia familiar y la adicción y facilitará formas nuevas y más colaboradoras de pensar sobre el tratamiento de abuso de sustancias.

En muchos estados y jurisdicciones, los requisitos de acreditación están elevando los estándares para los consejeros y terapeutas familiares en abuso de sustancias. Estos cambios, que exigirán una mayor educación, brindan oportunidades para que los profesionales expandan sus horizontes a medida que desarrollan más sus destrezas profesionales. Este proceso también puede aportar a la fertilización cruzada de los dos campos, al contribuir a que los profesionales de ambos campos se familiaricen más con el trabajo del otro.

### ***Cobertura para la terapia familiar***

El panel de consenso espera que los profesionales de tratamiento de abuso de sustancias y la terapia familiar, puedan usar este TIP para ayudar a educar a los aseguradores y a las organizaciones de manejo de cuidado para problemas de conducta, en lo que se refiere a la importancia de cubrir los servicios de terapia familiar para clientes con trastornos por abuso de sustancias.

## **Metas para grupos específicos**

### ***Consejeros en tratamiento de abuso de sustancias***

Este TIP ayudará a los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias a:

- Entender el impacto que tiene el abuso de sustancias en las familias como unidad.
- Reconocer que los miembros de la familia necesitan recibir tratamiento en el contexto de la familia como unidad.
- Apremiar el valor de la terapia familiar en el tratamiento e integrar sus intervenciones para el mayor bienestar de la familia.

### ***Terapeutas familiares y otros profesionales clínicos***

Este TIP ayudará a que los terapeutas familiares estén conscientes de la presencia y el significado de la dependencia química y trabajen con la comunidad de tratamiento para abuso de sustancias de manera que los ambientes familiares no contribuyan a, o mantengan, el abuso de sustancias. También se espera que los terapeutas familiares lleguen a apreciar los modelos de tratamiento de abuso de sustancias y el contexto en que se proveen.

### ***Supervisores clínicos***

Los supervisores clínicos en programas de abuso de sustancias y en programas de tratamiento de familias, pueden usar esta información para adquirir conciencia y conocimientos sobre las conexiones potenciales entre el tratamiento de abuso de sustancias y la terapia familiar. Estos supervisores estarán entonces más preparados para incorporar enfoques de familia apropiados en sus programas y evaluar el desempeño del personal y los programas en ambas disciplinas.

### ***Administradores de programas de tratamiento***

Cuando los administradores de programas entiendan cuán beneficiosa puede ser la terapia familiar como apoyo, o como una parte integral del tratamiento de abuso de sustancias, estarán en posición de usar el TIP para adiestrar y motivar a los clínicos de tratamiento para abuso de

sustancias para que incluyan a los miembros de las familias en el tratamiento. De igual forma, estos administradores de programas pueden usar el TIP para motivar y adiestrar a los terapeutas familiares para que incluyan la exploración de los trastornos por uso de sustancias en el tratamiento de familias.

Puesto que es difícil encontrar consejeros que sean expertos en ambos campos, esperamos que los administradores de tratamiento de abuso de sustancias desarrollen relaciones de colaboración con los programas de terapia familiar y manejen los problemas logísticos que puedan surgir. Por ejemplo, encontrar espacio apropiado con frecuencia es un problema. Tal vez también sea necesario acomodar los horarios de trabajo, ya que ocasionalmente el personal deberá reunirse de noche con los miembros de la familia.

### **Familias**

El panel de consenso espera que los terapeutas familiares comiencen a hablar del problema de abuso de sustancias como un asunto de importancia clave que puede impactar a las familias negativamente y que los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias usen la información en este TIP para comunicar a las familias qué pueden esperar del tratamiento. El creciente movimiento de salud del consumidor, puede ser parte de la educación para impulsar a las familias a que soliciten tratamiento apropiado. El PI y los demás miembros de la familia deben ser exhortados a identificar:

- ¿Por qué recibir tratamiento ahora?
- ¿Cuáles son los costos y beneficios de recibir la terapia ahora?
- ¿Cómo se define el “cambio” en la estructura de “progreso” de la terapia?
- ¿Cuáles son los componentes clave del tratamiento de la familia?

## **2 El impacto del abuso de sustancias en la familia**

## En este Capítulo...

Introducción

Familias con un miembro que abusa de sustancias

Otros asuntos relacionados con el tratamiento

## Visión General

Las estructuras familiares en los Estados Unidos se han tornado más complejas: La familia nuclear tradicional ha dado paso a familias monoparentales, familias con parentescos por matrimonio, familias sustitutas y familias compuestas por varias generaciones. Por lo tanto, cuando un miembro de la familia abusa de sustancias, el efecto en la familia podrá variar dependiendo de la estructura familiar. Este capítulo discute aspectos de tratamiento que probablemente surjan en estructuras familiares diferentes que incluyen a una persona con problema de abuso de sustancias. Por ejemplo, el progenitor que no abusa de sustancias puede actuar como "súper héroe" o puede establecer vínculos sumamente estrechos con sus hijos y enfocarse demasiado en asegurar su confort. Se examinarán problemas de tratamiento como las consecuencias económicas del abuso de sustancias, así como las diferentes consecuencias psicológicas que experimentan cónyuges, padres e hijos. Este capítulo concluye con una descripción de los problemas sociales que coexisten con el abuso de sustancias en los ambientes familiares y recomienda maneras de abordar estos problemas durante la terapia.

## Introducción

Un conjunto de literatura en aumento, sugiere que el abuso de sustancias tiene efectos característicos en las diferentes estructuras familiares. Por ejemplo, el padre o la madre de un niño pequeño pueden tratar de compensar las deficiencias desarrolladas por el cónyuge con problema de abuso de sustancias como resultado su problema (Brown y Lewis 1999). Con frecuencia, los niños pueden actuar como cónyuge sustituto y para el que abusa de sustancias. Por ejemplo, los niños pueden desarrollar sistemas de negación elaborados para protegerse de la adicción del padre o de la madre. Puesto que esta opción no existe en los hogares monoparentales en que el padre o la madre abusa de sustancias, los niños probablemente se comportarán de manera inapropiada para su edad a fin de compensar por la deficiencia del progenitor (para más información, refiérase al *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women* (Tratamiento de Abuso de Sustancias: Atendiendo las necesidades Específicas de las Mujeres ["CSAT"] en desarrollo e) y el TIP 32, *Treatment of Adolescents With Substance Use Disorders* (Tratamiento de Adolescentes con Trastornos por Uso de Sustancias ["CSAT" 1999e]). Otra posibilidad es que los padres envejecientes con hijos adultos con trastorno por uso de sustancias, puedan establecer relaciones de dependencia inapropiadas con sus hijos adultos, omitiendo la "fase de despegue" de su relación, tan importante para el proceso de maduración de todos los miembros afectados de la familia.

Las personas que abusan de sustancias es probable que se sientan cada vez más aisladas de sus familias.

Los efectos del abuso de sustancias con frecuencia se extienden más allá de la familia nuclear. La familia extendida puede experimentar sentimientos de abandono, ansiedad, temor, ira, preocupación, vergüenza o culpa; tal vez deseen ignorar, o cortar toda relación con la persona que abusa de sustancias. Algunos miembros de la familia hasta pueden sentir que necesitan protección legal de la persona con problema de abuso de sustancias. Es más, los efectos en la familia pueden persistir durante generaciones. Los efectos intergeneracionales del abuso de sustancias pueden tener un impacto negativo en términos de los roles que se van a emular, la confianza y la

conducta normativa, lo que puede afectar negativamente las relaciones entre generaciones. Por ejemplo, el hijo de una persona con problemas de abuso de sustancias, puede convertirse en un padre sobreprotector y controlador que no les da a sus hijos suficiente autonomía.

Los vecinos, amigos y compañeros de trabajo, también experimentan los efectos del abuso de sustancias, porque las personas que abusan de sustancias con frecuencia no son confiables. Pueden pedir a los amigos que le provean ayuda económica o de otro tipo. Los compañeros de trabajo pueden verse obligados a compensar por la reducción en productividad, o a asumir una proporción indebida del trabajo. En consecuencia, pueden resentir a la persona que abusa de sustancias.

Las personas que abusan de sustancias es probable que se sientan cada vez más aisladas de sus familias. Con frecuencia prefieren relacionarse con personas que abusan de sustancias o participar en otras formas de actividad antisocial. Estos compañeros se apoyan unos a otros y refuerzan su conducta.

Dependiendo de la edad y el rol de la persona que usa sustancias en la familia y la presencia de niños pequeños o adolescentes, surgen distintos aspectos en tratamiento. En algunos casos, una familia puede mostrar un rostro saludable ante la comunidad, mientras que detrás de la fachada hay problemas de abuso de sustancias.

Reilly (1992) describe varios patrones de interacción característicos, uno o más de los cuales podrían estar presentes en familias con padres o hijos que abusan de sustancias ilícitas o alcohol:

1. *Negativismo*. Toda comunicación entre los miembros de la familia es negativa y consta de quejas, críticas y otras expresiones de desagrado. El ánimo general de la familia es decididamente pesimista y se ignora el comportamiento positivo. En este tipo de familia, la única manera de llamar la atención y animar la situación es crear una crisis. Este negatividad puede reforzar el abuso de sustancias.
2. *Inconsistencia paterna*. Las reglas se establecen de forma errática, se ponen en vigor erráticamente y la estructura familiar es inadecuada. Los niños están confundidos porque no pueden discernir los límites entre el bien y el mal. Como resultado, tal vez se comporten mal con la esperanza de obligar a sus padres a establecer límites claros. Cuando los niños no tienen límites claros no pueden predecir las reacciones de sus padres y ajustar su conducta de forma correspondiente. Estas inconsistencias tienden a estar presentes no importa si la persona que abusa de sustancias es un progenitor o un niño y crean sentimientos de confusión en los niños, un elemento clave.

3. *Negación paterna.* A pesar de señales claras de peligro, la posición de los padres es: (1) "¿Qué problema de alcohol / drogas?" "¡No vemos ningún problema de drogas!" o (2) después de que las autoridades intervienen: "¡Usted está equivocado! ¡Mi hijo no tiene un problema de drogas!"
4. *Ira mal expresada.* Los niños o padres que resienten la distancia emocional que impregna sus hogares y temen expresar su indignación, abusan de sustancias como una forma de manejar la ira reprimida.
5. *Automedicación.* Los padres o hijos usan drogas o alcohol para hacer frente a pensamientos o sentimientos intolerables como ansiedad severa o depresión.
6. *Expectativas poco realistas de los padres.* Si las expectativas de los padres no son realistas, los hijos pueden excusarse de no satisfacer cualquier expectativa futura diciendo, en esencia: "no pueden esperar nada de mí, soy sólo un tecato, drogadicto, *junkie*. O a la inversa, pueden esforzarse obsesivamente por dar el máximo, aunque siempre convencidos de que no importa lo que hagan, nunca será suficiente, o puede bromear y hacer payasadas para ahuyentar su dolor, o pueden retraerse para así esquivar el dolor. Si las expectativas son demasiado limitadas y durante toda su juventud reciben el mensaje de que seguramente fracasen, tienden a ajustar su conducta a las expectativas de sus padres, a menos que un adulto significativo intervenga con mensajes saludables, positivos y de apoyo.

En todos estos casos, lo que se necesita es reestructurar el sistema familiar completo, incluyendo la relación entre el padre y la madre, y entre los padres e hijos. La siguiente sección discute con asuntos de tratamiento en diferentes estructuras familiares que incluyen a una persona que abusa de sustancias.

## Familias con un miembro que abusa de sustancias

### El cliente vive solo o con su pareja

En el caso de un adulto que abusa de sustancias y vive solo o con su pareja, las consecuencias probablemente sean de tipo económico y psicológico. El dinero puede usarse para sufragar el hábito; la pareja que no usa sustancias con frecuencia asume la función de proveedor. Las consecuencias psicológicas pueden incluir negación o protección de la persona con problema de abuso de sustancias, ira crónica, estrés, ansiedad, desesperanza, conducta sexual inapropiada, descuido de la salud, vergüenza, estigma y aislamiento.

En una situación como ésta, es importante entender que tanto el cliente como su pareja necesitan ayuda. El tratamiento de uno afectará a ambos y los programas de tratamiento de abuso de sustancias deben hacer que se sientan bienvenidos los dos. La terapia familiar no debe descartarse automáticamente cuando la persona no tiene familiares inmediatos. Los aspectos relacionados con la familia que perdió, de la que está separado, o la familia de origen, pueden ser relevantes para el tratamiento. Una persona soltera que abusa de sustancias, quizá es posible que siga teniendo un impacto sobre los miembros distantes de su familia que pueden estar dispuestos a tomar parte en la terapia familiar. Si los miembros de la familia deben de recorrer distancias largas (más de 2 horas), tal vez sea necesario y conveniente programar sesiones intensivas. Lo que importa no es cuántos miembros de la familia están presentes, sino cómo interactúan unos con otros.

Cuando una persona tiene un problema de dependencia de sustancias y la otra no, surgen aspectos de la codependencia. La codependencia se ha vuelto un tema popular en el campo del abuso de sustancias. Se han creado grupos especiales de 12-Pasos como Al-Anon y Alateen, Codependientes Anónimos (CoDA), Hijos Adultos de Alcohólicos, Hijos Adultos Anónimos, Familias Anónimas y Co-Anon.

CoDA describe la codependencia como una preocupación exagerada con los problemas de otra persona en perjuicio de sus propios deseos y necesidades (CoDA 1998). Las personas codependientes suelen exhibir ciertos patrones de conducta:

- Son controladoras porque consideran que los demás no pueden cuidar de sí mismos.
- Por lo general tienen una autoestima pobre y tienden a rechazar sus propios sentimientos.
- Son excesivamente dóciles, comprometen sus propios valores e integridad para evitar el rechazo o la ira.
- Con frecuencia reaccionan con exagerada sensibilidad, ya que suelen estar hipervigilantes para evitar trastornos, problemas o decepción.
- Se mantienen leales a personas que no hacen nada para merecer su lealtad (CoDA 1998)

Aunque el término "codependiente" originalmente describía a los cónyuges de personas con trastornos por abuso de alcohol, ha venido a referirse al pariente de una persona con cualquier tipo de problema de conducta o psicológico. La idea se ha criticado porque convierte en patológicas las funciones de cuidado, en particular las que tradicionalmente se han considerado parte del rol femenino, como la empatía y la abnegación. A pesar del uso común del término, ha habido poca indagación científica sobre la codependencia. Es necesario realizar investigaciones sistemáticas para establecer la naturaleza de la codependencia y por qué puede ser importante (Cermak 1991; Hurcom et al. 2000; Sher 1997). No obstante, toda conducta específicamente orientada que de alguna forma refuerza la conducta de uso presente o pasada deberá identificarse e incorporarse al proceso de planificación de tratamiento.

## **El cliente vive con su cónyuge (o pareja) y sus hijos menores**

De manera similar a las víctimas de maltrato, quienes consideran que el maltrato que sufren es culpa suya, los hijos de padres con trastornos por abuso de alcohol, se sienten culpables y responsables por el alcoholismo del progenitor. Los niños de padres que abusan de sustancias ilícitas, viven con el conocimiento de que las acciones de sus padres son ilegales y que pueden haberse visto obligados a participar en actividades ilegales a nombre de sus padres. La confianza es un elemento clave en el desarrollo de los niños y puede representar una lucha constante para las personas en sistemas de familia que incluyen un miembro con trastorno por uso de sustancias (Brooks y Rice 1997).

La mayoría de los datos disponibles sobre los efectos perdurables que el abuso de sustancias de los padres tiene en los niños, sugiere que el problema de alcoholismo de un progenitor tiene efectos perjudiciales en sus hijos. Los datos demuestran que el alcoholismo de un progenitor puede tener consecuencias cognitivas, conductuales, psicosociales y emocionales en los niños. Algunos de los problemas permanentes documentados son deterioro de la capacidad de aprendizaje, tendencia a desarrollar un trastorno por uso de sustancias; problemas de ajuste que incluyen tasas de divorcio más altas, violencia y necesidad de tener control en las relaciones; y otros trastornos mentales como depresión, ansiedad y autoestima pobre. (Giglio y Kaufman 1990; Johnson y Leff 1999; Sher 1997).

Los hijos de mujeres que abusan de sustancias durante el embarazo corren el riesgo de sufrir los efectos del síndrome del alcohol fetal, bajo peso al nacer (como consecuencia de la adicción de la madre) y enfermedades de transmisión sexual. (Para información sobre los efectos en los niños que nacen con adicción a sustancias, refiérase al TIP 5, *Improving Treatment for Drug-Exposed Infants* (Mejorando el Tratamiento para Infantes Expuestos a Drogas) [“CSAT” 1993a]). Los niños en edad de latencia (desde los 5 años hasta el inicio de la pubertad) con frecuencia tienen problemas relacionados con la escuela, como ausentismo escolar. Los hijos mayores pueden verse obligados a aceptar responsabilidades adultas prematuramente, especialmente el cuidado de sus hermanos menores. En la adolescencia, pueden comenzar a experimentar con drogas. Los hijos adultos de personas con trastornos por abuso de sustancias, pueden exhibir problemas como relaciones no satisfactorias, incapacidad de manejar sus finanzas y mayor riesgo de trastornos por uso de sustancias.

Aunque por lo general, los niños de padres que abusan de sustancias corren un mayor riesgo de consecuencias negativas, también se han descrito resultados positivos. Un ejemplo de resultado positivo es su fortaleza y adaptabilidad (Werner 1986). Algunos niños parecen estar más capacitados para lidiar que otros; lo mismo aplica a los cónyuges (Hurcom et al. 2000). Por haber estado expuestos desde temprana edad a la desventaja de tener un familiar con problema de abuso de sustancias, los niños desarrollaron herramientas para responder a un estrés extremo incluyendo emitir juicios maduros, capacidad para tolerar la ambigüedad, autonomía, disponibilidad para asumir responsabilidades y convicción moral (Wolin y Wolin 1993). No obstante, el abuso de sustancias puede conducir a subsistemas familiares inadecuados y a asumir ciertos roles. Por ejemplo, en una familia donde la madre abusa de sustancias, se puede esperar que una hija joven ocupe el lugar de la madre. Cuando un menor asume roles de adulto y el adulto que abusa de sustancias ocupa el rol de un menor, los límites esenciales al funcionamiento familiar se vuelven confusos. El rol inapropiado para el desarrollo que asume el menor, le priva de su niñez, a menos que intervengan adultos saludables que provean apoyo.

El cónyuge de una persona que abusa de sustancias, probablemente proteja a los niños y asuma los deberes de crianza de menores que el progenitor que abusa de sustancias no asume. Si ambos padres abusan del alcohol o de drogas ilícitas, los efectos sobre los menores son todavía más serios. Los miembros de la familia extendida puede que tengan que proveer cuidado, además de apoyo económico y psicológico. Los abuelos con frecuencia asumen el rol de los proveedores principales de cuidado. Los amigos y vecinos tal vez contribuyan al cuidado de los niños pequeños. En culturas con un acercamiento comunitario hacia el cuidado familiar, los vecinos podrían proporcionar el cuidado que sea necesario. A veces son los vecinos quienes informan a los funcionarios de beneficencia infantil el abuso o la negligencia infantil. Sin embargo, la mayoría de las veces, no se informan estas situaciones y no se les brinda la atención debida.

### **El cliente es miembro de una familia reconstituida**

Anderson (1992) señala que muchas personas que abusan de sustancias provienen de familias reconstituidas. Aún en las mejores circunstancias, estas familias enfrentan retos especiales. Con frecuencia los niños viven en dos hogares, cuyos límites diferentes y roles ambiguos pueden ser confusos. La crianza compartida efectiva requiere buena comunicación y una atención cuidadosa a las posibles áreas de conflicto, no sólo entre los padres biológicos, sino con sus nuevos cónyuges. Popenoe (1995) considera que la dificultad para coordinar límites, roles, expectativas y la necesidad de cooperación, coloca a los niños criados en familias

reconstituidas en mayor riesgo de desarrollar problemas sociales, emocionales y de conducta. Los niños de familias reconstituidas pueden desarrollar problemas de abuso de sustancias para poder hacer frente y manejar su confusión con respecto a las reglas y los límites familiares.

El abuso de sustancias puede intensificar los problemas y convertirse en un obstáculo para la integración y estabilidad de las familias reconstituidas. Cuando el abuso de sustancias es parte de la familia, pueden surgir problemas particulares. Estos problemas pueden incluir discusiones sobre la autoridad de los padres, abuso sexual o físico y problemas de autoestima para los niños.

La mayoría de los datos disponibles sobre los efectos perdurables que el abuso de sustancias de los padres tiene en los niños, sugiere que el problema de alcoholismo de un progenitor tiene efectos perjudiciales en sus hijos.

El abuso de sustancias por parte de padrastros o madrastras, puede minar su autoridad aún más, conducir a dificultades para establecer vínculos e incapacitar la habilidad de la familia para enfrentar problemas y temas sensitivos. Si el padre sin custodia abusa de sustancias o alcohol, tal vez sea necesario recurrir a visitas supervisadas. (Sin embargo, debemos recordar, que las visitas son importantes. Si el contacto cesa, los niños suelen culparse a sí mismos o al problema de sustancias por la ausencia del padre o la madre.)

Si un niño o adolescente abusa de sustancias, cualquier hogar puede experimentar conflicto y crisis continua. Hoffman (1995) encontró que el aumento en el consumo de marihuana por parte de los adolescentes, ocurre con mayor frecuencia cuando un adolescente que vive con un padre/madre divorciado y un padrastro/madrastra se distancia de la familia. Mientras menos lazos lo unan a la familia, mayor la posibilidad de que el adolescente desarrolle apego a pares que abusan de sustancias. Cuando se debilitan los lazos familiares y se fortalecen los lazos con pares que usan sustancias, aumenta la probabilidad de que el adolescente comience a usar o incremente el uso de la marihuana.

El padrastro/madrastra que reside en un hogar con un adolescente que abusa de sustancias, puede pensar que se le está pidiendo demasiado y resentir el tiempo y la atención que el adolescente requiere del progenitor biológico. El padrastro/madrastra puede exigir que el adolescente abandone el hogar y se vaya a vivir con el otro progenitor. En realidad, cuando un menor tiene problemas de conducta y abuso de sustancias, probablemente no sea bienvenido en ninguno de sus hogares (Anderson 1992).

Los profesionales clínicos que tratan el abuso de sustancias, deben saber que la dinámica de las familias reconstituidas es diferente de la dinámica de las familias nucleares y requiere consideraciones adicionales. Anderson (1992) identifica estrategias para abordar el abuso de sustancias en familias reconstituidas:

- El uso de un genograma, que representa gráficamente a las personas significativas en la vida del cliente, ayuda a establecer relaciones y a identificar dónde está y ha estado presente el abuso (refiérase al Capítulo 3).
- Un esfuerzo histórico abarcador ayuda a los miembros de la familia a intercambiar recuerdos que nunca habían compartido.
- La educación puede proveer una expectativa realista cómo puede ser la vida familiar.

- El desarrollo de lenguaje correcto y mutuamente aceptable para referirse a relaciones familiares, ayuda a fortalecer los lazos familiares. La meta de la terapia familiar es reestructurar las interacciones familiares maladaptativas relacionadas con el problema de abuso de sustancias. Para hacerlo, el consejero primero debe ganarse la confianza de la familia, lo que implica acercarse a los miembros de la familia en sus propios términos.

## Cliente envejeciente con hijos adultos

Cuando un adulto, de 65 años de edad o mayor, abusa de sustancias, por lo general se trata de alcohol y/o medicamentos recetados. La Encuesta Domiciliaria Nacional sobre el Abuso de Drogas del 2002, encontró que el 7.5 por ciento de los envejecientes informó episodios ocasionales de consumo excesivo de bebida, y el 1.4 por ciento informó beber en exceso durante el mes anterior a la encuesta (*Oficina de Estudios Aplicados* [OAS, por sus siglas en inglés] 2003a). Los datos provistos por el Hospital de Veteranos indican que, en muchos casos, los envejecientes pueden estar recibiendo cantidades excesivas de alguna clase de tranquilizante adictivo (benzodiazepinas) aunque deberían recibir dosis menores. Aún más, los envejecientes toman estas drogas durante más tiempo que otros grupos de edad (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, NIDA 2001). Los envejecientes consumen tres veces más fármacos recetados que la población general, y se espera que esta tasa continúe creciendo a medida que la generación *Baby Boom* (nacida entre 1946 y 1958) alcanza la tercera edad (NIDA 2001).

Muchos proveedores de cuidado de salud subestiman el alcance de los problemas de abuso de sustancias entre los envejecientes.

Cuando las personas se retiran, se vuelven menos activas y desarrollan problemas de salud, usan (y a veces malusan) un número cada vez mayor de fármacos recetados y sin receta. Entre los envejecientes, el diagnóstico de éste (o cualquier otro) tipo por trastorno de abuso de sustancias, suele ser difícil porque los síntomas de abuso de sustancias pueden ser similares a los síntomas de otros problemas médicos y conductuales típicos de los envejecientes como demencia, diabetes y depresión. Además, muchos proveedores de cuidado de salud subestiman el alcance de los problemas de abuso de sustancias entre los envejecientes y, por lo tanto, no investigan si tienen estos problemas.

Los envejecientes con frecuencia viven con sus hijos adultos o son mantenidos por éstos debido a necesidades económicas. Un envejeciente con problemas por abuso de sustancias, puede afectar a todos en el hogar. Si el cónyuge del envejeciente está presente, probablemente también sea un envejeciente y puede estar desconcertado por la nueva y triste conducta de su cónyuge. Por lo tanto, es posible que no esté en posición de ayudar a combatir el trastorno de abuso de sustancias del cónyuge. Tal vez sea necesario movilizar recursos familiares adicionales para proveer servicios de tratamiento para el trastorno de sustancias del envejeciente. Como en el caso del maltrato y negligencia infantil, el maltrato de envejecientes deberá reportarse a las autoridades locales a tenor con las leyes.

Aunque los hijos adultos y sus padres vivan juntos o separados, los hijos deberán asumir el rol de padre y cuidador. La adaptación a este intercambio de roles puede ocasionar estrés, dolor y vergüenza. En algunos casos, los hijos adultos pueden dejar de proveer ayuda económica,

porque es la única influencia que tienen sobre su padre o madre. Los hijos adultos a menudo dirán "deja que disfruten un poco." En otros casos, pueden cortar las relaciones con sus padres porque es demasiado doloroso presenciar su deterioro. Esto no hace más que aumentar el aislamiento del padre o la madre y puede empeorar su situación.

Para una discusión detallada de los problemas de abuso de sustancias entre envejecientes, refiérase al TIP 24, Guía de servicios para el abuso de sustancias para proveedores de atención primaria de la salud (CSAT 1997a) y al TIP 26, *Substance Abuse Among Older Adults* (Abuso de Sustancias entre los Envejecientes "CSAT" 1998d). Vea también al Capítulo 5.

## El cliente es un adolescente y vive con su familia de origen

El abuso de sustancias entre los adolescentes continúa siendo una condición seria que impacta el desarrollo cognitivo y afectivo, las relaciones en la escuela y en el trabajo y a todos los miembros de la familia. En la Encuesta Domiciliaria Nacional sobre el Abuso de Drogas, el 10.7 por ciento de los adolescentes, entre las edades de 12 y 17 años, informó borracheras ocasionales (por lo menos cinco tragos seguidos en una ocasión durante el mes anterior a la encuesta) y el 2.5 por ciento informó haber bebido en exceso (por lo menos cinco instancias de borracheras ocasionales durante el mes anterior) (OAS 2003a). Además, dos tendencias descritas en el TIP 32, *Treatment of Adolescents With Substance Use Disorders* (Tratamiento para Adolescentes con Trastornos por Uso de Sustancias "CSAT" 1999e) son el aumento en las tasas de uso de sustancias entre jóvenes y un aumento en el primer consumo siendo cada vez más jóvenes.

Una encuesta administrada a una muestra de niños y jóvenes entre las edades de 10 a 20 años de la población general, encontró que aproximadamente el 12.4 por ciento (96 de 776) cumplió con los criterios de trastorno por uso de sustancias (Cohen et al. 1993). El alcohol y otras sustancias psicoactivas juegan un rol prominente en los casos de muerte violenta entre adolescentes, incluso homicidio, suicidio, accidentes de tránsito y otras lesiones. Además de la muerte, las drogas pueden conducir a una serie de consecuencias potencialmente dañinas:

- Conducta violenta
- Delincuencia
- Trastornos psiquiátricos
- Conducta sexual arriesgada, que posiblemente conduzca a un embarazo no deseado o a enfermedades de transmisión sexual
- Impulsividad
- Impedimento neurológico
- Impedimento en el desarrollo (Alexander y Gwyther 1995; CSAT 1999e)

Cuando los jóvenes abusan del alcohol y las drogas ilícitas, pueden establecer un patrón continuo de conducta que afectará su expediente legal, sus opciones educativas, estabilidad psicológica y desarrollo social. El uso de sustancias (en particular los inhalantes y los solventes) puede conducir a un déficit cognitivo y tal vez a daño cerebral irreversible. Los adolescentes que usan sustancias, probablemente interactúen principalmente con pares que usan sustancias, de manera que sus relaciones de amistad, incluso sus relaciones con personas del sexo opuesto, pueden ser poco saludables y el adolescente puede desarrollar un repertorio limitado de destrezas sociales.

Cuando un adolescente usa alcohol o drogas, las necesidades y preocupaciones de los otros hermanos pueden desatenderse o minimizarse mientras los padres reaccionan a las crisis continuas provocadas por el adolescente que abusa de las drogas. Estos hermanos y pares desatendidos pueden cuidar de sí mismos de maneras poco apropiadas para su edad, o pueden comportarse como si la única forma de llamar la atención sea desarrollar problemas de conducta.

Los clínicos no deben dejar pasar ninguna oportunidad de incluir a los hermanos, quienes con frecuencia suelen ser tan influyentes como los padres, en las sesiones de terapia familiar para abuso de sustancias. Ya sean adultos o niños, los hermanos pueden ser un recurso valioso. Además, Brook y Brook (1992) señalan que las relaciones entre hermanos que se caracterizan por apego y respaldo mutuo y ausencia de conflicto, pueden proteger a los adolescentes contra el abuso de sustancias.

Otra preocupación con frecuencia que con frecuencia se pasa por alto en la literatura, es el caso de usuarios de sustancias adolescentes hijos de inmigrantes que no hablan inglés. Los padres inmigrantes con frecuencia se sienten confundidos por la conducta de su hijo. Las diferencias en los niveles de asimilación cultural entre los diferentes miembros de la familia, crean mayores retos a la hora de atender los problemas por abuso de sustancias e intensifican el conflicto entre generaciones.

En muchas familias con adolescentes que abusan de sustancias, por lo menos uno de los padres también abusa de sustancias (Alexander y Gwyther 1995). Este modelo desafortunado puede poner en marcha una peligrosa combinación de problemas físicos y emocionales. Si un adulto responsable hace frente al uso de sustancias del adolescente de manera calmada, consecuente, racional y firme, el efecto sobre el aprendizaje del adolescente será positivo. Sin embargo, si la reacción proviene de un progenitor con dificultades propias, el adolescente notará la hipocresía y el resultado probablemente sea negativo. En algunos casos, el padre con problemas puede establecer una alianza con el adolescente que usa sustancias para ocultar sus problemas al progenitor que no usa sustancias. Lo que es peor, a veces, en familias con patrones multigeneracionales de abuso de sustancias, los miembros de la familia extendida pueden sencillamente aceptar que el adolescente comparte el historial familiar.

Desde principios de la década de 1980, el tratamiento de adolescentes que abusan de sustancias ha demostrado ser efectivo. No obstante, la mayoría de los adolescentes negarán que el alcohol o los fármacos ilícitos son un problema y no buscarán tratamiento a menos que los padres exijan que lo hagan, con frecuencia con la ayuda de programas con una base escolar para ayudar a sus estudiantes o por requerimiento del sistema de justicia criminal. Con frecuencia, se oculta el problema de abuso de sustancias del joven a los miembros de la familia extendida. Los adolescentes que están completando su tratamiento necesitan estar preparados para reingresar en un sistema familiar adicto. "Alateen" y Alcohólicos Anónimos pueden contribuir al cuidado continuo del adolescente, y participar en un grupo de apoyo para recuperación en la escuela (con ayuda estudiantil) también contribuirá a reforzar la recuperación.

Para más información sobre uso de sustancias entre adolescentes, refiérase al Capítulo 5. Refiérase también al TIP 31, *Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders* (Cernimiento y Avalúo de Adolescentes para Trastornos por Uso de Sustancias "CSAT" 1999c) y al TIP 32, *Treatment of Adolescents With Substance Use Disorders* (Tratamiento de Adolescentes con Trastornos por Uso de Sustancias "CSAT" 1999e).

## Una persona que no se identifica como el cliente abusa de sustancias

El abuso de sustancias puede no ser el problema de presentación de la familia. Puede estar oculto al principio y volverse aparente durante la terapia. Si surgiera cualquier sospecha de abuso de sustancias, el consejero o terapeuta debe evaluar en qué medida el abuso de sustancias tiene un efecto sobre otros problemas familiares y requiere ser atendido directamente.

Cuando un miembro de la familia, que no sea la persona que se presenta con los síntomas de presentación, tenga un problema de alcohol o drogas ilícitas, surgirán temas de culpa, responsabilidad y causa. Con la ayuda del profesional médico, la familia debe evitar asignar culpas y descubrir y reparar las interacciones familiares que crean las condiciones para que el abuso de sustancias continúe.

## Otros asuntos relacionados con el tratamiento

Toda forma de terapia familiar para el tratamiento de abuso de sustancias, debe considerar una serie de problemas sociales que están relacionados con dicho abuso. En las familias que experimentan abuso de sustancias, también puede haber problemas como actividad criminal, desempleo, violencia doméstica y maltrato o negligencia infantil. Para atender estos problemas, los proveedores de tratamiento deben colaborar con los profesionales de otros campos. Esto se conoce como tratamiento concurrente.

Siempre que la terapia familiar y el tratamiento de abuso de sustancias tengan lugar concurrentemente, la comunicación entre profesionales clínicos es de vital importancia. Además de la terapia familiar y el tratamiento de abuso de sustancias, podría necesitarse terapia grupal multifamiliar, terapia individual, y consulta psicológica. Estos diferentes enfoques exigen coordinación, comunicación, colaboración e intercambio de las autorizaciones para poder divulgar información confidencial.

En el tratamiento concurrente, es importante que no se pierdan de vista las metas. Un beneficio de la terapia familiar es que la familia adquiere poder y éste no debe sacrificarse. Si la terapia familiar y el tratamiento de abuso de sustancias parecen destinados a entrar en conflicto, estos problemas deben atenderse directamente. Una forma con frecuencia eficiente de manejar preocupaciones diversas de manera constructiva y de proveer un foro para establecer las prioridades aceptables mutuamente y un plan de tratamiento coordinado, suele ser son las conferencias para manejo de casos.

El tratamiento concurrente no siempre incluirá a la persona con problemas de alcohol o drogas ilícitas. Aún cuando esta persona no esté recibiendo tratamiento, se puede dar inicio a la terapia familiar con la pareja y los otros miembros de la familia, o la terapia familiar puede ser un elemento adicional al tratamiento de abuso de sustancias. El período de desintoxicación también ofrece una valiosa oportunidad para incluir a los miembros de la familia en el tratamiento. La terapia familiar puede tener un mayor impacto sobre los miembros de la familia que sobre el PI mismo, ya que aumenta la capacidad de todos los miembros de la familia para trabajar y solucionar problemas. Puede servir para establecer condiciones familiares saludables que apoyen al PI para que comience la recuperación más adelante, una vez concluya el episodio de tratamiento. A veces, la persona que abusa de sustancias no permitirá que se establezca contacto con la familia, lo que limita las posibilidades de la terapia familiar, pero la

participación de la familia en el tratamiento para abuso de sustancias puede continuar siendo una meta; esta "resistencia" puede reestructurarse estableciendo una alianza con la persona con un trastorno por abuso de sustancias y recalando la importancia y la necesidad de incluir a la familia en el tratamiento. La fortaleza y adaptabilidad del sistema familiar es un área de interés en desarrollo (para más información, refiérase por ejemplo a: [www.WestEd.org](http://www.WestEd.org)).

### **Puntos resumidos del Capítulo 2 desde la perspectiva de un consejero familiar**

- Considere a la

## **3 Acercamientos terapéuticos**

### **En este Capítulo...**

Diferencias entre la teoría y la práctica

Terapia familiar para los consejeros de abuso de sustancias

Tratamiento de abuso de sustancias para los terapeutas familiares

## **Visión General**

Este capítulo discute los campos de tratamiento de abuso de sustancias y de terapia familiar. La información que se presenta ayudará a los lectores de los dos campos a tener una idea más clara de cómo funciona el otro campo. También se presentarán algunas de las teorías, las técnicas y los conceptos básicos de ambos campos de forma que puedan aplicarse al tratamiento, sin importar el ambiente o la orientación teórica.

Hay diferencias claras entre el tratamiento de abuso de sustancias y la terapia familiar en términos de historial, organizaciones profesionales y enfoques de tratamiento. El adiestramiento y los requisitos de para obtener licencias son diferentes, como lo son las reglas (formales e informales) que gobiernan la conducta. Cada campo ha desarrollado su propio vocabulario. Estas diferencias tienen efectos significativos y duraderos en cuanto a cómo los profesionales abordan a sus clientes, definen sus problemas y emprenden el tratamiento.

A pesar de estas diferencias, los proveedores de uno y otro campo continuarán tratando a muchos de los mismos clientes. Por lo tanto, es útil que los profesionales clínicos de ambos campos entiendan el tratamiento que provee el otro campo y que recurran a esos conocimientos para mejorar las posibilidades de colaboración profesional. La meta final de comprenderse mejor es proveer un tratamiento de abuso de sustancias completamente integrado con la terapia familiar profesional.

## Diferencias en teoría y práctica

### Teoría

Los campos de tratamiento de abuso de sustancias y terapia familiar comparten muchos supuestos, acercamientos y técnicas en común, pero difieren en aspectos filosóficos significativos y prácticos que afectan el enfoque y las metas de tratamiento. Es más, dentro cada disciplina existen diferencias entre la teoría y la práctica. Aunque de los dos, el tratamiento de abuso de sustancias suele ser más uniforme, en ambos casos ciertas generalizaciones aplican a la práctica de la mayoría de los proveedores. Dos conceptos esenciales a ambos campos son la negación y la resistencia de los clientes.

### **Negación y resistencia**

Los campos de tratamiento de abuso de sustancias y terapia familiar, con frecuencia usan términos diferentes y a veces entienden los mismos términos de forma diferente. Por ejemplo, el término negación puede tener un significado diferente para un consejero en tratamiento de abuso de sustancias y un terapeuta familiar. Dos terapeutas familiares con orientaciones teóricas diferentes también pueden entender su significado de formas diferentes.

En el abuso de sustancias, el término *negación* suele usarse para describir una reacción común de las personas con trastorno por abuso de sustancias quienes al verse confrontados con la existencia de esos trastornos, niegan tener un problema de abuso de sustancias. Es una reacción compleja producto de factores psicológicos y fisiológicos, en particular los que tienen que ver con la memoria y la influencia de la euforia producida por la sustancia de abuso. No se trata de un acto deliberado y premeditado de parte de la persona que abusa de sustancias, sino más bien de un conjunto de defensas y distorsiones en la manera de pensar a consecuencia del uso de sustancias.

El significado del término *negación* para los terapeutas familiares, variará más de acuerdo con la orientación teórica particular del terapeuta. Por ejemplo, los terapeutas estructurales y estratégicos pueden ver la negación como un *problema de límites* (refiriéndose a una barrera en la estructura de las relaciones familiares), que pueden ser necesarios para mantener una alianza o contribuir a relaciones demasiado apegadas o *enredadas*. De otra parte, un terapeuta centrado en las soluciones, podría ver la negación como una estrategia para mantener la estabilidad y, por lo tanto, no como un "problema" en sí, mientras que un terapeuta narrativo sencillamente verá la negación como otro elemento en el historial de una persona.

La *resistencia*, al contrario, es una respuesta relativamente directa por parte de alguien que espera que una persona haga algo que no quiere hacer. El clínico puede minimizar la resistencia al entender la etapa de cambio del cliente y estar preparado para trabajar con el cliente basándose en intervenciones apropiadas. Si los clínicos tratan a los clientes particulares (o a sus familias) en su etapa actual de preparación o su nivel de motivación para cambiar, tal vez se enfrenten a un mínimo de resistencia por parte del cliente. En otras palabras, los clínicos están limitados en términos de lo que pueden hacer si el cliente no está listo para cambiar o intentar una conducta nueva. Aún así, los consejeros pueden ayudar al cliente a moverse pausadamente de una etapa de cambio a otra. Si el tratamiento está sincronizado con la preparación del cliente para el tratamiento, la resistencia no debe volverse un problema significativo.

La resistencia puede deberse a que el cliente todavía no se siente capaz de hacer algo. Cuando los terapeutas logren aceptar que los clientes no siempre se "resisten" porque no quieren hacer algo, sino que tal vez se deba a que no son capaces de hacer algo, estarán mejor preparados para adentrarse en el mundo del cliente y explorar las causas de su resistencia.

No es lo mismo que el terapeuta diga (o crea) "Usted se rehúsa a hacer \_\_\_\_\_" a decir / creer, "Veamos qué puede estar impidiendo que usted haga \_\_\_\_\_." Una forma de manejar la resistencia del cliente es ofrecerle algunas razones típicas para rehusarse: por ejemplo, "A veces, cuando un cliente no puede hablar sobre su niñez temprana se debe a que siente vergüenza, bochorno o temor a llorar, o tal vez a que yo (el terapeuta) pueda pensar que la información es extravagante. ¿Me pregunto si eso es lo que le pasa a usted?" La misma técnica aplica a la resistencia ante sugerencias terapéuticas para llevar a cabo un plan construido durante una sesión de terapia: "A veces, un cliente no lleva a cabo el plan que preparamos porque yo iba muy rápido o porque yo no estaba al tanto de toda la dinámica que usted encuentra cuando llega a su hogar, o tal vez a que no hablamos suficiente sobre las posibles consecuencias de realizar la acción, por ejemplo, tal vez su hijo escape del hogar o usted necesite intentar otras alternativas primero."

*Fuente:* Panel de consenso.

La investigación clínica (por ejemplo, Szapocznik et al. 1988) ha demostrado que la resistencia (ya sea de parte de la persona con trastorno por uso de sustancias u otro miembro de la familia) de los miembros de la familia a comprometerse con la terapia como es debido, puede reflejar la dinámica familiar que contribuye a mantener el problema de abuso de sustancias. Por lo tanto, tal vez sea importante trabajar con el cliente y la familia para reestructurar esta

resistencia con el fin de convencer a la familia para que participe del tratamiento y corregir los patrones de interacción maladaptativa relacionados con el problema de abuso de sustancias.

Muchos consejeros en tratamiento de abuso de sustancias basan su comprensión de la relación entre la familia y el abuso de sustancias en un *modelo de enfermedad* para abuso de sustancias. En este modelo, los profesionales han venido a entender el abuso de sustancias como una "enfermedad familiar", es decir, una enfermedad que afecta a todos los miembros de una familia y como consecuencia del abuso de sustancias de uno o más de sus miembros y que crea cambios negativos en su ánimo, conducta, las relaciones con la familia y a veces en la salud física y emocional. En otras palabras, el abuso de sustancias de los miembros en su carácter individual y el dolor y la confusión de la familia, tienen una relación de causa y efecto. Berenson y Schrier (1998) señalan que el modelo de enfermedad tiene una orientación pragmática, puesto que se desarrolló típicamente de la práctica y no se extrajo de teorías o experimentos controlados. El modelo de enfermedad también considera que los trastornos de uso de sustancias tienen un componente genético y son similares a las enfermedades médicas recurrentes, puesto que ambos son "crónicos, progresivos, sujetos a recaídas, incurables y potencialmente fatales." (Inaba et al. 1997, p. 66).

Por otro lado, los terapeutas familiares han adoptado en su mayoría un modelo de *sistemas familiares*. Este sistema conceptúa el abuso de sustancias como un síntoma de disfunción familiar, un síntoma relativamente estable porque de alguna forma sirve un propósito en el sistema familiar. Es este enfoque en el sistema familiar, más que la inclusión de más personas, lo que define la terapia familiar. El tamaño del sistema familiar puede variar de dos (en la terapia de parejas) a una familia extendida, y hasta puede incluir varios sistemas (por ejemplo, escuelas y entornos de trabajo) que afectan a los miembros de la familia (Walsh 1997).

Esta perspectiva teórica hace hincapié en las relaciones recíprocas. Se cree que el abuso de sustancias interactúa con las relaciones disfuncionales de la familia, manteniendo así ambos problemas. Los terapeutas familiares consideran que es necesario modificar las relaciones interpersonales para que la familia se convierta en un medioambiente que permita que la persona que abusa de sustancias abandone o reduzca el uso de sustancias y las necesidades de la familia se puedan satisfacer. Los acercamientos en los sistemas familiares se desarrollaron a partir de una fuerte tradición teórica, pero no hay muchos estudios empíricos que validen su efectividad (Berenson y Schrier 1998). (Refiérase al TIP 34, *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse (Intervenciones Breves y terapias breves para el Abuso de Sustancias)* [Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias (CSAT, por sus siglas en inglés) 1999a] para más información sobre los acercamientos específicos a la terapia familiar, todos inspirados en un modelo de sistemas.)

A pesar de sus diferencias fundamentales, los campos de terapia familiar y tratamiento de abuso de sustancia son compatibles. Por ejemplo, la terapia familiar parecería tener un monopolio sobre el acercamiento de sistemas, y el tratamiento de abuso de sustancias puede aparentar centrarse solamente en el individuo, con menos énfasis en la relación del individuo con cualquier otro sistema. Sin embargo, en la realidad, tanto la terapia familiar como el tratamiento de abuso de sustancias entienden el abuso de sustancias, en términos de su relación con sistemas. Sencillamente enfocan el tratamiento en sistemas diferentes. Los proveedores de tratamiento de abuso de sustancias suelen enfocarse en un sistema que conste de una persona con trastorno por abuso de sustancias y la naturaleza de la adicción. Los terapeutas familiares ven el sistema como una persona y su relación con la familia.

Claramente, la reacción de la familia con el cliente, la reacción del cliente con la familia y la naturaleza de la adicción pueden constituir dinámicas de refuerzo mutuo.

Los clínicos en ambos campos abordan las interacciones del cliente con un sistema que incluye algo fuera de la persona misma. Debe señalarse que ni el tratamiento de abuso de sustancias ni la terapia familiar consideran de manera rutinaria otros sistemas más amplios: la cultura y la sociedad. Una multiplicidad de sistemas afecta a las personas con trastornos por abuso de sustancias a niveles distintos (individual, familiar, cultural y social) y un tratamiento verdaderamente abarcador los tomará a todos en consideración. La familia y el tratamiento de abuso de sustancias podrían subestimar la influencia y el poder del género y de los roles estereotipados impuestos por la cultura. Los terapeutas familiares feministas y culturales, advierten que si se hace caso omiso de las diferencias de poder en y entre culturas, los terapeutas tienen el potencial de causar daño al cliente y a la familia. Por ejemplo, al no reconocer las diferencias de poder entre hombres y mujeres, y abogar por una relación de igualdad, el terapeuta puede trastocar las diferencias de poder en una familia y, de no atenderse, puede causar más conflictos y daño a la familia.

El campo de la salud mental reconoce actualmente a la adicción como una enfermedad independiente que amerita tratamiento específico en un plano de igualdad con el tratamiento de salud mental ("CSAT" en desarrollo *k*). De igual forma, la mayoría de los terapeutas familiares (y los terapeutas de grupo, refiérase al "CSAT" en desarrollo *g*) han reconocido la importancia del tratamiento directo para el trastorno adictivo además de las intervenciones de terapia familiar.

## Práctica

A continuación se provee una visión general de las diferencias que existen entre muchos, aunque no todos, los ambientes y profesionales de terapia para abuso de sustancias y de terapia familiar.

## Intervenciones familiares

Los programas de tratamiento para abuso de sustancias que incluyen a la familia de la persona con problema de abuso de sustancias, por lo general usan intervenciones familiares diferentes a la que usan los terapeutas familiares. La psicoeducación y los grupos multifamiliares son más comunes en el campo de tratamiento de abuso sustancias que en el de la terapia familiar. Las intervenciones familiares en el tratamiento para abuso de sustancias, suelen referirse a una confrontación entre un grupo de familiares y amigos y la persona que abusa de sustancias. Su meta es comunicarle el impacto del abuso de sustancias y exhortarla a que reciba tratamiento. El tratamiento mismo probablemente sea más corto y limitado en términos de tiempo que el de la terapia familiar (aunque algunos tipos de terapia familiar, como la terapia familiar estratégica, son breves.)

Entender la importancia relativa de los diferentes problemas en la recuperación del cliente, naturalmente influye en las técnicas e intervenciones usadas en el tratamiento de abuso de

sustancias y en la terapia familiar. Los terapeutas familiares se centrarán más en las relaciones intrafamiliares y los proveedores de tratamiento de abuso de sustancias se concentrarán en ayudar a sus clientes a alcanzar la abstinencia.

## **Espiritualidad**

La espiritualidad es otra práctica que los clínicos de los dos campos enfocan de manera diferente. En parte debido al rol de la espiritualidad en los grupos de 12-Pasos, los proveedores de tratamiento de abuso de sustancias por lo general dan más importancia a este aspecto que los terapeutas familiares. La terapia familiar se desarrolló a partir del campo de la medicina de salud mental y en consecuencia, el énfasis los fundamentos científicos redujo el rol de la espiritualidad, en particular en la teoría y en gran medida en la práctica clínica. La falta de énfasis en la vida espiritual en la terapia familiar continúa, aunque se ha demostrado que la afiliación religiosa se correlaciona negativamente con el abuso de sustancias (Miller et al. 2000, "National Center on Addiction and Substance Abuse" 2001; Pardini et al. 2000.) En algunos casos, la terapia familiar se practica en ambientes religiosos, con frecuencia por consejeros pastorales licenciados. Sin embargo, los clínicos de las disciplinas del campo del tratamiento de abuso de sustancias, aún no han llegado a un acuerdo claro sobre un concepto estándar de espiritualidad, ya sea de origen religioso o no.

## **Proceso y contenido**

La terapia familiar suele atender más el proceso de la interacción familiar, mientras que el tratamiento de abuso de sustancias suele preocuparse más con el *contenido* planificado de cada sesión. El terapeuta familiar está adiestrado para observar las interacciones de los miembros de la familia y aplicar métodos de tratamiento como respuesta a esas observaciones. Algunos terapeutas familiares inclusive pueden interpretar el abuso de sustancias del cliente como un problema de contenido (y, por lo tanto, menos significativo que las interacciones familiares).

Tanto la terapia familiar como el tratamiento de abuso de sustancias entienden el abuso de sustancias, en términos de su relación con sistemas.

Por ejemplo, una esposa puede comenzar a describir el malestar y la desesperanza que sintió cuando su esposo sufrió una recaída, sólo para que el marido la interrumpa en un tono discretamente amenazador o condescendiente. El terapeuta familiar puede percibir si el marido interrumpe con regularidad y cambia agresivamente el rumbo de la conversación cuando su esposa expresa emociones; en otras palabras, lo que acaba de ocurrir, ¿es un ejemplo de un patrón de interacción (proceso) entre marido y mujer? Y, ¿cuál es el propósito o la meta del proceso? ¿Es ésta la forma en que el marido evita las

emociones o su propia decepción ante la recaída y su incapacidad de proteger a su mujer de las consecuencias de su enfermedad? Por otro lado, un consejero de tratamiento para abuso de sustancias puede concentrarse en el contenido de los problemas que surgieron durante el

intercambio; es decir, el consejero puede indicarle al marido que el alcoholismo es una enfermedad familiar, que su recaída tiene consecuencias serias, y que su recaída y el malestar y la desesperanza inicial que siente su esposa, es como la enfermedad distancia a la persona con trastorno por abuso de sustancias de lo que quiere. El consejero puede enfocarse más en los temas de contenido de cómo manejar las recaídas, aprender de ellas y reconocer que a veces son parte de una recuperación exitosa.

Una serie de aspectos esenciales de la enfermedad adictiva, constituyen las bases generales de la consejería para abuso de sustancias. Para las adicciones, ciertos temas son esenciales y se exploran siempre: vergüenza, negación y la "astuta, desconcertante y poderosa" naturaleza de la adicción (Alcohólicos Anónimos [AA] 1976, Págs. 58-59), así como el hecho de que la recuperación es una propuesta de largo plazo. Todos éstos son esenciales, en parte porque la mayoría de las personas con trastornos de uso de sustancias inician su tratamiento con creencias contrarias a los hechos. En contraste, estas diferencias respaldan la necesidad de más adiestramiento cruzado entre las dos disciplinas.

## **Enfoque**

Aún cuando tratan a los mismos pacientes con los mismos problemas, los clínicos en los campos de terapia familiar y tratamiento de abuso de sustancias, suelen enfocarse en objetivos diferentes. Por ejemplo, si un hombre que ha estado abusando de la cocaína acompaña a su esposa a un programa de tratamiento para abuso de sustancias, el consejero identificará el abuso de sustancias como el problema de presentación. Inicialmente, por lo menos, el consejero de tratamiento para abuso de sustancias establecerá como su primera meta poner fin al uso de sustancias del cliente.

La investigación sugiere que los consejeros y terapeutas necesitan balancear su auto-divulgación.

Un terapeuta familiar, por su parte, verá el sistema familiar - que puede consistir en la pareja solamente - como un componente integral del abuso de sustancias. Las metas del terapeuta familiar suelen ser más amplias que las del consejero de tratamiento para abuso de sustancias y se enfocarán en mejorar los patrones de relaciones del sistema familiar. Puesto que las familias cambian sus patrones de interacción durante la recuperación, se entiende que necesitan ayuda continua para evitar que desarrollen otro patrón disfuncional.

## **Identidad del cliente**

Con frecuencia el consejero de tratamiento para abuso de sustancias, considera al individuo con trastorno por abuso de sustancias como la primera persona que necesita tratamiento más que nadie. Si bien los profesionales médicos de ambos campos suelen estar de acuerdo con que un cliente con trastorno por abuso de sustancias necesita dejar de usar sustancias, tal vez no estén de acuerdo en cuál es la mejor manera de lograrlo. Un supuesto común en el tratamiento de abuso de sustancias es que no es necesario resolver los problemas de los otros miembros de la familia para que el cliente logre y mantenga la abstinencia. El proveedor de

tratamiento para abuso de sustancias puede incorporar a la familia en cierta medida, pero el enfoque continúa siendo la necesidad de tratamiento para la persona que abusa de sustancias. La comunidad de terapia familiar supone que si se produce un cambio a largo plazo, se deberá tratar a la familia completa como una unidad, de manera que la familia completa sea el cliente. Desgraciadamente, la falta de fondos no siempre permite proveer un tratamiento tan integrado.

Quién recibe tratamiento también varía de un campo a otro. Aunque muchos programas de abuso de sustancias tienen un componente para los miembros de la familia, la mayoría de los consejeros y programas no incorporarán a la familia del cliente al inicio del tratamiento (una excepción es el tipo de intervenciones que usan a la familia y a los amigos para motivar al cliente a entrar a tratamiento.) La mayoría de los programas de tratamiento de abuso de sustancias, trabajarán con la familia del cliente cuando éste haya alcanzado alguna medida de abstinencia. Sin embargo, en el momento en que el cliente comienza el tratamiento, los proveedores de tratamiento para abuso de sustancias suelen referir a los miembros de la familia, niños inclusive, a un programa de tratamiento separado o a grupos de autoayuda como "Al-Anon", "Nar-Anon" y "Alateen". Si bien los grupos de apoyo educativo proveen información sobre adicción apropiada para la edad, así como oportunidades para que los participantes compartan sus experiencias y aprendan una variedad de destrezas de manejo, pocos programas de tratamiento proveen este tipo de grupos. Los niños de edad escolar también pueden recibir referidos para programas de asistencia estudiantil en sus escuelas.

En contraste, muchos terapeutas familiares tal vez no traten a los clientes que abusan activamente de sustancias, pero sí pueden ofrecer terapia a los otros miembros de la familia. Los terapeutas familiares no siempre se reúnen con todos los miembros de la familia sino con varios subgrupos en momentos diferentes, dependiendo del tema discutido. Por ejemplo, probablemente los niños no estarán presentes cuando los padres discutan problemas de conflicto familiar o si separarse o permanecer juntos. Sin embargo, cuando el tema que se discute incluya la conducta de los niños, se esperará que estén presentes. Aún así, los niños necesitarán primero servicios apropiados para su edad, de manera que puedan desarrollar suficientes conocimientos sobre la adicción, poner en orden sus experiencias y sentimientos y prepararse para participar en la terapia familiar.

## ***Auto-divulgaciones del consejero***

El adiestramiento en cuanto a los límites de lo que divulga el terapeuta o consejero de sí mismo, es una parte integral de la educación de los proveedores de tratamiento. Los consejeros en adicción que están en proceso de recuperación, han sido adiestrados para reconocer la importancia de escoger si divulgan sus propios historiales de adicción y para usar la supervisión adecuadamente para determinar cuándo divulgar y qué divulgar. Una guía usada comúnmente para la auto-divulgación, es considerar las razones que le impulsan a revelar su historial personal de adicción al cliente partiendo de la pregunta: ¿Cuál es el propósito de divulgar mi historial? ¿Para ayudar en la recuperación del paciente o para satisfacer mis propias necesidades?

Muchas personas que han estado recuperándose durante algún tiempo y tienen experiencia en grupos de autoayuda, se han convertido en proveedores de tratamiento adiestrados como asistentes o profesionales. Hay que destacar que es necesario dar crédito y reconocer que los

clientes son capaces de introducir cambios en sus propias vidas, para que ellos puedan hacerse responsables de su propio cambio. Es una práctica común que los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias divulguen información sobre sus propias experiencias con la recuperación. Los clientes en tratamiento para abuso de sustancias suelen tener algún contacto previo con grupos de autoayuda donde las personas buscan ayuda de otras personas en el proceso de recuperación. En consecuencia, los clientes generalmente se sienten cómodos con la auto-divulgación del consejero.

La práctica de compartir el historial personal recibe mucho menos énfasis en la terapia familiar, en parte debido a la influencia de la tradición psicoanalítica en la terapia familiar. Para el terapeuta familiar, la auto-divulgación no es una parte tan integral del proceso terapéutico. Se le da menos importancia porque el enfoque de la terapia debe ser la familia. (Las terapias posmodernas más recientes, como la terapia narrativa y los sistemas de lenguaje colaborador, resaltan el significado del lenguaje y la subjetividad de la verdad. El que el terapeuta hable de sus experiencias personales a fin de descubrir alguna verdad compartida con el cliente es parte del proceso. La "verdad" es una creación conjunta del terapeuta y el cliente, de manera que compartir es un proceso natural y representa lo que el cliente percibe y entiende, mientras que el terapeuta procura develar diferentes verdades o historias que retan la historia dominante del cliente.)

Tal vez ninguno de los dos campos haya seleccionado el mejor acercamiento a la auto-divulgación del terapeuta. Las investigaciones sugieren que los consejeros y los terapeutas necesitan equilibrar su auto-divulgación. Si el terapeuta jamás revela nada, el resultado podría ser menos revelaciones del cliente (Barrett y Berman 2001). Auto-divulgar demasiado, por otra parte, puede dar fin a la conversación y reducir la información que divulga el cliente. Además, la información podría no ser apropiada si hay niños presentes, ya que tal vez no puedan procesar o entender la información y por lo tanto añada a su confusión.

## Reglamentaciones

Por último, los campos de tratamiento de abuso de sustancias y de terapia familiar también se ven afectados por diferentes reglamentaciones. Esta influencia proviene de las agencias de gobierno y de terceros pagadores que afectan la confidencialidad y los requisitos de adiestramiento y licencias. La intención de los reglamentos federales es garantizar la confidencialidad a las personas que buscan avalúo y tratamiento de abuso de sustancias (42 U.S.C. §290dd-2 y 42 CFR Parte 2). Los proveedores de tratamiento deben estar familiarizados con las reglamentaciones de su estado que puedan afectar la confidencialidad y los requisitos de adiestramiento y licencias. Los diferentes aspectos de la confidencialidad son complejos; los lectores interesados en obtener más información deben referirse al TIP 14, *Confidentiality of Patient Records for Alcohol and Other Drug Treatment* (Confidencialidad de los expedientes de los pacientes de tratamiento de alcohol u otras drogas [López 1994]) y el TAP 18, *Checklist for Monitoring Alcohol and Other Drug Confidentiality Compliance* (Lista de cotejo para monitorear el cumplimiento con la confidencialidad del alcohol u otras drogas ["CSAT" 1996a]).

Los asuntos de confidencialidad son menos claros para los terapeutas familiares. Por ejemplo, los terapeutas familiares que trabajan con adolescentes tendrán más dificultades cuando tratan los aspectos de límites cliente-terapeuta y confidencialidad. A veces, cuando se tratan a adolescentes que abusan de sustancias, es evidente que ha habido conducta delictiva en el pasado o que se está planificando tal conducta delictiva. El interés tan fuerte que se está

demostrando en la terapia familiar, está restaurando la autoridad de los padres, sin embargo, las leyes estatales pueden limitar el derecho del terapeuta a revelar información a los padres a no ser que el adolescente firme una autorización debidamente redactada. Las leyes son diferentes de un estado a otro, pero pueden ser específicas y estrictas en cuanto a lo que se les permite hacer a los terapeutas en términos de reportar un delito o compartir información con los padres. Para más información sobre este tema refiérase al TIP 32, *Treatment of Adolescents With Substance Use Disorders* (Tratamiento para Adolescentes con Trastornos por Uso de Sustancias “CSAT” 1999e).

## **Licencia y Certificación**

Cuarenta y dos estados requieren que los terapeutas familiares obtengan una licencia de la Asociación Americana de Terapia Matrimonial y Familiar (por sus siglas en inglés, *American Association for Marriage and Family Therapy* [AAMFT 2001]) Aunque los requisitos educativos específicos varían entre estados, la mayoría requiere a las personas que tengan intención de fungir como terapeutas familiares independientes que tengan por lo menos un grado de Maestría. Ciertos estados, como California, también requieren cursos específicos para obtener la licencia. Por lo general no se requiere adiestramiento en tratamiento de abuso de sustancias, aunque la Comisión sobre Acreditación para la Educación en Terapia Conyugal y Familiar de la “AAMFT” sugiere que los terapeutas familiares deben estar adiestrados en consejería para abuso de sustancias. (Para más información sobre los requisitos de licencia y certificación de los diferentes estados, refiérase a [www.aamft.org](http://www.aamft.org), esta dirección en la red, incluye enlaces con las agencias estatales a cargo de la certificación.)

El Consorcio Internacional para Certificación y Reciprocidad (IC&RC, por sus siglas en inglés, *International Certification and Reciprocity Consortium*) sobre Abuso de Alcohol y Otras Drogas es el más abarcador, y provee credenciales en prevención y/o consejería a consejeros en 41 estados, Puerto Rico, tres ramas del servicio militar, 11 países extranjeros, y el Servicio Indio de Salud. El “IC&RC” ha creado estándares de acreditación para consejeros de tratamiento para abuso de sustancias que exigen 270 horas de educación presencial (sobre conocimiento de abuso de sustancias, consejería y ética, así como avalúo, planificación del tratamiento, evaluación clínica y servicios familiares), 300 horas de adiestramiento práctico y 3 años de trabajo supervisado (“IC&RC” 2002).

La Asociación de Profesionales de la Adicción, anteriormente la Asociación Nacional de Consejeros sobre Alcoholismo y Drogadicción (NAADAC, por sus siglas en inglés, *National Association of Alcohol and Drug Abuse Counselors*) también ofrece certificaciones en muchos estados que tienen reciprocidad con el “IC&RC”. Para los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias al nivel más básico, la “NAADAC” requiere menos monitoreo y tiene menos requisitos que el “IC&RC”, aunque sus credenciales de niveles superiores tienen muchos más requisitos que las de nivel básico. La “NAADAC” ofrece la única credencial para el nivel de Maestría basada en educación y no en experiencia. La dirección en la red de la NAADAC es [www.naadac.org](http://www.naadac.org). Además, los Centros de Transferencia de Tecnología de Adicción (*Addiction Technology Transfer Centers*), que reciben parte de sus fondos de operación de “CSAT”, proveen información en la dirección en la red [www.nattc.org](http://www.nattc.org) con enlaces a organismos estatales, nacionales e internacionales que proveen credenciales para consejeros. No obstante, hay poco adiestramiento y requisitos de acreditación para entender el impacto de la adicción en los niños y formas efectivas de ayudarlos.

## Avalúo

Los procedimientos específicos para evaluar clientes en tratamiento de abuso de sustancias y terapia familiar variarán de un programa a otro y de profesional a profesional. Sin embargo, conviene tener una idea general de los mismos.

### *Avalúo en el tratamiento de abuso de sustancias*

Para los programas de tratamiento de abuso de sustancias, los avalúos se centran en el uso de sustancias y el historial de uso. La Ilustración 3-1 provee una idea general de algunos de los elementos claves que se examinan al evaluar el historial de abuso de sustancias de un cliente, incluso temas relacionados importantes como relaciones familiares, historial sexual y salud mental.

Los consejeros en tratamiento de abuso de sustancias pueden no estar familiarizados con las maneras en que la terapia familiar puede complementar el tratamiento de abuso de sustancias. Debido a su enfoque en las sustancias de abuso y la dinámica intrapsíquica del paciente identificado (PI), los consejeros tal vez ni siquiera consideren hacer un referido para terapia familiar. Otros consejeros pueden considerar que el conflicto familiar es una amenaza a la abstinencia y una razón para mantener a la familia ajena al proceso de tratamiento. Por razones de seguridad, debe evaluarse la severidad del conflicto y el cliente necesitará tiempo para ajustarse y compenetrarse con el consejero antes de exponerlo a la terapia familiar.

*Figura 3-1*

### *Visión general de los elementos claves a incluirse en el avalúo*

**Historial médico y examen médico estándares, con atención particular a la presencia de cualquiera de los siguientes**

- Síntomas físicos o quejas (por ejemplo, manchas de nicotina, pupilas dilatadas o contraídas, marcas de agujas, caminar inseguro, tatuajes alusivos a gangas, quedarse dormido)
- Señales o síntomas neurológicos (por ejemplo, pérdida del conocimiento o de la memoria, insomnio u otros trastornos del sueño, temblores)

- Dificultades emocionales o de comunicación (por ejemplo, hablar incomprensible, incoherente o demasiado rápido, agitación, dificultad para seguir la conversación o tema)

### **Historial de trauma Skinner**

Desde que cumplió los 18 años de edad, ¿ha sufrido usted

- fracturas o dislocaciones de huesos o coyunturas?
- lesión(es) como resultado de algún accidente de carretera?
- lesión(es) de cabeza?
- lesión(es) como resultado de una agresión o pelea (excluyendo lesiones deportivas)?
- lesión(es) después de haber bebido?

*Fuente:* Skinner et al. 1984.

### **Historial de uso de alcohol y drogas**

- Uso de alcohol y drogas (comience por las sustancias lícitas primero)
- Forma de usar las sustancias (por ejemplo, fumar, aspirar, inhalar, masticar, inyectar)
- Cantidad usada
- Frecuencia de uso
- Patrón de uso: fecha en que bebió alcohol o usó drogas por última vez, duración de la sobriedad, período mayor de abstinencia de la sustancia de preferencia (¿cuándo terminó?)
- Combinaciones de alcohol o drogas usadas
- Complicaciones o consecuencias legales del uso de drogas (venta, distribución)
- Ansias de consumo (manifestada en sueños, pensamientos, deseos)

### **Historial Familiar /Social**

- Situación matrimonial /cohabitación
- Condición legal (menor, custodia, situación de inmigración)
- Uso de alcohol o fármacos por padres, hermanos, parientes, hijos, cónyuge /compañero (indague en cuanto a tipo de alcohol o drogas que usan los miembros de la familia, ya que suele ser un indicador importante de problema: "¿Diría usted que tienen un problema con la bebida? ¿Puede decirme algo al respecto?")
- Distanciamiento de la familia
- Uso de alcohol o fármacos por amistades
- Historial de violencia doméstica, abuso de menores, agresión (muchos supervivientes y agresores usan drogas y alcohol)
- Otro historial de abuso (físico, emocional, verbal, sexual)
- Nivel educativo
- Historial ocupacional /de trabajo (indague sobre fuentes de apoyo económico que puedan estar relacionadas con la adicción o actividades relacionadas con el uso de drogas como participación en la industria sexual comercial)
- Interrupciones de trabajo o historial escolar (pida una explicación)
- Historial de arresto /citación (por ejemplo, guiar bajo los efectos de sustancias, infracciones legales, encarcelación, probatoria)

### **Historial Sexual: Preguntas modelo y consideraciones**

- Orientación /preferencia sexual: "¿Sus parejas sexuales son del mismo sexo? ¿Del sexo contrario? ¿Ambos?"
- Número de relaciones: "¿Cuántas parejas sexuales ha tenido durante los pasados seis meses? ¿Último año?"
- Tipos de actividad sexual practicada; problemas con interés, desempeño o satisfacción,
- ¿Tiene problemas para excitarse sexualmente? ¿Para lograr un orgasmo? ¿Le preocupa su desempeño sexual? ¿Su habilidad para funcionar como cónyuge o pareja? ¿Cree usted que las sustancias o el alcohol están afectando su vida sexual?" (Se pueden usar o abusar de un sinnúmero de sustancias para mejorar el desempeño y aumentar la satisfacción sexual; de igual manera, el uso de fármacos recetados y drogas ilícitas y de alcohol pueden reducir la libido, el desempeño sexual y el logro del orgasmo.)
- Si el paciente practica sexo seguro (las investigaciones indican que el abuso de sustancias está relacionado con prácticas sexuales poco seguras y exposición al VIH.)
- El historial de salud reproductiva /resultados de embarazo en las mujeres (además de obtener información, este tema ofrece una oportunidad de proveer consejería sobre los efectos del alcohol y las sustancias en la salud del feto y la madre.)

### **Historial de salud mental: Preguntas modelo y consideraciones**

- Trastornos del ánimo: "¿Se ha sentido deprimido o ansioso o ha sufrido de ataques de pánico? ¿Cuánto duraron estos sentimientos? ¿Alguna otra persona de su familia experimenta problemas similares?" (Si contesta que sí, ¿reciben medicamentos para ello?)
- Otros trastornos mentales: "¿Alguna vez ha sido tratado por un psiquiatra, psicólogo, u otro profesional de la salud mental? ¿Alguien en su familia ha recibido tratamiento?"
- ¿Puede decirme para qué condición recibió tratamiento? ¿Se le dio medicamento?"
- Pensamientos o acciones autodestructivas o suicidas: "¿Alguna vez ha considerado suicidarse? ¿Ha estado pensando en el suicidio recientemente? ¿Tiene un plan?" (De contestar que sí: ¿cómo lo haría?] Dependiendo de la respuesta del paciente y la opinión del profesional clínico, puede usarse una herramienta de avalúo de salud mental como el Inventario de Depresión de Beck, o la Escala de Desesperanza de Beck para obtener información adicional, o el clínico podría optar por implementar sus propios procedimientos predefinidos para atender un problema de salud mental potencialmente severo.

*Fuente: "CSAT" 1997a.*

Eventualmente, casi todos los clientes con trastorno de abuso de sustancias pueden beneficiarse de algún tipo de terapia familiar, ya que las sesiones educativas para familias que suelen usarse en el ambiente de tratamiento de sustancias, no siempre son suficientes para inducir un cambio sistémico, duradero y necesario en las relaciones familiares del cliente. Una variedad de factores influirá en la decisión sobre la clase y la intensidad relativa del tratamiento que debe recibir el cliente. El nivel de recuperación del cliente puede tener su mayor efecto en su capacidad de participar, tanto en tratamiento de abuso de sustancias como en la terapia familiar, y en la utilidad de la terapia para todos los miembros de la familia. (Refiérase al Capítulo 4, donde se tratan los niveles de recuperación.)

Si bien ofrecer terapia familiar además de tratamiento de abuso de sustancias es muy deseable, las guías de cuidado manejado y los reglamentos federales, sin duda afectarán los referidos. Por consiguiente, las decisiones de los pagadores serán un factor determinante en

los servicios ofrecidos por un programa y los servicios que el cliente estará dispuesto a solicitar. Si las agencias que asignan fondos no apoyan la terapia familiar, el consejero puede decidir trabajar la dinámica familiar con el individuo sintomático solamente. Es sumamente necesario adiestrar a los consejeros en tratamiento de abuso de sustancias en terapia familiar también. Esto puede lograrse si se adiestra al consejero para usar terapia familiar con un solo individuo. Además, los terapeutas familiares necesitan mejor preparación en la escuela graduada y más trabajo supervisado para trabajar de manera efectiva en el campo de tratamiento de abuso de sustancias específicamente. (Refiérase al Capítulo 4, donde se trata el tratamiento integrado.) Estos son los primeros pasos esenciales para integrar ambos enfoques. El enfoque integrado podría tener un efecto importante en las políticas de disponibilidad de fondos, lo que permitirá que más personas reciban tratamiento de abuso de sustancias integrado con terapia familiar.

### ***Terapeutas familiares y cernimiento, avalúo y referido para abuso de sustancias***

Las evaluaciones de terapia familiar se centran en la dinámica familiar y las fortalezas del cliente. La tarea principal del avalúo es observar las interacciones familiares que pueden revelar patrones como la triangulación (una forma de evadir la confrontación entre dos personas incorporando a una tercera) junto a las fortalezas y disfunciones del sistema familiar. Las fuentes de la disfunción no pueden determinarse sencillamente pidiendo a cada miembro que identifique los problemas dentro de su familia. El terapeuta familiar necesita observar las interacciones familiares para identificar las alianzas, los conflictos, los límites interpersonales, la comunicación y el significado y otros patrones en las relaciones. Los terapeutas con diferentes orientaciones teóricas brindan atención especial a aspectos particulares de la interacción familiar. Los métodos para evaluar estas interacciones también varían dependiendo de la orientación teórica del terapeuta.

Además de adiestramiento en el avalúo de disfunciones y fortalezas, los terapeutas familiares deben estar adiestrados y tener experiencia en el cernimiento de abuso de sustancias y estar familiarizados con el rol que juega el abuso de sustancias en la dinámica familiar. Aunque la mayoría de los terapeutas familiares investigan si hay enfermedades físicas y abuso físico, sexual o emocional, es posible que no se descubran problemas de abuso de sustancias porque el terapeuta no está familiarizado con las preguntas que debe hacer o las pistas que proporcionan los clientes. Algunos terapeutas familiares pueden extender la evaluación para determinar cómo los sistemas múltiples (familia de origen, familia elegida, escuelas, lugares de trabajo) afectan a la familia cliente.

### ***Genogramas***

Una técnica usada por los terapeutas familiares para ayudarles a entender las relaciones familiares es el genograma, una gráfica con imágenes de las personas involucradas en un sistema de relaciones de tres generaciones, que presenta matrimonios, divorcios, nacimientos, localización geográfica, muertes y enfermedades (McGoldrick y Gerson 1985). Esto se le suele explicar al cliente durante la sesión inicial y se desarrolla a medida que progresa la sesión, se usa para identificar puntos de discusión y es particularmente útil cuando el cliente y el terapeuta llegan a un "tranque" en el proceso terapéutico. Los genogramas pueden usarse para ayudar a identificar las causas subyacentes de la conducta, las lealtades, y los temas vergonzosos de la familia. Cuando se trabaja con un genograma se puede establecer un vínculo enlances y una confianza mayor entre el terapeuta y el cliente (refiérase a la Ilustración 3-2).

## Símbolos básicos usados en un genograma

	= Hombre (colocado a la izquierda)
	= Mujer (colocada a la derecha)
	= Feto en útero
	= Matrimonio
	= Divorcio
	= Hijos (con el mayor a la izquierda)
	= Muerte

El genograma se ha convertido en una herramienta básica para muchos acercamientos de terapia familiar. Se le pueden añadir disfunciones físicas, sociales y psicológicas significativas. Aunque no hay un estándar para preparar un genograma, la mayoría comienza por las relaciones legales y biológicas entre los miembros de la familia. También puede reflejar eventos significativos de los miembros de la familia (como nacimientos, muertes y enfermedades), atributos (afiliación religiosa, por ejemplo), y el carácter de las relaciones (como alianzas y conflictos). Los diferentes estilos de genograma buscan diferentes tipos de información y usan símbolos diferentes para representar las relaciones. Además, el genograma puede mostrar "elementos clave sobre los individuos y las relaciones entre los miembros de una familia. Por ejemplo, en el genograma más sofisticado, uno puede reflejar el grado educativo más alto completado, una enfermedad seria durante la niñez o una relación extremadamente íntima o distante. Los hechos representados en el genograma proveen pistas sobre los secretos y la mitología familiar, ya que las familias tienden a esconder los eventos dolorosos o vergonzosos de su historia." (McGoldrick 1995, p. 36). El *mapa familiar* es una variación del genograma que acomoda a los diferentes miembros de la familia en torno a un problema específico (como el abuso de sustancias.)

Los genogramas permiten que los profesionales clínicos verifiquen las relaciones complejas, los problemas y las actitudes de las familias en múltiples generaciones. Los genogramas también se pueden usar para ayudar a los miembros de la familia a verse a sí mismos y a sus relaciones de forma diferente (McGoldrick y Gerson 1985). El genograma puede ser una

herramienta útil para los consejeros en tratamiento de abuso de sustancias que quieren entender cómo las relaciones familiares afectan a sus clientes y el abuso de sustancias. La Ilustración 3-2 muestra los símbolos básicos usados para construir un genograma.

Los terapeutas familiares, por el contrario, deben estar preparados para integrar la terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias.

El genograma reproducido en la Ilustración 3-3 muestra cinco generaciones de la familia de Eugene O'Neill. Este historial familiar muestra un patrón de abuso de sustancias y suicidio. O'Neill describió a su propia familia, en forma de ficción, en *Largo viaje hacia la noche*, donde los lectores pueden ver cómo el patrón disfuncional de fusión tuvo como resultado una familia con una "necesidad desesperada para convencerse de que estaban unidos; sin embargo, la distorsión era lo que precisamente evitaba que estuviesen conectados" (McGoldrick 1995, Pág. 107).

En raras ocasiones el PI o su familia comenzará el tratamiento con un conocimiento detallado de generaciones de una familia como el que se ilustra en de la familia de Eugene O'Neill. Durante la primera entrevista se procura completar tanta información como es posible sobre la familia extendida, en particular la familia de origen y, si está presente, la familia de procreación. Se asigna a los miembros de la familia a que investiguen a otros para llenar las lagunas, lo que con frecuencia es una experiencia reveladora según se hacen más descubrimientos y se entiende mejor la historia familiar.

## Aspectos de cernimiento y avalúo

Cuando el terapeuta familiar refiere al cliente para tratamiento especializado por un trastorno de abuso de sustancias, no es necesario excluir al cliente de participar en terapia familiar. Los terapeutas familiares, por el contrario, deben estar preparados para integrar la terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias. Cuando los terapeutas conocen por primera vez a una familia que incluye un miembro que abusa de sustancias, pueden tomar medidas específicas para evaluar la situación y preparar a la familia para que se incorpore al tratamiento de abuso de sustancias. O'Farrell y Fals-Stewart (1999) sugieren realizar una entrevista antes de comenzar la terapia, durante la entrevista el terapeuta familiar puede determinar si el miembro que abusa de sustancias está recibiendo tratamiento y en qué etapa de preparación para el tratamiento se encuentra. (El TIP 35, *Mejorando la Motivación para el Cambio en el tratamiento de Abuso de Sustancias* [CSAT 199b] tiene información e instrumentos para evaluar la preparación del cliente para cambiar la conducta de abuso de sustancias. Para información sobre el cernimiento de abuso de sustancias, refiérase al Capítulo 2 del TIP 24, *Guía de servicios para el abuso de sustancias para proveedores de atención primaria de la salud* [CSAT 1997a]).

A continuación, el terapeuta debe determinar si se requiere intervención inmediata o si la familia puede regresar posteriormente para realizar una evaluación más a fondo. En el primer caso, el terapeuta debe referir a la persona a un programa de desintoxicación u otro tratamiento apropiado. En el segundo caso, el terapeuta deberá explicar a la familia en qué consistirá la

evaluación más extensa, lo que ocurrirá en la primera sesión terapéutica. El terapeuta también debe evaluar cuán apropiado sería incluir niños en el proceso y cuándo sería el momento más oportuno para hacerlo.

Todos los terapeutas familiares deben poder realizar un cernimiento básico de uso de sustancias. En una encuesta de sus miembros, la "AAMFT" determinó que la gran mayoría (84 por ciento) reportó haber hecho un cernimiento de abuso durante el año anterior (Northey 2002). Una mayoría abrumadora (91 por ciento) había referido a un cliente a un proveedor de tratamiento de abuso de sustancias, aunque pocos de los terapeutas rutinariamente diagnosticaban o trataban el abuso de sustancias (Northey 2002). Como parte de su preparación profesional, los terapeutas familiares certificados por la AAMFT son adiestrados en el uso del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, 4ta edición Texto Revisado ("DSM-IV-TR") (APA 2002) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés, *American Psychiatric Association*), que provee definiciones estándar de trastornos de uso de sustancias. Se pueden encontrar algunos instrumentos sencillos de cernimiento para el trastorno por uso de sustancias en el TIP 11, *Simple Screening Instruments for Outreach for Alcohol and Other Drug Abuse Infectious Diseases* (Instrumentos Simples de Cernimiento para Lograr un Alcance Mayor de las Enfermedades Infecciosas Relacionados con el Abuso de Alcohol u Otras Drogas [CSAT 1994f]) y en el TIP 24, Guía de servicios para el abuso de sustancias para proveedores de atención primaria de la salud (CSAT 1997a). En el TIP 31, *Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders* (Cernimiento y Avalúo de Adolescentes para Trastornos por Uso de Sustancias "CSAT" 1999c [CSAT 1999c]) encontrará información más específica sobre los instrumentos de cernimiento para usar con adolescentes.

## **Limitaciones y barreras a la terapia familiar y al tratamiento de abuso de sustancias**

Los terapeutas familiares y los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias, deben responder apropiadamente a una variedad de barreras que impiden que los clientes se comprometan con el tratamiento y lo reciban. Si bien las barreras específicas que el proveedor encontrará dependerán de acuerdo al ambiente de tratamiento del cliente, tanto el tratamiento de abuso de sustancias como la terapia familiar revelarán problemas básicos similares. Problemas como la motivación e influencia de la familia, el equilibrio de las jerarquías de poder y la disposición general al cambio en la familia y sus miembros, son temas esenciales a discutir para poder aplicar intervenciones apropiadas.

## **Factores de contexto que afectan la motivación y la resistencia**

### **La influencia diferencial del poder**

Por lo general, los acercamientos usados por los campos de tratamiento de abuso de sustancias y de terapia familiar para motivar a sus clientes han sido diferentes. Con frecuencia, los modelos tradicionales de tratamiento para abuso de sustancias han adoptado la práctica de los 12-Pasos que requiere que la persona en proceso de recuperación acepte su impotencia ante la sustancia de la que se abusaba, a fin de cuentas, a pesar de repetidos esfuerzos por controlar su uso, ha sido derrotado con regularidad trastornando su vida y la de su familia.

Cuando el usuario admite su impotencia ante la sustancia y reconoce el daño que ocasiona, se siente motivado a liberarse. En la tradición de los 12-Pasos, una persona adquiere poder a través del programa y "entregándose". Aunque parezca paradójico, el adicto adquiere poder cuando deja de batallar contra algo que no puede controlar (el resultado que sigue al uso de la sustancia) y se enfoca en algo que sí puede controlar (su capacidad para trabajar en su programa de recuperación y realizar las tareas que fortalecen y promueven la recuperación continua.) La confusión con el término "impotencia", usado hace más de 60 años en los programas de 12-Pasos con frecuencia ha llevado a las personas a pensar, equivocadamente, que los programas de 12-Pasos eran la antítesis del punto de vista del apoderamiento.

La terapia familiar tiene una tradición de apoderamiento. La terapia familiar nace de la percepción de que es necesario llegar a la sesión terapéutica con un sentido de respeto y atención a las necesidades individuales de cada persona, sus intereses, expresiones y valor. Históricamente, los terapeutas familiares han logrado esto haciendo un esfuerzo especial por "dar voz" a los miembros que pueden permanecer en un segundo plano, como los adolescentes y los niños.

Claro está, no conviene que la persona que abusa de sustancias se vea como un ser absolutamente carente de poder. Muchos clientes que abusan de sustancias pueden considerar que no tienen poder económico o social y otros pueden pertenecer a una cultura que no enfatiza el control del individuo sobre su propio destino. Para estos clientes, en particular, es importante subrayar que sí tienen poder para recuperarse y que es algo que pueden optar por lograr (Krestan 2000).

Ninguna regla sencilla gobierna la existencia y el uso de las relaciones jerárquicas de poder en el ambiente terapéutico, pero los profesionales clínicos deben ser conscientes de que existen relaciones de poder. En las interacciones terapéuticas, los terapeutas tienen mayor poder que los clientes. Esta realidad no tiene una solución fácil. Si bien la autonomía del cliente es un valor principal en todo trabajo clínico, en ocasiones los terapeutas deberán actuar desde una posición clara de poder a fin de evitar la violencia o el suicidio o para proteger a un niño que ha sido maltratado. Los clínicos necesitan estar conscientes de que las diferencias de poder existen y usarlas para establecer relaciones de confianza y promover la autodeterminación y autonomía del cliente tanto como sea posible. Los clientes deben confiar en los profesionales clínicos - lo que implica concederles poder - pero también necesitan creer que son capaces de cambiar y aprender a manejar sus vidas de forma efectiva. Es particularmente importante que el cliente entienda que tiene el poder de manejar con éxito el tratamiento y las actividades del programa de recuperación.

## ***Etapas de cambio***

Las familias con problemas de abuso de sustancias constituyen una población vulnerable con muchos problemas psicosociales que aportan complicaciones. Por ejemplo, debido a problemas legales o relacionados con el trabajo podría enviarse a tratamiento a una persona que nunca ha considerado la necesidad o posibilidad de obtener tratamiento. En una situación ideal, la familia busca ayuda voluntariamente; con mayor frecuencia, cuando una persona solicita ayuda para abuso de sustancias para un miembro de su familia, hay una gran variedad en las motivaciones del cliente para buscar tratamiento de abuso de sustancias. La persona con problema de abuso de sustancias, un miembro de su familia o inclusive una orden de

tratamiento por parte de un patrono o del sistema legal, pueden iniciar el tratamiento para abuso de sustancias.

El modelo de etapas de cambio ha sido de utilidad para entender cómo ayudar a mejorar la motivación del cliente. Las personas por lo general enfrentan momentos de progreso y regresión durante el proceso de recuperación. Las etapas de cambio se han descrito de varias formas, pero un concepto particularmente útil (Prochaska y otros 1992) divide el proceso de cambio en cinco etapas:

- *Precontemplación.* En esta etapa, la persona que abusa de sustancias ni siquiera piensa en cambiar su uso de drogas o alcohol, aunque otros pueden reconocerlo como un problema. Con toda probabilidad la persona no se presentaría a tratamiento si no se le obliga. Si se le refiere para tratamiento, es probable que se resista activamente al cambio. Por lo demás, una persona en esta etapa podría beneficiarse de información no amenazante para crearle conciencia de la posibilidad de que exista un problema y las posibilidades de cambio. Si bien las familias en esta etapa pueden estar pensando "¡Esto tiene que parar!" con frecuencia, recurren a defensas comunes como proteger, esconder y excusar al PI. Cuando el PI se encuentra en la etapa de precontemplación, el terapeuta procura establecer afinidad y ofrecer apoyo para que haya un cambio positivo.
- *Contemplación.* Una persona en esta etapa es ambivalente e indecisa, vacila entre si verdaderamente tiene un problema o necesita cambiar. El deseo de cambiar existe simultáneamente con la resistencia al cambio. Una persona puede buscar consejo profesional para obtener un avalúo objetivo. En esta etapa las estrategias de motivación son de utilidad, pero la confrontación agresiva o prematura puede provocar una resistencia fuerte y conducta defensiva. Muchos contempladores en esta etapa tienen planes indefinidos para tomar acción en los próximos seis meses o algo parecido. En esta etapa las familias vacilan entre "No puede hacer nada al respecto" y "No hará nada". El nivel de tensión y amenaza aumenta. El rol del terapeuta es promover la ambivalencia. Ayudar al PI a ver las ventajas y desventajas del uso de sustancias y del cambio, ayuda al PI a dar pasos para tomar una decisión. La educación del cliente es una herramienta efectiva para crear ambivalencia.
- *Preparación.* En esta etapa una persona procede con los pasos específicos necesarios para solucionar el problema. La persona que abusa de sustancias confía más en su decisión de cambiar y está lista para tomar los primeros pasos hacia la próxima etapa, la acción. En esta etapa, la mayoría de las personas está planificando tomar acción durante el próximo mes y está haciendo los ajustes finales antes de comenzar a cambiar su conducta. Durante esta etapa, uno o más miembros de la familia comienzan a buscar una solución. Pueden buscar orientación y opciones de tratamiento. Aquí el rol del terapeuta es exhortar a la persona a que trabaje para alcanzar su meta. La meta puede ser algo tan sencillo como crear un documento escrito de todos los tragos que bebe entre sesiones.
- *Acción.* Se ponen en marcha acciones específicas para lograr el cambio. La acción puede incluir modificaciones claras de conducta y ambiente. Ésta es la etapa de más esfuerzo y requiere el mayor compromiso de tiempo y energía. El compromiso de la persona con el cambio todavía es inestable, de manera que el apoyo y estímulo siguen siendo elementos importantes para evitar que se dé por vencido o sufra una regresión en su preparación para el cambio. En este punto, las fuerzas de cambio en una familia alcanzan proporciones críticas. Con frecuencia se requieren ultimátum e intervenciones profesionales. El rol del terapeuta es exhortar a la persona y continuar educando al cliente para reforzar la decisión de detener el abuso de sustancias.

- *Mantenimiento*. El mantenimiento diario sostiene los cambios logrados como resultado de acciones anteriores y se toman medidas para prevenir una recaída. Esta etapa requiere un conjunto de destrezas diferentes a las usadas para iniciar el cambio. Se tienen que aprender estrategias de manejo para solucionar problemas. Las conductas problemáticas se tienen que reemplazar con conductas nuevas y saludables. Los desencadenadores emocionales de la recaída tienen que identificarse y planearse. Se han consolidado ciertos logros, pero esta etapa no es estática ni invulnerable. Dura tan poco como 6 meses o tanto como toda una vida. En la etapa de mantenimiento, la familia se ajusta a una vida sin sustancias (Prochaska y otros 1992). Durante esta etapa, es importante mantenerse en contacto con la familia para repasar los cambios y los posibles obstáculos al cambio. Se debe recordar a los miembros de la familia que solicitar apoyo para mantener los cambios ya logrados puede ayudarles a identificarse con el entusiasmo del terapeuta por la recuperación no sólo del PI sino de la familia completa y que es una señal de fortaleza y no de debilidad. La meta del terapeuta es prevenir la recaída, educar al PI y a la familia sobre las recaídas, y sobre cómo prepararse para momentos y lugares difíciles y a nunca darse por vencido.

Durante el proceso de recuperación, los individuos suelen tener períodos de progreso y de regresión a través de las etapas de cambio.

Durante la recuperación del abuso de sustancias, las recaídas y regresiones a una etapa más temprana de la recuperación, son comunes y de esperarse, aunque no inevitables (Prochaska y otros 1992). Cuando ocurren reveses, es importante que la persona en recuperación no se tranque, descorazone o desmoralice. Los clientes aprenden de la experiencia de la recaída y entonces se comprometen a un nuevo ciclo de acción. El tratamiento debe incluir un avalúo abarcador y multidimensional para explorar todas las razones de la recaída.

La terminación (a la que se accede desde la etapa de mantenimiento) es la salida, la meta final de todos los que procuran ser libres de su dependencia a las sustancias. El individuo (o familia) sale del ciclo de cambio y el peligro de una recaída se vuelve menos agudo. En el campo del abuso de sustancias, hay quienes niegan que se puede poner fin a los problemas de drogas o alcohol y prefieren pensar de esta etapa como una remisión alcanzada mediante estrategias de mantenimiento.

### *Confrontación*

Por lo general, el tratamiento de abuso de sustancias ha dependido de la confrontación más que la terapia familiar. Durante mucho tiempo, dentro de la comunidad de tratamiento para abuso de sustancias, se creía que era necesario confrontar a los clientes y eliminar a través de sus defensas para superar la negación. Algunas investigaciones preliminares sugieren que el enfoque de confrontación puede ser el método menos efectivo para lograr que ciertos clientes modifiquen su conducta de abuso de sustancias (Miller y otros 1998). El tratamiento del abuso de sustancias ha pasado de los enfoques de confrontación a unos enfoques de mayor empatía, como los favorecidos por la terapia familiar. No obstante, los terapeutas familiares deben saber cómo se han usado y se siguen usando en algunos programas de tratamiento para abuso de sustancias.

### *Niveles de motivación*

Motivar a una persona o familia para que entre a tratamiento y continúe recibéndolo, es una tarea compleja, que se complica aún más debido a que el PI y su familia pueden tener niveles de motivación diferentes (tantos como miembros haya en la familia). Muchos factores relacionados con la familia del cliente, como conservar la custodia de los niños o salvar un matrimonio, pueden usarse para motivar a los clientes. Como quiera que sea, la lealtad para con el grupo o la familia afectará a cada persona de forma diferente. Estas lealtades pueden motivar a algunos a entrar a tratamiento, pero pueden disuadir a otros. En cierta medida, cuando aceptamos nuestra falta de control sobre la sustancia y el daño que ésta ocasiona, nos motivamos a dejar de usarla, aunque debe señalarse que el simple hecho de entender que el problema existe puede que no sea por sí solo suficiente motivación.

Motivar a una persona o familia para que entre a tratamiento y continúe recibéndolo, es una tarea compleja.

Los clínicos tanto de tratamiento para abuso de sustancias como de terapia familiar, también necesitan considerar el nivel de motivación de la familia de una persona con problemas por abuso de sustancias. El que una persona con trastorno por uso de sustancias esté motivada para buscar ayuda, no es evidencia de que su familia esté igualmente motivada. Los miembros de la familia pueden estar desalentados debido a tratamientos pasados y tal vez no crean ni tengan esperanza de que ningún tratamiento capacite al miembro de su familia a dejar de usar sustancias. También pueden concluir que el tratamiento no responde a sus necesidades.

De otra parte, algunos o todos los miembros de la familia también pueden derivar algún beneficio de la disfunción familiar continua, de manera que pueden negar que la familia completa necesita tratamiento y exhorten a los clínicos a concentrarse solamente en los problemas de la persona que abusa de sustancias. Podría ser más difícil motivar a los miembros de la familia que a la persona con el trastorno por abuso de sustancias.

Los miembros de la familia también pueden temerle al tratamiento porque hay problemas específicos en la familia (como abuso sexual o una actividad ilegal) que no quieren revelar o cambiar. En tales casos, el terapeuta tiene que hablar claramente con la familia de sus obligaciones éticas de divulgar información si se tocan ciertos temas. Por ejemplo, las leyes y la ética requieren que los terapeutas informen si hay maltrato infantil. Es más, el terapeuta no debe insistir en que los miembros de la familia hablen sobre temas difíciles antes de que estén preparados para hacerlo.

La resistencia de una familia a recibir tratamiento puede deberse a que el sistema de tratamiento reproduce los problemas que ha encontrado en otros niveles de la sociedad. Las agencias y sistemas grandes pueden parecer poco dignos de confianza y amenazantes. Una familia puede temer que el sistema les creará problemas y tendrá consecuencias, como la pérdida de custodia de un niño. El tratamiento impuesto y los proveedores de tratamiento que trabajan conjuntamente con el sistema de justicia criminal, pueden contribuir a la percepción de injusticia por parte de la familia.

En el TIP 35, *Mejorando la Motivación para el Cambio en el tratamiento de Abuso de Sustancias* (CSAT 1999b, p. 40) se tratan los principios de las entrevistas motivadoras que pueden usarse tanto con la persona que abusa de sustancias como con el sistema familiar.

Los grupos psicoeducativos también pueden ayudar a los miembros de la familia a entender qué pueden esperar del tratamiento. La participación en grupos psicoeducativos con frecuencia

ayuda a motivar a la familia a involucrarse más en el tratamiento (Wermuth y Scheidt, 1986) ya que crea conciencia de la dinámica del abuso de sustancias y el rol que la familia puede tener en la recuperación. Los grupos multifamiliares ayudan a las familias a entender que ellos pueden beneficiarse del tratamiento como le ha sucedido a otros (aún cuando el usuario de sustancias tenga una recaída) (Conner y otros, 1998; Kaufmann y Kaufman 1992*b*). Estos dos tipos comunes de intervención son especialmente útiles para incorporar a la familia temprano durante el tratamiento y motivarla a continuar con el mismo.

## **Barreras culturales al tratamiento**

El trasfondo cultural puede afectar las actitudes con respecto a factores como la conducta apropiada de la familia, la jerarquía familiar, los niveles aceptables de uso de sustancias y los métodos para lidiar con la vergüenza y la culpa. Cuando forzamos a las familias o a los individuos a seguir las costumbres de la cultura dominante, podemos crear desconfianza y reducir la efectividad de la terapia. Un proveedor de tratamiento que conoce su trabajo puede, sin embargo, trabajar con las costumbres y creencias de la cultura para mejorar el tratamiento en lugar de provocar resistencia al mismo.

Para desarrollar estrategias efectivas de tratamiento para poblaciones diversas, el proveedor de tratamiento deberá entender el rol de la cultura y los trasfondos culturales, reconocer el trasfondo cultural de los clientes y tener conocimientos suficientes sobre su cultura para entender su efecto sobre aspectos claves del tratamiento. Esta sensibilidad es importante en todas las etapas del proceso de tratamiento, y el conocimiento del clínico debe mejorar continuamente cuando trabaja con personas de diferentes etnias, orientación sexual, limitaciones funcionales, condición socioeconómica y trasfondo cultural (todas ellas diferencias culturales para fines de este TIP). (El Capítulo 5 de este TIP y el TIP en preparación *Improving Cultural Competence in Substance Abuse Treatment* (Mejorando las Competencias Culturales en el Tratamiento para Abuso de Sustancias) [CSAT en desarrollo *b*] proveerán más información sobre cómo trabajar con personas de diferentes culturas y proveer tratamiento competente culturalmente.)

## **Integración del tratamiento de abuso de sustancias y la terapia familiar**

La integración del tratamiento para abuso de sustancias y la terapia familiar, puede lograrse a varios niveles (refiérase al Capítulo 4 para una discusión a fondo de los modelos integrados de tratamiento). Las agencias pueden optar por una integración total que ofrecería tanto terapia familiar como tratamiento para abuso de sustancias en el mismo lugar, con el mismo grupo de profesionales o con profesionales diferentes. Como alternativa, las agencias pueden establecer una integración parcial al desarrollar un sistema de referido para servicios. No importa como sea la integración, los clínicos de uno y otro campo tienen que estar al tanto de las prácticas e ideas del otro campo. Los profesionales médicos deben respetarse mutuamente y estar dispuestos a comunicarse unos con otros. Deben saber cuándo conviene hacer un referido y cuándo es necesario consultar a un profesional médico del otro campo. Los profesionales clínicos de ambos campos necesitan adaptar sus enfoques a la medida para que sean sumamente efectivos para clientes que hayan recibido o estén recibiendo tratamiento con un profesional médico del otro campo.

## Terapia familiar para consejeros de abuso de sustancias

Los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias no deben practicar la terapia familiar si no cuentan con el adiestramiento adecuado y la licencia correspondiente, pero deben estar informados sobre la terapia familiar para discutirla con sus clientes y para saber cuándo sería apropiado hacer un referido. Los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias, también pueden beneficiarse de incorporar ideas y técnicas de la terapia familiar en su trabajo con clientes individuales, grupos de clientes y grupos familiares. A fin de promover un tratamiento integrado, se debe proveer adiestramiento en técnicas de terapia familiar a los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias.

Los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias, también pueden beneficiarse de incorporar ideas y técnicas de la terapia familiar en su trabajo.

Esta sección se basa en el contenido presentado en el Capítulo 1, donde se explicó el rol potencial de la terapia familiar en los programas de tratamiento para abuso de sustancias. En esta sección se presentan los principios básicos de los modelos de terapia familiar y se sugieren formas para aplicar estos principios en la práctica. En el Capítulo 4 se discuten los modelos específicos de terapia familiar integrada desarrollados para tratar a clientes con trastornos de abuso de sustancias.

### Modelos tradicionales de terapia familiar

El campo de la terapia familiar es variado, pero ciertos modelos han sido más influyentes que otros y los modelos que comparten ciertas características pueden agruparse. Las teorías sobre la terapia familiar pueden dividirse en dos grandes grupos. Uno incluye las teorías que se concentran principalmente en la solución de problemas, con una terapia por lo general breve, más preocupada con la situación existente y más pragmática. El segundo grupo principal incluye las teorías orientadas a aspectos intergeneracionales y dinámicos, éstas son de más largo plazo, de carácter más exploratorio y se preocupan por el desarrollo de la familia a través del tiempo. A partir de estas grandes divisiones, pueden crearse otras categorías basadas en los supuestos de lo que hace cada modelo con respecto al origen de los problemas familiares, las metas específicas de la terapia y las intervenciones usadas para inducir al cambio.

En años recientes, han aumentado las solicitudes para que se usen modelos de tratamiento basados en evidencia. Tal vez sea necesario usar enfoques basados en evidencia, en particular con los adolescentes, para lograr que las organizaciones de manejo de cuidado paguen por los servicios. Sin embargo, declarar que el proveedor usa un modelo basado en la evidencia puede resultar complicado porque la mayoría de los terapeutas familiares usan una variedad de técnicas y pocos se limitan estricta y exclusivamente a un solo acercamiento. Más aún, los acercamientos basados en la evidencia tal vez no sean los apropiados para todas las culturas o adaptables a la práctica en todos los ambientes. Es importante que se atiendan los aspectos de la investigación a la práctica y que se haga un análisis crítico de la investigación desarrollada en condiciones que pueden ser artificiales para la práctica de la terapia. El *Journal of Marital and Family Therapy* dedicó un ejemplar completo (Vol. 28, No. 1, enero de 2002) a la discusión de los modelos de "mejores prácticas" y a los retos de desarrollar investigación basada en la práctica.

## **Acercamientos de terapia familiar usados ocasionalmente en el tratamiento para abuso de sustancias**

A continuación se presentan varios modelos de terapia familiar.<sup>1</sup> Estos se adaptaron para usarse con clientes con trastornos por abuso de sustancias. Sin embargo, ninguno de ellos se desarrolló específicamente para esta integración. También están disponibles una serie de programas de autoayuda o programas que atienden asuntos relacionados con tener un miembro de la familia con trastorno por abuso de sustancias, como el programa Hijos Adultos de Alcohólicos o "Al-Anon".

### ***Contrato conductual***

Teóricos: Steinglass. Refiérase a Steinglass y otros 1987.

### ***Visión del abuso de sustancias***

- El abuso de sustancias causa estrés a todo el sistema familiar.
- El abuso de sustancias es el "principio organizativo central" de una familia "que abusa de sustancias" (a diferencia de una familia con un miembro que tiene un trastorno por uso de sustancias, pero cuyo uso de sustancias aún no se ha incorporado al sistema familiar).
- Las familias con miembros que abusan de sustancias constituyen un grupo muy heterogéneo.

### ***Metas terapéuticas***

- Identificar y abordar los problemas de la familia (incluyendo el abuso de sustancias de uno o más de sus miembros) como problemas familiares.
- Desarrollar un ambiente libre de sustancias.
- Ayudar a las familias a enfrentar la angustia emocional (el "desierto emocional") que puede causar la eliminación del abuso de sustancias.

### ***Estrategias y técnicas***

- Preparar un contrato escrito para garantizar un ambiente libre de drogas.
- Usar recreaciones y ensayos para instruir al sistema familiar sobre los desencadenadores del uso de sustancias, a fin de anticipar y evitar problemas.
- Usar la reestabilización o reorganización familiar para cambiar cómo funciona y se organiza.

### ***Teoría de Bepko y Krestan***

Teóricos: Bepko y Krestan. Refiérase a Bepko y Krestan 1985.

### ***Visión del abuso de sustancias***

---

<sup>1</sup> Las teorías que se ofrecen en esta sección son las que proponen sus autores y no necesariamente reflejan el punto de vista, la visión y opiniones del "CSAT", la Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés).

- El enfoque está en la persona que abusa de sustancias y la sustancia de abuso como sistema (a la vez que se observan los sistemas intrapersonales, interpersonales y de género).

### *Metas terapéuticas*

- Ayudar a todos los miembros de la familia a asumir la debida responsabilidad por sí mismos y reducir la responsabilidad inapropiada por los otros.
- Tres fases de tratamiento, cada una con metas diferentes:
  - Pre-sobriedad: Desequilibrar el sistema cuyo centro de equilibrio era el abuso de sustancias a fin de promover la sobriedad.
  - Sobriedad Temprana: Equilibrar el sistema en torno a un grupo de autoayuda, mantener a las personas en un contexto correctivo (una zona de relaciones apropiadas, evitando el exceso de orgullo y la auto-repugnancia) al reconocer que nadie permanece allí siempre.
  - Mantenimiento: Reequilibrar el sistema profundamente al retroceder y trabajar con tareas de desarrollo que se pasaron por alto con anterioridad.
- Aclarar las consecuencias de adaptación del abuso de sustancias.

### *Estrategias y técnicas*

#### (1) Pre-sobriedad

- Interrumpir y bloquear el exceso de responsabilidad emocional y funcional usando el sistema de orgullo del cónyuge y de la persona con un trastorno por abuso de sustancias.
- Hacer referidos a grupos de autoayuda.

#### (2) Sobriedad temprana

- Terapia para personas de un mismo sexo con un modelo específico.
- Trabajo reparativo y reconstituyente con menores (a fin de que los niños expresen lo que sienten en un ambiente seguro).

#### (3) Mantenimiento

- Manejo de la ira; lidiar con temas tóxicos como el abuso sexual
- Examinar los estereotipos de género con respecto al sexo, el poder, la ira y el control.

## *Terapia conductual conyugal*

Teóricos: McCrady y Epsetein. Refiérase a Epstein y McCrady 2002.

### *Visión del abuso de sustancias*

- Desarrollada para tratar problemas de alcoholismo en el marco de la consejería de parejas.
- Usa un marco de trabajo de aprendizaje social para conceptualizar el consumo de bebida (o de otras sustancias) y el funcionamiento familiar.
- Examina los factores actuales que mantienen el uso de sustancias en la actualidad, en lugar de factores históricos.
- Las percepciones y los estados afectivos sirven para mediar la relación entre los antecedentes externos y el uso de sustancias y las expectativas del valor de refuerzo de las sustancias, tienen un rol importante a la hora de determinar el uso posterior de sustancias.
- El abuso de sustancias se mantiene debido a consecuencias fisiológicas, psicológicas e interpersonales.
- El uso de sustancias es parte de un continuo que abarca la abstinencia, el uso no problemático y diferentes tipos de uso problemático. Desde esta perspectiva, los problemas pueden exhibir una variedad de formas, algunas de las cuales son congruentes con un

diagnóstico formal y otras más leves o más intermitentes. Esta perspectiva difiere significativamente del acercamiento de diagnóstico psiquiátrico del DSM-IV-TR™ (APA 2000) en que no supone que ciertos síntomas se agrupan, ni que haya presente un síndrome subyacente o estado de enfermedad (aunque tampoco excluye esa posibilidad).

### *Metas terapéuticas*

- La abstinencia es la meta preferida de tratamiento.
- Otras metas son:
  - Desarrollar destrezas de manejo para que la pareja abordar el problema de abuso de sustancias.
  - Desarrollar refuerzos positivos para la abstinencia o el cambio en el uso.<sup>2</sup>
  - Mejorar el funcionamiento de la relación.
  - Desarrollar destrezas generales para enfrentar problemas.
  - Desarrollar destrezas efectivas de comunicación y destrezas para resolver problemas.
  - Desarrollar destrezas para evitar recaídas.
- También se pueden identificar otras metas específicas para la pareja.

### *Estrategias y técnicas*

- Intervenir a varios niveles con:
  - el individuo que está abusando de sustancias
  - el cónyuge
  - la relación como unidad
  - la familia
  - otros sistemas sociales
- Comenzar con una evaluación detallada para determinar cuáles son los factores principales que contribuyen al mantenimiento del uso de sustancias, las destrezas y limitaciones del individuo y la pareja y las fuentes de motivación para el cambio.
- Ayudar a los clientes a evaluar los problemas psicológicos individuales relacionados con el uso, el potencial y los refuerzos reales para continuar el uso y para la reducción en el uso<sup>2</sup> o la abstinencia, las consecuencias negativas del uso y la abstinencia, y las creencias y expectativas en cuanto al uso de sustancias y sus consecuencias.
- Enseñar destrezas individuales de manejo (por ejemplo, planificación del auto-manejo, control de estímulos, rechazo a las sustancias, y auto-monitorización del uso y los impulsos para usar).
- Enseñar destrezas conductuales y cognitivas para enfrentar problemas, diseñadas a la medida para los tipos de situaciones que representan los antecedentes más comunes al uso.
- Proveer a los clientes un modelo para conceptualizar el abuso de sustancias y cómo se puede cambiar.
- Enseñar a los cónyuges una variedad de destrezas de manejo basadas en el avalúo individualizado de las conductas que pueden iniciar, o mantener, el abuso de sustancias (por ejemplo, aprender nuevas formas de discutir el uso y aprender nuevas respuestas al uso de sustancias del cónyuge).
- Usar temas relacionados con las sustancias (por ejemplo, cómo manejar una situación en que se están usando sustancias o qué decir a la familia y a los amigos sobre el tratamiento) para enseñar destrezas de solución de problemas y comunicación.

---

<sup>2</sup> Los conceptos de reducción de daño (por ejemplo, reducción en el uso en lugar de abstinencia) que se tratan en este TIP son de los autores y no representan la política del “SAMHSA/DHHS” o las directrices del programa.

- Ayudar a los clientes a identificar situaciones interpersonales y personas relacionadas con el uso de sustancias y situaciones y personas que brindan apoyo a la abstinencia o la reducción en el uso de sustancias.

### *Terapia familiar estratégica breve*

Teóricos: Szapocznik y Kurtines. Refiérase a Santiesteban et al. 1996; Szapocznik et al. 2003; Szapocznik y Williams 2000.

Kurtines, Santiesteban, Szapocznik y Williams han investigado la terapia familiar para adolescentes y sus familias con un enfoque específico en el ambiente familiar. Consideran que su acercamiento manualizado tiene una base sólida de evidencia para usarse con esas familias. Sin embargo, no sugieren que se use el acercamiento con adultos adictos, ya que no se ha estudiado el acercamiento con clientes adultos.

### *Visión del abuso de sustancias*

- La falta de éxito del adolescente para enfrentar los retos en el desarrollo los lleva al abuso de sustancias.
- Las estructuras familiares rígidas pueden aumentar el abuso de sustancias (los padres deben poder renegociar a medida que el adolescente crece).
- Los conflictos intrafamiliares y los conflictos provocados por la asimilación cultural, impactan las relaciones negativamente y aumentan el abuso de sustancias.

### *Metas terapéuticas*

- Cambiar las prácticas de crianza (como liderato, control de conducta, formación y guía).
- Mejorar la calidad de las relaciones y el desarrollo de vínculos entre los padres y el adolescente.
- Mejorar las destrezas de solución de conflictos.

### *Estrategias y técnicas*

- Realizar llamadas telefónicas preliminares para determinar quién se resistirá a recibir tratamiento y a participar.
- Identificar los procesos normales de asimilación cultural y ayudar a las familias a aprender a trascender estas diferencias.
- Bloquear o reformular la negatividad y promover interacciones de apoyo.
- Modificar el programa basado en datos e investigación.
- Proveer tratamiento culturalmente competente.
- Trabajar activamente para lograr que la familia se comprometa con el tratamiento.
- Intervenir en el sistema familiar a través de los padres en lugar de intervenir directamente (y así colocar las jerarquías tradicionales en su debido lugar).

### *Terapia familiar multidimensional (MDFT, por sus siglas en inglés)*

Teórico: Liddle. Refiérase a Liddle 1999; Liddle y Hogue 2001.

### *Visión del abuso de sustancias*

- Desarrollado para tratar problemas de drogas y otros problemas de conducta relacionados como el trastorno conductual en adolescentes, desde una perspectiva de sistemas múltiples.
- El abuso de sustancias en los adolescentes es un trastorno de múltiples causas y multidimensional.

- Usa un marco integrador de desarrollo, ambiente y contexto para conceptuar el inicio, la progresión y la cesación del uso y abuso de drogas.
- Usa conocimientos sobre riesgo y factores de protección para llegar a una conceptualización del caso que incluya e integre factores individuales, familiares y de entorno.

El campo de la terapia familiar es diverso, pero ciertos modelos han sido más influyentes que otros.

- Tanto las crisis normativas (no cumplir con los retos y las transiciones de desarrollo) como las no normativas (maltrato, trauma, salud mental y abuso de sustancias en la familia), son instrumentales para el inicio y mantenimiento de los problemas de sustancias en los adolescentes.

### *Metas terapéuticas*

- Facilitar un proceso de adaptación a los retos de desarrollo del joven y la familia, puesto que el uso de drogas y los otros problemas de conducta cesarán cuando se reestablezca o cree un funcionamiento adaptado lo suficientemente apropiado en términos del desarrollo.
- Mejorar y reforzar el funcionamiento psicosocial del joven y la familia en sus campos de desarrollo clave.
- Mejorar el funcionamiento del joven en varias áreas, incluyendo la adaptación del desarrollo individual, las destrezas de manejo para problemas relacionados con las sustancias y solución de problemas, relaciones con sus pares y relaciones familiares.
- Mejorar el funcionamiento de los padres en varias áreas incluyendo su propio funcionamiento (por ejemplo, abuso de sustancias o problemas de salud mental) y su funcionamiento en términos de su rol como padres (por ejemplo, prácticas de crianza).
- Mejorar el funcionamiento de la familia conforme se evidencia en los cambios diarios en el entorno familiar y los patrones transaccionales de la familia.
- Mejorar el funcionamiento del adolescente y sus padres en áreas extra-familiares, incluyendo transacciones más adaptadas y positivas con elementos claves como la escuela y justicia juvenil.

### *Estrategias y técnicas*

- La estrategia terapéutica general requiere intervenciones de niveles múltiples, áreas múltiples e intervenciones con múltiples componentes.
- El tratamiento es flexible; la "MDFT" es más un sistema terapéutico que un modelo que se aplica a todos por igual. Por lo tanto, la duración de la terapia, el número de terapias y la frecuencia de las sesiones, lo determinan el ambiente del tratamiento, el proveedor y la familia.
- El formato del tratamiento incluye sesiones individuales y en familia, y varias sesiones con personas que no son miembros de la familia.
- El tratamiento comienza con un avalúo profundo y multisistémico que usa un esquema conceptual de desarrollo ecológico y un marco de trabajo del riesgo y la protección para establecer una conceptualización del caso según la "MDFT".
- La conceptualización del caso individualiza el sistema de tratamiento e identifica fortalezas y deficiencias en las áreas múltiples y entrelazadas de las ecologías psicosociales de los adolescentes.

## **Grupos multifamiliares**

Teórico: Kaufman. Refiérase a Kaufman y Kaufman 1992.

### **Visión del abuso de sustancias**

- Modelo médico tradicional y concepto de enfermedad.

### **Metas terapéuticas**

- Trabajar para lograr la abstinencia del (de los) miembro(s) de la familia con trastorno por uso de sustancias.
- Consolidar la abstinencia al concentrarse en corregir las reglas, los roles y las alianzas disfuncionales.
- Una vez se logra la sobriedad, profundizar la intimidad mediante expresiones apropiadas de sentimientos reprimidos (como duelo por pérdidas sufridas u hostilidad).
- Mantener un núcleo familiar sobrio que sirva de organizador homeostático central para el cliente que abusa de sustancias, particularmente en momentos de estrés.

### **Estrategias y técnicas**

- La terapia comienza con un avalúo del abuso de sustancias, de la sicopatología individual y de los sistemas familiares.
- Atender problemas de desarrollo y trastornos individuales de Eje I y II, e incluir estos problemas como parte de un contrato familiar.
- Preparar un plan familiar de prevención de recaída.
- Usar los sistemas de 12-Pasos y otras modalidades de autoayuda.

## **Terapia multisistémica**

Teórico: Henggeler. Refiérase a Cunningham y Henggeler 1999; Henggeler et al. 1998.

### **Visión del abuso de sustancias**

- Entender como encaja el abuso de sustancias en el contexto sistémico más amplio:
  - Entender problemas específicos en el contexto del mundo real.
  - Los problemas clínicos serios, como el abuso de sustancias, tienen múltiples causas y están influenciados por variables de múltiples sistemas.

### **Metas terapéuticas**

- La meta inicial es lograr que los miembros de la familia se comprometan con el proceso y, de ser necesario, identifiquen barreras con dicho compromiso y desarrollar estrategias para superar las mismas.
- Examinar las fortalezas y necesidades de cada sistema y su relación con el problema identificado.
- Atender los riesgos y factores de protección a medida que impactan a la familia desde fuentes diferentes.
- Los miembros de la familia y las personas que proveen atención tienen un rol primordial para definir las metas de tratamiento.

### **Estrategias y técnicas**

- Las intervenciones se diseñaron para promover la conducta responsable.
- Las intervenciones están centradas en el presente y orientadas a la acción y tienen como objetivo problemas específicos y bien definidos.

- Proveer intervenciones apropiadas desde el punto de vista de desarrollo.
- Requiere esfuerzo diario o semanal de los miembros de la familia.
- Responsabiliza al terapeuta por superar las barreras.

## ***Terapia de redes***

Teórico: Galanter. Refiérase a Galanter 1993.

### ***Visión del abuso de sustancias***

- Modelo médico tradicional y concepto de enfermedad.

### ***Metas terapéuticas***

- Equilibrar el sistema familiar en términos de género, edad, relación y así sucesivamente.
- La familia y otras personas allegadas colaboran para ayudar a la persona que abusa de sustancias a mantener la abstinencia y un sistema de apoyo estable que promueva su recuperación.
- Se enfoca en los esfuerzos de la persona para mantener la abstinencia.

### ***Estrategias y técnicas***

- Crear una residencia segura, estable y libre de sustancias.
- Evitar personas, lugares y cosas que promueven el abuso de sustancias. Fomentar la asistencia a los grupos de autoayuda.
- Establecer un sistema de apoyo saludable.
- Evitar áreas de conflicto e intercambios negativos.
- La familia y otras personas significativas trabajan en equipo y se les instruye para que ayuden a la persona que abusa de sustancias a lograr la abstinencia y mantenerla.

## ***Terapia centrada en soluciones***

Teóricos: Berg, Miller y de Shazer. Refiérase a Berg y Miller 1992; Berg y Reuss 1997; de Shazer 1988.

### ***Visión del abuso de sustancias***

- Se hace hincapié en las soluciones que haya disponibles para la familia y no en cómo se desarrolló el problema o qué función puede servir.

Pocos terapeutas familiares siguen estricta y exclusivamente un acercamiento sólo.

### ***Metas terapéuticas***

- Una relación terapéutica tiene que basarse en la confianza y el respeto.
- Ayudar al cliente a que entienda que puede mantenerse sobrio y que lo ha hecho en varias ocasiones en el pasado.
- El cliente define las metas de la terapia.
- Centrarse en las excepciones (como los momentos en que no abusa de sustancias).
- Centrarse en los problemas que se pueden solucionar y en encontrar soluciones únicas para esos problemas que ayuden a aumentar su optimismo.
- Centrarse en las soluciones y no en los problemas. Centrarse en las soluciones preguntando al PI cómo sabrá que ha mejorado. ¿Qué estará haciendo? ¿Cómo se estará sintiendo?

### *Estrategias y técnicas*

- Usar técnicas centradas en soluciones para ayudar al sistema familiar a entender su capacidad de ayudar al miembro que abusa de sustancias a mantener la abstinencia.
- Hacer transiciones rápidas para identificar y desarrollar soluciones intrínsecas a la familia.

### *Técnicas terapéuticas de Stanton*

Teórico: Stanton. Refiérase a Stanton y otros. 1982.

### *Visión del abuso de sustancias*

- El abuso de sustancias en un proceso cíclico que se da entre personas que componen un sistema íntimo, interdependiente e interpersonal.
- El abuso de sustancias con frecuencia se inicia en la adolescencia en un esfuerzo de lograr individuación.
- La familia cuenta con un "sistema homeostático complejo" de retroalimentación que permite mantener la estabilidad y en el proceso mantiene la conducta de abuso de sustancias.

### *Metas terapéuticas*

- Al inicio del tratamiento se negocian metas específicas con la familia
- Sin embargo, hay tres metas principales:
  - El PI debe estar libre de sustancias.
  - El PI debe tener un trabajo remunerado o estar participando en algún tipo de programa escolar o de adiestramiento.
  - El PI debe establecer una situación de vivienda estable y autónoma.

### *Estrategias y técnicas*

- Enfatizar la situación actual.
- Alterar las secuencias de conducta repetitiva.
- Enfatizar el proceso y no el contenido.
- El terapeuta se une a la familia, pero asume un rol activo en la dirección de la terapia.
- El terapeuta asigna tareas conductuales.
- El terapeuta puede intentar "desequilibrar" el sistema a fin de impulsar el cambio.

### *Teoría de Wegscheider-Curse*

Teórico: Wegscheider-Curse. Refiérase a Wegscheider 1981.

### *Visión del abuso de sustancias*

- El abuso de sustancias es una enfermedad familiar progresiva que afecta a todos los miembros y a todas las facetas de sus vidas.
- En el sistema familiar en el que hay abuso de sustancias, los miembros, para sobrevivir, adoptan patrones conductuales que mantienen un balance. Cuando un miembro de la familia desarrolla dependencia a una sustancia, la dependencia afecta a los otros miembros ocasionando síntomas psicológicos y/o biológicos. A medida que el miembro que abusa de sustancias se convence progresivamente de que carece de valor, este sentimiento se extiende a los demás miembros de la familia.
- Hay seis roles básicos que adoptan los miembros de la familia:
  - Abusador de sustancias

- Facilitador
- Héroe
- Chivo expiatorio
- Hijo perdido
- Mascota

### *Metas terapéuticas*

- Hacer que el sistema familiar se vuelva más abierto, flexible y completo; a medida que el sistema familiar cambia los otros problemas se reducirán.

### *Estrategias y técnicas*

Educar a todos los miembros de la familia en cuanto a la enfermedad.

Dar fin a la negación de la familia.

Confrontar cualquier crisis.

Tratar los problemas inmediatos del abuso de sustancias.

Ofrecer recomendaciones de ayuda concretas, incluyendo la asistencia a grupos de autoayuda.

## **Conceptos de la terapia familiar que los Consejeros de tratamiento para abuso de sustancias pueden usar**

El campo de la terapia familiar ha desarrollado una serie de conceptos teóricos que pueden ayudar a los proveedores de tratamiento de abuso de sustancias a entender mejor las relaciones entre los clientes y sus familias. Además, hay una variedad de prácticas terapéuticas que pueden ayudar en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias en el contexto de los sistemas familiares. Esta sección provee información sobre algunos de estos conceptos y prácticas. Para más información, refiérase a las citas provistas en la sección anterior. Además, Nichols y Shwartz en *The Essentials of Family Therapy, 2001*, proveen una visión general de la historia, teoría y prácticas de la terapia familiar.

### ***Terapia familiar con un cliente individual***

Szapocznick y sus colegas estudiaron un enfoque familiar de una sola persona para tratar adolescentes que abusaban de sustancias (Szapocznick et al. 1983, 1986). Compararon la terapia familiar de una sola persona con un grupo familiar; en ambos tratamientos los terapeutas usaron técnicas terapéuticas estructurales y estratégicas. (Sin embargo, no hubo un grupo control que no recibiera ninguna terapia, ni hubo tampoco un control que usara un enfoque terapéutico diferente.) Después de un seguimiento de 6 meses, que incluyó al 61 por ciento de los participantes originales, los clientes adolescentes en ambos grupos demostraron haber reducido su uso de sustancias y las familias mejoraron su capacidad de funcionar. Los autores señalan, sin embargo, que la terapia familiar de una sola persona fue más efectiva cuando fue dirigida por un terapeuta experimentado y experto en terapia familiar estratégica (Robbins y Szapocznick 2000).

El campo de la terapia familiar ha desarrollado una serie de conceptos teóricos que pueden ayudar a los proveedores de tratamiento de abuso de sustancias a entender mejor las relaciones entre los clientes y sus familias.

Hay un sinnúmero de acercamientos terapéuticos a la terapia familiar, pero la mayoría de ellos comparte muchos conceptos y supuestos. Tal vez el principal de ellos es la aceptación de los principios de la teoría de sistemas que visualiza al cliente como un sistema de partes embebidas en múltiples sistemas: una comunidad, una cultura, una nación. (Refiérase a la Ilustración 3-4, para una ilustración gráfica de las relaciones entre estos sistemas múltiples.) El sistema familiar tiene propiedades singulares que lo hacen un lugar ideal para el avalúo y la intervención para corregir una gama de problemas, incluyendo el abuso de sustancias.

### ***Elementos de la familia como sistema.***

*Complementariedad:* Complementariedad se refiere a un patrón interactivo en que los miembros de una relación íntima establecen roles y asumen patrones de conducta que satisfacen las necesidades y demandas subconscientes del otro. Una implicación de la complementariedad es que a la hora de tratar el abuso de sustancias, los resultados de la recuperación de un miembro de la familia deben explorarse con relación a la conducta de los demás miembros de la familia.

*Límites.* Los modelos estructurales y estratégicos de la terapia familiar enfatizan la importancia de prestar atención a los límites dentro del sistema familiar, los cuales separan a un miembro de la familia de otro: los límites generacionales en la familia; o los límites entre la familia y otros sistemas y regulan el flujo de información en la familia, y entre sistemas fuera de la familia. Idealmente, los límites deben ser claros, flexibles y permeables, permitiendo movimiento y comunicación (Brooks y Rice 1997). Sin embargo, pueden surgir patrones disfuncionales en los límites que pueden abarcar desde extremos de enredamiento (proximidad asfixiante) a rompimiento (distanciamiento inalcanzable). Cuando los límites son demasiado fuertes, los miembros de la familia pueden distanciarse y la familia no tendrá la cohesión necesaria para mantenerse unida. Cuando los límites son demasiado débiles, los miembros de la familia pueden enredarse psicológica y emocionalmente y perder su capacidad para actuar como individuos. Los límites apropiados varían de una cultura a otra, y el clínico necesita considerar si el patrón de enredamiento o rompimiento es una función de la cultura o de la patología.

*Subsistemas.* Dentro de un sistema familiar, los subsistemas se separan por límites claramente definidos con funciones particulares. Estos subsistemas tienen sus propios roles y reglas dentro del sistema familiar. Por ejemplo, en una familia sana, el subsistema de padres (que puede estar constituido por uno o más miembros individuales) mantiene un grado de privacidad, asume responsabilidad por mantener a la familia y tiene poder para tomar decisiones por ésta. (Richardson 1991). Las reglas y expectativas de estos subsistemas pueden tener un impacto fuerte sobre la conducta del cliente y pueden usarse para motivar e influenciar al cliente en una dirección positiva.

*Lazos familiares duraderos.* Otro principio importante de la terapia familiar es que las familias están conectadas por algo más que proximidad física e interacciones diarias. Los miembros de una familia están conectados por fuertes lazos emocionales, aún cuando están separados. Los consejeros deben atender asuntos tales como lealtad familiar, que continúan dando forma a la

conducta del cliente aunque éste se haya distanciado en otros aspectos de su familia de origen. Con respecto al tratamiento, es posible involucrar al cliente en una forma de terapia familiar aunque los miembros de la familia no se encuentren físicamente presentes (véase abajo), y el foco de la terapia sea el sistema familiar y no el cliente individual.

*Cambio y equilibrio.* Las reglas y los guiones familiares no son inmutables, pero las familias demuestran diferentes grados de adaptabilidad cuando enfrentan la necesidad de cambiar patrones de conducta. Las familias, sin embargo, tienden a la homeostasis – un estado de equilibrio que balancea potencias familiares fuertes y en competencia cuando tratan de resistirse al cambio para mantener el balance familiar – y que se tiene que vencer para lograr el cambio. Para funcionar bien, las familias necesitan poder mantener el orden y la estabilidad sin volverse tan rígidas que se vuelvan inadaptables. Por lo tanto, la flexibilidad es una cualidad importante para una familia sana funcionalmente, aunque el exceso de flexibilidad puede conducir a un ambiente familiar caótico. (Walsh 1997).

## **Capacidad de cambio**

Las familias con miembros que abusan de sustancias tienden a demostrar falta de flexibilidad, en lugar de un exceso. En una familia organizada alrededor del abuso de sustancias, la tendencia a la homeostasis significa que otros miembros de la familia, en un intento desafortunado por evitar trastornos familiares, pueden facilitar la continuación del abuso y evitar que la persona que abusa de sustancias alcance la abstinencia. Las familias que se han adaptado al abuso de sustancias - llamadas familias alcohólicas por Steinglass y sus colegas (1987) - han encontrado maneras de acomodar el abuso de sustancias de la persona y quizás sacarle algún provecho al mismo. Steinglass y sus colegas (1987) encontraron que las familias alcohólicas suelen tener una idea limitada de lo que constituye conducta aceptable y exhiben cautela particular con respecto al cambio. En muchos casos, la presencia del alcohol (u otras sustancias de abuso) es necesaria para que los miembros de la familia expresen emoción, se comuniquen entre sí, logren una solución a corto plazo para sus conflictos, o expresen intimidad. Es importante señalar que el cliente mantiene un "punto fijo" consecuente para lograr un nivel de éxito en su rol dentro de la familia.

## **Ajuste a la abstinencia**

Principalmente por consideraciones de política y fondos, las intervenciones de familia en el tratamiento para abuso de sustancias, suelen centrarse en la familia durante un tiempo limitado. Sin embargo, los terapeutas familiares, pueden presentar un buen caso para la terapia familiar a largo plazo. En un modelo de sistemas, un problema como el de abuso de sustancias puede tener efectos tanto beneficiosos como dañinos, y una familia adaptará su conducta al abuso de sustancias. Además de explicar el fenómeno de la facilitación, este modelo también explica por qué puede esperarse que la familia de un cliente que padece un trastorno por abuso de sustancias se comporte de manera diferente (y no siempre positiva) cuando el individuo con un trastorno por abuso pasa a la etapa de recuperación. Una familia puede reaccionar negativamente al cese de uso de sustancias de una persona (por ejemplo, los niños pueden ser más agresivos o pueden mentir y robar para reestabilizar la dinámica familiar), o puede haber un período de armonía relativa que se ve interrumpido cuando empiezan a salir a la luz otros problemas que se habían reprimido. Por ejemplo, los miembros de la familia pueden expresar

su resentimiento e ira de forma más directa a la persona en recuperación. Si no se tratan estos otros problemas, las reacciones de la familia pueden activar una recaída. Las técnicas de terapia familiar pueden solucionar problemas que se habían mantenido enmascarados por el abuso de sustancias para asegurar que la familia contribuya con la abstinencia del cliente a largo plazo en lugar de obstaculizarla. (Kaufman 1999).

## **Triángulos**

Murray Bowen desarrolló el concepto de *triangulación*, que ocurre cuando dos miembros de una familia que tratan con un problema llegan al punto en que necesitan discutir un asunto sensitivo. En lugar de encarar el problema, desvían su energía hacia un tercero que sirve de intermediario, chivo expiatorio, objeto de preocupación o aliado. Al involucrar a esta persona, reducen la tensión emocional pero evitan que se solucione el conflicto y pierden oportunidades para mejorar la intimidad en su relación (Nichols y Schwartz 2001). En familias organizadas en torno al abuso de sustancias, un patrón común es que uno de los padres establezca un vínculo estrecho con uno de los hijos, mientras que el otro padre se mantiene distante. En este triángulo, una persona, con frecuencia el hijo, abusará activamente de sustancias (Brooks y Rice 1997). La triangulación es particularmente común en familias con niveles de diferenciación bajos (es decir niveles altos de enredamiento), pero en cierta medida ocurre en todas las familias (Brooks y Rice 1997; Nichols y Schwartz 2001).

## **Ejercicios de terapia familiar conductual para aumentar el compromiso y la disposición**

*Observe a su pareja cuando hace algo bueno:* De primera intención se pide a los clientes que observen y tomen nota de por lo menos una acción al día en que su pareja demuestre amor o que su preocupación. En la próxima sesión, se pide al cliente que anote e informe a su pareja lo que ha observado. Entonces, cada cliente debe seleccionar un comportamiento afectuoso de la lista y representarlo en un ejercicio de dramatización. El terapeuta provee retroalimentación positiva y sugerencias constructivas basadas en el ejercicio de dramatización. La persona que actúa en la actividad puede repetirla incorporando las sugerencias del terapeuta. El propósito de este ejercicio es mejorar las destrezas afectivas y de comunicación del cónyuge, así como desarrollar un aprecio mayor entre la pareja (O'Farrell 1993).

*Días de afecto:* Se pide a cada persona que seleccione un día de la semana cuando inundará a su pareja con actos de amabilidad y cariño. En la próxima sesión, se le pide a la otra persona que adivine cuál fue el día seleccionado. Este ejercicio ayuda a la pareja anotar y entender lo que hacen por el otro, a la vez que incrementan las acciones positivas dentro de la relación.

*Actividades de disfrute compartidas:* el conflicto o la disfunción que se desarrolla como consecuencia del abuso de sustancias puede, conducir a una reducción significativa del tiempo que la pareja dedica a compartir actividades recreativas. Para cambiar este patrón, este ejercicio requiere que, como primer paso, las parejas hagan una lista de las actividades que disfrutaban compartir con su pareja (ya sea con o sin niños, dentro o fuera del hogar.)

En la próxima sesión la pareja comparte sus listas y el terapeuta identifica las áreas de coincidencia. Los coterapeutas entonces representan dramatizaciones de cómo llegarían a un

acuerdo sobre una actividad compartida y cómo la planificarían. El terapeuta modela maneras de presentar actividades de forma positiva, planificar para problemas que podrían surgir y aprender a ponerse de acuerdo sobre actividades. Posteriormente, las parejas planifican y llevan a cabo una actividad que ambos disfrutan. (Noel y McCrady 1993).

*Fuente:* Adaptado de Walitzer 1999.

El tercero en el triángulo no tiene que ser un miembro de la familia. Como indicaron Nichols y Schwartz: "Siempre que dos personas forcejean con un conflicto que no pueden resolver, surge la tendencia automática de involucrar a un tercero" (2001, p. 21). Los consejeros deben estar conscientes de la posibilidad de que se les involucre en un triángulo con los clientes al competir con la familia del cliente por el cliente. Este proceso es particularmente común en programas que tratan sólo al cliente, sin involucrar a la familia. Cuando la triangulación involucra al consejero, el cliente se encuentra entre la familia o el programa de tratamiento, y con frecuencia deja el tratamiento (Stanton 1997). Una sustancia de abuso también puede considerarse una entidad con la cual el cliente triangula para evitar niveles de intimidad más profundos.

## **Técnicas de terapia familiar que pueden usar los consejeros en tratamiento de abuso de sustancias.**

Los terapeutas familiares han desarrollado una variedad de técnicas que pueden ser útiles a los proveedores de tratamiento para abuso de sustancias que trabajan con individuos y familias. Las técnicas detalladas se obtienen de la variedad de acercamientos de terapia familiar descritos anteriormente. El panel de consenso seleccionó las técnicas con base en su utilidad y facilidad para los ambientes de tratamiento para abuso de sustancias y no porque correspondan a un modelo teórico en particular. Esta lista de técnicas no debe considerarse completa.

Algunas técnicas de terapia familiar son similares a las que ya se aplican en el tratamiento de abuso de sustancias, pero están dirigidas a un grupo diferente de clientes. Por ejemplo, la terapia conductual familiar hace uso de contratación conductual, refuerzo positivo, y desarrollo de destrezas, todos estos enfoques deben resultar familiares a los profesionales que usan los acercamientos conductual y conductual cognitivo con clientes individuales. La diferencia principal es que la terapia conductual familiar se centra en cómo influye la familia en la conducta de abuso de sustancias de uno de sus miembros y cómo se puede enseñar a la familia a que reaccione de otra forma.

### **Técnicas conductuales**

La terapia familiar conductual (*BMT*, por sus siglas en inglés, *Behavioral Marital Therapy*.) es un acercamiento conductual de familia para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias. La "BMT" procura aumentar el compromiso y los sentimientos positivos en el matrimonio y mejorar sus destrezas de comunicación y solución de conflictos. (Walitzer 1999). Esto es importante porque las relaciones matrimoniales en las que uno de los cónyuges abusa de sustancias, suele caracterizarse por el conflicto y la insatisfacción. Mejorar la calidad de las

interacciones matrimoniales puede aumentar la motivación a obtener tratamiento y reducir la probabilidad de que se disuelva el matrimonio una vez se alcance la abstinencia. En situaciones en que uno o ambos cónyuges no logran participar sinceramente porque están demasiado enojados o hay violencia, estas técnicas pueden ser inapropiadas. Las técnicas específicas incluyen ejercicios diseñados para incrementar los sentimientos positivos entre los cónyuges (véase abajo), mejorar las destrezas de comunicación mediante la enseñanza de técnicas reflexivas para escuchar (descritas en mayor detalle en el TIP 35, *Mejorando la Motivación para el Cambio en el tratamiento de Abuso de Sustancias* [CSAT 1999b] y enseñar destrezas de negociación (Noel y McCrady 1993; O'Farrell 1993). La "BMT" y los acercamientos relacionados, han demostrado mejorar tanto la participación del cliente en el tratamiento para abuso de sustancias y el resultado del mismo (Steinglass 1999) así como las relaciones entre parejas (Jacobson et al. 1984).

## **Técnicas estructurales**

En la terapia familiar estructural, los problemas familiares se conciben como el resultado de relaciones jerárquicas desequilibradas o que funcionan mal, con límites interpersonales imprecisos o enredados, demasiado rígidos o demasiado flexibles. Las complejidades de estos acercamientos desafían cualquier examen breve y simple. Aunque se simplifican las complejidades, podríamos decir que el objetivo principal es fortalecer o reorganizar las bases estructurales, de manera que la familia pueda funcionar fácilmente (Walsh 1997). Después de la etapa de avalúo, el terapeuta suele comenzar por preparar, con la familia, un contrato escrito que describa claramente los objetivos del tratamiento y explique los pasos necesarios para alcanzarlos. Este contrato aumenta la probabilidad de que la familia regrese después de la primera sesión porque tienen una idea clara de cómo solucionarán sus problemas. (Kauffman 1999).

El terapeuta familiar estructural suele tratar de demostrar afecto y empatía a la vez que se mantiene firme y objetivo (Huycke 2000) en las relaciones terapéuticas con sus clientes. El terapeuta motiva a los clientes a cambiar mediante un proceso de *unión* con la familia. Durante este proceso el terapeuta:

- Identifica y se acopla a la manera en que los miembros de la familia se relacionan entre sí, lo que reduce la probabilidad de resistencia.
- Transmite su entendimiento y aceptación a cada miembro de la familia, de manera que todos confíen en el terapeuta lo suficiente como para seguir su consejo.
- Demuestra respeto hacia cada persona de acuerdo con su función familiar lo que puede significar, por ejemplo, pedir primero la opinión de los padres sobre el problema que enfrentan.
- Escucha a cada persona cuando expresa sus sentimientos, porque la mayoría de las personas que participan de terapia cree que nadie entiende o le importa lo que siente.
- Hace un esfuerzo especial por establecer vínculos con los miembros de la familia que sienten ira, son poderosos o tienen dudas, a fin de que se comprometan con la terapia. (Nichols y Schwartz 2001).

Según Minuchin y Fishman (1981) la unión es "más una actitud que una técnica" (p. 31), y Kaufmann y Kaufman (1992a) señalan que al principio el proceso es muy estudiado y se vuelve más natural a medida que la terapia progresa. Si bien la unión por lo general confirma los

rasgos positivos de la familia y apoya a la familia para que sus miembros tengan la confianza y la fortaleza para cambiar, también significa retar a la familia para que provea el ímpetu para cambiar.

Una de las técnicas básicas de la terapia familiar estructural es marcar los límites de manera que cada miembro de la familia pueda tomar responsabilidad por sí mismo, a la vez que respeta la individualidad de los otros miembros. Una de las formas de hacer posible la individuación respetuosa es lograr que la familia cree conciencia de cuando un miembro de la familia:

- Habla sobre, en lugar de a, otra persona que está presente.
- Habla por otros, en lugar de dejar que hablen por sí mismos.
- Envía señales no verbales para influenciar o evitar que otra persona hable.

Cuando sea apropiado, el terapeuta tomará la acción necesaria para evitar conductas que contribuyen al enredamiento familiar.

El terapeuta necesita observar a la familia de cerca siguiendo la pista a las interacciones familiares o haciendo que la familia represente un patrón de conducta disfuncional durante la sesión terapéutica. El terapeuta entonces actúa según corresponda, ya sea para reestructurar los límites que son excesivamente rígidos o para fortalecer aquellos que se han enredado o fusionado. Por ejemplo, en familias con abuso de sustancias, con frecuencia uno de los padres se involucra excesivamente con un hijo. En estos casos, el terapeuta debe fortalecer los límites que apoyan a los padres como unidad (o subsistema) capaz de mantener una relación jerárquica con sus hijos y capaz de resistir la interferencia de las generaciones mayores de la familia o de personas externas a la familia (Kaufman 1999).

Los terapeutas estructurales motivan y enseñan a las familias nuevas formas de comportarse usando la estructuración. Usando este proceso, el terapeuta da un ejemplo de cómo deben comportarse los miembros de la familia entre sí. Después de observar una conducta problemática, como cuando la familia ignora las ideas y necesidades de uno de sus miembros, el terapeuta actúa de forma contraria (mostrando una atención especial a lo que la persona usualmente que se suele pasar por alto piensa, siente o desea.) Con este ejemplo, el terapeuta provee un modelo de cómo la familia puede comportarse y ejerce presión delicadamente para que los miembros de la familia alteren su conducta.

Otras técnicas importantes para reestructurar las relaciones familiares incluyen la recomposición del sistema, la modificación estructural y el enfoque en el sistema (Aponte y Van Dusen 1981). La recomposición del sistema ayuda a los miembros de la familia a construir nuevos sistemas (tal vez extra familiares) o a retirarse de los sistemas existentes (lo que puede implicar la separación física o el cambio de patrones de interacción y comunicación existentes.) La modificación estructural es el proceso de construir o reorganizar patrones de interacción (por ejemplo, moviendo triángulos para desarrollar alianzas que funcionen mejor.) El enfoque en el sistema, también conocido como re-enmarcar o re-etiquetar, es el proceso de presentar otra perspectiva a un problema aparente, de manera que parezca tener solución o que tiene efectos positivos para quienes lo ven como un problema. Re-etiquetar puede ayudar a los miembros de la familia a observar su propia complicidad en la recaída de un miembro de la familia al mostrarle lo que pueden perder si la recuperación tuviese éxito. Por ejemplo, el terapeuta puede mostrar a los hijos que tienen mayor libertad si sus padres abusan de sustancias. Re-etiquetar también hace más evidentes las opciones nuevas para solucionar problemas y puede provocar que los miembros de la familia a que alteren su conducta. En términos generales, las

técnicas de intervención estructural pueden ser difíciles de usar sin más adiestramiento. Sin embargo, pueden usarse con facilidad en el avalúo para entender formas en que la organización familiar se puede estructurar para apoyar el abuso de sustancias.

## ***Farmacoterapia auxiliar para trastornos de uso de sustancias***

Se han desarrollado varias intervenciones farmacológicas para ayudar en el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias y hay muchas más en desarrollo. La información provista en este TIP es apenas una introducción a este tema. Es más, la información está sujeta a cambio a medida que la Administración de Drogas y Alimentos de los EEUU aprueba nuevos medicamentos.

Medicamentos disponibles que pueden ayudar a:

- desalentar el uso continuado de sustancias. Éstas incluyen el disulfiram (Antabuse) para alcohol y la naltrexona (Revia) para el abuso de alcohol y opioides.
- suprimir los síntomas de abstinencia. Estos incluyen benzodiazepinas para el síndrome de abstinencia de alcohol y mantenimiento con metadona para la adicción a opioides.
- bloquear o aliviar la ansiedad o los efectos eufóricos. Estos incluyen metadona, levo-alfaacetilmetadol (LAAM) y buprenorfina para opioides y naltrexona para alcohol y opioides.
- reemplazar una sustancia ilícita por una que se puede administrar legalmente. Éstas incluyen metadona y otras formas de terapia de reemplazo de opioides.
- tratar trastornos psiquiátricos coexistentes.

Los medicamentos deben usarse conjuntamente con otras intervenciones terapéuticas (“CSAT” 1998c). Los hallazgos de las investigaciones reflejan que el uso de medicamentos para el tratamiento de abuso de sustancias, es mucho más efectivo cuando se combina con intervenciones psicosociales (McLellan y otros 1993).

El Apéndice A del TIP 24, *A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians* (Guía de servicios para el abuso de sustancias para proveedores de atención primaria de la salud [“CSAT” 1997A] provee detalles sobre intervenciones específicas para el tratamiento de abuso de sustancias. El TIP 28, *Naltrexone and Alcoholism Treatment* (Naltrexona y Tratamiento de Alcoholismo [“CSAT” 1998c]), también es una referencia sobre este tema. Vea

también el TIP por salir *Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction* (Tratamiento para la Adicción a Opioides con Ayuda de Medicación [“CSAT” en desarrollo d]).

### **Técnicas estratégicas**

La terapia familiar estratégica comparte muchas técnicas y conceptos con la terapia familiar estructural, los cuales suelen usarse juntos. Por ejemplo, re-enmarcar o re-etiquetar es un proceso común en ambos acercamientos. El terapeuta estructural procura alterar la estructura básica de las relaciones familiares partiendo de la teoría de que esto mejorará el problema de presentación. El terapeuta estratégico, sin embargo, se concentra en solucionar un problema específico que la familia ha identificado y se preocupa solamente de las interacciones familiares fundamentales y las conductas que perpetúan el problema de presentación. Para el terapeuta estratégico, las interacciones no son el resultado de problemas estructurales subyacentes (Wals 1997).

Diferentes acercamientos encajan en el acercamiento estratégico. Todos tienen en común la re-enmarcación o re-etiquetación y un acercamiento en la secuencia de las interacciones. Difieren en el alcance (duración) de la interacción observada; no obstante, todos buscan la secuencia de la interacción y entonces desarrollan una directriz para modificar dicha secuencia.

Las directrices son parte del énfasis de la terapia estratégica en el cambio que ocurre fuera de las sesiones terapéuticas. Las técnicas indirectas son tipos específicos de directrices que pueden parecer no estar relacionadas o ser contradictorias con la tarea por realizar, pero que en realidad ayudan a la familia a moverse hacia su meta. La re-enmarcación es una técnica indirecta.

### **Técnicas centradas en soluciones**

Los acercamientos centrados en soluciones de la terapia familiar, se construyen sobre muchas de las ideas y técnicas usadas en la terapia estratégica (Berg y Miller 1992; Berg y Reuss 1997; de Shazer 1988). Este acercamiento se preocupa menos de los orígenes de los problemas y más en los cambios futuros en las interacciones familiares. El terapeuta centrado en soluciones promueve confianza y optimismo, de manera que los enfoques centrados en soluciones no se enfocan en problemas y deficiencias, sino en soluciones y en las competencias de los clientes. Se han desarrollado varias terapias centradas en soluciones específicamente para tratar el abuso de sustancias. Debido a su enfoque limitado en el problema principal de tratamiento, la terapia familiar centrada en soluciones trabaja bien con muchos acercamientos de tratamiento para abuso de sustancias existentes.

Aunque la terapia familiar centrada en soluciones parece ser, en cierta medida contraria a los acercamientos tradicionales al tratamiento para abuso de sustancias, Osborn (1997) encontró que muchos consejeros de alcoholismo endosan las suposiciones fundamentales y el acercamiento de la terapia centrada en soluciones. Aunque no se adopte el acercamiento centrado en soluciones por completo, algunas de las técnicas de este modelo pueden usarse con una variedad de otros acercamientos, incluyendo su acercamiento en el pasado. Una de esas técnicas consiste en pedir al cliente que recuerde un momento cuando las conductas problemáticas no estaban presentes y que luego examine qué conductas ocurrieron durante este tiempo. "¿Puede usted recordar un momento cuando el problema no ocurría o ocurría menos? ¿Cómo eran las cosas entonces? ¿Cómo puede repetirse ese comportamiento ahora?" El enfoque en excepciones pasadas, ya fuera a propósito (casos en que los clientes

controlaban el problema) o al azar (casos en que el problema desaparecía temporalmente debido a factores fuera del control del cliente), ayuda los clientes a ver que el cambio es posible y que en ciertos momentos, los problemas aparentes se redujeron.

Otra técnica es usar la "pregunta del milagro", que es: "¿Si ocurriese un milagro y el problema de presentación desapareciera, cómo sabría usted que había desaparecido?" La pregunta del milagro es útil porque ayuda a los clientes a visualizar cómo sus vidas pueden ser diferentes. Esta técnica se describe en mayor detalle en el Capítulo 4.

Para más información sobre los enfoques de terapia familiar estratégica y centrada en soluciones refiérase al TIP 34, *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse* ((*Intervenciones Breves y terapias breves para el Abuso de Sustancias* "CSAT" 1999a).

## El tratamiento de abuso de sustancias para terapeutas familiares

Las causas del abuso de sustancias son muchas e incluyen componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Dentro del campo del tratamiento para abuso de sustancias se usan una variedad de acercamientos. Dos de los más comunes se describen en esta sección.

### Conocimiento teórico tradicional del abuso de sustancias

Dos modelos han contribuido al conocimiento contemporáneo del abuso de sustancias y la dependencia: el modelo médico (de enfermedad) y el modelo sociocultural.

#### Modelo Médico

El modelo médico de la adicción hace hincapié en las causas biológicas, genéticas o fisiológicas del abuso de sustancias y la dependencia. Un conjunto de investigaciones biológicas que sugiere un componente genético para el abuso de sustancias, brinda apoyo a esta teoría (Cloninger 1999), particularmente en el caso del alcoholismo, ya que ésta es la clase de sustancia de abuso que se ha investigado más a fondo (Li 2000) y es la relacionada con la gran mayoría de los trastornos por abuso de sustancias. El modelo también lo apoya las investigaciones que demuestran cómo las diferentes sustancias de abuso pueden ocasionar cambios a largo plazo en la química del cerebro (Blum y otros 2000; London y otros 1999). Desde una perspectiva médica, el tratamiento implica cuidado médico y puede incluir el uso de farmacoterapia para ayudar a manejar la abstinencia y contribuir al cambio conductual. (Véase más adelante información sobre los tratamientos farmacológicos para trastornos por uso de sustancias.)

Las ideas del modelo médico pueden incorporarse a la terapia familiar. Por ejemplo, el modelo se basa en parte en la convicción de que hay una predisposición genética al abuso de sustancias, la cual puede entenderse como un elemento de la convicción de los terapeutas

familiares sobre la transmisión transgeneracional de problemas. En la terapia familiar, también crece la convicción de que el campo necesita desarrollar un mejor entendimiento de los tratamientos farmacológicos para trastornos que afectan la dinámica familiar. Por esta razón, los terapeutas familiares necesitan contar con algunos conocimientos sobre los problemas médicos relacionados con el abuso de sustancias y deben saber cuándo referir a sus clientes para un avalúo de un posible trastorno de uso de sustancias.

### **Teorías socioculturales**

Los enfoques socioculturales al abuso de sustancias se centran en cómo los estresores en el ambiente social y cultural influyen en el uso y abuso de sustancias. Los teóricos de esta escuela proponen que las influencias ambientales como condición socioeconómica, empleo, nivel de asimilación cultural, penalidades legales, normas familiares y expectativas de pares pueden tener una influencia significativa en el uso y abuso de sustancias. Según estas teorías, el tratamiento para abuso de sustancias requiere cambiar el ambiente físico y social de la persona. Entre las intervenciones particulares se incluyen el apoderamiento económico, adiestramiento laboral, adiestramiento en destrezas sociales y otras actividades que pueden mejorar el ambiente socioeconómico del cliente. Otras intervenciones pueden involucrar actividades comunitarias y religiosas o participación en grupos de autoayuda, todo lo cual puede ayudar al cliente a recobrar la esperanza y a conectar con otras personas. Las intervenciones socioculturales suelen enfatizar las fortalezas de clientes y familias.

Las causas del abuso de sustancias se determinan de muchas formas, con componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

### **Acercamiento Holístico**

Cada uno de los dos modelos presentados anteriormente - el modelo médico y el modelo sociocultural - tienen validez e investigaciones que apoyan su credibilidad. Sin embargo, la mayoría de los proveedores de tratamiento no cree que ninguno de estos acercamientos describa adecuadamente las causas ni sugiere un solo tratamiento preferido para los trastornos de abuso de sustancias. El modelo holístico, un modelo biopsicosocial, ha sido propuesto como una forma de entender el multifacético problema del abuso de sustancias (Wallace 1989).

Muchos proveedores añaden también un componente espiritual al enfoque biopsicosocial, convirtiéndolo en un acercamiento biopsicosocial-espiritual. Éste es un cuarto modelo para entender el abuso de sustancias, uno que concibe la recuperación del abuso de sustancias, por lo menos en parte, como un viaje espiritual. Este cuarto modelo viene muy influenciado por el programa de recuperación de 12-Pasos. El panel de consenso entiende que un tratamiento efectivo integrará estos modelos de acuerdo con el ambiente de tratamiento, pero siempre tomará en cuenta todos los factores que contribuyen a los trastornos por uso de sustancias.

Los terapeutas familiares deben estar familiarizados por lo menos con las modalidades más comunes.

### **Modalidades comunes de tratamiento**

El tratamiento de abuso de sustancias usa una variedad de modelos. Los terapeutas familiares deben estar familiarizados por lo menos con las modalidades más comunes para poder hacer referidos efectivos y entender otros componentes de los regímenes de tratamiento de los clientes. Sin embargo, cuando se refiere a un cliente a un programa de tratamiento particular de abuso de sustancias, deben considerarse varios factores además de la intensidad de tratamiento requerida y los servicios específicos disponibles. Algunas de las consideraciones principales son:

- las necesidades y deseos expresados por el cliente.
- una recomendación de un profesional en el tratamiento para abuso de sustancias (si existe alguna duda sobre la modalidad de tratamiento a la cual debe referirse al cliente).
- el seguro del cliente u otras fuentes de fondos disponibles y los tipos de tratamiento que cubren
- el ambiente de trabajo del cliente y los arreglos familiares, en particular si permiten o no al cliente que se ausente durante un período largo.

No obstante, el panel de consenso considera que la terapia familiar (contrario a los programas de educación familiar o programas de visita) se puede aplicar en todas las modalidades de tratamiento. El panel ha destacado formas en que se pueden usar las intervenciones familiares en la mayoría de los entornos de tratamiento descritos aquí.

### ***Servicios de desintoxicación***

Las personas con trastornos por uso de sustancias suelen requerir un período de desintoxicación antes de que puedan comenzar un tratamiento intensivo. La desintoxicación no es un tratamiento para abuso de sustancias, pero para muchos clientes constituye un precursor esencial al tratamiento. Sin tratamiento subsiguiente es poco probable que la desintoxicación tenga efectos duraderos (Gerstein 1999). No todos los clientes con trastorno de abuso de sustancias requieren la misma intensidad de servicios de desintoxicación. Los servicios de desintoxicación van desde los servicios residenciales manejados médicamente hasta servicios que pueden ofrecerse inclusive en facilidades ambulatorias o de servicio social.

El servicio de desintoxicación más intenso es un programa médico manejado en una facilidad para pacientes internados, en una institución con recursos médicos. Los programas manejados médicamente están preparados para tratar una gama amplia de complicaciones médicas que pueden surgir entre personas que reciben tratamiento para desintoxicación de la dependencia a las sustancias de abuso. Los programas residenciales tienen la ventaja de permitir que los clínicos limiten el acceso de los clientes a las sustancias de abuso y los observen continuamente, durante el día y la noche de ser necesario. Los clientes que requieren este nivel de cuidado incluyen aquellos que han sufrido sobredosis serias, padecen condiciones médicas o psiquiátricas agudas o crónicas, están embarazadas o han desarrollado una dependencia física considerable (“CSAT” en desarrollo a; Inaba et al. 1997). Los proveedores también deben estar conscientes de que la mayoría de los aseguradores no cubren este nivel de servicio a menos que el cliente satisfaga ciertos criterios médicos claramente definidos.

Los programas ambulatorios manejados médicamente pueden proveer medicamentos y una gama de servicios médicos, pero los pacientes pueden abandonar las instalaciones y no reciben un monitoreo tan intenso como los pacientes en programas residenciales. Esta opción es útil para clientes con condiciones que requieren medicamentos y tratamiento, pero no requieren ser observados 24 horas al día. Si se compara con los servicios residenciales, la

desintoxicación ambulatoria es mucho menos costosa y ocasiona menos trastornos en la vida del cliente.

Muchos clientes no requieren servicios manejados médicamente y para ellos los programas de desintoxicación de servicios sociales (residenciales o ambulatorios) pueden ser la mejor opción. Los programas de desintoxicación de servicios sociales proveen consejería y otras formas de ayuda no farmacológica para manejar la abstinencia, pero, por lo general, no tienen servicios médicos en sus facilidades. Es más, la mayoría de los programas de desintoxicación de servicios sociales no usan medicamentos. El personal sí observa al cliente cuidadosamente (en particular en el entorno residencial) y puede recurrir a un médico o enfermera de ser necesario. Sin embargo, es raro encontrar estas modalidades en su forma pura, la mayoría consiste en una combinación de métodos y modalidades.

Los programas de desintoxicación suelen involucrar a las familias al incluir grupos familiares psicoeducativos u otras actividades a corto plazo, pero no tienen el tiempo ni los recursos para proveer un tratamiento familiar más abarcador.

Para más información sobre procedimientos de desintoxicación en entornos comunitarios y hospitalarios, refiérase al TIP por venir *Detoxification and Substance Abuse Treatment* (Desintoxicación y Tratamiento para Abuso de Sustancias [“CSAT” en desarrollo a), una revisión del TIP 19 (CSAT 1995d).

## **Programas residenciales de corto plazo**

Los programas residenciales a corto plazo proveen tratamiento intensivo a clientes internados durante un período relativamente corto (por lo general de 3 a 6 semanas). La mayoría de estos programas provee múltiples intervenciones de tratamiento, incluyendo consejería individual y de grupo, avalúos, desarrollo de una conexión sólida con grupos de autoayuda e instrucción con respecto a sus principios, grupos psicoeducativos e intervenciones farmacológicas para reducir la ansiedad y desalentar el uso de sustancias.

El Tratamiento Residencial de Corto Plazo (*SIT*, por sus siglas en inglés, *short-term inpatient treatment*) es el acercamiento terapéutico predominantemente usado en programas para las poblaciones aseguradas (Gerstein 1999). El “SIT” es un programa residencial sumamente estructurado de 3 a 6 semanas. Los pacientes reciben evaluaciones psiquiátricas y psicológicas, colaboran en el desarrollo de un plan de recuperación basado en los principios de AA, asisten a charlas y grupos educativos, se reúnen individualmente con consejeros y otros profesionales y participan en terapia familiar o de codependencia. Los pacientes también reciben cuidado de seguimiento intensivo que puede durar de 3 meses a 2 años, con un seguimiento menos intenso posteriormente.

Muchos programas residenciales a corto plazo incluyen algún tipo de intervención de tratamiento para los miembros de la familia del cliente. El Hazelden Family Center, por ejemplo, es un programa familiar residencial que explora problemas de relaciones que son comunes a familias con un miembro que abusa de sustancias. La mayoría de los programas familiares usados en el tratamiento residencial a corto plazo, incluyen grupos familiares psicoeducativos.

La mayoría de estos programas no proveen terapia familiar tradicional, aunque ofrezcan otra forma de tratamiento orientado a la familia.

No hay ninguna razón para que la terapia familiar no pueda integrarse en los programas residenciales a corto plazo, aunque lo breve de la terapia puede requerir sesiones más intensas y duraderas (más de 1 hora) porque el trabajo con la familia probablemente termine cuando el cliente con trastorno por uso de sustancias deja el tratamiento.

Desafortunadamente, los clientes tal vez deban comprometerse con un sistema completamente diferente para su cuidado continuo, ya que los fondos para los servicios podrían no ser transferibles. Es más, la terapia familiar tendrá que estar sumamente estructurada (como lo son otras actividades de estos programas) y el terapeuta tendrá que ajustarse al itinerario para otras actividades del programa de tratamiento. Si la terapia familiar se añade como componente adicional a un programa residencial, no debe ocupar el lugar de las horas de visita de la familia. Los clientes también necesitan tiempo recreativo con sus familiares.

Algunos programas residenciales a corto plazo tal vez eviten incluir la terapia familiar intencionalmente porque los proveedores creen que los clientes en las primeras etapas de recuperación no están capacitados para manejar los problemas dolorosos que suelen surgir durante la terapia familiar. Esto puede ser cierto en algunos casos, pero aunque el cliente no sea capaz de manejar la cesación del uso de sustancias y los problemas familiares simultáneamente, la familia del cliente puede beneficiarse de la terapia familiar.

### ***Tratamiento residencial de largo plazo (o comunidad terapéutica)***

Los programas de tratamiento residencial a largo plazo (*LTR*, por sus siglas en inglés, *long-term residential program*) proveerán cuidado continuo día y noche (en un ambiente no hospitalario), conjuntamente con tratamiento intensivo para el abuso de sustancias durante un período largo (de varios meses a 2 años). La mayoría de los programas “LTR” se consideran una forma de comunidad terapéutica (CT), pero los “LTR” pueden usar modelos y acercamientos de tratamiento adicionales como la terapia conductual cognitiva, de 12-Pasos, o prevención de recaídas (Gerstein 1999).

El programa de CT tradicional provee cuidado residencial de 15 a 25 meses en un ambiente sumamente estructurado para grupos de 30 hasta varios cientos de clientes. De acuerdo al modelo de CT, el abuso de sustancias es una forma de conducta desviada, de manera que el CT procura cambiar la vida completa del cliente. Además de ayudar a los clientes a abstenerse de abusar de sustancias, las CT procuran eliminar el comportamiento antisocial, desarrollar destrezas de empleo e inculcar actitudes y valores sociales positivos. (De Leon 1999).

El tratamiento de CT no se limita a intervenciones específicas sino que involucra a toda la comunidad del personal y los clientes en todas las actividades diarias que incluyen sesiones de terapia grupal, reuniones, recreación y trabajo, las que pueden consistir de adiestramiento vocacional y otros servicios de apoyo. Las actividades diarias están sumamente estructuradas y se espera que todos los pacientes de la CT sigan unas reglas de conducta estrictas. Las sesiones de grupo pueden estar marcadas por la confrontación. Un tratamiento de CT suele incluir también recompensas y castigos claramente definidos, una jerarquía específica de

responsabilidades y privilegios y la promesa de movilidad a través de la jerarquía entre los clientes hacia puestos de personal. El tratamiento de CT se ha convertido en la opción de tratamiento para la población penal (refiérase al TIP por venir *Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System* (Tratamiento de Abuso de Sustancias para Adultos en el Sistema de Justicia Criminal ["CSAT" en desarrollo j) y una versión modificada de la CT ha demostrado ser efectiva con clientes con problemas concurrentes de uso de sustancias y otros trastornos mentales (para más información sobre la TC modificada, refiérase al TIP por venir *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders* (Tratamiento de Abuso de Sustancias para personas con Trastornos Coexistentes ["CSAT" en desarrollo k), una revisión del TIP 9 ["CSAT" 1994b])

Los clientes que reciben tratamiento de CT suelen carecer de destrezas sociales básicas, vienen de hogares rotos y ambientes de mucha necesidad, han participado en actividades criminales, tienen un pobre historial de empleo y abusan de múltiples sustancias. Por estas razones, el proceso de CT es más una cuestión de proveer habilitación que rehabilitación (De León 1999). Como señala Gerstein, el entorno de CT en gran medida "simula y pone en práctica un ambiente de modelo familiar que el paciente nunca tuvo durante el período crítico de desarrollo de la adolescencia y la preadolescencia" (1999, p. 139).

El tratamiento de CT por lo general no incluye terapia familiar (por lo menos en los Estados Unidos), pero los programas de CT pueden usar la terapia familiar para ayudar a los clientes, en particular cuando se les prepara para regresar a sus hogares y comunidades.

## **Tratamiento ambulatorio**

El tratamiento ambulatorio es la modalidad más común de tratamiento para abuso de sustancias. Es también la más variada y el tipo de tratamiento provisto, como su frecuencia e intensidad, puede variar significativamente de programa a programa. Algunos, como los que ofrecen servicios de consultorio, pueden ofrecer psicoeducación solamente, mientras que el tratamiento diurno intensivo puede competir con los programas residenciales en términos de gama de servicios, avalúo de las necesidades del cliente y efectividad (Instituto nacional del Abuso de Drogas 1999a).

La variedad más común de programa ambulatorio es el que provee algún tipo de consejería o terapia una o dos veces por semana, durante 3 a 6 meses (Gerstein 1999). Muchos de estos programas dependen principalmente de la consejería de grupo, pero otros ofrecen una gama de consejería individual y opciones terapéuticas y algunos ofrecen terapia familiar. Algunos programas ambulatorios ofrecen manejo de casos y referido a otros servicios necesarios como adiestramiento vocacional y asistencia para conseguir un hogar, pero rara vez proveen esos servicios en sus facilidades, no porque no los consideren necesarios, sino debido a que no tienen fondos para hacerlo. Los servicios suelen ofrecerlos los programas especializados para clientes con problemas coexistentes de abuso de sustancias y otros trastornos mentales.

El tratamiento ambulatorio tiene ventajas claras. Si se compara con el tratamiento residencial es menos costoso y ofrece más flexibilidad a los clientes que trabajan o tienen obligaciones familiares que no les permiten ausentarse durante mucho tiempo. Las investigaciones han demostrado, como es el caso con muchas otras modalidades de tratamiento, que mientras más

tiempo el cliente reciba tratamiento ambulatorio, mayor su probabilidad de mantener la abstinencia durante más tiempo. Los estudios de tratamiento ambulatorio han documentado unas tasas altas de abandono en esta modalidad, así que muchos clientes no siguen el tratamiento durante el tiempo necesario para obtener los beneficios óptimos (Gerstein 1999). Por esto, la planificación para la terminación, la información sobre recursos y el compromiso comunitario deben comenzar al inicio mismo del tratamiento.

Debido a la gran diversidad en servicios que ofrecen los programas de tratamiento ambulatorio es difícil generalizar sobre el uso de la terapia familiar. Sin duda, la terapia familiar puede implementarse en este ambiente y una variedad de programas de tratamiento ambulatorio ofrecen varios niveles de intervención familiar para sus clientes. (Para más información refiérase al TIP por venir *Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse – Tratamiento ambulatorio Intensivo para el Abuso de Alcohol y Otras Drogas* [CSAT en desarrollo c]).

### **Tratamiento ambulatorio para adicción a opioides**

Un tipo específico de tratamiento ambulatorio conocido como tratamiento para adicción a opioides o mantenimiento de metadona, conlleva la administración de sustitutos, como la metadona y el LAAM, a clientes con dependencia a opioides. (La metadona requiere una dosis diaria, pero el LAAM sólo tiene que ser administrado cada 2 ó 3 días.) Este sustituto farmacéutico actúa para prevenir los síntomas de la abstinencia, reducir las ansias de consumo de la droga, eliminar los efectos eufóricos y estabilizar el ánimo y los estados mentales. Los efectos secundarios de estos medicamentos recetados son mínimos y los medicamentos se administran por boca, con lo cual se eliminan muchos de los peligros asociados con el uso de sustancias inyectables. Los programas de mantenimiento de metadona requieren que los nuevos clientes asistan diariamente, pero muchos programas permiten que los clientes se lleven la dosis a su hogar si han cumplido con los requisitos de tratamiento durante algún tiempo (por ejemplo, si las pruebas de orina son negativas para fármacos ilícitos y los clientes han asistido a las sesiones de consejería con regularidad.)

Una variedad de programas de tratamiento ambulatorio ofrecen varios niveles de intervención familiar para sus clientes.

En octubre de 2002, la Administración de Drogas y Alimentos de los EEUU (*FDA*, por sus siglas en inglés, *Food and Drug Administration*) aprobó el uso de la buprenorfina para la dependencia de opioides. Los médicos pueden dispensar el medicamento o recetarlos a sus clientes en sus oficinas si (1) obtienen una exención de los requisitos federales para recetar sustancias controladas y (2) obtienen una certificación de subespecialidad de la junta o adiestramiento en el tratamiento y manejo de pacientes con dependencia de opioides. Encontrará información y adiestramiento en la dirección en la red de “SAMHSA” ([www.buprenorphineSamhsa.gov](http://www.buprenorphineSamhsa.gov)). Un localizador de médicos en esta dirección en la red ayuda a los clientes a encontrar médicos calificados en su área (Clay 2003).

El “CSAT” de “SAMHSA” está comprometido con expertos de tratamiento, oficiales estatales y federales y representantes de los pacientes para desarrollar guías y otros materiales educativos sobre el uso de medicamentos como la metadona y el LAAM y otras terapias

alternas para el tratamiento de adicciones. La División de Terapias Farmacológicas del “CSAT” está a cargo de las actividades diarias de monitoreo reglamentario para implementar los nuevos reglamentos del “SAMHSA” (42 C.F.R. Parte 8) en el uso de medicamentos agonistas de opioides (metadona y LAAM) aprobados por la “FDA” para el tratamiento de la adicción. Estas actividades incluyen apoyar la certificación y acreditación de más de 1,000 programas de tratamiento que conjuntamente tratan a más de 200,000 pacientes al año (puede encontrar más información en [www.buprenorphineSamhsa.gov](http://www.buprenorphineSamhsa.gov)).

El tratamiento para la adicción a los opioides ha demostrado ser efectivo para mitigar las consecuencias dañinas del abuso de sustancias, reducir la actividad criminal, reducir la transmisión del SIDA en la población tratada, reducir la tasa de mortalidad de los clientes y frenar el uso de sustancias ilícitas (“Effective Medical Treatment for Opiate Addiction” 1997; Gerstein 1999). A pesar de estos hallazgos, aproximadamente 1 de cada 4 personas no responde bien a este tratamiento por una variedad de razones que no eran evidentes en los clientes antes de que comiencen el tratamiento (Gerstein 1999). Sin embargo, las tasas de retención y los resultados mejoran cuando los programas de mantenimiento de metadona ofrecen consejería más frecuente y proveen dosis mayores (un promedio de 60 a 120 miligramos diarios) de metadona (Gerstein 1999). (Para más información refiérase al TIP por venir *Medication Assisted Treatment for Opioid Addiction - Tratamiento para la Adicción a Opioides con Ayuda de Medicación - [CSAT en desarrollo d]*).

## Entendiendo los programas de autoayuda de 12-Pasos

Los terapeutas familiares se beneficiarían si asistieran a programas de 12-Pasos para entender los conceptos y ver en acción los principios que podrían ayudar a sus clientes. Cualquier persona puede asistir a una reunión abierta de 12-Pasos (consulte un directorio telefónico local o el sitio en la AA en [www.aa.org](http://www.aa.org) y seleccione "cómo encontrar las reuniones de AA") y los terapeutas que asisten a las reuniones y procesan la información con supervisores o colegas informados, pueden conversar con los clientes sobre la asistencia a reuniones, problemas, beneficios y métodos para usar las reuniones de 12-Pasos conjuntamente con el proceso terapéutico. La experiencia con la asistencia a reuniones de 12-Pasos ayuda a los terapeutas a hacer frente a problemas de resistencia cuando los clientes señalan que las reuniones no son apropiadas para ellos (por ejemplo, "nadie se parece a mí" o "me hacen decir cosas sobre las cuales no quiero hablar.") Otro beneficio de la asistencia de los terapeutas a las reuniones, es que podrían preparar a los clientes para que asistan. El terapeuta puede dar una idea general de qué esperar; por ejemplo, no es necesario hacer una donación cuando pasen la canasta; puede "pasar" cuando las personas estén tomando turnos para hablar; cómo usan las personas a sus auspiciadores y más.

Si consideramos cuán común es el abuso de sustancias en nuestra sociedad, todos los terapeutas familiares necesitan entender la filosofía detrás del concepto de enfermedad de abuso de sustancias; los conceptos de los programas de 12-Pasos (como impotencia y entrega); las señales, los síntomas y las etapas del abuso de sustancias y los asuntos, problemas y necesidades específicas de los niños. Hay evidencia que sugiere que estos

vínculos ya son fuertes de por sí. Por ejemplo, Northey (2002) encontró en una encuesta reciente, que el 89 por ciento de los terapeutas familiares refieren a sus clientes a grupos de autoayuda. Los terapeutas familiares también deben entender el lenguaje y la terminología del campo de tratamiento para abuso de sustancias y las definiciones del “DSM-IV-TR” de trastornos por abuso de sustancias.

Es importante que el terapeuta entienda que la terapia familiar organizada alrededor del abuso de sustancias no será efectiva si no se trata el abuso de sustancias directamente. La terapia también debe atender primero el problema de abuso de sustancias para que los otros cambios puedan tener éxito. (O'Farrell y Fals-Stewart 1999). Los terapeutas también deben entender que los trastornos de abuso de sustancias suelen ser condiciones crónicas, progresivas, que tienden a la recaída. La recaída debe verse como parte del proceso de recuperación y no como una causa para la terminación automática del tratamiento. Los terapeutas familiares deberán estar al tanto de los servicios en la comunidad para personas con trastornos por abuso de sustancias para que puedan referir clientes a estos programas.

Los proveedores de tratamiento de abuso de sustancias reconocen la importancia que la espiritualidad (no importa la ideología religiosa o la ruta espiritual seleccionada) puede tener en la recuperación. El uso de la espiritualidad y los principios de autoayuda pueden parecer extraños al concepto de tratamiento de algunos terapeutas familiares, pero estas ideas se usan y aceptan ampliamente en la comunidad de tratamiento para abuso de sustancias. Los terapeutas familiares pueden usar la espiritualidad al recomendar a las familias que se conecten (o reconecten) con sus tradiciones espirituales o discutan sus convicciones espirituales.

Algunas ideas de autoayuda como los auspicios (un componente de mentoría para clientes), también pueden aplicarse dentro de un ambiente de terapia familiar. Conectar una familia nueva al tratamiento con otra familia más experimentada, puede ayudar a ambas, alentando a la familia nueva a ver los posibles beneficios y ayudando a la familia más experimentada a reafirmar su compromiso con el tratamiento y con la diferencia que ha representado.

Los grupos de 12-Pasos es la modalidad de autoayuda usada más comúnmente, pero hay otros grupos de autoayuda que van más allá del campo de abuso de sustancias. De hecho, algunos de estos grupos se conocen como grupos de ayuda mutua porque van más allá de los programas tradicionales de autoayuda de los 12-Pasos de AA. Los ejemplos incluyen “*Deaf and Hard of Hearing 12-Step Recovery Resource*”s ([www.dhh12s.com](http://www.dhh12s.com)), “*Depression and Bipolar Support Alliance*” ([www.dbsalliance.org](http://www.dbsalliance.org)), y la Alianza nacional para el Enfermo mental (*National Alliance for the Mentally Ill*) ([www.nami.org](http://www.nami.org)). La Internet es un buen punto de partida para obtener información local sobre estos tipos de grupo. Podrá encontrar una lista de varios recursos de ayuda mutua del proyecto “*Behavioral Health Recovery Management*” en [www.bhrm.org](http://www.bhrm.org). Vea también la “*National Mental Health Consumer's Self-Help Clearinghouse*” en [www.mhselfhelp.org](http://www.mhselfhelp.org).

## **Puntos resumidos del Capítulo 3 desde la perspectiva de un consejero familiar**

- Si el trasfondo y adiestramiento provienen en gran medida de la tradición de la terapia familiar, desarrolle una comprensión cada vez más profunda de las sutilezas e ubicuidad de la negación.

- Si el trasfondo y adiestramiento son mayormente dentro del campo de tratamiento para abuso de sustancias, desarrolle una comprensión cada vez más profunda de las implicaciones y el impacto que representa ser un miembro de la familia y de la dinámica familiar para el cliente y los miembros de la familia del cliente.
- Cuando las cosas se pongan difíciles, busque ayuda. Tanto los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias como los terapeutas familiares necesitan ayuda unos de otros con diferentes situaciones. La consulta y la colaboración son elementos claves para asegurar el progreso de los clientes.
- Desarrolle procesos de avalúos profundos y efectivos.
- Considere obtener adiestramiento especializado en una o más técnicas o acercamientos específicos de terapia familiar.
- Paree las técnicas con la etapa de cambio y la fase de tratamiento.

## 4 Modelos integrados para tratar a los miembros de la familia

### En este Capítulo...

Tratamiento integrado para abuso de sustancias y terapia familiar

Modelos integrados para el tratamiento para abuso de sustancias

Pareando las técnicas terapéuticas con los niveles de recuperación

### Visión General

En las familias con uno o más miembros con problemas por abuso de sustancias, el tratamiento para abuso de sustancias y la terapia familiar pueden integrarse para proveer soluciones efectivas para múltiples problemas. Los consejeros y los terapeutas de las dos disciplinas rara vez comparten adiestramiento profesional similar, de manera que los modelos de tratamiento integrado descritos en este capítulo pueden servir de guía para acercamientos de tratamiento conjunto.

Las dos disciplinas pueden integrarse en mayor o menor medida, de la conciencia simple por parte del personal de la importancia de la familia en los programas de tratamiento, hasta programas de tratamiento totalmente integrados. Este capítulo discute las ventajas y

limitaciones de los modelos de tratamiento integrado. Hasta qué punto los consejeros se integran con las familias también puede variar y el grado de integración dependerá de varios factores.

Se debe tener cuidado cuando se selecciona el modelo terapéutico integrado. En este capítulo se proveen las bases teóricas para una serie de modelos así como las técnicas y estrategias usadas comúnmente.

## Tratamiento integrado de abuso de sustancias y terapia familiar

La mayoría de las agencias que proveen tratamiento para abuso de sustancias atienden a una variedad de clientes —hombres y mujeres, jóvenes y ancianos, personas sin hogar y personas pudientes, de todos los grupos raciales y étnicos, mayorías y minorías— con una gama amplia de perfiles de abuso de sustancias. En un día cualquiera, un consejero de abuso de sustancias puede trabajar con una joven quinceañera a quien se le descubre marihuana en el ropero del gimnasio, una mujer de 45 años de edad que perdió control de su consumo de alcohol a la muerte de su marido y un hombre de 35 años que enfrenta problemas legales debido al uso crónico de cocaína. Algunos clientes pueden ser inmigrantes recién llegados con barreras de idioma y cultura que afectan su tratamiento; otros pueden tener trastornos médicos y psiquiátricos concurrentes y pueden requerir tratamiento integrado para los dos problemas. Algunos clientes pueden haber tomado la decisión de dejar de abusar de sustancias, mientras que otros pueden preguntarse: “¿por qué tanta importancia a fumar un poco de hierba?” Cuando se incluye a las familias en el tratamiento para abuso de sustancias, las necesidades, los problemas y las motivaciones aumentan de forma exponencial.

La gama de necesidades de los clientes, las múltiples influencias familiares y las diferencias en adiestramiento y prioridades de los consejeros, conjuntamente con la naturaleza difícil de la mayoría de los problemas por abuso de sustancias, sugieren que los campos de terapia familiar y de tratamiento para abuso de sustancias deben trabajar juntos y estrechamente. Los recursos y las percepciones que las dos disciplinas pueden aportar al tratamiento, son los mejores argumentos para integrar el tratamiento para abuso de sustancias y la terapia familiar. Los modelos integrados de tratamiento también evitarán la duplicación de servicios, desalentarán la separación artificial de la terapia para problemas familiares y para tratamiento de abuso de sustancias y proveerán servicios efectivos y eficientes a los clientes y a sus familias.

### Ilustración 4-1

#### **Facetas de la integración de programas**

*Concienciación y educación del personal.* El personal desarrolla conciencia y participa en un adiestramiento diseñado para aumentar sus conocimientos y ampliar su concepción de la importancia de la familia como fortaleza y recurso positivo en el tratamiento para abuso de sustancias. El personal suele entender que los clientes requieren sistemas de apoyo para mantener la recuperación y evitar una recaída, pero a este nivel, los recursos casi completamente de naturaleza informativa en su totalidad.

*Educación familiar.* Se hacen presentaciones al público general y a clientes y familias potenciales sobre oportunidades educativas, información y referidos informales para que se eduquen sobre el rol de las familias en el proceso de tratamiento para abuso de sustancias. El programa de abuso de sustancias por lo general carece de los recursos económicos y humanos para brindar servicios directos a los miembros de la familia. Aunque pueden ofrecerse algunos seminarios educativos, no son obligatorios para los clientes y las familias como parte de un programa formal de tratamiento para abuso de sustancias. El enfoque se centra en proporcionar información sobre el rol de la familia en el tratamiento de abuso de sustancias a un público más amplio y a un fondo común de clientes potenciales. La agencia también ofrece listas de referidos para seguimiento de alta calidad a personas y grupos interesados.

*Colaboración familiar.* A este nivel, las familias de los clientes se involucran activamente y entienden su importancia como recurso en el programa de tratamiento para abuso de sustancias. Los programas de tratamiento para abuso de sustancias refieren clientes para servicios de terapia familiar mediante esfuerzos de tratamiento para abuso de sustancias con los que mantienen lazos de colaboración.

*Integración de la terapia familiar.* Todos los componentes de los programas y las políticas relacionadas con la integración completa de la terapia familiar en el tratamiento para abuso de sustancia ya están establecidos. Hay en operación enfoques de sistema basados en fortalezas, de fácil acceso para la familia, que son culturalmente competentes y brindan “ayuda centralizada” a clientes y familias. La cultura de una familia impregna la organización en todos los niveles y recibe apoyo de una infraestructura apropiada, específicamente recursos humanos y económicos.

Para combinar el tratamiento de abuso de sustancias y la terapia familiar se necesita un modelo integrado. Este término, para fines de este “TIP”, se refiere a una constelación de intervenciones que toman en consideración (1) los problemas de cada uno de los miembros de la familia en lo que respecta al abuso de sustancias (tal vez un marido que bebe demasiado, un cónyuge que facilita el consumo de bebida o un niño que exhibe problemas de conducta como reacción a la bebida) y (2) el efecto de los problemas de cada uno de los miembros en el sistema familiar. Este TIP también presume que si bien el problema de abuso de sustancias se manifiesta en una sola persona, (por ejemplo, un fumador de cocaína), la solución se encontrará dentro del sistema familiar (por ejemplo, nuevas interacciones que apoyen el no fumar cocaína).

Los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias han desarrollado conocimientos especializados en la adicción y la recuperación. También pueden recurrir a sus experiencias personales de recuperación. Sin embargo, los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias tal vez no estén familiarizados con las teorías y técnicas relacionadas con intervenciones en los sistemas familiares. Aunque suelen estar familiarizados con la influencia que ejerce la familia sobre el uso de alcohol o drogas ilícitas de uno de sus miembros, los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias a veces entienden los problemas familiares como una amenaza para la recuperación del paciente, en particular si la persona que abusa de sustancias se siente abrumada e incapaz de lidiar con las reacciones de la familia al tratamiento y las emociones intensas que éste evoca. La meta del consejero de tratamiento para abuso de sustancias es la recuperación del cliente y no debe permitir que otros problemas, como las presiones familiares, distraigan al cliente de su meta.

Los terapeutas familiares, por otro lado, conocen bien cómo operan los sistemas familiares. Sin embargo, pueden no entender a fondo las necesidades y el estrés que enfrentan las personas con trastorno por uso de sustancias. Los mismos clientes pueden entender la terapia familiar sugiere como un regreso a los conflictos intrafamiliares repetitivos y a la confusión emocional.

La terapia familiar o la terapia de intervención familiar y los tratamientos para abuso de sustancias pueden integrarse en mayor o menor grado en un continuo. La Ilustración 4-1 presenta cuatro facetas discretas de integración a lo largo de este continuo. Este modelo no es una receta de “cómo” lograr la integración, sino una guía a las estrategias, descripciones y actividades de las diferentes facetas. En el Capítulo 6, Aspectos de Política y Programas se tratan estas facetas más a fondo.

En lo que respecta a la colaboración familiar para la integración programática, los clientes en tratamiento de abuso de sustancias son referidos a varias agencias para que se les provea terapia familiar y otros servicios. Una alternativa es la integración de un enfoque de manejo de casos orientado en la familia, que usa referidos a recursos externos de terapia familiar, según sea necesario. El manejo de casos orientado en la familia puede atender muchos de los propósitos que atiende la terapia familiar. Por ejemplo, ambos trabajan a partir del supuesto medular de que para entender a una persona es necesario atender el contexto ecológico completo de esa persona.

Aún cuando los componentes del plan de tratamiento son una obligación en otras agencias, es imperativo obtener la opinión de los familiares sobre cómo satisfacer estos requisitos o preferencias para asegurar que no pierdan su motivación para continuar cumpliendo con el plan de tratamiento. Si el plan de tratamiento se les va de las manos totalmente, sin duda se resistirán. Siempre que sea posible, los proveedores deberán permitir que los miembros de la familia hagan selecciones, aunque esto signifique proveer sólo dos alternativas para satisfacer los requisitos.

## ***Coordinación de servicios entre múltiples agencias***

Cuando las familias reciben servicios de varios proveedores, se hace necesario coordinar citas y obtener documentación y los requisitos en el idioma principal de la familia. Sin duda, la coordinación y la presentación de servicios representan retos aún mayores y más críticos cuando se trata de familias de refugiados o inmigrantes que desconocen el idioma y la cultura. Los siguientes métodos pueden usarse para lograr esta coordinación:

- Las familias involucradas con varias agencias pueden confundir quién provee cuál servicio, o cuáles son las fechas límites vigentes. Es importante que los representantes expertos y principales del sistema, coordinen esfuerzos para ayudar a la familia y comunicarle claramente el plan de tratamiento. A veces una reunión formal del personal con la participación de todos los proveedores de servicio y la familia puede suplir esta función.
- Las diferentes agencias pueden recomendar o requerir cursos de acción conflictivos. Por ejemplo, el trabajador social le dice que asista a la escuela, el oficial de probatoria puede decirle que obtenga un empleo y el colegio de los niños puede decirle que debe estar en la casa cuando los niños no estén en la escuela. El consejero puede resolver estas exigencias conflictivas trabajando con todos los proveedores de servicio para desarrollar un plan de

tratamiento que establezca prioridades entre tareas (por ejemplo, para un adolescente, la primera prioridad puede ser asistir a la escuela y después conseguir un empleo). En ocasiones, el terapeuta tal vez deba abogar por la familia cuando los otros proveedores exijan cursos de acción conflictivos.

- Exhortar a la familia a que lleve un calendario actualizado con las fechas de sus citas y los requisitos de cada una.
- Si los proveedores de servicio abandonan una agencia o si se asignan nuevos profesionales a trabajar con la familia, el consejero debe coordinar una reunión entre los nuevos proveedores y los proveedores antiguos y la familia para que se provea a los nuevos profesionales cualquier información importante y para ofrecer a la familia la oportunidad de despedirse.
- Una forma de abogar por el cliente es preparar informes mensuales para todos los proveedores de servicio en los que se documenta su asistencia al tratamiento, su cumplimiento con las actividades exigidas y el progreso habido para alcanzar sus metas. Los informes mensuales también pueden servir para resaltar las partes del plan de tratamiento que no están funcionando y es necesario reformular.
- Los memos y los informes pueden usarse como intervenciones. Por ejemplo, enviar un memo después de una reunión sirve para reiterar lo que ocurrió durante la misma, refuerza lo positivo y puede aprovecharse para hacer preguntas como, “¿Se dio usted cuenta de que estaba ocurriendo esto y aquello?”
- Las reuniones programadas con regularidad pueden ayudar a coordinar los servicios de agencias que suelen trabajar juntas y documentar las acciones tomadas antes y después de estas reuniones.

## Valor de los modelos integrados para los clientes

Los modelos de terapia familiar han venido evolucionando durante los últimos 60 años a medida que los consejeros e investigadores han trabajado para identificar las causas de los trastornos por uso de sustancias, los factores que mantienen estos trastornos y las complejas relaciones entre las personas con los trastornos y los miembros de su familia (McCrary y Epstein 1996). Prestar atención a estos asuntos tiene una serie de ventajas:

- *Resultados del tratamiento.* Se ha demostrado que existe una relación directa entre la participación de la familia en el tratamiento para abuso de sustancias y las tasas de compromiso mayores para iniciar un tratamiento, una menor tasa de abandono durante el tratamiento y mejores resultados a largo plazo (Edwards y Steinglass 1995; Stanton y Shadish 1997).
- *Recuperación del cliente.* Cuando los miembros de la familia entienden cómo han participado en el abuso de sustancias y se comprometen a apoyar activamente la recuperación del cliente, aumenta la probabilidad de una recuperación exitosa y a largo plazo.
- *Recuperación familiar.* Cuando las familias participan en el tratamiento, se pueden examinar los problemas familiares más amplios y no sólo el abuso de sustancias. Tanto la persona con trastorno por uso de sustancias como los miembros de la familia, reciben la ayuda que necesitan para que se logre y mantenga la abstinencia (Collins 1990).
- *Impacto intergeneracional.* Los modelos integrados pueden ayudar a reducir el impacto y la recurrencia de los trastornos por abuso de sustancias en diferentes generaciones.

## **Beneficios de un programa integrado de tratamiento de abuso de sustancias y terapia familiar**

El Programa de Intervención Familiar (*PIF*, por sus siglas en inglés, *Family Intervention Program*) es un buen ejemplo de un modelo integrado de tratamiento para abuso de sustancias y terapia familiar. El “FIP” financiado por el Departamento de Servicios Humanos y el Departamento de Salud y Servicios a Envejecientes de Nueva Jersey, fue diseñado para examinar la efectividad de parear a un terapeuta familiar estructural con un especialista en recursos de la comunidad.

El programa proveyó tratamiento a familias con adolescentes y varios problemas (Fishman y otros 2001) cuyos problemas de presentación eran abuso de sustancias (por el adolescente u otro miembro de la familia), delincuencia y violencia doméstica. Cuando se compara con la intervención de terapia familiar sola, el “FIP” demostró tener mejores resultados: el abuso de sustancias y la delincuencia juvenil se redujeron, mientras que el desempeño académico y las relaciones familiares mejoraron.

En un caso, un joven cliente de 17 años de edad fue suspendido de la escuela debido a su abuso de sustancias. El especialista de recursos de la comunidad pudo convencer al director de la escuela de que cancelara la suspensión siempre que el cliente continuara participando en el programa “FIP”.

*Fuente:* Fred Andes, Miembro del Panel de Consenso.

## **Valor de los modelos integrados para profesionales de tratamiento**

Además de los beneficios que brinda a los clientes y sus familias, los modelos integrados tienen ventajas para los proveedores de tratamiento. Las ventajas prácticas incluyen:

- *Reducción de la resistencia al tratamiento.* Además de la promesa de mejores resultados del tratamiento, los modelos integrados permiten que los consejeros atiendan las circunstancias específicas de cada familia en tratamiento. Este enfoque acomoda a la familia completa y ayuda a reducir su resistencia al tratamiento.
- *Flexibilidad en la planificación del tratamiento.* Los modelos integrados permiten que los consejeros adapten a la medida los planes de tratamiento para considerar factores individuales y familiares. Por ejemplo, se puede tomar en consideración la etapa de cambio de cada miembro de la familia. (Refiérase al Capítulo 3 para una descripción de las etapas de cambio.) Temprano durante el tratamiento, las familias pueden necesitar educación sobre el abuso de sustancias y sus efectos, mientras que las familias en etapas subsiguientes de tratamiento pueden necesitar ayuda para enfrentar temas como confianza, perdón, adquisición de nuevas destrezas de ocio, cambios en los roles, reestablecimiento de límites dentro de la familia y en el trabajo y cambios en patrones de interacción específicos de las familias que apoyan el abuso de sustancias.
- *Flexibilidad en el acercamiento del tratamiento.* Además de la libertad para adaptar los planes de tratamiento a circunstancias particulares, los modelos integrados permiten a los consejeros adaptar los acercamientos de tratamiento de manera que se ajusten a sus estilos y fortalezas particulares. Por ejemplo, los consejeros que disfrutan trabajando con adolescentes y familias pueden elegir modelos estructurales y estratégicos que se concentran en las interacciones familiares, mientras que los que prefieran capitalizar en las

competencias y fortalezas de los clientes, pueden optar por la terapia centrada en soluciones. De esta forma, se pueden usar diferentes modelos de tratamiento, inclusive dentro de la misma agencia para satisfacer las necesidades tanto de los clientes como de los consejeros.

- *Conjunto mayor de destrezas.* Recurrir a modelos diferentes de terapia tradicional reta a los consejeros a que sean creativos en sus acercamientos de tratamiento. Con los modelos integrados, por ejemplo, los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias pueden trabajar con los miembros de la familia del cliente para determinar cómo los problemas de cada cual impactan el sistema familiar. De igual forma, los terapeutas familiares pueden experimentar lo que es trabajar con personas cuyos problemas principales son los trastornos por abuso de sustancias.
- *Administración.* Los modelos integrados permiten que los administradores obtengan más por menos. A pesar del costo evidente de adiestrar a los terapeutas familiares y a los consejeros de abuso de sustancias en el campo del otro, las mejorías en los resultados del tratamiento más que compensa la inversión. La División de Adiestramiento en Adicción de Nueva Jersey, demostró recientemente esta relación de costo-beneficio (Fishman y otros 2001). En este proceso, los modelos integrados acomodaron las diferencias en teoría, filosofía y financiamiento a través de múltiples agencias. Además, los modelos que hayan demostrado ser eficaces podrían duplicarse en otras agencias, lo que aumentará la efectividad de costo a largo plazo.

### **Colaboración para proveer tratamiento a indios americanos**

“*First Nations Community HealthSource*”, una clínica de salud urbana sin fines de lucro en Albuquerque, Nuevo México, desarrolló un sistema de coterapeutas que vincula la terapia familiar y el tratamiento para abuso de sustancias. Un terapeuta familiar y un consejero en tratamiento de abuso de sustancias trabajan juntos con la familia en un ambiente ambulatorio. Este sistema de consejería en equipo ha contribuido a reducir el número de sesiones de tratamiento necesarias para tratar exitosamente el abuso de sustancias.

*Fuente:* Miembro del Panel de Consenso Greer McSpadden.

### **Limitaciones de los Modelos Integrados**

A pesar de su valor obvio y de la eficacia demostrada, los modelos integrados de tratamiento para abuso de sustancias tienen algunas limitaciones:

- *Falta de estructura.* Si las diferentes modalidades de los modelos integrados no son consistentes y compatibles, la combinación puede conducir a poco menos que una serie de intervenciones inconexas. Integrar intervenciones de diferentes modelos para crear un plan de tratamiento coherente y poderoso, hecho a la medida de las necesidades de los clientes y sus familias, exige saber cuáles estrategias se deben usar en circunstancias particulares y tener un protocolo sólido para la selección de terapia. Es más, cuando existe el riesgo de suicidio o violencia familiar, puede ser necesario aplicar protocolos más estrictos de lo usual para la selección de terapia.
- *Adiestramiento adicional.* Los modelos integrados requieren conocer más modalidades de tratamiento, de forma que se requiere estar más adiestrado. Además, si los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias y los terapeutas familiares han de trabajar juntos efectivamente, en cierta medida, deberán aprender el oficio del otro.

- **Mentalidad.** Para usar modelos integrados es necesario un cambio significativo de mentalidad entre el modelo individual que se concentra en la patología y el modelo sistémico (relacionista o conductual) centrado en cambiar los patrones de interacción familiar. Los modelos integrados requieren que tanto el consejero de tratamiento para abuso de sustancias como el terapeuta familiar se aventuren en un territorio nuevo. Los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias, pueden estar reacios a incluir a toda la familia, ya sea porque consideran que no es apropiado o porque no se sienten preparados para manejar sesiones con toda la familia. De igual manera, el adiestramiento de los terapeutas familiares los predispone contra el énfasis en personas individuales dentro de la familia. Tanto los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias como los terapeutas familiares, necesitarán apoyo de supervisores y administración para hacer los cambios necesarios.
- **Administración.** El uso de varios modelos de tratamiento en una agencia, requiere que todos en la agencia se comprometan a proveer esta variedad de servicios. El uso de múltiples modelos en una agencia complica la programación de servicios para personal, clientes y familias. La programación de adiestramientos de personal en diferentes modelos, así como la evaluación de clientes para determinar cuáles de los modelos disponibles son apropiados y el progreso logrado, se hace más difícil. Además, la recopilación e interpretación de los datos sobre los resultados de tratamiento, incluyendo los resultados para los clientes, la eficacia de los modelos y la efectividad de costo, son procesos más complejos. No obstante, estos procesos pueden simplificarse si la agencia usa los criterios de colocación del paciente (*patient placement criteria*) recomendados por la *American Society for Addiction Medicine* para validar la toma de decisiones con respecto al tratamiento de clientes.
- **Reembolsos.** Los terceros por lo general no pagan por las intervenciones para terapia por abuso de sustancias. Hoy por hoy, generalmente o se paga por tratamiento de salud mental o por tratamiento de abuso de sustancias. Si no se reembolsa el trabajo realizado con las familias, la mayor parte de este esfuerzo no se dará y no se lograrán los resultados posibles del abuso de sustancias. (Este tema crítico se trata más a fondo en el Capítulo 6.)

Para resumir, las agencias y los profesionales médicos tienen que balancear el valor del tratamiento integrado con sus limitaciones. Tienen que sopesar la flexibilidad y el potencial de obtener mejores resultados de tratamiento en contra del reto administrativo de más adiestramientos y sus gastos relacionados. A la postre, las agencias deberán decidir qué nivel de intervención ofrecerán a las familias en tratamiento y cuáles modelos integrados usarán para hacerlo.

## Nivel de intervención con la familia

Los profesionales de tratamiento para abuso de sustancias intervienen con las familias a diferentes niveles durante el tratamiento (Conner y otros 1998; Levin 1998). Los niveles variarán dependiendo de cuán individualizadas sean las intervenciones para cada familia y hasta qué punto se integre la terapia familiar con el proceso de tratamiento para abuso de sustancias (Refiérase a la Ilustración 4-1). Por ejemplo, en un nivel bajo de involucración, el consejero podría intentar una intervención educativa, presentando información general sobre el abuso de sustancias que aplique a la mayoría de las familias. Si el nivel de involucración con la familia es mayor, el consejero podría usar una intervención terapéutica que ayude a la familia a definir los cambios colectivos específicos que quiere implantar, que pueden o no estar relacionados con el abuso de sustancias.

En cada nivel, la intervención familiar tiene funciones diferentes y requiere su propio conjunto de competencias. En algunos casos, la familia puede estar lista para una involucración

intermitente con un consejero. En otros casos, a medida que la familia alcanza las metas que se ha propuesto a un nivel de involucración, puede establecer metas nuevas que exijan una involucración mayor del consejero. La medida en que la familia acepta sus problemas y su preparación para el cambio, determinan el nivel apropiado de involucración del consejero con esa familia.

## *Ilustración 4-2*

### ***Niveles de intervención de los consejeros con las familias***

#### ***Nivel 1 – El consejero interviene muy poco o nada con la familia***

A este nivel, el consejero se comunica con la familia por razones prácticas y legales, pero no le provee servicios. El consejero ve a la persona en tratamiento como su único cliente y hasta puede pensar que durante el tratamiento, debe proteger al cliente de los contactos con su familia. Las intervenciones se centran en gran medida en el abuso de sustancias del cliente y sus efectos sobre el individuo. No se han establecido ni las fuentes de financiamiento ni las políticas necesarias para proveer servicios a la familia, de manera que el impacto del abuso de sustancias en la familia, no es una consideración principal. No es poco común que la familia del cliente se considere un obstáculo para el cliente.

#### ***Nivel 2- El consejero ofrece psicoeducación y consejería***

##### ***Base de conocimientos***

El foco principal del consejero es el abuso de sustancias del cliente, pero el consejero está consciente de que este abuso afecta las relaciones familiares y que la consejería cambiará la dinámica familiar. Por ejemplo, la familia puede acusar con mayor frecuencia a la persona que abusa de sustancias o alcohol, pueden revelarse los problemas de abuso de sustancias de otros miembros de la familia y pueden descubrirse secretos familiares.

##### ***Relación con el sistema familiar***

El consejero está abierto a interactuar con clientes y familias de forma colaboradora:

- Aconsejar a las familias sobre cómo manejar las necesidades de rehabilitación del cliente.
- Para familias grandes o exigentes, conocer cómo canalizar las comunicaciones a través de uno o dos miembros clave.
- Identificar la disfunción familiar manifiesta que interfiere con el tratamiento para abuso de sustancias.
- Referir a la familia a tratamiento especializado de terapia familiar.

#### ***Nivel 3- El consejero atiende los sentimientos de los miembros de la familia y provee apoyo***

##### ***Base de conocimientos***

El consejero entiende el desarrollo familiar normal y las reacciones familiares ante el estrés.

### *Relación con el sistema familiar*

El consejero está consciente de los sentimientos personales cuando trata con el cliente y la familia.

### *Destrezas*

- Hacer preguntas que induzcan a los miembros de la familia a expresar su preocupación y sentir en relación con la condición del cliente y su efecto en la familia.
- Escuchar con empatía las preocupaciones y el sentir de los miembros de la familia y, siempre que sea apropiado, normalizarlos.
- Elaborar un avalúo preliminar del nivel de funcionamiento de la familia con respecto al problema del cliente.
- Estimular a los miembros de la familia en sus esfuerzos por lidiar con su situación como familia.
- Ajustar la educación en abuso de sustancias a las necesidades, preocupaciones y sentimientos particulares de la familia.
- Identificar la disfunción de la familia y ajustar sus recomendaciones de referidos a las circunstancias particulares de la familia.

## ***Nivel 4 – El consejero provee evaluación sistemática e intervención planificada***

### *Base de conocimientos*

El consejero entiende el concepto de sistemas familiares.

### *Relación con el sistema familiar*

El consejero está consciente de su propia participación en los sistemas, incluyendo la relación terapéutica, el sistema de tratamiento, su propio sistema familiar y otros sistemas comunitarios más amplios.

### *Destrezas*

- Incorporar a los miembros de la familia, incluso a los renuentes, en una conferencia familiar planificada o una serie de conferencias.
- Estructurar una conferencia inclusive con una familia con una comunicación pobre, de manera tal que todos los miembros tengan oportunidad de expresar lo que sienten.
- Evaluar sistemáticamente el nivel de funcionamiento familiar.
- Apoyar a los miembros individualmente y evitar coaliciones.
- Reformular la definición familiar de problemas de manera que se haga más viable solucionarlos.
- Ayudar a los miembros de la familia a entender que sus dificultades requieren nuevas formas de esfuerzo colaborador.
- Ayudar a los miembros de la familia a generar formas alternas, mutuamente aceptables para hacer frente a sus dificultades
- Ayudar a la familia a balancear sus esfuerzos para hacer frente a los problemas calibrando varios roles de manera que los miembros pueden ayudarse unos a otros sin sacrificar su autonomía.

- Identificar la disfunción familiar más allá del ámbito del tratamiento de cuidado primario; organizar un referido para informar a la familia y al especialista qué pueden esperar el uno del otro.

## **Nivel 5 – Terapia familiar**

### **Base de conocimientos**

El consejero ha recibido adiestramiento y supervisión para pasar a este nivel de pericia. Entiende los sistemas familiares y patrones típicos de las familias disfuncionales e interactúa con profesionales en otros sistemas de cuidado de la salud.

### **Relación con el sistema familiar**

El consejero puede manejar emociones intensas en las familias y a su vez mantenerse neutral a pesar de las presiones fuertes de los miembros de la familia (u otros profesionales) para que tome partido.

### **Destrezas**

- Entrevistar a las familias o a los miembros de las familias difíciles de comprometer.
- Generar y probar hipótesis sobre dificultades familiares y patrones de interacción de forma eficiente.
- Escalar los conflictos en la familia para poner fin a un tranque familiar.
- Aliarse temporalmente con un miembro de la familia en contra de otro.
- Lidiar constructivamente con la fuerte resistencia al cambio de una familia.
- Negociar las relaciones colaboradoras con profesionales de otros sistemas que trabajan con la familia, aún cuando los grupos estén en desacuerdo.

*Fuente:* Adaptado de Doherty y Baird 1986, Uso autorizado.

En su trabajo con médicos de familia, Doherty y Baird (1986) establecieron cinco niveles de involucración con las familias para intervención médica. En la Ilustración 4-2, el trabajo de los autores ha sido adaptado para mostrar niveles de involucración del consejero con familias de clientes que abusan de sustancias.

A continuación se ofrecen algunos ejemplos específicos para implementar los niveles discutidos en la Ilustración 4-2:

- En el Nivel 1, la intervención familiar en el tratamiento para abuso de sustancias puede ser informal, pero se considera y planifica con cuidado para asegurar que sea clínicamente apropiada. Por ejemplo, en lugar de programar una cita, el consejero puede hablar con los miembros de la familia del cliente mientras esperan al cliente que asiste a una reunión de grupo.
- En el Nivel 2, el consejero puede proveer educación o consejos a la familia mediante una discusión breve de las etapas de abuso de sustancias y recuperación.
- En el Nivel 3, el consejero puede educar a la familia sobre cómo el abuso de sustancias afecta la crianza y conversar sobre cómo el padre y la madre pueden mejorar sus destrezas de crianza a la vez que les provee apoyo cuando introducen cambios.
- En el Nivel 4, el consejero puede intervenir para definir y cambiar los patrones de interacción y las secuencias de conducta que rodean el abuso de sustancias o determinar la secuencia

de conducta exacta relacionada con la bebida y establecer formas para interrumpir esa secuencia.

- En el Nivel 5, el consejero puede ayudar a la familia a definir metas específicas de cambio — metas que pueden o no centrarse en el abuso de sustancias— y luego ayudar a la familia a hacer los cambios. El enfoque en el Nivel 5 es más amplio que en el Nivel 4, y el consejero suele recurrir a destrezas y enfoques más amplios para ayudar a la familia a alcanzar sus metas.

### ***Determinantes del nivel de intervención***

Para determinar el nivel de involucración del consejero con una familia específica, se deben considerar dos factores:

*El nivel de experiencia y comodidad del consejero.* La Ilustración 4-2 puede usarse para determinar la base de conocimientos y destrezas que necesita un consejero para implementar cada uno de los cinco niveles de involucración familiar.

*Las necesidades de la familia y su preparación al cambio.* El modelo de etapas de cambio de Prochaska y otros (Prochaska et al. 1992; refiérase al Capítulo 3 para una descripción de las cinco etapas) puede usarse para evaluar la preparación para el cambio de la familia y sugiere un nivel de involucración del consejero apropiado para la etapa de cambio. A una familia en precontemplación, por ejemplo, le convendría un nivel de intervención más bajo —Nivel 2 ó 3— mientras que una familia en la fase de mantenimiento podría estar lista para terapia familiar de Nivel 5, descifrando los problemas de relaciones que puede que no tengan que ver directamente con el abuso de sustancias.

Al determinar el nivel de involucración familiar deben tomarse en consideración tanto la familia como de los consejeros. No se debe presionar a la familia a cambiar rápidamente si no está preparada para ello. Si se les empuja demasiado rápido, su resistencia aumentará y pueden abandonar el tratamiento prematuramente. No debe colocarse a un empleado en un puesto para el cual no está preparado, aunque no haya otra persona disponible. Cuando un terapeuta trata de funcionar a un nivel para el cual no está preparado, sus intervenciones no suelen ser efectivas y se frustra y desmoraliza. Esto probablemente afecte a la familia de forma negativa.

Puede usar la Ilustración 4-2 para determinar las necesidades de adiestramiento al preparar a un consejero para intervenir a diferentes niveles. Las agencias pueden recurrir a las destrezas que los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias y los terapeutas familiares ya poseen y desarrollar las competencias adicionales mencionadas. Los organismos acreditadores también pueden usar adiestramiento sistémico para desarrollar competencias apropiadas para consejeros de tratamiento para abuso de sustancias y terapeutas familiares.

### ***Usando la familia como elemento para comprometer al cliente con el tratamiento***

En algunos modelos de tratamiento, como el modelo de Johnson y el de Thomas y Yoshioka, los miembros de la familia participan en intervenciones de confrontación y unilaterales para comprometer al cliente con el tratamiento. Ésta puede ser una intervención única y ha demostrado tener éxito (Johnson 1986; Thomas y Yoshioka 1989).

Kirby y sus colegas (1999) recomendaron usar la intervención de adiestramiento en refuerzo comunitario para lograr que el cliente se comprometa con el tratamiento. Este tipo de

intervención ha demostrado mejorar significativamente la retención de los miembros de la familia en el tratamiento e inducir a las personas que usan drogas a participar en el tratamiento. Esta intervención conductual, "provee adiestramiento motivacional" a los miembros de la familia (Kirby et al. 1999, p. 86) al mostrarles cómo ofrecer recompensas positivas al cliente por no usar drogas y hacer caso omiso del cliente que usa drogas de manera que experimente las consecuencias negativas del uso. Cuando el cliente enfrenta momentos particularmente difíciles como consecuencia del abuso de drogas, se exhorta a los miembros de la familia a que sugieran consejería (Kirby et al. 1999).

### **Acercamientos para el compromiso**

Se han desarrollado una serie de intervenciones específicas para ayudar a los profesionales clínicos a usar a los miembros de la familia y otras personas significativas en la vida del cliente para lograr que éste se comprometa con el tratamiento para abuso de sustancias. Las descripciones de intervenciones que se presentan a continuación se adaptaron de una monografía de investigación del Instituto Nacional de Abuso de Drogas (*NIDA*, por sus siglas en inglés, *National Institute on Drug Abuse*) (Stanton 1997, pp. 161-168). Aunque solamente la Terapia Familiar Unilateral depende de los modelos de terapia familiar, el Adiestramiento en Intervención y Refuerzo Comunitario de Jonson, surgió del campo de tratamiento para abuso de sustancias y está basado en una gama de influencias de trasfondo que incluyen teorías de consejería pastoral y familiar, psicología comunal, y refuerzo conductual. A continuación se provee una breve descripción de estas intervenciones:

- *Intervención Johnson*. Se desarrolló originalmente para la década de 1960 (Jonson 1973, 1986) en el Instituto Johnson en Minneapolis, esta intervención consiste en movilizar, entrenar y practicar con miembros de la familia, amigos y asociados para ayudarles a confrontar a una persona que creen que padece un trastorno por uso de sustancias. En ese momento, le comunican su preocupación, le exhortan que busque tratamiento y le explican las consecuencias de rehusar hacerlo (que pueden incluir el divorcio o pérdida de empleo). Los participantes suelen prepararse en secreto para aprovechar el elemento sorpresa. Aunque el acercamiento se ha usado principalmente con problemas de consumo de alcohol, se ha adaptado también para otros tipos de abuso de sustancias (Leipman et al. 1982).
- *Terapia Familiar Unilateral*. Este acercamiento, desarrollado por Thomas y sus colegas (Thomas y Ager 1993; Thomas y Yoshioka 1989; Thomas et al. 1987), se ha aplicado con cónyuges (por lo general esposas) de miembros no cooperadores de la familia que abusan de sustancias (por lo general alcohol). El terapeuta se reúne con el cónyuge durante varios meses, concentrándose en cómo enfrentar la situación, reducir el uso de sustancias de la persona con problemas, e inducir a la persona con alcoholismo a que obtenga tratamiento. El método fue influenciado por la Intervención Johnson y el Enfoque de Refuerzo Comunitario (*CRA*, por sus siglas en inglés, *Community Reinforcement Approach*) aunque el cónyuge por lo general es quien desarrolla la intervención, que se conoce como una "confrontación programada."

Para el quinto mes, se hace un esfuerzo declarado (o una serie de esfuerzos) para convencer a la persona que está abusando del alcohol a que acepte recibir tratamiento. Cuando se añadieron otros casos en los que los clientes potenciales no habían iniciado el tratamiento, pero habían logrado conseguir y mantener reducciones significativas clínicamente en sus niveles de consumo,<sup>3</sup> el 37 por ciento de las personas que abusaban de alcohol cuyo cónyuge

---

<sup>3</sup> Las teorías que se ofrecen en esta sección son las que proponen sus autores y no necesariamente reflejan el punto de vista, la visión y opiniones del "CSAT", la Administración de Servicios para el Abuso

recibió tratamiento inmediato, había comenzado un programa de tratamiento, en comparación con el 11 por ciento para un grupo cuyo tratamiento se atrasó (Thomas et al. 1990).

- *Adiestramiento en Refuerzo Comunitario (CRT, por sus siglas en inglés, Community Reinforcement Training)*. Este método es una adaptación del "CRA" original para tratar el alcoholismo desarrollado por Azrin y sus colegas (Azrin 1976; Azrin et al. 1982; Hunt y Azrin 1973; Meyers y Smith 1995) y ha sido aplicado a la dependencia de cocaína por Higgins y otros (Higgins y Budney 1993; Higgins y otros 1993, 1994). El "CRT" implica reunirse con el miembro preocupado de la familia (por lo general el cónyuge) el día mismo que llama para solicitar ayuda con un miembro alcohólico. También requiere estar disponible fuera de horas laborales por si el miembro de la familia tiene una crisis cuando la persona que está abusando de alcohol solicita ayuda. Este enfoque procura aprovechar el momento en que la persona se siente motivada a solicitar tratamiento, programando inmediatamente una reunión en la clínica con el consejero, aunque sea a media noche (Sisson y Azrin 1993).

Este programa generalmente sin confrontación, incluye una serie de sesiones con el cónyuge durante las cuales se completan listas de cotejo y el cónyuge aprende a implementar un plan de seguridad si el riesgo de abuso físico es alto, a promover la abstinencia, a exhortar a la persona a que solicite tratamiento y a ayudar en el tratamiento. Sisson y Azrin (1986) examinaron la efectividad de este enfoque con 12 casos, siete en que un miembro de la familia recibió "CRT" y cinco en que la persona recibió consejería tradicional (por ejemplo, "Al-Anon"). En seis de los siete casos de "CRT", el individuo que abusaba del alcohol ingresó a tratamiento, mientras que ninguno de los casos tradicionales ingresó en tratamiento.

### **Seleccionando un modelo integrado de tratamiento para abuso de sustancias**

Debe tenerse cuidado al seleccionar un modelo terapéutico integrado. El modelo tiene que acomodar a las necesidades de la familia, al estilo y las preferencias del terapeuta y a las realidades del contexto de tratamiento (por ejemplo, en un ambiente de tratamiento residencial no se seleccionaría un enfoque que requiera contacto frecuente con los miembros de la familia, si los clientes provienen de un área geográfica amplia y los miembros de la familia no podrían visitar con frecuencia).

El modelo también tiene que ser congruente con la cultura de las personas a las que se pretende servir. Por ejemplo, algunos padres de culturas asiáticas pueden quedar desconcertados por la noción de que los hijos tienen "derecho a expresar una opinión" en la familia (por ejemplo, hijos que asumen responsabilidades adultas, como hacer de intérpretes para sus padres, pero que no tienen responsabilidades adultas dentro de la familia). El modelo seleccionado debe ajustarse a las diferencias en la estructura familiar, jerarquías y creencias sobre qué constituye conducta apropiada y esperada.

Al seleccionar y aplicar un modelo de sistema familiar, deben considerarse ciertas preguntas básicas:

- ¿Es apropiado el modelo para lo que se observa en la familia? Por ejemplo, una falta general de estructura predecible puede requerir terapia familiar estructural, lo que no sería apropiado

---

de Sustancias y la Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés).

para una pareja distanciada y en conflicto que tal vez necesite terapia de pareja centrada en las emociones. Es más, ¿provee el modelo directrices sobre qué dirección tomar con la familia? ¿Son las directrices lo suficientemente sencillas como para atender un sistema familiar caótico, pero lo suficientemente abarcadoras como para abordar múltiples problemas de presentación y estructuras familiares?

- ¿Se puede usar el modelo cuando todos los miembros de la familia no asisten a todas las sesiones? ¿Puede usarse con un solo miembro de la familia si sólo esa persona está lista para el tratamiento?
- ¿Funcionará el modelo con la familia de origen y atenderá todos los problemas intergeneracionales?, como por ejemplo: ¿cómo llegó la familia a la situación en la que se encuentra y cómo influye ese historial en la familia ahora?
- ¿Ayudará el modelo a que el consejero maneje la cantidad de cambios en el sistema familiar? ¿Podrá el consejero manejar las necesidades en competencia de homeostasis y de cambio de la familia? Si no puede, el resultado puede ser demasiada resistencia o demasiado poco cambio para satisfacer a la familia.

Recuadro de la página 85 en el original en inglés. Intercalado entre el punto anterior y el siguiente, en el margen derecho.

Un modelo tiene que acomodar a las necesidades de la familia, al estilo y las preferencias del terapeuta y a las realidades del contexto de tratamiento.

- Si el modelo usa una técnica directiva, ¿aumentará esto la resistencia familiar? Es más, ¿se ajustará la naturaleza directiva del modelo al estilo del consejero? ¿Se sentiría el consejero cómodo diciendo, por ejemplo: "dígame esto ahora"? ¿O necesita el consejero un modelo con un estilo menos directivo?
- ¿Cuánto tiempo se requiere para implementar el modelo? ¿Es aplicable a corto plazo, digamos 8 a 12 sesiones? ¿Concuerdan las necesidades temporales del modelo con el tiempo disponible para la intervención terapéutica?
- ¿Es compatible el modelo con las características culturales de una familia en particular? Si el consejero usase el modelo, ¿estarían los miembros de la familia inclinados a considerar que ese consejero es compatible con sus prácticas y valores culturales? Algunos modelos sugieren, directa o implícitamente, que una y sólo una organización o estructura familiar es saludable y todas las demás son inferiores. Ese punto de vista puede ser inapropiado para familias cuyo sistema de creencias culturales o éticas están en conflicto con los supuestos y estándares de un modelo en particular.

## ***Modelos integrados para el tratamiento de abuso de sustancias***

Se han discutido un gran número de modelos de tratamiento integrados en la literatura. Muchos son apenas variaciones de otros. Los que se discuten en esta sección, están entre los modelos de tratamiento integrados que se usan con mayor frecuencia:

- Terapia familiar estructural/estratégica (Stanton 1981a; Stanton et al. 1982)
- Terapia familiar multidimensional (Liddle 1999; Liddle et al. 1992, 2001)
- Terapia familiar múltiple (Kaufman y Kaufmann 1992)
- Terapia multisistémica (Henggeler y otros 1996)

- Terapia conductual y terapia conductual-cognitiva familiar (O'Farrell y Fals-Stewart 2000)
- Terapia de redes (Galanter 1993)
- Terapia de sistemas familiares de Bowen (Bowen 1974)
- Terapia breve centrada en soluciones (Berg y Miller 1992)

Varios de los modelos de la lista anterior han demostrado ser efectivos para tratar trastornos por uso de sustancias: la terapia familiar estructural/estratégica, la terapia familiar multidimensional, la terapia multisistémica y la terapia conductual-cognitiva familiar. Los otros no han demostrado resultados basados en investigación para el tratamiento de abuso de sustancias hasta este momento, pero parecen haber incursionado en el campo del tratamiento para abuso de sustancias.

## Terapia familiar estructural/estratégica

### *Base teórica*

La terapia familiar estructural/estratégica supone que (1) la estructura familiar —es decir los patrones de interacción repetitivos y predecibles— determina en gran medida la conducta del individuo y (2) el poder del sistema es mayor que la capacidad del individuo a resistirse. El sistema con frecuencia puede vencer cualquier intento de la familia de no comprometerse (Stanton 1981a; Stanton et al. 1978).

Los roles, los límites y el poder establecen el orden de la familia y determinan si el sistema familiar funciona. Por ejemplo, un niño puede asumir el rol de padre/madre porque el padre/madre está demasiado incapacitado para asumir el rol. En este caso, la frontera que debe existir entre los niños y sus padres se ha violado. La terapia familiar estructural/estratégica procuraría reducir el abuso de sustancias del padre/madre incapacitado y devolver a esa persona a su rol de padre/madre.

Siempre que la estructura familiar esté desequilibrada con respecto a jerarquía, poder, límites y reglas y roles familiares, la terapia familiar estructural/estratégica puede usarse para realinear las relaciones estructurales de la familia. Con frecuencia, este tipo de tratamiento se usa para reducir o eliminar los problemas de abuso de sustancias. Como explican McCrady y Epstein (1996), el modelo de sistemas familiares puede usarse (1) para identificar la función que cumple el abuso de sustancias en la preservación de la estabilidad familiar y (2) para guiar cambios apropiados en la estructura familiar.

### *Terapia familiar estructural/estratégica integrada para el abuso de sustancias*

La terapia comienza con un avalúo del abuso de sustancias, la psicopatología individual y los sistemas familiares. Si se determina que hay dependencia química o abuso de sustancias serio, la terapia comienza por trabajar con la familia para lograr la abstinencia. En la fase siguiente, se consolida la abstinencia corrigiendo de reglas, roles y alianzas disfuncionales. A continuación se tratan los problemas de desarrollo y la psicopatología individual como parte del contrato familiar. Por ejemplo, el problema de un cliente adolescente para aceptar responsabilidad y la depresión del padre/madre pueden ser una parte de los compromisos de

cambio del contrato familiar. Con esto está en marcha, se incorpora un plan familiar para la prevención de recaídas. Por último, en la fase de abstinencia, se intensifica la intimidad a medida que las familias aprenden a expresar adecuadamente sus sentimientos, incluso la hostilidad y la pena por lo que se haya perdido.

### **Técnicas y estrategias**

En este modelo de tratamiento, el consejero usa la terapia familiar estructural/estratégica para ayudar a las familias a cambiar los patrones de conducta que apoyan el abuso de sustancias y otros problemas familiares. Debido a que en las familias disfuncionales estos patrones suelen ser rígidos, el consejero tiene que asumir un rol directivo y hacer que los miembros de la familia desarrollen, y entonces practiquen diferentes patrones de interacción. Los consejeros que usan este modelo de tratamiento requieren un adiestramiento extenso y supervisión para dirigir efectivamente a las familias.

Una modificación que fluye de la terapia familiar estructural/estratégica, es el compromiso con los sistemas estratégicos/estructurales (*SSSE*, por sus siglas en inglés, *strategic/structural systems engagement*). Con el “SSSE” se ayuda a la familia a sustituir un conjunto de interacciones que mantiene el uso de drogas por otro conjunto de interacciones que lo reduce. En particular, el “SSSE” se enfoca en las interacciones vinculadas con conductas específicas que, de cambiarse, ya no apoyarán la conducta asociada con el problema de presentación. Una vez la familia, incluyendo la persona con trastorno por abuso de sustancias, se compromete a participar en la terapia, el consejero puede reenfocar la intervención en la eliminación de las conductas problemáticas y el abuso de sustancias.

Otra modificación, la terapia familiar estratégica breve (*BSFT*, por sus siglas en inglés, *brief strategic family therapy*), también fluye de la terapia familiar estructural/estratégica. En la “BFST”, la terapia familiar estructural “ha evolucionado en un acercamiento de tiempo limitado, basado en la familia, que combina tanto intervenciones estructurales como estratégicas [enfocadas en problemas y pragmáticas]” (Robbins y Szapocznik 2000). La “BFST” ha comprobado ser efectiva entre jóvenes con problemas conductuales y se usa comúnmente para esos fines entre familias hispanas (Robbins y Szapocznik 2000).

La “BSFT” se usa para ayudar a los consejeros a atraer a familias que son difíciles de comprometer con el tratamiento de abuso de sustancias (Szapocznik y Williams 2000). En las familias hispanas con adolescentes que usan drogas, Szapocznik y otros reportaron que se trató el 93 por ciento de las familias usando la “BSFT” estándar, en comparación con 42 por ciento en un grupo control. Las tasas de tratamientos completados fueron mayores para los casos en que se usó la “BSFT” (Szapocznik et al. 1988). Para lograr esta mejoría, la “BFST” se modificó a una técnica de la familia como una sola persona. La técnica se basa en la idea de complementariedad (Minuchin y Fishman 1981), es decir, cuando un miembro de la familia cambia, el resto del sistema reaccionará en respuesta al cambio. Szapocznik y Williams (2000) usaron la técnica de familia como una sola persona con la primera persona de la familia que solicitó ayuda. Una vez que se integró toda la familia, reenfocaron su atención en la conducta problemática y el abuso de drogas.

A continuación se ilustra una de las técnicas usadas en la terapia familiar estructural/estratégica.

## ***Técnica para fusionar y establecer límites en la terapia familiar estructural/estratégica***

**La familia:** La cliente es una joven caucásica de 22 años de edad que abusa de medicamentos recetados y tiene problemas de depresión y un trastorno del pensamiento. Es la más joven de dos hijos cuyos padres se divorciaron cuando ella tenía 3 años de edad. Ella permaneció con su madre y su hermano (de 7 años de edad para esa época) se fue a vivir con su padre. Ambos padres se casaron pocos años después. Inicialmente las familias vivían cerca una de la otra y los padres interactuaban activamente con ambos hijos, a pesar del disgusto entre ellos. Cuando la cliente cumplió 7 años de edad, su padrastro fue transferido a una localización a 4 horas de distancia y las interacciones con su padre y su madrastra se vieron limitadas. La animosidad entre sus padres aumentó. Cuando la cliente cumplió 8 años de edad, decidió que quería vivir con su padre, hermano y madrastra, a lo cual la madre consintió. El arreglo prácticamente rompió los lazos entre sus padres. Para cuando la cliente es admitida a una unidad psiquiátrica para desintoxicación, los padres no se comunicaban en absoluto. El contacto inicial familiar fue con el padre y la madrastra. A medida que se revelaba la historia, quedó claro que la cliente había construido diferentes historias para los dos subsistemas familiares de padres. Había ingeniosamente manipulado uno contra el otro. Esto fue posible porque los padres biológicos no se comunicaban.

**Tratamiento:** La primera tarea fue persuadir al padre para que se comunicara con la madre y le pidiera que asistiera a una reunión familiar. Él, junto con la madrastra, estuvo de acuerdo en hacerlo aunque requirió mucho valor porque el padre creía las historias negativas sobre la relación de su hija con su madre. El hermano mayor (el intermediario durante los 4 años anteriores) y su esposa también asistieron a la próxima sesión. Debido a que la relación entre el consejero y el subsistema paterno ya se había establecido, era sumamente importante conectar también al subsistema materno antes de ensayar ningún esfuerzo de sistema familiar. El consejero sabía que no se podría lograr nada hasta que la madre y el padrastro entendieran que tenían igual categoría paternal en el grupo. Esta meta se logró y se dio a la madre libertad absoluta para relatar la historia desde su perspectiva y expresar su sentir sobre lo que estaba ocurriendo. Una segunda tarea consistió en establecer límites apropiados en el sistema familiar. Específicamente, el consejero procuró incorporar los subsistemas paternos individuales en un solo sistema de padres adultos y retirar al hermano de la cliente y su esposa del subsistema. Esto se logró al excluir a éstos y a la cliente de la primera parte de la reunión. Esta acción realineó las fronteras familiares y colocó al hermano y a su mujer en un subsistema diferente al de los padres. La actividad demostró ser positiva y productiva. Al concluir la primera hora de una sesión de tres horas, los padres estaban comparando información, encarrilando supuestos incorrectos sobre lo que uno y otro pensaba y su comportamiento y desarrollando un sistema de apoyo saludable, confiable y cooperador que funcionaría para beneficio de su hija. Este resultado habría sido imposible sin haberse tomado el tiempo para reunir a la madre y el padre de forma que se sintieran padres por igual. Al retirar al hermano del subsistema de padres, la cliente se vio obligada a tratar directamente con sus padres, quienes se habían comprometido a comunicarse entre sí y a hablar a su hija con una sola voz.

*Fuente:* Panel de Consenso

Si bien la terapia familiar estructural/estratégica ha demostrado ser efectiva para el tratamiento de abuso de sustancias, los consejeros deberán considerar cuidadosamente si deben usar este acercamiento para familias con múltiples problemas y familias de culturas particulares. Algunos puntos a considerar son:

- *Cultura*. Los consejeros deben familiarizarse con los roles, los límites y el poder en familias de culturas diferentes a las suyas. Estas influenciarán las técnicas y estrategias que serán más efectivas en la terapia.
- *Edad y género*. Las actitudes culturales hacia los jóvenes y las mujeres pueden influenciar cómo el consejero puede asumir mejor la función de dirección que se requiere en la terapia familiar estructural/estratégica.
- *Jerarquías*. Ciertas culturas son muy conscientes de las posiciones relativas en la jerarquía familiar. A veces, no se permite que los niños cuestionen a sus padres. Otros niños se retirarán de la situación hasta que el padre note que no están allí. El profesional debe estar atento a quién es quién en la familia. ¿A quién se reverencia? ¿Quiénes son amigos? ¿Cuál es su historia? ¿Su lugar de origen? Todos estos son indicios para entender la jerarquía familiar.

El formato de tratamiento de la “MDFT” incluye sesiones individuales y familiares, sesiones con varios miembros de la familia y sesiones sin la familia.

Los consejeros que usan la terapia familiar estructural/estratégica necesitan apreciar cómo los miembros de la familia pueden experimentar una intervención en particular. Si los miembros de la familia experimentan la intervención como tramposa, manipuladora o engañosa, el consejero puede haber cruzado una posible línea ética. Como se discute en la sección sobre consentimiento informado en el Capítulo 6, los terapeutas familiares y los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias tal vez quieran explicar por adelantado que estas intervenciones pueden ser parte del proceso terapéutico y obtener el consentimiento informado del cliente para que se incluyan, de ser necesario. Si los clientes tienen preguntas sobre el uso de estas intervenciones, es necesario contestarlas de antemano e incluirlas como parte del consentimiento informado.

Para información más detallada sobre la terapia familiar estructural/estratégica, refiérase al manual de Charles Fishman, *Intensive Structural Therapy: Treating Families in Their Social Context* 1993 y a Szapocznik y sus colegas, *Brief Strategic Family Therapy* (en imprenta).

El estudio de caso a continuación muestra cómo la terapia familiar estructural/estratégica puede funcionar con un cliente del sistema de justicia criminal.

## **La terapia familiar estructural/estratégica en el sistema de justicia criminal**

Darío, un joven de 21 años de edad del pueblo de San Juan, Nuevo México, fue referido a una clínica por el tribunal para recibir consejería mandataria para abuso de sustancias. Acababa de recibir su tercera citación por conducir bajo la influencia de sustancias. Darío había estado en probatoria desde los 13 años de edad por varias ofensas, incluyendo robo y violencia doméstica y tenía un extenso historial de abuso de alcohol y drogas. Hacía ocho años que se las arreglaba solo y no se relacionaba con su familia. Darío había participado en varios programas de tratamiento residencial, pero no había podido mantenerse abstemio por sí solo.

Cuando Darío ingresó al tratamiento ambulatorio estaba furioso con "el sistema" e inicialmente se rehusó a cooperar con el terapeuta y con su plan de tratamiento. El terapeuta quedó sorprendido cuando Darío acudió a sus sesiones semanales. Las siguientes intervenciones parecieron ayudar a Darío:

- El consejero sugirió que una de las metas de tratamiento podía ser lograr que Darío saliera finalmente de la probatoria. Al momento le quedaban 18 meses de probatoria por cumplir.
- El consejero ayudó a Darío a ver la relación entre el alcohol y las drogas y sus tratos con el sistema de justicia criminal.
- El consejero preparó un genograma representando tres generaciones de la familia de origen de Darío. Este cuadro ilustró una gran desintegración familiar vinculada con la pobreza, el abuso de sustancias y la experiencia de sus padres y abuelos en un internado.
- El consejero inició una terapia de parejas para ayudar a Darío a estabilizar una relación significativa.
- Después de consultar con el oficial de probatoria, el consejero decidió que Darío se beneficiaría de una prueba de 6 meses de tratamiento con "Antabuse".
- El oficial de probatoria exigió que Darío encontrara un empleo regular.

Durante el tratamiento, Darío logró dejar de beber y reevaluó su sistema de creencias de cara a su historial familiar y al contexto más amplio del sistema judicial con el que había estado involucrado tan crónicamente. Aprendió a expresar su ira de forma más apropiada y a reconocer y procesar las muchas pérdidas que sufrió debido a la disfunción de su familia. Aunque muchos de los miembros de su familia continuaban abusando del alcohol, Darío reestableció relaciones con un tío que estaba en recuperación y había mostrado mucho interés en el futuro de Darío. Eventualmente, Darío formuló un plan para terminar la escuela superior y comenzar a estudiar en el Colegio de la Comunidad local. El consejero ayudó a Darío a examinar cómo las conductas y responsabilidades que adoptó de su familia dieron forma a su abuso de sustancias.

*Fuente:* Panel de Consenso

## Terapia familiar multidimensional

### **Base teórica**

El acercamiento de terapia familiar multidimensional (*MDFT*, por sus siglas en inglés, *multidimensional family therapy*) se desarrolló como una terapia ambulatoria individual para tratar los problemas de abuso de sustancias en adolescentes y la conducta relacionada de los jóvenes referidos por profesionales clínicos. La "MDFT" ha sido aplicada en varios ambientes geográficos claramente delimitados con una gama de poblaciones, teniendo por objetivo adolescentes de diferentes etnias con riesgo de usar y/o abusar de sustancias y sus familias.

La mayoría de las familias tratadas provienen de comunidades desaventajadas de los centros urbanos. Los adolescentes participantes en las pruebas de “MDFT” han incluido desde jóvenes que acaban de llegar a la adolescencia, hasta adolescentes de ambos sexos con múltiples problemas y que han estado involucrados con el sistema de justicia juvenil debido al abuso de sustancias.

Dado que se trata de un tratamiento con enfoque en el desarrollo y la ecología, la “MDFT” toma en consideración los sistemas interconectados ambientales e individuales donde residen los adolescentes con referidos clínicos (Liddle 1999). Los resultados clínicos logrados en las cuatro pruebas controladas que se completaron, incluyen cambios en los adolescentes y sus familias en áreas funcionales que habían demostrado ser las causantes de la disfunción, incluyendo el uso de drogas, los factores de desvío de pares y variables internalizantes y externalizantes. Cuando se compara el costo de este tratamiento con los estimados contemporáneos de otros tratamientos ambulatorios similares, la “MDFT” es más económica. Las pruebas clínicas no han incluido ningún tratamiento como condiciones de control usuales o débiles. Todas han contrastado la “MDFT” contra otras intervenciones manualizadas comúnmente usadas. El acercamiento es manualizado (Liddle 2002), y se han desarrollado materiales de adiestramiento y escalas de cumplimiento que han demostrado que el tratamiento puede enseñarse a terapeutas clínicos con un alto grado de fidelidad hacia el modelo (Hogue et al. 1998).

## **Bases de la investigación**

La “MDFT” se ha desarrollado y refinado durante los pasados 17 años (Liddle y Hogue 2001). La “MDFT” ha sido reconocida como una de las intervenciones más prometedoras para el abuso de sustancias entre adolescentes en una generación nueva de tratamientos abarcadores, de componentes múltiples, derivados de la teoría y con apoyo empírico del Centro para el tratamiento de Abuso de Sustancias ([CSAT, por sus siglas en inglés, *Center for Substance Abuse Treatment*] 1999c; NIDA 1999a; Waldron 1997). La “MDFT” ha demostrado ser eficaz en cuatro pruebas clínicas aleatorias, incluyendo tres estudios de tratamiento (uno de los cuales fue una prueba en varias facilidades) y un estudio de prevención. Los investigadores también han implementado una serie de estudios de desarrollo y proceso que arrojan luz sobre mecanismos de cambio medulares.

## **Técnicas y estrategias**

Los resultados meta de la “MDFT” incluyen reducir el impacto de los factores negativos y promover procesos protectores en tantas áreas como sea posible en la vida del adolescente. Algunos de estos factores de riesgo y protección incluyen una mejoría general del funcionamiento familiar y una interdependencia saludable entre los miembros de la familia, así como la reducción del abuso de sustancias, reducción drástica de la delincuencia y la involucración con pares antisociales y mejor desempeño escolar. Los objetivos para el adolescente incluyen la transformación de un estilo de vida con uso de drogas en un estilo de vida normativo desde el punto de vista de desarrollo y un mejor funcionamiento en varias áreas del desarrollo, incluyendo relaciones de pares positivas, formación de una identidad saludable, identificación con la escuela y otras instituciones prosociales y autonomía en la relación padre-adolescente. Para los padres, los objetivos incluyen aumentar su compromiso y evitar la abdicación, mejores relaciones y comunicación padre-adolescente y un mayor conocimiento de

las prácticas de crianza (por ejemplo, establecer límites, monitoreo, concesión apropiada de autonomía).

### **Componentes medulares**

La “MDFT” es un tratamiento ambulatorio para el abuso de drogas basado en la familia para adolescentes que abusan de sustancias (Liddle 2002). Desde la perspectiva de la “MDFT”, el uso de drogas por parte de adolescentes, se concibe en términos de una red de influencias (por ejemplo, individuo, familia, pares, comunidad). Este acercamiento multidimensional sugiere que las reducciones en los síntomas objetivos y los aumentos en la conducta prosocial meta, ocurren de varias formas, en contextos diferentes y usando mecanismos diferentes. El proceso terapéutico se concibe como un recorrido del desarrollo del adolescente a través de las múltiples ecologías de su vida. La terapia se organiza según la etapa de tratamiento y se deberá superar con éxito una fase de terapia antes de pasar a la próxima. El conocimiento del desarrollo normal y de la psicopatología del desarrollo, guían la estrategia terapéutica general y las intervenciones específicas.

El formato de tratamiento de la “MDFT” incluye sesiones individuales y familiares, sesiones con varios miembros de la familia y sesiones sin la familia. Las sesiones tienen lugar en la clínica, en el hogar o con los miembros de la familia, en el tribunal, la escuela u otros sitios apropiados de la comunidad. El cambio en los adolescentes y sus padres es intrapersonal e interpersonal y ninguno es más importante que el otro. El terapeuta ayuda a organizar el tratamiento introduciendo varios temas genéricos. Estos temas son diferentes para los padres (por ejemplo, sentir que se está abusando de ellos y no contar con los medios para influenciar a su hijo) y los adolescentes (por ejemplo, sentirse desconectado y furioso con sus padres). El terapeuta usa estos temas de conflicto entre padres e hijos como herramientas de evaluación y para identificar un contenido que se pueda trabajar durante las sesiones.

El formato de la “MDFT” ha sido modificado para acomodar las necesidades clínicas de diferentes poblaciones clínicas. Un curso completo de la “MDFT” consiste de unas 16 a 25 sesiones durante 4 a 6 meses, dependiendo de la población meta y las necesidades individuales del adolescente y su familia. Las sesiones pueden programarse varias veces durante la semana en un sinnúmero de contextos, incluyendo el hogar, la clínica o por teléfono. El acercamiento de la “MDFT” se organiza alrededor de cinco módulos de avalúo e intervención y el contenido y enfoques de las sesiones varían según la etapa de tratamiento.

## **Terapia familiar múltiple**

### **Base teórica**

La terapia familiar múltiple (*MFT*, por sus siglas en inglés, *Multiple family therapy*) es una variedad ecléctica de terapia familiar, de naturaleza psicoeducativa, con raíces en la intervención de redes sociales, terapia de impacto múltiple y acercamientos de reuniones grupales. Con frecuencia se usa en ambientes residenciales y conlleva la incorporación de los familiares de varios grupos de clientes en un tratamiento simultáneo (Kaufman y Kaufmann 1992b).

### **Técnicas y estrategias**

Por lo general, se invita a las familias personalmente a asistir a la reunión de “MFT” y se les provee orientación antes de la primera sesión. Se excluye a los miembros de la familia que

están abusando de drogas o alcohol en la actualidad. Las familias se sientan juntas en un círculo, con varios terapeutas distribuidos en el grupo. La sesión comienza y cada persona se presenta. Una vez se describe el propósito de la reunión y se hace hincapié en la necesidad de una comunicación abierta, se discute la situación de una de las familias durante aproximadamente una hora. En cada sesión se tratan tres o cuatro familias, aunque todas las familias participan en la discusión (Kaufman y Kaufmann 1992).

Temprano en el tratamiento, las "familias se apoyan unas a otras, expresando el dolor que han experimentado" (Kaufman y Kaufmann 1992, p. 76). Después, se identifican las formas en que la familia ha contribuido con, y facilitado, el abuso de sustancias del cliente. Con frecuencia a los miembros de las familias se les asignan tareas nuevas, cambiar sus roles y trabajar para reestructurar la familia. Algunas técnicas que Kaufman encuentra de utilidad para mejorar las comunicaciones, son el psicodrama, la "silla vacía" y la escultura familiar (Kaufman y Kaufmann 1992).

El grupo de "MFT" puede usarse para identificar cuándo una pareja se beneficiaría de la terapia de parejas (Kaufman y Kaufmann 1992b). Para usar las interacciones de grupo de esta forma y asegurar que el consejero se sienta cómodo en el rol de colíder de este tipo de grupo grande, el consejero debe contar con supervisión apropiada.

## Terapia familiar multisistémica

### *Base teórica*

Este modelo se originó en la observación de las tasas altas de abandono de tratamiento entre adolescentes que recibían terapia familiar para abuso de sustancias. Se identificaron e implementaron las características programáticas que parecieron reducir las tasas de abandono para maximizar la accesibilidad a los servicios y hacer a los proveedores de tratamiento más responsables de los resultados obtenidos (Henggeler et al. 1996).

### *Técnicas y estrategias*

La terapia multisistémica demostró su utilidad como un método para aumentar el compromiso con el tratamiento en un estudio que comparó adolescentes asignados de forma aleatoria a este tratamiento con un grupo que recibía el tratamiento usual (Henggeler et al. 1996). Algunas características de esta terapia que están diseñadas para asegurar su éxito son:

- La terapia multisistémica se ofrece en el hogar.
- Una cantidad baja de casos por consejero, permitió que los consejeros estuvieran disponibles siempre que hicieran falta.
- Los miembros de la familia colaboran de lleno con el terapeuta.
- Tiene una orientación basada en fortalezas y la familia determina las metas de tratamiento.
- Es responsiva a una gama amplia de obstáculos para el logro de las metas del tratamiento.
- Los servicios están diseñados para satisfacer las necesidades individuales de los clientes con la flexibilidad de cambiar a medida que cambian las necesidades.

- El consejero y otros miembros del equipo de tratamiento asumen la responsabilidad de lograr que el cliente se comprometa y de usar acercamientos creativos para alcanzar las metas de tratamiento (Henggeler y otros 1996).

La terapia multisistémica ha influido en el desarrollo de otras terapias, incluyendo la terapia familiar funcional, una intervención breve de prevención y tratamiento usada con jóvenes delincuentes y jóvenes con problemas de abuso de sustancias (Sexton y Alexander 2000).

## ***Ejemplo de terapia conductual y terapia conductual-cognitiva familiar***

**Familia:** Pedro, un joven blanco de 17 años de edad, fue referido a tratamiento de abuso de sustancias. Pedro aceptó que bebía alcohol y fumaba marihuana, pero minimizó su uso de sustancias. Los padres de Pedro indicaron que apenas una semana antes había llegado a la casa con un fuerte olor a alcohol en el aliento. A la mañana siguiente, cuando los padres confrontaron a Pedro sobre su consumo de alcohol y drogas, éste negó que usara marihuana regularmente señalando: “No es para tanto. Solamente probé la marihuana una vez.”

A pesar de la negación de Pedro, sus padres encontraron tres cigarrillos de marihuana en su habitación. Durante casi un año habían sospechado que Pedro abusaba de sustancias. Su preocupación se basaba en el descenso de sus calificaciones (de un estudiante notable a uno que apenas aprobaba), su apariencia (de meticulosamente arreglado a una higiene pobre) y su inusitada solicitud de préstamos (había pedido prestado mucho dinero de familiares y amigos, la mayoría de las veces sin pagarlo.)

Pedro, Nancy, su hermana mayor de 18 años de edad, y sus padres asistieron a las dos primeras sesiones familiares. Durante las sesiones Pedro reveló que resentía el favoritismo evidente de su padre por Nancy, una estudiante de honor y atleta popular de su escuela, y el conflicto correlacionado entre sus padres por el trato desigual entre Pedro y Nancy. De hecho, el padre con frecuencia era sarcástico y trataba a Pedro con hostilidad, despreciando su actitud y sus problemas. Pedro se consideraba un fracaso y se sentía deprimido, frustrado, furioso y sin autoestima. Más aún, Pedro quería vengarse de su padre ocasionado problemas en la familia. En este sentido, Pedro había tenido éxito. Su abuso de sustancias y descenso en las calificaciones había creado un ambiente hostil en el hogar.

**Tratamiento:** El consejero usó la terapia conductual-cognitiva para enfocarse en los pensamientos irracionales de Pedro (como verse a sí mismo como un fracaso total) y para enseñar destrezas de comunicación y solución de problemas a Pedro y a los otros miembros de la familia. El consejero también usó la terapia conductual familiar para fortalecer la relación matrimonial de los padres de Pedro y resolver conflictos entre miembros de la familia. Aunque la familia terminó su tratamiento prematuramente después de ocho sesiones, se lograron algunos resultados positivos del tratamiento. Entre ellos, una mejor relación entre Pedro y su padre, un mejor desempeño académico y la aparente cesación del uso de drogas (una apreciación basada en los resultados de pruebas de orina negativos).

*Fuente:* Panel de Consenso.

## Terapia conductual y terapia conductual-cognitiva familiar

### **Base teórica de la terapia conductual familiar**

La terapia conductual familiar (*BFT*, por sus siglas en inglés, *Behavioral family therapy*) combina intervenciones individuales dentro de un marco familiar de solución de problemas (Falloon 1991). La “BFT” ayuda a cada miembro de la familia a establecer metas individuales, puesto que este enfoque presume que:

Las familias de las personas que abusan de sustancias pueden tener deficiencias de destrezas de solución para la solución de problemas.

Las reacciones de los otros miembros de la familia influyen la conducta.

Las creencias distorsionadas conducen a una conducta disfuncional y distorsionada (Walitzer 1999).

La terapia ayuda a los miembros de la familia a desarrollar conductas que apoyan abstenerse de consumir sustancias y alcohol. Con el paso del tiempo, esta conducta nueva se vuelve más y más satisfactoria y conduce a la abstinencia.

### **Base teórica de la terapia conductual-cognitiva familiar**

Este acercamiento integra la terapia de sistemas familiares tradicional con los principios y las técnicas de la “BFT”. La combinación conductual-cognitiva concibe el abuso de sustancias como una respuesta conductual condicionada, una respuesta reforzada por indicaciones de la familia y contingencias familiares (Azrin y otros 1994). El acercamiento también se basa en la convicción de que las opiniones distorsionadas y disfuncionales que tenemos sobre nosotros mismos y otras personas, pueden conducir al abuso de sustancias e interferir con la recuperación. La terapia conductual-cognitiva es de utilidad en el tratamiento del abuso de sustancias en adolescentes (Azrin et al. 1994; Waldron et al. 2000).

### **Técnicas y estrategias de la terapia conductual familiar**

El consejero puede usar las siguientes técnicas para facilitar los cambios de conducta en la familia a fin de apoyar la abstinencia de uso de sustancias:

- *Contratación de contingencias.* Estos acuerdos estipulan lo que cada miembro de la familia hará a cambio de la conducta meritoria de otros miembros. Por ejemplo, una adolescente puede comprometerse a llegar a casa temprano después de un concierto si sus padres le dan permiso para que asista.
- *Adiestramiento en destrezas.* El consejero puede comenzar proveyendo educación general sobre comunicación o destrezas de solución de conflictos, luego puede pasar a la práctica de las destrezas durante la terapia y finalmente lograr que la familia se comprometa a usar las destrezas en el hogar.
- *Reestructuración cognitiva.* El consejero ayuda a los miembros de la familia a expresar creencias poco realistas o auto-limitantes que contribuyen al abuso de sustancias u otros problemas familiares. Se formula que los miembros de la familia a que examinen cómo esas creencias amenazan la recuperación en proceso y la tranquilidad de la familia. Por último, se ayuda a la familia a reemplazar estas creencias contraproducentes con otras que facilitan la recuperación y las fortalezas individuales y familiares.

### **Técnicas y estrategias de la terapia conductual-cognitiva familiar**

Además de las técnicas conductuales mencionadas anteriormente, una técnica cognitiva efectiva es descubrir y corregir las creencias o pensamientos distorsionados del cliente o la familia. Las creencias personales distorsionadas pueden ser ideas como: "tengo que usar drogas para encajar (o lidiar)." Los mensajes distorsionados de la familia pueden ser: "Usa drogas porque no nos quiere", o: "Es un irresponsable. Nunca cambiará." Esos mensajes pueden exponerse como incorrectos y sustituirse por otros mensajes más correctos.

A continuación se presenta un ejemplo de técnicas usadas en la terapia conductual familiar para mejorar la comunicación.

## ***Terapia conductual familiar: Mejorando la comunicación***

**Familia:** Gilberto, un hombre de 49 años de edad con dependencia de alcohol, había dejado de beber durante un programa de tratamiento residencial de 28-días en el que se inscribió después de ser arrestado por conducir en estado de intoxicación. Asistió a las reuniones de Alcohólicos Anónimos, trabajó todos los días y visitó a su oficial de probatoria con regularidad. En muchos sentidos, Gilberto estaba progresando satisfactoriamente en su recuperación. Sin embargo, él y su esposa René continuaban teniendo discusiones diarias que mortificaban a sus hijos y llevaban a Gilberto y a René a pensar que tal vez el divorcio era su única opción. Gilberto hasta había comenzado a pensar si valía la pena continuar esforzándose por mantener la abstinencia.

**Tratamiento:** Gilberto y René finalmente solicitaron ayuda del programa de cuidado continuo en el centro de tratamiento para abuso de sustancias al que Gilberto asistía. Su consejero, aplicó el enfoque de terapia conductual familiar, se reunió con ellos y comenzó a evaluar sus dificultades.

Pronto se hizo evidente que su estilo de comunicación prerrecuperación continuaba en efecto, a pesar de que Gilberto ya no bebía. El estilo de comunicación de la pareja se había desarrollado a lo largo de muchos años, cuando Gilberto bebía y René amenazaba y criticaba para llamar su atención. Siempre que René trataba de comentar algo que le preocupaba, Gilberto reaccionaba furioso porque "lo único que hacía era exigir" y entonces se retraía. El consejero se dio cuenta de que la pareja no tenía las destrezas necesarias para comunicarse de forma diferente y comenzó a enseñarles nuevas destrezas de comunicación. La pareja aprendió a escuchar y resumir lo que el otro decía para asegurar que el punto estaba claro antes de contestar.

Para eliminar el exceso de culpar al otro, aprendieron a expresar cómo las acciones de su pareja les afectaban. Por ejemplo, aprendieron a decir: "Me siento ansiosa cuando no regresas a casa a tiempo", en lugar de impugnar el carácter o la motivación de la pareja con comentarios como: "Sigues siendo tan irresponsable como siempre; por eso no puedo confiar en ti."

Además, puesto que tanto Gilberto como René estaban enfocados en los aspectos negativos de su interacción, el terapeuta sugirió que probaran con una técnica conocida como "Atrape a su pareja haciendo algo bueno." Todos los días, Gilberto y René debían tomar nota de algo agradable que su pareja hiciera. A medida que aprendieron a hacerlo, la opinión que tenían del otro fue cambiando poco a poco. Después de 15 sesiones de terapia matrimonial habían

dejado de discutir y ambos descubrieron suficientes aspectos positivos en su relación para intentar salvarla.

*Fuente:* Panel de Consenso

## ***La Bodega de la Familia, Nueva Cork***

Las fortalezas y el apoyo familiar pueden realizarse con recursos del sistema de justicia criminal. La metodología de La Bodega de la Familia, un programa intermediario con base en la comunidad para ofensores con trastornos por abuso de sustancias en probatoria o libertad condicional y sus familias en el sector *Lower East Side* de la ciudad de Nueva York, consiste en fortalecer las familias de éstos ofensores que usan sustancias y desarrollar relaciones entre la familia, el gobierno y la comunidad. Las investigaciones demuestran que el programa compromete a los participantes con el tratamiento, reduce el uso de la encarcelación por recaídas y ayuda a las familias a usar los recursos de la comunidad para atender problemas como abuso de sustancias, violencia doméstica, enfermedades mentales y VIH/SIDA.

La Bodega fue creada en 1996 como un proyecto de demostración del Instituto de Justicia Vera y se incorporó recientemente como *Family Justice, Inc.*, una organización nacional sin fines de lucro. La metodología de La Bodega puso a prueba el postulado de que si se fortalecen las familias de las personas que abusan de sustancias y que están bajo una supervisión de justicia criminal con sede en la comunidad, se pueden mejorar los resultados de tratamiento, reducir la encarcelación debido a las recaídas y reducir el abuso doméstico familiar que con frecuencia acompaña al abuso de sustancias. La Bodega ha ofrecido servicios a más de 600 familias, usando el Manejo de Casos en Asociación con la Familia (FPCM, por sus siglas en inglés, *Family Partnering Case Management*), una técnica innovadora que identifica y moviliza las fortalezas y recursos propios de la familia, así como los de la comunidad y el gobierno. Los servicios de intermediario de La Bodega también incluyen adiestramiento en consejería y prevención de recaída, evaluaciones sin cita y referidos para todos los residentes del vecindario e intervención de crisis las 24-horas en caso de emergencias relacionadas con drogas.

Los participantes definen a su "familia" y se les estimula a que usen la definición más amplia posible para incluir la red completa de apoyo. Los participantes y sus familias ayudan a diseñar e implementar sus planes de servicio, aumentando así la probabilidad de que cumplan con el plan, tengan éxito en la rehabilitación y reconecten con sus comunidades. La Bodega también tiene una función de prevención ya que expone a los niños, a otros miembros de la familia y a los vecinos a las ideas y destrezas que necesitan para vivir sin usar alcohol y drogas ilícitas.

El personal de La Bodega es diverso en términos de trasfondo, educación y experiencia. La mayoría de los manejadores de caso tienen estudios avanzados y adiestramiento especial en trabajo con familias. El manejador de campo se concentra en crear y mantener relaciones con los oficiales de probatoria y libertad condicional, la policía de los proyectos de vivienda, los proveedores de servicio y las organizaciones con sede comunitaria. El ambiente se maneja y monitorea cuidadosamente para modelar los principios y la conducta que se ha exhortado a las familias que integren en su diario vivir. Se ofrece adiestramiento y supervisión constante para

apoyar el cambio de paradigma requerido para considerar a los participantes, sus familias y socios gubernamentales de forma diferente: como apoyos y recursos. Por ejemplo, cuando los participantes tienen una recaída o no cumplen las órdenes del sistema judicial, los sistemas de justicia y de tratamiento, usualmente restringen su enfoque. La Bodega, sin embargo, usa los principios y las herramientas del “FPCM” para ampliar el enfoque y considerar al participante y la recaída en el contexto más amplio de la familia, el vecindario y la comunidad.

*Fuente:* Sullivan y otros 2002.

## ***El consejero como abogado en la red***

Débora, una madre soltera de 24 años de edad con un hijo de 4 años, recibió asistencia pública general, lo que la mantuvo en contacto con el sistema de beneficencia infantil. Para la trabajadora social y a la agencia de beneficencia infantil se hizo evidente que sus dificultades financieras y de crianza estaban relacionadas con su dependencia al alcohol. Después de fracasar varias veces con el tratamiento ambulatorio, Débora se enfrentó a la posibilidad de perder la custodia de su hijo. En este momento, Débora se inscribió en un programa residencial de 30 días para mujeres con trastornos por uso de sustancias.

Luego de completar con éxito el tratamiento residencial, Débora pasó a un programa de cuidado continuado. En este programa Débora inició terapia familiar y le pidió a una amiga de la iglesia a la que asistía que la acompañara a las sesiones. Con la ayuda de su amiga, el consejero inició visitas supervisadas entre Débora y su hija. A medida que Débora progresó en el tratamiento para abuso de sustancias, aumentó la frecuencia y duración de las visitas. Después de un año de sobriedad, el consejero estableció la meta de reunificar a la madre con su hijo, con una vista en corte programada para 3 semanas después del inicio del programa preescolar en que se había inscrito al menor.

El consejero de abuso de sustancias asumió el rol de abogado para apelar por una programación para la vista que no era oportuna. Débora entendió que retrasar la entrada del menor a clases, le crearía problemas de ajuste innecesarios y conduciría a problemas escolares. El estrés innecesario pondría a prueba las destrezas de crianza nuevas y frágiles de Débora, lo que podría conducir a una recaída. El consejero actuó como abogado del cliente en un sistema que no consideró el impacto total de sus acciones sobre una madre que apenas había recobrado su sobriedad.

## **Terapia de manejo de caso/ sistema más amplio/ familiar**

### ***Base teórica***

La terapia de manejo de caso/ sistema más amplio/ familiar, es para familias que están o deben estar involucradas intensamente con sistemas más amplios que incluyan lugar de trabajo, escuelas, cuidado de salud, tribunales, cuidado en hogares sustitutos, beneficencia infantil,

salud mental y organizaciones religiosas. La terapia también ayuda a las familias a interactuar con los sistemas más amplios en sus vidas.

Para muchas familias, tratar con sistemas más amplios no es un problema. Sus tratos con estos sistemas, son rutinarios y positivos; cuando tienen dificultades ocasionales pueden navegar dentro de los sistemas más amplios. Otras familias, sin embargo, tienen problemas recurrentes y tratos más frecuentes con sistemas más amplios. A menudo, su interacción con estos sistemas es intensa y extensa a lo largo del ciclo de vida de la familia, en muchos casos se debe a problemas como pobreza, enfermedad crónica, problemas legales y barreras culturales y de idioma.

La meta de la terapia de manejo de caso/ sistema más amplio/ familiar, es capacitar a la familia en sus trámites con sistemas más amplios. La capacitación comienza cuando el consejero designa a "la familia como el principal experto sobre la familia" (Imber-Black 1991, p. 601). Imber-Black sugiere, además, que los consejeros determinen:

- ¿Qué sistemas más amplios afectan a la familia?
- ¿Qué agencias y subsistemas de agencias interactúan regularmente con los miembros de la familia?
- ¿Cómo se mueve la familia de un sistema más amplio a otro?
- ¿Existe un historial de involucración significativa con sistemas más amplios, y de ser así, para qué asuntos? (Imber-Black 1991)

Por ejemplo, las familias con problemas de abuso de sustancias interactúan con más regularidad con el sistema judicial, debido a arrestos (conducir bajo los efectos de sustancias, pérdida de derechos paternos y violencia doméstica). Esta conexión puede tener efectos adversos en la familia. Puede limitar las finanzas, el tiempo compartido y la unidad; puede ocasionar estrés en las relaciones familiares y terminar en la pérdida de la custodia de un menor. También puede complicar el proceso terapéutico, en particular si se ordena a la familia a que obtenga tratamiento. Sin embargo, aunque la familia puede resistirse y sentirse coaccionada, el sistema judicial puede ser el estímulo que logra que la familia reciba tratamiento y reconecte con servicios sociales. La terapia de manejo de caso/ sistema más amplio/ familiar, puede ser usada efectivamente por oficiales de probatoria y libertad condicional y funcionarios de los tribunales para casos de drogas. (Refiérase al TIP 27, *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment (Manejo Abarcador de Casos para el tratamiento de Abuso de Sustancias)* [CSAT 1998a].)

## **Técnicas y estrategias**

En la terapia de manejo de caso/ sistema más amplio/ familiar, el consejero asume un rol similar al de un manejador de casos. El consejero ayuda a iniciar el contacto con otros sistemas, incluso agencias que puedan proveer servicios al cliente y a los miembros de su familia. El consejero puede ayudar al cliente a navegar el laberinto de sistemas con el que debe interactuar como tribunales, policía, agencias de servicio social y de beneficencia infantil. En cierta medida, el consejero es un enlace con la comunidad, quien puede proveer información a los clientes sobre recursos en la comunidad y abogar en la comunidad para obtener más financiamiento y otro tipo de apoyo para el tratamiento de abuso de sustancias.

## Terapia de redes

### *Base teórica*

La terapia de redes aprovecha el potencial de apoyo terapéutico de personas más allá de la familia inmediata, en particular cuando se llevan a cabo intervenciones efectivas de abuso de sustancias. Al reunir a todas las personas que se interesan genuinamente por la persona con trastorno por uso de sustancias —en particular amigos y miembros de la familia extendida— el consejero ayuda a estimular a la persona que usa de sustancias para que deje de usarlas y mantenga la abstinencia. Galanter (1993) también señala la importancia de AA en la terapia de redes.

La terapia de redes también procura conectar a las personas con la comunidad más amplia. La terapia de redes es compatible con las prácticas de sanación tradicionales, medicina alterna, asistencia a AA y participación en eventos comunitarios como días de fiesta del pueblo y ferias de arte y artesanías. La terapia de redes es particularmente útil para reconectar a los indios americanos urbanos con la comunidad más amplia.

### *Técnicas y estrategias*

El consejero que usa la terapia de redes es responsable de movilizar la red del cliente. El consejero mantiene a las personas en la red informadas e involucradas y estimula al cliente a que acepte la ayuda y las recompensas que la red le pueda ofrecer.

## Terapia de sistemas familiares de Bowen

### *Base teórica*

Los terapeutas de sistemas familiares de Bowen, consideran que todas las disfunciones familiares, incluyendo el abuso de sustancias, son consecuencia del manejo ineficiente de la ansiedad en el sistema familiar. Más específicamente, el abuso de sustancias se considera una forma para que, tanto los individuos como la familia como un grupo, manejen su ansiedad. La persona que abusa de alcohol o drogas lo hace en parte para reducir la ansiedad temporalmente y cuando la familia completa puede señalar de manera justificada a la persona que usa drogas como el problema, puede desviar la atención de otras fuentes de ansiedad.

Una fuente principal de ansiedad puede ser la reactividad o la intensidad con que la familia reacciona emocionalmente ante los problemas en sus relaciones, en lugar de considerarlos a fondo y con cuidado. En una situación ideal, los miembros de la familia pueden establecer un equilibrio entre la reactividad emocional y la razón y son conscientes de cuál es cuál. Esto se conoce como diferenciación. Además, los miembros de la familia son autónomos, es decir, no están fusionados ni desligados de otros en la familia.

La terapia de sistemas familiares de Bowen, también se basa en la premisa de que un cambio en sólo un miembro de la familia afectará al sistema familiar. A fin de reducir la reactividad del sistema, por ejemplo, los consejeros adiestran a los miembros más motivados de la familia en

maneras de frenar su reactividad y comportarse de manera diferente en sus relaciones. Estos cambios pueden reducir y hasta eliminar el problema que llevó a la familia al tratamiento.

En la terapia de Bowen, se presume que el pasado afecta el presente. De hecho, todavía está "vivo." Está presente en la forma de respuestas emocionales que pueden pasarse de una generación a otra (Friedman 1991).

## ***Uso de la terapia de sistemas familiares de Bowen con poblaciones de inmigrantes***

Aunque ningún resultado comprobado ha corroborado la validez de la terapia de Bowen para abordar el abuso de sustancias, los consejeros han sabido usarla para tratar clientes con trastornos por uso de sustancias que han inmigrado a este país. Se considera que este acercamiento terapéutico paree bien con estos clientes porque hace énfasis en la transmisión intergeneracional de la ansiedad y los efectos traumáticos que se transmiten de generación en generación.

La perspectiva de que "el pasado es el presente" provee un mecanismo para entender la autoestima baja de una persona que ha perdido todo lo que era importante: idioma, patria, cultura, posesiones y, con frecuencia, su sentido de identidad cultural. Para muchos, las circunstancias de la migración son traumáticas. Esas pérdidas no sólo se arrastran del pasado, sino que continúan ocurriendo en el presente en la medida que los miembros de la familia permanezcan sujetos a las consecuencias indirectas de la migración como desempleo o subempleo, vivienda marginal o hacinada, problemas de salud no tratados y pobreza. En esta situación, el alcohol y las drogas pueden proveer una forma conveniente de borrar el dolor y la desesperanza. La recuperación no puede comenzar hasta tanto el consejero y el cliente entiendan el significado de la pérdida de identificación cultural, examinada a la luz de un trastorno de uso de sustancias actual.

## ***Técnicas y estrategias***

El acercamiento de Bowen al abuso de sustancias suelen trabajar a través de una persona y su objetivo es altamente sistémico. Por ejemplo, Bowen procura reducir la ansiedad a través de la familia al estimular a las personas a que se diferencien más, se vuelvan más autónomas y menos enredadas en el sistema emocional de la familia.

Según Bowen, de generación en generación se transmiten patrones específicos y problemáticos de ansiedad y de relaciones. Algunos patrones intergeneracionales que pueden requerir un enfoque terapéutico son:

*Creación de distancia.* El alcohol y los fármacos se usan para manejar la ansiedad al crear distancia en la familia.

*Triangulación.* Patrón emocional que puede incluir a dos o tres personas y un problema (como el abuso de sustancias). En este último caso, la sustancia se usa para desplazar la ansiedad entre dos personas.

*Lidiar.* El abuso de sustancias se usa para acallar las respuestas emocionales de los miembros de la familia y crear una impresión falsa de equilibrio familiar.

## Terapia breve centrada en soluciones

### Base teórica

La terapia breve centrada en soluciones (*SFBT*, por sus siglas en inglés, *Solution-focused brief therapy*) reemplaza el acercamiento tradicional dirigido por expertos enfocado en corregir la patología mediante una relación colaboradora para la búsqueda de soluciones entre el consejero y el cliente. En lugar de concentrarse en una descripción extensa del problema, la “SFBT” fomenta que el cliente y al terapeuta se enfoquen en la vida que le espera al cliente una vez se resuelva el problema. El énfasis está en el desarrollo de una solución para el futuro y no en entender el desarrollo pasado del problema o su mantenimiento en el presente. Se procura identificar las excepciones al problema —es decir, las ocasiones cuando el problema no ocurre y se tiene una pieza de la solución futura — y construir sobre estas bases. Esto contradice el punto de vista del cliente de que el problema siempre está presente con la misma intensidad y le ayuda a desarrollar un sentido de esperanza en el futuro.

De Shazer y Berg, con sus raíces en el modelo de terapia estratégica, junto con sus colegas del Centro de Terapia Familiar Breve en Milwaukee, cambiaron el foco original de la terapia breve, centrada en soluciones de cómo se mantienen los problemas (Watzlawick y otros 1974; Zeig 1985), a su énfasis actual en cómo se desarrollan las soluciones (de Shazer 1988, 1991, 1997). La “SFBT” se usó cada vez más para tratar trastornos por uso de sustancias desde la publicación de *Working with the Problem Drinker: A Solution-Focused Approach* (Trabajando con el bebedor problemático: un acercamiento centrado en las soluciones, Berg y Miller 1992). Berg y Miller cuestionaron los supuestos de que los bebedores problemáticos quieren seguir bebiendo, desconocen los daños que produce la bebida y requieren la ayuda de un experto e información para recuperarse. Al contrario, insisten los consejeros en “SFBT”, las personas que abusan de sustancias pueden guiar su propio tratamiento siempre que participen en el proceso de desarrollar metas terapéuticas que tengan sentido para ellos y que a su entender producirán un cambio significativo en sus vidas.

La “SFBT” es congruente con las investigaciones que recalcan la importancia de las relaciones terapéuticas colaboradoras y sin confrontación en el tratamiento para abuso de sustancias (Miller y otros 1993) y la selección apropiada de tratamiento como medio para aumentar la motivación para el cambio (Prochaska y otros 1992). De hecho, hasta los consejeros en abuso de sustancias que creen firmemente en el modelo de enfermedad, también aceptan el uso de la “SFBT” como un componente del tratamiento de abuso de sustancias (Osborn 1997). Es más, McCollum y Trepper (2001) han propuesto una variación basada en sistemas de la terapia para usarse específicamente con las familias de personas con trastornos por uso de sustancias.

Sin embargo, hasta ahora pocas investigaciones definitivas han confirmado la efectividad de la “SFBT” en el abuso de sustancias. Gingerich y Eisengart (2000) encontraron y evaluaron 15 estudios sobre los resultados de la “SFBT” para tratar varios problemas. Concluyeron que “los 15 estudios proveen apoyo preliminar para la eficacia de la “SFBT”, pero no permiten llegar a una conclusión definitiva” (Gingerich y Eisengart 2000, p. 477), específicamente para el abuso de sustancias. De los 15 estudios sólo dos controlados pobremente, estudiaron la población que abusaba de sustancias. Uno de ellos describió a un hombre con un historial de 10 años de uso de alcohol. Éste logró más días de abstinencia y más días de asistencia al trabajo, por semana, durante el tratamiento que antes del tratamiento (Polk 1996). El otro estudio involucró a un terapeuta que usó la “SFBT” con 27 clientes en tratamiento por trastornos de uso de sustancias. Un por ciento mayor de los clientes de “SFBT” se recuperó (según las definiciones

del estudio) después de dos sesiones y después de siete sesiones para los clientes comparados, pero no se dieron detalles sobre la severidad de los casos ni los resultados específicos para los clientes (Lambert y otros 1998).

## **Técnicas y estrategias**

En la "SFBT", el consejero ayuda al cliente a desarrollar una visión detallada y articulada cuidadosamente de cómo sería su mundo si se resolviera el problema de presentación. Entonces el consejero ayuda al cliente a tomar las medidas necesarias para hacer realidad esa visión.

Además, el consejero estimula al cliente a que recuerde las excepciones a los problemas, es decir, las ocasiones cuando el problema no ocurrió, y a examinar y aumentar el número de excepciones. De esta forma, el cliente se aproxima a su visión libre de problemas.

Las técnicas de la terapia breve centrada en soluciones, están diseñadas para ser considerablemente sencillas. Incluyen la pregunta del milagro, preguntas sobre excepciones, preguntas de escala, preguntas relacionales, y preguntas de definición de problemas.

*La pregunta del milagro.* Tal vez la técnica más representativa de la "SFBT", la pregunta del milagro evoca la visión del cliente de una vida sin el problema que lo llevó recurrir a la terapia. Tradicionalmente la pregunta del milagro se presenta como sigue:

- Quiero hacerle una pregunta extraña. Supongamos que esta noche, mientras duerme y la casa está silenciosa, ocurre un milagro. El milagro es que el problema que le trajo aquí se ha resuelto. Sin embargo, como usted está dormido no se da cuenta de que ha ocurrido el milagro. Cuando se despierte por la mañana, ¿qué diferencia notará? ¿qué indicación tendrá de que ha ocurrido un milagro y que el problema que le trajo aquí ha desaparecido? (De Jong y Berg 1997).

La pregunta del milagro tiene varios propósitos. Ayuda al cliente a imaginar cómo sería su vida si sus problemas se resolvieran, aviva la esperanza de que sí puede cambiar y le ofrece un anticipo de los beneficios del cambio. Sin embargo, su característica más importante, es que transfiere poder al cliente. Le permite crear su propia imagen del cambio que desea. No requiere que acepte una imagen compuesta o sugerida por un experto (Berg 1995).

## **Haciendo la pregunta del milagro**

Si la respuesta a la pregunta del milagro es "No sé," como suele ser el caso, se debe exhortar al cliente a que tome todo el tiempo que necesita para contestar. También se puede sonsacar al cliente con preguntas como: "Mientras descansa en la cama, ¿qué notaría parahacerle pensar que ha ocurrido un milagro? Durante el desayuno, ¿qué notaría? Al llegar al trabajo, ¿qué notaría?" Entonces el terapeuta deberá:

- Abundar en cada cambio notado. Por ejemplo, el terapeuta podría preguntar: "¿Cómo haría eso una diferencia en su vida?" Si el cliente le contesta que no se levantaría pensando en

tomar un trago, pregunte: ¿En qué pensaría? ¿En qué sentido haría eso una diferencia en su vida?"

- Acepte la respuesta del cliente sin limitarla. Algunos clientes dicen que su milagro sería ganarse la lotería. El consejero no debe limitar la respuesta diciendo: "Piense en otro milagro." Por el contrario, abunde en la respuesta con preguntas como: "¿En qué sentido cambiaría su vida si se ganara la lotería?" "¿Qué sería diferente si pagara todas sus cuentas a tiempo?"
- Convierta la imagen en una visión interpersonal. Pregunte, "A medida que su milagro se hace realidad: ¿qué notarían otras personas sobre usted?"
- Ayude al cliente a ver que los elementos del milagro son parte de la vida. Aunque los elementos sean pequeños, pregunte: "¿Cómo puede usted ampliar la influencia de esas pequeñas piezas del milagro?"

*Preguntas sobre excepciones al problema.* A veces un problema continuo es menos severo o puede no estar presente. Por lo tanto, el consejero podría indagar: "Hábleme sobre las ocasiones en que decidió no usar la sustancia a pesar de sentir ansias de consumo fuertes." La respuesta preparará el camino para examinar cómo sus propias acciones han contribuido a llegar a ese resultado diferente.

*Preguntas de escala.* A medida que surge una imagen clara del cambio, las técnicas se comienzan a enfocar en cómo ayudar al cliente a lograr el cambio. En este punto, una técnica particularmente útil es hacer la pregunta de escala. Puede preguntar, en una escala de 1 a 10, donde 1 significa que ha logrado una de sus metas y 10 significa que ha logrado todas sus metas: ¿dónde se encuentra usted hoy? Una buena pregunta de seguimiento es: ¿Qué haría falta para que pase a 4 ó 5 en su escala de 10 puntos? Estas preguntas ayudan a los clientes a medir el progreso logrado para alcanzar sus metas y a ver los cambios como procesos y no como eventos.

*Preguntas relacionales.* Ayudar a los clientes a establecer metas que tomen en consideración los puntos de vista de otras personas importantes en su vida, puede extender los beneficios del cambio al ambiente del cliente. Una buena pregunta relacional es: ¿Qué notarán en usted otras personas a medida que se aproxima más y más a su meta? Por ejemplo, un cliente adolescente puede declarar que está absolutamente confiado en que no sufrirá una recaída. Como respuesta, se le puede preguntar: "¿Crees que tu padre se siente igual de confiado?" Exhortarle a estudiar la situación desde la perspectiva de sus padres, que sólo pueden sentirse parcialmente confiados en que el cliente no sufrirá una recaída, motiva al cliente a considerar cómo deberá comportarse para inspirar más confianza en esa otra persona importante.

*Preguntas de definición de problema.* Esta técnica, usada con familias de personas con trastornos de uso de sustancias, define los pasos que cada persona debe dar para producir un resultado que no sea un problema (McCollum y Trepper 2001). El terapeuta ayuda a la familia a definir un problema que quiere solucionar y luego construye el papel que juega cada miembro en la secuencia de conductas que llevan al problema. A continuación, el terapeuta ayuda a la familia a examinar las excepciones a la secuencia del problema y usa esas excepciones para construir una secuencia de solución.

## Estudio de caso de excepciones al problema

**Familia:** Carmen fue diagnosticada con un trastorno de uso de alcohol. Durante la terapia familiar, ella y su esposo, Esteban, descubrieron un problema de secuencia conocido como patrón de perseguidor-distanciador. Cuando Esteban sentía que Carmen se distanciaba de él emocionalmente, comenzaba a preocuparse de que estuviera a punto de ocurrir otro episodio de consumo excesivo. Su reacción ante este temor era sugerir a Carmen que llamara a su patrocinador o asistiera a reuniones adicionales de AA.

Carmen veía la preocupación de Esteban como una amenaza a su independencia. Se ponía furiosa, rehusaba seguir el consejo de Esteban y se distanciaba todavía más. Entonces Esteban insistía en que llamara a su patrocinador y la tensión entre ellos escalaba hasta acabar en una discusión. Con frecuencia la pelea terminaba cuando Carmen abandonaba la casa y pasaba la noche en casa de su hermana, quien no era una buena influencia. La hermana le sugería que se tomara un trago para calmarse los nervios y las dos acababan borrachas.

**Tratamiento:** Una vez Carmen y Esteban definieron esta secuencia, el terapeuta les ayudó a buscar excepciones a la misma, momentos en que la secuencia se iniciaba pero no terminaba en una borrachera. Tanto Carmen como Esteban pudieron identificar una secuencia de solución. Carmen recordó una ocasión en que Esteban la estaba fastidiando. En lugar de ir a casa de su hermana, pasó una hora en línea leyendo comentarios y compartiendo mensajes y sugerencias con la comunidad de recuperación en línea. Entonces llamó a su patrocinador y almorzaron juntos antes de asistir a una reunión de AA en la que su patrocinador iba a hablar ese día. Cuando llegó a casa logró tranquilizar a Esteban con que no tenía deseos de beber en ese momento y sugirió que se fueran juntos al cine. Esteban recordó una ocasión cuando se estaba poniendo ansioso por Carmen y en vez de fastidiarla se fue al cortar el césped. La actividad física lo ayudó a disipar su ansiedad y pudo hablar con Carmen calmadamente de su preocupación, sin presionarla para que tomara una acción específica. El terapeuta ayudó a Carmen y a Esteban a construir sobre las bases de estas situaciones exitosas para identificar maneras de desarrollar secuencias de conducta más positivas.

## Pareando las técnicas terapéuticas con los niveles de recuperación

Tanto los individuos como las familias atraviesan un proceso de cambio durante el tratamiento para abuso de sustancias.

El panel de consenso decidió que una forma de examinar los niveles de recuperación familiar, era combinar las etapas de tratamiento para familias de Bepko y Krestan (1985), y las etapas de terapia familiar para tratamiento de abuso de sustancias de Heath y Stanton (1998). En conjunto, los niveles de recuperación familiar son:

- *Alcanzar la sobriedad.* El sistema familiar está desequilibrado, pero el cambio saludable es posible.
- *Adaptarse a la sobriedad.* La familia se esfuerza por desarrollar y estabilizar un sistema nuevo.
- *Mantener la sobriedad a largo plazo.* La familia tiene que lograr reequilibrar y estabilizar un estilo de vida nuevo y más saludable.

Una vez el cambio está en marcha, los procesos de recuperación individual y familiar suelen correr paralelamente, aunque tal vez no estén perfectamente sincronizados (Imber- Black 1990). Por ejemplo, los miembros de la familia pueden estar conscientes del problema de alcoholismo antes que el bebedor. Cuando la persona que bebe excesivamente viene al tratamiento, tanto el cliente como la familia necesitan educarse sobre el abuso de alcohol y ambos deben considerar obtener ayuda para poner fin al problema. Del mismo modo, una vez el bebedor problemático decide dejar la bebida y hace planes para lograrlo, la familia tiene que aprender a no facilitar la conducta. Las formas de interacción familiar tienen que cambiar si la familia piensa mantener un equilibrio emocional sano y apoyar la abstinencia. En resumen, a medida que el individuo y la familia cambian, ambos tienen que adaptarse a un nuevo estilo de vida que apoye la sobriedad o abstinencia, los cambios necesarios para mantener la sobriedad o abstinencia y un sistema familiar estable.

Los diferentes modelos de tratamiento integrado sugieren técnicas diferentes que pueden usarse dependiendo del nivel de recuperación. A medida que la familia hace frente a sus retos y el cliente hace frente al trastorno por abuso de sustancias, progresarán de alcanzar la sobriedad a mantenerla. Las siguientes ilustraciones resumidas, 4-3, 4-4 y 4-5, desglosan técnicas de una variedad de modelos de tratamiento que pueden usarse con familias en diferentes niveles de recuperación en el tratamiento para abuso de sustancias y terapia familiar.

### *Ilustración 4-3*

#### *Técnicas para ayudar a las familias a alcanzar la sobriedad*

Algunas técnicas útiles durante la etapa en que el cliente y la familia se preparan para hacer cambios en sus vidas, incluyen las siguientes:

##### **Terapia familiar multidimensional** (Liddle 1999)

- Motivar a la familia para que comprometa al cliente en la desintoxicación.
- Contrato de abstinencia con la familia.
- Contrato de la familia con respecto a su propio tratamiento.
- Definir problemas y contrato con los miembros de la familia para reducir los problemas.
- Emplear “Al-Anon”, grupos de apoyo conyugal y grupos de apoyo multifamiliares.

##### **Terapia conductual familiar** (Kirby y otros 1999)

- Realizar entrevistas de adiestramiento de refuerzo comunal, por ejemplo, entrevistas con líderes religiosos del área para ayudar a desarrollar maneras de impactar la comunidad.

### **Red y familia/ sistema más amplio** (Galanter 1993; Imber-Black 1988)

- Usar la red (incluyendo los tribunales, oficiales de libertad bajo palabra, patronos, personal del equipo, juntas de acreditación, servicios de protección a menores, servicios sociales, abogados, escuelas, etc.) para motivar el tratamiento.
- Entrevistar a la familia con relación al sistema más amplio.
- Entrevistar a la familia y a las personas en los otros sistemas más amplios que ayudan a la familia.
- Entrevistar a representantes del sistema más amplio, como los consejeros escolares, sin que la familia esté presente.

### **Terapia de sistema familiar de Bowen** (Bowen 1978)

- Reducir los niveles de ansiedad.
- Crear un genograma que muestre el abuso de sustancias en varias generaciones; explorar las alteraciones de la familia a causa de sucesos del sistema, como inmigración u holocausto.
- Orientar a la familia nuclear sobre los hechos en comparación con las reacciones haciendo preguntas sobre lo ocurrido.
- Cambiar la triangulación instruyendo a la familia para que tome posiciones de interacción diferentes.
- Hacer más preguntas a los miembros individuales de la familia de manera que toda la familia aprenda más sobre sí misma.

## ***Ilustración 4-4***

### ***Técnicas para ayudar a las familias a adaptarse a la sobriedad***

Mientras el cliente y su familia se acostumbran a los cambios en sus vidas, los modelos de terapia familiar diferentes sugieren las técnicas siguientes:

#### **Sistemas estructurales/ estratégicos** (Stanton et al.1982)

- Reestructurar los roles familiares (el trabajo principal de este modelo).
- Realignar los subsistemas y las fronteras generacionales.
- Reestablecer las fronteras entre la familia y el mundo exterior.

#### **Terapia familiar multidimensional** (Liddle 1999; Liddle et al.1992)

- Estabilizar a la familia.
- Reorganizar a la familia.
- Enseñar prevención de recaída.
- Identificar disfunción en la comunicación.
- Enseñar destrezas de comunicación y de solución de conflictos.
- Evaluar las etapas de desarrollo de cada persona en la familia.

- Considerar las interacciones del sistema familiar basadas en trastornos de personalidad y considerar si debe recetar medicamentos para depresión, ansiedad o trastorno por estrés postraumático.
- Considerar si tratar la pérdida y el duelo conjuntamente con el abuso sexual o físico.

**Terapia familiar conductual-cognitiva** (Azrin et al. 2001; Kirby et al. 1999; Waldron et al. 2000)

- Llevar a cabo entrevistas de adiestramiento de refuerzo comunitario.
- Establecer una definición del problema.
- Emplear una estructura y estrategia.
- Usar las destrezas de comunicación y el adiestramiento en destrezas de negociación.
- Emplear técnicas de solución de conflictos.
- Usar contratación de contingencia.

**Intervenciones de redes** (Favazza y Thompson 1984; Galanter 1993)

- Usar AA, “Al-Anon”, “Alateen” y Familias Anónimas como parte de la red.
- Delinear y redistribuir tareas entre todos los proveedores de servicios que trabajan con la familia.
- Usar rituales cuando los clientes están recibiendo mensajes simultáneos y conflictivos.

**Terapia familiar centrada en soluciones** (Berg y Miller 1992; Berg y Reuss 1997; de Shazer 1988; McCollum y Trepper 2001)

- Usar la pregunta del milagro.
- Hacer preguntas de escala y relacionales.
- Identificar excepciones a la conducta problemática.
- Identificar secuencias en problemas y soluciones.

## *Ilustración 4-5*

### *Técnicas para ayudar a las familias con el mantenimiento a largo plazo*

Las técnicas a continuación son apropiadas mientras se están afianzando los adelantos logrados por el cliente y la familia durante el tratamiento y se están implementando salvaguardas contra la recaída o el retorno a hábitos viejos.

**Sistema familiar/más amplio** (Imber-Black 1988)

- Renegociar las relaciones con los sistemas más amplios. Por ejemplo, acordar con Servicios de Protección a Menores que una vez la familia haya completado el tratamiento, los menores pueden regresar al hogar.

**Terapia de redes** (Galanter 1993)

- Usar “Al-Anon”, grupos de apoyo conyugal y grupos de apoyo multifamiliar.

- AA, “Al-Anon” y “Alateen” son intervenciones que se han usado durante mucho tiempo para romper el ciclo de abuso de sustancias y pueden complementar otras intervenciones.

Las metas de tratamiento para los niños en familias alcohólicas y los hijos adultos de personas con trastornos por uso de sustancias, incluyen educar a los niños sobre el alcohol, ayudar a los padres a asumir una responsabilidad apropiada como padres y examinar el rol que tenía el adulto en su familia de origen y cómo afecta ese rol sus relaciones actuales (Bepko y Krestan 1985). Para más información, refiérase al TIP 36, Tratamiento de Abuso de Sustancias para Personas con Problemas de Abuso y Negligencia Infantil (CSAT 2000b), y la página en la red de los Hijos Adultos de Alcohólicos, [www.adultchildren.org](http://www.adultchildren.org).

### ***Puntos resumidos del Capítulo 4 desde la perspectiva de un consejero familiar***

- Para una integración exitosa de intervenciones familiares o de la terapia familiar, el diseño del programa de tratamiento deberá acoger las necesidades de todos los miembros de la familia y de la familia como un todo. Factores como la duración adecuada de la terapia, los profesionales clínicos adiestrados y el personal informado, contribuyen a aumentar la efectividad de la integración.
- Las familias pueden usarse para promover el compromiso del cliente y su retención en el tratamiento.
- De la misma manera que la consejería en grupo ayuda a los clientes pues reúne a clientes en diferentes fases del proceso de tratamiento, los grupos de terapia multifamiliar pueden ayudar a las familias a ver cómo logran progresar otras personas y ayudarles a recordar cómo fueron los primeros días de tratamiento.

- Es posible integrar técnicas familiares al tratamiento de abuso de sustancias en un continuo abarcador que incluya desde el uso de técnicas específicas hasta la adaptación completa de modelos particulares.

## **5 Poblaciones específicas**

## En este Capítulo...

Introducción

Edad

Mujeres

Raza y etnicidad

Orientación sexual

Personas con discapacidades físicas o cognitivas

Personas con problemas coexistentes de trastornos por abuso de sustancias y trastornos mentales

Poblaciones rurales

Otros factores contextuales

## Visión General

En todos los niveles de un programa de tratamiento, se pueden implementar prácticas y actitudes competentes para asegurar que sea el tratamiento apropiado para familias con problemas de abuso de sustancias. La efectividad del tratamiento para abuso de sustancias, se socava si no incluye aspectos comunitarios y culturales, los componentes más amplios de un acercamiento ecológico. Se ponen en práctica esfuerzos concertados para identificar y cambiar las nociones preconcebidas y los prejuicios que puedan tener las personas de las creencias y costumbres culturales de otras personas.

Este capítulo provee información sobre varias poblaciones específicas: niños, adolescentes y envejecientes, mujeres, grupos culturales, raciales y étnicos, homosexuales, personas con discapacidades físicas y cognitivas, personas en poblaciones rurales y personas con problemas coexistentes por uso de sustancias y trastornos mentales. Además, se provee información sobre personas positivas al VIH, personas sin hogar y veteranos. En cada sección se tratan problemas pertinentes de trasfondo y aplicaciones a la terapia familiar.

## Introducción

Este TIP usa el término *poblaciones específicas* para examinar características de las familias con base en agrupaciones específicas y comunes que influyen el proceso terapéutico. Siempre que se categoriza o clasifica a las personas de esta manera, es importante recordar que las

personas pertenecen a múltiples grupos, poseen múltiples identidades y viven en múltiples contextos. Las situaciones diferentes pueden ser más o menos prominentes en momentos distintos. La guía general más importante para un terapeuta es ser flexible y tratar con la familia "donde se encuentra."

Es vital que los consejeros siempre sean conscientes y sensibles a las diferencias que hay entre ellos y los miembros del grupo a quien le proveen tratamiento. Los terapeutas traen sus propios problemas culturales a la terapia y la edad del terapeuta, su género, etnicidad y otras características, pueden figurar en el proceso terapéutico de alguna manera. También deben explorarse las diferencias dentro de la familia misma. ¿Es la familia un grupo homogéneo o representa distintos trasfondos? ¿Qué significado le asignan los miembros de la familia a sus propias identidades y a la identidad del terapeuta? Estas consideraciones deben respetarse desde el principio mismo de la terapia, a la vez que se muestra sensibilidad a las normas culturales específicas de la familia que recibe tratamiento. Si estos factores no son evidentes o explícitos, el terapeuta debe indagar al respecto.

## Edad

La edad es un factor importante en el proceso terapéutico. El uso de sustancias puede tener diferentes causas y perfiles dependiendo de la edad y etapa de desarrollo del individuo. Por ejemplo, un adolescente puede beber por razones diferentes a las de un padre de mediana edad. La edad de la persona que abusa de sustancias puede tener también efectos diferentes sobre la familia. Este TIP trata con tres grupos de edad: niños, adolescentes y envejecientes.

## Niños

### *Problemas de trasfondo*

Si bien el número real de niños que abusa de sustancias es pequeño en comparación con otros grupos de edad, los niños que usan drogas constituyen una población subatendida, tan mal identificada como mal entendida. No obstante, el abuso de sustancias entre niños es de suma importancia. El uso de drogas y alcohol puede tener un efecto severo en una mente en desarrollo y puede establecer un patrón potencial de conducta para toda la vida (Oxford et al. 2001).

El uso de inhalantes es particularmente común entre los niños. La encuesta *Monitoring the Future* de 2001 auspiciada por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Sustancias (NIDA, por sus siglas en inglés, *National Institute on Drug Abuse*,) encontró que más del 17 por ciento de los estudiantes de octavo grado indicaron haber usado inhalantes por lo menos una vez (Johnson et al. 2002). En una declaración de política reciente, la Academia Norteamericana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés, *American Academy of Pediatrics*) describió el abuso de inhalantes como "una forma poco reconocida de abuso de sustancias con una morbilidad y mortalidad significativas" (AAP 1996, n.p.). Para más información, vea también el TIP 31, *Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders* -Cernimiento y Avalúo de Adolescentes para Trastornos por Uso de Sustancias- (Centro de Tratamiento para Abuso de Sustancias [CSAT] 1999c).

## **Aplicación a la terapia familiar**

Cuando un niño abusa de sustancias, la terapia familiar individual probablemente constituya el acercamiento más útil. Independientemente del acercamiento, el terapeuta deberá hacer acomodos y ajustes con los niños en terapia. Por ejemplo, no se debe dejar a los niños demasiado tiempo en la sala de espera y no se debe pretender que esperen sentados tranquilamente mientras los adultos conversan a su alrededor.

Stith et al. (1996) entrevistaron a 16 niños entre 5 y 13 años de edad que participaban en terapia familiar con sus padres y hermanos y descubrieron que los niños deseaban participar en la terapia aunque no fueran el paciente identificado (PI). Estaban conscientes de que durante la terapia ocurrían cosas importantes y querían participar. Sin embargo, con frecuencia indicaron que su experiencia con las sesiones familiares había sido poco satisfactoria porque predominaba la conversación adulta y pasaban mucho tiempo fuera de la sesión en la sala de espera. Las cualidades personales del terapeuta eran importantes para los niños. Por último, dijeron que si iban a participar en la terapia necesitaban hacerlo en formas que se acomodaran a sus estilos de comunicación: actividades y juegos.

Los acercamientos para incorporar a los niños en la terapia a través de juegos- como el uso de teatro de títeres familiar, proyectos de arte familiares y juegos de mesa con enfoque terapéutico- pueden modificarse para acomodar la terapia familiar y la terapia de juego puede ser un componente valioso de las sesiones familiares. La Asociación de Terapia de Juego define la terapia de juego como "el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal, durante el cual, terapeutas adiestrados en el uso del juego, utilizan el poder terapéutico de los juegos para ayudar a sus clientes a evitar o resolver dificultades psicosociales y lograr un crecimiento y desarrollo óptimo" (Bratton et al. p. 1). Cooklin (2001) señala que la terapia de juego no significa interacciones juguetonas durante la terapia, sino que se refiere a un proceso más estructurado y con frecuencia no verbal como el uso de juguetes, juegos, títeres, modelos o representaciones. Su fin es reducir la ansiedad del niño y facilitar el procesamiento emocional. Sin embargo, también recalca que cuando el cliente es un niño, un grado de diversión es conveniente en la relación terapeuta-cliente.

## **Adolescentes**

### **Problemas de trasfondo**

El uso de sustancias entre jóvenes suele ser transitorio, episódico o experimental, pero para algunos puede ser un indicador serio y perdurable de otros problemas en sus vidas (Fustenberg 2000). Un conjunto de investigaciones cada vez mayor, con animales, principalmente aborda la sensibilidad al alcohol de los cerebros adolescentes (véase por ejemplo, Spear 2000). El abuso de sustancias en la adolescencia se relaciona con conductas disruptivas como trastornos de conducta, trastorno oposicional, trastornos alimentarios, y trastorno de déficit de atención (ADD, por sus siglas en inglés) o trastorno de déficit de atención/hiperactividad (AD/HD, por sus siglas en inglés).

Los Estados Unidos de América tiene la tasa más alta de abuso de drogas entre adolescentes de todas las naciones industrializadas (Liddle et al. 2001). El Resumen de Hallazgos de la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud (*National Survey on Drug Use and Health*) de 2002, encontró que el 17.6 por ciento de los jóvenes entre 12 y 17 años de edad informó haber bebido alcohol durante el mes anterior a la encuesta, y el 11.6 por ciento de los jóvenes entre 12 y 17 años de edad, indicó que había usado una droga ilícita (Oficina de Estudios Aplicados

[OAS, por sus siglas en inglés, *Office of Applied Studies*] 2003a). Más del 65 por ciento de los jóvenes clasificados como bebedores empedernidos también usaban drogas ilícitas (“OAS” 2002b).

El alcohol es la sustancia usada más frecuentemente por los adolescentes y su uso refleja patrones preocupantes (“AAP” 2001). En 2001, el 10.7 por ciento de los jóvenes entre 12 y 17 años de edad, informó episodios de borracheras severas durante el mes anterior y el 2.5 por ciento informó beber en exceso durante el mes anterior (episodios de borracheras severas se define como cinco tragos o más en la misma ocasión; beber en exceso se define como cinco tragos o más en la misma ocasión en por lo menos 5 días durante el mes anterior) (“OAS” 2003a).

El abuso de sustancias entre los adolescentes se asocia con un desempeño escolar pobre, problemas con la autoridad y conducta de alto riesgo, incluyendo conducir bajo los efectos de sustancias y actividad sexual sin protección. Los quinceañeros que beben han demostrado ser siete veces más propensos a tener relaciones sexuales que sus contemporáneos no bebedores (“AAP” 2001). Los adolescentes sexualmente activos que usan alcohol o drogas corren un riesgo mayor de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA (“AAP” 2001).

Algunos factores de riesgo específicos para los adolescentes que abusan de sustancias incluyen:

- Conducta antisocial a edad temprana, particularmente agresividad
- Pobre autoestima
- Fracaso escolar
- trastorno de déficit de atención y trastorno de déficit de atención/hiperactividad
- Incapacidades de aprendizaje
- Pares que usan drogas
- Enajenación de pares o familia
- Depresión y otros trastornos de humor (por ejemplo trastorno bipolar)
- Abuso físico o sexual (AAP 2001)

La edad es un factor importante en el proceso terapéutico. El uso de sustancias puede tener diferentes causas y perfiles dependiendo de la edad y etapa de desarrollo del individuo.

### ***Aplicación a la terapia familiar***

Un conjunto de evidencia en aumento, confirma la capacidad de la terapia familiar para integrar y retener a los clientes en la terapia y su eficacia para reducir el uso de drogas entre adolescentes cuando se compara con otros acercamientos (Liddle y Dakof 1995a). Algunos acercamientos específicos de terapia familiar, como la Terapia Familiar Estratégica Breve (Szapocznik y Williams 2000) y la Terapia Familiar Multidimensional (Liddle et al. 2001) han demostrado ser prometedores en términos de la reducción de uso entre adolescentes y la mejoría en el funcionamiento familiar.

Parte del proceso de tratamiento consiste en enseñar a los adolescentes a escoger entre opciones diferentes y exhortarlos a encontrar alternativas para el uso de sustancias. Los padres pueden ser instrumentales en este proceso y debe recalcarse la importancia de la conducta modelo. Los hermanos también deben incorporarse a la terapia, a veces los problemas del PI adolescente ahogarán las necesidades de los hermanos más tranquilos. Generalmente los terapeutas familiares pueden apoyar a las familias proveyendo oportunidades para practicar destrezas de negociación con el hijo adolescente. Los terapeutas pueden enseñar técnicas a los padres para reducir la reactividad y formas de proveer opciones reales y aceptables para sus hijos. Debe exhortarse a los niños a que manejen tareas apropiadas a su nivel de desarrollo y a entender que los resultados son la consecuencia de la conducta.

Aunque las definiciones para "envejecientes" varían, por lo general se refiere a personas de 60 años de edad o mayores.

Transferir la terapia de la clínica a un ambiente que sea familiar y cómodo para el adolescente puede ser una estrategia útil. Realizar las sesiones en el hogar del adolescente puede promover un tono más abierto y un mayor intercambio que las sesiones en la oficina del terapeuta. Al programar las sesiones se deben tomar en cuenta las obligaciones escolares y las actividades extracurriculares y sociales del adolescente. Esa clase de flexibilidad es un atributo importante para cualquier terapeuta que trabaje con adolescentes. Cuando los adolescentes no estén dispuestos a integrarse en la terapia/tratamiento, puede exhortarse a los padres a examinar maneras de trabajar con adolescentes problemáticos.

El género también puede tener implicaciones en la formación de grupos familiares para las sesiones terapéuticas, particularmente en familias en que ha ocurrido abuso. Puede haber casos en que las sesiones de padre/hijo o madre/hija sean de ayuda.

Para más información sobre el tratamiento de abuso de sustancias con adolescentes refiérase al TIP 31, *Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders - Cernimiento y Avalúo de Adolescentes para Trastornos por Uso de Sustancias* - (CSAT 1999c) y al TIP 32, *Treatment of Adolescents with Substance Use Disorders - Tratamiento para Adolescentes con Trastornos por Uso de Sustancias* - (CSAT 1999e).

## Envejecientes

### *Problemas de trasfondo*

Aunque las definiciones para "envejecientes" varían, por lo general se refiere a personas de 60 años de edad o mayores. Se estima que hasta el 17 por ciento de los envejecientes tiene problemas con el alcohol o con fármacos recetados. Los hombres tienen mayor probabilidad de abusar del alcohol que las mujeres (Atkinson et al. 1990); Bucholz et al. 1995; Myers et al. 1984); por lo general el problema de bebida de las mujeres se inicia más tarde que el de los hombres (Gomberg 1995; Hurt et al. 1988; Moos et al. 1991). El abuso de sustancias puede conducir al aislamiento social y a la soledad tanto en hombres como mujeres, a la disminución de la autoestima, conflicto familiar, pérdida sensorial, deterioro cognitivo, reducción de destrezas para enfrentar problemas, estrechez económica y a la necesidad de mudarse de su hogar a un entorno más supervisado (CSAT 1998d).

Hay dos patrones de abuso de sustancias entre envejecientes. El primero incluye a las personas para quienes el abuso de drogas o alcohol ha sido un patrón crónico de toda una vida que conduce a un deterioro significativo cuando envejecen. El segundo incluye a envejecientes que han comenzado a abusar del alcohol o las drogas recientemente, como respuesta a problemas de transición en sus vidas, como la pérdida del cónyuge. Debido a una tolerancia menor al alcohol y a la reducción de la cantidad de agua en el cuerpo (asociada con la edad) para diluir el alcohol (Dufour y Fuller 1995; Kalant 1998), el consumo de alcohol que en la mediana edad se consideraba moderado y no problemático, puede causar intoxicación y disfunción en personas de mayor edad. Por lo general el tratamiento es más efectivo y la prognosis más optimista en personas que han adquirido un trastorno por uso de sustancias más tarde en la vida.

El diagnóstico puede ser difícil en este grupo de edad (y un diagnóstico errado es más probable) debido a que es fácil confundir los síntomas con trastornos del cerebro relacionados con la edad o con la interacción de los efectos orgánicos de medicamentos recetados. La depresión y las fracturas por caídas pueden atribuirse erróneamente al proceso natural de envejecimiento. Los miembros de la familia pueden ocultar el abuso de sustancias del envejeciente. Una persona retirada no tendrá problemas relacionados con el abuso de sustancias en su trabajo y con frecuencia el comportamiento de las personas que viven solas pasará desapercibido. Es más, aunque los envejecientes con frecuencia tienen muchos contactos con el sistema de cuidado de la salud, no se les evalúa de forma rutinaria para abuso de sustancias (CSAT 1998d).

El discrimen por edad también contribuye a la subdetección del abuso de sustancias y los trastornos mentales (por ejemplo, depresión) en los envejecientes. Un estudio descubrió que las diferencias en expectativas entre las personas jóvenes y las de mayor edad, contribuyeron a minimizar los problemas de los envejecientes. El abuso de sustancias y otros problemas se concebían como más significativos cuando los experimentaban las personas más jóvenes. (Ivey et al. 2000).

El mal uso y el abuso de fármacos recetados son mayores entre los envejecientes que para cualquier otra categoría de edad. Para algunas personas, el mal uso puede que no sea intencional, sino una consecuencia de la confusión y la cantidad de medicamentos que tienen que manejar. Algunos estudios estiman que más del 80 por ciento de las personas mayores de 65 años, toman por lo menos un fármaco recetado (Ray et al. 1993) y casi un tercio toma ocho o más fármacos recetados al día (Sheahan et al. 1989). Los envejecientes también toman una cantidad desproporcionadamente grande de medicamentos psicoactivos que alteran el ánimo (como antidepresivos, tranquilizantes e hipnóticos). Es más, suelen tomar estos medicamentos durante más tiempo que los adultos más jóvenes (Sheahan et al. 1995; Woods y Winger 1995). El costo de los medicamentos también es un factor relacionado con el cumplimiento entre los envejecientes.

### ***Aplicación a la terapia familiar***

Si bien la eficacia de la terapia familiar en el tratamiento de envejecientes no se ha examinado extensamente, algunas indicaciones sugieren que es un método efectivo para atraer a los envejecientes que viven solos al contexto familiar y reducir sus sentimientos de aislamiento. Aunque los lazos familiares pueden ser beneficiosos en cualquier etapa de la vida, algunos envejecientes pueden considerar que la intrusión de sus hijos adultos en sus vidas puede

amenazar su independencia (Sluzki 2000). El terapeuta tiene que respetar la autonomía y privacidad del envejeciente y obtener permiso específico para comunicarse con los miembros de la familia del cliente y hablarles sobre problemas de abuso de sustancias. El terapeuta también debe estar consciente de que los hijos adultos pueden tener sus propios problemas de abuso de sustancias y evaluarlos cuidadosamente.

Los terapeutas tienen que ser sensibles a la posibilidad de maltrato de envejecientes, algo generalizado, aunque con frecuencia se pasa por alto. En algunos estados, los profesionales de ayuda están obligados a informar sobre el maltrato de envejecientes. Esos informes de maltrato físico, psicológico, financiero o emocional o negligencia, han aumentado de forma dramática durante los últimos 15 años; sin embargo, sólo una fracción de los casos se informa. Aunque la percepción general es que el maltrato de envejecientes es un fenómeno de los hogares de cuidado, la realidad es que son los miembros de la familia quienes con mayor frecuencia maltratan a los envejecientes (Brandl y Horan 2002).

Aún cuando el maltrato no sea un factor, por lo general se infantiliza y trivializa a los envejecientes dentro de la familia. Así mismo, los terapeutas familiares deben estar conscientes de su propia tendencia a infantilizar a los envejecientes (Sluzki 2000). Evite enmarcar el problema de abuso de sustancias en términos peyorativos como *beber en exceso* o *bebedor problemático*. Un sistema de clasificación menos estigmatizador sería referirse a la persona como *bajo riesgo*. Vincular el uso arriesgado a condiciones médicas existentes o potenciales también enmarca el problema en un contexto médico y lo identifica como una amenaza a la salud.

El terapeuta familiar que trabaja con envejecientes también puede encontrar útil visitar el hogar con frecuencia. Es importante respetar a los clientes y sus experiencias de vida. Los envejecientes, en particular los que se sienten aislados, pueden necesitar contar su historia (por ejemplo, crecer durante la Gran Depresión) y el terapeuta necesita escucharlo con atención. Relatar historias es importante y una conducta apropiada desde el punto de vista de su desarrollo.

Otros acomodos útiles para muchos clientes envejecientes incluyen:

- Involucrar al médico y/o enfermero del envejeciente.
- Reconocer y atender barreras para el tratamiento, como discriminación por edad, falta de percepción, comorbilidad de trastornos físicos o mentales, problemas de transportación, limitaciones de tiempo del cliente, falta de conocimientos por parte del personal y estrechez económica.
- Atender problemas de pérdida, dolor, muerte y proceso de muerte.
- Atender problemas concomitantes del abuso de sustancias incluyendo el tabaco.
- Usar acercamientos de apoyo no confrontacionales. Con algunos envejecientes las entrevistas motivadoras son apropiadas.
- Reconocer las expectativas culturales de uso para entender mejor las percepciones del cliente envejeciente sobre su propio uso.

Para más información sobre el tratamiento de abuso de sustancias y los envejecientes refiérase al TIP 26, *Substance Abuse Among Older Adults - Abuso de Sustancias entre los Envejecientes* - (CSAT 1998d).

## Mujeres

### *Problemas de trasfondo*

Según los datos de la Encuesta Nacional sobre Abuso de Drogas (*National Household Survey on Drug Abuse* [OAS, 2003a]), el 6.4 por ciento de las mujeres norteamericanas informó haber usado una droga ilícita durante el mes anterior a la encuesta, mientras que 9.9 por ciento de las mujeres informó borracheras ocasionales durante ese mismo período. En 2002, los hombres continuaron informando tasas más altas de uso de drogas ilícitas que las mujeres, 10.3 por ciento para los hombres comparado con 6.4 por ciento para las mujeres (OAS, 2003a).

A pesar del número significativo de mujeres que abusa de sustancias, el tratamiento y la investigación de abuso de sustancias se ha fundamentado históricamente en las necesidades y experiencias de hombres blancos de edad media con problemas de alcoholismo. Los estudios recientes sugieren que las causas, las consecuencias y los costos del abuso de sustancias, son diferentes en muchos aspectos entre mujeres y hombres. Por ejemplo, el inicio del abuso de sustancias en las mujeres probablemente esté atado a eventos específicos, como un divorcio o la muerte de un ser querido. Las mujeres también tienden a buscar tratamiento más tarde que los hombres y continúan encontrando muchas barreras al tratamiento basadas en género (Bradley y Randall 1999; Chaney y White 1992). Es más, además de los riesgos que comparten con los hombres (por ejemplo, hepatitis, infección por VIH, desnutrición, desempleo, actos criminales y arrestos) se ha encontrado que las mujeres desarrollan más problemas severos relacionados con el alcohol a pesar de consumir cantidades menores. El abuso sexual, físico o emocional de las mujeres, puede aumentar su riesgo de abuso de sustancias (Covington 2002).

En algunos aspectos, la carga psicológica del abuso de sustancias para las mujeres probablemente sea mayor que para los hombres. Una de las diferencias psicosociales más importantes entre hombres y mujeres que abusan de sustancias es el estigma. Para los hombres, especialmente en ciertas culturas, beber alcohol es parte de la condición masculina. Con frecuencia, al referirnos a mujeres con trastornos por uso de sustancias lo hacemos en términos derogatorios y cargados sexualmente. Una madre con un problema por abuso de sustancias, rápidamente se considera una madre no apta y puede enfrentar la pérdida de sus hijos. Aunque 9 de cada 10 mujeres permanecen con sus compañeros masculinos que abusan de sustancias, es más probable que los hombres abandonen una relación cuando la mujer abusa de sustancias (Hudak et al. 1999).

Un tema recurrente en las vidas de mujeres con trastornos por uso de sustancias, es la ausencia de relaciones saludables (Covington 2002). Brown et al. (1995) encontraron que las mujeres que bebían no solían contar con apoyo social, en particular de su pareja, y con frecuencia sus familias se oponían a que buscaran tratamiento. Para más información refiérase al TIP por salir *Substance Abuse Treatment and Trauma* - Tratamiento para Abuso de Sustancias y Traumas (CSAT en desarrollo ) y al TIP 36, Tratamiento de Abuso de Sustancias para Personas con Historial de Abuso y Negligencia en la Niñez (CSAT 2000b).

Una distinción importante el abuso entre sustancias de mujeres tiene que ver con su rol tradicional como proveedoras de cuidado de menores. Aún antes de que nazca el niño, la mujer que abusa de drogas ilícitas y alcohol experimenta una serie de problemas ginecológicos que pueden dificultar el control de la natalidad y la detección de embarazo, lo que aumenta la probabilidad de infertilidad y embarazos y nacimientos problemáticos. Muchos estudios de uso de sustancias y embarazo han identificado problemas como parto prematuro, asfisia

intrauterina y hemorragia, ya sea con alcohol, cocaína, opioides, marihuana o nicotina (Brady y Randall 1999; Bry 1983).

Un sinnúmero de otros males puede afectar a los niños de madres que abusan de sustancias, incluyendo mayor riesgo de depresión, ansiedad y trastornos de conducta (Brady y Randall 1999; Merikangas y Dierker 1998), tasas más altas de ideación suicida de por vida (Pfeffer et al. 1998) y períodos más frecuentes viviendo sin la familia nuclear durante la niñez (Goldberg et al. 1996). El maltrato y la negligencia infantil se suelen asociar también con el abuso de sustancias y alcohol por mujeres (Bijur et al. 1992; Casado-Flores et al. 1990; Famularo et al. 1986, 1992; Murphy et al. 1991).

Bays (1990) sugiere una serie de factores asociados con el abuso de sustancia que pone a los padres que abusan de sustancias bajo un riesgo mayor de maltratar o abandonar a sus hijos. Estos incluyen el desvío de recursos familiares para satisfacer las necesidades de los niños, a cambio de financiar el abuso de sustancias, actividad criminal para apoyar el trastorno por uso de sustancias, enfermedades mentales y físicas, destrezas pobres en la crianza de menores, efectos secundarios de las drogas y violencia familiar. Los efectos de la exposición prenatal a las drogas también pueden producir características en los niños que interfieren con el apego y los hacen más propensos a ser maltratados (Cook et al. 1990) y a desarrollar problemas de abuso de sustancias posteriormente en su vida (Merikangas y Dierker 1998; Muetzell 1995; Su et al. 1997). Para más información sobre los problemas de las mujeres en el tratamiento para abuso de sustancias, refiérase al TIP por venir *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women* (CSAT en desarrollo e).

## Aplicación a la terapia familiar

La terapia familiar para mujeres con trastornos por abuso de sustancias, es apropiada excepto cuando hay abuso conyugal concurrente. La seguridad debe ser la consideración primordial siempre. Esto podría significar la participación del cónyuge abusador en un tratamiento para el control de impulsos o en un programa de agresores antes de que comience la terapia familiar o de parejas para atender el problema de abuso de sustancias de la mujer. Esta decisión debe tomarse luego de consultar con el personal profesional que supervisa el tratamiento del cónyuge abusador. Mientras se ofrece tratamiento al cónyuge abusador, tal vez sea conveniente que el cliente victimizado participe en terapia individual u otro tipo de terapia grupal enfocado en su experiencia con el abuso.

Un tema recurrente en las vidas de mujeres con trastornos por uso de sustancias, es la ausencia de relaciones saludables.

Covington (2002) señala que el tratamiento para abuso de sustancias es más efectivo para mujeres cuando atiende sus necesidades específicas y entiende sus realidades diarias. Finkelstein (1994) también recalca la necesidad de un acercamiento holístico para lograr resultados exitosos. Ella señala que se necesitan cambios profundos en muchas áreas de la vida de las mujeres, incluyendo empleo, vivienda, cuidado de la salud, cuidado de menores, servicios a menores, apoyo familiar, derechos legales y división de trabajo dentro de la familia. Para que la terapia familiar responda a las necesidades de la mujer, debe abordar todos estos aspectos. Amaro y Hardy-Fanta (1995), Covington (2002) y Finkelstein (1996) entre otros investigadores y clínicos que trabajan con mujeres, también hacen hincapié en la importancia

de las relaciones en la vida de las mujeres y la necesidad de un modelo que satisfaga estas necesidades. La terapia familiar, con su enfoque en la unidad familiar y las relaciones familiares, puede ayudar a atender claramente estas necesidades y a que las mujeres mejoren sus relaciones.

Algunos asuntos de tratamiento pertinentes para las mujeres incluyen, vergüenza, estigma, trauma y control de sus vidas. Las mujeres tienden a ocultar sus problemas de abuso de alcohol y sustancias debido a la vergüenza asociada con estos problemas. Es importante que las mujeres sientan que se les trata con respeto y dignidad durante el tratamiento (Covington 2002; Hudak et al. 1999). Debido a las tasas altas de victimización de las mujeres, para que la terapia sea exitosa, es sumamente importante que el terapeuta atienda el trauma sufrido por la mujer. La recuperación del abuso de sustancias y la recuperación del trauma, deben ocurrir simultáneamente y se debe garantizar su seguridad durante la terapia (Covington 2002). Otros asuntos relacionados son el control femenino en áreas como sexo, dinero, comida y religión. Algunos problemas de control para mujeres son internos y se manifiestan en conducta autolesiva como trastornos alimentarios y auto-mutilación.

Las mujeres que han perdido la custodia de sus hijos podrían necesitar ayuda para recobrarla una vez logren una recuperación estable. De hecho, trabajar para recuperar a sus hijos puede ser un motivador fuerte de tratamiento para la mujer. Por último, el cuidado de menores es uno de los acomodos más importantes que requieren las mujeres en tratamiento. Se debe permitir que los niños asistan a las sesiones terapéuticas o, cuando su asistencia no sea apropiada, se les debe colocar en cuidado de menores apropiado.

## Raza y etnicidad

Aunque existen mucha investigación sobre la terapia familiar y la cultura y la etnicidad, muy poca de la investigación se ha concentrado en la influencia de la cultura y la etnicidad sobre los procesos familiares y clínicos claves (Santiesteban et al. 2002). Se necesitan investigaciones rigurosas para explorar el intercambio dinámico entre "etnicidad, funcionamiento familiar e intervención familiar" (Santiesteban et al. 2002, p. 331).

Un requisito importante es trascender las etiquetas étnicas y considerar una serie de factores - valores, creencias y conductas - que se asocian con la identidad étnica. Una de las principales experiencias vivenciales que deben considerarse al tratar a familias afectadas por el abuso de sustancias, es el reto complejo de determinar cómo la asimilación cultural y la identidad étnica influyen en el proceso de tratamiento. Otros elementos influyentes incluyen los efectos de la inmigración en la vida familiar y las circunstancias que motivaron la migración (la migración por hambruna es un proceso mucho más estresante que la migración voluntaria en busca de una vida mejor) y la condición sociopolítica característica étnicamente de la familia, en particular cómo juzga la cultura anfitriona a las personas de la etnicidad de la familia. (Santiesteban et al. 2002).

Debe tenerse mucho cuidado al generalizar sobre las barreras al tratamiento para hombres y mujeres de diferente raza y trasfondo étnico. Sin embargo, se han investigado algunas barreras al tratamiento, particularmente entre afro americanos e hispanos/latinos. Estas incluyen reconocer el problema o entender la severidad del problema (por ejemplo, la creencia de que el uso de alcohol de la persona no es un problema, o no es un problema severo y que las personas afectadas pueden manejar el problema por sí mismas), los costos asociados con obtener tratamiento así como las dudas de la eficacia del tratamiento (Kline 1996). Otras barreras al tratamiento para estos grupos, incluyen percepciones incorrectas del costo y la

disponibilidad del tratamiento (en particular para quienes no tienen seguro), necesidad cultural de mantener la dignidad, concepciones negativas del tratamiento (como la severidad de los programas residenciales) y problemas estructurales (como tratamiento insuficiente para personas sin seguro o con seguro inadecuado, facilidades de desintoxicación inadecuadas y complicaciones burocráticas) (Kline 1996). Para más información sobre competencia cultural, refiérase al TIP por venir *Improving Cultural Competence in Substance Abuse Treatment* (Mejorando las Competencias Culturales en el Tratamiento para Abuso de Sustancias del “CSAT”, en desarrollo b).

## Afro americanos

### *Problemas de trasfondo*

Muchos afro americanos supieron superar el trauma desestabilizador de la esclavitud buscando apoyo en lazos afectivos, lazos de parentesco extendido y redes multi-generacionales, entre otras fortalezas (Wilkinson 1993). Los lazos de parentesco continúan proveyendo apoyo para enfrentar las dificultades de una sociedad discriminadora (Sue y Sue 1999). Paniagua (1998) señala que se recomienda la terapia familiar para las familias afro americanas y que ésta debe enfatizar específicamente en la asignación de tareas para ser completadas en el hogar, así como dramatizaciones para desarrollar la comunicación intrafamiliar.

Para trabajar efectivamente con familias afro americanas, el terapeuta familiar tiene que familiarizarse con las interacciones complejas, las fortalezas y los problemas de las familias extendidas (Boyd-Franklin 1989). Muchas familias extendidas afro americanas incorporan a varias personas relacionadas en una red que provee apoyo emocional y económico. Un sinnúmero de adultos y niños mayores ayudan en la crianza de los niños más pequeños, con frecuencia intercambiando funciones y roles familiares (Hines y Boyd-Franklin 1996). La práctica de intercambiar ayuda, o reciprocidad, es una parte esencial de la vida familiar extendida. Esta reciprocidad puede incluir cuidar al niño de otra persona a sabiendas de que el favor será reciprocado cuando sea necesario, o proveer y recibir apoyo emocional (Wright 2001). Muchas familias extendidas también aceptan miembros secundarios como primos, hermanos de los padres, parientes adultos de los padres, o nietos. En otros casos, las familias acogen a niños que no tienen relación biológica con la familia. Aproximadamente el 1.4 por ciento de los niños afro americanos vive en hogares cuyo jefe de familia no es un pariente (Censo Federal de EEUU 2001b).

### *Aplicación a la terapia familiar*

Como todo el mundo, los clientes afro americanos son sensibles a que se les trate con respeto. La información cultural debe considerarse una hipótesis y no hechos conocidos. Las técnicas que han demostrado ser efectivas con los clientes afro americanos, dejarán de serlo si el terapeuta adopta una actitud que enajena a los clientes.

Las personas de ascendencia africana son muy diferentes entre sí. Las terapias efectivas para los clientes afro americanos pueden que no sean apropiadas para los inmigrantes del Caribe o de África (véase el recuadro: “Diversidad dentro del grupo”). La conexión personal entre la familia y el terapeuta, es el elemento más importante cuando se trabaja con familias afro americanas. Sin afinidad, las técnicas de tratamiento son inútiles y la familia probablemente dará la terapia por terminada antes de tiempo. (Wright 2001).

## *Diversidad dentro del grupo: Poblaciones negras del Caribe*

Las intervenciones que se consideran apropiadas y efectivas con personas afro americanas nacidas y criadas en los Estados Unidos, puede que no sean apropiadas para otros grupos. Por ejemplo, la terapia familiar individual puede no ser efectiva con las poblaciones negras del Caribe. Dado que esta cultura valora su privacidad tan particularmente, puede que las familias no discutan sus problemas, aún entre sí (Harris-Hastick 2001). Para minimizar la incomodidad de los clientes antillanos, Harris-Hastick (2001) recomienda que se ofrezca orientación educativa sobre tratamiento, alcohol y otras drogas en sesiones individuales hasta que el cliente pueda hablar cómodamente sobre sí mismo o pueda ser asignado a grupos con otras personas del Caribe.

Las familias afro americanas también son sensibles a que se les trate de manera condescendiente, lo que Boyd-Franklin (1989) llama racismo misionero. Los terapeutas deben tener cuidado de cómo transmiten su mensaje. Los clínicos tienen que estar conscientes de no demostrar ningún prejuicio o actitud hacia sus clientes afro americanos. Para abordar este asunto de forma efectiva, los terapeutas podrían necesitar ayuda de supervisores o colegas o de adiestramiento en situaciones transculturales (Wright 2001).

Para trabajar efectivamente con familias afro americanas, el terapeuta familiar tiene que familiarizarse con las interacciones complejas, las fortalezas y los problemas de las familias extendidas.

Santiesteban et al. (1997) han encontrado que la terapia familiar individual mejora las relaciones familiares y reduce los problemas de conducta de los jóvenes afro americanos. Los afro americanos también funcionan muy bien en la terapia multifamiliar. Para muchos cristianos afro americanos, la Biblia es una antigua fuente de verdad y solaz que les ayuda a encontrar sentido a la vida (Reid 2000). Como la iglesia es central en sus vidas, se ha encontrado que un programa de recuperación relacionado con la Biblia, resulta ser efectivo para estas familias (Reid 2000).

### *Mujeres afro americanas*

En las comunidades afro americanas, las mujeres suelen caracterizarse por su fortaleza y devoción familiar (Hines y Boyd-Franklin 1996). Este rol con frecuencia es estresante y destructivo para las mujeres afro americanas con trastornos por uso de sustancias, ya que están comprometidas con un nivel de responsabilidad muy alto. Quizás por eso, exhiben un nivel sumamente alto de negación con respecto a su abuso de sustancias.

Reid (2000) mantiene que en familias afro americanas donde la madre tiene un trastorno de abuso de sustancias la familia puede reaccionar persiguiéndola debido a su incapacidad de asumir el rol de madre. Sin embargo, es más frecuente que la familia actúe para proteger la imagen de la madre, convirtiéndose en quienes la cuidan, manteniendo en secreto su abuso de

sustancias y ocupándose de sus hijos. Esta ayuda puede permitir eventualmente que la negación de la madre sea tan fuerte que considere el tratamiento como una violación de su autoestima y de sus obligaciones familiares. En este caso, la lealtad de la madre hacia su familia puede desembocar en una crisis, cuando la presión de presentar un aspecto funcional se vuelva demasiado intolerable (Reid 2000).

Debido a que el rol mítico de la supermujer afro americana impide que muchas madres busquen ayuda, la terapia tiene que atender estas expectativas. Abordar el sentimiento de vergüenza y culpa y brindar a las mujeres afro americanas permiso para reconocer sus propias necesidades, son elementos esenciales para su recuperación (Reid 2000).

### *Aspectos de crianza*

Los terapeutas suelen desaprobador la disciplina estricta que es la norma en algunas familias afro americanas. Sue y Sue (1999) advierten que los terapeutas no deberán imponer sus propias ideas y valores a estos padres y que la "disciplina física no debe concebirse solamente como una indicación de falta de cariño o negativismo" (p. 241).

En muchas familias afro americanas la mujer es jefe de familia. Las familias afro americanas funcionales con un sólo padre/madre, se caracterizan porque existe una noción clara de quién manda, hay una idea clara de los roles y las responsabilidades de cada miembro, las fronteras son claras y flexibles, el niño tiene acceso al padre/madre, los niños reciben la atención necesaria y se satisfacen sus necesidades y los madres/padres y los niños se sienten en libertad de procurar y ofrecer apego y de comunicar sus necesidades. Algunos hogares funcionales de un sólo padre/madre, cuentan con un hijo-padre que ayuda a la madre a cuidar de los otros niños, en particular cuando la madre trabaja. La existencia de un hijo-padre no tiene que ser una señal de disfunción. Estas familias funcionan apropiadamente siempre que el niño tenga acceso a actividades con sus pares y el padre/madre no abandone sus responsabilidades o sobrecargue al niño de forma inadecuada. (Boyd-Franklin (1989).

### *Otros factores*

Factores como el SIDA, la violencia y hogares disueltos, tienen un efecto profundamente negativo en la comunidad afro americana. Para contrarrestar el tratamiento para abuso de sustancias sea efectivo tiene que reafirmar y enfatizar en la adquisición de un poder que conduzca a la persona con trastorno de abuso de sustancias, a la familia y la comunidad hacia una autodeterminación mayor (Rowe y Grills 1993). El tratamiento efectivo para el abuso de sustancias y la recuperación, deben "recalcar el potencial positivo de la conducta humana basada en un sistema de valores y sentido de orden comprometido con el bienestar humano" (Rowe y Grills 1993 págs. 26-27).

Los consejeros también deben entender cómo el racismo impacta a la familia. Boyd-Franklin (1989) señala que aún las personas afroamericanas de clase media pueden experimentar una reducción en autoestima, así como ansiedad por conservar su posición. Algunas familias afroamericanas de clase media experimentan una presión particularmente intensa de mantener las apariencias (Boyd-Franklin (1989). Estas familias suelen dar un énfasis particular a la respetabilidad y avergonzar a la familia es particularmente reprehensible y dañino.

### *Hispanos/Latinos*

Existe una gran heterogeneidad demográfica y cultural en la población hispana/latina. Es más, aún dentro de un mismo subgrupo, habrá una variación sustancial basada en diferencias

regionales, sociales, económicas y de asimilación cultural. "La mayoría de los análisis han tratado a los hispanos como un solo grupo, a pesar de que los patrones tradicionales de uso de alcohol varían entre hispanos según su país de origen. Además, los estudios entre hispanos se han enfocado típicamente en los patrones de uso de alcohol de los hombres" (Caetano et al. 1998, p. 234).

Para entender los subgrupos hispanos/latinos es necesario conocer primero el historial de inmigración de la familia. Algunas personas abandonan su país de origen voluntariamente por afán de aventura o para escapar de la pobreza. Los refugiados, por otra parte, huyen de la persecución, temen por su seguridad y sienten mayor dolor e ira asociados con su inmigración. Los que provienen de países destrozados por la guerra, pueden exhibir síntomas de trastorno de estrés postraumático y otros traumas relacionados.

### ***El uso de sustancias en las comunidades hispanas/latinas***

El uso y abuso de sustancias varía entre comunidades hispanas y latinas. El nivel de asimilación cultural tiene una fuerte relación positiva con el uso de sustancias. En específico, mientras más asimilado culturalmente el individuo, mayor el uso de alcohol y otras sustancias. Cuadrado y Lieberman (1998) aseveran que los mexicano-americanos de habla inglesa, tienen ocho veces más probabilidad de usar marihuana que sus pares hispano-parlantes y entre los puertorriqueños en las mismas circunstancias la probabilidad es cinco veces mayor.

### ***El rol de la asimilación cultural en el funcionamiento familiar***

Al intentar navegar en su nuevo ambiente, muchos inmigrantes experimentan una pérdida de confianza, así como vergüenza, ira y confusión. Estas reacciones emocionales suelen ser consecuencia de la pobreza, el desempleo, el aislamiento social, el discrimen, la falta de recursos, la marginalización sociopolítica y el choque cultural (Hernández y McGoldrick 1999). Cualquiera de estos factores puede contribuir al abuso de sustancias e impactar el funcionamiento familiar.

### ***Características culturales que impactan la terapia familiar***

Tal vez el hilo común más difundido entre hispanos/latinos, es la importancia que se da a la unidad familiar, el bienestar familiar y a la familia como red de apoyo. Familiarismo o familismo son términos que se refieren a un concepto medular entre hispanos y otras culturas de minorías étnicas. Consta de tres componentes: (1) percepción de que tienen la obligación de ayudar a los miembros de la familia, (2) dependencia en el apoyo provisto por la familia y (3) uso de miembros de la familia como referentes de conducta y actitudes (Marín y Marín 1991).

Por lo general, la familia nuclear típica está inserta dentro de una familia extendida con fronteras flexibles y abiertas. Los hispanos/latinos ponen mucho énfasis en las familias extendidas y las agrupaciones (Kaufman y Borders 1988), y por lo general, hay fronteras flexibles entre miembros de la familia como primos, tíos y abuelos. "La familia suele ser un sistema extendido que incluye no sólo a personas con lazos consanguíneos y matrimoniales, sino también a compadres (padrinos) e hijos de crianza (hijos adoptados, cuya adopción no es necesariamente legal). (García-Preto 1996, p. 151).

Los miembros de la familia extendida asumen deberes y funciones paternas y proveen a los niños la atención adulta que se hace difícil obtener cuando la familia es grande (Falicov 1998). Las relaciones entre hermanos y primos son fuertes y no es extraño tener pocas amistades con pares fuera del subgrupo de hermanos. Los padrinos son prácticamente padres adicionales que

sirven de tutores o promotores de sus ahijados y que mantienen una relación estrecha con los padres naturales (Falicov 1998).

### ***Aplicación a la terapia familiar***

A pesar de la cantidad sustancial de investigaciones que documentan la subutilización de servicios por parte de las familias hispana/latinas, la terapia familiar individual puede usarse efectivamente con niños y adolescentes hispanos/latinos con problemas y sus familias. Santiesteban et al. (1997) demostraron que la terapia familiar podía ser efectiva para reducir los problemas de conducta y mejorar el funcionamiento familiar de los niños hispanos/latinos en alto riesgo de abuso de sustancias. Santiesteban et al. (1996) y Szapocznik et al. (1988) demostraron que la terapia familiar individual con estrategias especializadas de integración, podía incorporar exitosamente a familias renuentes en el tratamiento. La terapia familiar es coherente con la orientación familiar de los hispanos/latinos, quienes agradecen la integración de todos los miembros de la familia. Paniagua (1998) considera que la terapia familiar "se debe considerar como el primer acercamiento terapéutico con todos los clientes hispanos" porque encaja bien con su "visión de familismo y de familia extendida" (p. 51).

Para el terapeuta familiar no hispano, las relaciones de familia extendida pueden parecer excesivamente involucradas y enredadas. Los terapeutas tienen que entender el amplio compromiso emocional de las familias extendidas (Guiao y Esparza 1997). Toda persona relevante para la red de la familia extendida (es decir, toda persona que sea importante para el funcionamiento diario de la familia) debe participar en la sesión de terapia familiar. La terapia multifamiliar puede tener más éxito si se centra en los problemas más amplios de particular importancia para las familias hispanas/latinas que podrían estar contribuyendo a los problemas de presentación. Por ejemplo el poderoso estrés intrafamiliar, ocasionado por la asimilación cultural y la inmigración (Santiesteban et al. (2002). Sin embargo, cuando el terapeuta reúne a las familias hispanas, tiene que abordar el tema de la confidencialidad a fin de aumentar el sentido de confianza y privacidad, en particular en comunidades pequeñas.

### ***Respeto y conflicto***

El respeto que los padres hispanos/latinos exigen de sus hijos, tiene un sentido interno diferente y un conjunto de expectativas diferentes a la noción más igualitaria de "respeto" angloamericano (Falicov 1996). La medida en que los padres prefieren unas relaciones familiares jerárquicas marcadas, tiene implicaciones poderosas para las familias y para la terapia familiar. Cuando los padres consideran tener un buen funcionamiento familiar debido a unos niveles marcados de autoridad (no igualitaria), pueden percibir que cualquier tipo de desacuerdo abierto entre padres y adolescentes constituye una falta de respeto y no es aceptable.

Esta visión puede chocar con los modelos tradicionales occidentales de terapia familiar, donde se valora la aparición de un conflicto abierto con resolución y donde las emociones negativas y positivas suelen expresarse y tolerarse con mayor facilidad. Los hispanos/latinos pueden percibir las intervenciones terapéuticas como incompetentes o mal orientadas si fomentan abiertamente que los jóvenes expresen lo que piensan de verdad a sus padres. Debe tenerse cuidado de que los niños, a quienes se les exhorta a expresar abiertamente lo que sienten durante las sesiones, no violen la disciplina familiar, lo que conduciría a una terminación inmediata de la terapia (Santiesteban et al. (2002). El terapeuta debe preguntar a la familia cómo resuelven sus conflictos.

Aunque por lo general a las mujeres hispanas/latinas se las trata con mucho respeto, la sociedad hispana se preocupa más por las necesidades del grupo social como un todo que de las necesidades individuales. De manera que la mujer hispana/latina puede estar más entregada a los otros que a sí misma, un concepto que nace de las metas más individualistas de la terapia de la cultura dominante (Trepper et al. 1997).

### *Estilos de comunicación*

Debido a que el desacuerdo abierto y las exigencias de aclaración se consideran descorteses e insensibles, a veces la comunicación indirecta es preferible. El uso de la tercera persona es un método impersonal de comunicación indirecta. A veces, el énfasis de la cultura hispana/latina en el trato y las relaciones agradables puede resultar excesivo y conducir al engaño y a la mentira (Falicov 1998). Los terapeutas familiares tienen que sopesar el grado en que los patrones de comunicación representan un obstáculo.

Tal vez el hilo común más difundido entre hispanos/latinos, es la importancia que se da a la unidad familiar, el bienestar familiar y a la familia como red de apoyo.

Falicov 1998) exhorta a los terapeutas familiares a que adopten un tono de aceptación y eviten la confrontación directa y las demandas de divulgación excesiva durante el tratamiento. Los terapeutas pueden suavizar la naturaleza confrontadora de la terapia recurriendo al humor, las alusiones y los diminutivos. La divulgación se hace más fácil cuando el terapeuta familiar toma un acercamiento filosófico, que incluye relatos, anécdotas y metáforas. Otras herramientas apropiadas culturalmente incluyen analogías, proverbios, canciones populares y comentarios inesperados que transmiten un sentido de lo absurdo de la vida (Falicov 1998). No obstante, las comunicaciones directas pueden y deben usarse cuando se procura obtener un consentimiento informado o cuando existe una emergencia.

### *Estrategias de consejería*

Los terapeutas familiares deben tener un conocimiento práctico de cómo se define el abuso de sustancias en el país de origen de la familia. La cultura de muchos países, como México, es más permisiva en cuanto al uso de sustancias. La inmigración a los EEUU. y la asimilación cultural, pueden alterar las actitudes de los miembros de la familia hacia el uso de sustancias. Estos cambios tienen que abordarse debido a su impacto inmediato en las relaciones familiares.

Los hispanos/latinos serán mucho más responsivos si el terapeuta procura descifrar sus sentimientos de manera sutil e indirecta.

Los clínicos también deben explorar las experiencias migratorias, transición cultural y condición de minoría étnica de los miembros de las familias. La discusión abierta de estas experiencias permite que el terapeuta analice las historias familiares y conduce directamente a problemas que afectan el abuso de sustancias. Por ejemplo, una discusión sobre cuántos miembros logran reconciliar su cultura de origen con la cultura americana revelará niveles diferentes de asimilación cultural dentro de la familia. Los terapeutas también pueden explorar el problema

con un simple ejercicio en que los miembros de la familia asignan un valor del 1 al 10 para denotar su apego a su cultura de origen. Como es natural, en todos los casos los terapeutas deben hacer arreglos para asegurar que el idioma no constituye un impedimento para la participación de ningún miembro de la familia.

Los terapeutas que planean trabajar con familias latinas que han emigrado de México, deben familiarizarse con la sanación espiritual y con los curanderos o curanderas. Estos curanderos pueden ayudar a resolver problemas intrapsíquicos e interpersonales. El curanderismo o el arte de la sanación tradicional es una modalidad de tratamiento particular usada principalmente en las comunidades rurales latinas y del suroeste estadounidense, aunque prevalece también en áreas metropolitanas con poblaciones latinas numerosas. Los curanderos se ganan la confianza de las comunidades; la comunidad valida su "práctica." Esta modalidad contiene una mezcla de factores psicológicos, espirituales y de creencia personal. Puesto que a los curanderos se les considera personas santas, invocan las bendiciones de Dios y de los Santos sobre las personas que acuden a ellos buscando ayuda.

Otras consideraciones incluyen:

- A las familias hispanas/latinas no les resultará atractivo un acercamiento excesivamente profesional y distante. Una táctica agradable y amable tendrá resultados mucho más efectivos.
- Los hispanos/latinos serán mucho más responsivos si el terapeuta procura descifrar sus sentimientos de manera sutil e indirecta. Exhortar a los clientes a que se expresen de manera firme y directa puede inhibir su participación (Paniagua 1998).
- El establecimiento de contratos conductuales puede ser un acercamiento demasiado orientado a tareas para este grupo poblacional. Es posible que los clientes tampoco acepten que se programen sesiones para resolver problemas íntimos. Falicov (1998) recomienda que las asignaciones para trabajar en el hogar sean condicionales por que se consideran más colaboradoras, menos presuntuosas y más a tono con la afinidad cultural a la espontaneidad.
- Hernández (2000) recomienda que los terapeutas familiares adopten una perspectiva más amplia que el simple modelo de enfermedad para incorporar el impacto de un ambiente social tóxico y los efectos de la opresión como factores contribuyentes a la dependencia en sustancias. Sin restar a las personas con trastornos por abuso de sustancias responsabilidad por sus actos, este acercamiento ayuda a enmarcar el abuso de sustancias como un problema comunal y a motivar a los miembros de la familia a averiguar más sobre los efectos de la opresión.
- El uso de preceptos espirituales fundamentales puede inspirar esperanza y paciencia. Sobrellevar el sufrimiento, practicar el perdón y la importancia del arrepentimiento, pueden ser valores fértiles para usar cuando trabaje con familias con problemas de abuso de sustancias. Esta estrategia debe usarse solamente cuando armonice con las ideas espirituales la familia individual o de un miembro de la familia (Hernández 2000).

## Americanos de descendencia asiática

## ***Problemas de trasfondo***

Los asiáticos son diferentes culturalmente y con una gran variedad de idiomas, historia, religión y valores. Se debe tener sumo cuidado al tratar cualquiera de estos grupos como un todo homogéneo.

Los asiáticos constan de más de 45 subgrupos diferentes (Barnes y Bennett 2002; Grieco 2001) y hablan más de 60 idiomas (New York State Education Department 1997). Las tremendas diferencias culturales entre estos grupos dificultan las generalizaciones. Esta complejidad aumenta debido a variables claves como las causas de la migración, el grado de asimilación cultural, la facilidad para hablar inglés, la composición familiar y hasta qué punto permanecen la educación y el apego a su religión. A pesar de esta diversidad, los inmigrantes y refugiados asiáticos comparten muchas características que incluyen:

- Respeto a la autoridad
- Inhibición emocional
- Apego a roles establecidos
- Familias jerárquicas
- Roles particulares al género
- Participación familiar extendida (Sue y Sue 1999)

## ***Estructura de la familia asiática***

La devoción filial es sumamente valorada en las culturas asiáticas (Fang y Wark 1998; Herrick y Brown 1998). Sin embargo, "la devoción filial puede ser una fuente de mucha ansiedad cuando las obligaciones familiares están en conflicto con los intereses individuales" (Fang y Wark 1998, p. 67). En las familias asiáticas, las mujeres suelen tener menos destrezas para la toma de decisiones que las mujeres occidentales. Las familias son de corte patriarcal y el hijo mayor asume los poderes de toma de decisiones cuando los padres envejecen. Se considera que los ancianos son sabios y, como tal, son reverenciados (Herrick y Brown 1998). Sin embargo, mientras más asimilada culturalmente esté la familia asiático-americana, más occidentales pueden tornarse las relaciones intrafamiliares (Fang y Wark 1998).

## ***Tasas de abuso de sustancias en comunidades asiáticas***

El abuso de sustancias en comunidades asiáticas individuales ha recibido una atención escasa ya que la mayoría de los estudios colocan a las personas de ascendencia asiática en una sola categoría étnica, en lugar de colocarlas en grupos étnicos separados (Uehara et al. 1994) o clasifican a los asiáticos como "otros."

Como es el caso con la mayoría de las comunidades de inmigrantes, los asiáticos de segunda y tercera generación nacidos en los Estados Unidos, corren mayor riesgo de comenzar a usar sustancias (Mercado 2000). A medida que se asimilan culturalmente, sus patrones de conducta se asemejan más a los de los europeo-americanos. Esta asimilación cultural puede conducir a conflictos intergeneracionales, lo que estimula el abuso de sustancias del miembro asimilado a fin de aliviar el conflicto. (Bhattacharya 1998; Makimoto 1998).

## ***Aplicación a la terapia familiar***

La imagen contemporánea de los asiático-americanos es la de una minoría exitosa con poca o ninguna experiencia con la sociedad americana. Mercado (2000) señala que este mito de la "minoría modelo," de valores culturales asiático-americanos y de la subutilización típica de los servicios de salud mental, ha influenciado a los terapeutas de abuso de sustancias y los ha llevado a creer que las familias asiático-americanas son más saludables psicológicamente y menos necesidades que otros grupos étnicos. El mito de la minoría modelo también evita que

las comunidades asiático-americanas reciban ayuda financiera adecuada y aumenta su aislamiento de otros grupos minoritarios. Si superamos este mito podemos ayudar a los terapeutas familiares a entender mejor la experiencia asiática en América.

Los asiáticos pueden estar renuentes a admitir que tienen un trastorno por abuso de sustancias, pues consideran que hacerlo es una imposición y puede avergonzar a la familia. Los miembros de la familia no se sienten inclinados a confrontar a las personas con trastornos por uso de sustancias y prefieren minimizar, negar, rechazar o hasta excluir al ofensor (Chang 2000). Inevitablemente, el resultado es un ciclo de facilitación que perpetúa el proceso adictivo y conduce a etapas avanzadas antes de que se haga notable (Chang 2000). Desafortunadamente, para muchos asiático-americanos con trastorno por uso de sustancias, éste es el momento en que suele empezar el tratamiento. La oportunidad para la PI de "salvar las apariencias" es un elemento crítico para lograr que la terapia sea una parte aceptable de la recuperación.

Debido a que las culturas asiáticas están centradas en la familia tan intensamente, la responsabilidad de cumplir con las obligaciones filiales tal vez sea la preocupación principal de la mayoría de los asiáticos (Herrick y Brown 1998). Dada la importancia central de la familia en las culturas asiáticas, es crítico evaluar el rol que tiene la familia cuando se provee tratamiento a asiático-americanos con trastornos por uso de sustancias. La influencia psicológica de la familia, en particular de los miembros ancianos, es considerable aún cuando algunos miembros claves estén ausentes debido a una pérdida, no haber inmigrado o por aislamiento emocional (Chang 2000). Es menos probable que la terapia familiar con asiático-americanos incluya a los ancianos. La razón principal para esta ausencia, según los miembros más jóvenes, es que quieren evitarles preocupaciones a los ancianos.

Es muy importante trabajar con delicadeza y tacto con los ancianos. Cuando se traten problemas sin resolver entre generaciones mayores, los terapeutas deben demostrar respeto y verdadera empatía y, sobre todo, evitar avergonzar a los miembros de mayor edad de la familia. Con frecuencia los familiares, en particular la persona con el problema de uso de sustancias, procurarán proteger a los miembros de mayor edad y evitarán avergonzarlos. Los terapeutas familiares deberán saber que no pueden tratar de explorar áreas sensitivas precipitadamente. Un método es unirse a la familia en un contexto amplio —compartir su incidente traumático principal— sin pedir detalles vergonzosos o amenazantes (Chang 2000).

Hay opiniones encontradas en cuanto a si la terapia familiar es un vehículo apropiado de consejería para asiático-americanos con trastornos por uso de sustancias. Paniagua (1998) señala que la terapia familiar es efectiva porque la familia es más importante que el individuo en las familias asiáticas y el concepto de ocultar información a los familiares es ajeno a muchos asiáticos. May Lai (2001) exhorta a los terapeutas a que trabajen con la familia del cliente, pero usando la consejería individual en lugar de la terapia familiar. Los debates en cuanto a la eficacia de involucrar a las familias asiáticas en el tratamiento para abuso de sustancias, suelen girar en torno al supuesto grado de destrezas del terapeuta y no en torno a la importancia fundamental de la relación del cliente con su familia. Claramente, la consejería de familias asiático-americanas requiere destrezas, delicadeza y conocimiento de los factores culturales.

### *Problemas de asimilación cultural*

Como ocurre comúnmente con los inmigrantes, las familias asiático-americanas muestran diversos niveles de asimilación cultural en la familia nuclear y extendida. El proceso de

asimilación cultural varía entre los grupos asiáticos, dependiendo de sus razones para inmigrar (por ejemplo, por razones políticas o económicas) (Inouye 1999). La asimilación cultural coloca los valores y las costumbres tradicionales fuera de contexto (Chang 2000). La consecuencia es un aislamiento mayor, pérdida de apoyo social y una sensación de enajenamiento de la cultura dominante. Los inmigrantes asiáticos pueden estar psicológicamente mal ajustados, a pesar de la percepción de que son parte de una "minoría modelo" (May Lai 2001). La pérdida de la familia y del concepto tradicional de familia, implica una mayor pérdida de identidad y de su lugar en el mundo.

La presencia de la familia ayudará al terapeuta familiar a determinar en qué medida el individuo y la familia continúan apegados a los valores tradicionales y le permitirá evaluar los conflictos familiares causados por los patrones diferentes de asimilación cultural entre los miembros de la familia. Un avalúo efectivo pre-tratamiento, que incluya preguntas claves de asimilación cultural, también deberá incluir la unidad psicológica más significativa de los asiático-americanos: la familia (refiérase por ejemplo a Huff y Kline 1999).

Entre los factores atribuibles a la asimilación cultural que ocasionan conflictos en las familias asiáticas, podemos señalar una importancia destacada de las mujeres, los niños que no muestran la misma deferencia hacia sus mayores y la pérdida de la preeminencia de los mayores como responsables de conservar las tradiciones. Además, la distancia emocional tradicional que guardan los padres de la familia asiática, puede resultar negativa en los Estados Unidos, donde los sistemas familiares experimentan demandas diferentes.

### *Estilos de comunicación*

La terapia al estilo occidental con frecuencia requiere una discusión franca y abierta de sentimientos y problemas para que sea efectiva. Para los asiáticos un enfoque directo podría resultar confrontador e ignora descortésmente la obligación de salvar las apariencias. De otra parte, un acercamiento indirecto permite la transmisión significado sin retar ni insultar al otro. Para lograr esto, los idiomas asiáticos suelen ser más metafóricos, mientras que el inglés suelen tener un significado más preciso (Chang 2000).

Es más, la cultura asiática da mucha importancia a "salvar las apariencias". Una familia que procura evitar la vergüenza de un miembro con trastorno por uso de sustancias, podría percibir a esa persona como un riesgo para la estructura familiar. Discutir un asunto así durante la terapia con una persona ajena a la familia (no importa cuán profesional sea) puede interpretarse como una señal de debilidad para muchas familias asiáticas (Lee 1996, Paniagua 1998).

Los asiáticos, no acostumbran, y consideran culturalmente inaceptable, discutir sus sentimientos. Es sumamente confrontador procurar una discusión pública de problemas personales antes de que se haya establecido un grado de confianza (Sue y Sue 1999). Los modelos de intervención que enfatizan el intercambio directo y explícito entre miembros de la familia o entre el cliente y el terapeuta, puede que no sean efectivos y resulten dañinos (Chang 2000). Por ejemplo, la terapia tradicional para abuso de sustancias con frecuencia suele enseñar a las familias la destriangulación, retándose uno a otro directamente (Mercado 2000). Los asiático-americanos conciben este tipo de conducta como irrespetuosa, en particular cuando se incluyen miembros de varias generaciones.

Debido a que las familias asiáticas tradicionales están fundadas en una estructura jerárquica, negocian sus diferencias usando la mediación. Esta jerarquía requiere que el consejero funcione como negociador y que siga la estructura familiar al hacerlo (Sue y Sue 1999). El

terapeuta debe dirigirse primeramente al padre, por ser jefe de la familia, para obtener su opinión sobre el problema familiar.

Es importante que los terapeutas se enfoquen más específicamente en los aspectos específicos al trabajar con familias asiáticas. Es más efectivo enfocarse en los problemas y las metas que en discutir sentimientos (Paniagua 1998).

### *Compromiso*

Los intentos de recalcar la influencia de la dinámica familiar como un elemento clave contribuyente del abuso de sustancias de un miembro de la familia, pueden recibirse con desaprobación y con la terminación de la terapia posiblemente. Kim (1985) recomienda un acercamiento que permita seguir el ritmo de las expectativas y limitaciones culturales de la familia en relación con la psicoterapia tradicional occidental, en un esfuerzo para mantener el compromiso de la familia.

Dada la importancia central de la familia en las culturas asiáticas, es crítico evaluar el rol que tiene la familia cuando se provee tratamiento a asiático-americanos con trastornos por uso de sustancias.

El primer paso es establecer que el *padecimiento* del PI es el problema y, por implicación, no es el cliente como tal. Quejarse de padecimientos físicos es un medio aceptable para comunicar estrés psicológico. En lugar de discutir la ansiedad y la depresión, los asiáticos pueden quejarse de dolor de cabeza, fatiga, inquietud o trastornos del sueño y del apetito (Sue 1997; Toarmino y Chun 1997). Tomar la presión arterial del paciente, prescribir vitaminas y dar consejos sobre padecimientos físicos leves aumentará la confianza del paciente asiático en el tratamiento (May Lai 2001). Sue y Sue (1999) también recomiendan reconocer y tratar los problemas físicos antes de pasar a los posibles factores emocionales. Por ejemplo, resulta más aceptable culturalmente para los clientes asiático-americanos, que el terapeuta se concentre en los síntomas físicos de la persona con un trastorno por uso de sustancias (como encima hepática alta) en lugar de en el abuso de sustancias. Además, los terapeutas deben respetar la necesidad del cliente de usar tratamientos de salud pertinentes culturalmente, como la acupuntura y las hierbas medicinales.

La consejería de familias asiático-americanas requiere destrezas, delicadeza y conocimiento de los factores culturales.

El segundo paso en el proceso del compromiso, es reconocer y fortalecer los deseos de la familia de ayudar al miembro de la familia a cambiar su conducta. Con clientes asiáticos con trastornos por uso de sustancias, la planificación del tratamiento debe tomar en cuenta el rol de la familia lo antes posible. Aunque la inclusión de la familia complica la tarea del terapeuta, su importancia integral no puede recalcar lo suficiente. Es sumamente importante evaluar el abuso de sustancias de la persona con respecto al nivel de funcionamiento de la familia (Chang 2000). Dado el imperativo cultural de mostrar deferencia hacia las figuras de autoridad, las familias asiáticas pueden parecer particularmente dóciles durante el tratamiento.

El tercer paso es que los terapeutas enfatizan que la contribución de cada uno de los miembros de la familia es de vital importancia para ayudar al paciente, y que si no participan todos los miembros, el problema persistirá o empeorará, exacerbando aún más los problemas familiares.

A continuación se indican otras consideraciones al integrar a las familias asiáticas:

- Los terapeutas familiares deben tener cuidado de no tocar áreas prohibidas con la terapia como roles de género o límites entre generaciones. La primera cita debe ser con el miembro de la familia que toma decisiones, probablemente el padre (Lee 1996).
- Los clientes asiáticos reaccionan mejor a expertos con credibilidad que proveen sugerencias específicas para aliviar la angustia (Lee 1996).
- La sensibilidad a la privacidad del cliente es igual de importante en un nivel macro. Puesto que varios clientes asiático-americanos pueden vivir dentro de una misma comunidad muy unida, los terapeutas deben asegurarles en cuanto a la confidencialidad y evitar compartir información de un cliente con otro cliente (May Lai 2001).
- Los terapeutas familiares no deben suponer que las sesiones de terapia avanzarán con regularidad. Los consejeros deben optar entre aprovechar al máximo las primeras sesiones o las sesiones iniciales, y entre programar sesiones regulares continuas. Muchos asiáticos no están familiarizados con los modelos de tratamiento occidentales y adoptarán un acercamiento terapéutico menos frecuente y orientado a crisis (Lee 1996).
- Los clientes pueden sentirse despreciados si el terapeuta dedica poco tiempo a la familia sin proveer una explicación completa de su plan de tratamiento.
- Lee (1996) recomienda que el terapeuta proceda bajo el supuesto de que la primera sesión con la familia completa probablemente sea la última y provea más de una hora a recopilar la historia familiar e información importante.
- Aprovechar la buena disposición de la familia y programar una visita de seguimiento para poco tiempo después (antes de una semana) puede ser efectivo para fortalecer la relación terapéutica en desarrollo.

De por sí, el simple hecho de comprometer a la familia de un cliente asiático con trastorno por uso de sustancias en la terapia, tiene el efecto de aliviar la profunda vergüenza del PI (Chang 2000). Para el terapeuta, el reto consiste en facilitar con éxito el compromiso de los miembros de la familia del paciente, mientras exige que mejoren sus métodos de interrelación.

## **Indios americanos**

### **Problemas de trasfondo**

Hay 2.5 millones de indios americanos en los Estados Unidos y otros 1.6 millones que informan ser una mezcla de indio americano y otra raza (Ogunwole 2002). Los indios americanos y los nativos de Alaska son un grupo excepcionalmente heterogéneo. El gobierno federal reconoce 562 tribus en los Estados Unidos (*Indian Entities Recognized* 2002) y cada una tiene su propia cultura.

Para muchos indios americanos, la espiritualidad es una forma de vida en lugar de un aspecto la vida. Los indios americanos distinguen entre espiritualidad y religión. Sin embargo, debido a que los misionarios cristianos llevan muchos años trabajando en comunidades indígenas americanas, también se observa mucha mezcla de creencia espiritual y religión moderna

(Coyhis 2000). La mezcla de espiritualidad y religión permite que los indios americanos recurran a ambas fuentes en su esfuerzo por recuperarse (Coyhis 2000).

Es difícil discutir valores específicos debido a la diversidad abrumadora entre los indios americanos. Sue y Sue (1999) ofrecen una descripción generalizada de los valores de los indios americanos:

- *Compartir*. El honor y respeto se consiguen al compartir y dar. Cuando acumulan suficiente dinero, algunos indios americanos pueden dejar de trabajar para dedicar tiempo y energía a actividades ceremoniales. Rehusar compartir bebidas o sustancias con otro miembro de la misma tribu puede considerarse un insulto.
- *Cooperación*. Muchos indios americanos valoran la tribu y la familia más que al individuo. En lugar de acudir a una cita, algunos pueden ayudar a un miembro de la familia necesitado de ayuda. En un ambiente de consejería, aunque pueden estar de acuerdo con el consejero, con frecuencia no seguirán las sugerencias.
- *No interferencia*. Por lo general, a los indios americanos no les gusta interferir con otros y prefieren observar a reaccionar impulsivamente. Respetan los derechos de los demás. Con frecuencia se consideran permisivos en la crianza de niños.
- *Orientación temporal*. Los indios americanos con frecuencia están orientados al presente. La puntualidad y planificación del futuro podrían no enfatizarse. Las tareas se completan siguiendo un orden racional y no fechas límite.
- *Orientación en la familia extendida*. Las interrelaciones familiares son importantes y hay un fuerte respeto por los ancianos y su sabiduría y conocimientos.
- *Armonía con la naturaleza*. Más que intentar controlar el medioambiente, muchos indios americanos aceptan las cosas como son (Sue y Sue 1999).

### **Patrones de abuso de sustancias**

Los indios americanos y los nativos de Alaska, informan un mayor uso de drogas ilícitas y un número mayor de borracheras ocasionales e incidentes de beber en exceso que cualquier otro grupo étnico (OAS 2002d). Durante el periodo de 1994-1999, el 70 por ciento de los hombres indio americanos y el 59 por ciento de las mujeres indio americanas que iniciaron tratamiento, lo hicieron por abuso de alcohol. La marihuana fue la sustancia ilícita responsable del mayor número de admisiones, 13 por ciento en el caso de los hombres y 11 por ciento en el de las mujeres (OAS 2002d). El Peyote y otros intoxicantes usados en las ceremonias tradicionales se continúan usando específicamente para estos fines sagrados (Weaver 2001).

Los indios americanos tienen mayor probabilidad de morir por causas relacionadas con el alcohol que la población general (Penn et al. 1995). Desde 1994 hasta 1996, la tasa de muerte por alcoholismo entre los indios americanos, fue 7 veces mayor que la de todas las razas en los Estados Unidos (Indian Health Service 2002).

### **Otros factores pertinentes**

Los indios americanos han experimentado 500 años de trauma histórico, incluyendo la perturbación intencional del proceso de familia multigeneracional, la pérdida de su tierra, su idioma, su cultura y su identidad (Duran y Duran 1995). Cuando los terapeutas familiares entiendan esta opresión histórica y validen en la terapia la disfunción que esto ha impuesto sobre los procesos multigeneracionales de los indios americanos, tal vez entonces se pueda crear una atmósfera de mayor honestidad y capacitar a las familias para que entiendan que algunas de sus dificultades provienen de fuerzas externas (Duran y Duran 1995).

Aunque muchos indios americanos no consumen alcohol ni drogas, el abuso de sustancias sigue siendo un problema enorme para esta población. Casi una tercera parte de las personas en edad fértil informan ser bebedores empedernidos, un factor principal en el desarrollo del síndrome de alcohol fetal (Sue y Sue 1999).

### *Aplicación a la terapia familiar*

Por lo general, la estructura de la familia indio-americana tradicional, se centra en todas las generaciones y miembros vivos de la familia extendida. Puesto que los niños son muy importantes para este grupo étnico, la familia extendida completa se asegura de que reciban orientación, disciplina y control (Attneave 1982). Las tareas principales del subsistema ejecutivo, son responsabilidades compartidas que se delegan en tías, tíos, abuelos y padres. El alto nivel de participación de los otros adultos, permite que los padres naturales tengan una relación más relajada y espontánea con sus hijos. Con frecuencia, los lazos emocionales entre abuelos y nietos son profundos y duraderos (Attneave 1982).

Hay numerosas diferencias tribales entre las familias indio-americanas, pero para todas ellas el fenómeno de la familia extendida de tres generaciones es la constante más fundamental e importante. Las familias pueden ser de estructura matriarcal o patriarcal. No importa las variaciones que exhiba esta organización familiar compleja, por lo general hay un hombre o mujer mayor en un rol administrativo clave (McGoldrick 1982). La intervención de terapia familiar usual, que separa las generaciones, no es necesariamente la más apropiada para este grupo étnico (McGoldrick 1982). También, debe señalarse, que debido a la naturaleza tan privada de las familias indio-americanas, la participación con múltiples familias probablemente no sea beneficiosa y se debe limitar a la educación psicossocial.

Muchas tribus no establecen diferencias entre la familia nuclear y los abuelos, tíos, tías y primos (Brucker y Perry 1998; Napoliello y Sweet 1992). Muchas tribus catalogan a los abuelos, tíos abuelos, padrastros y abuelos biológicos como abuelos (Brucker y Perry 1998). A veces, la familia incluye a los médicos tribales y a otras personas no relacionadas (Brucker y Perry 1998).

En la cultura indígena, las familias trabajan juntas para atender los problemas. El énfasis de la terapia familiar en sistemas y relaciones, tiene una armonía cultural especial con los indios americanos (Sutton y Broken Nose 1996). Sutton y Broken Nose (1996) recalcan el uso preferencial de acercamientos apropiados culturalmente y no directivos que incluyan "relatos, metáforas e intervenciones paradójicas" (p.33). Los acercamientos de redes de trabajo y ritualistas, son preferibles a las intervenciones estratégicas o breves (Sutton y Broken Nose 1996).

En ciertos casos, un miembro de la familia deberá procurar tratamiento interno para abuso de sustancias antes de que la terapia familiar pueda producir un impacto verdadero. Sin embargo, siempre es posible continuar trabajando con la familia para prepararla para el regreso de la persona al hogar, con la meta de modificar las relaciones familiares que puedan haber contribuido a mantener el problema. El trauma histórico experimentado por los indios americanos, en combinación con las consideraciones usuales de la codependencia y la facilitación, por ejemplo, hacen que la terapia para el tratamiento de abuso de sustancias sea un reto (Durán y Durán 1996).

### *Asimilación cultural*

La asimilación cultural debe determinarse individualmente, ya que los problemas, procesos y metas de los indios americanos tradicionales y los más asimilados pueden ser muy diferentes (Sue y Sue 1999). "Más del 50 por ciento de los indios americanos y los nativos de Alaska, residen en áreas metropolitanas grandes" (Hodge y Fredericks 1999, p. 279). Hay indios urbanos que tal vez nunca hayan ido a una reservación o no conozcan el idioma de su tribu. Como resultado, los indios americanos que están aislados de las reservaciones y otras áreas de vida tradicional, pueden experimentar una ruptura con los sistemas de apoyo social (Hodge y Fredericks 1999).

Sue y Sue (1999) recomiendan que los terapeutas indaguen sobre las diferencias étnicas entre la familia y los terapeutas de forma indirecta. Los terapeutas también deben explorar la estructura de valores de la familia y examinar cualquier conflicto potencial cultural o de identidad. Las preguntas iniciales pueden determinar si la familia vive en o cerca de una reservación y si es importante estar conectado a la tribu. Sue y Sue (1999) señalan que las terapias dominantes bien pueden acomodar a las familias indias más asimiladas. Las familias más tradicionales, sin embargo, tendrán que resolver primero los aspectos de confiabilidad.

### *Estilos de comunicación*

Es esencial ganarse la confianza de la persona. Muchos indios americanos han experimentado malos tratos, incluso racismo y tienden a retraerse. Coyhis (2000) recalca que obtener la confianza de un indio americano implica alinear "el espíritu y la intención de uno" de forma tal que las palabras y los sentimientos sean internamente congruentes y ciertos (p.86). Hablar con un indio americano como un ser humano y no como un "indio", ayudará a desarrollar confianza.

Los indios americanos dan mayor énfasis a escuchar y observar que al intercambio oral. Los terapeutas deben entender que los clientes "comunicarán sus sentimientos y emociones mediante claves, con sus cuerpos, ojos y tono de voz" (Paniagua 1998, p. 82). El contacto visual directo puede ser una señal de falta de respeto para muchos indios americanos (Paniagua 1998). Debido a este estilo de comunicación, es importante tener paciencia cuando se trabaja con indios americanos. Cuando un terapeuta le hace una pregunta a un indio americano debe esperar a que responda antes de hacerle otra pregunta. Los indios americanos escuchan cuidadosamente a la persona con quien hablan y a veces tardarán en contestar después de que el terapeuta haya hecho la pregunta, lo que puede hacerle pensar que la persona no es responsiva. Paniagua (1998) sugiere que los terapeutas no deben tomar notas al principio de la terapia, ya que puede tomarse como señal de que no están escuchando.

Históricamente, la relación terapéutica entre los indios americanos y los terapeutas que no son indígenas, ha estado marcada por el racismo (Sutton y Broken Nose 1996). Dentro de este contexto, queda claro que la mayoría de los indios americanos no discutirán temas sensitivos hasta que se haya desarrollado confianza.

### *Acercamientos culturalmente competentes*

Los terapeutas que trabajan con familias indio-americanas tienen que estar conscientes de cómo confluyen los valores occidentales con la cultura indígena tradicional. Por ejemplo, mientras que la cultura occidental valora la independencia creciente del adolescente de sus padres, éste no es el caso en la cultura indígena tradicional. Para los indios americanos tradicionales, la meta para un adolescente puede ser precisamente lo opuesto: una mayor interdependencia con la familia extendida (Sue y Sue 1999)

Por lo general, la estructura de la familia indio-americana tradicional, se centra en todas las generaciones y miembros vivos de la familia extendida.

Los indios americanos pueden requerir un mayor grado de orientación de la que generalmente ofrecen los acercamientos centrados en el cliente (Sue y Sue 1999). Muchos indios americanos llegan al tratamiento con la esperanza de encontrar un terapeuta sensible culturalmente que pueda ofrecer consejo práctico y específico sobre sus problemas (Sutton y Broken Nose 1996).

Si bien las intervenciones excesivamente directivas pueden considerarse irrespetuosas e intrusivas, los terapeutas que combinan la terapia familiar y el tratamiento de abuso de sustancias, deben ser algo directivos. Con frecuencia están obligados a seguir los mandatos del sistema judicial. De manera que los terapeutas deben ser muy diestros y balancear las necesidades culturales de un acercamiento indirecto con las necesidades externas que exigen un acercamiento más directo.

Así como los miembros de la cultura dominante podrían pedir orientación a un consejero, los indios americanos recurrirán a un anciano. También es útil determinar si el PI tiene un anciano que lo apoyará durante el proceso de recuperación (Coyhis 2000).

Los terapeutas que trabajan con familias indio-americanas tienen que estar conscientes de cómo confluyen los valores occidentales con la cultura indígena tradicional.

Mientras más tradicional sea el indio americano, mayor dificultad tendrá con los conceptos de Alcohólicos Anónimos (AA) (Coyhis 2000). Para muchos indios americanos la dificultad con AA radica en que los conceptos derivan de una concepción europea y cristiana (Durán y Durán 1995). *White Bison* es un ejemplo de una alternativa indio-americana para el acercamiento tradicional de AA, que "integra la rueda de la medicina con las enseñanzas de doce pasos de AA para adaptar la recuperación de abuso de sustancias a la cultura nativo-americana" (Krestan 2000, p. 36).

Paniagua (1998) sugiere las siguientes guías para los terapeutas que trabajan con clientes indio-americanos:

- El terapeuta debe involucrar a todos los miembros de la familia nuclear y extendida, incluso a los líderes de la tribu y los curanderos tradicionales.
- El terapeuta debe ofrecer sugerencias de forma lenta y tranquila para indicar que presta atención al acercamiento orientado en el tiempo de los clientes.
- El terapeuta debe determinar si todos los miembros de la familia pertenecen a la misma tribu. Los asuntos tribales pueden ser una fuente de conflicto.
- El terapeuta debe permitir que los miembros de la familia se involucren en la dirección del proceso terapéutico.

## Orientación sexual

## Problemas de trasfondo

La orientación sexual se refiere a la identificación del individuo como heterosexual, lesbiana o un homosexual. Debido a la variedad de definiciones y problemas de identificación, el abuso de sustancias en estas poblaciones ha sido más difícil de cuantificar. Ni la Encuesta Nacional sobre Abuso de Drogas (*National Household Survey on Drug Abuse* [OAS, 2003a]), ni la encuesta *Monitoreando el Futuro* (*Monitoring the Future*, Johnston et al. 2002) tienen categorías relacionadas con la orientación sexual. La mayoría del trabajo realizado ha estudiado a hombres homosexuales y a lesbianas.

Los datos disponibles sugieren que la orientación sexual lesbiana y homosexual, aumenta el riesgo de uso y abuso de sustancias. Luego de revisar la literatura, Hughes y Eliason (2002) informan que los hombres homosexuales y bisexuales usan más inhalantes y drogas estimulantes que los hombres heterosexuales. También informan que las lesbianas y las mujeres bisexuales son más propensas a usar marihuana y cocaína que las mujeres heterosexuales. La *Gay and Lesbian Medical Association* (GLMA, por sus siglas en inglés) (2001) señala que los hombres homosexuales y las lesbianas informan dos veces más problemas con el alcohol que los heterosexuales, aunque los patrones de bebida no parecen diferir sustancialmente por razón de identidad sexual. Los hombres homosexuales y las lesbianas, también tiene menos probabilidad de abstenerse del alcohol ("GLMA" 2001). Para más información sobre el trabajo con las poblaciones homosexuales y lesbianas, véase Una introducción para el proveedor de tratamiento para abuso de sustancias para personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero (*A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals* [CSAT 2001]).

## Aplicación a la terapia familiar

La investigación es insuficiente para sugerir la eficacia de cualquier tipo de terapia familiar para homosexuales o lesbianas. El conocimiento, la comprensión y la aceptación por parte del terapeuta de los homosexuales y lesbianas posiblemente sean más importantes que la escuela de terapia (Bepko y Johnson 2000). Los proveedores de tratamiento no suelen estar adiestrados en las necesidades especiales de estas poblaciones, aunque los homosexuales y lesbianas en tratamiento para abuso de sustancias con frecuencia toman parte en la terapia familiar (CSAT 2001). Lee (2000) sugiere una docena de formas para que los terapeutas creen un ambiente no amenazante para sus clientes. Las tácticas van desde pegar en la puerta de la clínica algo que lea: "Éste es un lugar seguro para lesbianas/homosexuales " y pueden ser garantías explícitas de confidencialidad, educación del personal sobre asuntos y recursos relacionados con lesbianas/homosexuales y asegurar a los clientes homosexuales y lesbianas que no son anormales ni desviados. Algunas de las recomendaciones de Lee son, "no trate de adivinar quién es homosexual o lesbiana" y "no intente persuadir a un cliente a que escoja una orientación sexual" (Lee 2000).

Es importante que los terapeutas se evalúen a sí mismos para descubrir sus prejuicios potenciales. Para tender un puente cuando la orientación sexual del terapeuta difiera de la de sus clientes, Bernstein (2000) sugiere un modelo de literacia cultural para terapeutas heterosexuales que trabajan con clientes homosexuales y lesbianas. Cuando el terapeuta se familiariza con el entorno vital de los clientes, puede lograr el entendimiento necesario para establecer alianzas terapéuticas basadas en la confianza. La mayoría de las comunidades tienen algún tipo de organización homosexual visible y hay un sinnúmero de recursos disponibles por la Internet.

La familia puede ser un tema muy delicado para clientes homosexuales y lesbianas. Los terapeutas tienen que tener cuidado al usar la definición de familia del cliente y no un modelo con una base heterosexual. De igual manera, el terapeuta también debe aceptar cualquier identificación que escoja el cliente para sí mismo y ser sensible a la necesidad de ser abarcador y de evitar emitir juicios en su selección de términos. Por ejemplo, es preferible usar palabras y frases de género neutral como *pareja* en lugar de *marido* y *mujer*. Este acercamiento aumentará la probabilidad de que las personas continúen con la terapia.

Los terapeutas familiares también tienen que tener cuidado de no sobreanalizar los asuntos de límites y fusión. Muchas parejas homosexuales y lesbianas parecen tener fronteras más permeables que las que suelen exhibir las parejas heterosexuales. Por ejemplo, una lesbiana puede buscar apoyo de una antigua pareja cuando enfrenta dificultades con su pareja actual con mayor frecuencia que una mujer heterosexual. Cuando la violencia en la pareja sea un problema en el tratamiento, la seguridad tiene que ser la primera preocupación del terapeuta.

Muchos clientes homosexuales y lesbianas pueden estar renuentes a incluir en la terapia a otros miembros de su familia de origen por temor al rechazo, o a un distanciamiento mayor. En un centro para el tratamiento de homosexuales, lesbianas y bisexuales con trastornos por uso de sustancias, en Minnesota, más de la mitad no quiso involucrar a su familia por temor al rechazo si se revelaba su orientación sexual (Pinsof et al. 1996). En estos casos, los terapeutas pueden usar la terapia familiar para una persona, que incorpora un enfoque familiar sin tratar a la familia de origen en su totalidad. También debe recalcar que no se debe insistir en que los homosexuales y lesbianas divulguen su orientación si ellos o sus familias no están listos.

## Personas con discapacidad física o cognitiva

### *Problemas de trasfondo*

Hay cuatro categorías principales de discapacidad. Algunas condiciones pueden ser más difíciles de catalogar y algunas personas pueden tener múltiples condiciones:

- La discapacidad *física* es ocasionada por enfermedades o trastornos congénitos o adquiridos, o por lesiones o trauma. Por ejemplo, una lesión de la columna vertebral es un trastorno que puede causar parálisis. Las discapacidades físicas incluyen espina bífida, lesión de la columna vertebral, amputación, diabetes, síndrome de fatiga crónica, síndrome de túnel carpiano y artritis.
- La discapacidad *sensorial* puede ser causada por trastornos congénitos, enfermedades como encefalopatía o meningitis, o trauma en los órganos sensoriales o al cerebro. Las discapacidades sensoriales incluyen ceguera, sordera y deterioro visual y auditivo.
- La discapacidad *cognitiva* incluye perturbaciones de las destrezas de pensamiento como la falta de atención, problemas de memoria, problemas de percepción, perturbación de la comunicación, desorientación espacial, problemas de secuencia (la capacidad de seguir una serie de pasos para completar una tarea), confusión temporal y perseveración (repeticiones inapropiadas). Las discapacidades cognitivas incluyen discapacidad de aprendizaje, lesión traumática al cerebro, retardación mental y “AD/HD”.

- La discapacidad *afectiva* consiste en perturbaciones en la forma en que se procesan y expresan las emociones. Para efectos de este TIP, el deterioro afectivo incluye problemas causados tanto por trastornos afectivos y anímicos, tales como depresión severa y manía. Estas discapacidades incluyen síntomas de trastornos mentales como habla y conducta desorganizada, ánimo depresivo marcado, y anhedonia (falta de capacidad para disfrutar o sentir placer). Algunas discapacidades afectivas son depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (“PTSD”, por sus siglas en inglés) (“CSAT” 1998e, págs. 3-4).

Las personas con discapacidad corren un riesgo mucho mayor de abuso y dependencia de sustancias que la población general (*Rehabilitation Research and Training Center on Drugs and Disability (Centro de Investigación y Aiestramiento en Rehabilitación de Drogas y Discapacidades [RRTC] 1996*). Si bien el 10 por ciento de la población general tiene un trastorno por abuso de sustancias, los estudios uniformemente revelan que el 20 por ciento de las personas que cualifican para servicios de rehabilitación vocacional estatal, satisfacen los criterios diagnósticos para dependencia de sustancias (Moore y Li 1994; “RRTC” 1996; “Robert Wood Johnson Foundation” 1994; Schwab y DiNitto 1993). Otros estudios han determinado que el uso de medicamentos recetados en combinación con el alcohol y el uso de los medicamentos recetados a otras personas, es común entre algunas personas con discapacidad física (Moore y Polsgrove 1991). La rutina de tomar ciertos medicamentos particulares puede brindar un sentimiento de control, estabilidad o seguridad. Además, algunos médicos recetan medicamentos como paliativos con el fin de ayudar con discapacidades que no pueden curar, como el dolor crónico o la esclerosis múltiple.

Es más probable que las personas con discapacidades usen alcohol o drogas, en parte porque están desempleados, tienen menos opciones recreativas, padecen de aislamiento social, no tienen hogar y son víctimas de abuso con mayor frecuencia que la población en general (DeLoach y Greer 1981; Marshak y Selgiman 1993; Susser et al. 1991; Vash 1981). Si estas personas también tienen trastornos por uso de sustancias, estos problemas se exacerban aún más. Las personas con discapacidad corren riesgo de aislarse socialmente. Esto puede deberse a los esfuerzos de sus familias por protegerlos, la dificultad de exponerse a los ambientes sociales, la falta de oportunidades para practicar destrezas sociales, la falta de resistencia física, la dificultad para identificar actividades y negociar transportación, la pobreza y/o la incomodidad que experimentan las personas sin discapacidad para interactuar con las personas con limitaciones. Una imagen alterada del cuerpo puede hacer que las personas cuya discapacidad es reciente (como las personas que usan silla de ruedas por primera vez) estén renuentes a socializar.

Además, las limitaciones físicas pueden llevar a algunas personas a temer ser víctimas de violencia o explotación. Las personas con discapacidad corren mayor riesgo de abuso sexual y doméstico u otro tipo de violencia (Glover et al. 1995; Varley 1984). Tienen mayor probabilidad de ser victimizadas porque se considera que no son capaces de protegerse. La depresión y la baja autoestima asociada con su discapacidad también juegan un rol en la victimización de algunas personas y su uso de sustancias. El aislamiento y las limitaciones funcionales les dejan pocas opciones recreativas, pero por lo general tienen mucho tiempo no estructurado disponible. Por ejemplo, las personas con discapacidad visual pueden encontrar que están cada vez más aisladas, tienen un exceso de tiempo libre y están subempleadas (Motet-Grigoras y Schuckit 1986; Nelipovich y Buss 1989). Para más información, vea también el TIP 29, Tratamiento para trastornos por uso de sustancias para personas con discapacidades físicas y cognitivas (*Substance Use Disorder Treatment for People with Physical and Cognitive Disabilities* [CSAT 1998e]).

### **Aplicación a la terapia familiar**

Con frecuencia, las personas que no tienen discapacidades no saben cómo responder mejor a quienes sí las tienen (Sue y Sue 1999). Los terapeutas familiares deben asegurarse de describir las discapacidades físicas y cognitivas con un lenguaje delicado y apropiado. Como regla general, siempre debemos poner a las personas en primer lugar, antes que su discapacidad, referirse a una "persona con discapacidad" y no a una "persona discapacitada". Nunca debe referirse a la discapacidad en lugar de a la persona, no es el "esquizofrénico" sino "la persona con esquizofrenia". No debe referirse a la persona con discapacidad como "el paciente" o "el caso", a menos que el contexto haga referencia una relación con un doctor.

La clave es que el terapeuta aprenda cuán bien la persona entiende su discapacidad. Algunas personas tendrán una idea clara de su limitación funcional, mientras que otras podrán negar que tengan una limitación. De igual forma, en el área de fortalezas individuales, algunas personas habrán recibido mucho apoyo familiar, de amigos y de profesionales para desarrollar intereses y talentos particulares, pero otros podrían haber estado sobreprotegidos o haber experimentado varios fracasos. Un proveedor de tratamiento debe consultar a un experto en discapacidades el tema delicado de cómo discutir la discapacidad con el cliente.

Los proveedores pueden sentirse incómodos la primera vez que tratan a una persona con discapacidad física o cognitiva. Esa incomodidad puede llevarlos a errar en una de dos direcciones: ya sea permitir que la persona use su discapacidad para evitar el tratamiento, o rehusarse a reconocer que hay una necesidad legítima de acomodo. Acomodo no significa dar preferencias, significa reducir las barreras de manera que la persona pueda participar en el programa en igualdad de condiciones. Si el cliente cree que necesita acomodo, el proveedor de tratamiento siempre deberá determinar que la solicitud sea legítima o si se trata de un intento de manipular el programa de tratamiento. Sin embargo, un proveedor pendiente de evitar convertirse en un facilitador, puede predisponerse a rechazar solicitudes de acomodo legítimas. Si el proveedor tiene alguna duda sobre la legitimidad de la solicitud, debe consultar a un experto en discapacidades antes de tomar una decisión. Si los programas o proveedores no hacen un esfuerzo de buena fe para ofrecer acomodo a la persona, podrían exponerse a dificultades legales significativas (para más información sobre la Ley de Ciudadanos Americanos con Discapacidades, vea el TIP 29, Tratamiento para trastornos por uso de sustancias para personas con discapacidades físicas y cognitivas (*Substance Use Disorder Treatment for People with Physical and Cognitive Disabilities* [CSAT 1998e])).

Los acercamientos apropiados podrían depender de la discapacidad. Por ejemplo, la terapia multifamiliar puede ayudar a las personas a normalizar y procesar los sentimientos de culpa y vergüenza por tener a un pariente con discapacidad y trastorno por uso de sustancias.

Los terapeutas familiares deben asegurarse de describir las discapacidades físicas y cognitivas con un lenguaje delicado y apropiado.

Pérez y Pilsecker (1989) señalan la utilidad de integrar la terapia familiar a un programa de tratamiento interno para personas con trastorno por uso de sustancias y lesiones de la médula espinal. La terapia familiar ayudó a reducir la propensión de los clientes a manejar sus lesiones mediante el abuso de sustancias y redujo la probabilidad de sobre-dependencia o exceso de esfuerzo (Pérez y Pilsecker (1989).

Por un sinnúmero de razones, ya sea facilitar su vida o mantener los patrones actuales de una relación, los familiares pueden contribuir al uso continuo de sustancias de la persona. Puede que lo hagan con las mejores intenciones. Los familiares pueden sentirse responsables de la condición del individuo (Sue y Sue 1999), o pueden tenerle pena y hasta promover el uso de sustancias para que se sienta mejor sobre sí mismo (Schaschl y Straw 1989). La familia y los otros proveedores de cuidado también pueden sobreproteger a la persona y socavar el potencial para que logre un nivel mayor de independencia. En otros casos pueden estar cansados del estrés de cuidar a la persona y parecer que son indiferentes al proceso de recuperación. Por estas razones, se debe incluir a la familia y a los proveedores de cuidado en la terapia familiar y sus patrones de relaciones deben ser el objetivo de las intervenciones de tratamiento.

La mayoría de los profesionales de tratamiento para trastornos por uso de sustancias, tienen conocimientos amplios de la complejidad de la negación psicológica y el abuso de sustancias, y han desarrollado métodos para trabajar con clientes cuya negación constituye un obstáculo significativo al tratamiento. Sin embargo, para las personas con discapacidad, la negativa tiene otras dimensiones. Algunas personas con discapacidad coexistente pueden experimentar dos tipos de negación simultánea: negación del trastorno por uso de sustancias y negación de la discapacidad. La presencia de una discapacidad coexistente puede alterar la forma en que la persona manifiesta la negación de su trastorno por uso de sustancias, o puede hacer que la negación se centre solamente en la discapacidad. Para la persona con discapacidad, el uso de sustancias puede ser también una ficha de negociación. Puede pensar que el uso de sustancias es algo que se "permite" para compensar su necesidad de hacer frente a su discapacidad. Para los clientes, reconocer su abuso de sustancias los obliga a lidiar con todas las emociones, con frecuencia dolorosas, que experimentan las personas en recuperación, además de las relacionadas con su discapacidad. Para la mayoría de las personas con discapacidad severa, ajustarse a esta condición es un proceso de toda una vida (DeLoach y Greer 1981).

Un acercamiento de tratamiento basado en fortalezas es particularmente importante para las personas con discapacidades, porque con mucha frecuencia se ha considerado a estos clientes en términos de lo que no pueden o no deben intentar hacer

Si el terapeuta familiar que trata el abuso de sustancias experimenta dificultades para confrontar la negación de la discapacidad, debe considerar referir a algún consejero colega en un Centro de Vida Independiente; cuyo trabajo es ayudar a personas con discapacidades a aceptar las limitaciones de su discapacidad. Los dos consejeros pueden, entonces, trabajar en equipo.

La multitud de retos cotidianos que enfrentan las personas con discapacidad, aumenta el riesgo de trastornos por uso de sustancias, complica el tratamiento y aumenta la posibilidad de una recaída. Si la agencia del terapeuta familiar no provee servicios para ayudar a los clientes a manejar estos retos, la prioridad debe ser coordinar con una agencia que provea servicios de manejo de casos para personas con discapacidad. Las personas con problemas coexistentes de discapacidad y trastornos por uso de sustancias, pueden necesitar ayuda y acomodo individualizado para:

- Escapar de situaciones de abuso
- Aprender a protegerse de la victimización
- Encontrar trabajo voluntario u otros medios para sentirse productivos en lugar de empleo remunerado (aunque por lo general se prefiere el empleo remunerado)
- Desarrollar destrezas pre-vocacionales como cuidado personal básico, vestirse apropiadamente, uso de transportación pública y preparación de alimentos
- Aprender destrezas sociales que no se tienen como consecuencia del trastorno por uso de sustancias y de los problemas relacionados con la discapacidad
- Aprender a participar en recreación saludable
- Educarse sobre sus derechos legales a tener ambientes y servicios accesibles, así como de empleo
- Obtener los beneficios económicos a los que tienen derecho
- Desarrollar nuevas redes de pares

Puesto que los familiares pueden sentirse responsables de la condición y el presente del individuo y [casi siempre reaccionar negativamente], los terapeutas familiares tienen que atender la culpa y la ira (Hulnick y Hulnik 1989). Hulnick y Hulnik (1989) sugieren que los terapeutas familiares ayuden tanto a la familia como al miembro con discapacidad a concentrarse en las opciones disponibles. Preguntas como: "¿Qué está haciendo usted que perpetúa la situación?" y "¿Conoce otras opciones que tendrían un resultado diferente?", pueden capacitar a los clientes a entender que conservan la opción poderosa de escoger entre alternativas (Sue y Sue 1999, p. 325). Otra estrategia efectiva es reformular la discapacidad al examinar las maneras en que puede convertirse en una forma de aprender o crecer.

Un acercamiento de tratamiento basado en fortalezas es particularmente importante para las personas con discapacidades, porque con mucha frecuencia se ha considerado a estos clientes en términos de lo que no pueden o no deben intentar hacer y tal vez han aprendido a definirse en términos de sus limitaciones y falta de habilidades. Algunos familiares y amigos bien intencionados pueden promover la dependencia y tal vez hasta se sientan amenazados cuando el familiar con discapacidad intenta alcanzar cierta independencia.

Sin embargo, las personas con discapacidades también deben entender sus limitaciones funcionales, en particular con relación a su riesgo de recaída. Una de las metas principales del tratamiento para personas con discapacidad, es que logren ser conscientes de sus limitaciones y aptitudes funcionales, así como sus trastornos por uso de sustancias. Lograr un mejor entendimiento de sus necesidades particulares de aprendizaje, es un paso importante hacia la

abstinencia. Por ejemplo, algunas personas con discapacidad cognitiva experimentan mucha dificultad para aprender de material escrito. Esta puede ser una limitación particularmente difícil de admitir, en particular en entornos de grupo y en el lugar de trabajo. El cliente que descubre que hacer ajustes y buscar acomodo si tiene una dificultad para leer es una señal de fortaleza personal, no sólo está más preparado para tomar decisiones importantes de abstinencia, sino que entiende la importancia de, por ejemplo, ampliar su repertorio de destrezas para compensar destrezas pobres de lectura.

Algunas recomendaciones incluyen lo siguiente:

- Durante el proceso de admisión, las personas con ciertas discapacidades físicas o cognitivas pueden requerir una entrevista más extensa y tal vez sea necesario programar períodos de descanso. La programación de la entrevista debe ser flexible. Las sesiones de consejería también deben ser flexibles de manera que puedan reducirse, extenderse o ser más frecuentes dependiendo del plan de tratamiento individual.
- En el caso de personas con discapacidad cognitiva, es importante recordar que las preguntas deben ser sencillas, que se deben repetir y se debe pedir al paciente que repita lo que se ha dicho en sus propias palabras. Las discusiones deben ser concretas. Es posible que las personas con retardación mental o lesión cerebral traumática, no entiendan conceptos abstractos. Debe pedírseles que provean ejemplos específicos de un principio general.
- El uso de señales verbales y no verbales, contribuirá a aumentar la participación y el aprendizaje de las personas con discapacidad cognitiva y hará que las sesiones de grupo fluyan mejor. El consejero y la persona con discapacidad pueden diseñar las señales juntos, pero deben asegurarse de que sean sencillas, como tocar el brazo de la persona y decir una palabra código (como, "interrupción").
- Los clientes con discapacidad cognitiva suelen beneficiarse de técnicas como la terapia expresiva o las dramatizaciones. Las asignaciones que requieran el uso de medios de comunicación alternos en lugar de la redacción tal vez funcionen mejor con clientes con discapacidades cognitivas y con pacientes sordos. En el caso de clientes ciegos las asignaciones deberán traducirse a su medio de comunicación preferido (tal vez sistema Braille o cintas de audio). No importa el método usado, por lo general necesitarán más tiempo para completar las asignaciones de lectura.
- No importa cuál sea el modelo de comunicación usado por una persona sorda o con dificultades auditivas, el aspecto visual de la comunicación será importante. Es importante mirar directamente a la persona cuando se comunican. Esta cortesía permitirá a la persona sorda leer los labios del consejero y recibir señales de sus expresiones faciales.
- Por lo general deben proveerse intérpretes a las personas sordas o con dificultades auditivas. El intérprete debe ser un tercero neutral contratado específicamente para interpretar para el consejero y la persona sorda. No debe usar como intérprete a un familiar o amigo del cliente. Solamente se deben usar intérpretes cualificados, ya sea por un capítulo del Registro de Intérpretes para Sordos o una organización de cernimiento estatal. Si la persona sorda usa un intérprete, los miembros del grupo deberán turnarse durante las discusiones. Cuando se dirijan a una persona sorda, el consejero y los miembros del grupo deben hablarle directamente como si el intérprete no estuviera presente.
- Cuando trabaje con individuos con una discapacidad física, la superficie de la mesa deberá ser de una altura apropiada. Sobre todo, los brazos de las sillas de ruedas, deben caber debajo de la mesa. Los consejeros deben tratar de colocarse sin quedar más altos que el cliente. Deben estar al tanto del ritmo de la entrevista, intentar determinar si el cliente se

está cansando. El consejero debe indagar periódicamente cómo se siente el cliente y ofrecer períodos de descanso frecuentes.

- Las personas en sillas de ruedas, con frecuencia llegan a considerarla una extensión de su persona y pueden ofenderse si la tocan. Los terapeutas nunca deben tomar control de la silla y empujar a la persona sin su permiso.
- En el caso de personas con discapacidades cognitivas, los proveedores deben tratar y atender de forma sistemática lo que han aprendido en el programa y cómo pueden aplicarlo en la próxima etapa de tratamiento o cuidado de seguimiento. La relación contexto-aprendizaje es muy importante para algunas personas y los proveedores no pueden presumir que las lecciones aprendidas durante el tratamiento se aplicarán en el cuidado de seguimiento.
- Si una persona con discapacidad tiene limitaciones de transportación, el terapeuta puede hacer arreglos para proveer consejería individual por teléfono, visitar a la persona en su hogar o reunirse en un centro de rehabilitación u otro lugar alternativo. Visitar el hogar de la persona con discapacidad provee información valiosa sobre el estilo de vida del cliente, sus intereses y retos ambientales inmediatos.
- Los terapeutas deben recomendar a las familias lecturas que tratan con la conducta facilitadora en general y de personas con discapacidades en particular. Las agencias de recursos para personas con discapacidades podrían proveerle literatura útil. Para una discusión a fondo de estas categorías, vea el TIP 29, Tratamiento para trastornos por uso de sustancias para personas con discapacidades físicas y cognitivas (*Substance Use Disorder Treatment for People with Physical and Cognitive Disabilities [CSAT 1998e]*).

## Personas con problemas coexistentes de trastornos por abuso de sustancias y trastornos mentales

### Problemas de trasfondo

Los clientes con trastornos por uso de sustancias con frecuencia suelen tener también trastornos mentales coexistentes. Durante los últimos 10 años, la atención y preocupación con las condiciones coexistentes ha aumentado marcadamente, enfocándose en las implicaciones clínicas y societales del tratamiento y en entender a las personas que sufren tanto de un trastorno mental como de un trastorno por uso de sustancias. En la actualidad, se reconoce ampliamente la importancia del tratamiento para ambos trastornos. El TIP 9, Avalúo y tratamiento para personas con enfermedades coexistentes mentales y de abuso de alcohol u otras drogas (*Assessment and Treatment of Persons with Coexisting Mental Illness and Alcohol and Other Drug Abuse [CSAT 1994b]*) trató los "diagnósticos duales" y una revisión de este TIP está en proceso. Vea el TIP por salir Tratamiento de Abuso de Sustancias para Personas con Trastornos Coexistentes (*Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders [CSAT en desarrollo k]*). Las complejidades y dificultades del diagnóstico y la planificación de tratamiento para personas con trastornos coexistentes se exploran en detalle en el TIP revisado).

Los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias y los terapeutas familiares que trabajan con clientes que tienen tanto un trastorno por uso de sustancias como una enfermedad mental severa, querrán familiarizarse a fondo con los adelantos relacionados con condiciones coexistentes y el panel de consenso recomienda el nuevo TIP Tratamiento de Abuso de Sustancias para Personas con Trastornos Coexistentes del Centro de Tratamiento para Abuso de Sustancias [CSAT, por sus siglas en inglés] en desarrollo k). k) como un buen lugar para

empezar. Además, los consejeros y los terapeutas que trabajen con personas con trastornos coexistentes de salud mental y de uso de sustancias, necesitarán entender cómo interactúan en cada persona las formas complejas y variadas en que los trastornos y las adaptaciones necesarias en el tratamiento. El nuevo TIP provee información de trasfondo y detalles considerables sobre los tipos principales de condiciones coexistentes.

Los datos sobre la frecuencia con que se observan trastornos coexistentes son difíciles de describir. Los síntomas y los comportamientos relacionados con trastornos mentales suelen ser ocasionados por el alcohol o las drogas, o el uso de esas drogas exacerba los síntomas de salud mental. Por lo menos el 30 por ciento de las personas con dependencia al alcohol, satisfacen los criterios de trastorno de personalidad antisocial (Schuckit 2000). En una revisión de los estudios relacionados con trastornos coexistentes, Sacks y sus colegas encontraron que, en general, los programas de tratamiento para abuso de sustancias informan que entre el 50 y el 75 por ciento de los clientes tienen un trastorno coexistente y los clínicos de salud mental informan que entre el 20 y el 50 por ciento de los clientes tiene un trastorno coexistente de uso de sustancias. (Sacks et al. 1997).

El enfoque moderno al tratamiento para personas con trastornos coexistentes hace hincapié en el tratamiento integrado para ambos trastornos con programas y personal conocedor y respetuoso de las dos disciplinas. Cuando un programa de tratamiento no pueda proveer tratamiento para ambas condiciones, se considera esencial la colaboración y consulta con otros proveedores (vea el TIP por salir Tratamiento de Abuso de Sustancias para Personas con Trastornos Coexistentes (*Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders* [“CSAT” en desarrollo *k*]). para más detalles).

### **Aplicación a la terapia familiar**

El acercamiento más apropiado a la terapia familiar individual para personas con trastornos coexistentes es un acercamiento integrado que combine las intervenciones familiares y las intervenciones de abuso de sustancias (Sheils y Rolfe 2000). La terapia familiar psicoeducativa que se centra en la psicosis y en el abuso de sustancias también es útil. La psicoeducación efectiva combina información básica, orientación y apoyo y permite un compromiso “leve” y oportunidades de avalúo continuado. (Ryglewicz 1991). Es importante educar a los miembros de la familia sobre cómo un trastorno puede provocar el otro si no se monitoriza y trata apropiadamente.

Cuando se usa un modelo de terapia familiar integrada con problemas coexistentes de esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias, es importante evitar confrontaciones e intervenciones fuertes que requieran niveles altos de discernimiento, concentración, atención y procesamiento de información. Los grupos multifamiliares pueden ser apropiados debido al beneficio del apoyo familiar, pero pueden enfrentar dificultades si los síntomas de ansiedad y paranoia son prominentes. Sheils y Rolfe (2000) informan que un modelo integrado de terapia familiar para personas con problemas coexistentes de esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias, se está probando en la actualidad.

Es importante educar a los miembros de la familia sobre cómo un trastorno puede provocar el otro si no se monitoriza y trata apropiadamente.

El tratamiento puede mejorarse y ampliarse sustancialmente si la familia del cliente participa directamente. La terapia familiar suele ser necesaria para hacer frente a los sentimientos de culpa, tristeza e ira que los miembros de la familia puedan haber acumulado. Se debe exhortar a los miembros de la familia a que participen en grupos de autoayuda como “Al-Anon” y otros similares. Cuando sea necesario, los miembros individuales deben ser referidos a tratamiento de problemas específicos.

En el caso de adolescentes que tienen problemas de abuso de sustancias con trastornos coexistentes (principalmente trastorno disruptivo y trastorno de conducta) la terapia familiar es una de las intervenciones más comprobadas y eficaces (Goyer et al. 1979; Szapocznik y Kurtines 1989; Waldron 1997). Liddle y Dakof (1995*b*) enfatizan técnicas familiares de conducta como el adiestramiento de manejo y contratación de contingencias para padres y acercamientos estratégicos-estructurales, incluyendo estrategias de integración y reestructuración de la interacción familiar para la para estos adolescentes. Las técnicas conductuales, estratégicas y estructurales se combinan para crear un acercamiento familiar funcional cuyo objetivo principal es la variedad de problemas presentes y marcados en las familias de adolescentes con problemas coexistentes de trastornos de conducta y uso de sustancias (Alexander et al. 1990). Santiesteban et al. (2003) han desarrollado un modelo de terapia familiar diseñado específicamente para adolescentes que cumplen con los criterios de abuso de drogas y trastorno límite de personalidad (BPD, por sus siglas en inglés, *borderline personality disorder*). Este modelo integra conceptos de la Terapia Familiar Estructural, el trabajo de Linehan (1993) con adultos con trastorno límite de personalidad y tratamiento para abuso de sustancias.

Un elemento importante de estos modelos de tratamiento que contribuye a su efectividad, es la combinación de los modelos de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias, y la aplicación de cada uno de éstos en momentos y situaciones apropiadas dependiendo de las necesidades del cliente.

Tradicionalmente, la autosuficiencia se ha considerado un valor importante entre los residentes de las áreas rurales.

Por ejemplo, en el tratamiento de abuso de sustancias, el personal clínico y los otros clientes suelen confrontar duramente a los clientes que niegan tener un problema de abuso de sustancias o que minimizan la seriedad de su problema. Sin embargo, el tratamiento de personas con trastornos coexistentes, como prerrequisito a la confrontación exige, acercamientos innovadores para integrarlos en el tratamiento. Tal vez haya que modificar sustancialmente el rol de la confrontación, en particular en el tratamiento de clientes desorganizados o clientes con psicosis, quienes sólo podrán tolerar la confrontación en etapas posteriores del tratamiento (cuando se establezcan sus síntomas y estén comprometidos con el proceso de tratamiento).

Para los clientes que requieren medicamentos, es importante entender el uso de medicamentos desde la perspectiva del cliente. Se debe educar e informar cabalmente al cliente sobre el medicamento específico recetado, los resultados esperados, el tiempo que toma para que el medicamento surta efecto, los posibles efectos secundarios y los posibles resultados de la combinación del medicamento y el uso de sustancias. También es vital discutir con los clientes qué entienden del propósito del medicamento, del significado de la medicación y de seguir el

tratamiento. Por último, es importante preguntar a los clientes qué esperan del medicamento y qué se les ha dicho sobre el medicamento. Siempre que sea posible, los miembros de la familia y las personas significativas también deben ser informados sobre el medicamento.

## **Poblaciones rurales**

### **Problemas de trasfondo**

La ruralía americana ha experimentado la reducción significativa de fincas familiares y la erosión de su infraestructura (por ejemplo, escuelas, cuidado de salud mental). Como resultado, las limitaciones económicas pueden dificultar que paguen por el tratamiento, transportación a las sesiones de tratamiento (en particular cuando se deben recorrer grandes distancias para llegar al proveedor más cercano) o el cuidado de menores necesario mientras recibe tratamiento. Además, las familias rurales tienen menos probabilidades de tener seguro médico (Rhoades y Chu 2000). El aislamiento geográfico hace difícil que las familias construyan una red firme de apoyo social extrafamiliar y que tengan acceso a los recursos comunales disponibles.

La intimidad de la comunidad rural afecta tanto la confidencialidad como la deseabilidad de obtener a servicios de salud mental. El hecho de que la mayoría de los miembros de una comunidad muy unida se conozcan entre sí, representa un estigma adicional a la hora de atender problemas de salud mental o abuso de sustancias. Por ejemplo, los expedientes médicos pueden ser revisados por amigos o vecinos. Además, la terapia o consejería pueden ser nuevas para el área rural y no se acepta aún como un proceso normal.

Debido a que las comunidades rurales tienen una tendencia a tolerar formas más extremas de conducta, el impacto del abuso de sustancias en el usuario o las personas significativas también puede ser más extremo. Bagarozzi (1982) señala que en las áreas rurales se suelen referir las personas a tratamiento no porque su conducta se considere extravagante, sino porque ha excedido los límites que la comunidad considera aceptables. Por ejemplo, la dependencia al alcohol por sí misma puede no atenderse como un problema hasta que se arresta a la persona por conducta criminal o hasta que comete un acto de violencia extrema contra otro miembro de su familia. Puesto que las comunidades rurales pueden permitir que las dependencias a sustancias empeoren, al mantener los problemas serios fuera del alcance de los proveedores de servicios y los agentes de la ley y el orden, con frecuencia las condiciones se deterioran hasta que un suceso dramático y trágico lo saca a la superficie. La educación del público puede ser de utilidad si se presenta de una forma culturalmente aceptable.

Tradicionalmente, la autosuficiencia se ha considerado un valor importante entre los residentes de las áreas rurales. Como consecuencia, recibir tratamiento puede percibirse como una señal de debilidad (Bushy 1997). Tatum (1995) señala que además de la autosuficiencia y el orgullo, en las Appalachias el fatalismo es una actitud clave que afecta la capacidad del terapeuta para ofrecer intervenciones y estrategias de tratamiento efectivas. Las familias rurales también tienden a ser más suspicaces sobre la efectividad de los servicios de tratamiento de salud mental o abuso de sustancias (Wagenfield et al. 1994).

Las mujeres de las áreas rurales que padecen de dependencia al alcohol, informan sentir un profundo aislamiento, lo que definen como una sensación abrumadora de la insignificancia de sus vidas, que incluye sentimientos intensos de desesperanza y aborrecimiento propio (Boyd y

Mackey 2000 p. 136). Muchas de estas mujeres se criaron en hogares donde el alcoholismo y el abuso eran comunes. Obligadas por las circunstancias a asumir responsabilidades adultas que sus padres disfuncionales no podían asumir, estas mujeres informan sentirse profundamente deprimidas y con frecuencia llevan vidas solitarias y exentas de alegría (Boyd y Mackey 2000).

### ***Patrones de abuso de sustancias***

Las tasas de abuso de sustancias para las poblaciones rurales suelen ser iguales o exceder a las de las poblaciones urbanas (Kearns y Rosenthal 2001). El alcohol parece ser la sustancia de abuso más común y los problemas relacionados con el alcohol, como arrestos, hospitalización y lesiones no intencionales, son más comunes en las poblaciones rurales (Kelleher et al. 1992).

Varios estudios han sugerido que es más probable que los jóvenes de las áreas rurales hayan usado drogas que sus contrapartes urbanos. (Centro Nacional de Adicción y Abuso de Sustancias [“CAST”] 2000; Edwards 1997; Stevens et al. 1995).

Aunque las comunidades rurales pueden tener tasas similares de abuso de sustancias, es muy frecuente que las consecuencias sean más pronunciadas y severas (CASA 2000). Puesto que las comunidades rurales, suelen combinar recursos reducidos y una densidad poblacional baja, con frecuencia no cuentan con suficientes profesionales adiestrados en abuso de sustancias y experimentan mayores retos para proveer programas de tratamiento accesibles. En 1993, el 55 por ciento de los condados de los EEUU. no tenía un psicólogo, psiquiatra o trabajador social, y todos ellos eran condados rurales (Pion et al. 1997).

## **Aplicación a la terapia familiar**

### ***Superación de barreras al tratamiento***

Los consejeros en abuso de sustancias y los profesionales de salud mental enfrentan una serie de barreras en su intento por tratar familias en las comunidades rurales; sin embargo, los consejeros pueden trabajar con las familias para superar muchas de ellas (Bagarozzi 1982; Cutler y Madore 1980; Sayger y Heid 1990). Por ejemplo, las familias que experimentan la angustia relacionada con falta de recursos económicos, pueden necesitar ayuda para cubrir sus necesidades básicas. Los terapeutas pueden ayudar a identificar recursos a través de los bancos de alimentos, bancos de ropa y recursos de cuidado de la salud.

La dispersión geográfica de las familias en las áreas rurales puede requerir que viajen largas distancias para obtener tratamiento (Human y Wasem 1991). Un proveedor de terapia familiar tiene varias opciones para atender la barrera de la distancia (Bagarozzi 1982). El terapeuta puede optar por acordar con la familia que se reunirán en un número limitado de sesiones y trabajarán de forma muy enfocada. Para atender la barrera de la transportación, el terapeuta puede alternar sesiones en la oficina con sesiones en el hogar del cliente, o seleccionar un lugar que se encuentre a una distancia intermedia (por ejemplo. una iglesia local o centro de la comunidad). Podría ser útil programar sesiones extendidas que permitan realizar mayor cantidad de trabajo terapéutico cada dos o tres semanas en lugar de reunirse semanalmente.

La terapia en el hogar puede ser de mucha utilidad para atender el problema de aislamiento del cliente y la inaccesibilidad del tratamiento. Además, los servicios con base en el hogar facilitan el paso inicial de acceder los servicios de salud mental, un paso que puede ser sumamente

difícil para los clientes rurales debido al temor al estigma asociado o al riguroso programa de trabajo que se asocia con la agricultura, la minería, etc. Tatum (1995) asevera que llevar los programas a las familias, en lugar de pretender que viajen a una oficina puede ayudarles a superar su renuencia a trabajar con la burocracia. Las visitas al hogar pueden ayudar al terapeuta a aprender sobre sus clientes en el contexto de su ambiente ya que les permite observar su realidad diaria. Por ejemplo, un terapeuta puede decidir que no quiere ver a un cliente por su olor corporal, pero la situación adquiere otra dimensión cuando descubre que la persona no tiene agua corriente o electricidad. Las visitas al hogar del cliente también pueden ayudar al desarrollo de una mejor relación entre el terapeuta y la familia.

Tatum (1995) recalca que la clave para proveer servicios terapéuticos de manera exitosa en las comunidades rurales, es ganarse la confianza de la comunidad y los clientes. A veces, el desconocimiento del terapeuta de los valores y costumbres rurales, puede crear desconfianza entre los residentes e impedir un tratamiento efectivo (Bushy 1997). Por ejemplo, en las áreas rurales, las personas pueden desconfiar de los que no pertenecen a su comunidad y sentir temor de enredarse en el "sistema" (Tatum (1995)). Los esfuerzos para aumentar la participación de la familia y la comunidad en el proceso terapéutico, pueden ayudar a superar obstáculos como la falta de apoyo social y el estigma relacionado con recibir servicios de salud mental. Es esencial que el terapeuta identifique todas las personas importantes en la vida de la familia. Esto incluye familia extendida y amigos íntimos que pueden tener un rol importante en el proceso de cambio de la familia. Sin embargo, debido a la intimidad en las comunidades rurales, los terapeutas deberán balancear la necesidad de lograr el cambio familiar a nivel macro con una necesidad igual de importante de mantener la confidencialidad.

### ***Uso de grupos de autoayuda***

AA y otros grupos similares de autoayuda, a veces son los únicos recursos accesibles en las comunidades rurales. La solidaridad familiar de AA puede infundir esperanza y proveer un sistema de apoyo valioso para personas con problemas de abuso de sustancias. Para la familia del PI, los grupos de Apoyo de 12 Pasos incluyen "Al-Anon", "Alateen", "NarcAnon", Codependientes Anónimos y Familias Anónimas.

Los terapeutas familiares pueden reformular AA para que sus principios estén más en armonía con los valores rurales. Tatum (1995) recomienda lo siguiente:

- Autosuficiencia - este rasgo implica aprender a cuidar de sí mismo.
- Sistema familiar - este elemento implica aprender a cómo crear familias saludables.
- Trabajar con grupos basados en la fe, de la comunidad y grupos espirituales, es una oportunidad de apoyarse mutuamente e informar a otros sobre la importancia de la terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias. Aunque no hay definiciones específicas para distinguir los términos de iniciativas basadas en la fe, espirituales, de autoayuda y de comunidad, sí hay distinciones convencionales y prácticas para distinguirlas. Los programas basados en la fe tienen orientaciones religiosas claras. También pueden estar orientados en la comunidad. Muchas iglesias, por ejemplo, coordinan servicios de abuso de sustancias en sus comunidades y sus actividades pueden involucrar personas de la comunidad, así como apoyo espiritual y basado en la fe como parte del enfoque de recuperación. Debido al enfoque espiritual de los programas de 12-Pasos, a veces se les confunde con programas basados en la fe, pero AA no hace referencia ni promueve

ninguna religión o denominación. Solamente promueve la conexión con una fuerza superior.

Todo terapeuta familiar debe entender las diferencias generales entre los grupos y las sensibilidades que aplican a cada cual. Por ejemplo, los miembros de AA por lo general no aprecian que se les catalogue como un grupo religioso o basado en la fe. El terapeuta familiar debe poder explicar al cliente que los diferentes programas de 12-Pasos son espirituales, pero no religiosos (y en qué consiste la diferencia). Los terapeutas también necesitan saber los detalles de sus grupos locales, que bien puede incluir entender la disponibilidad de grupos AA especiales como reuniones para no fumadores, jóvenes adultos, etc.

## Otros factores contextuales

### Condición VIH

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*CDC*, por sus siglas en inglés, *Centers for Disease Control*,) estiman que unas 800,000 a 900,000 personas en los Estados Unidos están infectadas con el VIH, y unas 625,000 saben que están infectadas. Al mes de junio de 2001, más de 457,000 personas habían muerto de esta enfermedad en los Estados Unidos (“CDC” 2002). La epidemia ha tenido un impacto más allá de las estadísticas de mortalidad, y ha tenido efectos de gran alcance en sistemas tan diversos como el cuidado de la salud, el servicio de comida, la economía y la educación.

El VIH/SIDA siempre ha estado estrechamente relacionado con el abuso de sustancias y cada día están más y más entrelazados. Entre julio de 2000 y junio de 2001, el 25 por ciento de todos los casos reportados de SIDA fueron entre personas que también informaron usar fármacos inyectables (“CDC” 2002). El “CDC” también estima que el 25 por ciento de todas las infecciones nuevas de VIH fueron en personas que informaron usar drogas inyectables (“CDC” 2002). Las personas intercambian sexo por drogas, representan otro grupo bajo un riesgo sustancial. El rol directo e indirecto del abuso de sustancias en la propagación del SIDA se estableció temprano en la epidemia norteamericana de SIDA y el VIH/SIDA ha cambiado el rostro de los servicios de tratamiento para abuso de sustancias.

El VIH/SIDA siempre ha estado estrechamente relacionado con el abuso de sustancias y cada día están más y más entrelazados.

Durante la década de 1980, los primeros informes sobre el VIH/SIDA identificaron el uso de drogas inyectables (IV) como una ruta directa para la infección del VIH. Los casos atribuidos directamente a las drogas IV, continuaron aumentando durante la década de 1990. El número de casos de SIDA estimados anualmente, se redujo de forma sustancial de 1996 a 1999, pero la tasa de reducción disminuyó durante 1999 y 2000. A medida que la incidencia general de SIDA se nivela, la composición de la epidemia cambia. La incidencia de SIDA se redujo en la mayoría de las poblaciones, pero se observaron aumentos en algunos grupos, notablemente las mujeres y las personas infectadas mediante contacto heterosexual (“CDC” 2002). Para más información vea el TIP 37 Tratamiento de Abuso de Sustancias para Personas con VIH/SIDA

*(Substance Abuse Treatment for Persons with HIV/AIDS [“CSAT” 2000c]) Substance Abuse Treatment for Persons with HIV/AIDS [CSAT 2000c].*

Probablemente el PI en terapia familiar con HIV/SIDA será un adulto. Los casos pediátricos continúan siendo un porcentaje mínimo del total. No es infrecuente, sin embargo, que un adulto con SIDA regrese al hogar de sus padres en busca de cuidado, retomando el rol de hijo. Los hijos de estos adultos podrían necesitar ayuda a medida según se aproxima el momento de perder a su padre/madre. El VIH/SIDA tiene un efecto profundo en las personas afectadas. Los efectos médicos severos están bien documentados. Los efectos psicológicos incluyen trastornos de ajuste con ansiedad y depresión al momento del diagnóstico, depresión continua, pena y duelo, ideas e intentos suicidas y deterioro cognitivo y neurológico.

El terapeuta también tiene que estar consciente de las obligaciones familiares múltiples y las presiones para las personas con VIH y los miembros de sus familias.

El impacto de la infección y de la enfermedad en los miembros de la familia también es abarcador y profundo. Las personas significativas del paciente confrontarán temor a la infección y posiblemente haya reacciones por haber estado expuestos al VIH. También experimentarán pena y duelo, así como estrés y pérdida, similar a la que se experimenta con otras enfermedades crónicas. Por último, están las cargas económicas y emocionales para la familia por proveer cuidado médico continuo a una persona con VIH/SIDA.

### ***Aplicación a la terapia familiar***

Si bien los modelos integrados son aplicables, el terapeuta también tiene que estar consciente de las obligaciones familiares múltiples y las presiones para las personas con VIH y los miembros de sus familias. Las consideraciones son diferentes para los diferentes grupos e individuos por ejemplo, hombres homosexuales, personas que usan drogas por vía intravenosa y recipientes de transfusiones. Casi siempre, el estigma es parte del cuadro, aunque puede variar dependiendo de la fuente de la infección de VIH; el mayor estigma suele asociarse con la infección por drogas IV.

Un paciente con SIDA podría regresar a su sistema familiar cuando sus necesidades médicas ya no le permitan vivir solo. En muchos casos, el miembro que regresa estuvo distanciado de su familia en algún momento (por ejemplo, debido a su orientación sexual o uso de drogas). La reconciliación puede ser difícil, especialmente cuando viene complicada por crisis médicas. El terapeuta familiar necesita reconocer esto y considerar cuándo es apropiado incorporar a los miembros de la familia en la terapia.

Las personas con VIH/SIDA suelen tener necesidades físicas y médicas complicadas. De ser necesario, el terapeuta debe facilitar el tratamiento médico y farmacológico apropiado. También es importante determinar si el cliente ha expuesto a alguna otra persona al VIH y si practica sexo seguro. Esta indagación puede llevar a aspectos difíciles de confidencialidad. Los reglamentos específicos varían de un estado a otro, y puede haber áreas grises entre lo ético y lo legal. Si bien el terapeuta tiene alguna responsabilidad para con la comunidad, su obligación principal es con el paciente. Al día de hoy, no hay suficiente jurisprudencia para establecer que la decisión de Tarasoff con respecto a la obligación de informar, aplique directamente aplicable a la conducta de personas con VIH/SIDA. Para más información refiérase al capítulo sobre

Cuestiones Legales del TIP 37, Tratamiento de Abuso de Sustancias para Personas con VIH/SIDA (*Substance Abuse Treatment for Persons with HIV/AIDS* ["CSAT" 2000c]).

## Personas sin hogar

En 1998, se estimó que el 38 por ciento de la población sin hogar de la nación eran familias, y que aproximadamente 100,000 dormían cada noche en albergues, edificios abandonados o en la calle (Vanderbilt University Institute for Public Policy Studies [Instituto de Estudios en Políticas Públicas de la Universidad Vanderbilt] 1999). La falta de hogar puede asumir varias formas, desde pasar la noche en un albergue y el día en la calle, a instalarse en edificios abandonados, a pasar de un amigo, conocido o pariente a otro. Douyon et al. (1998) definen la falta de hogar como "la incapacidad de obtener un hogar regular cuando se desea" (p. 210).

Los estudios han demostrado que más de un millón de adolescentes viven en albergues de emergencia o en las calles en una noche cualquiera. Muchos tienen familias que los aceptarían si volvieran, pero otros han sido expulsados de sus hogares y otros huyen del abuso sexual o físico u otras circunstancias igualmente intolerables. Un estudio encontró que cuando se les compara con sus contrapartes adultos, los adolescentes sin hogar solían ser mujeres y su comportamiento con más probabilidad incluiría promiscuidad, prostitución, embarazo no planificado e intentos de suicidios (Coco y Courtney 1998).

La mayoría de las personas sin hogar tienen historial de algún tipo de abuso. En un examen de personas que estuvieron sin hogar en albergues con sede en comunidades terapéuticas, Jainchill et al. (2000) se determinó que el 84 por ciento de las mujeres y el 68 por ciento de los hombres, habían sido víctimas de abuso físico o sexual. El estudio encontró que era más probable que no tener hogar fuera un episodio y no una constante en la vida de una persona.

Aunque se ha presumido durante mucho tiempo que la incidencia alta de uso de sustancias entre las personas sin hogar, no hay datos definitivos disponibles a este respecto. Algunos de los primeros estudios han sido cuestionados porque usaron medidas de abuso de sustancias de por vida y no actuales. La Coalición Nacional de Personas Sin Hogar (NCH, por sus siglas en inglés, *National Coalition for the Homeless*) concluyó que "no hay un 'número mágico' que suela aceptarse para la frecuencia de trastornos por uso de sustancias entre los adultos sin hogar" (NCH 1999, s.p.). Algunos estudios han encontrado que tanto como dos terceras partes de las personas sin hogar, abusan de alcohol y la mitad usa drogas ilícitas. Las encuestas en albergues encontraron que el 90 por ciento de los residentes abusaba del alcohol y más del 60 por ciento tenía problemas de drogas ilícitas. Los problemas psiquiátricos coexistentes también son comunes entre las personas sin hogar, como también la falta de educación y de destrezas de empleo (Jainchill et al. (2000). (Para más información sobre personas sin hogar vea el TIP por salir Tratamiento de Abuso de Sustancias para Personas con Trastornos Coexistentes (*Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders* ["CSAT" en desarrollo k]).

## Aplicación a la terapia familiar

Las personas sin hogar tienen muchos problemas complejos. Primeramente tienen que considerar sus necesidades humanas básicas como salud, vivienda y seguridad. Muchos hombres y mujeres sin hogar han huido de la violencia doméstica. Las necesidades de servicios sociales y de salud se atienden mejor estableciendo contactos con la red de agencias que proveen servicios para sus necesidades. Conectar a los clientes con agencias de asistencia económica también ayudará a atender el problema de cómo pagar por el tratamiento.

Un terapeuta tiene que abordar el problema de la falta de hogar pronto, ayudar a la familia a encontrar un lugar donde vivir y a solicitar los servicios para los que cualifica. Después de los pasos iniciales, el terapeuta puede evaluar el abuso de sustancias y los factores particulares que han conducido a la pérdida de hogar. La falta de hogar no tiene sólo una causa. El consejero debe identificar fortalezas usando herramientas como perseverancia, creatividad y humor.

Muchas personas sin hogar no tienen un grupo familiar que incorporar en la terapia, aún a partir de las interpretaciones más abarcadoras de *familia*. Tal vez sea imposible reconectar a algunos clientes con la familia de origen que no haya roto lazos debido al abuso de sustancias, enfermedad mental y los problemas relacionados. No obstante, la dinámica familiar continúa siendo una parte integral del funcionamiento hasta de la persona más aislada, y la terapia de una sola persona, puede ser un acercamiento efectivo en el tratamiento para abuso de sustancias si no es posible comunicarse con los miembros de la familia o si no están dispuestos a participar en el tratamiento. A primera vista puede parecer que un genograma familiar brindaría poca información útil, pero construirlo puede ayudar y podría proveer informaciones sorprendentes. No sólo representaría a la familia de origen de la persona, sino también a la familia de su elección, si existiera esa estructura.

Es importante que el terapeuta considere cómo se define la realidad. Por ejemplo, una persona sin hogar puede relatar cómo la expulsó su familia, mientras la familia puede relatar como se fue voluntariamente. El terapeuta necesita examinar estas realidades alternas, aunque la verdad absoluta podría no estar a su alcance. Aún lo que parece ser un hecho obvio (por ejemplo, que la vida de la persona sería mejor si dejara de abusar de sustancias) puede ser difícil de reconocer y aceptar para un individuo.

## Veteranos

Las estadísticas sobre los veteranos y el abuso de sustancias hacen poco más que proveer instantáneas que apuntan a la magnitud del problema y los esfuerzos que se están haciendo para tratarlo. Por ejemplo, en el año fiscal 2000, el Departamento de Asuntos del Veterano (VA, por sus siglas en inglés, *Department of Veterans Affairs*), que provee servicios de salud a los veteranos de la nación, contaron 366,429 clientes diagnosticados con un trastorno por uso de sustancias. En 2000, más de 55,000 veteranos fueron admitidos a centros de tratamiento de abuso de sustancias pagados con fondos públicos (OAS 2003b). Según los estudios del VA, el 76 por ciento de los veteranos sin hogar experimentaron trastornos relacionados con alcohol, drogas o trastornos mentales durante el mes anterior y el 93 por ciento en algún momento de sus vidas. La mayoría de los veteranos sin hogar (98 por ciento) son hombres (Coalición Nacional para Veteranos sin Hogar 2002).

En 2000 el alcohol fue la sustancia principal de abuso (68 por ciento). La cocaína fue la segunda sustancia más usada (15 por ciento) seguida de heroína y opioides (8 por ciento) ("OAS" 2003b).

El trastorno de estrés postraumático por experimentar o presencia un suceso traumático amenazante como combate, actos terroristas, desastres naturales o violencia personal y se caracteriza por un conjunto de síntomas cognitivos-conductuales (por ejemplo, hipervigilancia, evasión y entumecimiento emocional y rememoración del trauma). Los investigadores han reconocido el riesgo elevado de trastorno de estrés postraumático entre las poblaciones de veteranos desde que comenzaron a surgir los estudios sobre los veteranos de la Guerra de Vietnam. Los estudios comparativos de los veteranos de Vietnam y los veteranos de la

Segunda Guerra Mundial y la Guerra de Corea, encontraron que los veteranos de Vietnam eran más propensos a experimentar angustia relacionada con la pérdida de amigos y memorias de brutalidad, mientras que los síntomas de los veteranos de mayor edad por lo general se relacionaban con lesiones físicas o captura (Johnston 2000).

El trastorno de estrés postraumático está asociado con una tasa mayor de abuso de sustancias. Un estudio encontró que el 34.5 por ciento de los hombres y el 26.9 por ciento de las mujeres con historial de "PTSD" reportó abuso o dependencia de drogas o alcohol en algún momento de su vida. Esta tasa compara con la incidencia de abuso de sustancias de 15.1 por ciento y 7.6 por ciento en hombres y mujeres, respectivamente, que no tenían PTSD. Un estrés de cualquier naturaleza es un desencadenador potente del abuso de sustancias y de las recaídas, no sólo debido a los efectos psicológicos del estrés, sino porque ahora entendemos que inicia un proceso biológico que provoca el aumento de ciertos químicos en el cerebro ("NIDA" 2002). Los veteranos que experimentaron violencia doméstica cuando eran niños y luego pasaron por el trauma de una guerra, tienen doble carga.

### ***Aplicación a la terapia familiar***

Hay poca investigación específica de terapia familiar en la población de veteranos. La ruta más común para el tratamiento de abuso de sustancias para veteranos, es el sistema de justicia criminal (incluyendo referidos por conducir intoxicado), en particular para los veteranos menores de 25 años ("OAS" 2001b). Una técnica que puede ser útil para rastrear y cambiar la conducta familiar es el diagrama de ciclos de la conducta familiar. Liepman et al. (1989) describieron esta herramienta como un método para hacer diagramas de los ciclos de conducta repetitiva específicos en etapas de consumo y sin consumo de las familias afectadas por el abuso de sustancias.

El terapeuta puede ayudar al veterano a localizar servicios, incluso beneficios a los que tiene derecho. Los terapeutas necesitan saber dónde se encuentran los centros de veteranos. Si es difícil acceder al tratamiento, podría ser difícil incorporar a la familia.

Un aspecto psicológico que muchos veteranos tienen que enfrentar es la culpa por haber sobrevivido cuando sus compañeros murieron. El tema de niños abandonados también puede ser difícil para los veteranos. Algunos veteranos tuvieron hijos mientras estuvieron en el servicio militar. Por ejemplo, los militares americanos en Vietnam procrearon muchos hijos. El tema de estas familias perdidas con frecuencia suele tenerse que tratar en la terapia familiar. Las sesiones terapéuticas con los veteranos pueden volverse gráficas y terribles. El terapeuta tiene que ser capaz de trabajar con niveles altos de intensidad.

Las esposas de los veteranos, en particular, podrían necesitar apoyo y los grupos de apoyo pueden ser de ayuda. Los hijos tal vez tengan que enfrentar una serie de problemas relacionados con la condición de veterano de su padre/madre. Los terapeutas han observado, por ejemplo, que a medida que los hijos de los veteranos de Vietnam alcanzan la edad que sus padres tenían cuando fueron a la guerra (por lo general rondando los 20 años de edad), los padres comienzan a presionarlos para que aprendan a ser fuertes.

## **6 Aspectos de políticas y programas**

## En este Capítulo...

Consideraciones principales de política

Modelos de planificación de programas

Otras consideraciones de los programas

Dirección de las investigaciones futuras

## Visión General

Este capítulo provee información sobre la importancia de mejorar los servicios que se ofrecen a las familias y discute algunas implicaciones de la política institucional de los programas para unir de manera efectiva la terapia familiar y el tratamiento para abuso de sustancias. Es muy importante en este esfuerzo incluir de personas, grupos u organizaciones claves en el campo de tratamiento de abuso para sustancias y terapia familiar, entre ellos el gobierno federal, las compañías de seguro, personal de línea y ejecutivos de ambas disciplinas, investigadores, consumidores y otros que toman decisiones sobre la provisión de servicios.

Este capítulo también presenta modelos de planificación de programas desarrollados por el panel de consenso y que proveen un marco conceptual para la inclusión general de la terapia familiar en el tratamiento para abuso de sustancias. Estos modelos cubren (1) controversias relacionadas con la educación del personal en relaciones de familia y terapia familiar, (2) educación de la familia en torno a los roles de la familia en el tratamiento y en la recuperación del abuso de sustancias, (3) cómo pueden colaborar los proveedores de tratamiento de abuso de sustancias con los terapeutas de familia y (4) métodos para integrar actividades de terapia familiar en los programas de tratamiento para abuso de sustancias.

Para cada uno de los cuatro modelos de planificación se discuten temas de interés para los administradores de programas de tratamiento para abuso de sustancias tales como, guías de implementación, consideraciones éticas y legales y la evaluación de resultados. En este capítulo también se discuten controversias relacionadas con la adaptación, adiestramiento y supervisión de los consejeros de abuso de sustancias y otro personal y que surgen cuando los programas promueven la atención a los problemas de familia y a las técnicas de terapia familiar.

## Principales consideraciones de las políticas

Aunque muchos consejeros de tratamiento para abuso de sustancias y terapeutas familiares han aprendido a incorporar aspectos de cada uno de los acercamientos de los sistemas, para que este TIP sea instructivo es necesario proceder como si la "terapia familiar" y el "tratamiento para abuso de sustancias" hubiesen coexistido hasta ahora en un aislamiento total y como si cada uno de estos campos pudiese reducirse a un conjunto limitado y específico de técnicas, acercamientos, actitudes y puntos de vista. El lector debe tener presente que aquí brindamos una presentación muy simplificada y que el traslape entre la práctica y los dos campos probablemente sea mucho mayor que la separación artificial que ofrecemos aquí como medio para presentar las inquietudes principales de la política dominante. Con esta advertencia en mente, la fusión de las técnicas de terapia familiar y los tratamientos para abuso de sustancias, merecen que se consideren tres interrogantes de primer orden:

- ¿Cuándo es apropiada la terapia familiar?
- ¿Qué opciones de financiamiento y reembolso existen para las modalidades de familia?
- ¿Qué rol juega el sistema de justicia criminal al exigir tratamiento para abuso de sustancias con enfoque familiar?

## Retos al integrar la terapia familiar y el tratamiento de abuso de sustancias

Existe bastante evidencia para apoyar los tratamientos que utilizan el poder de la familia y de la comunidad, pero al mismo tiempo la integración de una modalidad diferente, con sus valores propios y particulares, puede ser un reto para un programa de tratamiento. Esto puede explicar en parte por qué muchos programas de tratamiento para abuso de sustancias han tardado tanto en integrar el acercamiento basado en fortalezas, que es esencial para trabajar efectivamente con las familias.

El mayor obstáculo en la fusión efectiva de las dos disciplinas es la identificación de los valores subyacentes de cada acercamiento y determinar qué alternativas son las más efectivas. Los diferentes valores asociados a las formas anteriores de tratamiento para abuso de sustancias y terapia familiar, tienen implicaciones importantes al combinarse las dos disciplinas en el futuro. Estas implicaciones afectarán todo el espectro organizativo. Por tanto, aunque la incorporación de la terapia familiar al tratamiento para abuso de sustancias representa una oportunidad para mejorar el status quo, también constituye un reto para que dos modalidades diferentes reconozcan, delinee y, posiblemente reconcilien sus perspectivas diferentes. En un nivel básico, por ejemplo, las agencias pueden desarrollar planes comunes de acción basados en investigaciones sustentadas por la evidencia y metas que aseguren mejores resultados para el cliente. Estos planes pueden desarrollarse siguiendo el modelo de cuatro niveles descrito en el Capítulo 4, que guía el desarrollo de diferentes niveles de participación familiar.

Otra implicación importante de una política sobresaliente, señalada por O'Farrell y Fals-Stewart (1999), es que la terapia familiar requiere adiestramiento y destrezas especiales que no se suelen encontrar entre el personal de muchos programas de tratamiento para abuso de sustancias. Un programa de tratamiento para abuso de sustancias comprometido con la terapia familiar, tendrá que considerar los costos relacionados con proveer un adiestramiento abarcador al personal de línea y de supervisión para asegurar que todos entiendan, apoyen y refuercen el trabajo del terapeuta de familia.

Para que un enfoque de terapia familiar tradicional sea exitoso, es necesario considerar cómo tratan a los clientes todas las personas que trabajan con el programa y sus familias. Se tiene que examinar el programa de abuso de sustancias en su totalidad para asegurarse de que las ideas que se adoptan durante la terapia familiar se integren completamente en todos los aspectos del programa, incluyendo formularios, políticas, procedimientos y declaración de misión. Es más, puede ser necesario resolver otros problemas al proveer algún nivel de involucración o terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias. Por ejemplo:

- Los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias y los terapeutas familiares a veces tienen metas diferentes.
- Aunque los estudios recientes han apoyado ciertos tipos de tratamientos con base familiar para ciertos tipos de grupos de clientes/familias las investigaciones para apoyar la integración de la terapia familiar clásica en el tratamiento para abuso de sustancias no son definitivas.
- Deberán reconciliarse intereses y estándares encontrados sobre la confidencialidad.

En vista de la complejidad de incorporar la terapia familiar en gran escala y sistemáticamente en el tratamiento para abuso de sustancias y de que muchos programas de tratamiento de abuso de sustancias cuentan con recursos finitos, limitar el tratamiento a solo la participación de la familia puede representar una alternativa atractiva. La involucración familiar y la terapia familiar son dos puntos en un continuo y en lugar de completamente distintos.

### **¿Cuáles son las opciones de financiamiento y reembolso disponibles para las modalidades de familia?**

La reducción de gastos y de los beneficios de salud pública asociados con la terapia familiar documentados, apoya la idea del reembolso (O'Farell y otros, 1996a, b). Sin embargo, como en el sistema de tratamiento de sustancias, el sistema de seguros de salud norteamericano se centra en el cuidado del individuo. Hay poco o ningún reembolso disponible para el tratamiento de los miembros de la familia, mucho menos, si la "familia" se define en su aspecto más amplio e incluye la red de apoyo extrafamiliar del cliente. Por ejemplo, la terapia familiar es un gasto cubierto por Medicare cuando la ofrece un proveedor de salud mental de Medicare, licenciado y certificado, pero el sistema no certifica los terapeutas familiares, y por lo tanto, no son reembolsados por Medicare. Con Medicaid, que es administrado por los estados, las políticas de reembolso varían. De igual manera, la Ley de la Educación Primaria y Secundaria, no reconoce a los terapeutas familiares como proveedores certificados de servicios de salud mental o abuso de sustancias.

Si una familia interesa recibir servicios y el cliente no está dispuesto a participar, no se debe excluir a la familia. Idealmente, los miembros de la familia deberían poder recibir servicios apropiados, si los solicitan. ¿Qué debe cambiar para que las familias puedan recibir esos beneficios? ¿Quién financiaría un proceso más inclusivo? Se tienen que resolver las barreras conocidas que interactúan —reembolsos y actitudes— a fin de integrar más a las familias en el proceso de tratamiento. No importa el contexto de la terapia familiar, si la política de los estados y de las compañías aseguradoras es no reembolsar el servicio, entonces las discusiones sobre las políticas tienen que desarrollar procesos para eliminar esa barrera. La evidencia reciente en cuanto a la efectividad de la participación familiar, así como la evidencia clínica e investigativa que apoya la terapia familiar en el tratamiento para abuso de sustancias (Liddle y otros 2001; Staton y Shadish 1997), eventualmente puede conducir a los financiadores a cambiar los sistemas de pago e incluir a las familias.

## ¿Qué rol juega el Sistema de Justicia Criminal al ordenar tratamiento para abuso de sustancias con un acercamiento familiar?

El sistema de justicia criminal es una fuente principal de referidos para tratamiento de abuso de sustancias, en particular para personas de bajos ingresos. Estos referidos legalmente impuestos por medios legales, tienen una influencia poderosa que afecta el proceso de tratamiento de manera significativamente. Los proveedores deben estar preparados para atender varias situaciones: Si un programa de tratamiento requiere la participación de un miembro de la familia y el cliente rehúsa involucrarlo o si el episodio de tratamiento no tiene éxito, ¿qué consecuencias tiene para el cliente y la familia? ¿Qué pasa si se diseña un acercamiento basado en la familia y la familia no asiste? ¿Se castiga al cliente? Si no se prevén estas preguntas ni se contestan adecuadamente, el resultado puede ser un daño en lugar de una ayuda para el cliente y/o la familia.

Existe bastante evidencia para apoyar los tratamientos que utilizan el poder de la familia y de la comunidad.

## Modelos de planificación de programas

Incluir aspectos de terapia familiar en los ambientes del tratamiento para abuso de sustancias, a cualquier nivel de intensidad, requiere un esfuerzo sistemático y continuo. Los cuatro modelos de planificación de programas incluidos en esta sección —educación del personal, educación y participación familiar, colaboración del proveedor e integración familiar— fueron desarrollados por el panel de consenso y proveen un marco de trabajo para los administradores y personal/consejeros de programas. El marco de trabajo identifica los siguientes asuntos claves: guías de implementación, aspectos éticos y legales, evaluación de resultados, adaptación de consejería y adiestramiento y supervisión. Algunos programas podrían estar limitados y tener que educar al personal sobre la terapia familiar y cómo se relacionan los problemas familiares con el abuso de sustancias, el tratamiento y la recuperación.

La meta de educar al personal sobre la terapia familiar y temas de familia es aumentar su toma de conciencia, en cuanto al rol de la involucración familiar en el abuso de sustancias, su tratamiento, recuperación y recaída.

Muchos programas ya involucran a las familias en el proceso de tratamiento en cierta medida, y éstos tal vez quieran promover la educación continua del personal sobre terapias familiares y aumentar o mejorar las formas en que las familias participan en el programa de tratamiento de abuso de sustancias y en el cuidado continuo. Un programa podría decidir crear o ampliar su colaboración con los proveedores de terapia familiar y otras agencias de servicios sociales. Aunque la integración de la terapia familiar al tratamiento para abuso de sustancias puede requerir una inversión significativa de tiempo y recursos, el panel de consenso espera que los programas de tratamiento puedan usar los modelos de integración sugeridos para facilitar esos cambios.

## Educación de personal

La meta de educar al personal sobre la terapia familiar y temas de familia es aumentar su toma de conciencia (y, por lo tanto, del cliente) en cuanto al rol de la involucración familiar en el abuso de sustancias, su tratamiento, recuperación y recaída. Un resultado de las actividades de educación del personal debe ser aumentar el conocimiento del personal en cuanto a la familia como una unidad y la influencia del entorno ecológico donde ocurre el abuso de sustancias. El personal administrativo y clínico debe ser el primero en apoyar que se obtenga conocimiento sobre la terapia familiar y los cambios programáticos diseñados para integrar o mejorar la provisión de tales servicios a los clientes y sus familias. Este personal tiene que demostrar que valora estos conocimientos y actividades y que está dispuesto a comprometer los recursos necesarios de forma continua.

### *Aspectos para administradores de programas de tratamiento para abuso de sustancias*

Los administradores de programas tienen que calcular el esfuerzo y apoyo requerido para desarrollar actividades educativas sobre asuntos de familia para su personal. Cuando la agencia u organización no cuente con recursos internos, podría ser mejor indagar si su personal conoce de recursos en la comunidad y/o proveedores específicos que podrían considerarse para las actividades educativas. No hay duda de que los administradores de programas necesitarán sopesar la compatibilidad de los puntos de vista de los que tengan los conferenciantes externos del modelo de familia en cuanto a la adicción en comparación con el punto de vista y los recursos del programa de tratamiento de abuso de sustancias. Aunque no es necesario que todos los conferenciantes externos de terapia familiar tengan un punto de vista idéntico sobre el abuso de sustancias y su tratamiento, el administrador de programa quizás deba reflexionar cómo atender aspectos relacionados con puntos de vista en conflicto. Los administradores necesitan estar conscientes de los costos; algunas veces no hay recursos disponibles o pueden ser costosos, en particular en áreas donde hay un acceso limitado al cuidado.

En algunos lugares puede haber muchas actividades educativas a bajo costo o hasta gratuitas relacionadas con la familia y la terapia familiar, desde cursos universitarios hasta presentaciones ofrecidas durante la noche por diferentes organizaciones de la comunidad. En otros lugares el acceso a presentaciones directas puede ser mucho más difícil y costoso y los administradores de programas pueden procurar recursos electrónicos de aprendizaje a distancia. Un buen lugar para comenzar es este TIP y otros recursos estatales y federales, como los Centros Regionales de Transferencia de Tecnología en Adicción (ATTC, por sus siglas en inglés, *National Addiction Technology Transfer Centres* [www.nattc.org](http://www.nattc.org)) que reciben fondos del Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias (CSAT, por sus siglas en inglés, *Center for Substance Abuse Treatment*).

Aunque es improbable que haya aspectos legales o éticos relacionados con proveer educación sobre temas de familia a los consejeros o al personal de abuso de sustancias, la mejor práctica en términos de acreditación es preguntar a las agencias acreditadas o de certificación. Esto confirmará que los profesionales contratados por la agencia estén acreditados y tengan la experiencia y el adiestramiento que se indican en el currículo de la persona. En cuanto a la evaluación de resultados, muchos presentadores tienen sus propios cuestionarios para el principio y el final, para demostrar que los participantes hayan obtenido cierta información de la presentación. Algunos organismos acreditadores requieren un componente de evaluación en el programa para que una presentación sea elegible para créditos de educación continua. De

igual o tal vez mayor importancia, son los mecanismos formales o informales para obtener los avalúos por parte de los participantes en las actividades educativas.

Por último, se tendrá que dedicar tiempo y atención para ayudar al personal a asimilar la educación de terapia familiar que reciban, en particular en términos de su nivel de entendimiento sobre las implicaciones del adiestramiento en la consejería y tratamiento. En este sentido, el personal podría estar preocupado con la cantidad de adiestramiento y supervisión necesaria para aplicar las técnicas descritas o sugeridas. Una vez más, los recursos para atender estas preocupaciones podrían estar disponibles internamente, en la comunidad o mediante educación a distancia. El diseño de un conjunto de actividades educativas y de adiestramiento que permitan que el personal logre sus diferentes requisitos educativos y la compensación del tiempo adicional que deban dedicar a este esfuerzo, son formas importantes de apoyar el interés y la valoración que los empleados dan a las actividades educativas de terapia familiar. Proveer oportunidades de supervisión continua podría ser una forma poderosa de comunicar el compromiso del programa con las familias y con el rol de la familia en el tratamiento y la recuperación y de mostrar el compromiso del personal para familiarizarse con nuevas técnicas y enfoques.

### *Aspectos para el personal y adiestradores*

La experiencia del personal del centro de tratamiento, desde los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias hasta los supervisores, enfermeras y médicos, probablemente tenga trasfondos diferentes en términos de su familiaridad con aspectos de familia y/o terapia familiar. Por tanto, las actividades educativas necesitarán ser apropiadas para los participantes. Muchos consejeros de tratamiento para abuso de sustancias estarán familiarizados con el "modelo de enfermedad familiar" del abuso de sustancias. El grado de familiaridad puede variar desde estar familiarizado con cierta terminología hasta usar el modelo de enfermedad familiar en el tratamiento de abuso de sustancias grupal e individual, incluyendo la participación familiar. Algunos consejeros o personal estarán adiestrados y familiarizarse con uno o más sistemas de tratamiento de terapia familiar.

Además de ser sensibles al nivel de familiaridad del personal con el material, los adiestradores también tienen que entender y ser sensibles a la cultura de los empleados. El adiestrador es responsable de adaptar el material para que el personal lo pueda entender, así como de desarrollar nuevas estrategias de enseñanza. Es posible que el personal no tenga los conocimientos básicos para adaptar el nuevo material y podría necesitar ayuda para entender la aplicabilidad y utilidad de esta información a sus poblaciones y culturas.

### **Educación y participación familiar**

Muchas facilidades de tratamiento para abuso de sustancias ofrecen "consejería familiar" como parte de las terapias empleadas por el programa de tratamiento (Oficina de estudios Aplicados 2002a). Sin embargo, la naturaleza de esta consejería familiar puede variar ampliamente entre facilidades o proveedores de tratamiento. El panel de consenso reconoce que algunos programas de tratamiento tal vez no incluyan limiten la involucración familiar y otros programas pueden el grado de involucración familiar. El enfoque del panel de consenso es en la educación e involucración familiar informada con toda la información disponible sobre terapia familiar y las posibilidades presentadas en este TIP. Por consiguiente, la educación y participación familiar hacen hincapié en la importancia de la familia en el tratamiento para abuso de sustancias y exigen cambios en el proceso de avalúo de admisión, educación familiar, adiestramiento y volumen de casos para los consejeros, aspectos de confidencialidad y medidas especiales de seguimiento y de resultados.

El avalúo es uno de los componentes principales de cualquier programa de tratamiento de abuso de sustancias. Cuando se centra en las familias, un instrumento de avalúo genera datos que pueden ayudar al profesional a identificar recursos en la familia que puedan contribuir al éxito del tratamiento. La recopilación de datos sobre la familia del cliente tiene varios fines:

- Produce una historia familiar más completa y tal vez más precisa.
- Representa una oportunidad para confirmar y aclarar información sobre el cliente.
- Puede proveer discernimiento sobre el contexto en que el abuso de sustancias ocurre con mayor frecuencia y dónde puede haberse originado o acelerado.
- Establece el tono para un enfoque continuo en la familia.
- Identifica recursos familiares para contribuir a planificar el cuidado a largo plazo.
- Documenta información específica que puede determinar las metas del tratamiento.

La importancia de aumentar la involucración familiar puede reiterarla el personal. Las siguientes preguntas promueven una mayor discusión sobre la dinámica e involucración de la familia y enfatizan un modelo basado en fortalezas. Sin embargo, el personal debe tener cuidado de no pedir detalles que el cliente perciba como un interrogatorio. Ejemplos:

- ¿Quién puede proveerle apoyo durante el tratamiento?
- ¿Conoce a alguien que no use sustancias y que pueda apoyarlo?
- ¿Quién le ha ayudado más en el pasado?
- Hábleme de un lugar seguro que tenga para vivir.
- ¿Quién cuida de sus hijos mientras recibe tratamiento?
- ¿Alguien en su familia usa sustancias?
- ¿Alguien en su familia está en recuperación por abuso de sustancias?
- ¿Han notado los miembros de la familia una reducción en su uso de sustancias?
- ¿Cómo reaccionaría su familia si usted se recupera del abuso de sustancias?
- ¿Qué opina su familia de que esté aquí? ¿Les ha informado? ¿Por qué?
- ¿Es una parte importante de su vida familiar el uso de sustancias?
- ¿Quiénes en su familia tienen empleo? ¿Quiénes asisten a la escuela?
- ¿Quién fue la última persona de su familia que le vio llorar?
- ¿Dónde cenó usted el domingo pasado?

La educación familiar procede a través de un continuo que incluye estrategias como: proveer acceso a la Internet, referidos informales, oportunidades educativas y materiales impresos como folletos, videocintas y libros de referencia. Algunas herramientas pueden ayudar a las familias a entender su importancia en el tratamiento de abuso para sustancias. Los genogramas modificados, por ejemplo, ayudan a las familias a entender el abuso de sustancias desde la perspectiva de su historia hasta el contexto más amplio de la vida de los clientes (refiérase al Capítulo 3 para más información sobre genogramas). Otro ejemplo incluye los grupos psicoeducativos, que pueden centrarse en las fortalezas familiares y ayudar a las familias a cambiar los patrones comunes de conducta que podrían contribuir a los conflictos. Una perspectiva de terapia familiar basada en fortalezas puede ayudar a las familias a aprender destrezas que les permitan resolver conflictos e identificar sentimientos o pensamientos comunes relacionados con el abuso de sustancias y las familias. La psicoeducación puede realizarse en grupos que atiendan a varias familias en una sesión, que hace que este acercamiento sumamente costo-efectivo. Desde la perspectiva clínica, los grupos de psicoeducación podrían aumentar la sensación de apoyo de la familia y reducir el estigma dentro y entre las familias.

La involucración de la familia en el tratamiento puede interpretarse también como un continuo basado en el nivel de experiencia y adiestramiento que deberá tener el personal para poder

implementar actividades familiares durante el tratamiento. Desde la perspectiva de los procesos de tratamiento, la introducción de actividades familiares requiere ajustes en las actividades y orientación del programa tradicional. Un mínimo de actividades familiares, como la construcción de un genograma, requiere que los consejeros tengan algún adiestramiento y prácticamente no exigen cambios en ningún otro aspecto del programa de abuso de sustancias. Las técnicas de terapia familiar que requieren un examen a fondo de las influencias y condiciones de la comunidad para recompensar las actividades de la recuperación, pueden requerir un adiestramiento significativo del personal, cambios importantes en la programación y cambios en las relaciones entre el personal del programa y los recursos comunitarios.

## Aspectos para administradores de programas de abuso de sustancias

### *Adiestramiento de consejeros y cantidad de casos*

Si los consejeros mejoran sus destrezas y son capaces de hacer trabajo clínico más complicado con las familias, esta ampliación de su rol de consejero implicará una mayor carga para ellos. Trabajar con las familias aumentaría el tiempo clínico con cada cliente, de manera que podría tenerse que ajustar el número de casos atendido por el consejero, en particular si consideramos que trabajar con familias en ocasiones puede conllevar una carga emocional fuerte. Se necesita considerar cómo evitar el desgaste del personal y se deberá monitorizar el aumento de estrés relacionado con más adiestramientos, más información y otras consideraciones.

### *Confidencialidad*

Los administradores de programas deberán considerar con detenimiento los aspectos de consentimiento informado y confidencialidad. Lo ideal sería que los clientes en tratamiento para abuso de sustancias firmaran formularios de consentimiento informado, indicando su conocimiento de los posibles riesgos y beneficios de las actividades del programa de familia y que los miembros de la familia (incluyendo niños, cuando aplique) también firmen estos formularios. Los formularios de consentimiento informado pueden describir en detalle, por ejemplo, las responsabilidades del personal con respecto a los requisitos legales de proveer información (como abuso de ancianos, maltrato o negligencia infantil, enfermedades infecciosas y su deber de proveer advertencias dependiendo de las leyes aplicables al estado o localización y la legislación federal). Además, se pueden incluir advertencias separadas sobre confidencialidad, de manera que los clientes y sus familias entiendan y acepten que todos reconocen la pérdida de confidencialidad que resulta cuando las familias se reúnen en grupo.

La educación familiar procede a través de un continuo que incluye estrategias como: proveer acceso a la Internet, referidos informales, oportunidades educativas y materiales impresos.

Con respecto a la confidencialidad, tiene que cumplirse estrictamente con todas las leyes de confidencialidad, incluyendo los requisitos específicos de divulgación de información. Los centros de tratamiento para abuso de sustancias son responsables de asegurar que los proveedores de tratamiento y los proveedores externos entiendan los requisitos estrictos de confidencialidad establecidos por las leyes federales, estatales y de ética profesional en el campo del abuso de sustancias. Por ejemplo, si no se aclaran estos aspectos, los miembros de la familia pueden considerar que las hojas de registro constituyen una violación de su

confidencialidad. Si los miembros de la familia firman una bitácora en orden secuencial, el programa divulgará, de forma ilegal, al paciente B que el paciente A recibe tratamiento. Estos aspectos se vuelven particularmente complicados cuando un cliente identifica como "un miembro de su familia" a una persona que no guarda relación consanguínea o legal con él o ella o cuando desea incluir a amigos o compañeros de trabajo.

## *Resultados*

La evaluación de los beneficios e inconvenientes de las actividades educativas familiares y formas nuevas para incorporar técnicas familiares en el proceso de tratamiento puede ser cualitativa o cuantitativa, sencilla o compleja. Convendría a muchos administradores de programas considerar el uso de cuestionarios sencillos y sesiones de retroalimentación; algunos administradores podrían querer aplicar métodos de análisis más intensivos que usen grupos focales y técnicas de medición del desempeño desarrolladas por expertos externos. Estas mediciones de desempeño podrían incluir un cambio en el porcentaje de clientes que aceptan que sus familias participen en el tratamiento, un aumento en el número de contactos entre los consejeros y los miembros de la familia, monitorizar el número de solicitudes de materiales gratuitos del programa relacionados con la familia y el tratamiento y un sinnúmero de otras posibilidades.

## *Aspectos para el personal y los adiestradores*

Los aspectos de adiestramiento y supervisión son similares a los que surgen con la educación del personal, pero estas consideraciones pueden alcanzar un nivel mayor de intensidad. Estar educado en aspectos familiares y terapia familiar podría implicar ciertos cambios y expectativas sobre la conducta de los consejeros, mientras que incluir la educación familiar y la involucración familiar en el proceso de tratamiento aumenta considerablemente las responsabilidades y las expectativas que tenemos de los consejeros. Se pretenderá que los consejeros y otro personal sepan más, que aclaren matices a los miembros de la familia y que incorporen cualesquiera actividades nuevas del programa familiar en su estilo general y acercamiento de tratamiento. En este nivel de participación familiar, los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias requerirán un grado significativo de adiestramiento y supervisión. Las asociaciones profesionales del personal pueden proveer dirección en términos del trasfondo o educación que se requiera o sugiera para cumplir con estándares aceptables; y claro está, las organizaciones que tradicionalmente incluyen modalidades de terapia familiar, suelen tener currículos estándares y requisitos de adiestramiento que suelen promover.

Esta colaboración entre proveedores asegurará referidos de alta calidad, alcance efectivo y asociaciones significativas con otros recursos de la comunidad.

## **Colaboración entre Proveedores**

La colaboración va más allá de hacer referidos, ésta implica que el programa de tratamiento para abuso de sustancias y la agencia de servicios sociales familiares, hayan establecido una relación continua para que el tratamiento ofrecido en la agencia proveedora se comunique e influya en el curso de tratamiento o los servicios de la otra. Esta colaboración entre proveedores asegurará referidos de alta calidad, alcance efectivo y asociaciones significativas con otros recursos de la comunidad. Estas relaciones deben fomentar la participación de la familia tanto en los servicios de abuso de sustancias como en otros servicios orientados en la familia. Claro está, determinar qué es lo que una familia necesita es una decisión familiar y no del proveedor de tratamiento para abuso de sustancias. Desde esta perspectiva, el proveedor fomenta el apoderamiento de la familia para que determine su propia dirección.

En vista de las complejidades del consentimiento informado y de confidencialidad que surgen al añadir la educación familiar en la oferta de un programa, desarrollar relaciones colaboradoras con agencias de terapia familiar y otras agencias relacionadas no es una tarea fácil. El personal deberá estar informado sobre modelos y servicios de tratamiento que integren la familia y familiarizado con los recursos comunitarios. Parear los recursos de varios proveedores con las necesidades de la familia y proveer a la familia información sobre las ventajas y las desventajas de las diferentes alternativas, exigirá que la agencia de tratamiento para abuso de sustancias tenga una perspectiva comunitaria firme y un compromiso con los recursos.

### *Aspectos para los administradores de programas de tratamiento para abuso de sustancias*

Se necesita proporcionar recursos para monitorizar y asegurar que se establezcan referidos de alta calidad, promoción y asociaciones en la agencia y en la comunidad. Algunos ejemplos de estos recursos son:

- Sesiones de educación familiar donde las familias puedan aprender más sobre el abuso de sustancias y la involucración familiar.
- Un sistema abarcador de referidos que facilite la participación de familias y clientes en actividades terapéuticas familiares basadas en el tratamiento.
- Un consentimiento informado más amplio, que será necesario con frecuencia.
- Educar al cliente y a la familia sobre los beneficios y retos de usar un proveedor o servicio en particular; los clientes deben entender las relaciones entre los sistemas de servicios. Además, los administradores de programas tal vez deban desarrollar "relevos de responsabilidad" para los clientes, de manera que entiendan que una agencia de tratamiento para abuso de sustancias no puede hacerse responsable de las acciones del personal de otra agencia o de sus políticas.

En muchos casos se puede desarrollar un convenio escrito que ayude a aclarar y guiar las relaciones entre las partes. La coordinación de esfuerzos incluye la involucración activa del personal de abuso de sustancias en el proceso terapéutico y un contacto continuo con el terapeuta familiar en la agencia externa. La comprensión en detalle de los procesos y protocolos de la otra parte, así como un convenio escrito detallado, pueden ayudar a evitar redundancias y mejorar la calidad del servicio. Por ejemplo, si ambos programas ciernen los problemas de salud mental, coordinar los procesos de cernimiento evitará la duplicación y la confusión innecesaria de los clientes, en particular si los procesos diferentes producen otros resultados. Otro ejemplo es cómo los convenios escritos establecen responsabilidades diferentes para la provisión de servicios sin cita y como respuestas a las crisis.

Para asegurar un flujo de comunicación apropiado para poder cumplir con los retos de coordinar las actividades de los proveedores, los administradores de programas se enfrentan a la asignación de recursos del personal a una variedad de tareas, desde la coordinación de la documentación e información hasta conferencias y presentaciones conjuntas. Puede designarse un coordinador de colaboración con el proveedor, tal vez como parte de los deberes de garantía de calidad, o una plaza que implemente, monitorice, evalúe, supervise, actualice y eduque al personal sobre las relaciones con otros proveedores. Debe asignarse al personal deberes relacionados con los esfuerzos de adiestramiento cruzado y participan en las juntas o comités de otras agencias o en esfuerzos entre varias agencias.

Los administradores de programas deberán considerar también otros costos, así como el desgaste de los recursos debido a sus responsabilidades de colaboración con otros proveedores. La confidencialidad y el consentimiento informado son temas que se repetirán una y otra vez, ya sea en términos de cómo manejar los grupos de formularios del tratamiento en la otra agencia o cómo tratar los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés, *Health Insurance Portability and Accountability Act*) -para más información sobre HIPAA visite el siguiente sitio Web: [www.hhs.gov/ocr/hipaa](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa)-. Otras consideraciones podrían incluir políticas para los que no sean clientes y estén en la facilidad de tratamiento, consideraciones de espacio, seguridad, consideraciones de seguros para que la protección contra responsabilidad continúe vigente, así como aspectos de reembolso.

La evaluación y la medición de resultados sigue siendo un reto para los administradores; sin embargo, la colaboración entre los proveedores puede que ofrezca oportunidades para usar instrumentos desarrollados por otros proveedores, para obtener retroalimentación de otros profesionales y para ofrecer a los clientes la oportunidad de expresar su opinión a un tercero neutral cuando una agencia haga una encuesta con los clientes sobre su opinión de la otra agencia. Los supervisores de las agencias probablemente estén interesados en conocer la opinión que tiene el personal de la otra agencia. Las siguientes preguntas de evaluación pueden hacerse en cualquier escenario que implique referir familias a otras agencias:

- ¿Qué miembros de la familia realmente irán a la otra agencia que fueron referidos?
- ¿Qué le agrada a la familia de ir a la otra agencia?
- ¿Qué aspectos del tratamiento de la otra agencia consideran que son beneficiosos?
- ¿Qué provee la otra agencia que esta agencia también provee?

### *Aspectos del personal y de los adiestradores*

El personal de las dos agencias puede ampliar sus conocimientos sobre la educación en abuso de sustancias y los recursos que existen en la comunidad para las familias. El personal debe estar informado sobre modelos de tratamiento de involucración familiar y proveer información usando recursos adicionales para establecer confianza entre los miembros de la familia. Probablemente se solicite a los supervisores que ayuden al personal a acomodar los cambios y la información nueva generada a través de la colaboración con otros proveedores.

El personal debe aprender a evitar la "división", es decir, cuando el cliente considera que un proveedor es "bueno" y el otro es "malo", con la intención implícita de lograr que el proveedor "bueno" apoye la posición de que el otro proveedor es incompetente, ineficaz o corrupto. A veces como variante de la triangulación, el resultado de la división suele ser que el cliente se molesta o trata de usar la división para evitar la responsabilidad por su conducta o las consecuencias. En cualquier caso, el personal se beneficiará de estar tan bien informado como pueda sobre los detalles de los programas y recursos de los proveedores colaboradores, en

particular en los aspectos de competencia cultural. Por ejemplo, puede ser importante saber en qué medida un proveedor colaborador puede proveer acomodo para personas con incapacidades, desde baños accesibles hasta asistencia tecnológica.

## *Recomendaciones de colaboración*

### *Adiestramiento recíproco*

En términos generales, hay una escasez de: (1) profesionales bien adiestrados en tratamiento para abuso de sustancias, (2) profesionales bien adiestrados de tratamiento para abuso de sustancias capacitados en asuntos de familia y (3) terapeutas familiares bien adiestrados y competentes en técnicas tradicionales de tratamiento para abuso de sustancias. La integración de la terapia familiar en los programas de tratamiento para abuso de sustancias tendrá que atender esta escasez, meta que puede lograrse, al menos en parte, mediante el adiestramiento cruzado. La necesidad de adiestramiento cruzado tendrá que atenderse también en el sistema educativo. Requerir una variedad de trabajo con cursos modulares capacitará a los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias como a los terapeutas familiares para que estén mejor equipados para atender problemas por abuso de sustancias y de salud mental.

Aunque idealmente los consejeros estarían bien adiestrados tanto en terapia familiar como de tratamiento para abuso de sustancias, ese ideal probablemente continuará siendo la excepción y no la regla. Los terapeutas familiares sin duda pueden obtener un poco de adiestramiento en tratamiento de abuso de sustancias, en particular en las áreas de cernimiento, avalúo, aumento de la motivación y prevención de recaídas, así como en acercamientos específicos como terapia conductual cognitiva o programas de 12-Pasos. Tal vez los cuatro niveles de integración familiar sugeridos en el Capítulo 4 puedan acomodar un acercamiento de adiestramiento para consejeros de tratamiento para abuso de sustancias orientado en la familia con varios niveles de adiestramiento. Además, muchas técnicas de terapia familiar, como contarse historias familiares, pueden ser de suma importancia en el proceso de comprometerse con el tratamiento para abuso de sustancias.

### *Asociaciones*

El cambio del individuo a la familia en el tratamiento para abuso de sustancias necesitaría colaboración, asociaciones y financiamiento conjunto en todos los niveles. En julio de 2002 se anunció un esfuerzo de este tipo con la participación del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Departamento de Asuntos del Veterano, que se asociaron con el fin de terminar con el problema crónico de las personas sin hogar en un término de 10 años (U.S. HUD 2002). Las colaboraciones como ésta recalcan cómo el gobierno federal ha comenzado a reconocer y atender la fragmentación, duplicación y aislamiento que hay dentro y entre las agencias, un modelo que podría aplicarse al área de terapia familiar/tratamiento para abuso de sustancias.

*En la comunidad.* Un modelo de asociación capacitadora es una colaboración basada en el consumidor que incorpora las perspectivas de la comunidad en el desarrollo de programas de tratamiento para abuso de sustancias. La inclusión de las perspectivas de los miembros de la comunidad, puede aumentar su compromiso como participantes claves, involucrarlos en su propio cuidado y reducen los niveles de oposición al tratamiento para abuso de sustancias.

Valida intrínsecamente el proceso mediante el cual las comunidades escuchan a sus miembros y desarrollan sentido de confianza. La Bodega de la Familia (refiérase al Capítulo 4, para una descripción más detallada) fue el primer centro de tratamiento aceptado unánimemente por la junta comunitaria de la parte sureste de la Ciudad de Nueva York. Se realizaron más de 200 reuniones con miembros de la comunidad y de la policía, la junta de probatoria, el ayuntamiento y proveedores de la comunidad, estos resultados se usaron para iniciar el programa. Este proceso permitió la creación de un sistema innovador de intervención que las personas quieren y usarán, y no impone un modelo de terapia familiar de clase media o un acercamiento "de un tamaño uniforme para " a la comunidad que sirve.

Está por verse si un modelo que transfiere el poder al consumidor provee datos de resultados o de impacto confiables, aunque si permite que las comunidades adapten intervenciones con impacto positivo. Los grupos focales y otros métodos se usan para comprometer a las comunidades y para aprender cómo usan o no usan las personas los servicios. Una de las preocupaciones principales previsión es que con frecuencia en un foro abierto los participantes pueden decir qué quieren, pero luego no usan el servicio. Corresponde al jefe de la agencia validar al consumidor y trabajar desde la perspectiva de que se trata de un movimiento dirigido por la comunidad y no por profesionales. Incluir las voces de los consumidores se afirma la validez del programa y se altera el paradigma tradicional, a la vez que se escuchan las voces de los proveedores de abuso de sustancias, terapeutas y otros participantes claves. Un beneficio adicional es que el movimiento dirigido por consumidores es una estrategia que puede integrar a los legisladores y sentar las bases para cambios en las políticas del tratamiento para abuso de sustancias y la integración familiar con sede en la comunidad.

*En el lugar de trabajo.* El lugar de trabajo es otra área para posibles asociaciones para la terapia familiar y el tratamiento para abuso de sustancias. Muchos programas de asistencia para empleados conocen y refieren a terapeutas familiares que también son conocedores del abuso de sustancias. La investigación continua que han hecho los programas de asistencia para empleados, en torno a la efectividad de esos referidos y episodios de tratamiento, puede estimular a otros a incluir la participación familiar en grado mayor en el tratamiento para abuso de sustancias.

En cualquier caso, el personal se beneficiará de estar tan bien informado como pueda sobre los detalles de los programas y recursos de los proveedores colaboradores.

Un aspecto secundario de este tipo de acuerdo, es la necesidad potencial de grandes cantidades de personas adiestradas para trabajo con integración familiar o sistemas de terapia familiar. Por ejemplo, si el número de familias atendido en el Nivel 4 del modelo tratado en el Capítulo 4 aumenta, tal vez no haya suficientes clínicos bien adiestrados para proveer esos servicios. Así mismo, deben designarse competencias para guiar el adiestramiento en temas de familia, terapia familiar general y terapia familiar para tratar el abuso de sustancias.

## **Integración familiar**

Los programas con un nivel de funcionamiento ideal, son completamente funcionales y competentes culturalmente en sus operaciones, políticas, procedimientos y acercamientos filosóficos mientras se identifican con la terapia familiar en el tratamiento para abuso de sustancias. A este nivel, hay infraestructura, financiamiento y recursos humanos adecuados

disponibles para implementar y sostener el proyecto integrador. Las actividades del programa se basan en las fortalezas de las familias y en una perspectiva mejorada de la familia como influencia y recurso positivos. Cuenta con apoyo social, individual y familiar para mejorar la dinámica familiar y prevenir la recaída.

A este nivel, se promueve una "cultura familiar" que incluya ciertos principios sobre las familias y el tratamiento para abuso de sustancias a través de la organización y en las interacciones con los clientes. Los programas totalmente integrados tienen múltiples patrones de asignación de personal y cuentan con personal clínico educado, adecuado y competente en el tratamiento para abuso de sustancias y la terapia familiar. Estos programas también cuentan con personal clínico adiestrado en la importancia de la involucración familiar en el tratamiento para abuso de sustancias. Todo el personal clínico tiene adiestramiento cruzado en trabajo familiar, abuso de sustancias y manejo de casos de familia, así como conocimientos en servicios sociales y otros recursos disponibles en la comunidad.

### *Aspectos para administradores de programas de abuso de sustancias*

La integración total del tratamiento para abuso de sustancias y los acercamientos basados en la familia a través de toda la organización, sus políticas y prácticas programáticas representa un reto a todos los niveles. En el mejor de los casos, las prácticas más efectivas se forman de modalidades terapéuticas basadas en la evidencia; con apoyo familiar que hayan sido replicadas a través de una variedad de poblaciones, han sido evaluadas rigurosamente y hayan sido monitorizadas para fines de cumplimiento. A este nivel hay prácticas competentes culturalmente y presentes en toda la organización, sus políticas, prácticas y procedimientos. En el curso del tratamiento para abuso de sustancias y terapia familiar, se presta mucha atención a las influencias raciales y étnicas, de clase, de género y a los valores espirituales.

Los programas con un nivel de funcionamiento ideal, son completamente funcionales y competentes culturalmente en sus operaciones, políticas, procedimientos y acercamientos filosóficos.

Los administradores de agencias establecen prioridades en la integración de familias en el tratamiento para abuso de sustancias e identifican los modelos e intervenciones terapéuticas que abordan mejor las necesidades de la comunidad. El personal de la agencia entiende cabalmente cómo se integrará la familia al tratamiento de abuso de sustancias y a los procesos de terapia familiar y la implementación del tratamiento estará bien coordinada.

Hay una gama abarcadora sinnúmero de actividades programáticas disponibles que incluyen:

- Cernimiento y avalúo de problemas de abuso de sustancias y familiares
- Tratamiento para abuso de sustancias
- Terapia familiar o intervenciones de involucración familiar
- Información y promoción usando medios de difusión como la Internet y los vídeos
- Asociaciones comunitarias
- Educación y psicoeducación
- Intervenciones terapéuticas con sede en el hogar y servicios de manejo de casos de familia
- Consejería individual y familiar y educación de padres

- Evaluación de procesos y de resultados

Los enlaces que se establecen con agencias de servicios sociales o las que interactúan con agencias que velan por el bienestar de los menores, tienen el fin de proveer ayuda con transportación, vivienda, cuidado de la salud, alimentación y cuidado de menores. También se atienden consideraciones de infraestructura como la disponibilidad y uso de espacios físicos; el uso de medios de difusión incluyendo Internet y vídeos y la disponibilidad de material informativo bilingüe.

Con la integración total, se implementa y aplica rigurosamente la noción y práctica del consentimiento informado. Básicamente, este requisito significa que cada uno de los miembros de la familia recibe información clara y exacta sobre lo que sucederá de participar en tratamiento para abuso de sustancias y terapia familiar. El consentimiento informado protege a los clientes antes, durante y después del tratamiento. Los clientes deben conceder su consentimiento informado sólo cuando se haya llegado a un acuerdo sobre los objetivos de tratamiento; cuando se les hayan explicado los tratamientos y servicios disponibles y cuando se han discutido a fondo los beneficios, riesgos, los efectos secundarios y complicaciones posibles (Baker 1998). También se informa a los clientes sobre los riesgos potenciales de los servicios antes descritos, sobre las posibles alternativas para el tratamiento propuesto e información que conecte el apoyo basado en evidencia con los diferentes servicios (Marsh 2001). En la terapia familiar, cada uno de los participantes competentes concede su consentimiento informado para que la terapia pueda proceder (Baker 1998).

La confidencialidad se extiende a todas las personas que reciben tratamiento. Algunas excepciones incluyen la necesidad de revelar información para proteger al cliente de algún daño (como suicidio, homicidio y abuso sexual y físico). Toda agencia deberá contar con una política de confidencialidad formal para evitar violaciones a las leyes, estatutos y requisitos de acreditación. Las políticas también están sujetas a mandatos externos. Las agencias que reciben fondos federales tienen que cumplir con los reglamentos federales, y con el Código de regulaciones Federales 42 C.F.R., Parte 2, que garantiza la estricta confidencialidad de la información de quienes hayan recibido tratamiento para el abuso de sustancias. No se deberá divulgar, ya sea a otros participantes (incluyendo los miembros de la familia) o a otros proveedores de servicio, ninguna información que pueda identificar a un participante sin un formulario de divulgación específico que cumpla con las regulaciones. El personal del programa puede divulgar información confidencial a otros empleados del mismo programa siempre que sea necesaria para proveer tratamiento. Los reglamentos estipulan excepciones a la prohibición de la divulgación, que incluyen emergencias médicas, informes ordenados de maltrato y negligencia infantil, y, cuando el estado lo exija, maltrato y negligencia de envejecientes. El balance entre las necesidades individuales y las de los miembros de la familia con frecuencia pueden enfrentar unos familiares contra otros durante un conflicto. Si los miembros del personal tienen que cumplir con el requisito de divulgar esta información, se debe informar a todos los miembros de la familia las políticas y prácticas de la agencia.

### *Aspectos para el personal y los adiestradores*

A este nivel, todo el personal, desde la recepcionista hasta la directora ejecutiva, han sido adiestrados sobre el rol importante de la familia como una influencia positiva en el proceso de tratamiento para abuso de sustancias. Los miembros del personal poseen grados diferentes de familiaridad con los modelos que se describen en el Capítulo 4. El personal clínico está mejor adiestrado en las herramientas y técnicas de acercamientos de terapia familiar tradicional y acercamientos multisistémicos, destrezas de expresión pública y de presentación, la relación entre el abuso de sustancias, las familias y parejas, y cómo relacionarse con el ecosistema que les rodea.

El personal entiende las fuerzas culturales, sociales, políticas y económicas que afectan a los diferentes grupos raciales y étnicos (“CSAT” 1999*b*). Un modelo competente culturalmente de tratamiento para abuso de sustancias y terapia familiar, aborda los factores socioculturales que afectan los patrones de abuso de sustancias entre los miembros de grupos raciales y étnicos diversos como prerrequisito crucial para un tratamiento adecuado (“CSAT” 1999*b*). Desde esta perspectiva, el tratamiento adecuado se caracteriza por lo siguiente:

- El personal conoce el idioma nativo del cliente, siempre que sea posible.
- El personal es sensible a las culturas de las diferentes poblaciones de clientes.
- Los trasfondos del personal son representativos de la población de clientes.

El personal ha recibido adiestramiento en estrategias competentes culturalmente que promueven el respeto y la dignidad de los clientes y los exhorta a discutir diferentes problemas de forma desinhibida y sin temor a que se dé por terminada la terapia.

A este nivel, todos los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias, están certificados y los clínicos son terapeutas familiares o profesionales licenciados con adiestramiento avanzado en terapia familiar. La educación continua sobre diferentes enfoques del trabajo con familias y tratamiento para abuso de sustancias, es necesaria y se fomenta. El adiestramiento continuo en otros temas como violencia doméstica, maltrato y negligencia infantil y de envejecientes, trastorno de estrés postraumático, y resucitación cardiopulmonar se recomienda también. Todos los miembros del personal también reciben adiestramiento cruzado en acercamientos basados en la familia y tratamiento para abuso de sustancias.

Los supervisores clínicos son terapeutas familiares con licencia o que han completado adiestramiento especializado avanzado y coordinan el trabajo de tratamiento para abuso de sustancias y terapia familiar. Los supervisores deben contar con experiencia específica en modalidades con base en la familia y en terapia familiar. Los supervisores también necesitan estar informados sobre una gama de temas auxiliares, que incluyen cuidado de menores, consideraciones de responsabilidad en el caso de menores, provisión de espacio y documentación.

## Otras consideraciones de los programas

### Competencia cultural

Una cultura organizativa con valores de competencia cultural y diversidad en todos los niveles, resaltarán e implementarán dichos valores de forma concreta en términos de la selección de personal, idiomas y consideraciones culturales relacionadas con las familias y el abuso de sustancias. Deben hacerse esfuerzos organizados para contratar personal y desarrollar una cultura organizativa que refleje la diversidad de la población de clientes que serva. Los avales programáticos se logran explorando lo que asumen las instituciones de los servicios para comunidades raciales y étnicas específicas. Esta información se usa para reducir el prejuicio que surge de la mala interpretación institucional, ignorancia cultural o falta de experiencia. Para más información sobre competencia cultural, incluyendo competencia cultural organizativa, refiérase al TIP por salir Mejorando la Competencia Cultural en el tratamiento para Abuso de Sustancias (*Improving Cultural Competence in Substance Abuse Treatment - “CSAT”*- en desarrollo *b*).

## Procedimientos e informes sobre la evaluación de resultados

Algunos procedimientos de evaluación de resultados incluyen el desarrollo de medidas estándares para determinar la eficacia del programa de tratamiento; la recopilación de datos y desarrollo de una base de datos, que suele requerir procedimientos más intensivos; y el examen de la relación entre el uso y el resultado para cada uno de los miembros de la familia que recibe tratamiento.

Para determinar la eficacia del programa de tratamiento para abuso de sustancias, se pueden usar procedimientos de seguimiento para registrar el número de clientes que se reintegran a la fuerza laboral, los que se atienden con proveedores de servicios médicos y si hay una correlación entre el tratamiento y la reducción en el número de clientes arrestados.

Los resultados para los miembros de la familia se examinan en función de la relación entre uso y resultado, el número de veces que se atendió al cliente y a los miembros de la familia y su relación con los resultados. Como se trata de un programa de tratamiento interno, la frecuencia de uso puede monitorizarse de cerca.

Una evaluación competente culturalmente es de suma importancia para facilitar la evaluación de resultados. Para que sea efectiva, la evaluación competente culturalmente depende en gran medida de conocer a fondo el rol que tiene la cultura en el abuso de sustancias (Cervantes y Pena 1998). Los evaluadores deben incorporar en el diseño de la evaluación factores culturales como la asimilación cultural, idioma, valores familiares y actitudes de la comunidad (Cervantes y Pena 1998). Además, contar con instrumentos pertinentes culturalmente es muy importante para el esfuerzo general de evaluación. Es necesario conocer los factores socioculturales, demográficos y psicológicos específicos del grupo cultural. Si el diseño evaluativo no incluye diferencias culturales, puede llegarse a conclusiones incorrectas sobre la efectividad del programa (Cervantes y Pena 1998). En todo esfuerzo de evaluación, es importante entender los factores de riesgo y de protección y cómo se relacionan con la cultura, así como entender los factores de recuperación en una cultura.

## Seguimiento a largo plazo

Algunas maneras de medir el funcionamiento a largo plazo son la monitorización de nuevos arrestos, reincidencia y readmisión a programas de tratamiento para abuso de sustancias. La recopilación de datos de seguimiento a largo plazo es difícil y poco común en la investigación sobre tratamiento de cuidado de salud en general, y especialmente en el campo de abuso de sustancias. Vaillant (1995) provee medidas de resultados relacionados con familias como la felicidad matrimonial. Aunque Hser et al. (2001) proveen resultados a largo plazo de investigaciones para el tratamiento de narcóticos, el panel de consenso no conoce ningún seguimiento a largo plazo centrado en la familia.

## Dirección de las futuras investigaciones

Desde su aparición en la década de 1950, la terapia familiar se ha caracterizado por unas raíces teóricas anecdóticas, intuitivas y empíricas más bien que científicas (Baker 1998). Esta opinión puede surgir principalmente de (1) la separación entre el investigador y el terapeuta, que exhiben todas las disciplinas de salud mental y (2) el desarrollo de la terapia familiar como una consecuencia de los estudios desarrollados en la investigación familiar de la esquizofrenia, cuyos resultados, en gran medida no científicos, se extrapolaron entonces a una variedad de

problemas familiares (Baker 1998). En ausencia de un marco conceptual bien articulado, es imposible llegar a conclusiones definitivas sobre la eficacia de la terapia familiar (Collins 1990). La investigación en varias áreas podría atender esta situación.

## Nuevos modelos de tratamiento y terapéuticos

Se han logrado muchos adelantos en el campo del tratamiento para abuso de sustancias con base familiar para adolescentes que abusan de sustancias los cuales pueden servir de modelo piloto para el tratamiento de adultos. El cambio general de un enfoque exclusivo en las variables individuales o familiares para cambiar o mejorar los resultados del tratamiento para adolescentes y adultos, usando intervenciones multicomponentes más complejas que incorporen más dimensiones y competencias en y fuera de la familia. (Liddle y Dakof 1995a). Este movimiento ha culminado en la visión de que para lograr mejores resultados se necesita apoyar acercamientos multicomponentes y abarcadores, con una base comunitaria y multisistémicos. En el mejor de los casos, estos esfuerzos abarcadores coordinados pueden entrelazarse con otros esfuerzos relacionados —violencia doméstica, por ejemplo— para desarrollar una respuesta comunitaria coordinada para un sinnúmero de asuntos que pueden encajar bien con las respuestas multisistémicas al abuso de sustancias y involucración familiar. Desgraciadamente, en el campo de la terapia familiar y las intervenciones enfocadas en la familia, la necesidad de contar con estrategias más abarcadoras a menudo no compensa la complejidad de viabilizarlas e implementarlas en el ámbito comunal. Las barreras culturales y lingüísticas y la falta de personal bilingüe y bicultural adiestrado, dificultan aún más esta tarea.

Una cultura organizativa con valores de competencia cultural y diversidad en todos los niveles, resaltarán e implementarán dichos valores de forma concreta.

Otra área posible de investigación tiene que ver con la necesidad crítica de describir, medir e informar sobre el proceso de terapia en sí. Los investigadores tendrían que asegurarse de que se apliquen los métodos terapéuticos seleccionados para así poder determinar los resultados, e identificar métodos terapéuticos fiables que puedan ayudar a las familias a implementar los cambios deseables. A medida que se desarrollan nuevas formas de terapia, no es posible saber si se requerirán acercamientos investigativos radicalmente nuevos.

## Avalúo y clasificación

Una segunda área para investigación futura es los procesos de evaluación y clasificación usados para determinar el tipo, la duración y la intensidad de la terapia familiar. En la actualidad no hay ninguna forma válida y confiable de clasificar a las familias por la forma en que interactúan (Baker 1998). La dificultad ha radicado principalmente en que la diversidad de familias impide una clasificación fácil. Las familias reconstituidas, las familias de homosexuales y lesbianas, las familias adoptivas así como la variedad de creencias religiosas, normas y valores culturales, son apenas unas cuantas variaciones (Baker 1998). A pesar de los esfuerzos de clasificar las familias, las clasificaciones han dependido principalmente de interpretaciones poco críticas de modelos de desarrollo que pretenden designar la etapa particular que las familias *deben haber* alcanzado, en función de las edades de los niños y la etapa que la familia *ha* alcanzado (Baker 1998).

Otra área posible de investigación tiene que ver con la necesidad crítica de describir, medir e informar sobre el proceso de terapia en sí.

Aparte de las definiciones clásicas, lo que los investigadores y terapeutas necesitan clasificar y evaluar *son las relaciones* y la medición de cambio en la relación de maneras válidas y confiables. ¿Debe medirse el éxito en términos del problema de presentación del cliente o en términos del cambio experimentado en el sistema familiar? Especificar las metas y las intervenciones usadas permitiría realizar una comparación clara de los dos acercamientos (Collins 1990). Es más, ¿cómo encajan la interpretación culturalmente competente y los valores con respecto al rol familiar en los modelos tradicionales de desarrollo familiar? La necesidad de diseñar clasificaciones y métodos de avalúo más explícitos, se tiene que abordar.

### Medición de resultados

Una tercera área de investigación trata con la necesidad de investigar los resultados. Muchos investigadores han propuesto guías para diseñar investigación de terapia familiar, incluyendo la necesidad de que los estudios sean competentes clínicamente, de producir manuales de tratamiento estandarizados y resolver el debate entre la confiabilidad de los estudios comparativos y las "comparaciones dentro de un modelo" (Baker 1998). Collins (1990) recomienda que se consideren los resultados objetivos (no sólo la información reportada por el individuo mismo) y la medición de una amplia gama de resultados, como la capacidad de retener un empleo, manejar sus finanzas o continuar casado.

### Prevención

La estrategia de prevención es otra área prometedora para investigación futura. Un número de programas pequeño, aunque creciente, estudia si las intervenciones con base familiar pueden servir como estrategias de prevención o intervención temprana (en particular con bebedores problemáticos). Los investigadores de terapia familiar podrían beneficiarse de una definición más clara de qué constituye una familia saludable así como qué constituye una familia disfuncional. Todos estos esfuerzos son importantes al explorar si las estrategias preventivas pueden mejorar el funcionamiento familiar y evitar la patología familiar. Hay oportunidades de prevención en las escuelas (ausentismo escolar, conducta desviada, expulsión), en el trabajo (ausentismo, problemas identificados de salud mental y abuso de sustancias) y en las iglesias (las familias podrían pedir ayuda para un problema familiar específico a un pastor, sacerdote u otro líder espiritual).

### Tecnología

Una quinta área de investigación se relaciona con los avances tecnológicos que tienen el potencial de beneficiar los esfuerzos de tratamiento para abuso de sustancias, en particular la Internet y el correo electrónico. King y sus colegas (1998) exploraron el uso de la Internet como herramienta de ayuda en la terapia familiar, en particular cuando los miembros de la familia están geográficamente distantes. Los investigadores también estudiaron el valor potencial y el uso del correo electrónico y la correspondencia para facilitar la terapia familiar.

Las ventajas de la comunicación por correo electrónico para la terapia familiar, incluyen permitir que los miembros de la familia contribuyan según lo permitan sus horarios, contestar cuando han considerado bien el asunto y crear un registro permanente, que reduce el riesgo de malos entendidos. Una desventaja de la comunicación mediante correo electrónico es la posibilidad de malas interpretaciones por no tener las claves del tono de voz. Otros usos de la redacción en la terapia familiar incluyen la narrativa personal, redacción programada y escribir cartas, todas ellas comunicables a través de correo electrónico. El uso del correo electrónico puede viabilizar la terapia familiar en situaciones en que de otra forma sería imposible.

Otro elemento clave que se está usando es la telemedicina remota. Este uso de cámaras y monitores ha resultado ser una forma excelente para superar algunas barreras en las áreas rurales donde en el pasado la cobertura y la transportación representaron un impedimento para la participación sistemática en el tratamiento.

## Otras posibilidades

También se necesita información clara en las siguientes áreas:

- ¿Cuán efectivos son los acercamientos diferentes de terapia familiar en el tratamiento para abuso de sustancias?
- ¿Cómo puede adaptarse la terapia familiar a la medida para que sea apropiada con poblaciones específicas?
- ¿Cómo aumentan la frecuencia de integración familiar las agencias? ¿Qué rol tiene la competencia cultural en el compromiso y la retención de clientes?
- ¿Es apropiado el modelo clásico de terapia familiar para todos los grupos étnicos? De no ser así, ¿cuáles son las opciones más viables?
- ¿Cómo puede desarrollarse la competencia con las familias?
- ¿Cómo pueden identificarse y movilizarse los recursos de las familias y las comunidades?
- ¿Qué diferencias familiares son importantes en el tratamiento de jóvenes, adultos y, específicamente, en el tratamiento de niños?
- ¿Qué tipos de investigación y modelos pueden aumentar nuestra comprensión del rol de la familia en la recaída?
- ¿Cómo se financiarán estos esfuerzos?
- ¿Qué cambios son necesarios para el pago público y privado de estos servicios?

La simplificación excesiva de lo anterior, podría llevar a algunos lectores a pensar que una brecha muy amplia separa la terapia familiar del tratamiento para abuso de sustancias y que habría que dar un salto muy grande para pasar de hacer una cosa a hacer otra. Sin embargo, éste no es el caso. Muchas personas han enmendado y mejorado la forma en que acostumbraban hacer su trabajo con insumo del otro campo y, ciertamente no es la intención de este TIP dejar al lector con la idea de que tomar prestado del otro campo requiere grandes cambios o esfuerzos. Nuestra intención es precisamente lo contrario.

## Resumen Ejecutivo

La terapia familiar tiene un historial largo y reconocido historia en el campo abarcador de la salud mental. El tratamiento de abuso de sustancias, por el contrario, se desarrolló más bien aisladamente. Hasta la década de 1970, los consejeros de alcoholismo solían rechazar de plano la visión predominante entre los profesionales de salud mental de que el abuso de alcohol era un síntoma de algún trastorno subyacente y no un trastorno primario propiamente.

No obstante, la importancia de la familia estaba clara para los profesionales de abuso de sustancias y los programas de abuso de sustancias incluían actividades para los miembros de la familia. En este TIP, estos tipos de participación de los miembros de la familia en los programas de tratamiento estándar, se conocen como tratamiento o técnicas de "involucración familiar". Esta diferenciación separa la involucración típicamente marginal que suelen tener las familias en los programas de abuso de sustancias de los tipos de terapia familiar que suelen darse en el campo de la terapia familiar. En la tradición de la terapia familiar, el enfoque del tratamiento es la familia como un todo. Aunque enfocarse en la familia como un todo ha sido el pilar del campo de la terapia familiar, ese enfoque con frecuencia resultaba en que se prestaba poca atención a las características significativas principales de esta enfermedad adictiva y a la necesidad de proveerles ayuda directa para confrontar su adicción.

Poco a poco, durante los pasados 20 años, ha habido un aumento en la interacción entre los campos de tratamiento de abuso de sustancias y de terapia familiar. Los profesionales expertos de ambos campos, que constituyen el panel de consenso de este TIP, reconocen que es posible y necesaria una fertilización cruzada todavía mayor y hasta la integración de ambos campos. Este TIP provee consejos sobre cómo pueden beneficiarse ambos campos si entienden e incorporan los métodos y teorías del otro.

El público principal de este TIP son los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias; los terapeutas familiares son un público secundario. Este TIP debe ser de interés para toda persona con deseos de aprender más sobre la terapia familiar. El propósito de este TIP es ayudar a los consejeros y a los terapeutas familiares a adquirir un conocimiento básico sobre el campo de unos y otros e incorporar aspectos del trabajo del otro campo en su repertorio terapéutico.

El panel de consenso de este TIP aprovechó su experiencia considerable en el campo de la terapia familiar. El panel se formó con representantes de todas las disciplinas de la terapia familiar y del tratamiento de abuso de sustancias, incluso consejeros en alcohol y drogas, terapeutas familiares, trabajadores del campo de la salud mental, investigadores y trabajadores sociales.

El TIP consta de seis capítulos. El Capítulo 1 ofrece una introducción al tratamiento de abuso de sustancias y a la terapia familiar. Introduce la definición cambiante de "la familia", explora la evolución del campo de la terapia familiar y sus principales modelos, presenta conceptos del campo de tratamiento de abuso de sustancias y trata la efectividad y los beneficios en términos de costo de la terapia familiar.

El Capítulo 2 explora el impacto del abuso de sustancias en las familias. Incluye una descripción de los problemas sociales que coexisten con el abuso y provee recomendaciones de cómo abordar estos problemas. El Capítulo 3 trata los acercamientos a las terapias tanto en el tratamiento de abuso de sustancias como en la terapia familiar. Una sección, dirigida a los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias, ofrece información básica sobre modelos, acercamientos y conceptos de terapia familiar. Otra sección para terapeutas familiares provee información básica sobre teoría, modalidades de tratamiento y el rol de los programas de 12-Pasos en el tratamiento de abuso de sustancias.

El Capítulo 4 se presentan modelos integrados de tratamiento de abuso de sustancias y terapia familiar. Estos modelos pueden servir de guía para enfoques de tratamiento combinados. El Capítulo 5 proporciona información de trasfondo sobre el tratamiento de abuso de sustancias para varias poblaciones y aplicaciones de terapia familiar para los diferentes grupos poblacionales.

El Capítulo 6, dirigido a administradores e instructores, presenta información sobre la importancia de mejorar los servicios a las familias y algunas implicaciones de políticas que se deben considerar si la terapia familiar y el tratamiento de abuso de sustancias se han de combinar de manera efectiva. Además, el capítulo discute los modelos de planificación de programas desarrollados por el panel de consenso que proveen un marco de trabajo para incluir la terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias.

A lo largo del TIP, el término "abuso de sustancias" se usa para referirse tanto al abuso como a la dependencia de sustancias (conforme se define en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision* [DSM-IV-TR] American Psychiatric Association 2000)). Se escogió este término, en parte, porque los profesionales de tratamiento de abuso de sustancias por lo general usan el término "abuso de sustancias" para describir cualquier uso excesivo de sustancias adictivas. En este TIP, el término se refiere tanto al uso de alcohol como de otras sustancias de abuso. Nuestros lectores deben prestar atención al contexto en que aparece el término a fin de determinar la posible gama de significados que recoge; sin embargo, en la mayoría de los casos, el término hará referencia a todas las variedades de trastornos por abuso de sustancias descritos por el DSM-IV-TR.

La sección que sigue resume el contenido de este TIP y se agrupa por capítulo.

## **Tratamiento de abuso de sustancias y terapia familiar**

No hay una definición única e inmutable de qué es una *familia*. Las definiciones están influenciadas por las diferentes culturas y sistemas de creencias, y puesto que las culturas y las creencias cambian con el paso del tiempo, las definiciones de familia no son estáticas en lo más mínimo. Si bien la definición de familia puede cambiar según las circunstancias, hay varias categorías amplias que abarcan a la mayoría de las familias, incluso las familias tradicionales, las familias extendidas y las familias elegidas. La idea de la familia implica una involucración

duradera en un plano emocional. Para fines prácticos, la familia puede definirse con base en las conexiones emocionales principales del cliente particular.

La terapia familiar es una colección de enfoques terapéuticos que comparten una creencia en la efectividad de la intervención y el avalúo en el ámbito familiar. Por consiguiente, un cambio en cualquier parte del sistema puede inducir cambios en todas las otras partes del mismo sistema. La terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias tiene dos fines principales: (1) usar las fortalezas y los recursos de la familia para ayudar a descubrir o desarrollar maneras de vivir sin las sustancias de abuso, y (2) disminuir el impacto de la dependencia química tanto en el paciente identificado como en su familia.

En la terapia familiar, la unidad de tratamiento es la familia y/o el individuo en el contexto del sistema familiar. La persona que abusa de sustancias se considera un subsistema dentro de la unidad familiar, es la persona cuyos síntomas tienen repercusiones severas en el sistema familiar. Las relaciones familiares en este subsistema son los puntos de interés terapéutico y de intervención. El terapeuta facilita las discusiones y sesiones de solución de problemas, con frecuencia con el grupo familiar completo o subconjuntos del mismo, pero en ocasiones con un solo participante, que puede ser o no la persona con el trastorno de uso de sustancias.

Durante las décadas pasadas se han desarrollado una serie de modelos históricos de terapia familiar. Estos incluyen modelos como la terapia conyugal y familiar, la terapia familiar estratégica, la terapia estructural familiar, la terapia conductual cognitiva familiar, la terapia de parejas y la terapia familiar enfocada en soluciones. En la actualidad, hay cuatro modelos principales de terapia familiar usados como base para tratamiento e intervenciones específicas para abuso de sustancias: el modelo de enfermedad familiar, el modelo de sistemas familiares, el enfoque cognitivo-conductual y la terapia familiar multidimensional.

La integración completa de la terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias sigue siendo relativamente rara. Algunas de las metas de la integración de la terapia familiar en el abuso de sustancias, incluyen ayudar a las familias a volverse conscientes de sus propias necesidades y proveer recuperación genuina y duradera a los miembros de la familia; esforzarse por transferir el poder a las figuras paternas de la familia y mejorar la comunicación; ayudar a la familia a hacer cambios interpersonales, intrapersonales y en el medioambiente que afectan al usuario de alcohol o drogas; y evitar que el abuso de sustancias pase de una generación a otra (por ejemplo, prevención). Las otras metas pueden variar dependiendo de qué miembro de la familia abusa de sustancias.

Es probable que varios factores terapéuticos sean responsables de la efectividad de la terapia familiar, incluso la aceptación por parte del terapeuta, mejor comunicación, organización de la estructura familiar, definición de responsabilidades e intensificación del impulso de cambio. Otra razón por la cual la terapia familiar es efectiva en el tratamiento de abuso de sustancias, es que provee un foro neutral donde la familia se reúne para solucionar problemas. Además, la terapia familiar se puede aplicar en muchas culturas y religiones y es compatible con sus bases de conexión e identificación, pertenencia y aceptación.

Con base en los datos sobre la efectividad de la terapia familiar y la experiencia colectiva del panel de consenso, éste recomienda que las agencias y los proveedores de tratamiento de abuso de sustancias consideren cómo podrían incorporar los enfoques de familia en sus programas, incluyendo los servicios de apoyo educativo apropiados para la edad de los niños. Además, aunque pocos estudios han avaluado el costo-beneficio de la terapia familiar o han comparado el costo de la terapia familiar con otros enfoques (como la terapia de grupo, la

terapia individual o los programas de 12-Pasos), un conjunto de datos pequeño, aunque en aumento, ha demostrado el costo-beneficio de la terapia familiar, específicamente para problemas de abuso de sustancias.

Hay otras consideraciones que recomiendan la integración de la terapia familiar en el tratamiento de abuso de sustancias. La terapia familiar para el tratamiento del abuso de sustancias exige que se manejen situaciones de tratamiento complicadas. Tal vez sea necesario aplicar estrategias especializadas para comprometer al paciente identificado con el tratamiento. Además, el abuso de sustancias casi siempre está relacionado con otros problemas difíciles de la vida, que pueden incluir problemas de salud mental, impedimento cognitivo y limitaciones socioeconómicas como desempleo o no tener un hogar. También puede resultar difícil trabajar en contextos culturales diversos o descubrir cuán dispuestos están los miembros de la familia del cliente a enfrentar el cambio y las necesidades de tratamiento. Estas circunstancias hacen que la terapia familiar para atender problemas significativos de abuso de sustancias, sea una tarea compleja y retadora, tanto para el terapeuta familiar como para los proveedores de tratamiento de abuso de sustancias. Tal vez sea necesario modificar el enfoque del tratamiento, y el éxito del tratamiento dependerá, en gran medida, de la creatividad, juicio y cooperación dentro y entre los programas en cada campo.

La seguridad y adecuación de la terapia familiar es otro aspecto importante. Solamente en situaciones muy particulares se considera poco aconsejable la terapia familiar, pero hay varias consideraciones que los consejeros deben tener presentes. La terapia familiar o de parejas no debe usarse a menos que todos los participantes tengan libertad de expresarse y todos puedan plantear asuntos relevantes, aunque un miembro dominante de la familia no quiera que se discutan. Iniciar la terapia familiar, cuando no se ha evaluado cuidadosamente si hay instancias de violencia, no sólo puede conducir a un tratamiento inadecuado sino que puede aumentar el riesgo de más abuso. El proveedor de tratamiento es responsable de desarrollar un entorno seguro y de apoyo para todos los participantes en la terapia familiar.

El maltrato y la negligencia infantil son también consideraciones serias. La ley establece que si un consejero sospecha que hay maltrato o negligencia infantil, deberá informar a las autoridades de inmediato. De igual manera, la violencia doméstica es un problema serio para las personas con trastorno de abuso de sustancias y debe incluirse entre las consideraciones terapéuticas. Solamente en los casos de ira más extrema se considera que la terapia familiar está contraindicada. Toca a los consejeros y terapeutas evaluar el potencial de ira y violencia y estructurar la terapia de manera que pueda llevarse a cabo sin poner en riesgo a ningún miembro de la familia. Si durante la entrevista de evaluación queda claro que un cliente o un niño, corre riesgo a manos del agresor, el proveedor del tratamiento debe atender esta situación antes que ningún otro problema y, de ser necesario, deberá suspender las demás entrevistas de evaluación hasta que se pueda garantizar la seguridad de todas las personas involucradas.

## **El impacto familiar del abuso de sustancia**

Las personas que abusan de sustancias probablemente se hallen cada vez más aisladas de sus familias. Cada vez hay más literatura que sugiere que el abuso de sustancias tiene efectos distintos en las diferentes estructuras familiares. El efecto del abuso de sustancias con frecuencia se extiende más allá de la familia nuclear. Los miembros de la familia extendida pueden experimentar sentimientos de abandono, ansiedad, temor, ira, preocupación,

vergüenza o culpa o tal vez deseen olvidar, o cortar vínculos con la persona que abusa de sustancias.

En las estructuras familiares que incluyen una persona que abusa de sustancias pueden darse diferentes consideraciones de tratamiento:

- *El cliente vive solo o con su pareja.* En una situación como ésta, es importante entender que tanto el cliente como su pareja necesitan ayuda. El tratamiento de uno afectará a ambos. Cuando una persona tiene un problema de dependencia química y la otra no, surgen aspectos de codependencia.
- *El cliente vive con su cónyuge (o pareja) y sus hijos menores.* La mayoría de los datos disponibles sobre los efectos perdurables que el abuso de sustancias de los padres tiene en los niños, sugiere que el problema con la bebida de un progenitor tiene efectos perjudiciales en sus hijos. El cónyuge de una persona que abusa de sustancias probablemente proteja a los niños y asuma los deberes de crianza de menores que el progenitor con problema de abuso de sustancias no asume. Si ambos padres abusan del alcohol o de sustancias ilícitas, los efectos sobre los menores son todavía más serios.
- *El cliente es miembro de una familia reconstituida.* Aún bajo circunstancias normales, estas familias enfrentan retos especiales; el abuso de sustancias puede intensificar los problemas y convertirse en un obstáculo a la integración y estabilidad de las familias reconstituidas. Los clínicos deben estar conscientes de que la dinámica de las familias reconstituidas es diferente a la dinámica de las familias nucleares y requiere consideraciones adicionales.
- *Cliente envejeciente con hijos adultos.* Un envejeciente con problema de abuso de sustancias puede afectar a todos en el hogar. Tal vez sea necesario movilizar recursos adicionales para proveer servicios de tratamiento para el trastorno de uso sustancias del envejeciente. Como en el caso del maltrato y negligencia infantil, el maltrato de envejecientes deberá reportarse a las autoridades a tenor con las leyes.
- *El cliente es un adolescente y vive con su familia de origen.* Cuando un adolescente usa alcohol o drogas, las necesidades y preocupaciones de los otros hermanos pueden desatenderse o minimizarse mientras los padres reaccionan a las crisis continuas provocadas por el adolescente con problema de abuso de alcohol o drogas. En muchas familias con adolescentes que abusan de sustancias, por lo menos uno de los padres también abusa de sustancias. Este modelo desafortunado puede poner en marcha una peligrosa combinación de problemas físicos y emocionales que pueden ser muy peligrosos.
- *Una persona que no se ha identificado como el cliente está abusando de sustancias.* Cuando un miembro de la familia, que no sea la persona que se presenta con los síntomas, tenga un problema de alcohol o drogas ilícitas, surgirán aspectos de culpa, responsabilidad y causa. Con la ayuda del profesional médico la familia debe evitar asignar culpa y descubrir y reparar las interacciones familiares que crean las condiciones para que el abuso de sustancias continúe.

En cualquier forma de terapia familiar para el tratamiento del abuso de sustancias, se debe considerar una serie de problemas sociales que están relacionados con el abuso de sustancias. En las familias que experimentan abuso de sustancias también puede haber problemas como actividad criminal, desempleo, violencia doméstica y maltrato o negligencia infantil. Para atender estos problemas, los proveedores de tratamiento necesitan colaborar con los profesionales de otros campos (por ejemplo, tratamiento concurrente). Cuando la terapia familiar y el tratamiento de abuso de sustancias tengan lugar concurrentemente, la comunicación entre profesionales clínicos es de vital importancia.

## Acercamientos a la terapia

Los campos de tratamiento de abuso de sustancias y terapia familiar tienen muchos supuestos, acercamientos y técnicas en común, pero difieren en aspectos filosóficos y prácticas importantes que afectan los acercamientos y las metas de tratamiento. Aún más en cada disciplina, existen diferencias entre la teoría y la práctica. Aunque el acercamiento del tratamiento de abuso de sustancias suele ser más uniforme que la terapia familiar, en ambos casos ciertas generalizaciones aplican a la práctica de la mayoría de los proveedores. Dos conceptos esenciales en ambos campos son la negación y la resistencia de los clientes.

Muchos consejeros de tratamiento para abuso de sustancias basan su comprensión de la relación entre la familia y el abuso de sustancias en un *modelo de enfermedad* de abuso de sustancias. En este modelo, los profesionales han venido a entender el abuso de sustancias como una "enfermedad familiar", es decir, una enfermedad que afecta a todos los miembros de la familia como resultado del abuso de sustancias de uno o más de sus miembros. Deben entender que el abuso de sustancias produce cambios negativos en el ánimo, la conducta, las relaciones con la familia y a veces inclusive en la salud física y emocional de la persona.

Los terapeutas familiares, de otra parte, han adoptado en su mayoría el *modelo de sistemas familiares*. Este sistema conceptúa el abuso de sustancias como un síntoma de disfunción familiar. Es este enfoque en el sistema familiar, más que la inclusión de más personas, lo que define la terapia familiar.

A pesar de estas diferencias básicas, los campos de terapia familiar y tratamiento de abuso de sustancia son compatibles. Los clínicos en ambos campos abordan las interacciones del cliente con un sistema que incluye algo fuera de la persona misma. Una multiplicidad de sistemas afecta a las personas con trastornos de abuso de sustancias en diferentes niveles (individual, familiar, cultural y social) y un tratamiento verdaderamente abarcador tomará todos en consideración. Sin embargo, hay diferencias entre muchos de, aunque no entre todos, los ambientes y profesionales de tratamiento de abuso de sustancias y de terapia familiar. *Intervenciones familiares*. La psicoeducación y los grupos multifamiliares son más comunes en el campo de tratamiento de abuso sustancias que en el de terapia familiar. Los terapeutas familiares se centrarán más en las relaciones intrafamiliares y los proveedores de tratamiento de abuso de sustancias se concentrarán en ayudar a sus clientes a alcanzar y mantener la abstinencia.

- *Proceso y contenido*. La terapia familiar por lo general atiende más el *proceso* de la interacción familiar, mientras que el tratamiento de abuso de sustancias por lo general se preocupa más con el *contenido* planificado de cada sesión.
- *Enfoque*. Los clínicos de terapia familiar y tratamiento de abuso de sustancias por lo general se centran en objetivos diferentes. El consejero de tratamiento para abuso de sustancias considera su primera meta poner fin al uso de sustancias del cliente; el terapeuta familiar, por su parte, ve el sistema familiar como un componente integral del abuso de sustancias.
- *Identidad del cliente*. Con frecuencia el consejero en tratamiento de abuso de sustancias considera que el individuo con trastorno de abuso de sustancias es quien principalmente requiere tratamiento. El terapeuta familiar supone que si se ha de producir cambio a largo plazo, se deberá tratar a la familia completa como una unidad, de manera que la familia completa sea el cliente.
- *Auto-divulgación por parte del consejero*. El adiestramiento en cuanto a los límites de las divulgaciones del terapeuta o consejero de su propia historia, es una parte integral de la educación de los proveedores de tratamiento. Los consejeros en adicción que están a su vez

en proceso de recuperación, han sido adiestrados para reconocer la importancia de escoger si divulgan sus propias historias de adicción y para usar la supervisión adecuadamente para determinar qué divulgar y cuándo hacerlo. Para el terapeuta familiar, la divulgación no es una parte tan integral del proceso terapéutico. Se le da menos importancia porque el enfoque de la terapia debe ser la familia.

- *Reglamentos.* Los campos de tratamiento de abuso de sustancias y de terapia familiar también se ven afectados por diferentes reglamentos. Esta influencia proviene de las agencias de gobierno y de pagadores terceros que afectan la confidencialidad y los requisitos de adiestramiento y licencias. La intención de los reglamentos federales es garantizar la confidencialidad a las personas que buscan avalúo y tratamiento de abuso de sustancias. Los asuntos de confidencialidad son menos claros para los terapeutas familiares.
- *Licencia y Certificación.* Cuarenta y dos estados requieren que los terapeutas familiares obtengan una licencia para poder practicar. Aunque los requisitos educativos específicos varían de estado a estado, la mayoría exige al menos un grado de Maestría para las personas que pretendan fungir como terapeutas familiares independientes. La certificación para los consejeros en abuso de sustancias es más variada.

Los procedimientos específicos para evaluar clientes en tratamiento de abuso de sustancias y terapia familiar varían de un programa a otro y de profesional a profesional. La evaluación en los programas de tratamiento de abuso de sustancias se centra en el abuso de sustancias y el historial de uso. Algunos de los elementos clave que se examinan cuando se evalúa el historial de abuso de sustancias de un cliente, incluyen temas importantes relacionados como relaciones familiares, el historial sexual y la salud mental.

Las evaluaciones de terapia familiar por contraste se centran en la dinámica familiar y las fortalezas del cliente. La tarea principal del avalúo es observar las interacciones familiares que pueden revelar patrones y las fortalezas y disfunciones del sistema familiar. Las fuentes de la disfunción no pueden determinarse sencillamente pidiendo a cada miembro que identifique los problemas de su familia. Aunque la mayoría de los terapeutas familiares investigan si hay enfermedades físicas o mentales y abuso físico, sexual o emocional, es posible que no se descubran problemas de abuso de sustancias porque el terapeuta no está familiarizado con las preguntas que debe hacer o las pistas que proporcionan los clientes. Una técnica usada por los terapeutas familiares para ayudarles a entender las relaciones familiares es el genograma, un gráfica pictórica de las personas involucradas en un sistema de relaciones de tres generaciones.

Los terapeutas familiares y los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias deben responder apropiadamente a una variedad de barreras que impiden que los clientes se comprometan y reciban tratamiento. Si bien las barreras específicas que el proveedor encontrará dependerán del ambiente de tratamiento del cliente, tanto el tratamiento de abuso de sustancias como la terapia familiar revelarán problemas básicos. Problemas como la motivación e influencia de la familia, el equilibrio de las jerarquías de poder y una disposición general al cambio en la familia y sus miembros y las barreras culturales, son temas esenciales que hay que examinar para poder aplicar intervenciones apropiadas.

Los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias, no deben practicar la terapia familiar si no cuentan con el adiestramiento y la licencia correspondiente, pero deben estar informados sobre la terapia familiar para discutirla con sus clientes y para saber cuándo sería apropiado hacer un referido.

El campo de la terapia familiar es variado, pero ciertos modelos han sido más influyentes que otros y los modelos que comparten ciertas características pueden agruparse. Se han adaptado ciertos modelos terapéuticos de familia para usarse con clientes con trastornos por abuso de sustancias. Sin embargo, ninguno de ellos se desarrolló para esta integración específicamente. Estos modelos incluyen contrato conductual, la teoría de Bepko y Krestan, terapia conductual conyugal, terapia familiar estratégica breve, grupos multifamiliares, terapia multisistémica, terapia de redes, terapia centrada en soluciones, acercamiento de Stanton y las técnicas de Wegscheider-Cruse.

Hay una serie de conceptos teóricos de la terapia familiar que pueden ayudar a los proveedores de tratamiento para abuso de sustancias a entender mejor las relaciones entre los clientes y sus familias. Tal vez el principal sea la aceptación de los principios de la teoría de sistemas que visualiza al cliente como un sistema de partes fijas dentro de múltiples sistemas: una comunidad, una cultura, una nación. Los elementos de la familia como sistema incluyen complementariedad, límites, subsistemas, lazos familiares duraderos y cambio y equilibrio. Otros conceptos incluyen la capacidad de cambio de la familia, su capacidad de ajustarse a la abstinencia y el concepto de triángulos.

Los terapeutas familiares han desarrollado una gama de técnicas que pueden ser de utilidad a los proveedores de tratamiento para abuso de sustancias que trabajan con individuos y familias. El panel de consenso seleccionó las técnicas a base de su utilidad y facilidad de uso en los ambientes de tratamiento de abuso de sustancias y no porque correspondan a un modelo teórico en particular. La lista de técnicas no debe considerarse exhaustiva. Las técnicas seleccionadas por el panel incluyen técnicas conductuales, técnicas estructurales, técnicas estratégicas y técnicas centradas en soluciones.

Los terapeutas familiares podrían beneficiarse de aprender los enfoques de tratamiento usados en el campo de tratamiento de abuso de sustancias. Dos de los enfoques más comunes son el modelo médico de la adicción que hace hincapié en las causas biológicas, genéticas o fisiológicas del abuso de sustancias y la dependencia; y las teorías socioculturales que se centran en cómo los estresores en el ambiente social y cultural del cliente, influyen en el uso y abuso de sustancias. Además, muchos proveedores de tratamiento para abuso de sustancias añaden también un componente espiritual al enfoque biopsicosocial. El panel de consenso entiende que un tratamiento efectivo integrará estos modelos de acuerdo con el entorno de tratamiento, pero siempre tomará en cuenta todos los factores que contribuyen a los trastornos de uso de sustancias.

## **Modelos integrados para tratar a los miembros de la familia**

En familias con uno o más miembros con problema de abuso de sustancias, el tratamiento de abuso de sustancias y la terapia familiar pueden integrarse para proveer soluciones efectivas para múltiples problemas. Para los fines de este TIP, el término integración se refiere a una variedad de intervenciones que toman en consideración: (1) los problemas de cada uno de los miembros de la familia en lo que respecta al abuso de sustancias y (2) el efecto de los problemas de cada uno de los miembros en el sistema familiar. Este TIP también presume que, si bien el problema de abuso de sustancias se manifiesta en una sola persona, la solución para la familia como un todo se encontrará dentro del sistema familiar. Las cuatro facetas discretas de integración a lo largo de este continuo, incluyen concienciación y educación del personal, educación familiar, colaboración familiar e integración de la terapia familiar.

Los clientes se benefician de varias maneras de la integración de la terapia familiar y el tratamiento de abuso de sustancias. Estos beneficios incluyen resultados positivos de tratamiento, una mayor probabilidad de recuperación continua del cliente, más ayuda para la recuperación familiar y la reducción del impacto del abuso de sustancias en diferentes generaciones de la familia. Los beneficios para los profesionales incluyen una reducción en la resistencia del cliente al tratamiento, mayor flexibilidad en la planificación del tratamiento y en el enfoque de tratamiento, un conjunto mayor de destrezas y mejores resultados del tratamiento.

Sin embargo, hay ciertas limitaciones y retos para los modelos integrados de terapia familiar y tratamiento para abuso de sustancias. Estos incluyen el riesgo de falta de estructura y compatibilidad al integrar intervenciones de diferentes modelos, adiestramiento adicional para el personal, lograr un cambio de visión significativo, compromiso y coordinación de la agencia completa y reembolso por terceros pagadores. En resumen, las agencias y los profesionales médicos deben sopesar el valor del tratamiento integrado con sus limitaciones.

Los profesionales de tratamiento para abuso de sustancias intervienen con las familias a diferentes niveles durante el tratamiento, basándose en cuán individualizadas sean las intervenciones para cada familia y hasta qué punto la terapia familiar se integra al proceso de tratamiento para abuso de sustancias. En cada nivel, la intervención familiar tiene una función diferente y requiere su propio conjunto de competencias. En algunos casos, la familia puede estar lista sólo para una involucración intermitente con un consejero. En otros casos, a medida que la familia alcanza las metas que se ha propuesto a un nivel de involucración, pueden establecer nuevas metas que requieran una involucración mayor del consejero. Por tanto, la aceptación de la familia de sus problemas y su preparación para el cambio, determinan el nivel apropiado de intervención del consejero con esa familia. Hay cuatro niveles de involucración del consejero con las familias de los clientes que abusan de sustancias:

- Nivel 1 –El consejero interviene muy poco o nada con la familia.
- Nivel 2 –El consejero ofrece psicoeducación y consejería a la familia.
- Nivel 3 –El consejero aborda los sentimientos de los miembros de la familia y les proporciona apoyo.
- Nivel 4 –El consejero provee terapia familiar (cuando ha cuenta con adiestramiento para este nivel de pericia).

Para determinar el nivel de intervención del consejero con una familia específica, se deben considerar dos factores: (1) El nivel de experiencia y comodidad del consejero y (2) Las necesidades de la familia y su preparación para el cambio. Al determinar el nivel de involucración familiar se debe tomar en consideración tanto los factores familiares como los del consejero.

Se debe tener cuidado al seleccionar un modelo terapéutico integrado. El modelo debe ajustarse a las necesidades de la familia, al estilo y las preferencias del terapeuta y a las realidades del contexto de tratamiento. El modelo también debe ser congruente con la cultura de las personas a las que se propone servir. En la literatura del campo, se han discutido un gran número de modelos de tratamiento integrados. Muchos son apenas variaciones de otros. Los que se discuten están entre los modelos de tratamiento integrados que se usan con más frecuencia:

- Terapia familiar estructural/estratégica
- Terapia familiar multidimensional
- Terapia familiar múltiple

- Terapia multisistémica
- Terapia conductual y terapia conductual-cognitiva familiar
- Terapia de redes
- Terapia de sistemas familiares de Bowen
- Terapia breve centrada en soluciones

Otra consideración importante en un modelo integrado, es la necesidad de parear la técnica terapéutica con el nivel de recuperación. El panel de consenso decidió examinar los niveles de recuperación familiar combinando las etapas de tratamiento de familias de Bepko y Krestan con las etapas de terapia familiar para tratamiento de abuso de sustancias de Heath y Stanton. En conjunto, los niveles de recuperación familiar son:

- *Alcanzar la sobriedad.* El sistema familiar está desequilibrado, pero el cambio saludable es posible.
- *Adaptarse a la sobriedad.* La familia se esfuerza en desarrollar y estabilizar un nuevo sistema.
- *Mantener la sobriedad a largo plazo.* La familia debe lograr reequilibrar y estabilizar un estilo de vida nuevo y más saludable.

Una vez el cambio está en marcha, los procesos de recuperación individual y familiar por lo general corren paralelamente, aunque tal vez no estén perfectamente sincronizados.

## Poblaciones específicas

Este TIP usa el término *poblaciones específicas* para referirse a características familiares partiendo de agrupaciones específicas y comunes que influyen en el proceso terapéutico. La guía general más importante para un terapeuta es ser flexible y tratar con la familia "donde se encuentra." También es vital que los consejeros estén conscientes y sean sensibles todo el tiempo a las diferencias que hay entre ellos y los miembros del grupo a quien le proveen consejería. Desde el principio de la terapia se deben respetar las normas culturales de la familia en tratamiento.

La terapia familiar para mujeres con trastornos por abuso de sustancias, es apropiada excepto cuando hay abuso conyugal continuo. La seguridad debe ser siempre la consideración primordial. El tratamiento de abuso de sustancias es más efectivo para mujeres cuando atiende las necesidades específicas de las mujeres y entiende sus realidades diarias. Algunos asuntos de tratamiento particulares para las mujeres son, vergüenza, estigma, trauma y control de su vida. Las mujeres que han perdido la custodia de sus hijos, pueden necesitar ayuda para recobrarla una vez logren una recuperación estable. De hecho, trabajar para recuperar a sus hijos puede ser un motivador fuerte de tratamiento para que la mujer entre a tratamiento. Por último, el cuidado de menores es uno de los acomodos necesarios más importantes para las mujeres en tratamiento.

No hay suficientes investigaciones todavía para sugerir la eficacia de cualquier tipo de terapia familiar para personas gay o lesbianas. La familia puede ser un tema muy delicado para clientes homosexuales. Los terapeutas deben tener cuidado al usar la definición de familia con el cliente y no dependen de un modelo heterosexual. De igual manera, el terapeuta también debe aceptar cualquier identificación que el cliente escoja para sí mismo y ser sensible a la necesidad de ser abarcador y evitar juicios en su selección de vocabulario. Muchos clientes homosexuales pueden estar renuentes a incluir a otros miembros de su familia de origen en la terapia por temor al rechazo o a un distanciamiento mayor.

Aunque se ha realizado mucha investigación sobre la terapia familiar y la cultura y la etnicidad, muy poca de la investigación se ha concentrado en la influencia de la cultura y la etnicidad sobre los procesos familiares y clínicos claves. Un requisito importante es trascender las etiquetas étnicas y considerar una serie de factores - valores, creencias y conductas - que se asocian con la identidad étnica. Una de las principales experiencias vivenciales que deben considerarse al tratar familias afectadas por el abuso de sustancias, es el reto complejo de determinar cómo la asimilación cultural y la identidad étnica influyen en el proceso de tratamiento. Otros elementos influyentes incluyen los efectos de la inmigración en la vida familiar y las circunstancias que motivaron la emigración y la condición sociopolítica de la familia étnicamente característica.

El TIP también explora temas relacionados con edad, personas con impedimentos, personas con trastornos coexistentes de abuso de sustancias y trastornos mentales, personas en áreas rurales, personas positivas al VIH, personas sin hogar y veteranos.

## Aspectos de Políticas y Programas

La incorporación de la terapia familiar al tratamiento para abuso de sustancias, representa una oportunidad para mejorar el status quo; también constituye un reto para que estas dos modalidades diferentes reconozcan, delineen y posiblemente reconcilien perspectivas diferentes. Otra implicación importante de las políticas es que la terapia familiar requiere adiestramiento y destrezas especiales que no son comunes en el personal de muchos programas de tratamiento para abuso de sustancias. Un programa de abuso de sustancias comprometido con la terapia familiar tendrá que considerar los costos relacionados con proveer un adiestramiento abarcador al personal de operaciones y de supervisión para asegurar que todos entiendan, apoyen y refuercen el trabajo del terapeuta familiar.

En vista de la complejidad de incorporar una terapia familiar en gran escala consistentemente con el tratamiento para abuso de sustancias, y dado los recursos finitos con los que cuentan muchos programas de tratamiento de abuso de sustancias, la involucración familiar puede ser una alternativa más atractiva.

Los beneficios documentados de reducción de gastos y de salud pública relacionados con la terapia familiar, apoyan la idea del reembolso. Sin embargo, el sistema de cuidado de salud norteamericano se centra en el cuidado del individuo. Hay muy pocos, si acaso existen, reembolsos para el tratamiento de los miembros de la familia, mucho menos, cuando la "familia" se define en su aspecto más amplio e incluye la red de apoyo extra-familiar del cliente.

Incluir consideraciones de terapia familiar en el ambiente del tratamiento de abuso de sustancias, a cualquier nivel de intensidad, requiere un esfuerzo sistemático y continuo. El panel de consenso desarrolló cuatro modelos de planificación de programas: educación del personal, educación y participación familiar, colaboración del proveedor e integración familiar. Estos modelos proveen un esquema conceptual para los administradores y personal/consejeros de programas. Estos modelos cubren (1) la educación del personal en lo que se refiere a familias y terapia familiar, (2) la educación de la familia en torno a los roles de la familia en el tratamiento y la recuperación del abuso de sustancias, (3) cómo los proveedores de tratamiento para abuso de sustancias pueden colaborar con los terapeutas familiares y (4) los métodos para integrar actividades de terapia familiar en los programas de tratamiento para abuso de sustancias. El marco conceptual identifica consideraciones claves como: guías de

implementación, temas éticos y legales, la evaluación de resultados, adaptaciones de consejería, adiestramiento y supervisión. Otras consideraciones programáticas incluyen la competencia cultural, los procedimientos e informes de evaluación de resultados y el seguimiento a largo plazo.

## Apéndice A: Guías para evaluar la violencia

Depende de los terapeutas evaluar el potencial de ira y violencia y estructurar la terapia de manera que pueda llevarse a cabo sin poner en peligro a ningún miembro de la familia. Debido a la naturaleza de vida o muerte de esta responsabilidad, el panel de consenso incluye guías recomendadas para cernir y tratar personas atrapadas en el ciclo de violencia doméstica. Estas recomendaciones han sido adaptadas del TIP 25, *Substance Abuse Treatment and Domestic Violence* (Tratamiento de Abuso de Sustancias y Violencia Doméstica del "CSAT" 1997b).

Si durante la entrevista de cernimiento queda claro que el agresor representa un riesgo para un cliente, el proveedor de tratamiento deberá responder a esta situación antes que a ninguna otra y, de ser necesario, suspender el resto de la entrevista de cernimiento hasta asegurar que el cliente esté protegido. El proveedor debe referir al cliente a un programa de violencia doméstica y posiblemente a un albergue y a servicios legales.

### Guías de evaluación para violencia doméstica y otra conducta abusiva

1. Para determinar si una persona ha sido víctima de violencia doméstica, busque lesiones físicas, especialmente patrones de lesiones no atendidas en la cara, el cuello, la garganta y el pecho. Otros indicadores pueden incluir:
  - Explicaciones incongruentes para la lesiones y respuestas evasivas cuando se le pregunta al respecto
  - Complicaciones durante el embarazo, incluyendo abortos, nacimientos prematuros y enfermedades infantiles o defectos de nacimiento
  - Enfermedades y condiciones relacionadas con estrés como dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor crónico, aflicción gastrointestinal, trastorno del sueño, trastornos de alimentación y fatiga.
  - Trastornos relacionados con la ansiedad como palpitaciones, hiperventilación y ataques de pánico
  - Aspecto triste, inexpresivo, curva de afecto plana o hablar sobre suicidarse
  - Historial de recaídas o de incumplir con los planes de tratamiento para abuso de sustancias.
2. Cuando entreviste a los pacientes sobre violencia doméstica, hágalo siempre en privado. Pregunte sobre violencia con ejemplos concretos y situaciones hipotéticas en lugar de preguntas vagas y conceptuales. Las preguntas de cernimiento deben transmitir a los sobrevivientes la convicción de que no hay agresión nunca está justificada y que el abuso de sustancias no es una excusa aceptable para la conducta violenta.
3. En cuanto tenga la certeza de que un cliente ha sido o es víctima de agresión debe comunicarse con expertos en violencia doméstica.

4. El proveedor debe comunicarse con un experto forense para documentar la evidencia física de la violencia.
5. Siempre que sea apropiado, deben hacerse referidos a psicoterapia y consejería especializada. Es importante que se provea adiestramiento sobre violencia doméstica al personal de manera que los consejeros de tratamiento para abuso de sustancias puedan responder de forma efectiva a una crisis de violencia doméstica.
6. Si un superviviente de violencia doméstica se muda a otra comunidad, se le debe proveer un referido a los programas apropiados de albergues en esa comunidad.
7. Debido a que los agresores en tratamiento con frecuencia hostigan a su pareja (mediante amenazas telefónicas, por correo y envío de mensajes con visitantes aprobados), deberán monitorizarse con cuidado los privilegios de llamadas telefónicas y visitas de los agresores y los sobrevivientes en programas residenciales de tratamiento para abuso de sustancias.
8. La discusión sobre relaciones familiares, que forma parte de toda entrevista de cernimiento de abuso de sustancias, se puede usar para identificar la violencia doméstica y medir su severidad.
9. Una buena pregunta inicial para investigar la posibilidad de que un cliente está maltratando a un miembro de su familia es, “¿cree usted que la violencia contra un cónyuge se justifica en algunas situaciones?” Puede usar ejemplos en tercera persona, seguidos de preguntas específicas y concretas que definan el grado de violencia:
  - ¿Qué ocurre cuando pierde la calma?
  - Cuando golpeó a la persona, ¿le dio una bofetada o un puñetazo?
  - ¿Le quita usted las llaves del auto? ¿Causa daños a la propiedad? ¿Amenaza con lesionar o matar (a la persona)?
10. Una vez ha confirmado que el cliente ha sido abusivo, ya sea física, sexual o psicológicamente, el proveedor debe comunicarse con un experto en violencia doméstica para referido o consulta. Los proveedores de tratamiento deben asegurarse de que se evalúa cuidadosamente el riesgo que representa el agresor.
11. El proveedor debe ser directo y cándido, evitar las expresiones vagas y eufemísticas como, “¿hay problemas en la relación entre usted y su pareja?” Pregunte más bien sobre la “violencia,” y manténgase enfocado en la conducta.
12. Familiarícese con la forma en que el agresor racionaliza y excusa su conducta:
  - *Minimizante*: “¿Solamente la empujé.” “Le sale un moretón de cualquier golpecito.” “Es una exagerada.”
  - *Sus intenciones eran buenas*: “Cuando se pone histérica, tengo que darle una bofetada para calmarla.”
  - *Culpar la intoxicación*: “Estaba borracho.” “No soy yo cuando bebo.”
  - *Achacarlo a que perdió el control*: “Perdí el control.” “No puedo aguantar tanto.” “Estaba tan furioso, que no sabía lo que hacía.”
  - *Culpar a la pareja*: “Fue culpa suya.” “Sabe sacarme de mis casillas.”
  - *Culpar a otra persona o cosa*: “Me criaron así.” “Mi oficial de probatoria me está presionando mucho.” “Estoy desempleado.” Los proveedores de tratamiento para abuso de

sustancias deben construir sus preguntas de cernimiento sin que permitan al agresor culpar a la víctima o una droga.

13. Cuando tratan a clientes agresores, los proveedores deben tratar de asegurar la seguridad de las personas que han sido o están siendo agredidas (usualmente la pareja o los niños) durante cualquier crisis que preceda u ocurra mientras recibe tratamiento.
14. Los proveedores de tratamiento deben requerir que los agresores firmen un “contrato de no violencia” que estipula que el cliente no usará violencia ni dentro ni fuera del programa.
15. Los proveedores de tratamiento deben determinar cuál es la relación entre el abuso de sustancias y la conducta violenta:
  - Cuando usa / bebe (sustancias), ¿exactamente cuándo ocurre la violencia?
  - ¿Cuánta de la conducta violenta tiene lugar cuando usted está bebiendo o usando otras drogas?
  - ¿Qué sustancias conducen a la violencia?
  - ¿Qué sentimientos tiene antes y mientras usa alcohol u otras drogas?
  - ¿Usa usted sustancias para reponerse del incidente de violencia?
16. Una vez haya identificado la cadena de sucesos que preceden o desencadenan los episodios de violencia, el proveedor y el cliente deben formular estrategias para modificar estos comportamientos y reconocer las emociones que contribuyen a la conducta violenta.
17. Los proveedores de servicios a clientes agresores deben estar pendientes de las señales que indiquen que los clientes están malinterpretando la filosofía de 12-Pasos para excusar la violencia continua. Por ejemplo, el primer paso es reconocer su impotencia ante el alcohol. Por tanto el cliente podría racionalizar el acto violento cometido mientras estaba intoxicado, que luego justifica porque la sustancia “me hizo hacerlo.” Otra situación peligrosa es que los agresores acusen a sus parejas de ser “codependientes” para culpar a la víctima de la agresión.
18. Se deben hacer referidos a grupos de cuidado posterior como Agresores Anónimos, solamente después de que el cliente complete un programa de intervención para agresores y no haya recurrido a la violencia durante un tiempo determinado.

### ***Cernimiento de abuso infantil***

19. No se debe indagar sobre posible abuso infantil hasta que se hayan explicado al cliente los límites de confidencialidad, conforme se definen en el Código de Regulaciones Federales 42 C.F.R., Parte 2, y éste haya aceptado por escrito que se le proporcionó dicha información. También se tiene que informar a los clientes que los informantes obligados (como los proveedores de tratamiento para abuso de sustancias) tienen la obligación de notificar a una agencia de protección a menores si sospechan que hay abuso o negligencia infantil.
20. Durante el cernimiento inicial, el entrevistador debe intentar determinar si los niños del cliente han sufrido daño físico o emocional y si su conducta ha cambiado. ¿Han dejado de hablar? ¿Gritan, lloran, o exhiben problemas de conducta?

21. El proveedor de tratamiento para abuso de sustancias no debe evaluar a los niños para determinar si ha habido abuso o incesto. Esta delicada función sólo debe realizarla un perito en la materia. El proveedor de tratamiento sí debe, sin embargo, tomar nota de cualquier indicación de que haya maltrato infantil en el hogar de un cliente e informar sus sospechas a la agencia apropiada.
22. Las indicaciones de maltrato infantil que pueden surgir durante una entrevista con un cliente incluyen:
- ¿Ha intervenido una agencia de servicios de protección con alguien que resida en el hogar?
  - ¿Exhiben los niños conducta indicativa de maltrato, como orinarse en la cama o actos de representación sexual?
  - ¿Se observa una relación extremadamente estrecha entre un niño y otro adulto en el hogar?
  - ¿Informa el cliente haber tenido episodios de pérdida de memoria? (Los agresores con frecuencia alegan que no recuerdan lo que ocurrió durante un episodio de violencia.)
23. Si un proveedor de tratamiento sospecha que se ha maltratado violentamente al hijo de un cliente, el proveedor tiene que referir al menor de inmediato, a un proveedor de cuidado de la salud. Si el padre o la madre se rehúsan a llevar al menor a un médico (quien viene obligado por ley a informar si sospecha que ha habido maltrato), el proveedor tiene que comunicarse con servicios de salud en el hogar o con el servicio de protección de menores.
24. Si el proveedor de tratamiento informa que sospecha o está convencido de que hay abuso o negligencia infantil, éste deberá evaluar el impacto en cualquier cliente que también sea víctima de agresión y desarrollar un plan de seguridad, si determina que es necesario.
25. Los proveedores deben estar conscientes de que si un niño ha sido o está siendo maltratado por la pareja de su mamá, es probable que la madre también sea víctima de abuso.

## Apéndice B: Glosario

**Afecto:** Sentimiento o emoción, especialmente cuando se manifiesta mediante expresión facial o lenguaje corporal.

**Asimilación afectiva y espiritual:** Sentido de conexión de una familia con sus tradiciones étnicas.

**Asimilación cultural cognitiva:** El grado de comprensión y alcance de la involucración del cliente en las costumbres, creencias, valores e idioma de una cultura en particular.

**Asimilación cultural conductual:** La medida en que una familia participa en actividades tradicionales o actividades de la cultura dominante, en contraste con otras actividades culturalmente específicas.

**Asimilación social y ambiental:** Patrón de socialización de una familia o de familiarización con sus elementos sociales y ambientales.

**BCT:** Siglas en inglés para terapia conductual de parejas (*behavioral couples therapy*)

**BMT:** Siglas en inglés para terapia conductual conyugal (*behavioral marital therapy*)

**CBT:** Siglas en inglés para terapia conductual cognitiva (*cognitive-behavioral therapy*)

**Codependencia:** Estado en que una persona se preocupa excesivamente de los problemas de otra, en detrimento de los deseos y necesidades propios.

**Complementariedad:** Un patrón de interacción humana en que las parejas en una relación íntima establecen roles y asumen patrones de conducta que satisfacen las necesidades y exigencias subconscientes del otro.

**Enredamiento:** Estado en que dos personas están tan integradas emocionalmente que una percibe que la otra la está “sofocando” con su afecto, preocupación, atención, etc. El enredamiento también puede ocurrir sin que se perciba conscientemente de ello.

**Estructura familiar:** Patrones repetitivos, predecibles de interacción entre miembros de la familia que influyan la conducta individual considerablemente.

**Etapas de cambio:** Modelo de las fases de recuperación de abuso de sustancias: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

**Familia tradicional:** La familia nuclear de dos padres y sus hijos menores viviendo bajo un mismo techo, de madre / padre soltero y familias que incluyen familiares consanguíneos, relaciones de crianza, abuelos que crían nietos y madrastras / padrastros.

**Fases de cambio familiar:** Modelo de cambio familiar que incluye tres elementos que ocurren en serie: alcanzar la sobriedad, adaptarse a la sobriedad y mantener la sobriedad a largo plazo.

**Frontera/Límite:** Barrera invisible aunque con frecuencia efectiva en una relación que rige el nivel de contacto. Las fronteras / límites pueden dar forma y regular las relaciones apropiadamente. Hay dos tipos disfuncionales de fronteras / límites, (1) las que son tan rígidas que inhiben la interacción significativa de manera que las personas en la relación están “desconectadas” una de la otra, o (2) las que están tan faltas de cohesión que las personas pierden el sentido de independencia de manera que la relación “enredada” sofoca la individualidad y la iniciativa.

**Genograma:** Gráfica pictórica de los participantes en un sistema de relaciones de tres generaciones, que incorpora matrimonios, divorcios, nacimientos, localización geográfica, muertes y enfermedades. Se le pueden agregar disfunciones físicas, sociales y psicológicas significativas. El genograma ayuda al terapeuta a entender a la familia y se usa para examinar las relaciones familiares.

**Homeostasis:** Proceso natural en que fuerzas multigeneracionales en competencia procuran mantener un estado de equilibrio (por ejemplo balance).

**Idiopática:** Relacionada con, o que designa, una enfermedad que no tiene causa conocida.

**MFT:** Siglas en inglés para terapia familiar y conyugal (*Marriage and Family therapy*)

**Modelos integrados:** Variedad de intervenciones que toman en consideración, (1) los problemas de cada uno de los miembros de la familia y su relación con el abuso de sustancias y (2) el efecto de los problemas de cada persona sobre el sistema familiar.

**PI:** Paciente identificado.

**Psicoeducación:** Combinación de información sobre abuso de sustancias y recuperación, apoyo grupal y examen de interacciones que conducen a un conflicto. Los facilitadores colaboran con la familia para cambiar estas interacciones provocativas, reducir el estrés del hogar y crear una atmósfera conducente a la recuperación.

**Rompimiento:** Estado en que una persona está inalcanzable o distante de otras.

**Somático:** De, relacionado con, o que afecta, el cuerpo.

**Terapia de involucración familiar:** La integración programática de los miembros de la familia en el programa de tratamiento para abuso de sustancias para corregir las relaciones familiares que provocan o apoyan la continuación del abuso de sustancias. La terapia de integración familiar difiere de la terapia familiar en que tal vez no conciba a la familia completa como el sujeto de interés terapéutico y no siempre intervendrá en el sistema de relaciones familiares.

**Terapia familiar:** Un acercamiento a la terapia basado en la idea de que la familia es, y se comporta como, un sistema. Las intervenciones se basan en el supuesto de que cuando una parte del sistema cambia, las otras partes también cambiarán como respuesta. Por lo tanto, los terapeutas familiares buscan estructuras poco sanas y patrones de comunicación defectuosos.

**Terapia familiar unipersonal:** Terapia que incorpora el enfoque familiar sin tratar a toda la familia.

**Triangulación:** Ocurre cuando dos miembros de una familia que tratan con un problema llegan al punto en que necesitan discutir un asunto delicado. En lugar de encarar el problema, desvían su energía hacia un tercero que sirve de intermediario, chivo expiatorio, objeto de preocupación o aliado. Al involucrar a esta persona, reducen la tensión emocional pero impiden que se solucione el conflicto y pierden la oportunidad de mejorar la intimidad de su relación.

**Visión Ecológica del abuso de sustancias:** Un concepto del abuso de sustancias que es análogo a un sistema ecológico de la naturaleza. El abuso de sustancias ocurre dentro de un complejo de sistemas que incluye familias, comunidades y sociedades. Puede presumirse que todos los elementos de este sistema “ecológico” tendrán alguna influencia sobre todos los otros elementos.

## Apéndice C: Referencias

- Anderson, J.Z. Stepfamilies and substance abuse: Unique treatment considerations. In: Kaufman, E., and Kaufmann, P., eds. *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. 2d ed. Boston: AUyn and Bacon, 1992. pp. 172-189.
- Aponte, H. J., and Van Dusen, J.M. Structural family therapy. In: Gurman, A.S., and Kniskern, D.P., eds. *Handbook of Family Therapy: Vol. 1*. New York: Brunner/Mazel, 1981. pp. 310-358.
- Ariel, J., and McPherson, D.W. Therapy with lesbian and gay parents and their children. *Journal of Marital and Family Therapy* 26(4):421-432, 2000.
- Atkinson, R.M., Tolson, R.L., and Turner, J.A. Late versus early onset problem drinking in older men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 14(4):574-579, 1990.
- Attneave, C. American Indians and Alaska Native families: Emigrants in their own homeland. In: McGoldrick, M., Pearce, J.K., and Giordano, J., eds. *Ethnicity and Family Therapy*. New York: Guilford Press, 1982. pp. 55-83.
- Azrin, N.H. Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy* 14(5):339-348, 1976.
- Azrin, N.H., Donohue, B., Besalel, V.A., Kogan, E.S., and Acierno, R. Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 3(3):1-16, 1994.
- Azrin, N.H., Donohue, B., Teichner, G.A., Crum, T., Howell, J., and DeCato, L.A. A controlled evaluation and description of individual-cognitive problem solving and family-behavior therapies in dually-diagnosed, conduct-disordered and substance-dependent youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 11(1):1-43, 2001.
- Azrin, N.H., Sisson, R.W., Meyers, R., and Godley, M. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 13(2): 105-112, 1982.
- Bagarozzi, D.A. The family therapist's role in treating families in rural communities: A general systems approach. *Journal of Marital and Family Therapy* 8(2):51-58, 1982.
- Barker, P. *Basic Family Therapy*. 4th ed. Oxford: Blackwell Science Ltd, 1998.
- Barnes, J.S., and Bennett, C.E. *The Asian Population: 2000*. Census 2000 Brief. Washington, DC: U.S. Census Bureau, 2002.
- Barrett, M.S., and Berman, J.S. Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(4):597-603, 2001.
- Bavolek, S. J. *Alcohol, Anger and Abuse: Understanding the Relationship Between Alcohol and Other Drug Abuse, and Child Abuse and Neglect*. Park City, UT: Family Development Resources, 1995.
- Bays, J. Substance abuse and child abuse: Impact of addiction on the child. *Pediatric Clinics of North America* 37(4):881-904, 1990.
- Beauvais, F. The consequences of drug and alcohol use for Indian youth. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research* 5(1):32-37, 1992.
- Beck, A.T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- Beels, C.C. Notes for a cultural history of family therapy. *Family Process* 41(1):67-82, 2002.
- Bengtson, V.L. Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and the Family* 63(1):1-17, 2001.
- Bepko, C., and Johnson, T. Gay and lesbian couples in therapy: Perspectives for the contemporary family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy* 26(4):409-419, 2000.

- Bepko, C., and Krestan, J.A. *The Responsibility Trap: A Blueprint for Treating the Alcoholic Family*. New York: Free Press, 1985.
- Berenson, D. Family approach to alcoholism. *Psychiatric Opinion* 13(1):33-38,1976.
- Berenson, D., and Schrier, E. W. Current family treatment approaches. In: Graham, A.W., Schultz, T.K., and Wilford, B.B., eds. *Principles of Addiction Medicine*. 2d ed. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, 1998. pp. 1115-1125.
- Berg, I.K. Solution-focused brief therapy with substance abusers: In: Washton, A.M., ed. *Psychotherapy and Substance Abuse: A Practitioner's Handbook*. New York: Guilford Press, 1995. pp. 223-242.
- Berg, I.K., and Miller, S.D. *Working with the Problem Drinker: A Solution-Focused Approach*. New York: W.W. Norton, 1992.
- Berg, I.K., and Reuss, N. *Solutions Step-By- Step: A Substance Abuse Treatment Manual*. New York: W.W. Norton, 1997.
- Bernstein, A. C. Straight therapists working with lesbians and gays in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 26(4):443-455,2000.
- Bhattacharya, G. Drug use among Asian- Indian adolescents: Identifying protective/risk factors. *Adolescence* 33(129):169-184, 1998.
- Bianchi, S.M., and Casper, L.M. American families. *Population Bulletin* 55(4): 342, 2000.
- Bijur, P.E., Kurzon, M., Overpeck, M.D., and Scheidt, P.C. Parental alcohol use, problem drinking, and children's injuries. *Journal of the American Medical Association* 267: 3166-3171,1992.
- Blum, K., Braverman, E.R., Holder, J.M., Lubar, J.F., Monastera, V.J., Miller, D., Lubar, J.O., Chen, T. J., and Comings, D.E. Reward deficiency syndrome: A biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs* 32(Suppl): 1-112,2000.
- Bowen, M. Alcoholism as viewed through family systems theory and family psychotherapy. *Annals of the New York Academy of Sciences* 233:115-122,1974.
- Bowen, M. *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson, 1978.
- Boyd, M.R., and Mackey, M.C. Alienation from self and others: The psychosocial problem of rural alcoholic women. *Archives of Psychiatric Nursing* 14(3):134-141,2000.
- Boyd-Franklin, N. *Black Families in Therapy: A Multisystems Approach*. New York: Guilford Press, 1989.
- Brady, K. T., and Randall, C.L. Gender differences in substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 22(2):241-252, 1999.
- Brandl, B., and Horan, D.L. Domestic violence in later life: An overview for health care providers. *Women & Health* 35(2-3):41-54, 2002.
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., and Jones, L. *A Meta-Analysis of the Play Therapy Outcome Research from 1947 to the Present: A Brief Summary*. Fresno, CA: Association for Play Therapy, n.d. <http://www.a4pt.org/eta-Analysis-Summary.doc> [Accessed February 11,2004].
- Brook, D.W., and Brook, J.S. Family processes associated with alcohol and drug use and abuse. In: Kaufman, E., and Kaufmann, P., eds. *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. 2d ed. Boston: Allyn and Bacon, 1992. pp. 15-33.
- Brooks, C., and Rice, K.F. *Families in Recovery: Coming Full Circle*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 1997.
- Brown, S. and Lewis, V. *The Alcoholic Family in Recovery: A Developmental Model*. New York: Guilford Press, 1999.
- Brown, T.G., Kokin, M., Seraganian, P., and Shields, N. The role of spouses of substance abusers in treatment: Gender differences. *Journal of Psychoactive Drugs* 27(3):223-229,1995.
- Brucker, P.S.,and Perry, B .J. American Indians: Presenting concerns and considerations for family therapists. *American Journal of Family Therapy* 26(4):307-320,1998.
- Bry, B.H. Substance abuse in women: Etiology and prevention. *Issues in Mental Health Nursing* 5(1-4):253-272, 1983.

- Bucholz, K.K., Sheline, Y., and Helzer, J.E. The epidemiology of alcohol use, problems, and dependence in elders: A review. In: Beresford, T.P., and Gomberg, E., eds. *Alcohol and Aging*. New York: Oxford University Press, 1995. pp. 19-41.
- Bukstein, O.G. Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs* 32(1):67-79, 2000.
- Bushy, A. Mental health and substance abuse: Challenges in providing services to rural clients. In: Center for Substance Abuse Treatment, ed. *Bringing Excellence to Substance Abuse Services in Rural and Frontier America*. Technical Assistance Publication Series 20. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1997. pp. 45-53.
- Caetano, R., Clark, C.L., and Tam, T. Alcohol consumption among racial/ethnic minorities: Theory and research. *Alcohol Health and Research World* 22(4):233-238, 1998.
- Casado-Flores, J., Bano-Rodrigo, A., and Romero, E. Social and medical problems in children of heroin-addicted parents: A study of 75 patients. *American Journal of Diseases of Children* 144:977-979, 1990.
- Catalano, R.F., Gainey, R.R., Fleming, C.B., Haggerty, K.P., and Johnson, N.O. An experimental intervention with families of substance abusers: One-year follow-up of the Focus on Families Project. *Addictwn* 94(2):241-254, 1999.
- Celano, M.P., and Kaslow, N.J. Culturally competent family interventions: Review and case illustrations. *American Journal of Family Therapy* 28:217-228, 2000.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Improving Treatment for Drug-Exposed Infants*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 5. DHHS Publication No. (SMA) 95-3057. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1993a.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Pregnant, Substance-Using Women*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 2. DHHS Publication No. (SMA) 93- 1998. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1993b.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Screening for Infectious Diseases Among Substance Abusers*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 6. DHHS Publication No. (SMA) 95-3060. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1993c.
- Center for Substance Abuse Treatment. *State Methadone Treatment Guidelines*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 1. DHHS Publication No. (SMA) 93-1991. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1993d.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Assessment and Treatment of Cocaine-Abusing Methadone-Maintained Patients*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 10. DHHS Publication No. (SMA) 94- 3003. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1994a.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Assessment and Treatment of Patients with Coexisting Mental Illness and Alcohol and Other Drug Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 9. DHHS Publication No. (SMA) 95-3061. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1994b.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Combining Substance Abuse Treatment With Intermediate Sanctions for Adults in the Criminal Justice System*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 12. DHHS Publication No. (SMA) 94-3004. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1994c.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 8. DHHS Publication No. (SMA) 99-3306. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1994d.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Screening and Assessment for Alcohol and Other Drug Abuse Among Adults in the Criminal Justice System*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 7. DHHS Publication No. (SMA) 00-3477. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1994e.

- Center for Substance Abuse Treatment. *Simple Screening Instruments for Outreach for Alcohol and Other Drug Abuse and Infections Diseases*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 11. DHHS Publication No. (SMA) 94-2094. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1994f.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Alcohol and Other Drug Screening of Hospitalized Trauma Patients*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 16. DHHS Publication No. (SMA) 95-3041. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995a.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Combining Alcohol and Other Drug Treatment with Diversion for Juveniles in the Justice System*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 21. DHHS Publication No. (SMA) 95-3051. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995b.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Developing State Outcomes Monitoring Systems for Alcohol and Other Drug Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 14. DHHS Publication No. (SMA) 95-3031. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995c.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Detoxification from Alcohol and Other Drugs*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 19. DHHS Publication No. (SMA) 95-3046. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995d.
- Center for Substance Abuse Treatment. *LAAM in the Treatment of Opiate Addictwn*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 22. DHHS Publication No. (SMA) 95-3052. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995e.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Matching Treatment to Patient Needs in Opioid Substitution Therapy*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 20. DHHS Publication No. (SMA) 95-3049. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995f.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Planning for Alcohol and Other Drug Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 17. DHHS Publication No. (SMA) 95-3039. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995g.
- Center for Substance Abuse Treatment. *The Role and Current Status of Patient Placement Criteria in the Treatment of Substance Use Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 13. DHHS Publication No. (SMA) 95-3021. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995h.
- Center for Substance Abuse Treatment. *The Tuberculosis Epidemic: Legal and Ethical Issues for Alcohol and Other Drug Abuse Treatment Providers*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 18. DHHS Publication No. (SMA) 95-3047. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995i.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Checklist for Monitoring Alcohol and Other Drug Confidentiality Compliance*. Technical Assistance Publication Series 18. DHHS Publication No. (SMA) 99-3321. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1996a.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Treatment Drug Courts: Integrating Substance Abuse Treatment With Legal Case Processing*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 23. DHHS Publication No. (SMA) 96-3113. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1996b.
- Center for Substance Abuse Treatment. *A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 24. DHHS Publication No. (SMA) 97-3139. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1997a.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse Treatment and Domestic Violence*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 25. DHHS Publication No. (SMA) 97-3163. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1997b.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Comprehensive Case Management for Substance Abuse*

*Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 27. DHHS Publication No. (SMA) 98-3222. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1998a.

Center for Substance Abuse Treatment. *Continuity of Offender Treatment for Substance Use Disorders From Institution to Community*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 30. DHHS Publication No. (SMA) 98-3245. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1998b.

Center for Substance Abuse Treatment.  
*Naltrexone and Alcoholism Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 28. DHHS Publication No. (SMA) 98-3206. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1998c.

Center for Substance Abuse Treatment.  
*Substance Abuse Among Older Adults*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 26. DHHS Publication No. (SMA) 98-3179. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1998d.

Center for Substance Abuse Treatment. *Substance Use Disorder Treatment for People With Physical and Cognitive Disabilities*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 29. DHHS Publication No. (SMA) 98-3249. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1998e.

Center for Substance Abuse Treatment. *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. DHHS Publication No. (SMA) 99-3353. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999a.

Center for Substance Abuse Treatment. *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35. DHHS Publication No. (SMA) 99-3354. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999b.

Center for Substance Abuse Treatment.  
*Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 31. DHHS Publication No. (SMA) 99-3282. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999c.

Center for Substance Abuse Treatment.  
*Treatment for Stimulant Use Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 33. DHHS Publication No. (SMA) 99-3296. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999d.

Center for Substance Abuse Treatment.  
*Treatment of Adolescents With Substance Use Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 32. DHHS Publication No. (SMA) 99-3283. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999e.

Center for Substance Abuse Treatment. *Integrating Substance Abuse Treatment and Vocational Services*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 38. DHHS Publication No. (SMA) 00-3470. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2000a.

Center for Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse Treatment for Persons With Child Abuse and Neglect Issues*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 36. DHHS Publication No. (SMA) 00-3357. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2000b.

Center for Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse Treatment for Persons With HIV/AIDS*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 37. DHHS Publication No. (SMA) 00-3459. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2000c.

Center for Substance Abuse Treatment. *A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals*. DHHS Publication No. (SMA) 01-3498. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2001.

Center for Substance Abuse Treatment.

- Detoxification and Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, in development *a*. Center for Substance Abuse Treatment.
- Improving Cultural Competence in Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, in development *b*. Center for Substance Abuse Treatment.
- Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, in development *c*. Center for Substance Abuse Treatment.
- Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, in development *d*. Center for Substance Abuse Treatment.
- Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, in development *e*. Center for Substance Abuse Treatment.
- Substance Abuse Treatment and Family Therapy*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, in development *f*. Center for Substance Abuse Treatment.
- Substance Abuse Treatment and Group Therapy*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, in development *g*. Center for Substance Abuse Treatment.
- Substance Abuse Treatment and Men's Issues*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, in development *h*. Center for Substance Abuse Treatment.
- Substance Abuse Treatment and Trauma*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, in development *i*. Center for Substance Abuse Treatment.
- Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, in development *j*. Center for Substance Abuse Treatment.
- Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, in development.
- Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report. 13(1):141. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2002.
- Accessed February 11, 2004]. Cermak, T.L. Evaluating and Treating Adult Children of Alcoholics: Volume 2, Treatment (Professional Series). Minneapolis: The Johnson Institute, 1991.
- Cervantes, R.C., and Pena, C. Evaluating Hispanic/Latino programs: Ensuring cultural competence. In: Delgado, M., ed. Alcohol Use/Abuse Among Latinos: Issues and Examples of Culturally Competent Services. Binghamton, NY: Haworth Press, 1998.
- Chaney, R.A., and White, W.L. Metaphors of Transformation: Feminine and Masculine. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems, 1992.
- Chang, P. Treating Asian/Pacific American addicts and their families. In: Krestan, J.-A., ed. Bridges to Recovery: Addiction, Family Therapy, and Multicultural Treatment. New York: Free Press, 2000.
- Chien, C.-P., and Yamamoto, J. Asian American and Pacific Islander patients. In: Acosta, F.X., Yamamoto, J., and Evans, L.A., eds. Effective Psychotherapy for Low-Income and Minority Patients. New York: Plenum Press, 1982.
- Chone, S.K., Berryhill-Paapke, E., and Robbins, R.R. The acculturation of American Indians: Developing frameworks for research and practice. In: Ponterotto, J.G., Casas, J.M., Suzuki, L.A., and Alexander, C.M., eds. Handbook of Multicultural Counseling. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.
- Clay, R.A. SUSA launches buprenorphine education initiative. SAMHSA News 11(1):3, 2003.
- Cloninger, C.R. Genetics of substance abuse. In: Galanter, M., and Kleber, H.D., eds. Textbook of Substance Abuse Treatment. 2d ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999.

- COCO, E.L., and Courtney, L.J. A family systems approach for preventing adolescent runaway behavior. *Adolescence* 33(130):485- 496, 1998.
- Co-Dependents Anonymous. *Patterns and Characteristics of Codependence*. Phoenix, AZ : Co-Dependents Anonymous, 1998. <http://www.codependents.org/codapatt.htm> [Accessed February 11, 2004].
- Cohen P., Cohen, J., Casen, S., Velez, C.N., Hartmarck, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., and Streuning, E.L. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34(6):851-867, 1993.
- Collins, R.L. Family treatment of alcohol abuse: Behavioral and systems perspectives. In: Collins, R.L., Leonard, K.E., and Searles, J.S., eds. *Alcohol and the Family: Research and Clinical Perspectives*. New York: Guilford Press, 1990. pp. 285-308.
- Conner, K.R., Shea, R.R., McDermott, M.P., Grolling, R., Tocco, R.V., and Baciewicz, G. The role of multifamily therapy in promoting retention in treatment of alcohol and cocaine dependence. *American Journal on Addictions* 7(1):61-73, 1998.
- Cook, P.S., Petersen, R.C. and Moore, D.T. *Alcohol, Tobacco and Other Drugs May Harm the Unborn*. DHHS Publication No. (ADM) 90-1711. Rockville, MD: Office of Substance Abuse Prevention, 1990.
- Coolidge, A. Eliciting children's thinking in families and family therapy. *Family Process* 40(3):293-312, 2001.
- Covington, S.S. Helping women recover: Creating gender-responsive treatment. In: Straussner, S.L.A., and Brown, S., eds. *Handbook of Women and Addictive Treatment: Theory and Practice*. San Francisco: Jossey Bass, 2002.
- Coyhis, D. Culturally specific addiction recovery for Native Americans. In: Krestan, J., ed. *Bridges To Recovery: Addictive, Family Therapy, and Multicultural Treatment*. New York: The Free Press, 2000.
- Cuadrado, M., and Lieberman, L. Traditionalism in the prevention of substance misuse among Puerto Ricans. *Substance Use and Misuse* 33(14):2737-2755, 1998- Cunningham, P.B., and Henggeler, S.W. Engaging multiproblem families in treatment: Lessons learned throughout the development of multisystemic therapy. *Family Process* 38(3):265-281, 1999.
- Cutler, D.L., and Madore, E. Community-family network therapy in a rural setting. *Community Mental Health Journal* 16(2): 144-155, 1980.
- De Jong, P., and Berg, I.K. *Interviewing for Solutions*. Stamford, CT: Brooks/Cole, 1997.
- De Leon, G. Therapeutic communities. In: Galanter, M., and Kleber, H.D., eds. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. 2d ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999. pp. 447-462.
- DeLoach, C., and Greer, B.G. *Adjustment to Severe Physical Disability: A Metamorphosis*. New York: McGraw Hill, 1981.
- de Shazer, S. *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: W.W. Norton, 1988.
- de Shazer, S. *Putting Difference to Work*. New York: W.W. Norton, 1991.
- de Shazer, S. Some thoughts on language use in therapy. *Contemporary Family Therapy* 19(1): 133-141, 1997.
- Diamond, G., and Liddle, H.A. Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(3):481- 488, 1996.
- Diamond, G.S., Serrano, A.C., Dickey, M., and Sonis, W.A. Current status of family-based outcome and process research. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Journal* 35(1):6-16, 1996.
- Diaz-Guerrero, R. *Psychology of the Mexican: Culture and Personality*. Austin, TX: University of Texas Press, 1975.
- Doherty, W. J., and Baird, M.A. Developmental levels in family-centered medical care. *Family Medicine* 18(3):153-156, 1986.

- Douyon, R., Guzman, P., Romain, G., Ireland, S.J., Mendoza, L., Lopez-Blanco, M., and Milanes, F. Subtle neurological deficits and psychopathological findings in substance-abusing homeless and non-homeless veterans. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neuroscience* 10(2):210-215, 1998.
- Drake, R.E., McHugo, G. J., Clark, R.E., Teague, G.B., Xie, H., Miles, K., and Aclerson, T.H. Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: A clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry* 68(2):201-215, 1998.
- Dufour, M., and Fuller, R.K. Alcohol in the elderly. *Annual Reviews of Medicine* 46: 123-132, 1995.
- Duran, E., and Duran, B. *Native American Postcolonial Psychology*. Albany, State University of New York Press, 1995.
- Edwards, M.E., and Steinglass, P. Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy* 21(4):475-509, 1995. Edwards, R.W. Drug and alcohol use among youth in rural communities. In: Robertson, E.B., Sloboda, Z., Boyd, G.M., Beatty, L., and Kozel, N. J., eds. *Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues*. NIDA Research Monograph 168. NIH Publication No. 97-4177. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1997. pp. 53-78.
- Effective Medical Treatment of Opiate Addiction**. NIH Consensus Statement 1997 Nov 17-19. 1997. [http://consensus.nih.gov/cons/108/108\\_statement.pdf](http://consensus.nih.gov/cons/108/108_statement.pdf) [Accessed February 11, 2004].
- Epstein, E.E., and McCrady, B.S. Couple therapy in the treatment of alcohol problems. In: Gurman, A.S., and Jacobson, N.A., eds. *Clinical Handbook of Couple Therapy*. 3d ed. New York: Guilford Press, 2002.
- Falicov, C.J. Mexican families. In: McGoldrick, M., Giordano, J., and Pearce, J.K., eds. *Ethnicity and Family Therapy*. 2d ed. New York: Guilford Press, 1996. pp. 169-182. Falicov, C.J. *Latino Families in Therapy: A Guide to Multicultural Practice*. New York: Guilford Press, 1998. Falloon, I.R.H. Behavioral family therapy. In: Gurman, A.S., and Kniskern, D.P., eds. *Handbook of Family Therapy: Vol. 2*. New York: Brunner/Mazel, 1991. pp. 65-95.
- Fals-Stewart, W., Farrell, T. J., and Birchler, G.R. Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: A cost outcomes analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65(5):789-802, 1997.
- Famularo, R., Kinscherff, R., and Fenton, T. Psychiatric diagnoses of abusive mothers: A preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease* 180(10):658-661, 1992.
- Famularo, R., Stone, K., Barnum, R., and Wharton, R. Alcoholism and severe child maltreatment. *American Journal of Orthopsychiatry* 56(3):481-485, 1986.
- Fang, S.R., and Wark, L. Developing cross-cultural competence with traditional Chinese Americans in family therapy: Background information and the initial therapeutic contact. *Contemporary Family Therapy: An International Journal* 20(1): 59-77, 1998.
- Favazza, A.R., and Thompson, J.J. Social networks of alcoholics: Some early findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 8(1):9-15, 1984.
- Fields, J., and Casper, L.M. *American Families and Living Arrangements: March 2000*. Current Population Reports, P20-537. Washington, DC: U.S. Census Bureau, 2001.
- Finkelstein, N. Treatment issues for alcohol- and drug-dependent pregnant and parenting women. *Health & Social Work* 19(1):7-15, 1994.
- Finkelstein, N. Using the relational model as a context for treating pregnant and parenting chemically dependent women. In: Underhill, B.L., and Finnegan, D.G., eds. *Chemical Dependency: Women at Risk*. New York: Harrington Park Press/Ecaworth Press, 1996. pp. 2344.
- Fisher, L., and Weihs, K.L. Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? Report of the National Working Group on Family-Based Interventions in Chronic Disease. *Journal of Family Practice* 49(6):561-566, 2000.

- Fishman, H.C. *Intensive Structural Therapy: Treating Families in Their Social Context*. New York: Basic Books, 1993.
- Fishman, H.C., Andes, F., and Knowlton, R. Enhancing family therapy: The addition of a community resource specialist. *Journal of Marital and Family Therapy* 27(1): 111-116, 2001.
- Friedman, A.S., Terras, A., and Kreisher, C. Family and client characteristics as predictors of outpatient treatment outcome for adolescent drug abusers. *Journal of Substance Abuse* 7(3):345-356, 1995.
- Friedman, E.H. Bowen theory and therapy. In: Gurman, A.S., and Kniskern, D.P., eds. *Handbook of Family Therapy: Vol. 2*. New York: Brunner/Mazel, 1991. pp. 134-170.
- Furstenberg, F.F. The sociology of adolescence and youth in the 1990s: A critical commentary. *Journal of Marriage and the Family* 62(4):896-910, 2000.
- Galanter, M. *Network Therapy for Alcohol and Drug Abuse: A New Approach in Practice*. New York: Basic Books, 1993.
- Garcia-Preto, N. Latino families: An overview. In: McGoldrick, M., Giordano, J., and Pearce, J.K., eds. *Ethnicity and Family Therapy*. 2d ed. New York: Guilford Press, 1996. pp. 141-154.
- Gay and Lesbian Medical Association. *Healthy People 2010 Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health*. San Francisco: Gay and Lesbian Medical Association, 2001.
- Gerstein, D.R. Outcome research: Drug abuse. In: Galanter, M., and Iaeber, H.D., eds. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. 2d ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999. pp. 135-147.
- Giglio, J.J., and Kaufman, E. The relationship between child and adult psychopathology in children of alcoholics. *International Journal of the Addictions* 25(3):263-290, 1990.
- Gingerich, W. J., and Eisengart, S. Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process* 39(4): 477-498, 2000.
- Glover, N.M., Janikowski, T.P., and Benschoff, J.J. The incidence of incest histories among clients receiving substance abuse treatment. *Journal of Counseling and Development* 73(4):475-480, 1995.
- Goldberg, M.E., Lex, B. W., Mello, N.I., Mendelson, J.H., and Bower, T.A. Impact of maternal alcoholism on separation of children from their mothers: Findings from a sample of incarcerated women. *American Journal of Orthopsychiatry* 66(2):228-238, 1996.
- Gomberg, E.S. Older women and alcohol: Use and abuse. *Recent Developments in Alcoholism* 12(4):61-79, 1995.
- Goyer, P.F., Davis, G.C., and Rapoport, J.L. Abuse of prescribed stimulant medication by a 13-year-old hyperactive boy. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 18(1):170-175, 1979.
- Green, R. J. Introduction to special section: Lesbian, gay, and bisexual issues in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 26(4):407-408, 2000.
- Grieco, E.M. *The Native Hawaiian and Other Pacific Islander Population: 2000*. Census 2000 Brief. Washington, DC: U.S. Census Bureau, 2001.
- Guiao, I.Z., and Esparza, D. Family interventions with "troubled" Mexican American teens: An extrapolation from a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing* 18(3): 191-207, 1997.
- Guthmann-Ternus, D. S. "An Analysis of Variables That Impact Treatment Outcomes of Chemically Dependent Deaf and Hard of Hearing Individuals." Ed.D. dissertation, University of Minnesota, Minneapolis, MN, 1995.
- Harris-Hastick, E.F. Substance abuse issues among English-speaking Caribbean people of African ancestry. In: Straussner, S.L.A., ed. *Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment*. New York: Guilford Press, 2001. pp. 52-74.
- Heath, A.W., and Stanton, M.D. Family-based treatment: Stages and outcomes. In: Frances, R.J., and Miller, S.I., eds. *Clinical Textbook of Addictive Disorders*. 2d ed. New York: Guilford Press, 1998. pp. 496-520.
- Henggeler, S.W., Piccicelli, S.G., Brondino,

- M.J., and Crouch, J.L. Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *American Journal of Psychiatry* 153(3), 427-428, 1996.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., and Cunningham, P. B. *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York: Guilford Press, 1998.
- Hernandez, M. Puerto Rican families and substance abuse. In: Krestan, J.A., ed. *Bridges to Recovery: Addictive Family Therapy? and Multicultural Treatment*. New York: The Free Press, 2000. pp. 253-283.
- Hernandez, M., and McGoldrick, M. Migration and the family life cycle. In: Carter, B., and McGoldrick, M., eds. *The Expanded Family Life Cycle: Individual Family, and Social Perspectives*. 3d ed. Boston: AUyn and Bacon, 1999. pp. 169-173.
- Herrick, C. A\*, and Brown, H.N. Underutilization of mental health services by Asian-Americans residing in the United States. *Issues in Mental Health Nursing* 19(3):225-240, 1998.
- Higgins, S.T., and Budney, A. J. Treatment of cocaine dependence through the principles of behavior analysis and behavioral pharmacology. In: Onken, L.S., Blaine, J.D., and Boren, J.J., eds. *Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence*. NIDA Research Monograph 137. NIH Publication No. 93-3684. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1993. pp. 97-121.
- Higgins, S.T., Budney, A. J., Bickel, W.K., and Badger, G.J. Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 20(1): 47-56, 1994.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F., and Badger, G. Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry* 150(5):763-769, 1993.
- Hines, P.M., and Boyd-Franklin, N. African American families. In: McGoldrick, M., Pearce, J.K., and Giordano, J., eds. *Ethnicity and Family Therapy*. 2d ed. New York: Guilford Press, 1996. pp. 66-84.
- Hodge, F.S., and Fredericks, L. American Indian and Alaska Native populations in the United States: An overview. In: Huff, R.M., and Kline, M.V., eds. *Promoting Health in Multicultural Populations: A Handbook for Practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1999. pp. 269-289.
- Hoffmann, J.P. The effects of family structure and family relations on adolescent marijuana use. *International Journal of the Addictions* 30(10): 1207-1241, 1995.
- Hope, A., Liddle, H.A., Rowe, C., Turner, R.M., Dakof, G.A., and LaPann, K. Treatment adherence and differentiation in individual versus family therapy for adolescent substance abuse. *Journal of Counseling Psychology* 45(1): 104-114, 1998.
- Hser, Y.I., Hoffman, V., Grella, C.E., and Angh, M.D. A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry* 58(5):503-508, 2001.
- Hudak, J., Krestan, J.A., and Bepko, C. Alcohol problems and the family life cycle. In: Carter, B., and McGoldrick, M., eds. *The Expanded Family Life Cycle: Individual Family, and Social Perspectives*. 3d ed. Boston: AUyn and Bacon? 1999. pp. 455-469.
- Huff, R., and Kline, M. The Cultural Assessment Framework. In: Huff, R., and Kline, M. *Promoting Health in Multicultural Populations: A Handbook for Practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1999. pp. 481-499.
- Hughes, T.L., and Eliason, M. Substance use and abuse in lesbian, gay, bisexual and transgender populations. *Journal of Primary Prevention* 22(3):263-298, 2002.
- Hulnick, M.R., and Hulnick, H.R. Life's challenges: Curse or opportunity? Counseling families of persons with disabilities. *Journal of Counseling and Development* 68(2): 166-170, 1989.
- Human, J., and Wasem, C. Rural mental health in America. *American Psychologist* 46(3):232-239, 1991.
- Hunt, G.M., and Azrin, N.H. A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy* 11(1): 91-104, 1973.

- Hunt, P.L. Black clients: Implications for supervision of trainees. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 24(1): 114-119, 1987.
- Hurcom, C., Copello, A., and Orford, J. The family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualizations of spouses over recent decades. *Substance Use and Misuse* 35(4):473-502,2000.
- Hurt, R.D., Finlayson, R.E., Morse, P.M., and Davis, L. J., Jr. Alcoholism in elderly persons: Medical aspects and prognosis of 216 inpatients. *Mayo Clinic Proceedings* 63(8):753-760, 1988.
- Huycke, J.D. *Structural Family Therapy*. Racine, WI: SAFE Haven, 2000.
- Imber-Black, E. *Families and Larger Systems: A Family Therapist's Guide Through the Labyrinth*. New York: Guilford Press, 1988.
- Imber-Black, E. Multiple embedded systems. In: Mirkin, M. P., ed. *The Social and Political Contexts of Family Therapy*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 1990. pp. 3-18.
- Imber-Black, E. A family-larger-system perspective. In: Gurman, A.S., and Kniskern, D.P., eds. *Handbook of Family Therapy: Vol. 2*. New York: Brunner/Mazel, 1991. pp. 583-605.
- Inaba, D.S., Cohen, W.E., and Holstein, M.E. *Uppers, Downers, All Arounders: Physical and Mental Effects of Psychoactive Drugs*. 3d ed. Ashland, OR: CNS Publications, 1997.
- Indian Entities Recognized and Eligible to Receive Services from the United States Bureau of Indian Affairs. 67 Fed. Reg. 43,328, July 12,2002.
- Indian Health Service. *Trends in Indian Health 1998-99*. Rockville, MD: Indian Health Service, 2002.
- Inouye, J. Asian American health and disease: An overview of the issues. In: Huff, R., and Kline, M. *Promoting Health in Multicultural Populations: A Handbook for Practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1999. pp. 337-356.
- International Certification and Reciprocity Consortium --Alcohol and Other Drug Abuse. *Standards for Certified AODA Counselors*. Falls Church, VA: International Certification and Reciprocity Consortium --Alcohol and Other Drug Abuse, 2002.  
[http://www.icrcaoda.org/standards\\_counselor.htm](http://www.icrcaoda.org/standards_counselor.htm) [Accessed February 11,2004].
- Isaacson, E.B. Chemical addiction: Individuals and family systems. *Journal of Chemical Dependency Treatment* 4(1):7-27,1991a.
- Isaacson, E.B. Psychodynamics and family systems: A model for chemical addiction counseling. *Journal of Chemical Dependency Treatment* 4(1):41-60,1991b.
- Ivey, D.C., Wieling, E., and Harris, S.M. Save the young-the elderly have lived their lives: Ageism in marriage and family therapy. *Family Process* 39(2):163-175,2000.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., Revenstorf, D., Baucom, D.H., Hahlweg, K., and Margolin, G. Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52(4):497-504, 1984.
- Jainchill, N., Hawke, J., and Yagelka, J. Gender, psychopathology, and patterns of homelessness among clients in shelter-based TCs. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 26(4):553-567,2000.
- Johnson, J.L., and Leff, M. Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics* 103(5 Pt 2):1085-1099, 1999.
- Johnson, M.P. Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family* 57(2):283-294, 1995.
- Johnson, V.E. *I'll Quit Tomorrow*. New York: Harper and Row, 1973.
- Johnson, V.E. *Intervention: How to Help Someone Who Doesn't Want Help. A Step-by-Step Guide for Families and Friends of Chemically Dependent Persons*. Minneapolis, MN: Johnson Institute Books, 1986.
- Johnston, D. A series of cases of dementia presenting with PTSD symptoms in World War II combat veterans. *Journal of the American Geriatrics Society* 48(1):70-72,2000.
- Johnston, L.D., O'MaUey, P.M., and Bachman, J.G. *Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2001*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2002. [http://www.monitoringthefuture.org/pubs/mo\\_nographs/overview2001.pdf](http://www.monitoringthefuture.org/pubs/mo_nographs/overview2001.pdf) [Accessed February 11,2004].

- Kalant, H. Pharmacological interactions of aging and alcohol. In: Gomberg, E.S.L., Hegedus, A.M., and Zucker, R.A., eds. *Alcohol Problems and Aging*. NIAAA Research Monograph No. 33. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1998. pp. 99-116.
- Kao, R.S.-K., and Lam, M.L. Asian American elderly. In: Lee, E., ed. *Working with Asian Americans*. New York: Guilford Press, 1997. pp. 208-226.
- Kaufman, E. Adolescent substance abusers and family therapy. In: Friedman, A.S., and Granick, S., eds. *Family Therapy For Adolescent Drug Abuse*. Lexington, MA: Lexington Books, 1990a. pp. 47-61.
- Kaufman, E. Critical aspects of the psychodynamics of substance abuse and the evaluation of their application to a psychotherapeutic approach. *International Journal of the Addictions* 25(2A):97-114, 1990b.
- Kaufman, E. *Psychotherapy of Addicted Persons*. New York: Guilford Press, 1994.
- Kaufman, E. Family therapy: Other drugs. In: Galanter, M., and Kleber, H., eds. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. 2d ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999. pp. 389-400.
- Kaufman, E., and Borders, L. Ethnic family differences in adolescent substance use. In: Coombs, R.H., ed. *The Family Context of Adolescent Drug Use*. New York: Haworth Press, 1988. pp. 99-121.
- Kaufman, E., and Kaufmann, P., eds. *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. 2d ed. Boston: Allyn and Bacon, 1992.
- Kaufman, E., and Pattison, E.M. Differential methods of family therapy in the treatment of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol* 42(11):951-971, 1981.
- Kaufmann, P., and Kaufman, E. From multiple family therapy to couples therapy. In: Kaufman, E., and Kaufmann, P., eds. *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. New York: Gardner Press, 1979. pp. 95-103.
- Kaufmann, P., and Kaufman, E. From multiple family therapy to couples therapy. In: Kaufman, E., and Kaufmann, P., eds. *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. 2d ed. Boston: AUyn and Bacon, 1992a. pp.85-93.
- Kaufmann, P., and Kaufman, E. Multiple family therapy with drug abusers. In: Kaufman, E., and Kaufmann, P., eds. *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. 2d ed. Boston: AUyn and Bacon, 1992b. pp. 72-84.
- Kearns, D., and Rosenthal, D. Substance abuse in rural America. In: Moore, P.M., 111,ed. *The Hidden America: Social Problems in Rural America for the Twenty- First Century*. Selinsgrove, PA: Susquehanna University Press, 2001, pp. 151-178.
- Kelleher, K. J., Rickert, V.I., Hardin, B.H., Pope, S.K., and Farmer, F.L. Rurality and gender: Effects on early adolescent alcohol use. *American Journal of Diseases of Children* 146(3):317-322,1992.
- Kelley, M.L., and Tseng, H. Cultural differences in child rearing: A comparison of immigrant Chinese and Caucasian American mothers. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 23(4):445,1992.
- Kun, S. C. Family therapy for Asian Americans: A strategic-structural framework. *Psychotherapy* 22(2):342-348,1985.
- King, S.A., Engi, S., and Poulos, S.T. Using the Internet to assist family therapy. *British Journal of Guidance & Counselling* 26(1): 43-52,1998.
- Kirby, K.C., Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Garvey, K.A., and LaMonaca, V. Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 56(1):85-96, 1999.
- Kleinman, A., and Good, B., eds. *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley, CA: University of California Press, 1985.1-e, A. Pathways into drug user treatment: The influence of gender and racial/ethnic identity. *Substance Use and Misuse* 31(3):323-342,1996.

- Krestan, J.-A. Addiction, power, and powerlessness. In: Krestan, J.-A., ed. *Bridges to Recovery: Addiction, Family Therapy, and Multicultural Treatment*. New York: Free Press, 2000. pp. 15-44.
- Larnbert, M.J., Okiishi, J.C., Finch, A.E., and Johnson, L.D. Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice* 29(1):63-70, 1998.
- LaSala, M. Lesbians, gay men, and their parents: Family therapy for coming-out crisis. *FamilyProcess* 39(1):67-81,2000.
- Lee, E. Asian American families: An overview. In: McGoldrick, M., Giordano, J., and Pearce, J.K., eds. *Ethnicity and Family Therapy*. 2d ed. New York: Guilford Press, 1996. pp. 227-248.
- Lee, R. How to talk about sex with patients who are not heterosexual. *Western Journal of Medicine* 172(6):401-402,2000.
- Leipman, M.R., Wolper, B., and Vazquez, J. An ecological approach for motivating women to accept treatment for drug dependency. In: Reed, B.G., Beschner, G.M., and Mondanaro, J., eds. *Treatment Services for Drug Dependent Women: Vol. 2*. Treatment Research Monograph Series. DHHS Publication No. (ADM) 82-1219. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse,1982. pp. 1-61.
- Leslie, D.R., Perina, B.A., and Maqueda, M.C. Clinical issues with transgender individuals. In: Center for Substance Abuse Treatment, ed. *Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2001. pp. 91-98.
- Levin, J.D. *Couple and Family Therapy of Addiction*. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1998.
- Li, T.K. Pharmacogenetics of responses to alcohol and genes that influence alcohol drinking. *Journal of Studies on Alcohol* 61(1):5-12, 2000.
- Liddle, H.A. Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical Child Psychology* 28(4):521-532, 1999.
- Liddle, H.A. Adolescent substance abuse derails development. *MMFT Clinical Update* 3(3):1-8,2001.
- Liddle, H.A. *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users*. Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Vol. 5. DHHS Publication No. (SMA) 02-3660. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 2002.
- Liddle, H.A., and Dakof, G.A. Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy* 21(4):511-543, 1995a.
- Liddle, H.A., and Dakof, G.A. Family-based treatment for adolescent drug use: State of the science. In: Rahdert, E.R., and Czechowicz, D., eds. *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*. NIDA Research Monograph 156. NIH Publication No. 95-3908. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1995b. pp. 218-254.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., and Diamond, G. Adolescent substance abuse: Multidimensional family therapy in action. In: Kaufman, E., and Kaufmann, P., eds. *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. 2d ed. Boston: Arwyn and Bacon, 1992. pp. 120-171.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., and Tejada, M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 27(4):651-688,2001.
- Liddle, H. A., and Hogue, A. Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. In: Wagner, E.F., and Waldron, H.B., eds. *Innovations in Adolescent Substance Abuse Interventions*. New York: Pergamon, 2001. pp. 229-261.
- Liepman, M.R., Silvia, L.Y., and Nirenberg, T.D. The use of family behavior loop mapping for substance abuse. *Family Relations* 38(3):282-287,1989.
- Linehan, M.M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press, 1993.

- London, E.D., Bonson, K.R., Ernst, M., and Grant, S. Brain imaging studies of cocaine abuse: Implications for medication development. *Critical Reviews in Neurobiology* 13(3):227-242, 1999.
- Lopez, F. *Confidentiality of Patient Records for Alcohol and Other Drug Treatment*. Technical Assistance Publication Series 13. DHHS Publication No. (SMA) 99-3321. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 1994.
- Madsen, W. *Mexican Americans of South Texas*. New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1964.
- Makimoto, I. Drinking patterns and drinking problems among Asian-Americans and Pacific Islanders. *Alcohol Health and Research World* 22(4):270-275, 1998.
- Marin, G., and Marin, B.V. *Research with Hispanic Populations*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1991.
- Marsh, D.T. *A Family-Focused Approach to Serious Mental Illness: Empirically Supported Interventions*. Sarasota, FL: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, 2001.
- Marshak, L.E., and Seligman, M. *Counseling Persons with Physical Disabilities: Theoretical and Clinical Perspectives*. Austin, TX: PRO-ED, 1993.
- May Lai, T.-F. Ethnocultural background and substance abuse treatment of Chinese Americans. In: Straussner, S.L.A., ed. *Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment*. New York: Guilford Press, 2001. pp. 345-367.
- McCullum, E.E., and Trepper, T.S. *Family Solutions for Substance Abuse: Clinical and Counseling Approaches*. Binghamton, NY: Haworth Press, 2001.
- McCrary, B.S., and Epstein, E.E. Theoretical bases of family approaches to substance abuse treatment. In: Rotgers, F., and Keller, D.S., eds. *Treating Substance Abuse: Theory and Technique*. New York: Guilford Press, 1996. pp. 117-142.
- McGee, G., Johnson, L., and Bell, P. *Black, Beautiful, and Recovering*. Center City, MN: Hazelden, 1985.
- McGill, D.W., and Pearce, J.K. American families with English ancestors from the colonial era: Anglo Americans. In: McGoldrick, M., Giordano, J., and Pearce, J.K., eds. *Ethnicity and Family Therapy*. 2d ed. New York: Guilford Press, 1996. pp. 451-466.
- McGoldrick, M. Normal families: An ethnic perspective. In: Walsh, F., ed. *Normal Family Processes*. New York: Guilford Press, 1982. pp. 399-424.
- McGoldrick, M. *You Can Go Home Again: Reconnecting with Your Family*. New York: W.W. Norton, 1995.
- McGoldrick, M., and Gerson, R. *Genograms in Family Assessment*. New York: W.W. Norton, 1985.
- McLellan, A.T., Arndt, I.O., Metzger, D.S., Woody, G.E., and O'Brien, C.P. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association* 269(15):1953-1959, 1993.
- McVinney, D. Clinical issues with bisexuals. In: Center for Substance Abuse Treatment, ed. *A Providers Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2001. pp. 87-90.
- Mercado, M.M. The invisible family: Counseling Asian American substance abusers and their families. *Family Journal* 8(3):267-273, 2000.
- Merikangas, K.R., and Dierker, L.C. Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: A high-risk study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 39(5):711-720, 1998.
- Meyers, R.J., and Smith, J.E. *Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach*. New York: Guilford Press, 1995.
- Miller, L., Davies, M., and Greenwald, S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39(9):1190-1197, 2000.
- Miller, W.R., Andrews, N.R., Wilbourne, P., and Bennett, M.E. A wealth of alternatives: Effective treatments for alcohol problems. In: Miller, W.R., and Heather, N., eds. *Treating Addictive Behaviors*. 2d ed. New York: Plenum Press, 1998. pp. 203-216.
- Miller, W.R., Benefield, R.G., and Tonigan,

- J.S. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(3):455-461, 1993.
- Minuchin, S. *Families and Family Therapy*. London: Tavistock, 1974.
- Minuchin, S., and Fishman, H.C. *Family Therapy Techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1981.
- Moll, L.C., Rueda, R.S., Reza, R., Herrera, J., and Vasquez, L.P. Mental health services in East Los Angeles: An urban community case study. In: Miranda, M.R., ed. *Psychotherapy with the Spanish Speaking: Issues in Research and Service Delivery*. Los Angeles: University of California, Spanish Speaking Mental Health Research Center, 1976. pp. 52-65.
- Moncher, M. S., Holden, G. W., and Trirnble, J.E. Substance abuse among Native- American youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(4):408-415, 1990.
- Montalvo, B., and Gutierrez, M. A perspective for the use of the cultural dimension in family therapy. *Family Therapy Collections* 6:15-32, 1983.
- Moore, D., and Li, L. Substance use among rehabilitation consumers for vocational rehabilitation services. *Journal of Rehabilitation* 60(4):48-53, 1994.
- Moore, D., and Polsgrove, L. Disabilities, developmental handicaps, and substance misuse: A review. *International Journal of the Addictions* 26(1):65-90, 1991.
- Moos, R.H., Brennan, P.L., and Moos, B .S. Short-term processes of remission and nonremission among late-life problem drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 15(6):948-955, 1991.
- Motet-Grigoras, C.N., and Schuckit, M.A. Depression and substance abuse in handicapped young men. *Journal of Clinical Psychiatry* 47(5):234-237, 1986.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., and Resnick, S.G. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 24(1):37-74, 1998.
- Muetzell, S. Are children of alcoholic mothers more psychologically damaged compared with children of mothers from the general population? *Early Child Development and Care* 109(May):159-173, 1995.
- Murphy, J.M., Jellinek, M., Quinn, D., Smith, G., Poitras, F.G., and Goshko, M. Substance abuse and serious child mistreatment: Prevalence, risk, and outcome in a court sample. *Child Abuse and Neglect* 15(3):197-211, 1991.
- Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L., Holzer, C.E., Leaf, P.J., Orvaschel, H., Anthony, J.C., Boyd, J.H., Burke, J.D., Jr., Gamer, M., and Stolzman, R. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. *Archives of General Psychiatry* 41(10):959-967, 1984.
- Napoliello, A.L. and Sweet, E.S. Salvador Minuchin's structural family therapy and its application to Native Americans. *Family Therapy* 19(2): 155-165, 1992.
- National Center on Addiction and Substance Abuse. *No Place to Hide: Substance Abuse in Mid-Size Cities and Rural America*. New York: National Center on Addiction and Substance Abuse, 2000.
- National Center on Addiction and Substance Abuse. *So Help Me God: Substance Abuse, ReZen and Spirituality*. New York: National Center on Addiction and Substance Abuse, 2001.
- National Coalition for Homeless Veterans. *Background and Statistics*. Washington, DC: National Coalition for Homeless Veterans, 2002.
- National Coalition for the Homeless. *Who is Homeless?* Washington, DC: National Coalition for the Homeless, 1999. <http://www.nationahomeless.org/who.htm> [Accessed February 11, 2004].
- National Institute on Drug Abuse. *Use of Selected Drugs Among Hispanics: Mexican-Americans, Puerto Ricans, and Cuban-Americans. Findings from the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey*. DHHS Publication No. (ADM) 87-1527. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1987.
- National Institute on Drug Abuse. *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based*

- Guide*. NIH Publication No. 00-4180. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1999a.
- National Institute on Drug Abuse. *Treatment Medication*. NIDA InfoFax 13560. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1999b.
- <http://165.112.78.61/Infofad/treatmed.htm>  
[Accessed February 11,2004]. National Institute on Drug Abuse. *Prescription Drugs: Abuse and Addiction*. National Institute on Drug Abuse Research Report Series. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 2001. <http://m.nida.nih.gov/PDF/RRPrescription.pdf> [Accessed February 11,2004].
- National Institute on Drug Abuse. *Stress and Substance Abuse: A Special Report*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 2002. <http://www.nida.nih.gov/stressanddrugabuse.htm> [Accessed February 10, 2004].
- Nelipovich, M. and Buss, E. Alcohol abuse and persons who are blind: Treatment considerations. *Alcohol Health and Research* 13(2):129-131,1989.
- Office of Applied Studies. *Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse: Vol.1. Summary of National Findings*. National Household Survey on Drug Abuse Series: H-17. DHHS Publication No. (SMA) 02-3758. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002.
- Office of Applied Studies. *Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse: Vol. 2. Technical Appendices and Selected Data Tables*. National Household Survey on Drug Abuse Series: H-18. DHHS Publication No. (SMA) 02-3759. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002d.
- Office of Applied Studies. *Overview of Findings from the 2002 National Survey on Drug Use and Health*. (Office of Applied Studies, NHSDA Series H-21, DHHS Publication No. SMA 03-3774). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003a. <http://www.samhsa.gov/oas/NHSDA/2k2NSDUH/2k2SoFOverviewW.pdf> [Accessed February 11,2004].
- Office of Applied Studies. *Veterans in Substance Abuse Treatment: 1995-2000*. The BASIS Report. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003b. <http://www.samhsa.gov/oas/2k3NetsTX/VetsTX.pdf> [Accessed March 8,2004].
- Ogunwole, S.U. *The American Indian and Alaska Native Population: 2000*. Census 2000 Brief. Washington, DC: U.S. Census Bureau, 2002. <http://www.census.gov/prod/2002pubs/c2kbr01-15.pdf> [Accessed February 11,2004].
- Olsen, L. Services for substance abuse-affected families: The Project Connect experience. *Child and Adolescent Social Work Journal* 12(3):183-196,1995.
- Onken, L.S., Blaine, J., and Boren, J.D., eds. *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. NIDA Research Monograph 165. NIH Publication No. 974142. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1997.
- Osborn, C.J. Does disease matter? Incorporating solution-focused brief therapy in alcoholism treatment. *Journal of Alcohol and Drug Education* 43(1):18-30, 1997.
- Oxford, M.L., Harachi, T.W., Catalano, R.F., and Abbott, R.D. Preadolescent predictors of substance initiation: A test of both the direct and mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 27(4):599-616, 2001.
- Paniagua, F.A. *Assessing and Treating Culturally Diverse Clients: A Practical Guide*. 2d ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1998.
- Pardini, D.A., Plante, T.G., Sherman, A., and Stump, J.E. Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19(4):347-354,2000.
- Perm, N.E., Kar, S., Kramer, J., Skinner, J., and Zambrana, R.E. Ethnic minorities, health care systems, and behavior. *Health Psychology* 14(7):641-646,1995.
- Pequegnat, W., Bauman, L. J., Bray, J.H., DiClemente, R., DiIorio, C., Hoppe, S.K., Jemmott,

- L.S., Krauss, B., Miles, M., Paikoff, R., Rapkin, B., Rotheram-Borus, M.J., and Szapocznik, J. Measurement of the role of families in prevention and adaptation to HIV/AIDS. *AIDS and Behavior* 5(1):1-19, 2001.
- Perez, M., and Pilsecker, C. Family therapy with spinal cord injured substance abusers. *Social Work in Health Care* 14(2):15-25, 1989.
- Pfeffer, C.R., Nomandin, L., and Kakuma, T. Suicidal children grow up: Relations between family psychopathology and adolescents' life-time suicidal behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186(5):269-275, 1998.
- Pinsof, W.M., Wynne, L.C., and Hambright, A.B. The outcomes of couple and family therapy: Findings, conclusions, and recommendations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 33(2):321-331, 1996.
- Pion, G.M., Keller, P., and McCombs, H. *Mental Health Providers in Rural and Isolated Areas: Final Report of the Ad Hoc Rural Mental Health Provider Work Group*. DHHS Publication No. (SMA) 98-3166. Rockledge, MB: Center for Mental Health Services, 1997. <http://m.mentalhealth.org/publications/~pubs/ISMA98-3166/default.asp> [Accessed February 11, 2004].
- Polk, G.W. Treatment of problem drinking behavior using solution-focused brief therapy: A single subject design. *Crisis Intervention and Time-Limited Treatment* 3(1): 13-24, 1996.
- Popenoe, D. The American family crisis. *National Forum* 75(3):15-19, 1995.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., and Norcross, J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47(9): 1102-1114, 1992.
- Ray, W.A., Thapa, P.B., and Shorr, R.I. Medications and the older driver. *Clinics in Geriatric Medicine* 9(2):413-438, 1993.
- Rehabilitation Research and Training Center on Drugs and Disability. *Substance Abuse, Disability and Vocational Rehabilitation*. Dayton, OH: Rehabilitation Research and Training Center on Drugs and Disability, Wright State University, 1996.
- Reid, D. J. Addiction, African Americans, and a Christian recovery. In: Krestan, J.A., ed. *Bridges to Recovery: Addiction, Family Therapy, and Multicultural Treatment*. New York: The Free Press, 2000. pp. 145-172.
- Reilly, D. M. Drug-abusing families: Intrafamilial dynamics and brief triphasic treatment. In: Kaidman, E., and Kaufmann, P., eds. *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. 2d ed. Boston: Allyn and Bacon, 1992. pp. 105-119.
- Rhoades, J.A., and Chu, M.C. *Health Insurance Status of the Civilian Noninstitutionalized Population: 1999*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2000. <http://m.meps.ahrq.gov/papers/fi4-01-00/fi4.pdf> [Accessed February 11, 2004].
- Richardson, D. Structural and strategic family therapy techniques: Application to chemically dependent families. *Journal of Chemical Dependency Treatment* 4(1):29-39, 1991.
- Robbins, M.S., Schwartz, S.J., and Szapocznik, J. Structural ecosystems therapy with adolescents exhibiting disruptive behavior disorders. In: Ancis, J.R., ed. *Culturally-Based Interventions: Alternative Approaches to Working with Diverse Populations and Culture-Bound Syndromes*. New York: Brunner/Routledge, in press.
- Robbins, M.S. and Szapocznik, J. *Brief Strategic Family Therapy*. Juvenile Justice Bulletin. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 2000.
- Robert Wood Johnson Foundation. *The Robert Wood Johnson Foundation Annual Report 1994: Cost Containment*. Princeton, NJ:
- Robert Wood Johnson Foundation, 1994.
- Roberts, J. How to recognise a therapeutic community. *Prison Service Journal* 111:4-7, 1997.
- Rose, L.R. Healing from racism. *Winds of Change* 10(2): 14-17, 1995.
- Rowe, D., and Grills, C. African-centered drug treatment: An alternative conceptual paradigm for drug counseling with African-American clients. *Journal of Psychoactive Drugs* 25(1):21-33, 1993.
- Ryglewicz, H. Psychoeducation for clients and families: A way in, out, and through in working with people with dual disorders. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 15(2):79-89, 1991.

- Sacks, S., Sacks, J., De Leon, G., Bernhardt, A.I., and Stakes, G.L. Mouied therapeutic community for mentally ill chemical "abusers": Background; influences; program description; preliminary findings. *Substance Use & Misuse* 32(9):1217-1259,1997.
- Sandhu, D. S. Psychocultural PROSES of Asian and Pacific Islander Americans: Implications for counseling and psychotherapy. *Journal of Multicultural Counseling and Development* 25(1):7-22, 1997.
- Santisteban, D.A., Coatsworth, J.D., Perez-Vidal, A., Mitrani, V., Jean-Gilles, M., and Szapocznik, J. Brief structural/strategic family therapy with African American and Hispanic high-risk youth. *Journal of Community Psychology* 25(5):453-471,1997.
- Santisteban, D.A., Muir, J.A., Mena, M.P., Mitrani, V.B. Integrated Borderline Adolescent Family Therapy: Meeting the challenges of treating borderline adolescents. *Psychotherapy: Theory Research Practice/Training* 40(4), 251-264,2003.
- Santisteban, D.A., Muir-Malcolm, J.A., Mitrani, V.B., and Szapocznik, J. Integrating the study of ethnic culture and family psychology intervention science. In: Liddle, H.A., Santisteban, D.A., Levant, R.F., and Bray, J.H., eds. *Family Psychology: Science-Based Interventions*. Washington, DC : American Psychological Association, 2002. pp. 331-351.
- Santisteban, D.A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Murray, E.J., Kurtines, W.M., and LaPerriere, A. Efficacy of intervention for engaged youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology* 10(1):35-44,1996.
- Sargent, A.J., 111.The family: A pediatric assessment. *Journal of Pediatrics* 102(6): 973-976,1983.
- Sayger, T.V., and Heid, K.O. Counseling the impoverished rural client: Issues for family therapists. *Psychotherapy Patient* 7(1-2):161-168, 1990.
- Schaschl, S., and Straw, D. Results of a model intervention program for physically impaired persons. *Alcohol Health and Research World* 13(2):150-153,1989.
- Schmidt, S.E., Liddle, H.A., and Dakof, G.A. Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology* 10(1):12-27,1996.
- Schuckit, M.A. *Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*. 5th ed. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000.
- Schwab, A. J., and D'Addato, D.M. Factors related to the successful vocational rehabilitation of substance abusers. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 24(3): 11-20, 1993.
- Sexton, T.L., and Alexander, J.F. *Functional Family Therapy*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 2000.
- Sexton, T.L., and Alexander, J.F. Functional family therapy for adolescents and their families. In: Patterson, T., ed. *Comprehensive Handbook of Psychotherapy*. New York: Wiley & Sons, 2002.
- Shapiro, C. *Integrating Family-Focused Interventions into the Criminal Justice System*. New York: The Vera Institute of Justice, 1999.
- Sheahan, S.L., Coons, S.J., Robbins, C.A., Martin, S.S., Hendricks, J., and Latimer, M. Psychoactive medication, alcohol use, and falls among older adults. *Journal of Behavioral Medicine* 18(2):127-140,1995.
- Sheahan, S.L., Hendricks, J., and Coons, S.J. Drug misuse among the elderly: A covert problem. *Health Values* 13(3):22-29, 1989.
- Shedden, R., and Rolfe, T. J. Towards an integrated approach to a family intervention for concurring substance abuse and schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy* 21(2):81-87,2000.
- Sher, K.J. Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol Health and Research World* 21(3):247-254, 1997.
- Shon, S.P., and Ja, D.Y. Asian families. In: McGoldrick, M., Pearce, J.K., and Giordano, J., eds.

- Ethnicity and Family Therapy***. New York: Guilford Press, 1982. pp. 208-228.
- Simonelli, R., and Ferrigno, B. Alcoholic recovery and the 12 Steps. *Winds of Change* 8(3):41-47, 1993.
- Sisson, R.W., and Azrin, N.H. Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 17(1):15-21, 1986.
- Sisson, R.W., and Azrin, N.H. Community reinforcement training for families: A method to get alcoholics into treatment. In: O'Farrell, T. J., ed. ***Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions***. New York: Guilford Press, 1993. pp. 34-53.
- Skinner, H.A., Holt, S., Schuller, R., Roy, J., and Israel, Y. Identification of alcohol abuse using laboratory tests and a history of trauma. *Annals of Internal Medicine* 101:847-851, 1984.
- Sluzki, C.E. Social networks and the elderly: Conceptual and clinical issues, and a family consultation. *Family Process* 39(3):271-284, 2000.
- Spear, L. Modeling adolescent development and alcohol use in animals. *Alcohol Research and Health* 24(2):115-123, 2000.
- Stack, C.B. ***All Our Kin: Strategies for Survival in a Black Community***. New York: Harper and Row, 1974.
- Stanton, M.D. An integrated structural-strategic approach to family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 7(4):427-439, 1981a.
- Stanton, M.D. Strategic approaches to family therapy. In: Gurman, A.S., and Kniskern, D.P., eds. ***Handbook of Family Therapy: Vol. 1***. New York: Brunner/Mazel, 1981b. pp. 361-402.
- Stanton, M.D. Breaking away: The use of strategic and Bowenian techniques in treating an alcoholic family through one member. In: Icauffman, E., ed. ***Power to Change: Family Case Studies in the Treatment of Alcoholism***. New York: Gardner Press, 1984a. pp. 253-266.
- Stanton, M.D. Fusion, compression, diversion, and the workings of paradox: A theory of therapeutic/systemic change. *Family Process* 23(2):135-167, 1984b.
- Stanton, M.D. Coursework and self-study in the family treatment of alcohol and drug abuse: Expanding Heath and Atkinson's curriculum. *Journal of Marital and Family Therapy* 14(4):419-427, 1988.
- Stanton, M.D. The role of family and significant others in the engagement and retention of drug-dependent individuals. In: Onken, L.S., Blaine, J.D., and Boren, J. J., eds. ***Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug Dependent Individual in Treatment***. NIDA Research Monograph 165. NIH Publication No. 97-142. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1997. pp. 157-180.
- Stanton, M.D., and Shadish, W.R. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin* 122(2): 170-191, 1997.
- Stanton, M.D., Todd, T.C., and Associates. ***The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction***. New York: Guilford Press, 1982.
- Stanton, M.D., Todd, T.C., Heard, D.B., Kirschner, S., Kleiman, J.I., Mowatt, D.T., Riley, P., Scott, S.M., and Van Deusen, J.M. Heroin addiction as a family phenomenon: A new conceptual model. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 5(2):125-150, 1978.
- Stein, L.I., and Santos, A.B. ***Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness***. New York: W.W. Norton, 1998.
- Stein, L.I., and Test, M.A. Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 37(4):392-397, 1980.
- Steinglass, P. Family therapy: Alcohol. In: Galanter, M., and Icaffer, H.D., eds. ***Textbook of Substance Abuse Treatment***. 2d ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999. pp. 379-387.
- Steinglass, P., Bennett, L.A., Wolin, S.J., and Reiss, D. ***The Alcoholic Family***. New York: Basic Books, 1987.
- Stevens, M., Youells, F., Whaley, F., and Linsey, S. Drug use prevalence in a rural school-age population: The New Hampshire survey. *American Journal of Preventive Medicine* 11:105-

- 113,1995.
- Stith, S.M., Rosen, K.H., McCollum, E.E., and Coleman, J.U. The voices of children: Preadolescent children's experiences in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 22(1):69-86,1996.
- Su, S.S., Hoffmann, J.P., Gerstein, D.R., and Johnson, R.A. The effect of home environment on adolescent substance use and depressive symptoms. *Journal of Drug Issues* 27(4):851-877, 1997.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Children's Program Kit: Supportive Education for Children of Addicted Parents*. DHHS Publication No. (SMA) 03-3825. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.
- Sue, D. Multicultural training. *International Journal of Intercultural Relations* 21(2): 175-193,1997.
- Sue, D.W., and Sue, D. *Counseling the Culturally Different: Theory and Practice*. 3d ed. New York: John Wiley and Sons, 1999.
- Sue, S., and Zane, N. The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *American Psychologist* 42(1):3745,1987.
- Sullivan, E., Mino, M., Nelson, K., and Pope, J. *Families as a Resource in Recovery from Drug Abuse: An Evaluation of La Bodega de La Familia*. New York: Vera Institute of Justice, 2002. <http://www.vera.org/publicationpdf> 163-250.pdf [Accessed February 11, 2004].
- Susser, E.S., Lin, S.P., and Conover, S.A. Risk factors for homelessness among patients admitted to a state mental hospital. *American Journal of Psychiatry* 148(12):1659-1664, 1991.
- Sutton, C.T., and Broken Nose, M.A. American Indian families: An overview. In: McGoldrick, M., Giordano, J., and Pearce, J.K., eds. *Ethnicity and Family Therapy*. 2d ed. New York: Guilford Press, 1996. pp. 31-44.
- Szapocznik, J., Hervis, O., and Schwartz, S. *Brief Strategic Family Therapy*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, in press.
- Szapocznik, J., Hervis, O., and Schwartz, S. *Therapy Manuals for Drug Addictive: Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2003. <http://165.112.78.61/pdf/Manual5.pdf> [Accessed February 11, 2004].
- Szapocznik, J., and Kurtines, W.M. *Breakthroughs in Family Therapy with Drug Abusing and Problem Youth*. New York: Springer Publishing, 1989.
- Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Foote, F., Perez-Vidal, A., and Hervis, O. 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(6):889-899, 1983.
- Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Foote, F., Perez-Vidal, A., and Hervis, O. Conjoint versus one-person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54(3): 395-397, 1986. Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A.L., Foote, F.H., Santisteban, D., Hervis, O., and Kurtines, W.M. Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56(4):552-557,1988.
- Szapocznik, J., and Williams, R.A. Brief strategic family therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review* 3(2):117-134,2000-
- Tat, T. Rural women's recovery program and women's outreach: Serving rural Appalachian women and families in Ohio. In: Center for Substance Abuse Treatment, ed. *Treating Alcohol and Other Drug Abusers in Rural and Frontier Areas*. Technical Assistance Publication Series 17. DHHS Publication No. (SMA) 99-3339. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995. pp. 13-20.

- Teachman, J.D., Tedrow, L.M., and Crowder, K.D. The changing demography of America's families. *Journal of Marriage and the Family* 62(4): 1234-1246,2000.
- Test, M.A. Training in community living. In: Liberman, R.P., ed. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. New York: Macdan Publishing, 1992. pp. 153-170.
- Thomas, E. J., and Ager, R.D. Unilateral family therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. In: O'Farrell, T. J., ed. *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions*. New York: Guilford Press, 1993. pp. 3-33.
- Thomas, E.J., Santa, C., Bronson, D., and Oyserman, D. Unilateral family therapy with the spouses of alcoholics. *Journal of Social Service Research* 10(24): 145-162,1987.
- Thomas, E. J., and Yoshioka, M.R. Spouse interventive confrontations in unilateral family therapy for alcohol abuse. *Social Casework* 70~340-347,1989.
- Thomas, E.J., Yoshioka, M., Ager, R., and Adams, K.B. "Experimental outcomes of spouse intervention to reach the uncooperative alcohol abuser: A preliminary report." Paper presented at the Fifth Congress of the International Society for Bio-Medical Research on Alcoholism, Toronto, ON, June, 1990.
- Toarmino, D., and Chun, C.-A. Issues and strategies in counseling Korean Americans. In: Lee, C.C., ed. *Multicultural Issues in Counseling: New Approaches to Diversity*. 2d ed. Alexandria, VA: American Counseling Association, 1997. pp. 233-254.
- Trepper, T.S., Nelson, T.S., McCollum, E.E., and McAvooy, P. Improving substance abuse service delivery to Hispanic women through increased cultural competencies: A qualitative study. *Journal of Substance Abuse Treatment* 14(3):225-234,1997.
- Tung, M.P. Symbolic meanings of the body in Chinese culture and "somatization." *Culture, Medicine, and Psychiatry* 18(4):483-492, 1994.
- U.S. Census Bureau. *Census 2000 PHC-T-10: Hispanic or Latino Origin for the United States, Regions, Divisions, States, and for Puerto Rico*. 2000. Washington, DC: U.S. Census Bureau, 2001a. <http://www.census.gov/population/cen2000/phc-t10.pdf> [Accessed February 11, 2004].
- U.S. Census Bureau. *CH-3: Living Arrangements of Black Children Under 18 Years Old. 1960 to Present*. Washington, DC:
- U.S. Census Bureau. Statistical Abstract of the United States, 2001: The National Data DC: Bureau, 2001c.
- U.S. Department of Health and Human Services. Research Shows Needle Exchange Programs Reduce HIV Infections Without Increasing Drug Use. Washington, DC:U.S. Department of Health and Human Services, 1998. <http://www.hhs.gov/news/press/1998pres/980420a.html> [Accessed February 11,2004].
- U.S. Department of Housing and Urban Development. Martinez Outlines Bush Administration Strategy to Combat Chronic Homelessness: Speech to Homeless Advocates Outlines Coordinated Federal Response to Homelessness. Washington, DC: Department of Housing and Urban Development, 2002.
- Uehara, E.S., Takeuchi, D.T., and Smukler, M. Effects of combining disparate groups in the analysis of ethnic differences: Variations among Asian American mental health service consumers in level of community functioning. *American Journal of Community Psychology* 22(1):83-99, 1994.
- Vaillant, G.E. *The Natural History of Alcoholism Revisited*. Cambridge: Harvard University Press, 1995.
- Vanderbilt University Institute for Public Policy Studies. Homeless Families Program Overview. Washington, DC: Vanderbilt University Institute for Public Policy Studies, 1999.
- Varley, C.K. Schizophreniform psychoses in mentally retarded adolescent girls following sexual assault. *American Journal of Psychiatry* 141(4):593-595,1984.
- Vash, C.L. *The Psychology of Disability*. New York: Springer, 1981. Wagenfeld, M.O., Murray, J.D., Mohatt, D.F., and DeBruyn, J.C. *Mental Health and Rural 1980-1993. overview and Annotated Bibliography*. NIH Pub. No. 94-3500. Rockville, MD: Health Resources and Services Administration and National Institute of Mental Health, 1994. Waldron, H.B. Adolescent substance abuse and family therapy outcome: A review of randomized trials. *Advances in Clinical Child Psychology* 19:199-234,1997.

- Waldron, H.B., Brody, J.L., and Slesnick, N. Integrative behavioral and family therapy for adolescent substance abuse. In: Monti, P.M., and Colby, S.M., eds. *Adolescents, Alcohol and substance abuse* : Guilford Press, 2000. pp. 216-243.
- Walitzer, K.S. Family therapy. In: Ott, P.J., Tarter, R.E., and Ammerman, R.T., eds. *Sourcebook on Substance Abuse: Etiology, Epidemiology, Assessment, and Treatment*. Needham Heights, MA: AUyn and Bacon, 1999. pp. 337-349.
- Wallace, J. A biopsychosocial model of alco-holism. *Social Casework* 70(6):325-332, 1989.
- Walsh, F. Family therapy: Systems approaches to clinical practice. In: Brandell, J.R., ed. *Theory and Practice in Clinical Social Work*. New York: The Free Press, 1997. pp. 132-163.
- Watzlawick, P., Wealdand, J.H., and Fisch, R. *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: W.W. Norton, 1974.
- Weaver, H.N. Native Americans and substance abuse. In: Straussner, S.L.A. ed. *Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment*. New York: Guilford Press, 2001. pp. 77-96.
- Wegscheider, S. *Another &mce: Hope and Healthfor the Alcoholic Family*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books, 1981.
- Wermuth, L., and Scheidt, S. Enlisting family support in drug treatment. *Family Process* 1986.
- Werner, E.E. Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on Alcohol* 47:34-40, 1986.
- Westermeyer, J., and Neider, J. Substance dis- order among 100 American Indian versus 200 other patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 18(3):692-694, 1994.
- White, J.L. Toward a black psychology. In: Jones, R.L., ed. *Black Psychology*. 2d ed. Berkeley, CA: Cobb & Henry Publishers, 1980. pp. 5-12.
- White, M., and Epston, D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W.W. Norton, 1990.
- Wilkinson, D. Family ethnicity in America. In: McAdoo, H.P., ed. *Family Ethnicity: Strength in Diversity*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1993. pp. 15-59.
- Wilkinson, H. Celebrate the new family: Are "supply mums" and "supply dads" such a bad thing? *New Statesman* (August 9):21-23, 1999.
- Wolin, S .J., and Wolin, S. *The Resilient Self: How Survivors of Troubled Families Rise Above Adversity*. New York: Villard Books, 1993.
- Woods, J.H., and Winger, G. Current benzodi- azepine issues. *Psychopharmacology* 118(2):107-115, 1995.
- Wright, E.M. Substance abuse in African American communities. In: Straussner, S.L.A., ed. *Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment*. New York: Guilford Press, 2001. pp. 31-51.
- Yates, F.E. The evaluation of a 'co-operative counselling' alcohol service which uses family and affected others to reach and influence problem drinkers. *British Journal of Addiction* 83(11): 1309-1319, 1988.
- Young, T. J. Alcoholism prevention among Native-American youth. *Child Psychiatry and Human Development* 24(1):41-47, 1993.
- Zeig, J.K., ed. *Ericksonian Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1985.
- Zitzow, D., and Estes, G. The heritage consis- tency continuum in counseling Native American children. In: *American Indian Issues in Higher Education*. Los Angeles: American Indian Studies Center, 1981. pp. 133-139.

