

## REVISIÓN

# TERAPIA FAMILIAR BREVE ESTRATÉGICA EN EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON CONSUMO PERJUDICIAL DE DROGAS

(Rev GPU 2014; 10; 1: 64-70)

Víctor Andrés Droguett

La siguiente investigación surge al observar los graves problemas derivados del consumo de drogas, tanto para el adolescente, como para su familia y la sociedad. El sentido de centrar el estudio en los adolescentes y sus familias responde a la necesidad de intervenir en forma temprana a un grupo de la población que aún no ha terminado su desarrollo y donde la curva de la tolerancia a las drogas está recién incrementándose. Además, existen menos daños biológicos, psicológicos, familiares y sociales; por lo tanto, una intervención en este grupo disminuiría muchos de los daños asociados a esta situación en el futuro. Es por ello relevante buscar un modelo de tratamiento que sea eficaz, eficiente, e idealmente breve de llevar a cabo en adolescentes y familias con estas características. En este sentido, el modelo de terapia familiar breve y estratégica surge como una alternativa de intervención de corta duración y alta efectividad. Este modelo ha sido evaluado por más de 25 años y ha demostrado ser útil en el tratamiento de adolescentes que presentan un consumo perjudicial de drogas, favoreciendo el compromiso de los miembros de la familia en el tratamiento. Además, es un enfoque flexible que puede adaptarse a una amplia gama de situaciones familiares y una variedad de modalidades de tratamiento. Es entonces que el objetivo de este trabajo es describir los orígenes, bases teóricas y empíricas de este modelo terapéutico.

## INTRODUCCIÓN

Las drogas han estado presentes a lo largo de toda la historia de la humanidad, pero ha sido en los últimos años cuando sus efectos en quienes las consumen han provocado una mayor atención por parte de la población. El centrar la atención en el grupo de los adolescentes responde a la necesidad de intervenir en forma

temprana a un grupo de la población que aún no ha terminado con sus tareas evolutivas. Por lo tanto, una intervención a este grupo disminuiría muchos de los daños asociados a esta situación; daños que implican sufrimientos para las personas y elevados costos para la sociedad.

Lo complicado de trabajar con adolescentes es que éstos, generalmente no son el consultante, y al no

considerarse parte del problema, se resisten a iniciar un tratamiento. A esto se suma que las familias con adolescentes con problemas derivados del consumo de drogas usualmente tienden a ser desorganizadas y presentan más de un problema intrafamiliar. Es por ello relevante buscar un modelo de tratamiento que sea breve y eficaz de llevar a cabo en adolescentes y familias con estas características.

### EL TRÁNSITO DE LAS TERAPIAS INDIVIDUALES A LOS FAMILIARES EN EL TRATAMIENTO DEL CONSUMO PERJUDICIAL DE DROGAS

En la década de los años 1950 los profesionales de la salud mental ponían el énfasis en que “todos los problemas de comportamiento eran manifestaciones de trastornos individuales y que requerían por tanto una terapia centrada en el individuo” (Marcos, J., y Garrido, F., 2009). “Los aportes más importantes en el ámbito terapéutico de las adicciones provenían del psicoanálisis, en donde las adicciones eran abordadas como un aspecto intrínseco al sujeto y por tanto requerían una terapia centrada en el individuo” (Pascual, F., 2009). Es en este contexto donde comienza a desarrollarse el movimiento de la terapia familiar.

La terapia familiar surge como una respuesta a las propias limitaciones del tratamiento individual: “el fracaso para proporcionar una solución a los problemas de pareja y a los problemas de padres e hijos; la observación de recaídas que a veces ocurrían cuando pacientes que habían sido tratados regresaban a sus familias; el entorno inestable y problemático que se observaba en una gran mayoría de pacientes, y la observación de que este entorno se relacionaba estrechamente con la evolución del paciente” (Marcos, J., y Garrido, F., 2009). Es así como “se otorgó una gran importancia al contexto familiar de los problemas humanos y a una intervención terapéutica destinada a cambiar los patrones de interacción disfuncionales” (Rolland, J.S. y Walsh, F., 1996).

En la década de los años 1960 los programas de tratamiento del abuso de sustancias introducían un componente familiar. A pesar de ello, muchos trataban a la familia por separado del miembro adicto. Posteriormente, en la década de los 1970 y 1980, comienzan a aparecer los primeros trabajos de investigación (Cancrini, L., 1982; Stanton, M.D., y Tood, T., 1982) que consiguen avivar el interés psicoterapéutico en el campo de las adicciones, en el que durante años habían prevalecido las prácticas biomédicas o farmacológicas; o en la vertiente opuesta: las teorías sociológicas con un desdén manifiesto de los aspectos psicológicos. “El prin-

cipio básico de estos modelos consiste en asumir que el abuso de drogas acaba siendo un eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, y que por lo tanto cualquier solución a largo plazo requiere que la familia colabore y se implique en el tratamiento” (Marcos, J., y Garrido, F., 2009).

“En las fases iniciales del desarrollo de la terapia familiar, las aproximaciones más innovadoras e influyentes fueron el modelo estratégico y sistémico del Mental Research Institute, Grupo de Palo Alto (M.R.I.), California; el modelo de resolución de problemas de Haley y Madanés, y las aportaciones del grupo de Milán. Más recientemente se han presentado otros enfoques orientados a la solución de problemas y construccionistas/narrativos” (Marcos, J., y Garrido, F., 2009).

Los modelos estratégicos tienen en común su foco en la situación social inmediata del paciente. Tiene especial interés conocer y comprender cómo una familia intenta resolver sus problemas, puesto que consideran que las soluciones intentadas ineficaces pueden incrementar el problema o convertirse en sí mismo en un problema más grave. El modelo estratégico plantea que las familias actúan de la forma en que lo hacen, porque consideran que es la más adecuada o porque desconocen otras actuaciones. En estos casos la intervención del terapeuta tiene que ir dirigida a interrumpir las soluciones ineficaces intentadas y proponer un giro de 180°. Para ello necesita conocer las creencias de cada familia, su lenguaje, sus ideas, de manera que permita ver el problema a través de la visión de sus miembros, y tomar en consideración sus valores y esperanzas, pues son los que determinan la forma en que manejan el problema y sus dificultades para cambiar (Marcos, J., y Garrido, F., 2009).

En los modelos estratégicos la familia define lo que es “normal” o “saludable” para ellos. “Esto implica que es la propia familia, junto con el terapeuta, la que señala el objetivo de la terapia, que en todo caso es resolver el problema que le llevó a consultar. El papel del terapeuta estratégico es definir en términos comportamentales el problema e iniciar el plan de intervenciones para cambiar los patrones familiares disfuncionales” (Marcos, J., y Garrido, F., 2009).

### FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA BREVE EN EL CONSUMO PERJUDICIAL DE DROGAS

La terapia breve se define como una “estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los consultantes acerca de sus comportamientos-problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto” (Hewitt, N., y Gantiva, C., 2009).

Según Kristen B. (1999) “la terapia breve se centra exclusivamente en el presente, usa herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y su fin es el cambio de un comportamiento específico en lugar de uno a gran escala o más profundo”. Su énfasis está en incrementar “la autoeficacia y la motivación para el cambio”, así como “la empatía y la alianza terapéutica desarrollada con el consultante”.

Para poder realizar una terapia breve es necesario establecer una “meta mínima con el consultante”. De esta forma, “centrarse en metas mínimas permite más éxito en el proceso de tratamiento, lo que es importante para mantener la motivación de éste” (Kristen, B., 1999).

Hay que entender que la terapia breve elimina el concepto de patología por completo; en su lugar, “explica el sufrimiento como una consecuencia de la persistencia de un modo particular de manejar dicho sufrimiento; la solución intentada”. Se centra en lo que está haciendo la persona, no intencionalmente, y que está manteniendo su sufrimiento. “Ya que no adjudica patología, no considera conceptos como normalidad/anormalidad, sino que piensa en términos de queja” (Fisch, R., 2002).

Uno de los conceptos que permite que la terapia sea breve, es “pensar en términos de queja”, ya que “la meta de la terapia requiere solamente que la queja se resuelva”. Si ocurre algún otro beneficio en la terapia, se explica porque la resolución de la queja lo ha permitido. De este modo, “pensar en términos diferentes de categorizar o patologizar, hace que la terapia sea más individualizada, hecha a la medida, para cada paciente” (Fisch, R., 2002).

Fisch, Weakland y Segal, en su libro *La táctica del cambio* refieren a que en terapia breve “si no hay un problema, no hay queja”. De este modo, “para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones: a) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad, y b) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma solución” (Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L., 1988). Por su parte, Casabianca y Hirsch (2009) señalan que las diversas situaciones a las que se refiere el objetivo de la psicoterapia pueden ser consideradas “problemas” en tanto tengan posibilidad de un cambio favorable. En otras palabras, “si no hay solución posible, tampoco tenemos un problema”.

Si bien existe una variedad de diferentes escuelas de terapia breve, todas ellas comparten una serie de características comunes (Kristen, B., 1999):

- Pueden ser centradas en el problema o la solución.
- Se orientan al síntoma, no a sus causas.

- Definen claramente los objetivos relacionados con un cambio de comportamiento específico.
- Deben ser comprensibles tanto para el consultante como para el terapeuta.
- Se deben producir resultados inmediatos.
- Puede ser fácilmente influenciado por la personalidad y el estilo de asesoramiento del terapeuta.
- Se basan en una sólida alianza de trabajo entre consultante y terapeuta.
- El estilo terapéutico es activo, empático y algunas veces directivo.
- La responsabilidad para el cambio se coloca claramente en el consultante.
- Al principio del proceso, el enfoque es ayudar al consultante a mejorar su autoeficacia y entender que el cambio es posible.
- El término del proceso se discute desde el principio.
- Los resultados son medibles.
- La duración de la terapia va desde 1 a 40 sesiones, siendo un promedio de 6 a 20 sesiones.

La brevedad y menor costo de la terapia breve ha hecho que ésta sea una “intervención ideal para el tratamiento de personas que no han experimentado; o apenas están empezando a experimentar problemas relacionados con el consumo de drogas”. “El objetivo básico de cualquier terapia breve es reducir el riesgo de daño que pudiera resultar del uso continuo de sustancias; esto incluye el daño al individuo, a su familia y a la comunidad” (Earhart, M., 2009).

Según lo expuesto anteriormente, el grupo ideal a intervenir serían los adolescentes, ya que es en la adolescencia donde más frecuentemente se produce el inicio del consumo perjudicial de drogas. Se entiende como consumo perjudicial a “una forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud”. El daño puede ser físico (ej. hepatitis) o mental (ej. trastornos depresivos), incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento. “Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o ha contribuido al daño y que el consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas veces en un periodo de un año” (CIE-10,1992). Este consumo podría afectar el logro de una serie de tareas propias de esta edad del desarrollo, las que “de no cumplirse pueden significar una merma en el desempeño psicosocial posterior de la persona” (MINSAL, 2007). Los adolescentes que presentan un consumo perjudicial de drogas, por lo general, presentan una variedad de problemas asociados:

- Fracaso escolar.
- Delincuencia
- Asociación con compañeros antisociales.
- Comportamiento violento o agresivo.
- Comportamiento sexual de riesgo.

Las investigaciones demuestran que “muchos de los problemas de comportamiento de los adolescentes tienen causas comunes y que las familias, en particular, juegan en muchos casos un papel importante en estos problemas” (Szapocznik, J., y Coatsworth, J.D., 1999). Según Robbins (1998) “las familias de los adolescentes que consumen drogas presentan un alto grado de negatividad”. Muy a menudo esta negatividad toma la forma de culpar a miembros de la familia entre sí.

Algunos de los problemas familiares que se han relacionado con problemas del comportamiento en adolescente son:

- Consumo de drogas de padres u otro comportamiento antisocial.
- Padres desapegados o sobre-involucrados con el adolescente.
- Falta, inconsistencia o exceso de límites parentales.
- Mala calidad de la comunicación entre padres y adolescentes.
- Inadecuada o falta de supervisión adulta de las actividades del adolescente con sus amigos.
- Pobre vinculación del adolescente a la familia.
- Pobre cohesión familiar.

El contenido de las intervenciones varía “dependiendo del tipo de sustancia, la severidad del problema y el resultado deseado”. “Puesto que las terapias breves son menos costosas, pueden estar disponibles para un mayor número de personas y pueden adaptarse a las necesidades de los clientes” (Sánchez-Hervás, E., y Tomás Gradoli, V., 2002).

### FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR BREVE ESTRATÉGICA (BSFT)

Uno de los modelos más utilizados en los últimos 25 años y que ha demostrado una cierta evidencia sobre su eficacia en el tratamiento de adolescentes que presentan un consumo perjudicial de drogas es la Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT, Brief Strategic Family Therapy).

El enfoque de la terapia BSFT se basa en una combinación de los aportes de Minuchin (1974), Haley (1976) y Madanes (1981). Consiste en una terapia sistémica

breve (el tratamiento dura entre 8-24 sesiones, dependiendo de la severidad del problema) y estratégica, porque es planificada, focalizada en el problema y pragmática (Marcos, J., y Garrido, F., 2009).

Este modelo de terapia está protocolizado y es un enfoque flexible que puede adaptarse a una amplia gama de situaciones, diferentes servicios de atención familiar y a distintas modalidades de tratamiento (ambulatoria, unidad de día, comunidades terapéuticas, modalidades mixtas). Además de incidir sobre el consumo y las conductas problemáticas en casa y en la escuela, la BSFT aborda la conducta agresiva, las conductas de riesgo asociadas con la sexualidad, el acercamiento a pares antisociales y la delincuencia (Szapocznik, J., Hervis, O.E., y Schwartz, S., 2003).

Desde este modelo, el uso de drogas es concebido como una señal de malestar del funcionamiento familiar y la terapia se va a centrar en la función que ocupa este síntoma en el sistema familiar (Becoña, E., Cortés, M., 2010).

Los principios generales que desarrolla este enfoque terapéutico son (Szapocznik, J., Hervis, O.E., y Schwartz, S., 2003; Szapocznik, J., y Williams, R.A., 2000):

1. La familia es un sistema, lo que significa que los miembros de la familia son interdependientes: lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar. De este modo es inevitable que las personas que están en contacto continuo se influyan las unas a las otras (Fisch, R., y Schlanger, K., 2002). Según el enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas problemáticas que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente (Szapocznik, J., *et al.*, 1989).
2. Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia. Los patrones de interacción se definen como la secuencia de comportamientos de los miembros de la familia que se convierten en habituales y se repiten en el tiempo (Minuchin, S., 1967).
3. La intervención se centra en la planificación de los objetivos que proporcionen los medios prácticos para eliminar dichos patrones interactivos que están directamente vinculados a las conductas que muestra el adolescente (Becoña, E., Cortés, M., 2010).

Los objetivos que persigue la BSFT son dos, principalmente: (a) Que el adolescente deje de consumir drogas y cesen las conductas problemáticas, y (b) modificar los patrones de interacción familiar que mantienen el síntoma (Marcos, J., y Garrido, F., 2009).

El enfoque de la BSFT, para evaluar y diagnosticar los problemas del sistema familiar difiere drásticamente de la utilizada por otros tipos de psicoterapia. A diferencia de las otras psicoterapias que se centran en el contenido (tales como hablar acerca de la historia de una familia), la BSFT evalúa y diagnostica mediante la identificación del proceso de la familia actual. La BSFT se centra en la naturaleza y características de las interacciones que se producen en la familia, y ayudan u obstaculizan los intentos de la familia para librarse de los problemas del adolescente (Szapocznik, J., Hervis, O.E., y Schwartz, S., 2003). Este enfoque establece que los cambios en las familias con adolescentes consumidores de drogas están directamente relacionados con (Becoña, E., Cortés, M., 2010):

1. La calidad de la relación terapéutica entre el terapeuta y la familia, siendo ésta un fuerte predictor de la efectividad de la terapia. El terapeuta de BSFT tiene necesidad de formar un nuevo sistema que incluya al propio terapeuta y la familia, lo que se denomina “el sistema terapéutico” en el que el terapeuta es a la vez un miembro del sistema y ejerce de líder.
2. La producción del cambio a través de la reestructuración. Las técnicas que se utilizan en este enfoque para cambiar los patrones de interacción disfuncionales forman parte de lo que se denomina reestructuración. El terapeuta trabaja con los miembros de la familia para que dominen nuevas habilidades de interacción más funcionales. Dominar estas nuevas habilidades más adaptativas proporciona a las familias las herramientas que precisan para gestionar la conducta del consumo perjudicial de drogas del adolescente y todos aquellos comportamientos relacionados. El terapeuta refuerza comportamientos funcionales para garantizar que sigan utilizándose y, a la vez, deben reforzarse entre sí, los miembros de la familia que pongan en marcha habilidades más adaptativas.

Al tratar de involucrar a la familia en el tratamiento de adolescentes que presentan consumo perjudicial de drogas, puede ocurrir que más de algún miembro no desee participar y sea “resistente” a colaborar con el tratamiento. El término “resistencia” se utiliza para referirse a los patrones de interacción desadaptativa que evita que las familias ingresen a un tratamiento. Desde una perspectiva sistémica, la “resistencia” de la familia se considera como la incapacidad de adaptarse eficazmente a la situación actual y de colaborar entre sí, para buscar ayuda. Por lo tanto, la clave para eliminar

la resistencia al tratamiento, se encuentra dentro de los patrones de interacción de la familia, y al superar los patrones de interacción desadaptativos, la familia asistirá a tratamiento (Szapocznik, J., Hervis, O.E., y Schwartz, S., 2003).

## EVIDENCIA EMPÍRICA DE LA TERAPIA FAMILIAR BREVE ESTRATÉGICA

La BSFT se ha mostrado útil para favorecer el compromiso de los miembros de la familia con el programa de tratamiento dirigido al miembro adolescente con problemas de conducta (entre los cuales se contaba el abuso de drogas). En un estudio con 108 familias hispanicas se asignó aleatoriamente a los participantes a dos condiciones: una con BSFT y otra con el tratamiento habitual. Las que asistieron a la BSFT se comprometieron con el tratamiento en el 93% de los casos, mientras que sólo el 42% lo hizo en la condición de tratamiento habitual (Szapocznik, J., *et al.*, 1988). Una réplica de este estudio obtuvo cifras del 81% y el 60% respectivamente (Santisteban, D.A., *et al.*, 1996).

Otro estudio asignó aleatoriamente a 104 familias a BSFT o control comunitario. Los resultados mostraron un mayor compromiso de las familias que participaron en la BSFT (81% v/s 61%) así como mayor retención en programa (71% v/s 42%). Además, la BSFT fue más efectiva en la retención de los casos más severos (Coatsworth, J.D., Santisteban, D.A., McBride, C.K. y Szapocznik, J., 2001).

Un estudio distribuyó aleatoriamente a 102 jóvenes de origen hispano con problemas de conducta (entre ellos, el abuso de sustancias) en tres condiciones: BSFT, terapia psicodinámica individual y control recreacional. Las dos primeras se mostraron superiores a la tercera en la reducción de problemas emocionales y conductuales de los adolescentes, pero mostraron un impacto diferente en la dinámica familiar en el seguimiento a un año: quienes habían asistido a la condición de BSFT mostraron una mejoría significativa en el funcionamiento familiar (estructura, comunicación, resolución de conflictos), en tanto que quienes asistieron a la psicoterapia psicodinámica individual mostraron indicadores de empeoramiento en estas mismas variables, lo que era interpretado desde la teoría sistémica como un empeoramiento del sistema familiar debido a la mejoría del miembro problema (Szapocznik, J., *et al.*, 1989).

En otro estudio, 126 adolescentes de origen hispano, con problemas de conducta, fueron aleatoriamente asignados a dos condiciones de tratamiento: BSFT y *counseling*. La BSFT se mostró significativamente más

eficaz en la reducción de problemas de conducta, asociación con pares con conducta antisocial, y consumo de marihuana. También mostró superioridad en la mejoría en el funcionamiento familiar, pero este efecto resultó proporcional al grado de desestructuración familiar mostrado al inicio, de modo que no aparecieron beneficios asociados a la reducción de los problemas de conducta en familias que presentaban un adecuado funcionamiento en el inicio del tratamiento. La BSFT sería aconsejable sólo en el caso de la disfunción familiar asociada al consumo de sustancias y otros problemas de conducta (Santisteban, D. A., *et al.*, 2003).

## CONCLUSIONES

Se ha demostrado que la intervención familiar es eficaz en el tratamiento de adolescentes que presentan un consumo perjudicial de drogas. Al incluir a las familias a este sistema terapéutico se favorece el compromiso de los pacientes y sus familias, lo que facilita la adherencia al tratamiento. Además mejora el funcionamiento familiar y la reincorporación social del adolescente; por consiguiente, es efectiva en reducir el consumo de drogas después del tratamiento, lo que se asocia a un mejor pronóstico a mediano y largo plazo.

La BSFT ha sido evaluada por más de 25 años y cuenta con evidencia empírica sobre su eficacia en el tratamiento de los adolescentes que usan drogas y de las conductas problemas asociadas: trastornos de conducta, relación con pares consumidores, y alteración en el funcionamiento familiar. Es un enfoque que se acomoda y adapta a un amplio espectro de dificultades familiares, y a una variedad de modalidades de tratamiento. Según la evidencia empírica de la BSFT se puede concluir que:

- Favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento de las conductas adictivas en adolescentes.
- Mejora la dinámica de funcionamiento familiar.
- Es una intervención que apunta a cambios auto-sostenibles en el entorno familiar del adolescente, permitiendo que los efectos persistan en el tiempo, lo que es posible al incluir al entorno del adolescente en el tratamiento.
- Al ser breve surge como una alternativa de costos reducidos y de resultados favorables en la práctica clínica.

En conclusión, la BSFT es un modelo de tratamiento eficaz y eficiente que se puede utilizar con adolescentes que presentan un consumo perjudicial de drogas. Por lo tanto, es importante considerar este tipo

de tratamiento en los programas terapéuticos que se diseñen a futuro en Chile.

## REFERENCIAS

1. Becoña E, Cortés M. (2010). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones: Terapias Centradas en la familia. Documentación nº 9. Instituto Internacional de estudios sobre la familia. España
2. Cancrini L. (1982). Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991
3. Casabianca R, Hirsch H. (2009). Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I. Tomo I. Universidad Católica de Santa Fe. República Argentina
4. CIE-10. (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra
5. Coatsworth JD, Santisteban DA, McBride CK, Szapocznik J. (2001). Brief strategic family therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process* 40: 313-332. US
6. Earhart M. (2009). Brief Therapy for Drug and Alcohol Abuse. Minimal Interventions can work for moderate substance users. [http://substanceabuse.suite101.com/article.cfm/brief\\_therapy\\_for\\_drug\\_and\\_alcohol\\_abuse](http://substanceabuse.suite101.com/article.cfm/brief_therapy_for_drug_and_alcohol_abuse)
7. Fisch R, Schlanger, K. (2002). Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes. Ed. Herder. Primera edición. Barcelona
8. Fisch R, Weakland JH, Segal L. (1988). La Táctica del Cambio. Cómo abreviar la terapia. Biblioteca de Psicología. Herder. Barcelona
9. Hewitt N, Gantiva C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Revista SCIELO. Avances en Psicología Latinoamericana* Vol. 27 N° 1, Bogotá
10. Kristen B. (1999). Brief interventions and brief therapy for substance abuse. Centre for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. Rockville: US Department of Health and Human Services
11. Marcos J, Garrido FM. (2009). La terapia Familiar en el Tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*. Vol. 27, nº 2-3, págs. 339-362. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental. Universidad de Cádiz, Universidad de Huelva y Universidad de Sevilla. España
12. MINSAL. (2007). Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años. Serie guías clínicas MINSAL N° 53. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud
13. Minuchin S, Montalvo B, Guerney B, Rosman F, Schumer H. (1967). *Families of the Slums: an exploration of their Structure and Treatment*. Nueva York: Basic Books
14. Pascual F. (2009). Antecedentes históricos de las adicciones. Del Siglo XIX hasta 1940. En M.A. (Coord.), *Historias de las adicciones en la España contemporánea*, págs. 37-82. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
15. Robbins MS et al. (1998). Family systems therapy with children and adolescents. In M. Hersen, and A.S. Bellack (series eds.), and T.H. Ollendick, vol. ed. *Comprehensive Clinical Psychology: Vol. 5, Children and Adolescents: Clinical Formulation and Treatment*. Oxford, United Kingdom: Elsevier Science Limited, Inc., pp. 149-180
16. Rolland JS, Walsh F. (1996). Terapia Familiar: Evaluación y tratamiento desde una óptica sistémica. En R.E. Hales, T.C. Yudofsky y J.A. Talbot (Comps.), *Tratado de psiquiatría*, págs.1233-1265. Áncora: Barcelona

17. Sánchez-Hervás E, Tomás Gradoli V. (2002). Terapia Breve en la adicción a drogas. Papeles del Psicólogo, n° 83. Pags. 49-54. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España
18. Santisteban DA, Szapocznik J, Pérez-Vidal A, Kurtines W, Murray E, Laperriere A. (1996). Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology* 10: 35-44. US
19. Santisteban DA, Szapocznik J, Perez-Vidal A, Kurtines W, Schwartz SJ, Laperriere A et al. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17, 121-133. US
20. Stanton MD, Tood T. (1982). *Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa, 1989
21. Szapocznik J, Coatsworth JD. (1999). An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse: A developmental model of risk and protection. In M. Glantz, and C.R. Hartel (eds.), *Drug abuse: Origins and Interventions*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 331- 366
22. Szapocznik J, Hervis OE, Schwartz S. (2003). Brief Strategic family therapy for adolescent drug abuse (NIH Publications No. 03-4751). NIDA Therapy Manuals for drug addiction. Rockville MD. National Institute on drug abuse. US
23. Szapocznik J, Kurtines WM, Perez-Vidal A, Hervis OE, Foote F. (1989). One person family therapy. En R.A. Wells, y V.J. Giannetti (eds.). *Handbook of the Brief Psychotherapies*. New York: Plenum, pp. 493-510
24. Szapocznik J, Pérez-Vidal A, Brickman A, Foote FH, Santisteban D, Hervis OE, Kurtines W.M. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families into treatment: A Strategic Structural Systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 552-557. US
25. Szapocznik J, Williams RA. (2000). Brief Strategic Family Therapy: twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3: 117-134. US