



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA: INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA

TÍTULO DE TESIS DOCTORAL:

Programa de Intervención Familiar
con adolescentes y jóvenes con
Conductas Adictivas

Directoras de tesis:

Dra. Dña. Remedios González Barrón

Dra. Dña. M. Carmen Martorell Pallás

Tesis presentada por:

David Bisetto Pons

Valencia, 2014

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación nunca hubiera sido posible sin la ayuda, guía, paciencia y dedicación de mi directora de tesis la Dr. Dña. Remedios González Barrón a la cual agradezco todo su esfuerzo.

A mis profesores/as muy especialmente al Dr. D. Ángel Latorre Latorre, por sus consejos y ayuda, y a la Dra. Dña. Carmen Martorell Pallás, con la que inicié este periodo tan apasionante de mi vida. A todos/as ellos/as agradezco de todo corazón el esfuerzo y paciencia que han tenido conmigo en todo mi proceso formativo, tanto a nivel profesional, como personal.

A mi mujer Rosa e hijos, J. David y Neus, que desde que entraron en mi vida, son los que inspiran cada uno de mis pensamientos y acciones. Esperando que, en algún día cuando lean este trabajo, les inspire a ellos/as también.

A mi familia, especialmente a mi madre y padre por haber trabajado tan duro y durante tanto tiempo por darme la educación que ellos jamás pudieron recibir. Y a mis abuelos y madrina por todo lo que me han querido y cuidado.

Para mi hermano que con su trabajo, constancia y creatividad, siempre ha sido un referente para mí.

Y a todos/as mis amigos/as que me han apoyado y ayudado en este trabajo de investigación principalmente a Gloria y a Álvaro.

No puedo dejar de mencionar a mis pacientes y a sus familiares, por haberme enseñado tanto.

Gracias a todos/as por convertir este sueño en realidad.

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	5
I. INTRODUCCIÓN	7
1.1. <i>Situación actual del consumo de drogas</i>	<i>9</i>
1.2. <i>Definición y conceptos básicos en drogodependencias</i>	<i>14</i>
1.3. <i>Epidemiología del consumo de drogas</i>	<i>17</i>
1.4. <i>Características del adolescente y/o joven consumidor de drogas</i>	<i>21</i>
1.5. <i>Variables psicológicas y familiares afectadas por el consumo de drogas ...</i>	<i>33</i>
1.6. <i>Antecedentes en la intervención familiar en drogodependencias</i>	<i>38</i>
1.7. <i>Programas de Intervención en drogodependencias</i>	<i>47</i>
1.7.1. <i>Programas de intervención familiar</i>	<i>53</i>
1.7.2. <i>Programas que facilitan la entrada en el tratamiento</i>	<i>57</i>
1.8. <i>Marco teórico del programa CRAFT</i>	<i>62</i>
1.8.1. <i>Descripción del programa CRAFT</i>	<i>66</i>
1.9. <i>Conclusiones.....</i>	<i>70</i>
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	75
2.1. <i>Objetivos e hipótesis</i>	<i>77</i>
III. MÉTODO	79
3.1. <i>Variables e instrumentos utilizados</i>	<i>81</i>
3.2. <i>Participantes</i>	<i>91</i>
3.3. <i>Procedimiento</i>	<i>95</i>
3.4. <i>Diseño de investigación</i>	<i>98</i>
3.5. <i>Descripción del programa de intervención.....</i>	<i>100</i>
3.6. <i>Análisis de los resultados.....</i>	<i>112</i>
IV. RESULTADOS	115
4.1. <i>Diferencias entre el grupo experimental y el control antes del tratamiento .</i>	<i>117</i>

4.2. Características del grupo experimental en función de la edad antes del tratamiento	119
4.3. Incidencia del tratamiento en las variables estudiadas.....	122
4.3.1. Beneficios del programa en el grupo experimental según la variable edad.....	124
4.4. Comparación grupo experimental y grupo control post tratamiento	128
4.5. Relación entre las variables estudiadas.....	131
4.5.1. Relación entre las variables antes y después del tratamiento en el grupo experimental.....	131
4.5.2. Relación entre las variables del grupo control.....	137
4.5.3. Variables predictoras	139
4.6. Contacto con el recursos y satisfacción con el tratamiento	141
V. CONCLUSIONES	145
5.1. Comprobación de las hipótesis de estudio	147
5.2. Discusión.....	153
5.3. Aportaciones e Implicaciones prácticas	166
5.4. Limitaciones del estudio.....	168
REFERENCIAS	169
ÍNDICE DE TABLAS.....	199
ÍNDICE DE GRÁFICAS	201
ANEXOS	203
Anexo 1. Entrevista semiestructurada	203
Anexo 2. Evaluación psicológica y familiar	207
Anexo 3. Manual para padres y madres del grupo experimental.....	219
Anexo 4. Cuestionario de satisfacción de la sesión.....	275
Anexo 5. Cuestionario de satisfacción general.....	277

RESUMEN

El problema del uso y/o abuso de drogas afecta a todos los niveles sociales independientemente del género y/o de la raza. Este es uno de los retos planteados en la agenda social de las sociedades avanzadas.

El contacto con las drogas, por regla general, suele iniciarse en la adolescencia o a principios de la edad adulta siendo importante y necesario abordar terapéuticamente este periodo. Si conseguimos motivar un cambio actitudinal en el/la adolescente/joven, aumentarán las probabilidades de que no desarrolle trastornos por abuso de sustancias.

En este contexto, uno de los objetivos del presente trabajo de investigación va dirigido a ayudar a los familiares (principalmente padres y madres) de adolescentes/jóvenes que presentan problemas de adicción a drogas, a comprender las variables que inciden en el consumo de drogas por parte de sus hijos/as. El programa de intervención consiste en enseñar habilidades de afrontamiento a progenitores con hijos/as consumidores/as de drogas que les permitan manejar y afrontar de forma más constructiva el problema de sus hijos/as, mejorando en variables psicológicas como autoestima (medida con el cuestionario de Rosenberg), depresión (medida con el cuestionario BDI-II), ansiedad (medida con el cuestionario STAI) e ira (medida con el cuestionario STAXI-2) y en variables familiares como conflicto y cohesión (ambas medidas con la Escala de Clima Social en la familia del Moos). Estas mejoras hacen que aumente la probabilidad de que el hijo/a consumidor/a decida iniciar un tratamiento que le ayude a abandonar el consumo de drogas. Para ello, contamos con 50 padres y madres que se

repartieron en dos grupos de 25 participantes cada uno de ellos. Uno compuesto por padres y madres cuyos hijos/as presentaban problemas serios relacionados con el consumo de drogas (grupo experimental). Otro compuesto por padres y madres, cuyos hijos/as no presentan problemas de consumo de sustancias (grupo control).

Con la citada finalidad, se adaptó el programa de intervención familiar denominado: *Community Reinforcement and Family Training* o *CRAFT*, desarrollado por Smith y Meyers en 2004 a población española. Este programa está estructurado en diez sesiones grupales de noventa minutos de duración cada una de ellas, con una frecuencia semanal.

Los resultados obtenidos en el estudio son prometedores y animan a continuar investigando, tanto para los padres y madres, por las mejoras que experimentan en variables psicológicas tan importantes como la *autoestima*, *depresión* e *ira estado* acercándose sus puntuaciones a las obtenidas en las mismas variables del grupo control, como por sus hijos/as adolescentes/jóvenes consumidores de drogas ya que de los 25, 15 de ellos (el 60%) contactaron con un recurso especializado (UCA o UPCCA) con el objeto de iniciar tratamiento.

ABSTRACT

The problem of recreational use and drug addiction affects all levels of society regardless of gender and or race. This is one of the challenges raised in the social agenda of the advanced societies.

Contact with drugs generally begins in the adolescence or early adulthood years, therefor being therapeutically important and necessary to address this period. If we manage to motivate an attitudinal change in adolescents or young adults, this will help to increase the chance of not developing substance abuse disorders.

In this context, one of the objectives of this research work is aimed at helping families (primarily parents) with teenagers or young adults with drug addiction problems, to understand the variables that affect drug use by their sons or daughters. This aid is to teach parents certain psychological tools to manage the problem constructively, improving psychological variable as self-esteem (measured with the Rosenberg questionnaire), anxiety (measured with the STAI questionnaire), depression (measured with the BDI-II questionnaire), anger (measured with the STAXI-2 questionnaire) and variables such as family conflict and cohesion (measured both of them with the Social Climate Family Scale of Moos). These improvements also increase the probability that the child consumer decides to start treatment to help stop consuming drugs. For this, we featured 50 parents who were divided into two groups of 25 participants. One group was composed with parents whose children had serious problems related to drug use (experimental group). The other group was composed with parents whose children do not have problems with substance use (control group).

For this purpose the program about family intervention called: Community Reinforcement and Family Training or CRAFT, developed by Smith and Meyers in 2004, was adapted to the Spanish population. This program is structured in ten group sessions of ninety minutes each, and is on a week frequency.

The results of the study are promising and encourage further research. Both fathers and mothers, by experiencing improvements in psychological variables as important as self-esteem, depression, and state anger, increases their score to those obtained in the same variable in the control group. As for their teenage/young adult sons or daughters, (60%) 15 out of 25 of them, contacted a specialized resource (UCA or UPCCA) for the purpose of initiating treatment.

I. INTRODUCCIÓN

En este apartado se realiza una revisión bibliográfica de las investigaciones realizadas sobre la temática objeto de estudio.

Se inicia presentando los conceptos básicos utilizados en el tratamiento de las adicciones y planteando la importancia del problema a través de su incidencia sobre el consumo actual de drogas en población general y en población adolescente/juvenil, para lo cual se utilizan algunas de las fuentes estadísticas existentes con el objeto de reflejar la epidemiología del consumo de drogas.

Se estudian además las características motivacionales que presentan los jóvenes/adolescentes consumidores de drogas, haciendo hincapié en la dificultad de intervenir con este tipo de población. Para ello se analizan los programas terapéuticos existentes validados por el SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) para el tratamiento de las adicciones en adolescentes/jóvenes consumidores de drogas.

Para finalizar dicha exposición se describen los programas que contemplan la intervención familiar para motivar al/la adicto/a a entrar en tratamiento, así como la incidencia de las variables psicológicas y familiares en los padres y madres de los consumidores de drogas.

1.1. Situación actual del consumo de drogas

El consumo de drogas es uno de los problemas más importantes de la sociedad española en los últimos años por su alto nivel de consumo y de incidencia. El *European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA, 2013) advierte una vez más que España es uno de los países de los estados miembros de la Unión Europea, donde los jóvenes consumen más alcohol, tabaco y cannabis. Del mismo modo, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, alerta en su último informe (OEDT, 2013), de que las cifras más elevadas de consumo vuelven a corresponder a España y que al menos 85 millones de europeos/as adultos/as han consumido una droga ilegal en algún momento de su vida, lo que supone la cuarta parte de la población adulta, destacando entre todas ellas el consumo de cocaína con una media de edad de 33 años para iniciar el tratamiento. Este dato resulta alarmante, puesto que el 46% de los pacientes que inician tratamiento para su adicción corresponde a consumidores/as de cocaína, sustancia íntimamente relacionada con conductas violentas, tanto dentro como fuera del hogar (Smith, Homish, Leonoard y Cornelius, 2012). Además afecta por igual independientemente del tipo de droga de abuso no sólo al consumidor/a, sino a todas las esferas que rodean a éste (Klostermann y O'Farrell, 2013).

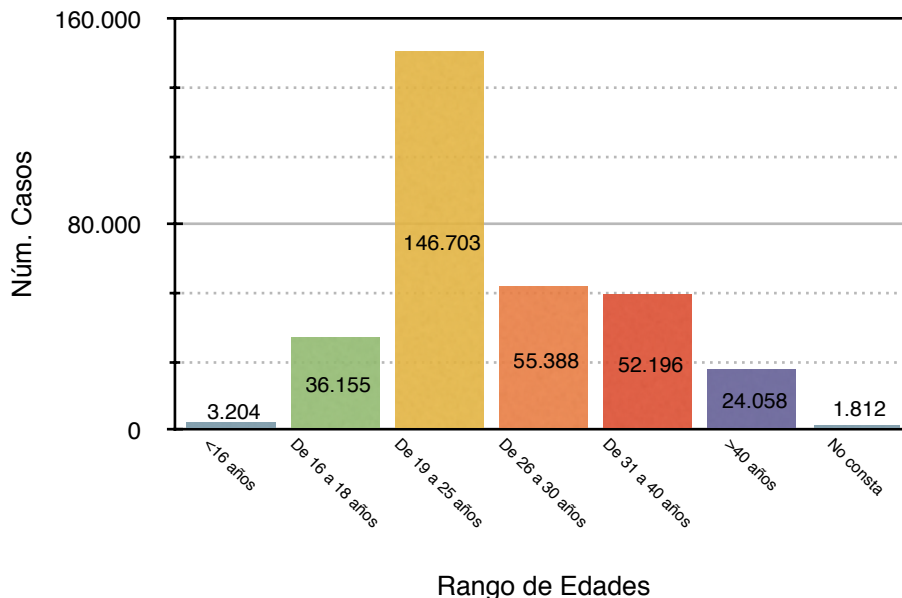
Estos datos, unidos al hecho de que en Europa cada año mueren entre 10.000 y 20.000 consumidores de opiáceos, de los cuales la mayoría son hombres situados en la treintena (OEDT, 2013), nos alertan de la importancia de actuar ante dicha problemática social, tanto por el impacto negativo que tiene sobre nuestra sociedad, como por acarrear infinidad de problemas en el entorno social y familiar del/la consumidor/a (Battjes et al., 2004).

Además hay que tener en cuenta que la fabricación y el consumo de nuevas sustancias han aumentado considerablemente entre los años 1997 y 2011, y que según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2013) a través de su *Sistema de Alerta Temprana* (Early Warning System), se ha registrado un aumento cada vez mayor de nuevas sustancias adictivas (Vidal-Infern, 2010).

Estos datos señalan la actual situación de la sociedad española en lo referente al consumo drogas, en la que destaca el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína por ser las sustancias más consumidas por los jóvenes y/o adolescentes en mayor medida. Esto representa una de las principales preocupaciones para los padres y madres y para la sociedad en general (OED, 2011), debida principalmente, al impacto tan negativo que tiene sobre la salud, tanto física como psicológica del/la adolescente y/o joven, así como a las consecuencias negativas derivadas del consumo que se traducen en distintos problemas, tanto económicos, como de salud y legales.

En referencia a este último punto, el legal, y según la estadística anual sobre drogas 2011 del *Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado* (Ministerio del Interior. CICO, 2011), de los 319.476 denunciados por consumo o tenencia ilícita de drogas en España en el 2010, 186.062 (más de la mitad, concretamente el 59%) eran menores de 25 años de edad (CICO, 2011) (Gráfica I.1).

Gráfica I.1. Distribución por grupos de edad de los denunciados/as por consumo o tenencia ilícita de drogas según el Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO). España, 2011.



Los datos durante el año 2012 lejos de disminuir, han aumentado produciéndose un total de 21.440 detenciones por tráfico de drogas, lo que supone un aumento del 24.1 % con respecto a las del 2011 (Anuario Estadístico del Ministerio del Interior, 2012).

Además las investigaciones resaltan la importancia del inicio en el consumo de drogas, concluyendo que cuanto antes se inicie dicho consumo de alcohol, tabaco y/o otras drogas, mayor es el riesgo de abuso y dependencia a las drogas en la edad adulta (DeBry y Tiffany, 2008; King y Chassin, 2007; Zucker et al., 2006).

Otro factor relacionado con el consumo de drogas en población adolescente, es el aumento del riesgo de padecer algún trastorno mental como: depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad, así como problemas graves de conducta (Chan, Dennis y Funk, 2008; Rowe, Liddle, Greenbaum y

Henderson, 2004). El consumo de cannabis está asociado incluso con la esquizofrenia (Bukstein, Brent y Kaminer, 1989; Esterberg, Goulding, McClure-Tone y Compton, 2009) y también se ha señalado que aumenta el riesgo de padecer enfermedades físicas graves, como las de transmisión sexual (Deas-Nesmith, Brady, White y Campbell, 1999). Otro aspecto a tener en cuenta es que las últimas investigaciones han demostrado que cuando en la adolescencia se dan conductas problemáticas, como el consumo de drogas, se incrementa el riesgo de muerte prematura en comparación con población que no presenta dichos problemas (Maughan, Stafford, Shah y Kuh, 2013).

Finalmente se ha puesto de manifiesto que los miembros de la familia del adicto/a, tendrán más influencia sobre la decisión del mismo a entrar en tratamiento que cualquier otra institución, incluida la legal (Marlowe et al., 1996).

Actualmente en el estado español no existen muchos programas para el abordaje preventivo y terapéutico de las adicciones en población adolescente/juvenil y sus familias (OEDT, 2013). Este hecho hace que se incremente considerablemente la problemática, y del mismo modo los sentimientos de indefensión experimentados por tantos padres y madres que se encuentran en esta situación tan crítica (Hunter, Godley y Godley, 2014).

Todo esto no deja de ser un hecho curioso, ya que un adolescente/joven consumidor de drogas, no entrará en tratamiento ni mejorará, a menos que sea presionado desde el ámbito familiar, escolar y/o legal, entre otros (Battjes, Onken y Delany, 1999). Existe evidencia empírica de que la familia en general, y los padres y madres en particular, pueden prevenir el consumo de drogas en sus hijos/as, si adoptan estilos y pautas educativas adecuadas (Baumrind, 1971; Steinberg, 2001). A este respecto se ha mostrado

que los/las hijos/as de padres y madres que adoptan un estilo educativo *democrático* (caracterizado por ser cálidos y cercanos a sus hijos/as a la vez que, contundentes y justos a la hora de aplicar normas y reglas de comportamiento), se benefician a largo plazo obteniendo mejores logros académicos, relaciones más positivas con sus iguales, menos conductas delictivas e incluso altos niveles de bienestar psicológico (Driscoll, Russell y Crockett, 2008).

Por todo ello, se considera que la falta de habilidad de los padres y madres para interactuar con sus hijos/as adolescentes/jóvenes consumidores/as de drogas, puede ser mejorada a través del aprendizaje de distintas estrategias y herramientas psicológicas que permitan afrontar y superar las situaciones derivadas de las conductas adictivas de sus hijos/as (Smith, Meyers y Delaney, 1998). La familia ayuda a corregir conductas inadecuadas como el consumo de drogas (Paradis et al., 2009), y mejorar las relaciones entre los miembros consumidores y no consumidores, aumentando así el porcentaje de éxito terapéutico (O'Farrell y Clements, 2012). Sin embargo, la familia puede contribuir igualmente a empeorar la situación del/la adolescente/joven consumidor/a de droga, ya que si las relaciones entre los miembros son negativas durante mucho tiempo, pueden llevar a que el consumidor/a de drogas llegue a abandonar el hogar, empeorando aún más la situación de consumo (Edidin, Ganim, Hunter y Karnik, 2012).

La inclusión de la familia en el tratamiento del/la adicto/a es determinante, ya que ofrece mejores resultados que el tratamiento individual (Baldwin, Christian, Berkeljon y Shandish, 2012). ¿Por qué, entonces, no se ha tenido en cuenta desde los primeros programas de intervención?

Antes de la década de los 80, las familias no tenían un papel tan activo y reconocido en el proceso de rehabilitación, limitándose la

oferta terapéutica a grupos basados en la filosofía de *Alcohólicos Anónimos* (AA). Este abordaje terapéutico basado en los grupos Al-Anon (1971), dificultaba el trabajo terapéutico con adolescentes/jóvenes consumidores de drogas (Azrin, Donohue, Besalel, Kogan y Acierno, 1994). Afortunadamente, esta intervención ha ido evolucionando hasta dar un papel mucho más activo y comprensivo a las familias que conviven con el/la adicto/a en el proceso de recuperación (Fernández-García, Sánchez-Hervás, García-Rodríguez y Secades-Villa, 2011), siendo su colaboración fundamental en la recuperación del adolescente consumidor de drogas (Ramos-Quiroga, Rodríguez y Ferrer, 2011). La ayuda de la familia del/la adolescente adicto/a es imprescindible para la detección, prevención, y corrección de pautas inadecuadas de comportamiento, demostrándose este abordaje mejor que el individual (Baldwin et al., 2012), ya que ayuda a motivar a los hijos/as adolescentes/jóvenes consumidores/ras de drogas a aceptar un tratamiento (Godley et al., 2013) reduciendo así el consumo de drogas (Slesnick, Erdem, Bartle-Haring y Brigham, 2013) y alejándolos de entornos y amistades relacionadas con el mismo (Godley, Godley, Dennis, Funk, Passetti, y Petry, 2014).

1.2. Definición y conceptos básicos en drogodependencias

En los siguientes apartados se detallan los conceptos básicos más utilizados en el abordaje terapéutico y preventivo de las drogodependencias, así como los últimos datos de incidencia del consumo de drogas en la población española general, centrándonos en el consumo de los adolescentes/jóvenes.

El organismo internacional de referencia en materia de salud la OMS (Organización Mundial de la Salud), considera como droga a

“toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” (OMS, 1969; pág. 6. Sección 1.1). La clásica definición de abuso de drogas según la OMS *“cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral”* (Schuckit, 1995; pág. 3). El consumo abusivo de drogas además está relacionado con distintos problemas médicos, tales como: enfermedades pulmonares, cardiovasculares, cáncer y trastornos mentales coexistentes entre otras.

Otro organismo de referencia en materia de salud, es el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), que define la drogadicción como una *“enfermedad crónica cerebral caracterizada por la búsqueda y consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias adversas”* (NIDA, 2008; pág. 5).

La OMS en su *Comité de Expertos en Farmacodependencia* (2003), entiende el abuso de sustancias como *“la utilización excesiva, persistente o esporádica, de un fármaco o sustancia de forma incongruente o desvinculada con la práctica médica admisible”* (pág. 25).

La *American Psychiatric Association* (APA), en su DSM-IV-TR (APA, 2000a) identifica 11 grupos de sustancias psicoactivas capaces de producir abuso y dependencia: alcohol, anfetaminas, alucinógenos, cafeína, cannabis, cocaína, fenilciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos y sedantes/hipnóticos/ansiolíticos. En su última edición publicada recientemente, (DSM 5, 2013), se han ampliado siendo *“alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias (desconocidas)”* (APA, 2013; pág. 253).

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) tiene un apartado para los trastornos mentales y del

comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas, entre las cuales incluye las siguientes: alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros estimulantes (incluyendo la cafeína), alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles, múltiples drogas u otras sustancias psicotropas (OMS, 1993).

Otro concepto importante en la investigación de las adicciones, es el concepto de dependencia, que la OMS (1964) sustituyendo así los conceptos de toxicomanía y habituación y según la propuesta la define como: *“estado originado por la administración o el consumo repetidos de la sustancia en cuestión en forma periódica o continua. Sus características varían con la naturaleza de la droga, por lo que su expresión se completará indicando en cada caso el tipo particular de dependencia”* (pág. 10). Esta definición fue completada en 1981, indicando que debía considerarse la dependencia como un conjunto de fenómenos cognitivos, comportamentales y fisiológicos que exigían la utilización de criterios para su delimitación y posterior diagnóstico como:

- Evidencia subjetiva de conductas compulsivas dirigidas a consumir la/s droga/s, mientras se hacen intentos de interrumpir o de moderar su uso.
- Deseo de cesar el consumo.
- Presencia de conductas de administración muy estereotipadas.
- Evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y abstinencia, presentando conductas tendentes a la búsqueda de droga por encima de otras necesidades más básicas o prioritarias para la vida del individuo.
- Gran facilidad de reinstauración del consumo compulsivo después de un periodo de abstinencia.

Posteriormente, en los sucesivos manuales diagnósticos (DSM y CIE) el concepto de gravedad de la dependencia ha ido evolucionando y ya no se valoran solamente características como el tipo de droga, la cantidad consumida, la tolerancia, o el síndrome de abstinencia, sino también el deterioro conductual y el grado de interferencia que estos síntomas producen en la vida laboral o escolar y social del individuo (CIE-10).

Como conclusión, se podría definir la drogodependencia como un trastorno que afecta al individuo a nivel físico, psíquico y social, que surge como consecuencia de un abuso continuado de sustancias psicoactivas con poder adictivo.

Tanto la multidimensionalidad del fenómeno del consumo, como el alcance de la epidemia, han provocado que en los últimos años la investigación asuma un papel fundamental en su abordaje.

1.3. Epidemiología del consumo de drogas

El consumo de drogas es una de los principales motivos de muertes a nivel mundial así pues al menos un 4% de las mismas son atribuidas al consumo de alcohol; más muertes que el SIDA, la violencia o la tuberculosis (OMS, 2011).

Este consumo de drogas gracias a las distintas intervenciones realizadas desde diferentes organismos, se mantiene estable e incluso desciende con respecto al último informe, con excepción del policonsumo (sobre todo el consumo de medicamentos prescritos y drogas ilegales) que ha aumentado representando en el 60% de los países estudiados el segundo y tercer lugar en (OMS, 2013).

También en la Unión Europea, a través del *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías* (EMCDDA), han revelado que el cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida, seguida

por la cocaína y después el éxtasis y las anfetaminas (EMCDDA, 2011).

En España, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) realiza periódicamente encuestas a nivel estatal con el objeto de conocer las prevalencias y hábitos de consumo de los/las españoles/as y estudiar así su evolución. Estos estudios se llevan a cabo tanto en población general con edades comprendidas entre los 15 y 64 años de edad como en población escolar, con estudiantes de Enseñanza Secundaria de entre 14 y 18 años. Ambas encuestas son bianuales, realizándose en población general los años impares y en población escolar los años pares (OED, 2012). Algunos de estos resultados se presentan en la tabla 1.1 y en la tabla 1.2.

Tabla 1.1. Evolución de las prevalencias de consumo (últimos 30 días) en el periodo 1997-2011 en población general (15-64 años) en España, según la encuesta EDADES

Tipos de sustancias/Año	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Tabaco	42.9	40.1	41.4	42.9	38.4	38.8	39.4	37.6
Alcohol	64.0	61.8	63.7	64.1	64.6	60	63.3	62.3
Cannabis	4.6	4.5	6.4	7.6	8.7	7.2	7.6	7
Éxtasis	0.3	0.2	0.8	0.4	0.6	0.6	0.4	0.3
Alucinógenos	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2
Anfetaminas/speed	0.2	0.3	0.6	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2
Cocaína en polvo	0.9	0.9	1.3	1.1	1.6	1.6	1.2	1.1
Cocaína base	0	0.1	0	0	0.1	0.3	0.1	0.1
Cocaína general	-	-	-	-	-	-	1.3	1.1
Heroína	0.1	0	0	0	0.1	0	0.1	0.1
Inhalables	0.1	0	0.1	0	0.1	0	0	0
Tranquilizantes	-	-	-	-	2.7	4.7	4	6.9
Somníferos	-	-	-	-	2	2.5	2.7	3.4
Hipnosedantes*	-	-	-	-	3.7	5.9	5.2	8.3

* Tranquilizantes y/o somníferos.

Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES, 1997-2011).

Como se aprecia en la tabla 1.1 el tabaco y el alcohol continúan siendo las sustancias más consumidas por la población española, siendo el cannabis la sustancia ilegal con mayor prevalencia de consumo, especialmente en población escolar (tabla 1.2).

Tabla 1.2. Evolución de las prevalencias de consumo en el último año en el periodo 1994-2013 en población escolar (14-18 años) en España, según la encuesta ESTUDES

Tipos de sustancias/Año	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco							34.0	38.1	32.4	35.3
Alcohol	82.7	82.4	83.8	77.3	75.6	81	74.9	72.9	73.6	81.9
Hipnosedantes							7.4	10.1	9.8	11.6
Cannabis	18.2	23.4	25.7	28.8	32.8	36.6	29.8	30.5	26.4	26.6
Éxtasis	3.2	4.1	2.5	5.2	4.3	2.6	2.4	1.9	1.7	2.2
Alucinógenos	4.4	5.6	4	4.2	3.2	3.1	2.8	2.7	2.1	2
Anfetaminas/speed	3.5	4.4	3.4	3.5	4.1	3.3	2.6	2.5	1.6	1.7
Cocaína	1.8	2.7	4.5	4.8	6.2	7.2	4.1	3.6	2.6	2.5
Heroína	0.3	0.4	0.6	0.4	0.3	0.4	0.8	0.7	0.6	0.7
Inhalables volátiles	1.9	2	2.6	2.5	2.2	2.2	1.8	1.6	1.2	1.2
GHB							0.8	0.8	0.7	1.0

* Incluye tranquilizantes o sedantes y somníferos o pastillas para dormir.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2012/13. Informe de la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

La evolución en los últimos años muestra además una cierta estabilización del consumo de las sustancias, tanto en población general de entre 15 y 64 años, como en estudiantes de 14 a 18 años (tablas 1.1 y 1.2).

Ante los datos del consumo en edades comprendidas entre los 14 y 18 años (tabla 1.2), se advierte la necesidad de intervenir en esta población ya que, la media de edad de consumo, aunque se ha estancado en los últimos años, sigue siendo muy prematura como se

muestra en la tabla 1.3. Es este un aspecto a tener muy en cuenta ya que la edad prematura de inicio al consumo de tabaco y alcohol aumenta el riesgo de consumir otras drogas como el cannabis (Becoña et al., 2011; Prince van Leeuwen et al., 2011), consumo que acarrea además innumerables riesgos en el desarrollo físico, psicológico y social del adolescente (DeBry y Tiffany, 2008; King y Chassin, 2007; Zucker et al., 2006).

Tabla 1.3. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanza Secundarias de 14-18 años (porcentajes).

Tipos de sustancias/Año	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	13.9	13.3	13.2	13.1	13.1	13.2	13.1	13.1	13.5	13.6
Alcohol	13.5	13.7	13.8	13.6	13.6	13.7	13.8	13.7	13.7	13.9
Hipnosedantes	14.1	14.5	14.8	14.5	14.6	14.8	14.4	14.3	14.4	14.3
Cannabis	15.1	15.1	15	14.9	14.7	14.7	14.6	14.6	14.7	14.9
Cocaína	15.6	15.9	15.8	15.8	15.7	15.8	15.3	15.3	14.9	15.5
Heroína	14.3	14.7	14.4	15.4	14.9	14.4	14.7	14.3	14.4	14.4
Anfetaminas	15.5	15.7	15.6	15.6	15.6	15.7	15.6	15.4	15.5	15.5
Alucinógenos	15.4	15.6	15.4	15.5	15.5	15.8	15.5	15.4	15.4	15.4
Inhalables volátiles	13.3	13.6	13.4	13.9	14.3	14	13.6	13.8	13.2	13.4
Extasis	15.6	15.7	15.5	15.7	15.4	15.6	15.5	15.2	15.3	15.8
GHB							15.0	15.0	14.6	15.1

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2012/13. Informe de la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

Como se aprecia en la tabla 1.3, las edades medias de inicio en el consumo en España se han estabilizado a lo largo de los años aunque siguen siendo muy precoces, sobre todo si nos referimos a drogas como la heroína (14.4 años de edad como media), la cocaína base (14.6 años de edad como media) y/o la cocaína en polvo (15.5

años de edad como media) cuyo poder adictivo es elevado. Este dato, junto con los datos analizados anteriormente, aumenta la preocupación social y científica.

1.4. Características del adolescente y/o joven consumidor de drogas

No fue hasta la teoría de Erikson (1968), sobre la adolescencia en la que apareció el concepto de “*búsqueda de la identidad*”, con la que el adolescente debe determinar y encontrar el propio sentido de sí mismo. Según Erikson (1968) en este proceso los adolescentes, se basan en juicios donde la fidelidad juega un gran papel en su desarrollo.

En un plano más cognitivo Piaget (1952), ve la adolescencia como el inicio de la etapa de las operaciones formales. Ésta suele comenzar a los doce años y dura hasta la edad adulta. La persona empieza a pensar en términos abstractos, a enfrentarse a situaciones hipotéticas y ver las posibilidades de las mismas. Es la etapa en que aprenden a ser independientes del medio que les rodea tomando conciencia de su propia vida.

Por su parte, Maslow (1968) deja ver que es en esta etapa cuando la persona sufre cambios físicos rápidos y profundos iniciándose la madurez reproductora. Los adolescentes pasan por un proceso difícil de búsqueda y consolidación de la propia identidad. El grupo de iguales ayuda a desarrollar el autocontrol. Se desarrolla el pensamiento abstracto y el empleo del razonamiento científico.

Kohlberg (1969), sin embargo, divide la adolescencia en tres etapas distintas. La primera de ellas es la etapa *pre-convencional* caracterizada porque el/la *pre-adolescente* realiza sus interpretaciones en base a lo inculcado por su familia, generalmente

manejado bajo el concepto de "*bueno y malo*" y reforzado con el "*premio y castigo*" característico de la niñez. Le sigue la etapa *convencional* en la que se observa que el/la adolescente mantiene un respeto a las expectativas y reglas familiares, del grupo y país, como la expresión de acato al orden social basado en lo aprendido. Por último, en la etapa *post-convencional*, al final de la adolescencia el/la adolescente se convierte en una persona que tiene conceptos propios y toma sus propias decisiones independientemente del grupo de iguales y de la familia.

Bandura (1977), por su parte, establece que los/las adolescentes adquieren un sentido de utilidad encaminado a la consecución de unos fines. Las consecuencias del comportamiento se configuran como reguladoras del comportamiento futuro.

Todas estas perspectivas teóricas coinciden en que la adolescencia es un periodo de "*cambio*" que determinara en gran medida al futuro adulto.

En la sociedad actual la visión de la adolescencia se ha convertido, en cierta medida, en un valor en alza por todo lo que representa y persigue (Obiols, 1992). En teoría se pide al/la adolescente actual que se haga responsable de sus actos y que se convierta en un ser autónomo en una sociedad donde impera el individualismo, la competitividad, el consumismo sin medida y la desilusión por el futuro más próximo (Marina, 2005). En muchas ocasiones es muy difícil que el/la adolescente tenga una perspectiva evolutiva adecuada del proceso en el que se encuentra inmerso/a, al percibir las incongruencias entre lo que la sociedad predica y lo que de verdad sucede (Martín, 2005). Así pues, a los adolescentes les resulta difícil construir un proyecto de vida autónomo, a causa de tal incoherencia entre valores y realidad. Se inculca, no la autonomía personal sino una especie de "*irresponsabilidad tutelada*" no

permitiendo al/la adolescente introducirse en el mundo adulto de forma adecuada (Marina, 2005).

Estos hechos han llevado a que actualmente encontremos jóvenes con 30 ó 35 años de edad que no han conseguido la autonomía ni personal, ni material no pudiendo independizarse de sus padres y presentando en ocasiones problemas de convivencia propias del choque generacional asociado.

Estas nuevas situaciones han hecho que la supuesta “*franja de edad*” que abarca la adolescencia diste mucho de lo que se estimaba antiguamente (desde los 11 a los 16 años, según Gessell, 1956, o entre los 10 y 19 años según, la Organización Mundial de la Salud). Así se presenta una situación novedosa que Martín (2005) denomina *desincronización vital*, en la que se produce un desarreglo o anomalía, tanto por las edades de inicio de la adolescencia, que denomina *ontogénesis*, como por las edades finales de la misma o *sociogénesis* caracterizada por la integración en la sociedad.

Aún así, con el objeto de determinar un periodo más menos objetivo, podríamos situar los límites de la adolescencia en la edad legal de 18 años, etapa en la que el individuo debe responsabilizarse de sus propios actos y tomar sus propias decisiones de forma autónoma como ciudadano/a.

En lo referente al consumo de drogas ilícitas en este periodo, se concentra este consumo entre los jóvenes -en particular los hombres jóvenes de entornos urbanos- y por una creciente gama de sustancias psicoactivas (OMS, 2012, 2013). Unido a esto, en ese proceso de “*búsqueda de la autonomía personal*” que implica la adolescencia, el riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el consumo de drogas y alcohol aumenta considerablemente (Chambers Taylor y Potenza, 2003; Chen, Storr y Anthony, 2009; Wittchen et al., 2008). Estos consumos iniciales son uno de los

predictores de mayor peso para tener problemas futuros de consumo de drogas y problemas con la justicia en la edad adulta (Gustavson et al., 2007), además de influir de forma negativa en la salud física (Malow, Devieux, Jennings, Lucenko y Kalichman, 2001), mental (Keaney, 2011), social (Anderson, 2010) y laboral (Hoffman, Dufur y Huang, 2007).

Todo ello, hace de esta etapa evolutiva un periodo de riesgo en si misma, y los problemas de abuso de drogas tienen con mucha frecuencia sus inicios en él como muestran claramente las investigaciones sobre el tratamiento de las adicciones. Por tal motivo lo mejor es empezar a intervenir en la adolescencia ya que el pronóstico de recuperación es mayor que en la edad adulta (Dennis y Scott, 2007).

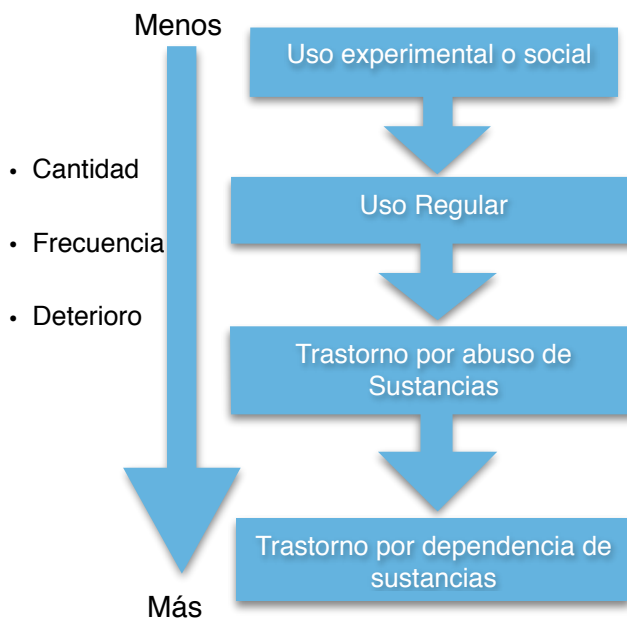
Entre los aspectos psicológicos, destacan sobretudo las características de personalidad relacionadas con la experimentación, minimización de los peligros y riesgos de su conducta y percepción de falsa seguridad entre otras. Estos son motivos suficientes (aunque no los únicos) para que aparezcan en este periodo de problemas de conducta o trastornos como: ansiedad, impulsividad o agresividad, factores a su vez que podrían clasificarse como favorecedores y predictores del consumo problemático de alcohol en ese momento evolutivo (Krank et al., 2010).

En referencia a los patrones de consumo en los adolescentes/ jóvenes españoles, lejos de ser estáticos, son dinámicos y siempre en evolución (Avellaneda, Pérez y Font-Mayolas, 2010) equiparándose cada vez más al estilo de consumo anglosajón caracterizado por el “*binge drinking*”, entendiendo por éste el consumo de cinco o más vasos o copas de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas (Tomás, Tort, Del Río e Iñiguez, 2010) y no apreciándose diferencias entre sexos (Cortés Tomás,

Giménez Costa, Motos Sellés, Cadaveira Mahía, 2014) pudiendo conducir a un consumo excesivo y llevando a la adicción si no se interviene terapéuticamente. En este sentido y como se ha comentado, es importante atender a la variable edad; cuanto antes se empiece a consumir, peor será la evolución del/la adicto/a.

Así pues, en la mayoría de las ocasiones, se aprecia en el/la adolescente una progresión en el consumo de sustancias que puede generar una escala de consecuencias negativas en su desarrollo, progresión que sigue, el esquema que se presenta en la gráfica I.2.

Gráfica I.2. Progresión en el consumo de sustancias en adolescentes (Ramos-Quiroga et al., 2011. Pág. 215).



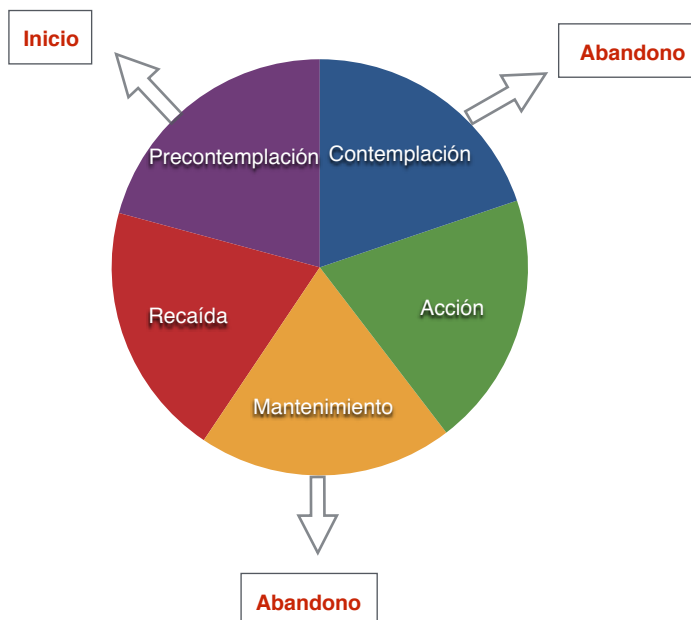
Vemos que el **uso experimental o social** se produce cuando la motivación por consumir se centra en la curiosidad de probar nuevas experiencias y sensaciones, en la diversión, la aceptación del grupo y la emoción que conlleva el realizar un acto prohibido, entre otras (Ramos-Quiroga et al., 2011).

Si esta fase de experimentación se prolonga y establece, se suele pasar a la fase de **uso regular**, en la que el sujeto busca activamente el efecto placentero del uso de las sustancias. El consumo suele ser más regular y puede iniciarse un cierto deterioro en el rendimiento, así como conflictos ante las normas. Si esto se va repitiendo, aumentan las probabilidades de que el consumo se convierta en un **trastorno por abuso de sustancias** (ya reconocido en el DSM), con un aumento tanto en frecuencia como en cantidad, lo que lleva al/la adolescente a rodearse de otros consumidores/ras y centrando sus preferencias y actividades en torno al consumo. Esto produce un deterioro importante en el comportamiento, llevando en ocasiones a un cambio de personalidad, que lo/la vuelve más reservado/a, deshonesto/a, retraído/a, y agresivo/a, entre otros (Ramos-Quiroga et al., 2011). En este punto el/la adolescente, con mucha probabilidad, empieza a cumplir los criterios diagnósticos del DSM 5 (2013) del *trastorno por abuso de sustancias*.

Si la situación se mantiene invariable, al final el/la adolescente pasará a cumplir los criterios del DSM 5 (2013) un *Trastorno por dependencia de sustancias*. Aquí ya pueden aparecer síntomas característicos de la abstinencia y la búsqueda de sustancias por refuerzo negativo (consumir con el objeto de evitar el síndrome de abstinencia), y como consecuencia lógica, el consumo absorbe la mayor parte de su tiempo, cronificándose aún más la problemática del/la menor y de su familia instaurándose la adicción tanto a nivel fisiológico como psicológico (Compton, Thomas, Stinson y Grant,

2007). Es en este momento cuando, según los estudios realizados por Prochaska y DiClemente (1982), alrededor del 80% de los/las adictos/as se suelen situar en los estadios previos al abandono del consumo, llamados de *precontemplación* y/o de *contemplación* (Snow, Prochaska y Rossi, 1992). La mayoría de ellos son conscientes de su problemática y piensan en abandonar en algún momento el consumo, porque saben que éste es perjudicial. Así se mantienen ambivalentes durante un tiempo entre esas decisiones. En la gráfica I.3 se representa la *teoría transteórica del cambio* propuesta por estos autores (Prochaska y DiClemente, 1983).

Gráfica I.3. Teoría transteórica del cambio (Prochaska y DiClemente, 1983).



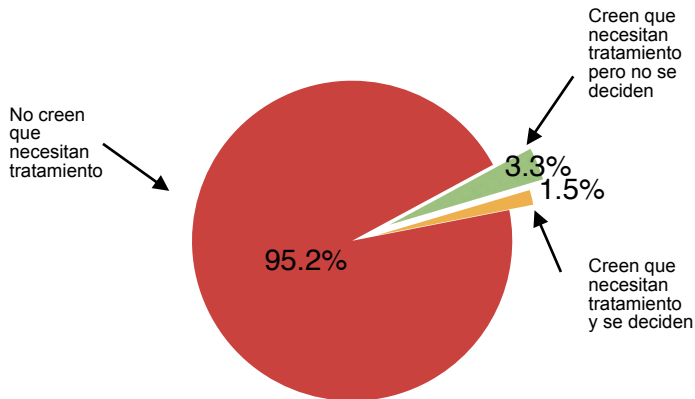
En la rueda del cambio de la teoría transteórica (Prochaska y DiClemente, 1983) el adicto va fluctuando entre los distintos estadios hasta abandonar la adicción después de un periodo largo de

mantenimiento. Si esto no es así, vuelve la recaída y el consumo hasta que vuelve otra vez a intentarlo. Se trata de una teoría que implica un movimiento, siendo la ambivalencia del adicto/a a dejar o continuar con el consumo de drogas la constante en todo el proceso de recuperación.

Se puede aprovechar esta ambivalencia para favorecer el cambio, ya que es uno de los momentos más adecuados para que la familia u otro agente social ayude al/la adicto/a a tomar una decisión, motivándole al abandono del consumo, mientras le acompaña en todo el proceso terapéutico de forma comprensiva, sobre todo si el/la adicto/a es adolescente/joven (Willams y Chang, 2000).

Comprender este proceso es fundamental en el tratamiento de las adicciones (Rapp et al., 2008) ya que los datos de los estudios sobre la intención de los adictos a entrar en tratamiento, se mantienen invariables en el tiempo. Así pues, y según el último informe publicado por el SAMHSA (2011), se vuelve a focalizar la atención una vez más en la importancia de que los/las adictos/as entren en tratamiento cuanto antes, con el objeto de aumentar las probabilidades de recuperación y disminuir problemas derivados. El mismo estudio muestra también que de 19,3 millones de personas que se estiman adictas en los Estados Unidos y necesitan tratamiento para su adicción, sólo un 1.5% vieron la necesidad real de iniciar el mismo (gráfica I.4).

Gráfica I.4. Distribución en porcentajes de la opinión de los adictos en los Estados Unidos en referencia a entrar o no en tratamiento según el informe del SAMHSA (2011).



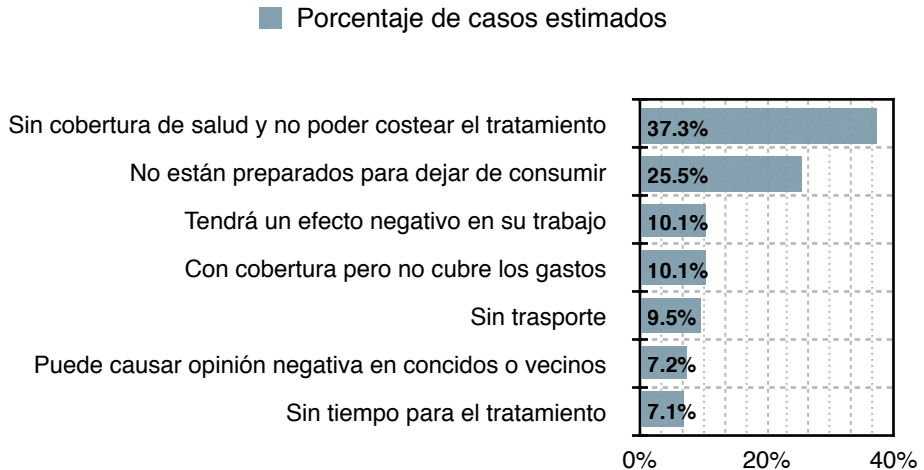
En este informe se constatan una vez más los datos obtenidos por Prochaska y DiClemente (1983), ya que la gran mayoría de las personas adictas (95.2%) creen firmemente que no necesitan tratamiento, que controlan el consumo y lo pueden dejar cuando ellos/as quieran. Estos/as adictos/as se encontrarían en la fase que Prochaska y DiClemente (1982) denominaron de *precontemplación*, consistente en enfatizar la falta de conciencia de enfermedad y la falsa creencia de controlar el consumo. En este estadio se considera que la terapia debe ir dirigida a que el/la adicto/a analice pros y contras del consumo, con el objeto de que tome conciencia de los problemas que le acarrea. Es importante en esta fase que se eviten en lo posible abordajes terapéuticos basados en la confrontación (como alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos), por las influencias negativas que el grupo puede ejercer sobre el/la adolescente/joven (Kelly, Dow, Yeterian y Meyers, 2011).

En el siguiente estadio, de *contemplación*, empieza a considerar dejar de consumir y a pensar que necesita tratamiento. Según el informe del SAMHSA (2011) vemos que el 3.3% de adictos/as “*creen que necesitan tratamiento pero no se deciden*”. Es en esta fase cuando la familia podría ayudar utilizando la comunicación positiva y supervisando al/la adolescente/joven para que abandone el consumo. Esto favorecerá el paso al estadio que los autores denominan de *preparación a la acción*, que se caracteriza por la convicción del/la adicto/a de que tiene que dejar de consumir, y si continúa en la misma línea, aceptará empezar el tratamiento, entrando en el estadio llamado de *acción*. Como se puede observar en la gráfica I.5, tan sólo representa el 1.5% de la población adicta estudiada.

Este es uno de los principales *handicaps* del tratamiento de las adicciones, que consiste en la dificultad que tienen los/las adictos/as a reconocer su problema de consumo de drogas minimizando las consecuencias y responsabilizando a agentes externos del mismo con excusas, como pueden ser la falta de trabajo, la falta de pareja o problemas económicos y familiares, entre otros. La situación se agrava aún más porque su entorno social se suele reducir a personas relacionadas con el consumo de drogas (Piehler y Dishion, 2014).

Además de la dificultad puramente motivacional del sujeto, se deben añadir otras que pueden obstaculizar su voluntad de abandonar su problema de la adicción. Aquí la familia también podría ayudar, según el informe del SAMHSA (2011) (gráfica I.5).

Gráfica I.5. Distribución en porcentajes de los principales inconvenientes para asistir a tratamiento de los adictos en Estados Unidos según el informe del SAMHSA (2011).



Como se observa en la gráfica I.5, entre los principales impedimentos para acceder a tratamiento en los Estados Unidos están no tener cobertura de salud (37.3%), condición que no se da de momento en el estado Español, considerar que no están preparados/as para dejar de consumir (25.5%) y otras causas como el efecto negativo que pueda tener en el trabajo (10.1%), problemas de transporte (9.5%) y no disponer de tiempo para el tratamiento (7.1%) entre otras.

Así pues, el porcentaje de adictos/as reales que superan las primeras barreras para iniciar el tratamiento, que son conscientes de su problema y deciden entrar en el mismo por su propio pie, aunque es muy reducido es importante, y las intervenciones son exitosas, incluso con población extremadamente resistente al mismo (Slesnick, Prestopnik, Meyers y Glassman, 2007).

Estos motivos son suficientes para buscar la colaboración de la familia del/la adicto/a en este proceso de motivación y superación

de barreras, que pueden interferir o dificultar el inicio del tratamiento ya que las intervenciones multidisciplinarias con enfoque cognitivo-conductual unido a esa ayuda de las personas allegadas del consumidor/a de drogas, demuestran tener mejores resultados en indicadores de abstinencia y prevención de recaídas (Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano y Rivas, 2013). Además tal ayuda (en la detección y prevención del consumo, motivación al cambio, inicio de tratamiento, gestión de privilegios, corrección de pautas inadecuadas de comportamiento, acompañamiento, etc.), favorece la recuperación y la reinserción social del/la adicto/a. Todos estos aspectos hacen necesario que la familia deba de formar parte de forma activa en la recuperación del adolescente/joven adicto/a (Ramos-Quiroga et al., 2011).

Otro motivo para hacer partícipe a la familia en el tratamiento del adolescente/joven consumidor de drogas, es la constatación de que los programas que tienen en cuenta a la familia a la hora de motivar, manejar las contingencias y atender de forma asertiva al/la adicto/a facilitan que acepte y se mantenga en tratamiento, dando mejores resultados terapéuticos que si trabajamos otros abordajes, siendo muy prometedores los resultados obtenidos en diferentes estudios (Godley et al., 2014). Así pues, por ejemplo, el 64% de los consumidores/as de drogas entran en tratamiento a través de programas como el CRA (*Community Reinforcement Approach; Hunt y Azrin, 1973*) que tiene en cuenta a la familia del adicto, frente al 17% de otros abordajes terapéuticos como los grupos de autoayuda (Kirby, Marlowe, Festinger, Garver y LaMonaca, 1999). En otras investigaciones realizadas con el programa CRAFT (*Community Reinforcement and Family Training; Smith y Meyers, 2004*) se consigue que entren en tratamiento los familiares consumidores de drogas en porcentajes elevados que van desde el 55% hasta el 86%

(Dutcher et al., 2009), representando resultados muy prometedores y esperanzadores para ayudar a reducir el problema de la adicción de los adolescentes/jóvenes de nuestra sociedad (Smith, Gianini, Garner, Malek y Godley, 2014).

1.5. Variables psicológicas y familiares afectadas por el consumo de drogas

Son distintas las variables psicológicas y familiares que quedan afectadas cuando se convive con una persona adicta a las drogas. Entre ellas destaca la autoestima (Rosenberg, 1965) y el excesivo estrés y la ansiedad que influyen de forma directa en el bienestar psicológico y social tanto de los/las adictos, como de sus familiares (Lazarus y Folkman, 1984). Como se ha comentado, ambos obtienen menores puntuaciones en autoestima y mayores en depresión (Skager y Kerst, 1989), lo cual resulta de alto interés clínico por su relevancia en la psicopatología (Sakager, 1989). Además la autoestima, es un buen referente para predecir la depresión (Kernis, Granneman y Mathis, 1991), siendo importante para el bienestar psicológico del familiar (Robins, Hendin y Trzesniewski, 2001).

Sorprendentemente existen pocas investigaciones sobre el efecto de la adicción en tales variables psicológicas en padres y madres de consumidores/as de drogas, así sobre cómo se relacionan éstas con la problemática de sus hijos/as adolescentes/jóvenes.

La mayoría de las investigaciones se han centrado en los efectos negativos que causa el consumo de drogas sobre el/la adicto/a y en los principales factores de riesgo y de protección familiar, o en cómo influyen las conductas educativas de los padres y madres sobre sus hijos/as consumidores/as (Dorn, Ribbens y South, 1987; McGillicuddy, Rychtarik, Duquette y Morsheimer, 2001). En este

contexto destaca la tipología que desarrolló Baumrid publicada en 1980, en la que destaca tres estilos parentales: con *autoridad*, *autoritarios* y *permissivos*. Posteriormente Maccoby y Martin (1983) describieron un cuarto tipo, los *indiferentes*, basado todos ellos en los conceptos de *control* y *calidez*. El **control** es entendido por estos autores como el nivel en que los padres y madres supervisan a sus hijos/as. La **calidez** hace referencia al grado de afecto y aprobación que tienen con respecto a ellos/as. (Maccoby, 1992). En la descripción de Craig (1997), el estilo parental con *autoridad* (también llamado democrático), ejerce mucho control y a la vez mucha calidez. El *autoritario*, que ejerce mucho control pero sin calidez. El *permissivo* que se caracteriza por poco control y mucha calidez. Y el último estilo, el *indiferente*, se caracteriza por ejercer poco control y poca calidez. De todos ellos, el estilo más adecuado, por ser el más equilibrado y el que mejor previene para el consumo de drogas en los hijos/as adolescentes es el *democrático* (Shakya, Christakis y Fowler, 2011).

Pero ¿cómo afecta el consumo de drogas al resto de los miembros de la familia? Gran parte de las investigaciones iniciales para responder a esta pregunta se hicieron con familias de alcohólicos. En ellas se constató que en estos familiares, existe más problemática a nivel psicológico y social, se deteriora la relación con el miembro consumidor de alcohol, se reduce la cohesión familiar, hay mayor nivel de conflicto (Skeer, McCormick, Normand, Buka y Gilman, 2009) y estrés (Mallett, Rosenthal y Keys, 2005), mayores niveles de ira, mayor prevalencia de enfermedades psicosomáticas y mayor probabilidad de que se den episodios de violencia doméstica, entre otras (Hirschfeld et al., 1989; Jacob et al., 1991; Montgomery y Johnson, 1992; Murphy, O'Farrell, Fals-Stewart, y Feehan, 2001).

Es evidente que el consumo de drogas tiene un impacto negativo sobre las vidas del resto de los miembros de la familia (Collins, Leonard y Searles, 1990). En este sentido se estima que por cada adicto hay cinco o más personas que sufren el problema de forma directa y tantas otras de forma indirecta (Daley y Raskin, 1991). Esta problemática engloba todos los aspectos de la vida: los económicos, los familiares, los legales, los de pareja y los de salud (Fals-Stewart, Birchler y O'Farrell, 1999) y sobre todo los psicológicos (DeMarce, Lash, Stephems, Grambow, y Burden, 2008). Los familiares que conviven con la persona adicta experimenten bajos niveles de autoestima (Silverstone y Salsali, 2003), altos niveles de ansiedad y depresión (Kelly, 2004). Esta situación interfiere de forma negativa en la educación y en el abordaje del problema de consumo facilitando que este se mantenga e incluso aumente (Meyers et al., 1999). También se acompaña de altos niveles de ira (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) y de conflicto familiar tanto para los padres como para los hijos/as consumidores/as de drogas (Lindsey, Kurtz, Jarvis, Williams y Nackerud, 2000).

Uno de los motivos que provoca altos niveles de ansiedad en los familiares de adictos, es la preocupación continua de que pase algo malo a sus seres queridos (Kahler, McCrady y Epstein, 2003), y esto afecta de forma significativa a su vida cotidiana (William, 2004).

En ocasiones, estas dificultades hacen que los familiares se distancien entre si creando importantes barreras dificultando aún más que el adicto entre en tratamiento (Appel et al., 2004). Y a veces este distanciamiento, puede motivar al adicto/a que inicie el mismo (Handelsman et al., 2005).

También los niveles elevados de depresión en los familiares aumentan el riesgo de que coexistan más miembros adictos en una misma familia (Campton, 2007; Grant et al., 2004). Esta variable de

depresión también está presente de forma crónica en el propio consumidor/a de drogas (Grant et al., 2004). Como consecuencia de todo esto y de la ansiedad, tenemos que los familiares experimenten una alta activación fisiológica (aumento de la tasa cardiaca, de la tensión muscular y de la tensión sanguínea, entre otras), afectando de forma negativa a su salud física (Suls y Bunde, 2005).

Toda esta situación si se cronifica, hace que entre los familiares se produzca un desacuerdo total, dándose el efecto llamado de “*minimización*”. Este efecto consiste en que los consumidores/as suelen minimizar las consecuencias negativas del consumo, mientras que los familiares no consumidores hacen lo contrario, lo maximizan. Este hecho provoca una gran discrepancia entre sus puntos de vista haciendo así que se incremente el problema por el distanciamiento cognitivo producido (Stafström, Östergren y Larsson, 2005), así como para que el adolescente/joven abandone o piense en abandonar su casa haciendo la recuperación casi imposible (Mallet, Rosenthal y Keys, 2005). Esta espiral descendente hace que el adicto/a aumente el consumo de drogas empeorando a su vez la situación familiar (O’Farrell y Fals-Stewart, 2006) y provocando que el clima familiar sea insostenible e interfiriendo así de forma negativa en la posible rehabilitación del/la consumidor/a de drogas (De la Rosa, 2002) sobre todo en población latina (Szapocznik, Pardo, Burlew, Williams y Santisteban, 2007).

Otro aspecto a tener en cuenta es el incremento de las responsabilidades y tareas diarias de los familiares no consumidores, afrontándose en la mayoría de las ocasiones y sin ayuda de la pareja o del familiar consumidor, afectando aún más la cohesión familiar (Baanders y Heijmans, 2007). Esta variable es tan importante que algunos estudios indican que es la única que correlaciona de forma

significativa con problemas de alcohol y de drogas en familias latinas (Wagner et al., 2010).

Todo ello hace que la relación entre los miembros familiares sea prácticamente nula (Roozen, Waart y Van der Kroft, 2010), reduciéndose las actividades positivas que mejoran las interacciones entre sus miembros como: comer juntos, pasear, hablar de forma tranquila y sosegada sobre lo que se hace en el día a día, entre otras. Estas actividades son de suma importancia cuando se convive con adolescentes/jóvenes ya que ofrecen estabilidad y bienestar psicológico a toda la unidad familiar afianzando así la cohesión y reduciendo el conflicto entre sus miembros (Turley, Desmond y Bruch, 2010), aspectos estos (altos niveles de cohesión y bajos niveles de conflicto) que no suelen darse en padres y madres con adolescentes consumidores de drogas, más bien lo contrario, ya que aparecen menos actividades placenteras y mayores niveles de depresión y de estrés entre sus miembros (Guo y Slesnick, 2011).

Por todo ello, se podría comparar la adicción como un impacto negativo a nivel psicológico, familiar y social tan importante como el diagnóstico de una enfermedad crónica grave como el cáncer (Hussaarts, Roozen, Meyers, van de Wetering y McCrady, 2012) influyendo negativamente en la calidad de vida de los cuidadores/as de los adictos/as (Marcon, Rubira, Espinosa y Barbosa, 2012).

Como consecuencia, los familiares no consumidores suelen desvincularse de la educación y supervisión de sus hijos/as adolescentes/jóvenes consumidores de drogas haciendo que el problema de consumo, en vez de mejorar, se mantenga e incluso aumente y/o empeore (Godley, 2013). Es frecuente en este punto que se den conductas violentas, ya que al menos un tercio de los pacientes con problemas de consumos de drogas se han visto

involucrados en algún episodio de violencia doméstica o de género antes de entrar en tratamiento (Kraanen, Vedel, Scholing y Emmelkamp, 2013).

Así pues, queda demostrado que las familias con hijos/as adolescentes/jóvenes necesitan ayuda psicológica puesto que cuando estos asisten a programas de intervención familiar, aumentan su bienestar psicológico y mejoran su relación con los familiares consumidores/as de drogas, y esto hace que aumenten las probabilidades de que acepten tratamiento para su adicción (Guo, Slesnick y Feng, 2014).

1.6. Antecedentes en la intervención familiar en drogodependencias

Mucho de lo que sabemos actualmente sobre los efectos negativos del consumo de drogas sobre la estructura familiar provienen de los estudios realizados con alcohólicos y sus familias (Johnson y Pandina, 1991). Estas investigaciones han demostrado, una y otra vez, que el consumo elevado de alcohol de un familiar tiene efectos negativos sobre el resto de los miembros de la familia, efectos que se pueden traducir en: reducción del bienestar psicológico y social (Diener, 2000), deterioro de las relaciones familiares, reducción de la cohesión familiar, mayores niveles de conflicto y estrés familiar, aumento de enfermedades tanto físicas como psicológicas de los familiares o altas tasas de violencia familiar o doméstica entre otras (Billings, Kessler, Gomberg y Weiner, 1979; Cronkite y Moos, 1980; Filstead, McElfresh y Anderson, 1981; Finney, Moos, Cronkite y Gamble, 1983; Hirschfeld, Kosier, Keller, Lavori y Endicott, 1989; Jacob, Krahn y Leonard, 1991; James y Goldman,

1971; Montgomery y Johnson, 1992; Moos, Finney y Gamble, 1982; O'Farrell y Birchler, 1987; Orford, Oppenheimer, Egert, Hensman y Guthrie, 1976). Estos efectos negativos sobre la estructura familiar y por ende sobre los miembros no consumidores, también se aprecian en adictos/as a otro tipo de drogas como la heroína y la cocaína (Gibson, Sorenson, Wermuth y Bernal, 1992; Penk, Rabinowitz, Kidd, y Nisle, 1979; Romijin, Platt, Schippers y Schaap, 1992; Spear y Mason, 1991). Además, estas investigaciones han mostrado que una vez abandonado el consumo, se produce una mejora a nivel psicológico de los miembros familiares, aumentando la cohesión entre ellos. También aumenta el periodo de abstinencia del familiar consumidor (Kang et al., 1991), estableciéndose una relación directa entre las relaciones familiares y el uso/abuso de drogas en alguno de sus miembros (Fals-Stewart y Clinton-Sherrod, 2009).

Así pues, la literatura científica ha discutido ampliamente las consecuencias negativas tanto colectivas como individuales de la dependencia de drogas en la sociedad siendo, como hemos visto, la estructura familiar una de las primeras afectadas de forma negativa en su dinámica funcional y organizacional (Schenker y Minayo, 2004).

Desde los años 90, las investigaciones han demostrado un alto componente de efectividad al hecho de utilizar a la familia para acercar a los/las adolescentes al tratamiento (Waldron, 1997; Williams, Carne y Beck, 2005). Así la familia, como estructura, es uno de los factores más importantes que hay que tener en cuenta a la hora de tratar y prevenir el consumo de drogas en población adolescente o juvenil (Copello y Orford, 2002). En este sentido existe un alto índice de conflicto familiar en progenitores que padecen una psicopatología o consumen drogas al ser la relación entre éstos y sus hijos/as distante y problemática (Engles, De Leeuw, Poelen, Van Der

Zwaluw y Van Leeuwe, 2007). El simple hecho de que estos factores no se encuentren presentes protege a los adolescentes/jóvenes de padecer futuros problemas de adicción y de consumo abusivo de drogas (Tobler y Komro, 2010).

Además si centramos la atención en el estilo educativo de los padres y madres, se aprecia una relación directa en el consumo de alcohol y drogas en adolescentes cuyos padres y madres utilizan un patrón educativo inadecuado. Esto es debido a que utilizan pautas educativas erróneas como por ejemplo: tener poca implicación, baja supervisión o control de los hijos/as (Van der Vorst, Engels, Meeus, y Dekovic, 2006) o utilizar una disciplina educativa inadecuada caracterizada por la ausencia de normas y de reglas básicas (Barnes, Reifman, Farrel y Dintcheff, 2000; Clark, Thatcher y Maisto, 2005; Dodge et al., 2009).

Unido a este aspecto psicológico/social de la familia, otras investigaciones que inciden en el componente hereditario/genético de las adicciones, han mostrado que haber tenido una historia de alcoholismo familiar previo hace que aumenten las probabilidades de que haya un adicto en la familia (Chassin, Flora y King, 2004; Chen, Gance-Cleveland, Kopak, Hass y Gillemore, 2010; Tildesley y Andrews, 2008).

Los factores familiares tienen un peso importante en la adquisición de la adicción pero también son importantes en el mantenimiento de la misma. Concretamente se ha observado una relación directa entre la disfunción familiar y consumo de drogas, siendo el estrés familiar percibido uno de los factores que aumentan el consumo de drogas en adictos (Fals-Stewart, Lam y Kelly, 2009). También las malas relaciones familiares pueden ser una barrera para motivar a un consumidor/a a entrar o no en tratamiento (Appel, 2004)

siendo mayor en el caso de jóvenes/adolescentes (Handelsman, Stein y Grella, 2005).

Otro motivo por el que tener en cuenta la familia (esta vez en el tratamiento de la adicción) del/la adolescente/joven adicto/a a drogas, es que se ha mostrado que su inclusión y participación causan efectos muy positivos en la recuperación de los adictos/as (Henderson, Dakof, Greenbaum y Liddle, 2010; Liddle y Dakok, 1995). Si la población es de cultura o origen latino, la importancia aumenta al ser valorada más la familia (Szapocznik y Williams, 2000). De todo ello deducimos que variables como: el conflicto familiar, el bajo nivel de apoyo entre los miembros y el estrés sufrido por los padres y madres cuando hay un hijo/a consumidor/a de drogas, aumentan las probabilidades de recaída durante el periodo de tratamiento (Fals-Stewart, Birchler y Kelly, 2006).

Históricamente la familia ya tuvo cierta relevancia en la terapia y rehabilitación de adictos/as (sobretudo de alcohólicos) con el abordaje terapéutico familiar de Alcohólicos Anónimos (Al-Anon, 1971). Sin embargo, este tipo de terapia familiar se basaba fundamentalmente en la utilización de la culpa y la confrontación de los familiares con los miembros alcohólicos y esto, en ocasiones, en lugar de mejorar la situación familiar la empeoraba, haciendo a veces la convivencia familiar insostenible.

No fue hasta la década de los 80 cuando se permitió participar de forma activa a la familia sin utilizar la confrontación como estructura central del tratamiento del familiar adicto/a. Este avance se debió en parte al desarrollo del programa "*Community Reinforcement Approach*" (Azrin, Sission, Meyers y Godley, 1982; Hunt y Azrin, 1973; Miller y Meyers, 1999), que fue uno de los primeros que amplió el abordaje terapéutico individual, aumentando el abanico de posibilidades terapéuticas, centrándose en la

importancia del papel de la familia en el proceso terapéutico. La suma de ambas intervenciones (individual y familiar) aumentaban las probabilidades de éxito de la rehabilitación del familiar adicto/a. Este hecho fue importante al producir un punto de inflexión en el abordaje terapéutico de las adicciones, pasando de la filosofía de la confrontación, en la que el adicto y su familia eran los culpables de la enfermedad, a un abordaje mucho más activo y comprensivo del problema familiar que provoca y mantiene la adicción.

Es por ello que el “*Community Reinforcement Approach*” (ahora en adelante CRA) fue uno de los primeros programas en el que la familia ganaba protagonismo terapéutico, pasando de ser un agente pasivo a uno activo y necesario en el proceso de recuperación del/la adicto/a. Su papel fundamental en el proceso terapéutico fue colaborar con el terapeuta para ayudar a abandonar el consumo de sustancias al familiar adicto/a, basándose principalmente en la observación y en el control de conductas concretas, como por ejemplo: fomentar y controlar la toma de medicación del adicto, actuar como modelos en la comunicación positiva, controlar el comportamiento de consumo propio y del familiar, ser agentes activos en la reinserción social y laboral del familiar, administrar los refuerzos positivos y privilegios de manera adecuada, detectar los consumos iniciales evitando así los procesos de recaídas entre otros muchos (Azrin et al., 1996; Hunt, 1973; Smith y Meyers, 2004; Smith, 1998).

Este desarrollo natural terapéutico del/la adicto/a incluyendo a su familia ha evolucionado a lo largo de los años pasando por distintos enfoques terapéuticos como son: el reactivo, el patológico, el casual y el colaborativo (Miller, 2003) y cuyas principales características, se detallan en la tabla 1.4.

- El enfoque reactivo, se basa en la premisa que el problema de las adicciones conlleva unas consecuencias físicas y psicológicas negativas, que hacen que la convivencia con un/a adicto/a en el contexto familiar sea problemático, afectando a la estructura familiar. De este modo, el tratamiento se dirige a los familiares de la persona adicta, siendo uno de sus objetivos el dotar de habilidades y estrategias para manejar las dificultades personales producidas por dicha convivencia en los miembros familiares que conviven habitualmente con el adicto.
- El enfoque patológico, hace referencia y se centra en que los propios familiares presentan problemas y que estos funcionan como factores concomitantes o mantenedores de la adicción del familiar adicto, centrándose el tratamiento en paliar dicha comorbilidad existente.
- La perspectiva casual se basa en que el trastorno por consumo de sustancias no es un trastorno individual, sino un trastorno y una manifestación del sistema familiar, así pues, el tratamiento debe centrarse principalmente en el sistema familiar.
- Por último, la perspectiva colaborativa familiar del tratamiento de las adicciones, se basa en que la familia sufre las consecuencias derivadas de la situación del familiar adicto/a, haciendo especial hincapié en la influencia de los miembros de la familia. En este abordaje, cada miembro de la familia puede tener efectos positivos o negativos dependiendo de cómo aborde el problema de la adicción.

Tabla 1.4. Resumen de las principales enfoques terapéuticos basados en la familia (Miller, 2003).

Enfoque	Énfasis	Objetivos
Reactivo	Consecuencias físicas y psicológicas.	Ayudar a paliar consecuencias negativas en familia y adicto.
Patológico	La familia es un factor de mantenimiento de la adicción	Tratamiento de la co-dependencia.
Casual	Adictos como consecuencias de interacciones familiares patológicas	Cambios en el sistema familiar.
Colaborativa	La familia sufre las consecuencias derivadas de la situación familiar del adicto.	Papel activo de la familia en el abordaje terapéutico del adicto.

De todos los enfoques, las terapias familiares colaborativas son las que cuentan con un mayor respaldo científico en el tratamiento de las adicciones. Este tipo de terapias tienen un componente cognitivo/conductual considerando al familiar del adicto como agente activo y directo en su rehabilitación. Desde esta perspectiva, se disponen de varias terapias familiares que cuentan con apoyo empírico (Copello, Velleman y Templeton, 2005).

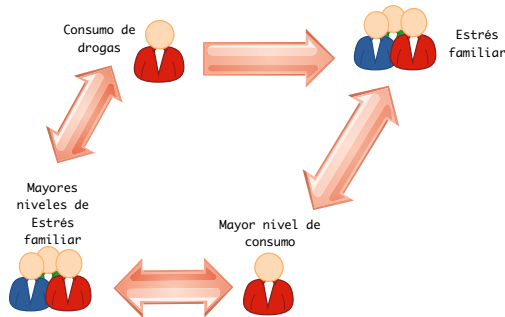
A partir del 2002, las intervenciones familiares y de pareja en población drogodependiente, tanto adulta como adolescente, tuvieron un gran respaldo y aceptación científica, llegando a ser una de las intervenciones más recomendadas para este tipo de población por los resultados obtenidos (Carroll y Onken, 2005; CSAT, 2004, National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2006, Waldrom, 2008), gracias a lo cual se dejaron otras aproximaciones terapéuticas de carácter individual (Liddle y Dakof, 1995). Además, la investigación refuerza la importancia de la familia y los valores que la rodean,

especialmente a la proximidad y a la intimidad de los adolescentes/ jóvenes con los padres, ya que incrementa la supervisión paterna sobre las actividades y amistades de los hijos/as y disminuye las conductas de riesgo de los mismos, y particularmente el consumo de sustancias (Coley, Votruba-Drzal y Schlinder, 2008).

Es en este *enfoque colaborativo* donde se enmarcaría el programa *Community Reinforcement and Family Training* (Smith y Meyers, 2004).

Como ya hemos visto, existe una relación muy estrecha entre la persona adicta y el bienestar de quienes la rodean, influyendo su conducta de forma negativa en la vida de los familiares y amigos/as que le rodean (Collins, Leonard y Searles, 1990; Orford y Harwin, 1982; Velleman et al., 1993). Este impacto negativo sobre los familiares se manifiesta en muchas ocasiones con síntomas físicos y psicológicos como: humor depresivo, altos niveles de ansiedad y baja autoestima entre otros, haciendo que aumenten las probabilidades de consumo de drogas y por lo tanto de recaídas durante el proceso de recuperación del adicto (Brown, Kokin, Seraganian y Shields, 1995; Kogan y Jacobson, 1965; Moos et al., 1982), además de producir un gran estrés en las relaciones de pareja (Thomas, Santa, Bronson y Oyserman, 1993), lo que causa un bucle o círculo vicioso entre consumo y estrés familiar (O'Farrell y Fals-Stewart, 2006; gráfica I.6).

Gráfica I.6. Bucle que se establece entre el consumidor de drogas y su familia o pareja (O'Farrell y Fals-Stewart, 2006).



Como se aprecia en la gráfica I.6, el consumo provoca conflicto y estrés familiar, que a su vez aumenta el consumo o las recaídas aumentando el nivel de estrés y conflicto, y así sucesivamente. Es importante que este proceso se interrumpa con la ayuda de un programa o intervención psicológica. Este programa o intervención debe ir dirigido a mejorar las relaciones familiares con el objeto que se disminuya el consumo (Bray, Adams, Getz y Stovall, 2001).

Interrumpir este bucle es uno de los objetivos del programa CRAFT (Community Reinforcement and Family Training; Smith y Meyers, 2004), ofreciendo unos resultados prometedores relacionados con el abandono de sustancias. Estos resultados ya se pudieron observar en el anterior programa CRA (Community Reinforcement Approach; Hunt y Azrin, 1973) en población adulta, y con el programa Adolescent Community Reinforcement Approach o A-CRA en población adolescente (Dennis et al., 2004) dando unos resultados más que prometedores (Godley, Risberg, Adams y Sodetz, 2003).

El éxito de estas intervenciones se deben en parte a la participación activa familiar en todo el proceso terapéutico, hecho que originó que las investigaciones prestaran más atención a la importancia del bienestar familiar y en cómo dar un papel más activo de la familia del adicto, naciendo el “*Community Reinforcement and Family Training*” (CRAFT) (Smith y Meyers, 2004), derivación lógica del CRA (Hunt y Azrin, 1973).

Hay que señalar además, que si se consigue implicar también en este proceso a los centros educativos, se reducen los riesgos de consumo aumentando la probabilidad de éxito terapéutico en el abordaje terapéutico del adolescente/joven (Hale, Fitzgerald-Yau y Viner, 2014).

1.7. Programas de Intervención en drogodependencias

Se presentan a continuación algunos de los programas que se han mostrado eficaces en el tratamiento de la drogodependencia recomendados por el *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) del gobierno de los Estados Unidos.

Según el SAMHSA, existen unos 50 programas de eficacia y efectividad demostrada para el tratamiento de las adicciones. La presentación de estos programas se realiza teniendo en cuenta el rango de edad de la población diana a la que van dirigidos. En la tabla 1.5, se presentan la población diana a los que van dirigidos dichos programas así como sus rangos de edad.

Tabla 1.5. Categorías según la variable edad de la población diana.

Población diana	Rango de edad
Niños	(6-12) años
Adolescentes	(13-17) años
Jóvenes adultos	(18-25) años
Adultos	(26-55) años
Adultos mayores	>55 años

En lo referente a los programas dirigidos a la prevención y tratamiento de las adicciones en niños/as y adolescentes (tabla 1.6).

Estos programas van dirigidos a la prevención y al tratamiento del consumo de drogas en población comprendida entre los 6 y los 17 años de edad, considerada de alto riesgo por los problemas de conducta grave que presentan como por ejemplo la delincuencia.

Tabla 1.6. Programas de intervención para niños/as y adolescentes validados y recomendados por el SAMHSA.

Programa de Intervención	Objetivos del Programa	Tipo de Intervención
Multisystemic Therapy (MST) for Juvenile Offenders (Henggeler Pickrel, Brondino y Crouch, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del ratio de detenciones después del tratamiento. • Reducción de la violencia entre iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Casa. • Ámbito escolar. • Otras comunidades terapéuticas.
Project Towards No Drug Abuse/Tabacco Use (Sussman, Dent, Stacy y Craig, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción consumo de tabaco. • Estudios de coste-efectividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ámbito escolar.
Parenting with Love and Limits (PLL) (Sells, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de los problemas de conducta. • Cambio en la comunicación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Abordaje familiar.
Multidimensional Family Therapy (MDFT) (Liddle, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Uso y abuso de drogas y de alcohol. • Proceso de rehabilitación del consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Régimen cerrado. • Abordaje familiar.
Brief Strategic Family Therapy (Szapocznik, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia al tratamiento. • Problemas de conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Abordaje familiar.

Los programas se centran en aspectos relacionados con la mejora de la interacción entre los miembros familiares para mejorar así el comportamiento del niño/adolescente. El Multidimensional Family Therapy (MDFT) por ejemplo se centra en la teoría sintética familiar y considera que la problemática que presentan los niños/as y adolescentes suele tener sus raíces en interacciones familiares desadaptativas (Liddle, 2002).

Al tratarse de menores, la mayoría de las intervenciones se realizan en régimen abierto, salvo el MDFT (Liddle, 2002) y el Multisystemic Therapy (MST) for Juvenile Offenders (Henggeler et al., 1986) que pueden ser realizados en régimen cerrado, u otras comunidades terapéuticas dirigidas a menores con problemas legales dando muy buenos resultados terapéuticos e incluso reduciendo considerablemente los costes de atención a estos adolescentes (Klietz, Borduin y Schaeffer, 2010).

En la tabla 1.7, se describen los programas dirigidos sólo a adolescentes, todos para el mismo rango de edad (13 y 17 años). A excepción de uno (Phoenix House Academy; Morral, Jaycox, Smith, Becker y Ebener, 2003) que es residencial, los otros son de régimen abierto realizándose principalmente en el ámbito escolar y familiar. Todos ellos están diseñados para adolescentes con problemas psicológicos y consumo de drogas, por lo que sus objetivos se centran en prevenir y reducir el uso/abuso de sustancias, así como en aumentar el rendimiento académico e incorporar normas sociales y relacionales básicas.

Tabla 1.7. Programas de intervención dirigidos al tratamiento y prevención de drogas en adolescentes/jóvenes validados y recomendados por el SAMHSA.

Programa de Intervención	Objetivos del Programa	Tipo de Intervención
Project SUCCESS (Morehouse y Tobler, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. • Reducción de consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ámbito escolar. • Otras comunidades terapéuticas.
Family Support Network (FSN) (Dennis et al., 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento a la abstinencia a drogas y alcohol. • Proceso de Rehabilitación del consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Abordaje familiar.
Chestnut Health Systems-Bloomington Adolescent Outpatient (OP) and Intensive Outpatient (IOP) Treatment Model (Godley, Risberg, Adams y Sodetz, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de sustancias. • Proceso de recuperación en el entorno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Otras comunidades terapéuticas.
Phoenix House Academy (Morral, Jaycox, Smith, Becker y Ebener, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de sustancias. • Mejoras de las funciones psicológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Residencial.
Teen Intervence (Winters y Leitten, 2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del número de días de consumo de alcohol. • Reducción de los llamados "Binge Drinking". 	<ul style="list-style-type: none"> • Ámbito escolar.

La página web del SAMHSA, recomienda los programas descritos para el tratamiento de las adicciones siendo dos de ellos, el A-CRA (Dennis et al., 2004) y el Project ASSERT (Bernstein y Bernstein, 2009), dirigidos exclusivamente al tratamiento de los adolescentes/jóvenes consumidores de drogas, cuyo rango de edad va desde los 18 a 25 años (tabla 1.8).

Ambos programas se pueden realizar con adolescentes consumidores de drogas tanto en régimen cerrado como abierto. Su objetivo es prevenir y reducir el consumo de drogas así como las conductas negativas relacionadas, a través del tratamiento de las

emociones con un enfoque cognitivo-conductual. Destacamos entre ellos, el *Adolescent Community Reinforcement Approach* o *A-CRA* (Dennis et al., 2004) por ser uno de los programas más efectivos a la hora de abordar la problemática del consumo de población adolescente/juvenil (Godley et al., 2014).

Tabla 1.8. Programas de intervención para adolescentes y jóvenes adultos validados y recomendados por el SAMHSA.

Programa de Intervención	Objetivos del Programa	Tipo de Intervención
Moral Reconciliation Therapy (Little y Robinson, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Funciones personales. • Evitar la reincidencia del consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Judicial.
Residential Student Assistance Program (RSAP) (Morehouse, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas judiciales. • Residencial. • Otras comunidades terapéuticas.
Seeking Safety (Najavits, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de los síntomas producidos por un trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Régimen cerrado.
Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) (Dennis et al., 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del abuso de sustancias. • Estabilidad social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Régimen cerrado. • Abordaje comunitario.
Project ASSERT (Bernstein y Bernstein, 2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia al consumo de cocaína y de opiáceos. • Reducción del consumo de alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen cerrado. • Régimen abierto.
Family Behavior Therapy (Donohue y Azrin, 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Uso y abuso de drogas y de alcohol. • Relaciones familiares. • Tratamiento de los problemas de conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen cerrado. • Régimen abierto. • Abordaje familiar.

En la tabla 1.9, se muestran los programas dirigidos a población comprendida entre los 18 y 55 años de edad (jóvenes adultos y adultos) recomendados por el SAMHSA, rango de edad a tener en cuenta ya que es en esas edades cuando se incrementa el riesgo de adicción. La tabla como las anteriores, está ordenada por programas, objetivos y tipo de intervención.

Estos programas están igualmente diseñados tanto para régimen abierto como cerrado. Sus objetivos además de la reducción del consumo de drogas, problemas asociados a la abstinencia y su mantenimiento, abordan temas relacionados con los problemas psicológicos, fomentando todos ellos el crecimiento personal, social, físico y moral del individuo.

Tabla 1.9. Programas de intervención dirigida para población de jóvenes adultos y adultos validados y recomendados por el SAMHSA.

Programa de Intervención	Objetivos del Programa	Tipo de Intervención
TCU (Texas Christian University) Mapping Enhanced Counseling (Simpson, 1990)	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del consumo de sustancias u adherencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas judiciales. • Régimen abierto.
Recovery Training and Self-Help (McAuliffe, 1990)	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto y abierto.
Supportive-Expressive Psychotherapy (Woody, McLellan, Luborsky y O'Brien, 1995)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la funcionalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto.
Twelve Step Facilitation Therapy (Longabaugh, Wirtz, Zweben y Stout, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto y cerrado.
Friends Care (Brown et al., 2001)	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de opio y/o cocaína. 	<ul style="list-style-type: none"> • Judicial.
Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM) (Fallot y Harris, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de problemática relacionada con el consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Residencial.
MyStudentBody.com (Chiauszi, Green, Lord y Goldstein, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Descenso del consumo de alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ámbito escolar.

Como se aprecia en las distintas tablas expuestas, en el abordaje terapéutico de adultos el abanico terapéutico es más amplio, mientras que los dirigidos al tratamiento de las adicciones en

población adolescente/juvenil (rango de edad desde los 18 años hasta los 26 años) son más bien escasos aun cuando es en éste periodo en el que se incrementa la prevalencia de conductas violentas y de consumo de drogas (World Health Statistics, 2012).

Esto viene a demostrar una vez más la falta de programas validados y contrastados científicamente, cuyo objeto de intervención sean los adolescente/jóvenes y sus familiares, y esto claramente dificulta el tratamiento de este tipo de población aun teniendo en cuenta que incluso con intervenciones breves se podrían obtener buenos resultados terapéuticos (Haller, Meynard, Lefebvre, Ukoumunne, Narring y Broers, 2014).

A continuación, se exponen los programas de tratamiento de las adicciones que engloban también el ámbito familiar.

1.7.1. Programas de intervención familiar

De todos los programas de intervención expuestos anteriormente, los que contemplan un abordaje terapéutico familiar, son nueve, de los cuales ocho tienen como población diana a adolescentes y jóvenes adultos comprendidos entre los 13 y 25 años de edad (tabla 1.10).

Tabla 1.10. Programas de intervención dirigidos a familias, validados y recomendados por el SAMHSA.

Programa de Intervención	Objetivos del Programa	Tipo de Intervención
Multisystemic Therapy (MST) for Juvenile Offenders (Henggeler et al., 1986)	<ul style="list-style-type: none"> • Descenso de las conductas delictivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Casa. • Ámbito escolar. • Otras comunidades terapéuticas.
Modelo Matrix (Rawson et al., 1995)	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia al tratamiento. • Abuso de drogas durante el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Abordaje familiar.
Parenting with Love and Limits (PLL) (Sells, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de los problemas de conducta. • Cambio de las actitudes parentales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Abordaje familiar.
Family Support Network (FSN) (Dennis, et al., 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento a la abstinencia a drogas y alcohol. • Proceso de Rehabilitación del consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Abordaje familiar.
Multidimensional Family Therapy (MDFT) (Liddle, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Uso y abuso de drogas y de alcohol. • Adherencia al tratamiento. • Delincuencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Régimen cerrado. • Abordaje familiar.
Brief Strategic Family Therapy (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de conducta. • Delincuencia. • Terapia familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Abordaje familiar.
Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) (Dennis et al., 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de la abstinencia de droga y alcohol. • Tratamiento del abuso de sustancias. • Mejora en los síntomas de la depresión. • Tratamiento de los problemas de conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto. • Régimen cerrado. • Abordaje comunitario.
Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse (O'Farell y Fals-Stewart, 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la calidad en la relación con la pareja. • Tratamiento en la violencia doméstica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen abierto.
Family Behavior Therapy (Donohue y Azrin, 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Uso y abuso de drogas y de alcohol. • Relaciones familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen cerrado. • Régimen abierto. • Abordaje familiar.

Estos programas se realizan tanto en régimen abierto como cerrado y tienen en común la intervención del/la adicto/a adolescente/ joven y de su familia.

El único programa dirigido a padres y madres es el *Parenting with Love and Limits (PLL)* (Sells, 1998). Las investigaciones realizadas sobre este abordaje terapéutico han encontrado resultados prometedores y muy beneficiosos para los participantes tanto en reducir el consumo de sustancias como en menor número de conductas agresivas, menores niveles de depresión en padres, mejora en niños/as con déficit de atención y mejora la comunicación entre los padres, madres e hijos/as (Baum y Forehand, 1981; Forehand y Long, 1988; Humphreys, Forehand, McMahon y Roberts, 1978; Long, 1994; McMahon, Forehand y Griest, 1981; Peed, Roberts y Monroe, 1977; Wells y Egan, 1988; Wells, Forehand y Griest, 1980).

El *Modelo Matrix* (Rawson et al., 1995) fue desarrollado inicialmente en los años 80 como respuesta al número creciente de personas con dependencia a la cocaína o metanfetamina como trastorno primario que accedían al sistema de tratamiento. Muchos modelos tradicionales que entonces estaban en uso, fueron desarrollados principalmente para tratar la dependencia al alcohol y demostraban ser relativamente inefectivos para el tratamiento de la dependencia a la cocaína u otros estimulantes (Obert et al., 2000).

Para crear protocolos de tratamiento efectivos para usuarios/as dependientes de drogas estimulantes, los profesionales del tratamiento en el Instituto Matrix se basaron en numerosos enfoques terapéuticos, incorporando en su modelo aquellos métodos empíricamente probados y puestos en práctica. Su modelo de tratamiento incorporó elementos de los enfoques sobre "*Prevención de Recaídas*", cognitivo-conductual, psicoeducación y familiar, así

como el programa de apoyo de los 12 pasos (Obert et al., 2000). La efectividad de este programa ha sido evaluada en numerosas ocasiones desde su aparición (Rawson et al., 1995; Shoptaw, 1994). SAMHSA encontró que los resultados de estos estudios eran lo suficientemente prometedores como para garantizar evaluaciones posteriores (Rawson et al., 2004), utilizando el programa para el tratamiento del/la adicto/a y de sus familias. Recientemente, el programa fue traducido y adaptado a la población española (Zarza et al., 2011).

El *Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA)* (Dennis et al., 2004) y el *Family Behavior Therapy* (Donohue y Azrin, 2011) son programas que nacen de las investigaciones del CRA (Community Reinforcement Approach; Hunt y Azrin, 1973). El primero es la versión terapéutica para adolescentes/jóvenes del CRA (Hunt y Azrin, 1973) cuyo objetivo es que los adictos/as se mantengan abstinentes y alejados de situaciones de consumo de drogas fomentando la adherencia al tratamiento (Godley, Godley, Dennis, Funk y Passetti, 2002). Se ha demostrado que, una vez finalizado el programa, los usuarios/as suelen dejar el consumo mejorando en el manejo del estrés mucho antes que con otros abordajes terapéuticos (Dennis et al., 2004). El segundo, basado en los mismos principios, está dirigido a jóvenes/adultos, mostrando su eficacia para reducir el consumo de drogas y aumentar la asistencia al instituto o al trabajo (Azrin et al., 1994). Además reduce los costes del tratamiento aumentando los beneficios terapéuticos en el tratamiento de esta población (French et al., 2008) incluso en el tratamiento ambulatorio (Smith, Gianini, Garner, Malek y Godley, 2014).

El *Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse* (O'Farrell y Fals-Stewart, 2006), es un tratamiento que tiene como objetivo que las personas adictas mejoren su relación familiar

previniendo así recaídas. La mejora de la relación de pareja mediante este abordaje terapéutico, se ha mostrado eficaz en la reducción de la violencia de género y familiar (Fals-Stewart, Kashdan, O'Farrell y Birchler, 2002) siendo los resultados terapéuticos mejores que en el abordaje individual (Powers Vedel, y Emmelkamp, 2008).

En el *Brief Strategic Family Therapy* (Szapocznik et al., 2003) y el *Multidimensional Family Therapy* (MDFT) (Liddle, 2002) se considera la conducta adictiva del/la adolescente como una consecuencia de la interacción inadecuada en una familia no adaptativa. La diferencia entre ambos programas terapéuticos es que el segundo va dirigido a población adolescente/juvenil con problemas legales.

En lo referente al *Family Support Network* (FSN) los estudios han mostrado una eficacia apreciable en el tratamiento de conductas disruptivas en adolescentes y jóvenes (Macgowan y Engle, 2010).

A continuación en el siguiente apartado se detallan los programas que motivan la entrada en el tratamiento de consumidores/as de drogas.

1.7.2. Programas que facilitan la entrada en el tratamiento

Para el tratamiento de las adicciones se deben tener en cuenta los estadios motivacionales propuestos por Prochaska y DiClemente (1983), basarnos en programas eficaces (Gold y Brady, 2003) y reafirmados en el último informe del SAMHSA (2011) y en otros estudios actuales (Godley et al., 2014).

Se ha comprobado que la principal dificultad para el tratamiento de las adicciones, sobretudo en los/las adolescentes/jóvenes, es la ausencia de conciencia de enfermedad por su parte y

por lo tanto la creencia de no necesitar tratamiento para reducir su problema de consumo de drogas. Es en este punto donde la familia juega un papel fundamental, a través de los llamados **programas que facilitan la entrada en tratamiento a través de las relaciones familiares**. Estos programas son:

El *Community Reinforcement and Family Training* (Smith y Meyers, 2004), que ha mostrado su efectividad en numerosos estudios, los cuales se expondrán de forma más exhaustiva en el siguiente apartado.

La efectividad de esta intervención se demostró sobretodo en familias con alcohólicos (Kirby et al., 1999), siendo este enfoque terapéutico mejor que si lo comparamos con otras intervenciones terapéuticas, como el de Alcohólicos Anónimos (Meyers, Roozen y Smith, 2011). En suma, existe una evidencia más que aceptable sobre la efectividad del programa, para ayudar a los familiares adictos/as a aceptar un tratamiento a través de las relaciones entre sus miembros, manejo de las contingencias, refuerzos y actividades positivas comunes, entre otras.

Otro programa que ha mostrado niveles de efectividad más que aceptables para ayudar a que los familiares consumidores inicien un tratamiento es el llamado *EMP* (Dakof et al., 2003). Se trata de un programa que se aplica en el hogar a través de la familia y dirigido principalmente a las mujeres. Está basado en los principios básicos de la terapia sistémica familiar. Se ha mostrado eficaz en numerosas ocasiones, con resultados prometedores en cuanto a facilitar la entrada o inicio de tratamiento y retención del/la adicto/a en el mismo (Dakof et al., 2003). También demuestra sus buenos resultados en población que presenta problemas legales debido al consumo de drogas (Dakof, Cohen y Duarte, 2009) si lo comparamos con otras intervenciones terapéuticas (Dakof et al., 2009).

El *Behavioral Couples Therapy and Behavioral Family Counseling* (O'Farrell, 2006) es un programa basado en técnicas cognitivo-conductuales. En uno de los primeros estudios realizados con el modelo (Fals-Stewart, Briclher y O'Farrell, 1996), ya se mostró su efectividad en el tratamiento de las adicciones, dando mejores resultados que el tratamiento individual. Combinado con el tratamiento de Naltrexona se obtienen niveles más elevados de abstinencia al consumo de drogas y menos problemas legales, incluso en un seguimiento a 12 meses, en comparación con el tratamiento individualizado en adictos a opiáceos, tratados sólo con Naltrexona (Fals-Stewart y O'Farrell, 2003). También ha mostrado su efectividad en población familiar con alcohólicos (Carroll y Onken, 2005; Morgenstern y McKay, 2007), dando mejores resultados que otros tratamientos (Powers et al., 2008).

Otro abordaje que nace de este tratamiento es el *Behavioral Family Counseling* (O'Farrell, Murphy, Alter y Fals-Stewart, 2007), que consiste en tratar al adicto adulto desde el ámbito familiar con los principios básicos de la *BCT*. Este abordaje se está empezando a utilizar y a probar en pequeños estudios controlados (N=29) y parece ser que da mejores resultados terapéuticos que otros programas de intervención (O'Farrell, Murphy, Alter y Fals-Stewart, 2010).

Una vez conseguido que el adolescente/joven acepte entrar en tratamiento, existen otros programas terapéuticos que igualmente han mostrado un alto nivel de efectividad. Según Waldron y Turner (2008), de los 46 tratamientos para adolescentes/jóvenes tan sólo tres de ellos podían ser clasificados como "efectivos" por sus buenos resultados terapéuticos: Estos programas son el *Multidimensional Family Therapy (MDFT)*, *Functional Family Therapy (FFT)*, Alexander, 1982) y la *Terapia Cognitiva-Conductual (TCC)*. El mismo estudio destaca otros programas que los autores clasifican como

“probablemente efectivos” (Waldron y Turner, 2008), como el *Brief Strategic Family Therapy (BSFT)*, el *Multisystemic Therapy (MST)* y la terapia familiar conductual.

En otro estudio realizado por Rowe (2012) a partir de los resultados de Austin, MacGowan y Wagner en el 2005, catalogan como tratamientos “probablemente efectivos” para las adicciones en población adolescente/joven el enfoque Multidimensional Family Therapy (MDFT) y el Brief Strategic Family Therapy (BSFT). Los catalogados como “efectivos” son el Multisystemic Therapy (MST), Funtional Family Therapy (FFT) y la Terapia familiar conductual.

Ambos estudios coinciden en que los mejores tratamientos (efectivos y probablemente efectivos) para el tratamiento de las adicciones en población adolescente/juvenil son los siguientes:

- Funtional Family Therapy (FFT) (Alexander, 1982).
- Multisystemic Therapy (MST) (Henggeler y Borduin, 1990).
- Multidimensional Family Therapy (MDFT) (Liddle, 2002).
- Brief Strategic Family Therapy (BSFT) (Szapocznik et al., 2003).
- Terapia familiar conductual (Latimer, Winters, D’Zurilla y Nichols, 2003).

El *Funtional Family Therapy (FFT)* (Alexander y Parsons, 1982) y la Terapia familiar conductual (Latimer et al., 2003) se basan en aproximaciones cognitivas-conductuales. Ambos tienen como objetivos modificar los estilos familiares inadecuados, que hacen que se mantengan los problemas con los hijos/as adolescentes. Se centran sobretodo en aspectos de refuerzo de conductas adecuadas y resolución de problemas. Es uno de los

primeros que demostró su efectividad tanto en el tratamiento de adolescentes/jóvenes con problemas de delincuencia juvenil (Alexander y Parsons, 1973; Barton, Alexander, Waldron, Turner y Warburton, 1985), como en adolescentes/jóvenes con problemas de consumo (Waldron, Slesnick, Brody, Tuner y Esterson, 2001). Es por ello uno de los tratamientos más extendidos tanto en Europa como en Estados Unidos (Breuk et al., 2006).

El segundo programa terapéutico, la *terapia familiar conductual* (Latimer et al., 2003), ha mostrado mejores resultados terapéuticos en comparación con la psicoeducación de familiares con hijos/as consumidores/as de drogas (Latimer et al., 2003).

El resto de los programas de orientación sistémica van dirigidos al tratamiento de adolescentes/jóvenes con graves problemas de conducta, entre los que se engloban el consumo de drogas. Así el *Multisystemic Therapy* (Henggeler y Borduin, 1990), ofrece buenos resultados en adolescentes con problemas legales debidos al consumo de drogas (Henggeler y Borduin, 1990), mostrando altos ratios de retención y de reducción en el consumo (Henggeler et al., 1996), representando una de las mejores terapias para adolescentes/jóvenes delincuentes (Curtis, Ronan y Borduin, 2004).

El *Multidimensional Family Therapy* (Liddle, 2002), es uno de los cinco modelos más recomendados para el tratamiento de adolescentes y jóvenes con problemas de abuso de THC (tetrahidrocarbocannabinol) (Dennis et al., 2004), que se muestra eficaz en la reducción del consumo de dicha droga, aumento de la cohesión y reducción del conflicto familiar (Hogue, Dauber, Samuolis y Liddle, 2006). Otros estudios indican que los pacientes tratados con este enfoque, reducen antes el consumo en comparación con otros abordajes terapéuticos (Austin et al., 2005; Becker, 2008; Brannigan,

Schackman, Falco y Millman, 2004; Vaughn y Howard, 2004; Waldron y Turner, 2008).

Al compararlo con otros abordajes, se ha demostrado que los/ las adolescentes tratados/as llegan antes a la abstinencia y ésta dura más que con el *tratamiento Cognitivo-Conductual* (TCC) (Liddle, Dakof, Turner, Henderson y Greenbaum, 2008). A su vez se producen mejoras en sus familias manteniendo dichos logros una vez finalizada la intervención (Liddle, Rowe, Dakof, Henderson y Greenbaum, 2009). Esta mejora se mantiene a los tres meses de tratamiento, ofreciendo menores niveles de recaídas durante todo el proceso terapéutico (Liddle, Dakof, Henderson y Rowe, 2011).

Por su parte el *Brief Strategic Family Therapy* (Szapocznik et al., 2003), se basa en la terapia estructural familiar (Minuchin, 1974), obteniendo resultados beneficiosos, en la reducción del consumo de THC (tetrahidrocarbocannabinol) en población hispana (Santisteban et al., 2003).

Tras revisar los principales programas de intervención que facilitan la entrada al tratamiento de consumidores/as de drogas se pasa a detallar de forma más concreta el programa de intervención CRAFT (Smith y Meyers, 2004).

1.8. Marco teórico del programa CRAFT

Uno de los principios del aprendizaje básico propuesto por uno de los psicólogos conductistas más influyentes en el mundo de la psicología, sostiene que: *“El castigo como tal es un método ineficaz para modificar la conducta humana”* (Skinner, 1974).

Este principio rige también en la recuperación del adicto, pero sólo desde que los resultados en distintas investigaciones demostraran la inadecuación de las terapias basadas en la

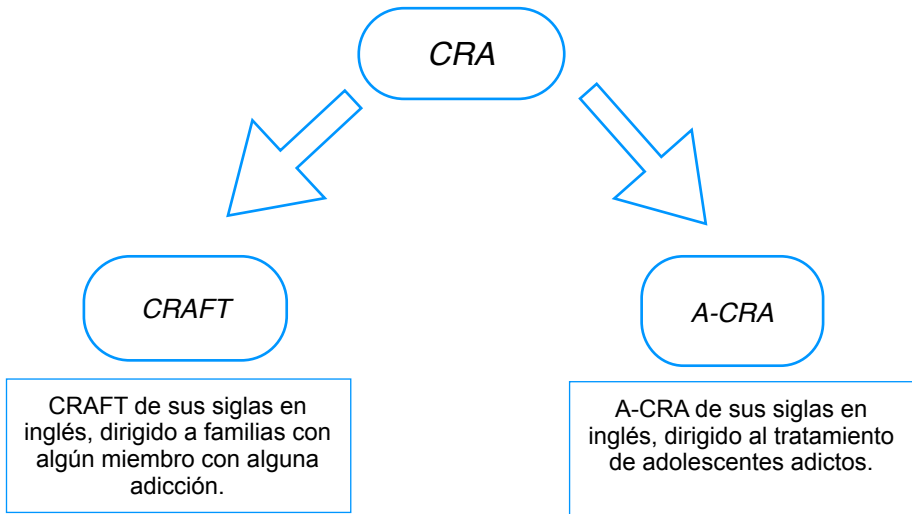
confrontación y el castigo para su tratamiento (Miller y Willbourne, 2002; Miller, Andrews, Wilbourne y Bennett, 1998).

Los resultados obtenidos al aplicar el tratamiento a personas adictas, establecieron la base del desarrollo del programa CRA (*Community Reinforcement Approach*; Hunt y Azrin, 1973), el cual toma como eje central el principio que descubrió Skinner (1974) en la aplicación del castigo, por lo que se centra principalmente en los principios del refuerzo positivo, con el objeto de desarrollar en el adicto/a conductas positivas y extinguir las negativas.

El CRAFT (Community Reinforcement and Family Training; Smith y Meyers, 2004) surge años después del desarrollo y aplicación del programa CRA (Hunt y Azrin, 1973), basado en sus mismos principios, pero con la particularidad de trabajar con los familiares de los/las adictos/as.

También se desarrolló un programa dirigido a población adolescente consumidora de THC (tetrahidrocarbocannabinol) y que se denominó *Adolescent Community reinforcement approach* A-CRA (Dennis et al., 2004; Godley et al., 2001), basado también en los principios del CRA (refuerzo positivo de conductas de no consumo y extinción de conductas relacionadas con el consumo), pero en este caso dirigidas a los adolescentes consumidores/ras de THC (gráfica II.7).

Gráfica II.7. Programas derivados del Community Reinforcement Approach.



El programa CRA (Community Reinforcement Approach; Hunt y Azrin, 1973) se define por sus autores del siguiente modo (Meyers y Smith, 1995):

“El CRA es una aproximación terapéutica basada en distintas investigaciones sobre cómo utilizar las contingencias en el uso y consumo de droga, y en la forma en que se utilizan dichas contingencias dependiendo del consumo o no de drogas. El CRA se basa en este principio operante combinándolo con una aproximación social. La filosofía del programa, es utilizar el refuerzo comunitario y de contingencias a la conducta de no consumo, facilitando así que los clientes adopten un estilo de vida más saludable.” (Extraído del libro Community Reinforcement Approach, pág. 1).

Tal como se ha señalado, el CRA (Hunt y Azrin, 1973) utiliza técnicas operantes junto con el aprendizaje de nuevas técnicas

individuales, para poder manejarse con los problemas de la vida sin el consumo de drogas o alcohol demostrándose eficaz por sus buenos resultados (Slesnick, Erdem, Bartle-Haring, y Brigham, 2013). El terapeuta enseña cuándo y cómo el adicto/a (si se trata de un adolescente hablaremos del programa A-CRA) debe utilizar las distintas técnicas aprendidas en su entorno para evitar consumir drogas. Este abordaje se basa en el estudio conjunto (terapeuta y adicto) de la conducta de consumo, utilizando la herramienta del Análisis Funcional de la conducta. Con esta herramienta terapéutica, el adicto obtiene información sobre su conducta de consumo, las situaciones en las que se da y los pensamientos y actividades reforzantes derivados, entre otras cosas. Partiendo de esa información la persona adicta ya puede empezar a cambiar su conducta evitando determinadas situaciones, personas y pensamientos, y dedicarse a otras actividades más saludables, adaptativas y socialmente aceptadas.

El CRA se ha probado (Azrin et al., 1982; Hunt y Azrin, 1973) en distintos contextos, obteniendo unos resultados terapéuticos prometedores. Algunos de ellos han sido:

- Ayuda en el tratamiento de los familiares con alcohólicos (Meyers, Dominguez y Smith 1996; Meyers y Smith, 1997).
- Tratamiento del alcoholismo para personas sin hogar (Smith, Meyers y Delanet, 1998).
- Tratamiento del adicto a la cocaína (Delaney, 1998; Higgins et al. 1993; Higgins et al., 1991; Higgins et al., 1995; Higgins, Budney, Bickel y Badger, 1994).
- Ayuda a las parejas alcohólicas a iniciar tratamiento (Meyers y Wolfe, 2004).

- Aumenta el tiempo de abstinencia a la cocaína después del tratamiento (Petry et al., 2004)
- Tratamiento de adolescentes en asertividad tras un periodo de tratamiento residencial.

Por todo lo indicado, el CRA (Hunt y Azrin, 1973) es un programa validado científicamente que ofrece beneficios terapéuticos, tanto para el/la consumidor/a de drogas (sea adulto o adolescente) y sus familias. Los resultados han sido replicados en población española (Salado, Rodríguez, y Puig, 2012).

Con respecto al tratamiento de los adolescentes/jóvenes consumidores de drogas en uno de los estudios publicados, Azrin et al. (1994), compararon la efectividad del A-CRA (Dennis et al., 2004), con otro tratamiento basado en el apoyo mediante counseling. Estos autores demostraron que el programa obtiene mejores resultados en reducción del consumo de drogas, alcohol y rendimiento académico y/o laboral, que el tratamiento mediante counseling. Estos resultados se mantienen incluso en adolescentes/jóvenes con patología dual (Godley et al., 2013), aunque sea en régimen ambulatorio (Smith et al., 2014).

1.8.1. Descripción del programa CRAFT

El CRAFT (Smith y Meyers, 2004) es uno de los programas que proporciona opciones terapéuticas efectivas para motivar a los consumidores/as de drogas a entrar en tratamiento (Smith y Meyers, 2004; Meyers et al., 2011) y como se ha señalado anteriormente, se diferencia de otros abordajes terapéuticos, por no basarse en la confrontación y en el castigo como herramientas terapéuticas, siendo

una aproximación más positiva y comprensiva del familiar con adicción.

Es similar al CRA (Hunt y Azrin, 1973), ya que hace énfasis en el aprendizaje de nuevas habilidades de afrontamiento ante los problemas relacionados con el abuso de drogas en familiares como por ejemplo: el aprendizaje en la resolución de problemas, en cómo administrar los refuerzos positivos, en comunicación positiva, o en extinción de conductas inadecuadas, entre otros.

El *Community Reinforcement and Family Training* (Smith y Meyers, 2004) viene estructurado en diez sesiones, se basa en los principios del CRA (Hunt y Azrin, 1973) y está contrastado científicamente prácticamente desde sus inicios, ya que muchas veces se administró junto con el CRA y A-CRA (Azrin et al., 1982; Dennis et al., 2004; Hunt y Azrin, 1973; Smith et al., 1998).

Uno de los motivos por los cuales el programa se muestra tan eficaz, es que se basa en el aprendizaje de habilidades para afrontar los problemas de consumo, enseñando a los familiares con algún miembro con problemas de adicción a manejarse ante situaciones difíciles e incluso violentas derivadas del mismo.

El programa tiene como primer objetivo que el/la adicto/a entre en tratamiento y una vez dentro siga las pautas recomendadas por los profesionales de la salud hasta conseguir la abstinencia con la ayuda de su familia. El siguiente objetivo que persigue es reducir el consumo de drogas o de la conducta adictiva. Y el tercero y último, es ayudar a los familiares que conviven con el/la adicto/a (denominados “no consumidores”) a hacer sus vidas más positivas y placenteras, lo que a su vez influye en su bienestar psicológico independientemente de que su familiar entre o no en tratamiento.

El CRAFT (Smith y Meyers, 2004) se estructura en dos grandes bloques terapéuticos. En el primero, se entrenan a los

familiares en habilidades y técnicas de modificación de conducta como el entrenamiento en el manejo de contingencias para reforzar la abstinencia, el entrenamiento en habilidades de comunicación positiva, la identificación de actividades reforzantes que puedan competir con el consumo de sustancias, la identificación de situaciones de riesgo a través del análisis funcional, la identificación de actividades reforzantes para la familia, la planificación de cambios en el estilo de vida de los familiares y la resolución de problemas entre otras, para motivar al miembro consumidor de drogas a iniciar un tratamiento y mejorar la convivencia familiar (Meyers, Smith y Lash, 2003).

En el segundo bloque, cuando el/la familiar consumidor/a de drogas ha iniciado el tratamiento, se interviene a nivel individual con él/ella, mediante la aplicación del programa A-CRA (Dennis et al., 2004) sobre todo en adolescentes consumidores de cannabis por sus buenos resultados terapéuticos (Kelberg, 2001), combinado con terapia cognitiva-conductual.

En lo referente al presente trabajo se focaliza la investigación en la intervención de familiares que conviven con adictos/as con el programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004), cuyo objetivo es entrenar a los familiares en distintas habilidades de afrontamiento, pero no de forma individual sino de forma grupal. La segunda parte, intervención individual con el/la adolescente/joven no se ha realizado.

Esta primera parte terapéutica de entrenamiento a los padres y madres, se encuentra estructurada en los siguientes módulos:

- Análisis de cómo y por qué consume nuestro familiar y cómo se puede intervenir.
- Prevención de la violencia doméstica.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación.
- Entrenamiento en refuerzo positivo.

- Mostrar la disconformidad al consumo.
- Cómo aumentar nuestra calidad de vida.

El CRAFT ha sido ampliamente investigado y sus resultados son esperanzadores en cuanto a la motivación de los/las adictos/as para aceptar iniciar un tratamiento a través de los miembros de su familia no consumidores. Estos resultados se han mantenido desde los estudios iniciales con familias de alcohólicos (Sisson y Azrin, 1986; Thomas y Santa, 1982) dando relevancia científica al programa. Además el programa mantiene a la persona adicta en tratamiento durante más tiempo que otros programas, reduciendo así el número de recaídas (Meyers, Miller, Hill y Tonigan, 1998). Esto se refleja automáticamente en el plano económico al reducir costes y aumentar los beneficios del programa en todos los niveles (Wolfe y Meyers, 1999).

Si comparamos al programa CRAFT con otros abordajes terapéuticos con idénticos objetivos, vemos que los resultados terapéuticos obtenidos son mejores en: prevenir el consumo de drogas y reducir el número de recaídas entre otras cosas (Miller, Meyers y Tonigan, 1999). Además las mejoras no sólo afectan al consumidor/a de drogas, sino también al bienestar familiar y de los miembros no consumidores que conviven con él/ella (Kirby et al., 1999). Su aplicación ofrece además buenos resultados en poblaciones difíciles y complicadas como los jóvenes consumidores/as de drogas que no tiene hogar (Slesnick, Meyers, Meade y Segelken, 2000; Slesnick, Prestopnik, Meyers y Glassman, 2007).

Con respecto al tipo de formato terapéutico del CRAFT (Smith y Meyers, 2004), individual vs. grupal, su efectividad no se ve mermada si se aplica grupalmente no habiendo diferencias

significativas con respecto al formato de intervención individual (Manuel et al., 2012).

El tipo de sustancia consumida parece influir de forma negativa en los resultados terapéuticos al menos en la variable “*retención en el tratamiento*” de los/as adictos/as pero no obstante, si que se aprecian mayores niveles de retención con el programa CRAFT incluso en adictos a los opioides (Brigham et al., 2014).

1.9. Conclusiones

La problemática del consumo de drogas en nuestro país se produce en edades muy precoces (ESTUDES, 2013). Edades en las que la familia tiene un papel fundamental no sólo en su prevención, sino también en su tratamiento que ha ido evolucionado desde un abordaje individualizado, en el que se tenía en cuenta tan sólo a la persona adicta, a un abordaje más amplio, en el que también tiene cabida la familia como agente fundamental para la recuperación y/o rehabilitación del/la adicto/a.

Esta evolución se ha producido gracias a años de experiencia e investigaciones varias, la mayoría de las cuales provienen de países anglosajones, principalmente de los Estados Unidos, llegando años más tarde a nuestro país. Esta llegada tan tardía se ha visto dificultada principalmente por aspectos relacionados con el idioma, pero también, en ocasiones, por la falta de interés mostrado desde las distintas instituciones, lo que se refleja en que actualmente, en España, no haya muchos programas validados para el tratamiento familiar del adolescentes/joven consumidor de drogas. Este hecho es negativo, ya que la mayoría de las intervenciones actuales dirigidas a

las familias de los/las adictos/as no suelen basarse en la evidencia científica, mostrando por tanto cierto vacío al menos en lo que respecta a los niveles de fiabilidad y validez de las intervenciones realizadas a este nivel.

Esto nos ha llevado a investigar los programas estructurados existentes para atender a las familias con algún miembro adicto/a, ya que como hemos visto en el desarrollo del presente capítulo, existen infinidad de variables relevantes relacionadas con el bienestar psicológico y familiar, que se resienten de forma importante cuando se convive con un/a familiar con problemas de consumo de drogas. Con respecto a las variables familiares, se da un mayor nivel de conflicto y menores niveles de cohesión, lo que afecta de forma negativa al proceso de rehabilitación y reinserción social del joven adicto.

Para ello se realizó un análisis histórico acerca de cómo los programas de tratamiento familiar de las adicciones han ido evolucionando a lo largo de los últimos años, desde un abordaje centrado en el/la adicto/a, hasta llegar a incluir a la familia en todo el proceso terapéutico y de rehabilitación del mismo/a. Con la inclusión de la familia se logró que los resultados obtenidos en las intervenciones fueran más prometedores y positivos. Además este efecto beneficioso suele perdurar en el tiempo afianzando aun más la recuperación y rehabilitación del adicto (Manuel et al., 2012).

Para el análisis y estudio de los distintos programas e intervenciones de tratamiento en adicciones validados existentes, se recurre a la base de datos de la organización gubernamental norteamericana encargada del estudio del abuso de sustancias y la salud mental o *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), donde se encuentran detallados todos los programas de tratamiento validados por la mencionada agencia. En

el análisis realizado en dicha base de datos, primeramente se estudian los programas existentes dirigidos al abordaje terapéutico de las adicciones en general, validados por dicha organización, pasando a un análisis más detallado de los programas dirigidos a la población adolescente/juvenil y que incluyen el tratamiento a los familiares.

Con el objeto de facilitar la exposición de los distintos programas de intervención terapéutica analizados, se han subdividido de acuerdo a ciertos criterios como: rango de edad de la población (diana a la que va dirigido), régimen terapéutico en el que se aplica y formato de intervención, entre otros.

Al final para realizar este trabajo se tomó como base teórica al programa de intervención CRAFT (Smith y Meyers, 2004) dirigido en un principio a población adulta, pero que ofrece unos resultados prometedores en otras poblaciones, mejorando las variables psicológicas y familiares (relaciones familiares problemáticas derivadas del consumo, aumentar el estado psicológico de los participantes, motivar a los familiares consumidores a entrar en tratamiento). Además se contempló un aspecto fundamental en la mejora de dichas variables como es la prevención de la violencia doméstica muy presente en adolescentes consumidores de drogas (Stoner, 1988), aspecto que no contemplan otros programas existentes y que se han analizado anteriormente. Esta característica del programa CRAFT (la prevención de la violencia doméstica), cobra mayor relevancia si cabe en nuestro país, donde la violencia doméstica es un fenómeno que afecta, por desgracia, a un número cada vez más elevado de mujeres y en la mayoría de los episodios violentos está presente el consumo de drogas y de alcohol. Estas conductas suelen producirse en el hogar, dónde ocurren la mayoría de agresiones y muertes según el *“Informe sobre víctimas mortales*

de la violencia de género y de la violencia doméstica en el ámbito de la pareja o ex pareja en 2012” del Consejo de Poder Judicial y publicado en el 2013. El CRAFT (Smith y Meyers, 2004), es básicamente la inclusión en la terapia de la familia del/la adicto/a con el objeto de apoyar y reforzar el inicio del tratamiento ayudando a en el proceso de mejora y rehabilitación del adicto/a. Este programa se ha convertido, gracias a las numerosas investigaciones realizadas, en un programa basado en la evidencia, convirtiendo así a la familia del/la adicto/a en uno de los pilares básicos para el tratamiento de las adicciones. Aunque anteriormente el programa CRA (Hunt y Azrin, 1973) ya introdujo a los componentes familiares en el tratamiento de las adicciones, no fue hasta el desarrollo del CRAFT (Smith y Meyers, 2004), cuando ésta toma importancia a la hora de motivar al adicto a iniciarlo y mantenerse en el mismo (Meyers, 2011).

Por ello el presente trabajo de investigación tiene como objetivo estudiar la eficacia y efectividad del programa *Community Reinforcement and Family Training* o CRAFT (Meyers y Smith, 2004) en población española de padres y madres de hijos/as adolescentes/jóvenes que presentan problemas de consumo de drogas. La investigación aporta un programa de tratamiento estructurado en diez sesiones pasado en el programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004) para padres y madres españoles con hijos/as adolescentes/jóvenes consumidores de drogas ya que tras revisar las distintas publicaciones existentes se aprecia un vacío importante en la materia.

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Se exponen en el siguiente apartado los objetivos e hipótesis planteadas a partir de la revisión teórica realizada anteriormente.

2.1. Objetivos e hipótesis

En el siguiente apartado se describen el objetivo general, los objetivos específicos y las hipótesis a verificar en la investigación.

El presente trabajo de investigación tiene el siguiente objetivo general:

“Proporcionar a la familia de la persona adicta competencias que le permitan mejorar las relaciones con su hijo/a adolescente/joven y motivarle así para que acepte entrar en tratamiento”.

Los objetivos específicos e hipótesis que persigue la investigación son los siguientes:

- Objetivo 1: Mejorar el bienestar psicológico en familiares con hijos/as consumidores/as de drogas. De este objetivo surge la siguiente hipótesis:
 - Hipótesis uno: Los familiares que participan en el programa mejoran en variables que indican bienestar psicológico aumentando en autoestima y disminuyendo en ansiedad, depresión e ira.
- Objetivo 2: Al mejorar el bienestar psicológico de los familiares se reducen los niveles de conflicto aumentando la cohesión familiar. De este objetivo surge la siguiente hipótesis:
 - Hipótesis dos: Los familiares que participan en el programa mejoran su bienestar psicológico mejorando en

cohesión entre sus miembros y reduciéndose los niveles de conflicto familiar.

- Objetivo 3: Desarrollar competencias en los familiares que les permitan motivar al adicto/a a que acepte y lleve a cabo un tratamiento de rehabilitación. Del siguiente objetivo, surge la siguiente hipótesis:
 - Hipótesis tres: Al mejorar el bienestar psicológico y familiar, aumenta las probabilidades que que el adicto/a inicie tratamiento.
- Objetivo cuatro: Reducir las diferencias observadas en las variables estudiadas entre familiares con adolescentes/ jóvenes consumidores de drogas y los que no tiene ese problema con sus hijos/as. Del siguiente objetivo, surge la siguiente hipótesis:
 - Hipótesis cuatro: Una vez finalizada la intervención se reducen las diferencias observadas entre los familiares con hijos/as no consumidores/as y los familiares con hijos/as consumidores/as.

III. MÉTODO

En el siguiente apartado se detallan las variables utilizadas así como los instrumentos de medida utilizados para la comprobación de las hipótesis planteadas.

Se especifica el diseño de investigación utilizado detallando las características del grupo participante en el estudio. Este diseño se ha dividido en dos subgrupos: uno experimental (formado por padres y madres cuyos hijos/as presentan problemas de consumo), y otro grupo denominado de control (formado por padres y madres de hijos/as que no presentan dicho problema).

Una vez detallado el diseño y los participantes del estudio se explica el procedimiento que se ha seguido para la realización del presente estudio indicando las fases del mismo en un cronograma o diagrama de Grantt.

Además se detalla el programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004) especificando y explicando las sesiones del mismo. Finalizando el apartado con los estadísticos utilizados y el software utilizado para su análisis.

3.1. Variables e instrumentos utilizados

Se detallan a continuación las variables e instrumentos utilizados para la realización de la presente investigación. Para ello se ha subdividido el apartado en base al criterio de medición de los instrumentos utilizados, dividiéndolos en cuatro grupos (tabla 3.1).

- Variables sociodemográficas.
- Variables emocionales.
- Variables familiares.
- Variables referidas a la satisfacción de los padres y madres con respecto al programa de intervención.

Tabla 3.1. Resumen de las variables e instrumentos utilizados.

Variables	Mediciones	Instrumentos
Variables Sociodemográficas	Sexo, edad, sustancia consumida por el familiar consumidor, entrada en tratamiento (si o no), etc.	Entrevista personal y autoregistros varios
Variables Emocionales	Autoestima	Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965).
	Depresión	BDI-II (Beck, Steer y Garbin, 1988).
	Ira (Estado, Rasgo e IEL)	STAXI-2 (Spielberger, 1988).
	Ansiedad (Estado y Rasgo)	STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).
Variables Familiares	Cohesión y Conflicto Familiar	Escala de Clima Social Familiar (Moos, Moos y Trickett, 1989)
Variables de Satisfacción	Satisfacción con la sesión recibida	Adaptación del CSQ-8 (Attkisson y Greenfield, 1994) para la evaluación de las sesiones.
	Satisfacción con el Tratamiento	CSQ-8 (Attkisson y Greenfield, 1994)

Instrumentos utilizados

Todos los instrumentos utilizados tienen como objetivo evaluar variables psicológicas y familiares de los participantes en el estudio. Esta evaluación se realiza tanto antes del programa de intervención como después del mismo.

A continuación se detallan los instrumentos utilizados para evaluar cada una de las variables emocionales, familiares y de satisfacción de los participantes en el estudio.

Variables sociodemográficas

Para la recogida de datos de las variables sociodemográficas a los/las participantes del grupo experimental, se utiliza la entrevista clínica y la entrevista semiestructurada del Manual con título “*Incumplimiento de propósitos en drogodependencias*” (Cortés-Tomás y Pascual-Pastor, 2005).

Variables emocionales

Para el estudio de las variables emocionales como la autoestima, ansiedad, enfado e ira, se cuenta con los siguientes instrumentos:

La **Escala de Autoestima de Rosenberg** desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes (Rosenberg, 1965), es una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima.

Incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo/a, la mitad de los cuales se enuncian positivamente y la otra mitad negativamente.

Aunque inicialmente fue diseñada como una escala Guttman, posteriormente se ha hecho común su puntuación como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1=muy de acuerdo, 2=de acuerdo, 3=en desacuerdo, 4=totalmente en desacuerdo). Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3,5,8,9 y 10) y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total del cuestionario oscila entre 10 y 40 respectivamente.

Existen diversos estudios que apoyan sus adecuadas características psicométricas en diversos idiomas (Curbow y Somerfield, 1991; Kaplan y Pokorny, 1969; Kernis et al., 1991; Roberts y Monroe, 1992; Rosenberg, 1965; Shahani, Dipoye y Phillips, 1990; Silbert y Tippet, 1965), resultando adecuada para la investigación con población adolescente (Hagborg, 1993).

La escala puede utilizarse sin cargo alguno para la investigación clínica, pudiendo consultarse en diversas fuentes en internet. Para el estudio en cuestión se utiliza la traducción realizada por Echeburúa (1995).

Tanto la fiabilidad como la validez de la escala son elevadas, siendo un instrumento fiable y válido para evaluar la autoestima, rozando en estudios en población española puntuaciones de 0.87 y de 0.72 respectivamente (Vázquez y García, 2004).

El **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)** que se construyó “para medir las manifestaciones conductuales de la depresión” y “disponer de una evaluación cuantitativa de la intensidad de la depresión” (Beck, 1978). Es un instrumento de

autoaplicación de 21 ítems. Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir entre un conjunto de cuatro alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a su corrección cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.

El BDI-II (Beck, Steer y Garbin, 1988), tiene una alta consistencia interna, tanto en muestras clínicas como no clínicas, con un coeficiente alfa de 0.92. En la adaptación española realizada por el equipo de Sanz, el Inventario para la Depresión de Beck-II obtuvo niveles elevados de consistencia interna tanto en muestras de universitarios, como en población general o en población psiquiátrica (Sanz, 2003; 2005).

El Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo (en adelante STAXI), que fue publicado por primera vez en 1988 (Spielberger, 1988) y tras ser revisado en 1996, pasó a llamarse STAXI-2 (Spielberger, 1996) y se publicó en España en el 2001 (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger).

Procede de los numerosos estudios realizados desde los años 80 por el autor y sus colaboradores en el análisis y evaluación de la experiencia y la expresión de la ira a través de la unión de dos escalas, la “*State-Trait Anger Scales*” y la “*Anger Expression Scale*” (Spielberger, 1988). A partir de dicha unión, se creó un nuevo instrumento que permitió medir además del estado y el rasgo de la

ira, las distintas facetas de la expresión de la ira (Spielberger, 1988,1991). El instrumento muestra buenas propiedades psicométricas con un coeficiente alfa de consistencia interna de 0.89 en la escala de Ira-Estado y de 0.82 en la escala de Ira-Rasgo.

La primera versión del cuestionario constaba de 44 ítems, (5 ítems más en la versión española), distribuidos en tres partes con instrucciones específicas y que corresponden a las medidas de estado, rasgo y expresión de ira.

Las escalas utilizadas del STAXI-2 en la presente investigación han sido:

- **Estado ira (E):** Las personas que puntúan alto experimentan con mucha probabilidad sentimientos de ira relativamente intensos. Si el *estado de ira* es más alto que el *rasgo de ira*, los sentimientos están determinados por la situación. Si también son relativamente altas las puntuaciones en *rasgo ira* y *expresión física de la ira*, es más probable que las elevaciones de *estado ira* reflejen ira crónica.
- **Rasgo Ira (R):** Las altas puntuaciones en esta escala significan que experimentan frecuentemente sentimientos de ira y a menudo piensan que son tratados/as indebidamente por los demás. Con mucha probabilidad se sienten muy frustrados/as. De las puntuaciones en las subescalas *Expresión externa de la ira*, *Expresión física de la ira*, *Control externo de la ira* y *Control interno de la ira*, puede deducirse si los sujetos expresan, suprimen o controlan su ira.
- **Índice de Expresión de la Ira (IEI):** Los sujetos que puntúan alto en esta escala experimentan intensos

sentimientos de ira, que pueden ser suprimidos o expresados en conductas agresivas, o producirse ambos hechos. La manera más frecuente con que un sujeto expresa la ira, puede estar moderada por las relativas elevaciones de sus puntuaciones en Exp. F. (expresión física de ira) y E. Ext. (expresión externa de ira). Las personas con puntuaciones altas en IEI y, a la vez, en E. Ext y Exp. F., probablemente tienen dificultades en las relaciones interpersonales y un gran riesgo de desarrollar trastornos médicos.

El cuestionario **State-Trait Anxiety Inventory** (Spielberger et al., 1970) comprende dos escalas separadas de autoevaluación que miden ansiedad: la **Ansiedad Estado (A/E)** y la **Ansiedad Rasgo (A/R)**. Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos “normales” (entendido como personas sin alteraciones o trastornos psicológicos), el **STAI** ha mostrado ser un instrumento útil para medir ambos conceptos, tanto en población normal que no sufre ningún trastorno psicológico como en población clínica.

La **Ansiedad Estado** está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza principalmente por sentimientos subjetivos de peligro eminente, tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Estas sensaciones pueden variar con el tiempo y en intensidad.

Por el contrario, la **Ansiedad Rasgo** señala una propensión ansiosa estable por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar su **Ansiedad Estado**.

Como concepto psicológico, la **Ansiedad Rasgo** posee características similares a los constructos que Atkinson llama “motivados” (esas disposiciones que permanecen latentes hasta que son activados algunos estímulos pertenecientes a la situación), y que Campbell alude como “disposiciones comportamentales adquiridas”: residuos de experiencias pasadas, que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada forma, como a manifestar unas tendencias de respuesta vinculada al objeto.

Por regla general, los sujetos que puntúen alto en **Ansiedad Rasgo (A/R)**, presentarán una puntuación mayor en **Ansiedad Estado (A/E)** (Spielberger et al., 1970). Esto es debido principalmente a la forma en que filtran la realidad exterior con sus esquemas mentales, información ésta que suele ser más amenazadora y peligrosa. Por lo tanto, los que obtengan puntuaciones elevadas en **Ansiedad Rasgo** son más propensos a responder con un aumento en la medida de **Ansiedad Estado**, tanto en las situaciones de relaciones interpersonales que impliquen algún tipo de amenaza a la autoestima, como por ejemplo al enfrentarse a una tarea difícil o novedosa. Sin embargo, el hecho de que las personas que difieren en **Ansiedad Rasgo** muestren unas correspondientes diferencias en **Ansiedad Estado**, depende del grado en que la situación específica sea percibida como peligrosa o amenazadora, y esto está influido por las particularidades individuales de cada una de las distintas experiencias de cada individuo.

Las puntuaciones A/E y A/R van desde 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Los sujetos se evalúan en una escala tipo Likert que va de 0 a 3.

En la elaboración del STAI se han entremezclado los elementos de ambos tipos, escala directa y escala inversa, para soslayar el efecto de aquiescencia en las respuestas del sujeto. En la parte A/E hay 10 elementos de escala directa y otros 10 de escala invertida, mientras que en la parte A/R como no se disponía de suficiente número de elementos satisfactorios de escala invertida, sólo se incluyeron 7 de estos, y los 13 restantes son de escala directa.

Con respecto a los estudios de *Fiabilidad* y *Validez* del cuestionario, los resultados obtenidos son aceptables, y han sido contrastados en la población española, con una consistencia interna entre 0.90 y 0.93 en ***Ansiedad Estado*** y entre 0.84 y 0.87 en ***Ansiedad Rasgo*** (Bermúdez-Moreno, 1978).

Variables familiares

Para el estudio de las variables familiares afectadas por el consumo de drogas de los hijos/as adolescentes/jóvenes se han utilizado los siguientes instrumentos:

Las **Escalas de Clima Social** que fueron diseñadas y elaboradas en la Universidad de Stanford por Moos (Moos et al., 1989).

Están estructuradas en ocho escalas con formato similar cuyo objetivo es evaluar el clima social en diversos ambientes específicos (en el aula, trabajo, familia, etc.). En su versión original hay tres formas de aplicación para las cuales se emplea el mismo material, aunque se les pide que den las respuestas desde enfoques diferentes, así pues:

- **La Forma R (Real)** evalúa lo que perciben las personas respecto al ambiente familiar y laboral entre otras cosas.
- **La Forma I (Ideal)** evalúa el concepto que tienen las personas de un ambiente en concreto.
- **La Forma E (Expectativa)** pretende evaluar las expectativas de las personas respecto al ambiente que les gustaría encontrar en el entorno familiar, laboral, en el aula, etc.

En la versión española sólo se ha considerado la Forma R o real de la escala centrándose en la investigación en las variables analizadas de la Escala de Clima Social en la Familia (FES) que se detalla a continuación.

Las **Subescalas de Cohesión y Conflicto de la Escala de Clima Social en la Familia (FES) de Moos** (Moos et al., 1989), que evalúan y describen las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. Se trata de un cuestionario autoaplicado que consta de 90 ítems, con dos opciones de respuesta (verdadero/falso) agrupados en 10 subescalas, con un índice de fiabilidad de entre 0.67 y 0.78. Se opta por utilizar las subescalas de **cohesión** y **conflicto** del FES, siguiendo las investigaciones previas de los autores originales del programa (Miller et al., 1999) y que se describen a continuación:

- **Cohesión (CO)**. Grado en que los miembros de la familia están compenetrados, se ayudan y se apoyan entre sí.
- **Conflicto (CT)**. Grado en que se expresan libre y abiertamente cólera, agresividad y conflicto entre los miembros.

Instrumentos para medir la satisfacción con el programa o tratamiento

El **Client Satisfaction Questionari (CSQ)** (Attkisson y Greenfield, 1994) es un cuestionario formado por ocho ítems que miden, mediante una escala Likert, el nivel de satisfacción del paciente o usuario con el tratamiento en general, desde “*Muchísimo*” a “*nada*” o desde “*Excelente*” a “*mala*”, según el tipo de pregunta. Presenta altos niveles fiabilidad, con un alfa de Cronbach entre 0.92 y 0.93.

Todos los ítems miden aspectos relacionados con la satisfacción como calidad del servicio; si ha satisfecho sus necesidades, si recomendaría a alguien el tratamiento o programa recibido, entre otras cosas (anexo 5).

Además, el cuestionario fue adaptado para medir la satisfacción en cada una de las sesiones recibidas (anexo 4) por los participantes, con el objeto de poder determinar las sesiones más interesantes del programa. Para ello tan sólo se realizó una pequeña modificación del cuestionario original, sustituyendo la palabra “*tratamiento*” por “*sesión*” y se añadió un ítem final, cuyo objeto era preguntar cuál fue el aspecto más interesante de la misma.

3.2. Participantes

La tabla 3.2 muestra un resumen de la información demográfica de ambos grupos (experimental y control) estudiados:

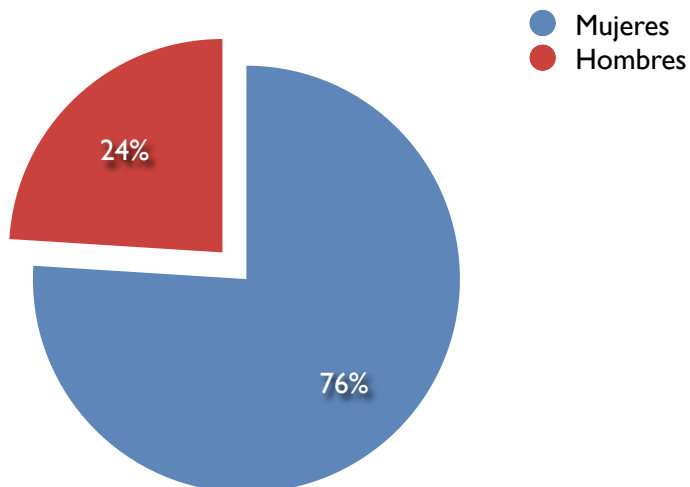
Tabla 3.2. Resumen de las variables demográficas de ambos grupos de padres y madres.

	Grupo Experimental (n=25)				Grupo Control (n=25)		
	Progenitores		Hijos/as		Progenitores Núm. Casos	Hijos/as Núm. Casos	
	Rango Edad	Núm. Casos	Rango Edad	Núm. Casos			
Edad		(<48)	9	(15-20)	9	16	15
		(49-54)	8	(21-25)	10	4	7
		(55>)	8	(25>)	6	5	3
	Media		51.6		21.4	48	19
Sexo (%)	Masculino	n=6(24%)		n=23(98%)	n=8(32%)	n=11(46%)	
	Femenio	n=19(76%)		n=2(2%)	n=17(68%)	n=14(54%)	
E. Civil (%)	Casado/a	n=22(88%)		—	n=21(84%)	—	
	Separado/a	n=3(12%)		—	n=4(16%)	—	
Estudios (%)	Básicos	n=21(84%)		n=24(96%)	n=16(64%)	n=17(68%)	
	Medios	n=2(8%)		n=1(4%)	n=6(24%)	n=8(32%)	
	Superiores	n=2(8%)		—	n=3(12%)	—	
Núm. Hijos/as (%)	1	n=23(92%)		—	n=5(20%)	—	
	2	n=2(8%)		—	n=17(68%)	—	
	>2	—		—	n=3(12%)	—	
Sustancia principal (%)	Cannabis	—		n=14(56%)	—	—	
	Alcohol	—		n=3(12%)	—	—	
	Cocaína	—		n=7(28%)	—	—	
	Heroína	—		n=1(4%)	—	—	

En el estudio participan padres y madres (N=50), repartidos en dos grupos. El experimental (n=25), compuesto por familiares con hijos/as jóvenes/adolescentes consumidores de drogas (principalmente THC), derivados desde Servicios Sociales, Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) y Unidades de Prevención Comunitaria para Conductas Adictivas (UPCCA) de distintas poblaciones de la Comunidad Valenciana. El control (n=25), compuesto por padres y madres de la misma comunidad, con hijos/as que no consumen drogas.

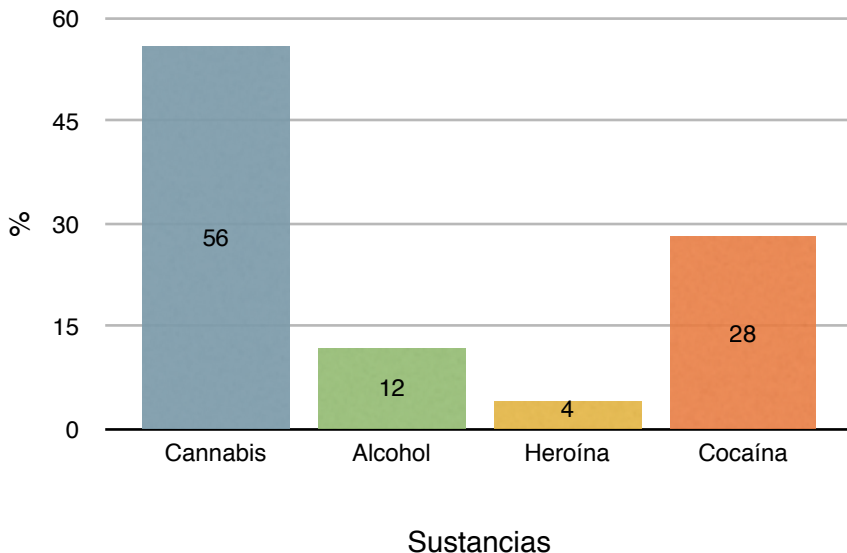
El **grupo experimental**, formado por 19 mujeres y 6 hombres (gráfica III.1), situándose la media de edad en 51.6 años (DT=6,8). Los/las casados/as o conviviendo con su pareja representan el 88%, el 12% restante están separados/as o divorciados/as.

Gráfica III.1. Porcentajes por sexos del grupo experimental (familiares con hijos/as con problemas adictivos).



El 100% de los participantes no tiene antecedentes de adicción en sus familias. En cuanto al número de hijos/as, el 92% tiene dos y el 8% uno/a. Respecto a si otro/a hermano/a tiene o ha tenido problemas de consumo de drogas, el 100% responde de forma negativa. Entre los/las hijos/as consumidores/as de drogas, la mayoría son varones (98%) con una media de edad de 21.36 (DT=4.85) años. Se tratan de policonsumidores siendo la droga más consumida el cannabis (56%), seguido de la cocaína (28%), el alcohol (12%) y la heroína (4%) como indica la gráfica III.2. El 100% de los padres y madres, relatan que tienen o han tenido problemas serios a nivel psíquico, social e incluso somático y que su clima familiar se englobaría entre las categorías “bastante mal” y “fatal”.

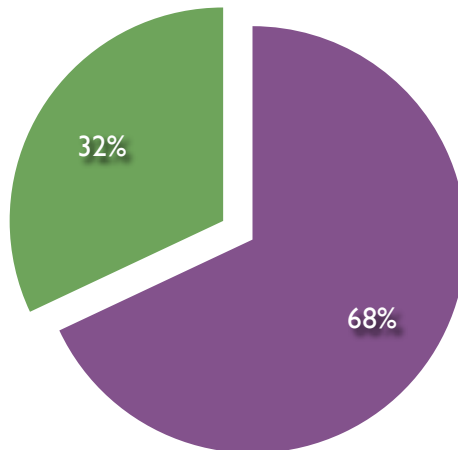
Gráfica III.2. Distribución y porcentajes de las sustancias consumidas en la población joven-adolescente estudiada.



Con respecto al **grupo control** (muestra no probabilística de padres y madres con hijos/as no consumidores de drogas, utilizada

para crear una línea-base no causal de las variables estudiadas), 8 son hombres y 17 mujeres (porcentajes en gráfica III.3). La media de edad de 48.24 años y DT=8.26. El grupo no presenta diferencias estadísticamente significativas ni en edad (prueba t para muestras independientes ($t(48)=-1.80$; $p= .078$ (bilateral)), ni en sexo ($\chi^2(1, N=50)=.397$; $p= .754$ (bilateral)) con respecto al experimental.

Gráfica III.3. Porcentajes por sexos del grupo control (familiares con hijos/as sin problemas adictivos).



En lo referente al número de hijos/as de estas parejas, la gran mayoría tenían dos hijos (88%), un 9% tienen un hijo/a y tan sólo un 3% tienen tres.

La mayoría de las parejas (91%), están casadas y un 9% separados/as.

3.3. Procedimiento

Se divide el desarrollo y la adaptación del programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004) en distintas fases que se detallan a continuación:

1. **Fase Inicial.** Fase de búsqueda bibliográfica de estudios existentes para el tratamiento familiar de jóvenes/adolescentes consumidores/ras de drogas. Se analizan los distintos estudios para ver la eficacia y efectividad de los distintos programas de intervención familiar existentes hasta decantarse por el CRAFT (Smith y Meyers, 2004), principalmente por sus buenos resultados tanto para los familiares consumidores (aumenta las probabilidades que entre en tratamiento), pero también por su fácil aplicación y por contemplar la *prevención de la violencia doméstica* aspecto fundamental en el tratamiento de adolescentes/jóvenes consumidores/as de drogas españoles/as.
2. **Fase previa.** Fase de toma de contacto con el coautor y responsable del programa Robert J. Meyers, de la Universidad de Nuevo México, con el objeto de presentarle nuestra investigación y poder trabajar con su programa en España, obteniendo el permiso necesario.
3. **Fase de Traducción y Adaptación.** En esta tercera fase se traduce y se adapta el programa a la población diana objeto de intervención realizando modificaciones y adaptando las sesiones a los usuarios/as.

Estas modificaciones se basan principalmente en desarrollar herramientas psicopedagógicas relacionadas con las nuevas tecnologías en las sesiones con el objeto de facilitar a los

participantes su aprendizaje. Las citadas herramientas son: la grabación del terapeuta durante la exposición de la sesión para que los familiares pudieran repasar las sesiones en casa en el caso de no poder asistir a alguna de ellas por motivos personales o laborales. Para ello, se desarrolla un "*cuadernillo de trabajo*" (anexo 3) con las transparencias y ejercicios de cada una de las sesiones y se revisan de forma individual media hora antes del inicio de cada una de las sesiones.

4. **Fase de selección de los participantes.** Se contacta con diversos recursos públicos como son: los equipos base de servicios sociales, Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) y Unidades de Prevención Comunitarias (UPCCAs), ofreciéndoles el programa de intervención con el objeto de que colaboren reclutando familias con miembros con problemas relacionados con el consumo de drogas y que además sean reacios a entrar en tratamiento. Una vez remitidos por los distintos recursos colaboradores se formaliza una entrevista previa con cada aspirante, en la que se le informa de las características del grupo de intervención y de su participación en el estudio, así como de la garantía de anonimato y confidencialidad sobre los datos proporcionados y de sus derechos relativos a la protección de datos de carácter personal.

De forma paralela se contacta con amigos/as y conocidos/as cuyos hijos/as son jóvenes y/o adolescentes y que no tienen ningún tipo de problema relacionado con el consumo de drogas para conformar el grupo control.

5. **Fase de evaluación inicial.** En esta fase se realiza una entrevista semiestructurada (Cortés-Tomás y Pascual-Pastor, 2005), a cada uno de los participantes (anexo 1), con el objeto

de establecer contacto personal, explicar el programa y sus objetivos, evaluar la situación actual y descartar trastornos psicológicos graves o enfermedad mental, entre otras cosas.

Igualmente se entregaba el dossier con los cuestionarios de evaluación que los participantes deben cumplimentar antes del tratamiento (pre), así como al finalizar el mismo (post) (anexo 2). También se les entregó la hoja de consentimiento para poder participar en el programa (ver primera hoja del anexo 2).

6. **Fase de aplicación.** En este momento se aplica el programa, con una frecuencia semanal y una duración de hora y media por sesión, durante el periodo comprendido entre el 2009 y el 2011. En cada una de las sesiones se controlaba la asistencia, la satisfacción y el interés de lo expuesto durante la sesión, mediante la adaptación del cuestionario de satisfacción CSQ-8 (Attkisson y Greenfield, 1994; anexo 4). En la última sesión se pasa el cuestionario CSQ-8 (Attkisson y Greenfield, 1994; anexo 5), con el objeto de evaluar la satisfacción global del programa. Para el correcto desarrollo de las sesiones se desarrolla un manual que se entregaba a cada uno de los participantes (anexo 3).

Esta fase en cuestión es una de las más largas del programa, con una duración fue de unos 18 meses de terapia grupal en distintas poblaciones de la Comunidad Valenciana.

7. **Fase de corrección y análisis.** Momento de la corrección y análisis de todos los cuestionarios, y de contactar con los distintos recursos, con el objeto de hacer un seguimiento post intervención de algunos de los participantes.
8. **Fase de seguimiento.** A los tres meses, tras la finalización del programa, se contacta de nuevo con los participantes, con el fin de comprobar si las mejorías continúan y si existen problemas

en la aplicación de las distintas habilidades aprendidas en el programa.

Se presenta en la gráfica III.4 a modo de resumen el diagrama de Grantt del presente proyecto de investigación:

Gráfica III.4. Diagrama de Grantt del proyecto de investigación.



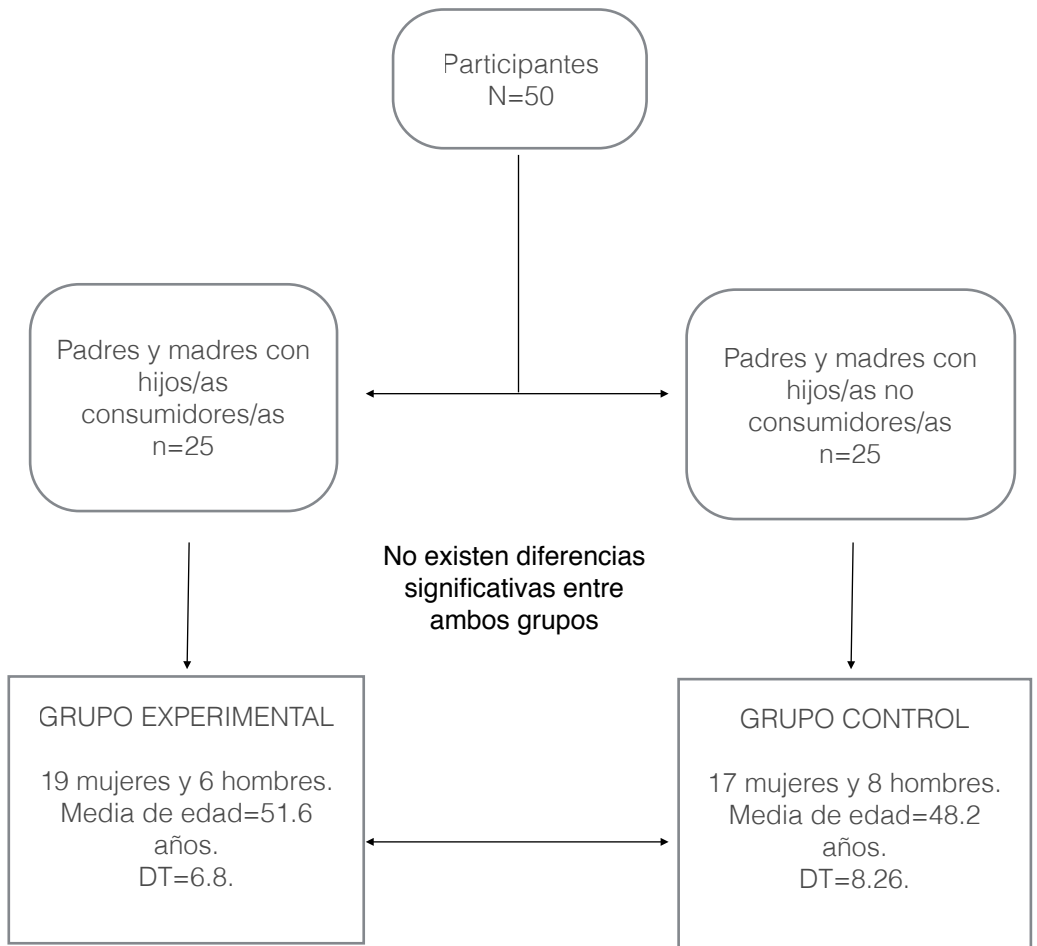
3.4. Diseño de investigación

Se han utilizado en la investigación, los siguientes métodos experimentales:

- Estudio de tipo cualitativo.
- Estudio cuasiexperimental pretratamiento y postratamiento con el grupo experimental, combinado con un diseño de línea base no causal.
- Estudio cuasiexperimental comparando los dos grupos, el experimental antes y después del tratamiento con el control.
- Estudio correlacional.

En la gráfica III.5 se muestra el diseño de investigación realizado.

Gráfica III.5. Resumen gráfico del diseño de experimentación.



3.5. Descripción del programa de intervención

Ya en las primeras investigaciones de Sisson y Azrin (1993) se demuestra que las estrategias y herramientas del CRA (Hunt y Azrin, 1973) en familiares con algún miembro con problemas serios de alcohol mejoran el problema considerablemente. El estudio consiste en asignar de forma aleatoria a doce familiares, unos a un grupo de entrenamiento CRAFT (Smith y Meyers, 2004) y otros a un grupo con principios basados en Al-Anon (1971). Los resultados son concluyentes a favor del grupo CRAFT (Smith y Meyers, 2004), ya que, una vez concluido el programa, seis de los siete alcohólicos resistentes a entrar en tratamiento, buscan ayuda terapéutica. Es interesante además descubrir que estos familiares consumidores/as reducen su consumo de alcohol drásticamente; más del 50%, nada más empezar el programa.

Esto anima a que dicho programa de intervención se aplique en más estudios controlados con el objeto de demostrar su eficacia en el abordaje terapéutico de las adicciones, y como recurso para el aprendizaje de habilidades de afrontamiento; a través del mismo se obtienen mejores tasas de adhesión al tratamiento que otros modelos diferentes de intervención familiar (Roozen et al., 2010; Meyers et al., 2011).

Este aspecto influye incluso en el abordaje terapéutico en España, ya que antiguamente en nuestro país, como en otros países europeos, el enfoque habitual en el tratamiento del abuso de sustancias se centró y se basó excesivamente en un enfoque individual pero, por fortuna, se ha ido evolucionando en los últimos años a la par que en el resto de Europa, hasta dar un papel mucho

más activo a los miembros que rodean y conviven con el/la adicto/a, en su proceso de recuperación (Fernández, 2011).

Éste es el marco teórico/práctico del presente estudio, siendo uno de sus objetivos ampliar estas líneas de investigación relacionadas con el papel activo de la familia en el proceso de rehabilitación del adicto/a, pero en población española.

Para ello, se adapta el programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004), dirigido a padres y madres con hijos/as adolescentes/jóvenes con problemas de uso/abuso de drogas, traduciéndolo, modificándolo y adaptando las herramientas del programa original que no contempla el tratamiento grupal. También se ofrece a los asistentes/as la posibilidad de seguir las sesiones de forma virtual además de ampliar los aspectos relacionados con la violencia doméstica importante para el manejo de las contingencias.

Las primeras adaptaciones del programa se centran en la ayuda que ofrecen las nuevas tecnologías en el ámbito de tratamiento con el objeto de mejorar y facilitar la comprensión de las sesiones por parte de los asistentes, y evitar además abandonos del programa debido principalmente a los inconvenientes del “*día a día*” muy habituales en el trabajo grupal con familias españolas, como son: horarios que no se adaptan a las sesiones o no poder asistir a una sesión debido al trabajo o por enfermedad entre otros. Se ofrece a los asistentes/as la posibilidad de repasar dichas sesiones desde casa, o incluso ampliar el aprendizaje a través del repaso de las distintas herramientas psicológicas vistas en las diferentes sesiones, ofreciendo la posibilidad de ampliar a otros miembros de la familia (hermanos, tíos, entre otras), dicho aprendizaje. Todo esto es posible gracias a la grabación del terapeuta en cada una de las sesiones, grabaciones que se alojan en un servidor del centro con el objeto que los familiares puedan descargarlas y seguirlas cómodamente desde

sus casas. Además se desarrolla un cuadernillo de trabajo con el objeto de ayudarles a afianzar el aprendizaje de todas las habilidades de afrontamiento que van aprendiendo en el transcurso del programa.

El desarrollo de la comunicación positiva en familia ayuda a que el consumo de drogas se reduzca e incluso desaparezca (Rankin y Kern, 1994). Este aspecto también se contempla en el programa ya que va dirigido a mejorar las relaciones familiares siendo esto importante a la hora de proteger del abuso y consumo de drogas en población adolescente (Chen et al., 2010).

El programa también va dirigido a que los familiares no consumidores motiven al consumidor/a a entrar en tratamiento, ya que los diferentes estudios muestran que de forma habitual un adicto a sustancias pasa una media de entre 6 y 10 años antes de acudir a tratamiento (Joe, Simpson y Broome, 2005; Wang et al., 2005). Tal dato es relevante, ya que cuanto antes entren en tratamiento, mayor probabilidad de recuperación existe (McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien, Druley, 1983; Scott, Dennis y Foss, 2005). De ahí la importancia de la adaptación del CRAFT (Smith y Meyers, 2004), ya que surge de una demanda real de los familiares, que conviven con hijos/as adolescentes/jóvenes consumidores de drogas. Los padres y madres están deseosos de poder ayudar a sus hijos/as a iniciar un primer contacto para el tratamiento de sus adicciones.

Para este trabajo se modifica el programa original para adaptar al máximo los componentes y sesiones a la población de padres y madres de la Comunidad Valenciana.

Estas modificaciones facilitan la asistencia de los usuarios/as a todas las sesiones del programa, aunque sea de forma virtual o en diferido. Permite además, como se ha comentado, ampliar los

participantes del programa aunque sea indirectamente, ya que en algunas familias se hacen partícipes a otros miembros del entorno del adolescente/joven consumidor/a (los padres, que por sus horarios no podían asistir a las reuniones, hermanos/as, novios/as, tíos/as, primos/as, etc.).

Con el objeto de hacer un seguimiento más exhaustivo de las tareas y hacer colaborar más a los usuarios/as se les ofrece un tiempo para resolver dudas antes de cada una de las sesiones, con el objeto de permitir que reciban asesoramiento sobre los problemas surgidos en sesiones anteriores o resolver las posibles dificultades a la hora de acceder al material terapéutico dejado en el servidor.

Se introduce una sesión inicial o previa para presentar el programa a los usuarios/as, así como para explicar la metodología a seguir durante el mismo. Además se hace hincapié en la filosofía básica del programa, que consiste en la no confrontación. Este aspecto es importante, puesto que el sistema llamado “*confrontativo*” suele estar muy arraigado en las familias españolas y por esto se empieza a explicar la importancia de cambiar de repertorio conductual, buscando otras respuestas más positivas de sus familiares. En esta sesión previa o inicial, cuyo objeto es la toma de contacto con los participantes, se pasa un material multimedia publicado por la cadena de televisión estadounidense HBO (Home Box Office) en el 2007 con título “*Way they can’t stop*” (Hoffman y Froemke, 2007), donde se explican de forma sencilla algunos conceptos básicos sobre qué es una adicción, cómo afecta al comportamiento el consumo de drogas, cómo afecta al Sistema Nervioso Central (SNC) y qué tratamientos existen, entre otros. Se visualiza en el capítulo del vídeo al propio Dr. Meyers (coautor), explicando las bases del programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004) y la importancia de que la familia colabore en el proceso de

rehabilitación y de recuperación sin adoptar una visión confrontativa en el tratamiento de las adicciones, basando sus afirmaciones en los resultados de las últimas investigaciones realizadas.

Con respecto al resto de las sesiones, los objetivos no defieren mucho del programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004), pero sí los materiales y herramientas, ya que, por ejemplo, en la sesión dedicada al aumento de la satisfacción del familiar se hace una intervención mucho más amplia incidiendo más que en la satisfacción en la “prevención de la depresión”, con base en la teoría y actividades del abordaje cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión o en las sesiones dedicadas a mejorar las habilidades de comunicación positiva, con la introducción con nuevos ejercicios de role-playing, etc.

Se presenta en la tabla 3.3 una síntesis de las sesiones del programa, así como de la metodología y materiales utilizados:

Tabla 3.3. Sesiones, objetivos, metodología y materiales utilizados en la intervención.

Sesiones	Objetivos	Metodología y Materiales Utilizados
Evaluación (pre.)	Evaluar a los candidatos del programa.	Entrevista semiestructurada, y pase de cuestionarios (BDI, STAI, STAXI-2, Rosenberg, etc.).
Presentación	Presentación del programa y establecimiento de las pautas de intervención (día, hora, etc.)	Power Point de los objetivos del programa y visionado del vídeo del autor del CRAFT
Primera	Análisis del consumo de nuestro familiar I	Presentación en Power Point del Análisis Funcional de la Conducta de Consumo.
Segunda	Análisis del consumo de nuestro familiar II	Práctica "in situ" del Análisis Funcional de la Conducta de Consumo.
Tercera	Prevención de la Violencia Doméstica I	Presentación en Power Point del Análisis Funcional de las Conductas Violentas.
Cuarta	Prevención de la Violencia Doméstica II	Práctica del Análisis Funcional de la Conducta Violenta.
Quinta	Mejorar las habilidades de comunicación	Presentación en Power Point de las características de la Comunicación Positiva.
Sexta	Reforzar las conductas saludables o de no consumo I	Presentación en Power Point del Análisis Funcional de las Conductas saludables.
Séptima	Reforzar las conductas saludables o de no consumo II	Práctica del Análisis Funcional de las Conductas saludables.
Octava	Consecuencias negativas del consumo	Presentación en Power Point sobre la retirada de privilegios cuando hay consumos.
Novena	Aumentar el nivel de satisfacción personal de los familiares no consumidores	Presentación en Power Point del tratamiento cognitivo-conductual de la depresión y cómo prevenirla. Restablecer metas personales y programa actividades agradables.
Décima	Repasar la sesión anterior y los ejercicios realizados y ¿Cómo sugerir a nuestro familiar que entre en tratamiento?	Presentación en Power Point con la explicación de cuál es el mejor momento y forma de sugerir al familiar a entrar en tratamiento.
Evaluación (post.)	Evaluar la satisfacción del programa y pase de los cuestionarios.	Pase del CSQ.8 que mide satisfacción con el programa y pase de los cuestionarios (BDI, STAI, STAXI-2, Rosenberg, etc.).

Todos estos módulos, se trabajan a lo largo de diez sesiones presenciales, que se describen brevemente a continuación:

- **Sesiones primera y segunda**. Dirigida al cambio en el comportamiento de la familia, para poder influir de forma positiva en el familiar consumidor, haciendo que éste/a deje o reduzca su consumo, y aumentando las probabilidades de que acepte entrar en tratamiento (Sisson y Azrin, 1986; Miller y Meyers, 1999). Estas sesiones se basan en la siguiente premisa: *“si se quiere cambiar una conducta, se debe cambiar sus consecuencias”*.

En ocasiones, la forma de actuar de los familiares de los adictos puede favorecer el consumo, como en el ejemplo que se presenta a continuación, en el que la madre de un consumidor intenta tapar el consumo abusivo de drogas del fin de semana de su hijo:

- ***Encargado de empresa***: “Hola María, buenos días soy José de la empresa de su hijo. Quería preguntarle qué es lo que le ha pasado a su hijo que hoy no ha venido a trabajar”.
- ***Madre (por vergüenza del qué dirán o por miedo de que lo despidan)***: “Hola José. Perdona que no te haya podido llamar, mi hijo está con una gripe terrible que no puede ni hablar”.

Este es un ejemplo característico en padres y madres con hijos/as consumidores. La conducta de la madre en esta ocasión podría ser entendida por algunos como correcta (qué madre no defiende a su hijo), ya que de lo contrario, su hijo puede perder el trabajo o puede que se lleve una buena reprimenda de su jefe. Pero en verdad y de forma encubierta, la madre al tapar la conducta inadecuada de su hijo, está fomentando el consumo del

mismo sin saberlo, ya que la conducta negativa de no ir al trabajo por tener resaca o haber salido de fiesta la noche anterior ha sido excusada por su madre con el pretexto de estar muy enfermo. Esto hace que aumenten las probabilidades de que esa conducta de consumo vuelva a ocurrir “otra vez”, al desaparecer las consecuencias negativas y naturales del consumo, que en este caso serían tal vez incluso el despido.

En estas primeras sesiones se utiliza el llamado Análisis funcional. Esta herramienta sirve a los padres y madres para hacer una radiografía del consumo del familiar consumidor con el objeto de intentar modificar sus consecuencias, centrándonos en el estudio de los llamados disparadores externos e internos del consumo llegando a las últimas consecuencias tanto positivas como negativas del mismo.

- **Sesiones tercera y cuarta.** A partir de este momento (análisis funcional), los padres y madres disponen de una información muy valiosa para empezar a intervenir con el adicto/a, sobretodo en lo que respecta a las consecuencias positivas y negativas del consumo a largo y corto plazo. La ayuda que prestan los padres y madres, en la mayoría de las ocasiones será consensuada entre los miembros de la familia, pero en otras, puede hacer florecer un desacuerdo entre el consumidor y el no consumidor, llegando incluso a conductas violentas que los familiares no consumidores deben saber manejar.

Así pues, es en estas dos sesiones cuando los padres y madres aprenden cómo prevenir y actuar en el caso de que se produzcan conductas violentas, a través, una vez más de un análisis funcional de este tipo de conductas.

- **Sesiones quinta y sexta.** Es habitual que en estos entornos familiares existan problemas de comunicación (Epstein y

McCrary, 1998; O'Farrell y Fals-Stewart, 1999, 2003), reinando un estilo negativo basado en los reproches y en la culpabilización. Por ello sus miembros caen en una espiral destructiva que dificulta la convivencia y la correcta resolución de problemas (Epstein y McCrary, 1998; Monti, Rohsenow, Michalec, Martin y Abrams, 1997).

Los resultados de las investigaciones realizadas para un correcto tratamiento del/la adicto/a resaltan la importancia del aprendizaje de habilidades de comunicación positivas que promueven la reducción del consumo e incluso aumentan las probabilidades de que el/la consumidor/a inicie un tratamiento (Epstein y McCrary, 1998; Fals-Stewart y O'Farrell, 2003; Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney y Abrams, 2002).

- **Sesión séptima**. Un principio básico de la psicología sostiene que las personas, generalmente, ante el refuerzo positivo de una conducta tienden a repetir esa misma conducta, ya que estas les satisfacen o las encuentran positivas (Malott y Trojan-Suarez, 2004; Spiegler y Guevermont, 2003). Extrapolando este principio básico al consumidor/a de drogas es fácil concluir que uno de los motivos por los que se empieza a consumir drogas es que encuentra la conducta de consumo como una experiencia positiva. Incluso, en ocasiones, ese consumo es tan reforzante y positivo que estos dejan de lado muchas otras actividades más saludables que llevaban a cabo antes de iniciar el mismo.

En este punto, es muy importante que los familiares atiendan y comprendan este principio y que eviten realizar actividades agradables conjuntas con el/la adicto/a esté consumiendo o haya consumido, ya que en este caso reforzarían sin saberlo la conducta de consumo. El objeto de esta sesión, es que el familiar no consumidor fomente nuevas actividades agradables, a poder

ser conjuntas, cuando los familiares no consuman o no estén bajo el efecto de las drogas. Para ello, se les instruye en detectar los síntomas del consumo de drogas. El sentido de estas dos sesiones será ampliar el abanico de actividades recreativas e incompatibles con el consumo y que se realicen sólo si el familiar no ha consumido o está abstinente.

Así pues, los familiares plantean una lista de actividades positivas que se pueden realizar de forma conjunta y que no estén relacionadas con el consumo.

- **Sesión octava**. La presente sesión tiene dos objetivos: interrumpir las actividades positivas o retirar privilegios del familiar consumidor cuando éste ha consumido y dejar que las conductas de consumo lleguen a sus consecuencias naturales.

Para la retirada de actividades o de privilegios, primero se enseña a los familiares no consumidores a evaluar, primero si es posible y segundo si no implica riesgos elevados; para ello se les ofrece la siguiente guía:

- Que lo que vamos a retirar es importante para nuestro familiar.
- Que se pueda volver a introducir fácilmente cuando nuestro familiar está abstinente.
- Que sea fácil su retirada.
- Que nuestro familiar esté más seguro sin él (por ejemplo, no dejar el coche mientras esté consumiendo drogas).
- Que se pueda retirar inmediatamente cuando nuestro familiar consuma.

Evidentemente, una retirada de un privilegio o de una actividad deberá ser comunicada siempre y para ello se anima a los familiares a utilizar lo aprendido en la sesión de comunicación

positiva. En caso de que se den conductas violentas los familiares deben aplicar lo aprendido en la tercera y cuarta sesión respectivamente, sobre cómo afrontar situaciones violentas.

Aunque la decisión de una retirada de reforzador positivo o privilegio en principio parece sencilla, hay ocasiones en las que puede implicar daños colaterales no deseados e importantes como por ejemplo: la pérdida de un trabajo por la retirada del coche o problemas legales por no pagar una denuncia, entre otras. Se trata entonces de decisiones difíciles de tomar. Es en estos casos cuando se les enseña a los familiares no consumidores a reflexionar un poco más sus razones, y se les entrena en la resolución de problemas y en la toma de decisiones. Esta herramienta les permite analizar de forma muy sistemática los pros y contras de una decisión (D’Zurrilla y Goldfried, 1971).

- **Sesión novena**. En la mayoría de las ocasiones el consumo de sustancias hace que los/las familiares consumidores/as no reconozcan el problema rechazando una y otra vez toda ayuda que se les pueda ofrecer, haciendo que el familiar no consumidor se sienta mal y mermando su nivel de autoestima, satisfacción y estado de ánimo, entre otras cosas, e incluso llevándoles a la depresión, lo que repercute y dificulta su intervención de ayuda hacia el adicto/a. Por ello esta sesión se basa en la siguiente premisa:

“Es muy difícil ayudar a los demás, si no estamos bien nosotros”

El objetivo principal de la misma es aumentar el estado de ánimo de los familiares no consumidores, independientemente de la decisión del familiar consumidor de abandonar o no el consumo de drogas.

Por lo tanto, en la sesión se trabaja los siguientes puntos:

- Evaluar el punto o nivel de satisfacción de los familiares no consumidores con respecto a ciertos aspectos que se consideran importantes para poder ser feliz.
 - Aumentar el nivel de satisfacción en cada uno de los puntos deficitarios evaluados anteriormente.
- **Sesión décima**. Llegados a este punto del programa, los familiares están preparados/as para ir sugiriendo al familiar problemático/a que entre en tratamiento (uno de los objetivos principales del programa), y a que busque ayuda. Pero para ello se les recomienda estar seguros de que se cumplen ciertos requisitos tales como:
 - Deben saber identificar señales que faciliten la motivación en nuestro familiar.
 - Deben saber expresarse mediante una comunicación positiva y saber cuándo o dónde utilizarla.
 - Deben tener opciones terapéuticas dónde acudir.
 - Deben estar preparados a que nuestro familiar rechace su propuesta.
 - Deben estar preparados a las recaídas que se van a ir produciendo en todo el proceso de recuperación.
 - La necesidad de continuar con el apoyo de los familiares una vez inicie el tratamiento.

Si la contestación a estos puntos es afirmativa, entonces el familiar no consumidor está preparado/a para sugerir a su familiar consumidor que entre en tratamiento. Si por el contrario no lo son, entonces se les anima a resolver dichos inconvenientes y si es

necesario, se les ofrece una sesión individual con el objeto de resolver todos los inconvenientes conjuntamente con el terapeuta.

Además de las sesiones expuestas, antes de el inicio del programa se realiza una sesión de evaluación individual o toma de contacto con la problemática del familiar en la que se administra una entrevista semiestructurada adaptada a los padres y madres extraída del manual "*Incumplimiento de propósitos en drogodependencias*" (Cortés-Tomás y Pascual-Pastor, 2005; anexo 1) de aproximadamente una hora de duración.

Recordar que durante el programa y con el objeto de realizar un seguimiento más exhaustivo de las tareas y resolver dudas de los participantes, se ofrece a los familiares la posibilidad de asistir 30 minutos antes de cada sesión para poder atender y resolver de forma individual las distintas dudas, así como las dificultades que pudieran surgirles en la aplicación de lo aprendido en las sesiones.

3.6. Análisis de los resultados

Para el estudio del análisis de los datos recogidos se desarrolló una base de datos para la recogida y archivo correcto de la información de la investigación, para lo que se utiliza el programa estadístico IBM SPSS en su versión 21 junto con los siguientes análisis estadísticos:

- Para las diferencias de medias entre las puntuaciones pre con las puntuaciones post: Prueba t de Student, para muestras relacionadas.
- Para las diferencias de medias entre las puntuaciones pre y post con el grupo de línea-base no causal: Prueba t de Student, para muestras independientes.

- Para el estudio de variables predictoras se ha utilizado un análisis discriminante realizado mediante el método de inclusión por pasos.
- Para el estudio de las relaciones entre variables, el coeficiente de Pearson.
- Para el estudio de las diferencias entre las edades de los padres y madres e hijos/as del grupo experimental en las variables estudiadas, se ha realizado un análisis de varianza (ANOVA).

Y fueron todos analizados utilizando el programa estadístico IBM SPSS en su versión 21.

IV. RESULTADOS

En el siguiente apartado se detallan los resultados obtenidos tras el programa de intervención CRAFT (Smith y Meyers, 2004). Se comienza comparando el grupo experimental y el control antes del tratamiento. Además y con el objeto de analizar el grupo experimental de forma más exhaustiva, se divide el mismo dependiendo de la edad de los padres, madres e hijos/as, para estudiar la relación que tiene dicha variable sobre el resto.

A continuación se compara el grupo experimental antes y después del programa de intervención, con el objeto de ver si mejoran en las variables psicológicas estudiadas.

Una vez analizado los resultados obtenidos en el grupo experimental antes y después del programa de intervención se comparan los resultados obtenidos con el grupo control, formado por padres y madres sin hijos/as consumidores de drogas, con el objeto de ver cómo se comportan las variables analizadas, después del tratamiento.

Para finalizar, se analiza la relación existente entre las variables estudiadas y para ello se utiliza la correlación de Pearson. Primero se expone la relación entre las variables antes y después del tratamiento del grupo experimental, para después analizar la relación existente entre las variables del grupo control y finalizando el capítulo con otros resultados de interés y con una conclusión general.

4.1. Diferencias entre el grupo experimental y el control antes del tratamiento

Con el objeto de estudiar las diferencias existentes entre padres y madres cuyos hijos/as presentan problemas de consumo de drogas (grupo experimental) con respecto a otro grupo de padres y madres cuyos hijos/as no presentan problema de consumo (grupo control), de características similares, tanto en edad (prueba t para muestras independientes ($t(48)=-1.80$; $p=.078$ (bilateral)), como en sexo ($\chi^2(1, N=50)=0.397$; $p=.754$ (bilateral)). Ver tabla 4.1.

Tabla 4.1. Resultados y análisis estadísticos obtenidos en la comparación del grupo experimental antes de iniciar el tratamiento (pre) vs. puntuaciones del grupo control.

	Grupo Experimental		Grupo Control		t	p	
	Media	DT	Media	DT			
	Autoestima	27.88	4.81	33.56	2.65	5.18	0.000**
	Depresión	13.82	10.12	2.6	2.90	-5.07	0.000**
V. Emocionales	A. Estado	27.04	11.41	24.36	6.95	-1.00	0.322
	A. Rasgo	27.46	9.78	22.24	6.93	-2.09	0.042*
	Ira Estado	24.36	9.97	17.72	3.34	-3.16	0.004*
	Ira Rasgo	19.68	5.07	16.04	3.36	-2.99	0.005*
	IEI ¹	29.8	12.26	27.36	8.13	-0.83	0.411
V. Familiares	Cohesión	39.84	16.69	57.08	7.30	4.73	0.000**
	Conflicto	51.92	10.46	43.48	3.66	-3.81	0.001*

¹. Índice de Expresión de la Ira.

*($p<0.05$)

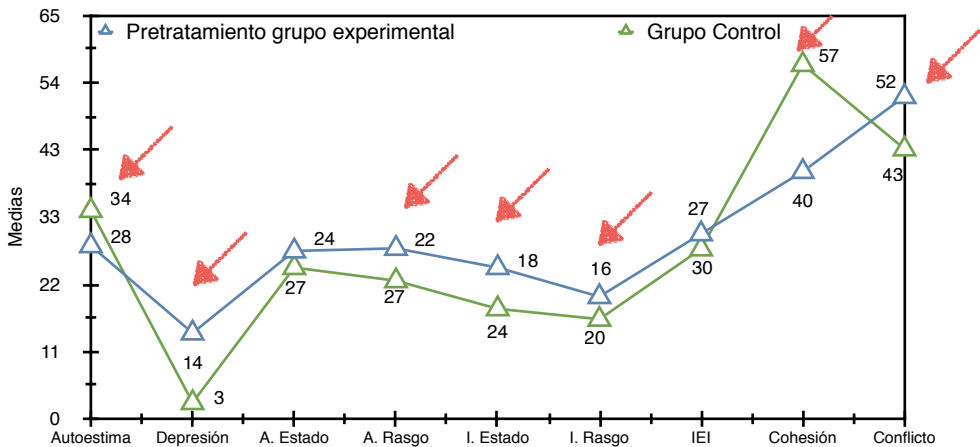
**($p<0.01$)

Como se aprecia en la tabla 4.1, existen diferencias en prácticamente todas las medias de las variables analizadas entre ambos grupos, siendo estadísticamente significativas a un nivel de significación del 0.01 en variables psicológicas como: *autoestima*,

depresión y a un nivel de significación de $p < 0.01$ en ansiedad rasgo e ira (tanto estado como rasgo) y en ambas variables familiares (cohesión y conflicto familiar respectivamente), es decir, los padres y madres del grupo control experimentan mayores niveles de autoestima y cohesión, y menores niveles de conflicto familiar, depresión, ansiedad (tanto estado como rasgo) e ira (tanto estado como rasgo). También muestran menores puntuaciones en el índice de expresión de la ira.

Se presenta las puntuaciones medias del grupo experimental antes del tratamiento y las del grupo control señaladas con una flecha las variables significativas (Gráfica IV.1).

Gráfica IV.1. Puntuaciones medias del grupo experimental antes del programa de intervención (pre) y del control.



4.2. Características del grupo experimental en función de la edad antes del tratamiento

Con el objeto de ver si la variable edad de los padres y madres del grupo experimental influye en las variables estudiadas, se dividió en tres subgrupos, como se detalló en el apartado 3.2 (participantes).

Para analizar si existen diferencias significativas entre los distintos grupos que conforman el grupo experimental antes de la intervención, se realiza la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, para analizar si la variable “*edad de los padres*” del grupo experimental modula de alguna forma los resultados obtenidos en las distintas variables estudiadas (tabla 4.2).

Tabla 4.2. Resultados de la prueba Kruskal-Wallis del grupo experimental antes del tratamiento (pre) según edad de los padres y madres.

	<48) n=9		(49-54) n=8		(55>) n=8		H	Sig.	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
	Autoestima	30.11	4.26	27.38	3.54	25.88	5.89	2.59	0.273
	Depresión	12.67	11.26	11.75	12.06	15.50	7.21	1.09	0.579
	Ans. Estado	23.22	8.21	30.00	16.22	28.38	8.67	1.05	0.591
V. Emocionales	Ans. Rasgo	23.89	9.28	27.25	12.43	30.88	6.13	3.23	0.199
	Estado Ira	24.00	9.63	24.50	9.10	24.63	12.32	0.34	0.846
	Rasgo Ira	21.67	5.36	17.00	3.63	20.13	5.36	3.64	0.162
	IEI ¹	32.11	18.50	27.63	6.63	29.38	8.23	0.77	0.680
V. Familiares	Cohesión	35.44	15.85	40.63	17.12	44.00	18.16	0.99	0.610
	Conflicto	56.33	12.47	48.13	11.41	50.75	4.95	2.43	0.269

1. Índice de Expresión de la Ira.

* (p<0.05)

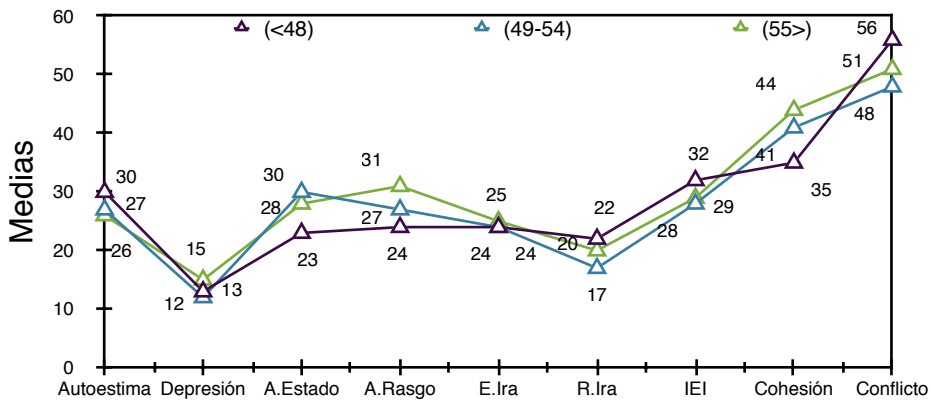
** (p<0.01)

No se aprecian diferencias significativas entre los rangos de edad de los padres y madres con hijos/as consumidores de drogas

significando con ello que no hay diferencia entre los tres grupos de edad.

A continuación en la gráfica IV.2 se presentan las medias obtenidas.

Gráfica IV.2. Puntuaciones medias de los padres y madres del grupo experimental antes de la intervención (pre) por grupos de edad del experimental.



1. Índice de Expresión de la Ira.

Por lo general la edad de los padres y madres correlaciona de forma positiva con la de los hijos/as, así pues a mayor edad de los padres y madres, mayor edad de los hijos/as. No obstante, se decidió también estudiar las diferencias entre la edad de los hijos/as, dividiéndolos también en tres grupos, como ya se expuso en el apartado 3.2 (participantes), para estudiar la incidencia que pueda tener la edad de los hijos/as sobre sus padres y madres en las variables estudiadas.

Para ello se ha seguido el mismo procedimiento que con los padres y madres del grupo experimental. En la tabla 4.3 se presentan

los resultados de la prueba Kruskal-Wallis obtenidos antes del tratamiento, según la edad de los/las hijos/as.

Tabla 4.3. Prueba Kruskal-Wallis antes del tratamiento (pre) según la edad de los/las hijos/as del experimental.

	(15-20) n=9		(21-25) n=10		(25>) n=6		H	Sig.
	Media	DT	Media	DT	Media	DT		
Autoestima	28.78	3.23	27.80	2.78	26.67	8.78	0.24	0.883
Depresión	12.89	9.94	11.60	8.49	16.67	13.56	0.20	0.901
Ans. Estado	24.78	10.95	31.80	12.53	22.50	8.41	3.52	0.172
V. Emocionales Ans. Rasgo	25.11	8.36	29.30	9.15	26.83	12.98	1.75	0.417
Estado Ira	23.89	9.12	24.10	11.11	25.50	10.95	0.16	0.921
Rasgo Ira	20.33	3.84	18.30	4.95	21.00	7.01	1.15	0.562
IEI ¹	33.56	14.31	26.10	8.50	30.33	14.51	1.75	0.416
V. Familiares Cohesión	39.00	15.54	41.70	12.89	38.00	25.29	0.15	0.925
Conflicto	55.11	4.20	48.60	8.20	52.67	10.46	0.94	0.630

¹. Índice de Expresión de la Ira.

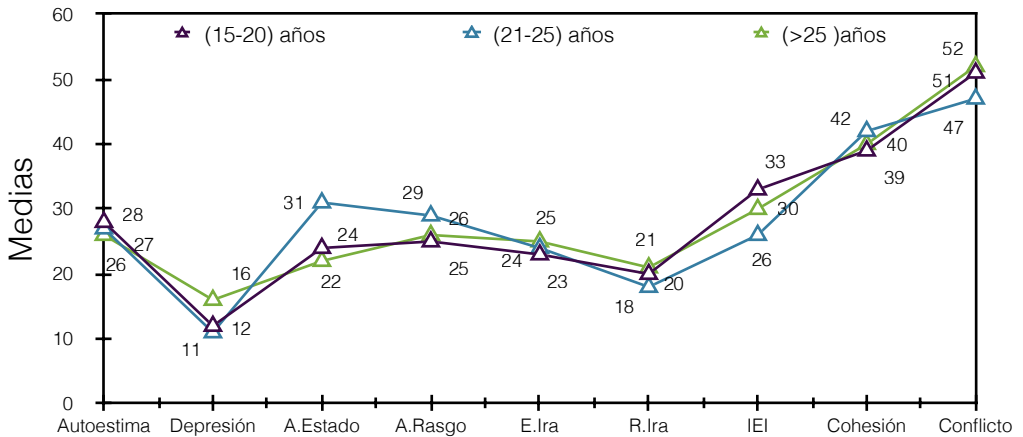
* (p<0.05)

** (p<0.01)

En la tabla 4.3 no se aprecian diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas, es decir, no hay efecto en dichas variables relacionadas con la edad de los hijos/as consumidores de drogas.

En la gráfica IV.3 se presentan las medias obtenidas por los padres y madres del grupo experimental dependiendo del grupo de edad de los hijos/as consumidores de drogas.

Gráfica IV.3. Puntuaciones medias del grupo experimental antes del tratamiento (pre) dependiendo de la edad de sus hijos/as.



Como se aprecia en la gráfica los resultados obtenidos de las variables analizadas no difieren significativamente unos de otros, destacando si acaso, la variable *conflicto familiar* no por las diferencias entre grupos, sino porque es la que mayor puntuación media obtiene de las analizadas.

4.3. Incidencia del tratamiento en las variables estudiadas

Uno de los objetivos del programa es ayudar a los familiares con hijos/as adolescentes/jóvenes consumidores/as de drogas a adquirir recursos psicológicos para manejar la situación familiar y aumentar su bienestar psicológico.

Otro objetivo que persigue el programa es mejorar la relación de los padres y madres con sus hijos/as consumidores/as, ofreciendo nuevas estrategias y pautas educativas con el objeto de mejorar dicha situación.

Para observar el efecto beneficioso o no de la intervención, se estudia su efecto sobre las variables psicológicas y familiares estudiadas (autoestima, depresión, ansiedad, ira, cohesión y conflicto familiar, entre otras). Tales mediciones se realizan en dos momentos, una antes (pre) y otra después del tratamiento (post) (tabla 4.4).

Tabla 4.4. Estudio de la incidencia del tratamiento en las variables estudiadas en el grupo experimental.

		Grupo Pre		Grupo Post		t	p
		Media	DT	Media	DT		
V. Emocionales	Autoestima	27.88	4.81	32.28	4.56	-3.85	0.000**
	Depresión	13.82	10.12	8.80	8.52	3.45	0.001**
	Ans. Estado	27.04	11.41	24.20	10.43	1.36	0.180
	Ans. Rasgo	27.46	9.78	25.88	11.60	0.87	0.386
	Estado Ira	24.36	9.97	20.20	8.67	2.75	0.011*
	Rasgo Ira	19.68	5.07	19.04	6.34	0.52	0.610
	IEI ¹	29.80	12.26	25.64	11.02	1.71	0.093
V. Familiares	Cohesión	39.84	16.69	42.72	15.85	-1.55	0.128
	Conflicto	51.92	10.46	50.12	9.40	1.06	0.292

¹. Índice de Expresión de la Ira

*($p < 0.05$)

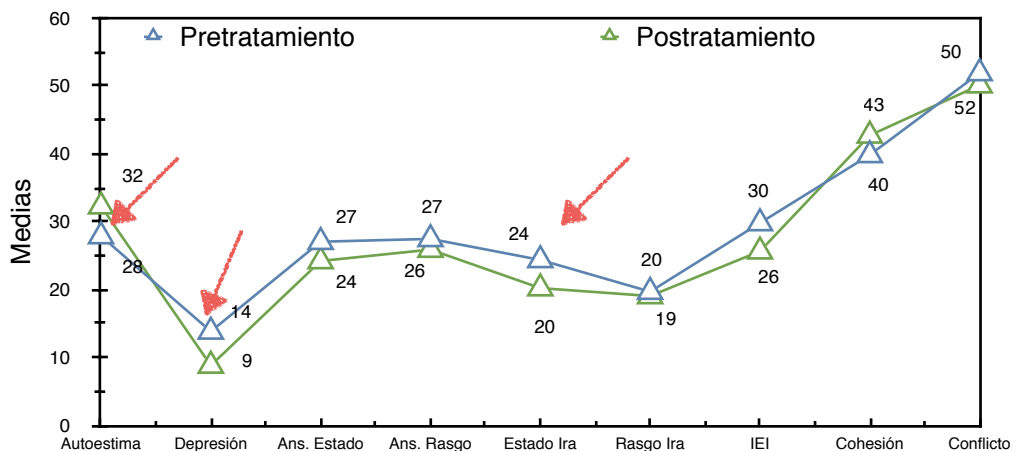
**($p < 0.01$)

Se aprecia en la tabla 4.4, que la intervención psicológica mejora las medias pre/post tratamiento en todas las puntuaciones de las variables estudiadas. Esta mejora es estadísticamente significativa a un nivel de $p < 0.01$ en *autoestima* y *depresión* y a un nivel de $p < 0.05$ en *estado ira* (ver tabla 4.4). Con un tamaño del efecto, según Cohen (Cohen, 1988), alto para la *autoestima* y medio para la *depresión* y *estado ira*. Estos resultados informan que los padres y madres que terminan el programa, tienen mayores niveles

de *autoestima*, menores niveles de *depresión* y de *estado ira*. Por lo tanto mejoran a nivel psicológico, familiar y social, aumentando las probabilidades de que estos padres y madres se enfrenten con recursos a la problemática con sus hijos/as.

En la gráfica IV.4 quedan representadas las puntuaciones medias obtenidas antes y después del tratamiento, indicando con una flecha roja las puntuaciones significativas.

Gráfica IV.4. Puntuaciones medias del grupo experimental (pre) y después de la intervención.



4.3.1. Beneficios del programa en el grupo experimental según la variable edad

Una vez analizados los beneficios del programa sobre las variables psicológicas como *autoestima*, *depresión* y *estado ira*, se paso a analizar si el beneficio en dichas variables depende de la variable edad de los padres y madres del grupo experimental. Para ello se utilizó la misma prueba estadística (Kruskal-Wallis) utilizada

para comprobar si existían diferencias entre los grupos de los padres y madres antes del tratamiento.

Una posible implicación de este análisis es optimizar futuras intervenciones del programa adaptando las sesiones según la edad de los padres y madres, pero para ello debemos saber si hay o no diferencias significativas entre los tres grupos estudiados.

En la tabla 4.5 se presenta los resultados obtenidos en la prueba Kruskal-Wallis en los padres y madres una vez finalizado el tratamiento.

Tabla 4.5. Prueba Kruskal-Wallis del grupo experimental después del tratamiento (post) según la edad de los padres/madres.

	(<48) n=9		(49-54) n=8		(55>) n=8		H	Sig.
	Media	DT	Media	DT	Media	DT		
Autoestima	34.33	4.61	31.37	5.15	30.88	3.44	2.19	0.334
Depresión	7.00	8.20	6.13	8.08	13.50	8.31	4.97	0.083
Ans. Estado	25.11	13.76	20.63	8.40	26.75	7.92	1.95	0.377
V. Emocionales Ans.Rasgo	25,44	12.00	19.50	10.36	32.13	9.05	4.32	0.115
Estado Ira	22.00	12.69	17.88	5.19	20.50	6.02	1.06	0.588
Rasgo Ira	20.78	7.73	17.63	3.62	18.50	7.07	1.25	0.535
IEI ¹	24.78	13.30	28.62	6.78	23.63	12.33	0.83	0.660
V. Familiares Cohesión	40.89	13.71	43.37	16.12	44.13	19.48	0.37	0.832
Conflicto	55.22	10.58	44.75	7.67	49.75	7.02	4.99	0.083

¹. Índice de Expresión de la Ira.

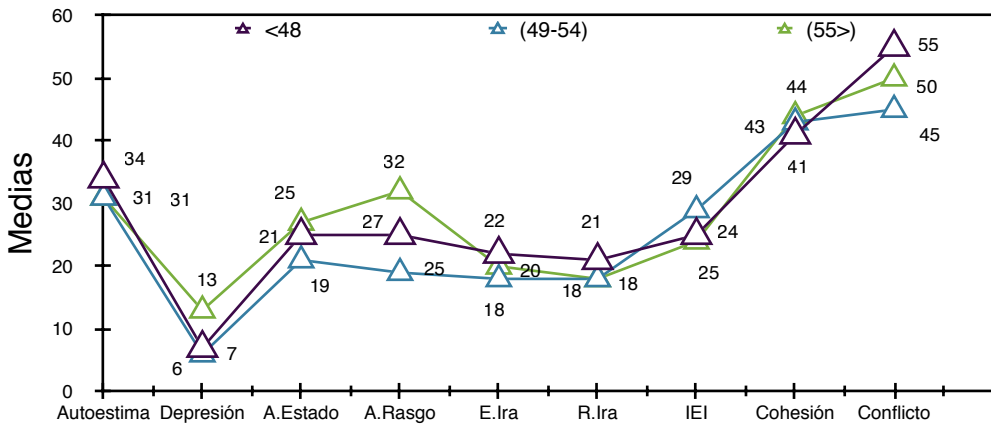
* (p<0.05)

** (p<0.01)

Como muestra la tabla 4.5, no existen diferencias significativas entre los tres grupos de edades una vez finalizado el tratamiento. Casi llega a la significación en la variable *depresión* y *conflicto* significando con ello que podría haber diferencias en estas dos variables entre los grupos de edad de los padres y madres del experimental.

Se presentan en la gráfica IV.5 las medias obtenidas al finalizar el programa de intervención en el grupo experimental dependiendo de la variable edad de los padres y madres.

Gráfica IV.5. Puntuaciones medias después de la intervención (post) del grupo experimental según la variable edad de los padres/madres.



Podemos ver en la gráfica IV.5, que las diferencias entre los tres grupos se dan en las variables de *autoestima*, *depresión*, *ansiedad rasgo* y *conflicto* aunque dicha diferencia no sea significativa.

En la tabla 4.6, se muestran los resultados de la misma prueba estadística una vez finalizado el programa, pero esta vez en los grupos de edad de los hijos/as consumidores/as para estudiar la tendencia de las variables analizadas.

Tabla 4.6. ANOVA del grupo experimental después del tratamiento (post) según la edad de sus hijos/as.

	(15-20) n=9		(21-25) n=10		(>25)n=6		H	Sig.
	Media	DT	Media	DT	Media	DT		
Autoestima	33.00	4.39	31.30	4.35	32.83	5.64	0.38	0.823
Depresión	7.11	7.94	8.80	8.44	11.33	10.31	0.78	0.676
Ans. Estado	25.89	12.17	25.70	9.58	19.17	8.93	1.48	0.475
V. Emocionales								
Ans. Rasgo	24.33	9.22	29.30	13.17	21.67	11.24	1.38	0.500
Estado Ira	21.44	12.81	19.30	5.62	19.83	6.08	0.04	0.979
Rasgo Ira	21.89	6.05	18.00	6.90	16.50	4.93	3.04	0.218
IEI ¹	27.78	9.12	26.30	10.87	21.33	14.32	0.90	0.635
V. Familiares								
Cohesión	43.22	15.34	41.90	13.14	43.33	22.71	0.24	0.887
Conflicto	51.56	10.37	47.30	7.56	52.67	11.02	1.35	0.507

¹Índice de Expresión de la Ira.

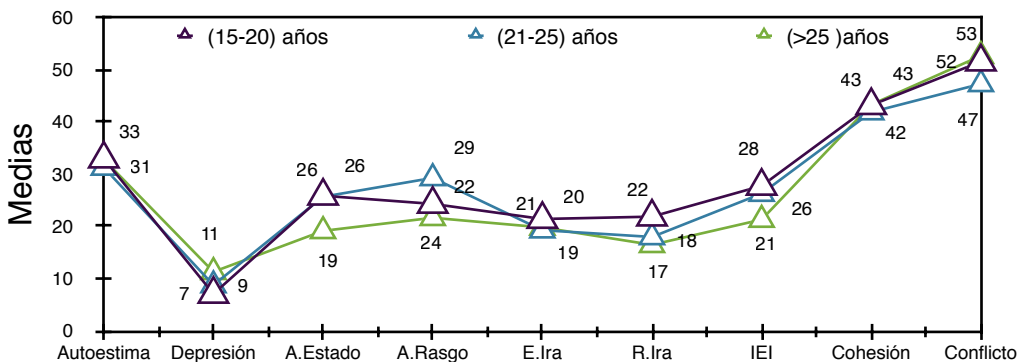
* (p<0.05)

** (p<0.01)

Vemos en la tabla 4.6, que no existen diferencias entre los distintos grupos de edad de los hijos/as del grupo experimental significando con ello que no hay diferencias entre las variables dependiendo de la edad.

Se representan en la gráfica IV.6 los promedios obtenidos una vez finalizado la intervención con su posterior análisis.

Gráfica IV.6. Puntuaciones medias según la edad de los hijos/as del grupo experimental después del tratamiento (post).



Como se aprecia en la gráfica IV.6, no se observa variación en los resultados dependiendo de la edad de los hijos/as después de la intervención. Por lo tanto parece ser que la edad de los hijos/as consumidores del grupo experimental analizado no influye en los resultados obtenidos una vez finalizada la intervención.

4.4. Comparación grupo experimental y grupo control post tratamiento

Para comprobar si las diferencias entre dichas puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los grupos, experimental y control, son significativas y ver si el programa de intervención realmente mejora las variables psicológicas y familiares analizadas, se aplica la prueba *t de Student*, equiparando las puntuaciones del grupo experimental, con las del grupo control. Los resultados se muestran a continuación en la tabla 4.7.

Tabla 4.7. Resultados obtenidos en la comparación del grupo experimental (post) vs. familiares con ningún miembro adicto.

		Grupo Experimental (post.)		Grupo Control		t	p
		Media	DT	Media	DT		
V. Emocionales	Autoestima	32.28	4.56	33.56	2.64	1.21	0.232
	Depresión	8.8	8.52	2.6	2.90	-3.44	0.002*
	A. Estado	24.2	10.42	24.36	6.94	0.06	0.949
	A. Rasgo	25.88	11.59	22.24	6.93	-1.29	0.205
	Ira Estado	20.2	8.67	17.72	3.33	-1.32	0.188
	Ira Rasgo	19.04	6.34	16.04	3.36	-2.09	0.044*
V. Familiares	IEI ¹	25.64	11.01	27.36	8.13	0.62	0.533
	Cohesión	42.72	15.84	57.08	7.29	4.11	0.000*
	Conflicto	50.12	9.39	43.48	3.66	-3.29	0.002*

1. Índice de Expresión de la Ira.

*(p<0.05)

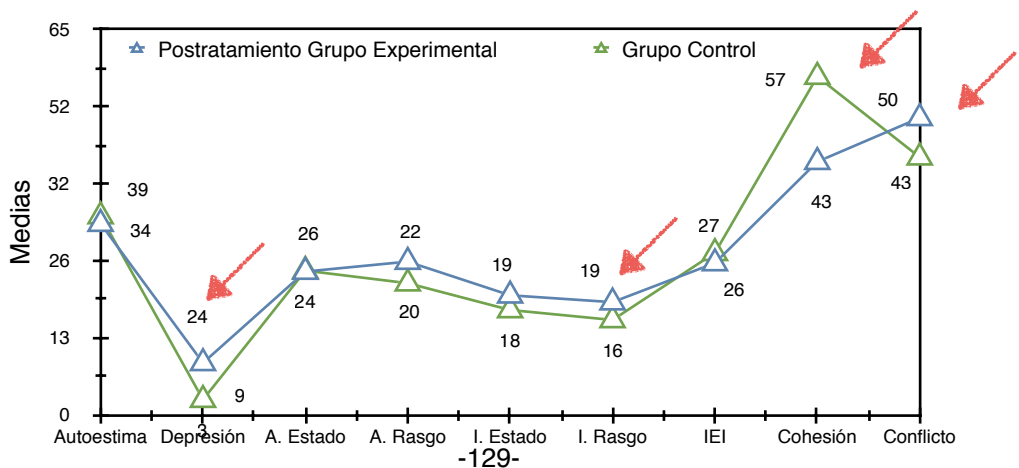
** (p<0.01)

Se aprecia en la tabla 4.7, que tras la aplicación del programa de intervención se reducen las diferencias entre ambos grupos. Efectivamente, antes del tratamiento, siete variables eran estadísticamente significativas a un nivel de $p < 0.05$: *autoestima*, *cohesión*, *conflicto*, *depresión*, *ansiedad rasgo*, *ira estado* y *rasgo*, y una vez finalizado éste, las diferencias entre ambos grupos se reducen a tan sólo cuatro variables: *depresión*, *ira rasgo*, *cohesión* y *conflicto*.

Este resultado demuestra que la intervención reduce las diferencias en variables psicológicas y familiares, acercando las puntuaciones del grupo experimental al grupo control, siendo este dato positivo, unido al resto de los resultados obtenidos.

A continuación se presenta en la gráfica IV.7, las medias obtenidas señaladas con una flecha roja las variables significativas al comparar el grupo experimental una vez finalizado el tratamiento con el grupo control con el objeto de estudiar si las puntuaciones de los padres y madres del experimental mejorar respecto a las puntuaciones de los padres y madres cuyos hijos/as no consumen drogas (control).

Gráfica IV.7. Puntuaciones medias obtenidas en las variables analizadas en el grupo experimental después de la intervención vs. medias obtenidas en el grupo control.

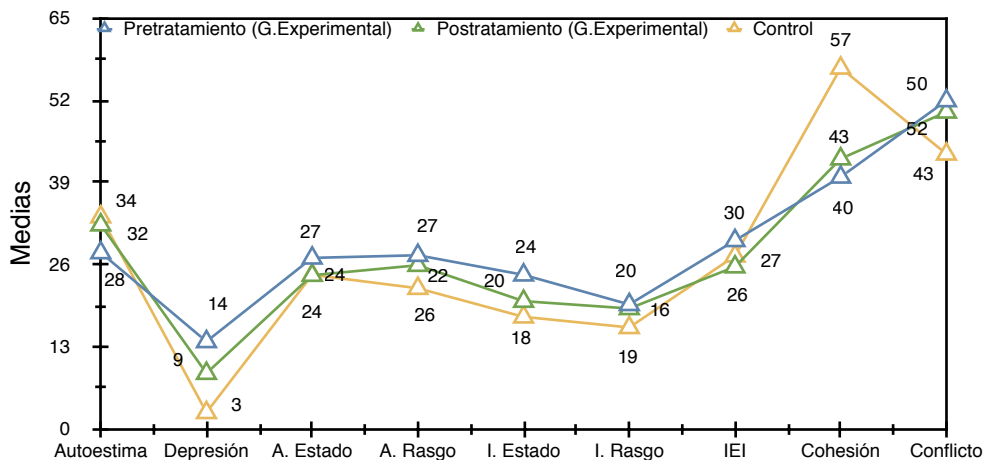


Como se aprecia en la gráfica IV.7, las puntuaciones de los padres y madres del grupo experimental mejoran en prácticamente todas las variables, acercándose tímidamente a las puntuaciones de los padres y madres del grupo control. Destaca, no obstante, la puntuación media en la variable *cohesión familiar*, que sigue siendo mayor en el grupo control.

En un análisis preliminar de las puntuaciones medias obtenidas vemos que hay una mejora en todas las variables una vez finalizado el programa de intervención, ya que las puntuaciones del grupo experimental se acercan a las puntuaciones medias obtenidas en el grupo control (gráfica IV.7).

En la gráfica IV.8, se presentan las medias del grupo experimental obtenidas antes y después del tratamiento, comparándolas con el grupo control.

Gráfica IV.8. Puntuaciones medias del grupo experimental antes y después de la intervención vs. puntuaciones medias del grupo control.



Como se aprecia en la gráfica IV.8 las puntuaciones del grupo experimental mejoran una vez finalizado el tratamiento acercándose a las puntuaciones del grupo control.

4.5. Relación entre las variables estudiadas

Con el objeto de analizar la relación existente entre las variables analizadas en el presente estudio se detallan en el siguiente apartado las correlaciones existentes entre las mismas. Se empieza a describir la relación existente entre las variables antes del tratamiento y después al final del mismo, terminando con el detalle de la relación entre las variables del grupo control.

4.5.1. Relación entre las variables antes y después del tratamiento en el grupo experimental

Con el objeto de profundizar entre las diferencias existentes antes y después del tratamiento, se analiza también la relación de cada una de las variables analizadas entre sí, tanto antes de la intervención como después de la misma. Para ello se utiliza la correlación de Pearson en los dos casos, cuyos resultados antes de la intervención y después de la misma, se detalla en la tabla 4.8.

Tabla 4.8. Coeficientes de Correlación de Pearson de las puntuaciones antes y después del tratamiento del grupo experimental.

		Post Tratamiento								
		Variables Emocionales						Variables Familiares		
Pre Tratamiento		Auto.	Dep.	A.Est.	A.Ras.	E.Ira	R. Ira	IEI ¹	Co. Fam.	Ct. Fam.
Variables Emocionales	Auto.	1	-0.70**	-0.14	-0.47**	-0.37**	-0.33*	-0.25	0.29*	-0.29*
	Dep.	-0.63**	1	0.31*	0.53**	0.53**	0.33*	0.08	-0.44**	0.39**
	A. Est.	-0.25	0.33*	1	0.49**	0.24	0.04	0.03	-0.31*	0.12
	A. Ras.	-0.46**	0.57**	0.48**	1	0.37**	0.40**	0.26	-0.27	0.26
	E. Ira	-0.19	0.38**	0.59**	0.47**	1	0.58**	0.32*	-0.36*	0.23
	R. Ira	-0.03	0.27	0.36**	0.39**	0.68**	1	0.49**	-0.36*	0.52**
	IEI ¹	-0.20	0.08	0.11	0.19	0.29*	0.51**	1	-0.33*	0.42**
Variables Familiares	Co. Fam.	0.32*	-0.47**	-0.31*	-0.36*	-0.24	-0.32*	-0.05	1	-0.52**
	Ct. Fam.	-0.08	0.33*	0.22	0.30*	0.32*	0.40**	0.04	-0.56**	1

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).

¹IEI: Índice de Expresión de la Ira

El primer análisis correlacional que se realiza antes de tratamiento, se reflejan en los datos inferiores de la diagonal principal de la matriz. En estos resultados se aprecia que la *autoestima* correlaciona significativamente a un nivel de $p < 0.01$ y con signo negativo tanto con la variable *depresión*, como con la *ansiedad rasgo*, lo cual significa que a menor puntuación en *autoestima*, mayores niveles de *depresión* y *ansiedad*. Además correlación de forma positiva y a un nivel de significación $p < 0.05$ con la variable *cohesión familiar*, significando con ello que a mayor *autoestima*, mayor *cohesión familiar* o a la inversa.

Otras puntuaciones como son las de *depresión* del BDI-II, correlacionan con signo negativo y de forma significativa con la *autoestima* y además con las variables *ansiedad rasgo* e *ira estado*, ambas con signo positivo. Como consecuencia a mayores niveles de

depresión, mayores niveles de *ansiedad rasgo* e *ira estado*, respectivamente.

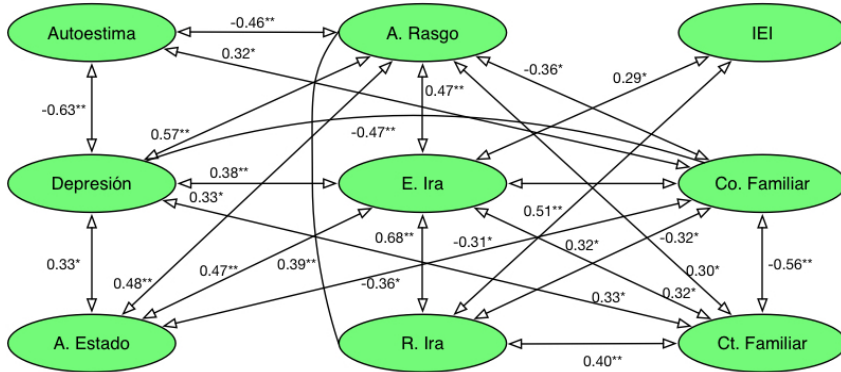
En cuanto a la relación existente entre *ansiedad estado* y *rasgo* del grupo experimental, vemos que ambas correlacionan significativamente y con signo positivo, lo que significa que a mayor nivel de *ansiedad rasgo*, mayores niveles de *ansiedad estado* y a la inversa.

En lo referente a las variables del STAXI-2, comentar que el *estado de la ira* correlaciona significativamente con signo positivo con *depresión*, *ansiedad rasgo* y *rasgo ira*, todas ellas a un nivel de significación de $p < 0.01$. En lo referente al *índice de expresión de la ira* es significativa a un nivel de $p < 0.05$. Con la correlación obtenida en *cohesión familiar*, comentar que es significativa ($p < 0.05$) pero con signo negativo, significando con ello que a mayor nivel de *estado de la ira*, menor nivel de *cohesión familiar*.

Con respecto a la variable *cohesión familiar*, se aprecia que a mayor puntuación en *cohesión familiar*, menores niveles de *conflicto* ($p < 0.01$), significando con ello que a mayor puntuación de una, mayor puntuación en la otra. En este punto es importante destacar la correlación con signo negativo de la variable *conflicto familiar* con *cohesión*, ya analizada anteriormente. Esta correlación de *conflicto familiar* con la variable *ira rasgo* y la variable de *cohesión familiar* con el *índice de expresión de la ira* (IEI) del STAXI-2, hace que aumenten las probabilidades de que se experimenten intensos sentimientos de ira en estos familiares, que pueden ser expresados incluso con conductas agresivas, físicas o verbales, y además continuadas en el tiempo (*rasgo*).

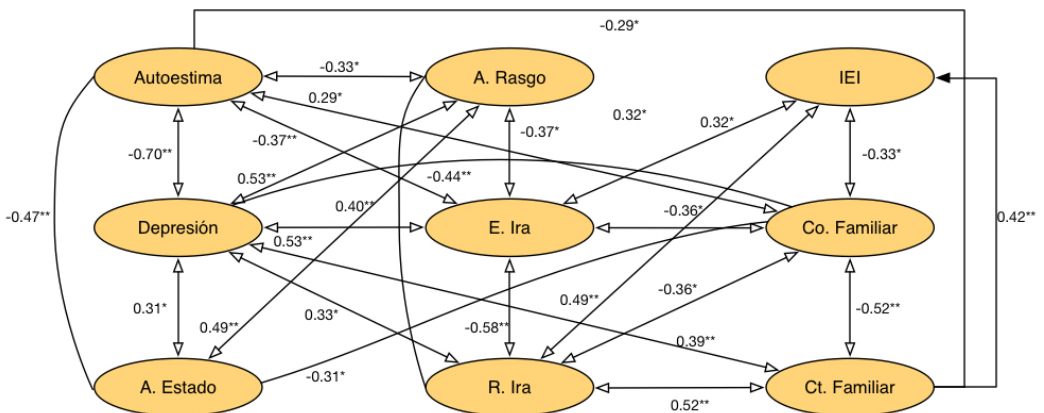
En la gráfica IV.9 se muestra un resumen de las correlaciones significativas obtenidas.

Gráfica IV.9. Correlaciones significativa a un nivel de 0.05 (*) y 0.01 (**) entre las variables analizadas del grupo experimental antes del tratamiento (puntuaciones pre).



El segundo análisis correlacional se realiza una vez finalizado el tratamiento, datos reflejados en la parte superior de la diagonal principal de la matriz de la tabla 4.8, y que se representan en la gráfica IV.10.

Gráfica IV.10. Correlaciones significativas a un nivel de 0.05 (*) y 0.01 (**) entre las variables analizadas del grupo experimental después del programa de intervención



Como se aprecia en la gráfica IV.10, las correlaciones obtenidas una vez finalizado el tratamiento de intervención en el grupo experimental, son:

- La variable *autoestima* una vez finalizado el tratamiento, correlaciona con signo negativo y de forma significativa ($p < 0.01$) con las variables *depresión*, *ansiedad rasgo* y *estado de la ira*. También correlaciona con signo negativo pero a un nivel de significación menor ($p < 0.05$) con *rasgo de la ira* y *conflicto familiar*, significando con ello que a menos puntuaciones en estas variables, mayores puntuaciones en autoestima.
- Con respecto a la variable *depresión*, esta correlaciona significativamente ($p < 0.01$) y con signo positivo con *ansiedad rasgo*, *estado de la ira* y *conflicto familiar*, significando con ello que a mayores puntuaciones de depresión, mayores puntuaciones en estas variables. También correlaciona de forma significativa ($p < 0.01$) pero con signo negativo con la variable *conflicto familiar*, significando con ello que a menores puntuaciones en esta variable, menores puntuaciones en depresión.
- En lo referente a las variables del STAI (*ansiedad estado* y *rasgo*), la *ansiedad estado* correlaciona significativamente ($p < 0.05$) y con signo negativo con *cohesión familiar*. La *ansiedad rasgo* correlaciona significativamente ($p < 0.01$) y con signo positivo con las variables del STAXI-II de *estado* y *rasgo de la ira*.
- Las variables del STAXI-II *estado de la ira* correlaciona de forma significativa ($p < 0.05$) y con signo negativo con la

variable *cohesión familiar*. Con respecto a la variable *rasgo de la ira* ésta correlaciona de forma significativa y también con signo negativo con la variable *cohesión familiar* y con signo positivo con un nivel de significación $p < 0.01$ con la variable *conflicto familiar*, significando con ello que a más conflicto familiar, más puntuación en *rasgo de la ira*. Con respecto a la variable *índice de expresión de la ira*, correlaciona significativamente ($p < 0.05$) y con signo negativo con *cohesión familiar* y con signo positivo y con un nivel de significación de $p < 0.01$ con la variable *conflicto familiar*.

A continuación en la tabla 4.9 se indica a modo de resumen la relación existente entre las *variables familiares cohesión y conflicto*, y las variables psicológicas estudiadas, que presentan una correlación significativa tanto antes de la intervención, como después de la misma:

Tabla 4.9. Coeficientes de Correlación de Pearson significativas obtenidas antes (pre) y después del tratamiento (post) del grupo experimental en variables familiares vs. psicológicas.

MOMENTO DEL ANÁLISIS	V. FAMILIARES	VARIABLES PSICOLÓGICAS						
		Auto.	Dep.	A.Est.	A. Ras.	E.Ira	R.Ira	IEI ¹
PRE	Cohesión	0.32*	-0.46**	-0.30*	-0.35*	—	-0.32*	—
	Conflicto	—	0.33*	—	0.30*	0.32*	0.40**	—
POST	Cohesión	0.29*	-0.44**	-0.30*	—	-0.35*	-0.35*	-0.32*
	Conflicto	-0.29*	0.39**	—	—	—	0.51**	0.42**

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

* * La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

¹ Índice de Expresión de la Ira del STAXI-2.

Observamos en la tabla 4.9 que las variables familiares y psicológicas antes del tratamiento, están relacionadas. Así pues, la variable familiar *cohesión* correlaciona significativamente con autoestima con signo positivo (a más de una, más de la otra), *depresión, ansiedad estado y rasgo, estado y rasgo de la ira* todas estas últimas con signo negativo, significando con ello que a menos puntuación en una de ellas, más puntuación en las otras. Con respecto a la variable *conflicto*, correlaciona con signo positivo con *depresión, ansiedad rasgo, estado y rasgo de la ira* del STAXI-II, significando que a mayor conflictividad familiar más puntuaciones en las variables indicadas.

Esta situación cambia una vez finalizado el tratamiento ya que se aprecia un ligero aumento de las correlaciones con respecto a la variable familiar *cohesión*, ya que aparecen las correlaciones con signo negativo en las variables psicológicas relacionadas con el STAXI-II como *estado de la ira e índice de expresión de la ira, reflejando así que a menores niveles en cohesión familiar, menores niveles en estado de la ira e índice de expresión de la ira.*

4.5.2. Relación entre las variables del grupo control

Una segunda parte del análisis se centra en el estudio de la relación entre las variables del grupo control, para lo que se utilizó la correlación de Pearson. Los resultados se detallan en la tabla 4.10.

Tabla 4.10. Coeficientes de Correlación de Pearson del grupo control.

Variables	Auto.	Dep	A. Est.	A. Ras.	E. Ira	R. Ira	IEI ¹	Co. Fam.	Ct. Fam.
Auto.	1								
Dep.	-0.28	1							
A. Estado	0.05	0.02	1						
Variables Emocionales A. Rasgo	-0.14	0.23	-0.04	1					
Estado Ira	0.11	-0.28	0.16	0.50*	1				
Rasgo Ira	0.16	-0.28	0.07	0.42*	0.44*	1			
IEI ¹	-0.19	-0.36	-0.04	0.35	0.43*	0.48*	1		
Variables Familiares Co. Fam.	0.26	-0.08	0.01	0.04	0.36	0.05	0.06	1	
Ct. Fam.	0.12	-0.15	-0.15	0.08	0.21	0.28	0.18	0.14	1

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

¹Índice de Expresión de la Ira.

En los resultados expuestos se aprecia un menor número de correlaciones significativas entre las variables en comparación con el grupo experimental analizado. Este descenso se aprecia tanto en el número de variables que correlacionan entre sí, como en las correlaciones entre ellas.

Estas significaciones estadísticas se dan en la variable del STAXI-II *estado de la ira*, que correlaciona con signo positivo con: *ansiedad rasgo* del STAI. Esto significa que a mayores puntuaciones en *ansiedad rasgo* del STAI, mayores puntuaciones en *estado de la ira*.

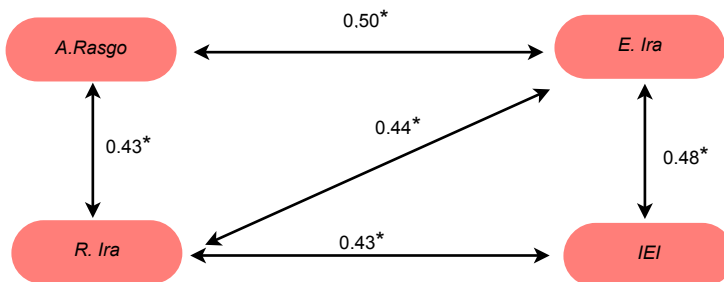
También vemos como el *índice de expresión de la ira* del STAXI-II correlaciona significativamente ($p < 0.05$) y con signo positivo con *estado y rasgo de la ira*.

Estos resultados parecen lógicos, ya que aunque los/las hijos/as del grupo control no tienen problemas de consumo, no dejan de ser padres y madres con hijos/as adolescentes/jóvenes, siendo esta condición *per se* no carente de problemática en las relaciones

familiares y tal vez esta condición hace que se den estas correlaciones significativas entre estas variables.

Otro posible motivo del porqué en los familiares del grupo control, no se obtienen tantas correlaciones como en el grupo experimental, es que no existen los niveles de conflicto familiar que se dan en el grupo experimental y, por lo tanto, estos familiares teóricamente se encuentran con mayores niveles de bienestar psicológico y familiar. En la gráfica VI.11 se muestran las variables significativas obtenidas en dicho análisis.

Gráfica VI.11. Correlaciones significativas a un nivel de 0.05 (*) y 0.01 (**) entre las variables analizadas del grupo control.



4.5.3. Variables predictoras

Se realizó además otro análisis estadístico con el objeto de ver qué variables son capaces de clasificar mejor a los participantes que pertenecen a cada uno de los grupos control y experimental, mediante dos análisis discriminantes, uno pre y otro post-tratamiento.

En ambos análisis se empleó el *método de inclusión por pasos*, consistente en eliminar aquellas variables que no contribuyen a

mejorar la clasificación de los sujetos, utilizando el método Wilks como criterio de ajuste.

El análisis pre-tratamiento nos da como resultado una única función discriminante, que incluye las variables *autoestima* y *cohesión familiar* como predictoras de la pertenencia de cada sujeto al grupo de control o al grupo experimental respectivamente. Los resultados se aprecian en la tabla 4.11.

Tabla 4.11. Pronósticos en recuentos y porcentaje de la clasificación de los casos de los grupos control y experimental.

		Grupo de pertenencia pronosticado	
		Control	Experimental
Recuento	Control	22	3
	Experimental	4	21
%	Control	88	12
	Experimental	16	84

Se observan las predicciones correctas e incorrectas que se obtienen a partir de la función canónica obtenida en el análisis. Como se ve, con las variables *autoestima* y *cohesión familiar*, en total la función clasifica correctamente al 88% del grupo control y al 84% del grupo experimental. Esto nos permite caracterizar a los sujetos que pertenecen al grupo experimental o al grupo control, lo que permite predecir si unos padres o madres tienen algún hijo/a adolescente o joven con problemas de conducta, entre los que podría encontrarse algún tipo de adicción.

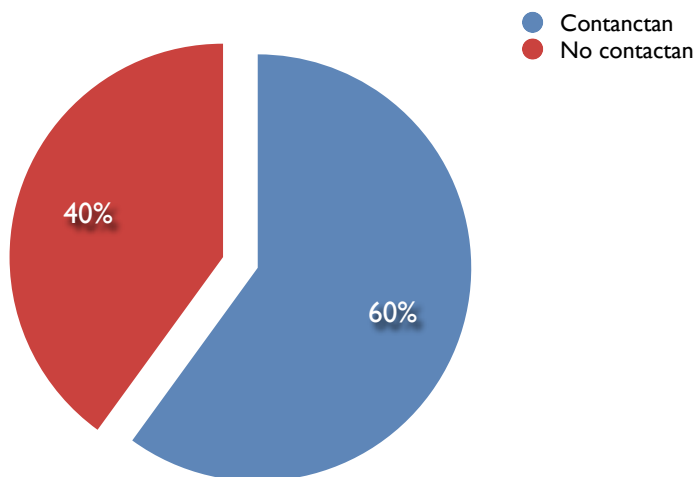
4.6. Contacto con el recursos y satisfacción con el tratamiento

Los resultados obtenidos con los participantes estudiados han mostrado que el programa es eficaz. Muestran diferencias significativas entre el antes y el después de la intervención en las variables: autoestima, depresión y ansiedad.

También se constata la eficacia del programa en lo que se refiere al acercamiento de las puntuaciones del grupo experimental a las del grupo control.

Otro resultado positivo del estudio es que el CRAFT (Smith y Meyers, 2004) aumenta las probabilidades de que los familiares que presenten conductas adictivas, contacten con un recurso especializado para el tratamiento de su adicción (UCA, Centro de Día, UPCCA, entre otros) como se aprecia en la gráfica IV.12.

Gráfica IV.12. Porcentajes de los jóvenes-adolescentes que contactan y no contactan con un recurso especializado en el tratamiento de drogas (UCA, UPCCA, CD, etc.).



Según la gráfica IV.12, un 60% de los/las hijos/as adolescentes/jóvenes consumidores/as de drogas, cuyos padres y madres finalizan el programa, contactan con algún recurso especializado para el tratamiento de las adicciones (15 de los 25 adolescentes/jóvenes consumidores de drogas). Por otra parte, el 40% restante, menos de la mitad, que no contactan con ningún recurso (según los informes de sus padres y madres), al menos muestran una mejora de su situación tras el programa.

Las variables *autoestima* y *cohesión familiar* han mostrado ser las que mayor y más importante peso específico tienen, permitiendo por si solas determinar si en una familia puede existir el problema objeto de estudio en esta investigación.

Con el objeto de evaluar el nivel de *satisfacción* de los familiares asistentes al programa (grupo experimental) se les pasó el CQS-8 (Attkisson y Greenfield, 1994), al finalizar cada una de las sesiones y una evaluación de la satisfacción al final del programa.

Con respecto a la satisfacción de los padres y madres del grupo experimental en cada una de las sesiones, comentar que es elevada en la mayoría de las sesiones destacando las sesiones de comunicación (sesión 5), y la sesión 9 dirigida a aumentar su nivel de satisfacción.

En lo referente a la evaluación de satisfacción general del programa CRAFT, comentar que las puntuaciones elevadas en todos los ítems del cuestionario. Destacando que el 64% de los padres y madres que participaron en el programa contestan que el programa de intervención les ha ayudado bastante para hacer frente de forma eficaz a al problema de sus hijos/as consumidores/as de drogas. El resto (36%) contestan que el programa les ha ayudado mucho. Como resumen del apartado de satisfacción con el programa comentar que el 100% de los padres y madres, recomendarían a un amigo/a con el

mismo problema ha realizarlo y repetirían de nuevo si necesitaran más ayuda con sus hijos/as adolescentes/jóvenes consumidores de drogas.

V. CONCLUSIONES

Se detalla en el apartado las conclusiones extraídas del análisis de los resultados obtenidos una vez finalizado y analizado el programa de intervención con padres y madres de adolescentes/ jóvenes consumidores de drogas.

Se puede apreciar una mejora significativa del grupo experimental en la mayoría de las variables estudiadas y más en concreto en variables tan importantes para el bienestar psicológico como son: autoestima, ansiedad y depresión.

El programa favorece además que los familiares consumidores se animen a contactar con recursos especializados para el asesoramiento y tratamiento de las adicciones, confirmándose así la mayoría de las hipótesis planteadas en el presente estudio de investigación.

En primer lugar analizaremos cada una de las hipótesis, realizando a continuación la discusión del estudio y finalizaremos, destacando algunas de las implicaciones prácticas, así como las limitaciones del mismo.

5.1. Comprobación de las hipótesis de estudio

En el siguiente apartado, se detalla la verificación de cada una de las hipótesis planteadas en el estudio, de acuerdo con los resultados obtenidos y descritos anteriormente.

En cuanto a la **primera hipótesis** del estudio que postula que:

Los familiares que participan en el programa mejoran en variables que indican bienestar psicológico aumentando en autoestima y disminuyendo en ansiedad, depresión e ira.

Los datos analizados permiten confirmar esta hipótesis, ya que la intervención mejora las medias en todas las puntuaciones de las variables analizadas, siendo esta mejora estadísticamente significativa, con una $p < 0.01$, en *autoestima* y con una $p < 0.05$ en *depresión* y *estado ira*.

Las correlaciones obtenidas en el estudio muestran además como existe una relación directa entre las variables psicológicas y familiares en padres y madres con hijos/as consumidores/as de drogas, destacando la relación existente entre las variables del STAXI-II con las variables de *cohesión* y *conflicto familiar*. Este dato respalda la importancia que tiene ofrecer a los participantes alternativas adaptativas para el manejo de la ira en situaciones problemáticas o de crisis, reduciendo las probabilidades de que se den conductas violentas en el ámbito familiar, aspecto éste que contempla la intervención. Esto significa que el programa ayuda a reducir en los padres y madres con hijos/as consumidores/as los

sentimientos de ira intensos, disminuyendo así las probabilidades de que la misma se cronifique y con ella el conflicto familiar.

Como conclusión, los resultados indican que los padres y madres con hijos/as consumidores/as de drogas, una vez finalizado el programa, reducen sus niveles de *depresión* y *estado ira*, aumentando a la vez sus niveles de *autoestima* coincidiendo estos resultados con otras investigaciones en la materia (Hussaarts et al., 2012).

En referencia a la **segunda hipótesis** que defendía que:

Los familiares que participan en el programa mejoran su bienestar psicológico mejorando en cohesión entre sus miembros y reduciéndose los niveles de conflicto familiar.

Esta hipótesis no podemos confirmarla totalmente, pese a que se constata con el estudio cómo disminuyen las diferencias existentes en las puntuaciones del grupo experimental y el grupo control antes y después del tratamiento en la mayoría de las variables estudiadas.

Sin embargo, la puntuación media en la variable *cohesión familiar* sigue siendo mayor en el grupo control. Si que se aprecia un aumento de las puntuaciones medias pretratamiento/posttratamiento en la variable *cohesión* y *conflicto familiar*, pero este aumento no es estadísticamente significativo y por tanto, no se confirma dicha hipótesis, debido con mucha probabilidad al pequeño tamaño de la muestra, lo que lleva a deducir que aumentarían las diferencias, aumentando el número de participantes.

Observamos que a menor puntuación en *cohesión familiar*, menores niveles de *conflicto*. Dato lógico puesto que menos cohesión implica menos relación e interacción familiar, llegando a desaparecer el conflicto por la simple evitación del mismo.

Por otra parte, los padres y madres una vez finalizada la intervención, experimentan niveles altos de *ansiedad* a la hora de relacionarse de forma diferente con sus hijos/as adolescentes/jóvenes, sin embargo utilizan menos estrategias de afrontamiento agresivas al haber aprendido otros modos de afrontar menos violentos, reduciendo así el estrés familiar previniendo consumos y recaídas en sus hijos/as (Bray et al., 2001).

La *cohesión familiar* es importante para el correcto desarrollo del adolescente/joven. Es una de las variables protectoras para que el adolescente llegue a ser un adulto responsable en la sociedad (McCord, 1990). Además, las actitudes de los padres y madres son importantes en la prevención de las adicciones, ya que dependiendo de éstas en relación al consumo de drogas y alcohol, influirán de forma positiva o negativa en el desarrollo del problema adictivo, jugando un papel crucial la variable cohesión familiar (Engels, 2007; Järvinen y Room, 2007; Ledoux, Miller, Choquet, y Plant, 2002).

Con respecto a la **hipótesis tres** que afirma que:

Al mejorar el bienestar psicológico y familiar, aumenta las probabilidades que el adicto/a inicie tratamiento.

Se confirma con el estudio que los padres y madres que acaban el programa, tienen mayores probabilidades de resolver de forma exitosa la problemática con sus hijos/as al presentar menores niveles de *depresión* y de *estado ira*, y mayores niveles de

autoestima, lo que representa mejoras a nivel psicológico, familiar y social.

La aplicación del programa aumenta las probabilidades de que los familiares consumidores/as de drogas contacten con un recurso especializado para el tratamiento de su adicción.

Un 60% de las personas adictas de la muestra contactan con algún recurso especializado para el tratamiento de las adicciones, y el 40% restante, pese a no contactar con ningún recurso, mejoran su situación tras el programa, según las observaciones de sus familiares.

Por todo ello se concluye que el programa ayuda a motivar a los adolescentes/jóvenes consumidores de drogas a través de los padres y madres participantes a entrar en tratamiento. Este dato es muy relevante si tenemos en cuenta que normalmente sólo el 8,4% de los adolescentes consumidores de drogas y con necesidad de tratamiento para su adicción inician el mismo, según los datos extraídos del último informe publicado por el SAMHSA (2011).

Con respecto a la **cuarta hipótesis** del estudio que sostiene que:

Una vez finalizada la intervención se reducen las diferencias observadas entre los familiares con hijos/as no consumidores/as y los familiares con hijos/as consumidores/as.

En una primera medición se observan diferencias en prácticamente todas las medias de las variables analizadas entre ambos grupos, salvo en la variable *ansiedad estado* del STAI e *índice*

general de la ira del STAXI-2 (únicas similitudes entre ambos grupos).

En la medición post-tratamiento observamos como tales diferencias disminuyen. Las puntuaciones del grupo experimental se acercan a las del grupo control en la mayoría de las variables estudiadas.

La hipótesis puede confirmarse en parte, puesto que una vez finalizado el programa, estas diferencias se reducen en la mayoría de las variables, es decir, los padres y madres que acaban el programa de intervención CRAFT se acercan a las puntuaciones del grupo de padres y madres sin hijos/as consumidores/as. Sin embargo, este acercamiento aún no es lo suficientemente robusto, ya que continúan existiendo diferencias significativas entre ambos en algunas variables y por lo tanto esta mejora sigue siendo insuficiente. Hay que tener en cuenta la gran probabilidad de que estos resultados mejoren al ampliar la muestra (N=50), ya que la tendencia de los datos van encaminados en esa dirección.

Por lo tanto se concluye que en principio hay diferencias significativas en las puntuaciones de las variables analizadas (salvo *conflicto* y *cohesión*) entre ambos grupos de padres y madres evaluados, y que el programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004) parece reducir esas diferencias, acercando las puntuaciones de las variables estudiadas del grupo de padres y madres con hijos/as consumidores de los que no tienen el problema coincidiendo dichos resultados con otras investigaciones sobre la materia (Manuel et al., 2012).

Observaciones (e implicaciones) acerca de las edades de los padres y madres:

Los análisis realizados nos permiten apreciar que no existen diferencias significativas entre los grupos de edad de los padres y madres del grupo experimental, sucediendo lo mismo con respecto a las edades de los hijos/as consumidores/ras. Ello significa que la edad de los padres/madres e hijos/as parece no interferir en los resultados obtenidos.

El programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004) parece reducir las diferencias promedias una vez finalizada la intervención, ejerciendo un efecto beneficioso sobre los participantes independientemente de su edad.

Cuanto más jóvenes son los/las hijos/as que presentan algún problema de adicción, mayores parecen ser los niveles de conflicto familiar existes, aunque esta diferencia no es significativa.

Podemos concluir que los padres y madres sufren el problema de adicción de sus hijos/as consumidores/as, independientemente de la edad, aunque con el transcurso de los años de convivencia con el problema de la adicción de sus hijos/as, parece ser que se reducen de forma no significativa los niveles de conflicto familiar, pero también parece ser que disminuyen su autoestima. Esto puede ser debido a que hayan desarrollado herramientas positivas de afrontamiento para manejar el problema, o bien, que se hayan ido desvinculando afectivamente y emocionalmente del hijo/a consumidor/a de drogas, influyendo este hecho en su nivel de autoestima.

Según la interpretación global de los resultados obtenidos, parece tener más peso la segunda interpretación, que sostiene que los padres y madres se vayan desvinculando emocionalmente de sus

hijos/as o incluso han llegado a evitar el problema, interfiriendo este aspecto de forma negativa en su autoestima y como consecuencia en el resto de las variables analizadas.

Se demuestra por tanto que la edad de los familiares consumidores/as no interfiere en las puntuaciones de los participantes, afectando por igual a todos los rangos de edad de los padres y madres.

A la hora de prevenir la violencia doméstica, este dato respalda la importancia que tiene ofrecer programas estructurados como el CRAFT (Smith y Meyers, 2004) a padres y madres con hijos/as adolescentes, con el objeto de modelar nuevas herramientas y habilidades de afrontamiento para la educación de los mismos, reduciendo así las probabilidades de que se den estos comportamientos violentos intrafamiliares (tanto físicos como verbales), coincidiendo estos resultados con otras investigaciones sobre la materia (Kraanen, Vedel, Scholing y Emmelkamp, 2013).

Es por ello que se tendría que tener en cuenta esta variable, con el objeto de ofrecer un refuerzo con programas alternativos a los padres y madres de edad avanzada, con programas de Prevención de la depresión y/o programas dirigidos a aumentar la autoestima, entre otras.

5.2. Discusión

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo *“ayudar a familiares de adolescentes/jóvenes que presentan problemas de consumo de drogas a comprender las variables que inciden en el consumo de drogas de sus hijos/as, así como aprender*

herramientas psicológicas que les sirvan para el manejo del problema, aumentando así las probabilidades de sus familiares (hijos/as) consumidores a iniciar el tratamiento en una unidad de recursos especializada”.

Para ello, se establecen cuatro objetivos específicos:

- a. Mejorar el bienestar psicológico en familiares con hijos/as consumidores/as de drogas.
- b. Al mejorar el bienestar psicológico de los familiares se reducen los niveles de conflicto aumentando la cohesión familiar.
- c. Desarrollar competencias en los familiares que les permitan motivar al adicto/a a que acepte y lleve a cabo un tratamiento de rehabilitación.
- d. Reducir las diferencias observadas en las variables estudiadas entre familiares con adolescentes/jóvenes consumidores de drogas y los que no tiene ese problema con sus hijos/as.

Una vez finalizado el estudio y analizado los resultados, se vuelve a poner de relieve que la etapa de la adolescencia es una edad de alto riesgo, en la que suelen aparecer los problemas relacionados con el consumo de drogas (Chambers et al, 2003; Chen et al., 2009; Wittchen et al., 2008) y otros problemas de conducta (Krank et al., 2010). Estos consumos iniciales son predictores de futuros problemas con el consumo de drogas, así como con la justicia en la edad adulta (Gustavson et al., 2007), además de influir de forma negativa en la salud física (Malow et al., 2001), mental (Keaney, 2011), social (Anderson, 2010) y laboral (Hoffman et al.,

2007). Efectivamente el proceso de “*búsqueda de la autonomía personal*” en esta etapa aumenta el riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el consumo de drogas (Chambers, 2003; Chen et al, 2009; Wittchen et al., 2008). Tengamos en cuenta que aunque en la sociedad actual la visión de la adolescencia es un valor en alza (Obiols, 1992), imperan el individualismo, la competitividad, el consumismo y la desilusión hacia el futuro más próximo (Marina, 2005), que perjudican un desarrollo evolutivo adecuado, debido a las incongruencias entre valores y realidad (Martín, 2005) que se dan.

Según las investigaciones, la edad prematura de inicio al consumo de tabaco y alcohol aumenta el riesgo de consumir otras drogas como el cannabis (Becoña et al., 2011; Prince van Leeuwen et al., 2011). Cuanto antes se inicie el consumo de estas drogas, mayor es el riesgo de abuso y dependencia en la edad adulta (DeBry y Tiffany, 2008; King y Chassin, 2007; Zucker et al., 2006), Este consumo se relaciona, además, con el riesgo de padecer trastornos mentales (Chan et al., 2008; Rowe et al., 2004), incluyendo la esquizofrenia (Bukstein et al., 1989; Esterberg et al., 2009) y de enfermedades físicas graves (Deas-Nesmith et al., 1999). Además existe una relación muy estrecha entre la persona adicta y el bienestar de quienes la rodean (Collins et al., 1990; Orford y Harwin, 1982; Velleman et al., 1993).

Si el consumo se convierte en un trastorno por abuso de sustancias, se produce un deterioro importante en el comportamiento, al instaurarse la adicción tanto a nivel fisiológico como psicológico (Compton et al., 2007). La Teoría transteórica del cambio (Prochaska y DiClemente, 1983) nos muestra como el adicto va fluctuando entre los distintos estadios, entre una constante ambivalencia del adicto/a a dejar o continuar con el consumo de drogas. Éste es un momento óptimo para que la familia u otro agente

social ayude al/la adicto/a a tomar una decisión, motivándole al abandono del consumo, mientras le acompaña en todo el proceso terapéutico (Willams y Chang, 2000). Por los buenos resultados que muestran las investigaciones con adolescentes consumidores de drogas (Godley et al., 2003), lo mejor es empezar a intervenir en ese periodo ya que el pronóstico de recuperación es mayor que en la edad adulta (Dennis y Scott, 2007).

Los factores comentados anteriormente influyen de forma negativa sobre la salud y bienestar psicológico de los padres, madres y familiares más próximos (Schenker y Minayo, 2004), quienes sufren altos niveles de ansiedad, depresión, ira y conflicto familiar (Roozen et al., 2010) y bajos niveles de: *autoestima* y *cohesión familiar* (Miller et al., 1999). Esto hace que puedan experimentar indefensión, aumentando los niveles de depresión, coincidiendo los resultados obtenidos con otras investigaciones (Hunter et al., 2014). En lo referente a las variables familiares (*cohesión familiar* y *conflicto*), ha quedado demostrado, coincidiendo con otras investigaciones, la influencia que tienen con el consumo y abuso de sustancias, aumentando la probabilidad de padecer trastornos mentales (Nomura, Wickramaratne, Warner, Mufson y Weissman, 2002; Reinherz, Paradis, Giaconia, 2003). Así pues los resultados obtenidos en la muestra estudiada, ponen de relieve la importancia que tienen las variables psicológicas y familiares como cohesión familiar para prevenir el consumo de drogas, coincidiendo con otros resultados (Morehouse y Tobler, 2000) que respaldan las teorías que inciden en variables psicológicas y sociales para explicar el consumo de drogas en adolescentes/jóvenes (Engels, 2007; Järvinen y Room, 2007; Ledoux et al., 2002), siendo esta influencia mayor que la influencia genética/hereditaria (Hawkins, Catalano y Miller, 1992), y esto nos permite refutar otras investigaciones que dan mayor peso a

este factor (Chassin et al., 2004; Chen et al., 2010; Tildesley y Andrews, 2008). Otras investigaciones constatan estos resultados, así como la relación del problema del consumo de drogas con mayores episodios de violencia doméstica y por tanto mayores niveles de estrés (Billings et al., 1979; Cronkite y Moos, 1980; Filstead et al., 1981; Finney et al., 1983; Hirschfeld et al., 1989; Jacob et al., 1991; James y Goldman, 1971; Moos et al., 1982; O'Farrell y Birchler, 1987; Orford et al., 1976; Montgomery y Johnson, 1992). Por supuesto hay que tener en cuenta que las malas relaciones familiares (Appel, 2004) y el estrés familiar percibido son factores que aumentan el consumo de drogas en adictos (Fals-Stewart et al., 2009), siendo el riesgo mayor en el caso de jóvenes/adolescentes (Handelsman et al., 2005). Si los padres padecen una psicopatología, existe un alto índice de conflicto familiar al ser la relación entre padres e hijos/a distante (Tobler y Komro, 2010). Otras investigaciones muestran que una historia de alcoholismo familiar previo, hace que aumenten las probabilidades de que haya un adicto en la familia (Chassin et al., 2004; Chen et al., 2010; Tildesley y Andrews, 2008,). Todo ello aumenta las probabilidades de consumo de drogas y de recaídas durante el proceso de recuperación (Brown et al., 1995; Kogan y Jacobson, 1965; Moos et al., 1982), además de producir un gran estrés en las relaciones de pareja (Thomas et al., 1993), lo que causa un bucle o círculo vicioso entre consumo y estrés familiar (O'Farrell y Fals-Stewart, 2006).

Resultan relevantes las investigaciones que demuestran que el consumo elevado de alcohol de un familiar, tiene efectos negativos sobre el resto de los miembros de la familia, (Billings et al., 1979; Cronkite y Moos, 1980; Filstead et al., 1981; Finney et al., 1983; Hirschfeld et al., 1989; Jacob et al., 1991; James y Goldman, 1971; Montgomery y Johnson, 1992; Moos, Bromet, Tsu y Moos, 1979;

O'Farrell y Birchler, 1987; Orford et al., 1976). Estos efectos negativos se parecían en adictos/as de cualquier tipo de droga (Gibson et al., 1992; Penk et al., 1979; Spear y Mason, 1991; Romijn et al., 1992). Por supuesto hay que tener en cuenta que las malas relaciones familiares (Appel, 2004) y el estrés familiar percibido son factores que aumentan el consumo de drogas en adictos (Fals-Stewart et al., 2006), siendo el riesgo mayor en el caso de adolescentes/jóvenes (Handelsman et. al., 2005). Si los padres padecen una psicopatología, existe un alto índice de conflicto familiar al ser la relación entre padres e hijos/a distante (Tobler y Komro, 2010). Otras investigaciones muestran que una historia de alcoholismo familiar previo, hace que aumenten las probabilidades de que haya un adicto en la familia (Chassin et al., 2004; Chen et al., 2010; Tildesley y Andrews, 2008). Todo ello aumenta las probabilidades de consumo de drogas y de recaídas durante el proceso de recuperación (Brown et al., 1995; Kogan y Jacobson, 1965; Moos et al., 1982), además de producir un gran estrés en las relaciones de pareja (Thomas et al., 1993), lo que causa un bucle o círculo vicioso entre consumo y estrés familiar (O'Farrell y Fals-Stewart, 2006).

Los datos obtenidos muestran una vez más que cuando se abandona el consumo, se produce una mejora a nivel psicológico, en la cohesión y en el periodo de abstinencia del familiar consumidor (Kang et al., 1991), lo que establece una relación directa entre las relaciones familiares y el uso/abuso de drogas (Fals-Stewart y Clinton-Sherrod, 2009).

Se ha comprobado una vez más que la influencia negativa que tiene el consumo de drogas de los hijos/as sobre el bienestar psicológico y familiar del resto de los miembros, coincidiendo con otras investigaciones (Guo y Slesnick, 2011). Influyendo de forma

negativa en la calidad de vida de los progenitores, coincidiendo con otros resultados (Marcon et. al, 2012). Por todo ello se han encontrado diferencias, algunas de ellas significativas, entre los grupos experimental y control, tanto en las variables de carácter psicológico, como en las variables familiares, coincidiendo tales resultados con los de otras investigaciones sobre la materia (Cirillo, Berrini, Cambiaso, y Mazza, 1999; Hidalgo, Santis, Rodríguez, Hayden y Anselmo, 2008; Miller et al., 1999). Las diferencias más notables entre ambos grupos son, por una parte, los bajos niveles en autoestima (Skager y Kerst, 1989), que influyen negativamente en la autoeficacia de los padres y madres a la hora de resolver y manejar los problemas (Maciejewski, 2000). Además la autoestima es una puntuación excelente para predecir la depresión (Kernis et al., 1991), siendo importante para el bienestar psicológico del familiar (Robins et al., 2001). Por otra parte los mayores niveles de conflicto familiar en las familias con hijos/as consumidores de drogas se aprecian en la presente investigación (Meyers y Wolfe, 2004). Tanto determinan ambas variables, autoestima y conflicto familiar, que sólo con sus puntuaciones podemos discernir si un padre o madre pertenece a un grupo o a otro del estudio. Así pues, el hecho de que un padre o madre obtenga bajas puntuaciones en autoestima y alto nivel de conflicto, podría ser predictor de que éstos tengan un hijo/a adolescente/joven con problemas de consumo de drogas.

También se ha constatado que el tipo de relación que se establece entre los progenitores y sus hijos/as adolescentes es importantísima a la hora de prevenir problemas relacionados con el consumo y abandonos del hogar (Edidin et al., 2012), coincidiendo los datos con algunas investigaciones que encuentran una relación directa del consumo de alcohol y drogas de adolescentes, cuyos padres y madres tienen un patrón educativo inadecuado (Barnes et

al., 2000; Clark et al., 2005; Dodge et al., 2009). Ciertamente la familia puede ayudar a corregir conductas inadecuadas como el consumo de drogas (Paradis et al., 2009), y mejorar las relaciones entre los miembros consumidores y no consumidores, aumentando así el porcentaje de éxito terapéutico (O'Farrell, y Clements, 2012). La familia puede incluso prevenir el consumo de drogas mediante un estilo educativo democrático (Baumrind, 1971; Steinberg, 2001) que favorezca en los hijos la obtención de mejores logros académicos, relaciones más positivas con sus iguales, menos conductas delictivas y bienestar psicológico (Driscoll et al., 2008). El estilo más equilibrado y el que mejor previene para el consumo de drogas en los hijos/as adolescentes es el democrático (Shakya et al., 2011). Así pues la inclusión y participación familiar, causan efectos muy positivos en la recuperación de los adictos/as (Henderson et al., 2010; Liddle y Dakok, 1995), más en poblaciones de origen latino, donde la familia es más valorada (Szapocznik y Williams, 2000). Pero del mismo modo es cierto que la problemática que presentan los niños/as y adolescentes suele tener sus raíces en interacciones familiares desadaptativas (Liddle, 2002) y que la familia puede contribuir a empeorar la situación del/la adolescente/joven consumidor/a si las relaciones son negativas (Edidin et al., 2012). Y esta falta de habilidad de los padres y madres para interactuar con sus hijos/as puede ser mejorada a través del aprendizaje de distintas estrategias y herramientas psicológicas, lo que les ayudará a afrontar las conductas adictivas de sus hijos/as (Smith y Meyers, 2004). Las pautas educativas erróneas son un importante factor de riesgo (Barnes, 2000; Clark et al., 2005; Dodge et al., 2009).

Las consecuencias negativas del consumo, no sólo se aprecian en los padres y madres, sino que también es evidente en los adolescentes/jóvenes consumidores de drogas, ya que el

consumo influye negativamente en sus vidas a todos los niveles, apreciándose un aumento de los trastornos relacionados con el consumo (Chambers et al., 2003; Chen et al., 2009; Wittchen et al., 2008), problemas relacionados con la salud mental (Keaney, 2011) y problemas a nivel socio-académico-laboral (Anderson, 2010; Hoffman et al., 2007) e incluso a nivel somático ya que este efecto negativo, no sólo se aprecia en las variables psicológicas y familiares analizadas, sino incluso en variables fisiológicas, mostrando los padres y madres del grupo experimental mayores niveles de arousal en las distintas respuestas emocionales producidas por el consumo de sus hijos/as, niveles muy elevados de su tasa cardiaca y mayores niveles de cortisol en sangre, entre otros (Chaplin et al., 2012).

Por otra parte, desde los años 90, las investigaciones demuestran la efectividad de utilizar a la familia para acercar a los/las adolescentes al tratamiento (Waldron, 1997; Williams et al., 2005), al ejercer más influencia que otras instituciones a la hora de motivar al joven para ello (Marlowe et al., 1996). Un/a adolescente consumidor/a de drogas no acepta un tratamiento de no ser presionado desde varios ámbitos, incluido el familiar (Battjes et al., 1999) debido a su resistencia a entrar en el mismo (Waldron, Jones, Turner, Peterson y Ozechowski, 2007).

El programa "*Community Reinforcement Approach*" (Azrin et al., 1982; Hunt y Azrin, 1973; Miller y Meyers, 1999) fue uno de los primeros que amplió el abordaje terapéutico individual centrándose en la importancia del papel de la familia en el proceso. Se fueron dejando otras aproximaciones terapéuticas de carácter individual (Liddle y Dakof, 1995), ya que las intervenciones que incluyen a la familia en el tratamiento del/la adicto/a son exitosas (Slesnick et al., 2007), por lo que ésta debe ser parte activa en la recuperación del adolescente/joven adicto/a (Ramos-Quiroga et al., 2011), al

proporcionar mejores resultados que con un tratamiento individual (Baldwin et al., 2012), y este es motivo suficiente para buscar la colaboración de la familia del/la adicto/a en el proceso de motivación y superación de barreras (Lefio et al., 2013). Los resultados obtenidos en diferentes estudios son prometedores (Godley et al., 2014), como los que muestran que un 64% de los consumidores/as de drogas entran en tratamiento a través de estos programas que tienen en cuenta a la familia, frente al 17% de otros abordajes terapéuticos como los grupos de autoayuda (Kirby et al., 1999). La investigación refuerza la importancia de la familia y sus valores (Coley et al., 2008). Otros estudios muestran elevados porcentajes que oscilan entre el 55% y el 86% (Dutcher et al., 2009) con altos niveles de retención de los adictos/as en el tratamiento independientemente de la sustancia consumida (Brigham, 2014).

Las tradicionales acciones terapéuticas basadas en el abordaje de los grupos Al-Anon (1971), dificultaban el trabajo con adolescentes/jóvenes (Azrin et al., 1994). Además los abordajes terapéuticos basados en la confrontación (como alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos), deben evitarse en lo posible por las influencias negativas que el grupo puede ejercer sobre el/la adolescente/joven (Kelly et al., 2011). Las investigaciones demuestran la inadecuación de las terapias basadas en la confrontación y el castigo para el tratamiento de los/las adictos/as (Miller y Willbourne, 2002; Miller et al., 1998). Una alternativa más adecuada es la ya mencionada de dar un papel más activo y comprensivo a las familias (Fernández-García, et al., 2011), siendo imprescindibles en la detección, prevención, y corrección de pautas inadecuadas de comportamiento. Se superan así los resultados del tratamiento individual (Baldwin et al., 2012), al facilitar que el/la joven llegue a aceptar un tratamiento (Godley et al., 2013), reducir el

consumo de drogas (Slesnick et al., 2013) y alejarlos de entornos y amistades relacionadas con el mismo (Godley et al., 2014), ya que de no ser así se agrava la situación (Piehler y Dishion, 2014). Esto favorece la recuperación del adolescente consumidor de drogas (Ramos-Quiroga et al., 2011).

Confirmamos así, con nuestro estudio, otras investigaciones en la materia que aconsejan hacer partícipes a los familiares directos en el tratamiento (Henderson et al., 2010; Liddle y Dakof, 1995). Los datos demuestran que su colaboración activa produce resultados terapéuticos beneficiosos en los consumidores/as de drogas (O'Farrell y Clements, 2012; Slesnick et al., 2013). A este respecto se aprecia que al finalizar la intervención con el programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004), se reducen las puntuaciones medias en las variables analizadas, ejerciendo un efecto beneficioso en variables psicológicas tan importantes como la *autoestima*, *depresión* y el *rasgo ira* sobre los participantes, no pareciendo influir la variable edad en esas mejoras. Los datos resultan relevantes a la hora de analizar la tendencia y gravedad de la situación psicológica y familiar, lo que permitirá desarrollar en un futuro programas de prevención y tratamiento adecuados a las necesidades reales de las familias que presentan dicho problema con sus hijos/as adolescentes/jóvenes.

Además el estudio ha demostrado que a través de la intervención psicológica, utilizando el programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004) con un formato grupal estructurado de diez sesiones, es posible que los padres y madres con hijos/as adolescentes/jóvenes que presentan conductas adictivas, aprendan herramientas y estrategias en el abordaje del problema, aumentando así las puntuaciones en las variables indicadoras del bienestar psicológico y familiar, coincidiendo estos datos con otras investigaciones (Manuel et al., 2012). Este aumento, aunque tímido, debido principalmente al

tamaño de la muestra (pocos casos estudiados), ha sido suficiente al menos en variables psicológicas tan importantes como *autoestima*, *depresión* e *ira estado*.

Los resultados del estudio son esperanzadores al mostrar un aumento en las puntuaciones medias de las variables psicológicas y familiares indicadoras de bienestar, y una reducción en las puntuaciones medias de las que interfieren en el mismo, lo que nos anima a continuar en dicha línea de investigación, incrementando el número de participantes, eso si, con el objeto de afianzar dichos resultados y mejoras, que van en la misma línea de los de los autores que desarrollaron los programas CRA y CRAFT (Azrin et al., 1982; Hunt y Azrin, 1973; Meyers et al., 2011; Roozen et al., 2010; Smith et al., 1998; Smith y Meyers, 2004).

Se ha demostrado que es posible que las personas con adicción accedan e inicien tratamiento a través de la motivación y ayuda de sus familiares más próximos y queridos (Meyers et al., 1999; Sisson y Azrin, 1986; Smith y Meyers, 2004) y que este abordaje “*colaborativo*” se muestra más eficaz y efectivo que otros abordajes que utilizan la confrontación y la culpa para producir el cambio en el/la adicto/a y en sus familiares (Miller, 2003; Trujols y Pérez de los Cobos, 2005). Los resultados se acercan a otros obtenidos en estudios que han utilizado el mismo abordaje familiar (Dutcher et al., 2009; Kirby et al., 1999), siendo este dato importante por ser el punto de partida para la resolución de un problema tan grave para la sociedad actual (OEDT, 2012) como es el consumo de drogas.

Según muestran la mayoría de los estudios analizados es adecuado utilizar programas de intervención basados en la familia, desmontando uno de los principales handicaps para el tratamiento de las adicciones que es “la no conciencia de enfermedad o problema”

que tiene el/la adicto/a, incrementándose ésta en adolescentes/jóvenes que presentan conductas adictivas (SAMHSA, 2011).

Como conclusión general podemos afirmar que la intervención familiar en adicciones se ha mostrado una vez más beneficiosa para la recuperación del adolescente/joven consumidor de drogas (Haller et al., 2014) y que el programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004) se ha mostrado adecuado para el tratamiento psicológico y familiar de padres y madres con hijos/as adolescentes/jóvenes consumidores de drogas analizados, coincidiendo con otras investigaciones (Godley et al., 2003). Esto es debido a que influye de forma beneficiosa en las puntuaciones de variables psicológicas relacionadas con la salud mental como la *autoestima*, *depresión* e *ira estado*, coincidiendo estos datos con investigaciones actuales (Guo et al., 2014), así como en las familiares, reduciendo al menos en parte, el nivel de *conflicto familiar* y aumentando la *cohesión familiar* existente entre sus miembros (Meyers et al., 1998, 1999).

Resaltar para finalizar que el programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004) ayuda a que los padres y madres participantes aprendan herramientas psicológicas que motiven a sus hijos/as adolescentes/jóvenes consumidores de drogas a contactar con recursos especializados en el tratamiento para su adicción (principal objetivo del programa), coincidiendo los resultados con otras investigaciones en población anglosajona (Guo et al., 2014; Manuel et al., 2012; Roozen et al., 2010; Waldron et al., 2007) y latina (López, Bruzzone, Krebs y Castro, 2013). Además los resultados se acercan a los obtenidos en intervenciones con consumidores de drogas adultos (Piehler, Véronneau y Dishion, 2012), aumentando así las probabilidades de éxito terapéutico (Lefio et al., 2013). Los resultados muestran además que ayuda, reduciendo el consumo y aumentando los días de abstinencia en los adolescentes/jóvenes,

coincidiendo estos resultados con otras investigaciones (Godley et al., 2014; Smith et. al., 2014), desvinculando además a los adolescentes/jóvenes del entorno social de consumo y aumentando las probabilidades de abandono (Piehler y Dishion, 2014) y manteniéndolos más tiempo en tratamiento incluso en población adicta a los opioides (Brigham et al., 2014).

5.3. Aportaciones e Implicaciones prácticas

La presente investigación pretende ampliar el abordaje terapéutico para familias con adolescentes/jóvenes con problemas de consumo de drogas a través de un programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004) que ha demostrado ser beneficioso para el abordaje terapéutico de este tipo de población, teniendo las siguientes implicaciones prácticas:

- Aumenta las probabilidades de que los jóvenes/adolescentes acudan a un centro especializado e inicien el tratamiento para su adicción.
- Los familiares que acaban el programa de intervención, mejoran significativamente en variables psicológicas tan importantes como *autoestima*, *depresión* e *ira (estado)* acercándose estas mejoras a las puntuaciones de familiares que no tienen ningún hijo/a adolescente/joven con conductas adictivas.
- Otra aspecto práctico extraído del estudio es la importancia que tiene la variable conflicto familiar y autoestima en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de drogas, ya que con ambas puntuaciones ya se puede predecir, si un familiar tiene o no tiene hijos/as con problemas de consumo de

drogas, animando a investigar más sobre el tema con el objeto de realizar programas preventivos para estos familiares.

- Destacar que los familiares que tienen hijos/as adolescentes/jóvenes consumidores de drogas, experimentan altos niveles de conflicto, ansiedad e ira, aumentando así la probabilidad de que se produzca en el seno familiar algún tipo de violencia física o verbal. Es por ello, que se deben ofrecer programas estructurados que ayuden en la prevención de la violencia, ofreciéndoles alternativas de conducta más constructivas.
- El programa parece beneficiar a todos los participantes independientemente de la variable edad.
- Aplicar programas de prevención del conflicto familiar, en padres y madres con adolescentes/jóvenes consumidores de drogas independientemente de la edad, dado que parece no influir esta variable en los niveles de conflicto al menos en la muestra estudiada.
- Sería recomendable introducir en el programa el aprendizaje de distintas técnicas de relajación, por parte de los padres con familiares consumidores ya que este grupo muestran niveles más altos de ansiedad (tanto estado como rasgo).
- Aplicando el programa CRAFT (Smith y Meyers, 2004) se reduciría las consultas médicas y psicológicas de padres y madres con algún hijo/a consumidor de drogas, debido al estrés producido por dicha problemática, reduciendo así costes sanitarios importantes así como bajas laborales.
- Se reduciría con mucha probabilidad el consumo de fármacos, como ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, entre otros, en familiares que presentan dicho problema.

Por todo ello, el presente programa de intervención se muestra beneficioso, pudiéndose utilizar tanto en recursos especializados en la prevención como en el tratamiento de las adicciones. Además puede ser utilizado en otros contextos relacionados con el manejo de las adicciones o incluso se puede ampliar el espectro de tratamiento y aplicarlo con cualquier tipo de problema de conducta adolescente/juvenil en general por las características tan similares que presentan.

5.4. Limitaciones del estudio

Aunque los resultados obtenidos, animan a seguir investigando en esta línea, al confirmarse la mayoría de las hipótesis planteadas en el estudio, no son del todo concluyentes por la falta de extrapolación, debido principalmente al tipo de diseño de investigación y al tamaño de la muestra.

Otras limitaciones del trabajo de investigación son:

- Falta de extrapolación por el tipo de investigación.
- Falta de aleatoriedad de la muestra seleccionada.
- El número de muestra no es lo suficientemente elevada.
- El posible fenómeno de aquiescencia a la hora de contestar los cuestionarios.
- Faltan datos del seguimiento a 6 y 12 meses una vez finalizada la intervención.
- Falta desarrollar una estructura terapéutica para la atención de los adolescentes/jóvenes consumidores de drogas que permita continuar con el programa hasta la total recuperación del mismo.

REFERENCIAS

- Al-Anon (1971). *Al-Anon family treatment tool in alcoholism*. New York: Al-Anon Family Group Headquarters.
- Alexander, J. y Parsons, B. (1973). Short-term Behavioral Intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*, 81(3), 219-225.
- Alexander, J. y Parsons, B.V. (1982). *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- American Psychiatric Association (Ed.). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5*. American Psychiatric Association.
- Andreson, K.G., Ramo, D.E., Cummins, K.A., Brown, S.A. (2010). Alcohol and involvement after adolescent treatment and functioning during emerging adulthood. *Drug Alcohol Depend*, 40, 9-15.
- Anuario Estadístico del Ministerio del Interior, 2012. Madrid: Ministerio del interior.
- Apple, P.W., Ellison, A.A., Jansky, H.K. y Oldak, R. (2004). Barriers to enrollment in drug abuse treatment and suggestions for reducing them: Opinions of drug injecting street outreach clients and other system stake-holders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(1), 129-153.
- Attkisson, C.C. y Greenfield, T.K. (1994). Client Satisfaction Questionnaire-8 and Service Satisfaction Scale-30.
- Austin, A.M., MacGowan, M.J. y Wagner, E.F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 15(2), 67-83.
- Avellaneda, A.S., Pérez, M.E.G. y Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22(2), 189-195.
- Azrin, N.H, Sisson, R. W., Meyers, R. J., y Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105-112.
- Azrin, N.H., Acierno, R., Kogan, E.S., Donohue, B., Besalel, V.A., McMahon, P.T. (1996). Follow-up results of Supportive versus Behavioral Therapy for illicit drug use. *behavior resource therapy*, 34(1), 41-46.

- Azrin, N.H., Donohue, B., Besalel, V.A., Kogan, E.S. y Acierno, R. (1994). Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 1-66.
- Baanders, A.N. y Heijmans, M.J. (2007). The impact of chronic diseases: the partner's perspective. *Family and community health*, 30(4), 305-317.
- Baldwin, S., Christian, S., Berkeljon, A., y Shadish, W. (2012). The effects of family therapy for adolescent delinquency and substance abuse: A meta analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281-304.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Barnes, G.M., Reifman, A.S., Farrel, M.P. y Dintcheff, B.A. (2000). The effects of parenting on the development of adolescent alcohol misuse: A six-year wave latent growth model. *Journal of Marriage and Family*, 62(1), 175-186.
- Barton, C., Alexander, J., Waldron, H., Turner, C. y Warburton, J. (1985). Generalizing treatment effects of Functional Family Therapy: Three replications. *American Journal of Family Therapy*, 13, 16-26.
- Battjes, R.J., Gordon, M.S., O'Grady, K.E., Kinlock, T.W., Katz, E.C. y Sears, E.A. (2004). Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 123-134.
- Battjes, R.J., Onken, L.S. y Delany, P.J. (1999). Drug abuse treatment entry and engagement: Report of a meeting on treatment readiness. *Journal of Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Baum, C.G., y Forehand R.L. (1981). Long-Term Follow-Up Assessment of Parent Training by Use of Multiple-Outcome Measures. *Behavior Therapy*, 12, 643-52.
- Baumrid, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35, 639-650.
- Beck, A.T. (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia, PA: Center of Cognitive Therapy.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Becoña, E., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez, U., Osorio, J., Fraga, J., et al. (2011). Borracheras, conducción de vehículos y relaciones sexuales en jóvenes consumidores de cocaína y éxtasis [Drunkness, driving and sexual relations in young cocaine and ecstasy users]. *Adicciones*, 23, 205-218.

- Bermúdez-Moreno, J. (1978). Ansiedad y rendimiento. *Revista Psicología General y aplicada*, 151, 183-207.
- Bernstein, E. y Bernstein, J.(2009). *Evolution of an emergency department-based collaborative intervention for excessive and dependent drinking: From one institution to nationwide dissemination, 1991-2006*. In C. J. Cherpitel, G. Borges, N. Giesbrecht, D. Hungerford, M. Peden, V. Poznyak, R. Room y T. Stockwell (Eds.), *Alcohol and injuries: Emergency department studies in an international perspective* (pp. 175-180). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Billings, A.G., Kessler, M., Gomberg, C.A., Weiner, S., (1979). Marital conflict resolution of alcoholic and nonalcoholic couples during drinking and nondrinking sessions. *Journal Study of Alcohol*, 40(3), 183-195.
- Brannigan, B.R., Schackman, M., Falco, M. y Millman, R.B. (2004). The quality of highly regarded adolescent substance abuse treatment programs: Results of an in-depth national survey. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 904-909.
- Bray, J., Adams, G., Getz, J. y Stovall, T. (2001). Interactive effects of individuation, family factors, and stress factors on adolescents alcohol use. *American Journal Orthopsychiaty*, 71. 436-449.
- Breuk, R., Sexton, T., Van Dam, A., Disse, C., Doreleijers, T. y Slot, W. (2006). The implementation and the cultural adjustment of functional therapy in a Dutch psychiatric day-treatment center. *Jornal of Marital and Family Therapy*, 32(4), 515-529.
- Brigham, G.S., Slesnick, N., Winhusen, T.M., Lewis, D.F., Guo, X., y Somoza, E. (2014). A randomized pilot clinical trial to evaluate the efficacy of Community Reinforcement and Family Training for Treatment Retention (CRAFT-T) for improving outcomes for patients completing opioid detoxification. *Drug and alcohol dependence*, 138, 240-243.
- Brown, B.S., O'Grady, K.E., Battjes, R.J., Farrell, E.V., Smith, N.P. y Nurco, D.N. (2001). Effectiveness of a stand-alone aftercare program for drug-involved offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 185-192.
- Brown, T.G., Kokin, M., Seraganian, P. y Shields, N. (1995). The role of substance abusers in treatment: gender differences. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 223-229.
- Bukstein, O.G., Brent, B.A. y Kaminer, Y. (1989). Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *American Journal Psychiatry*, 146(9), 1131-1141.

- Carroll, K.M. y Onken, L.S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1452-1460.
- Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO). Secretaría de Estado de Seguridad. Estadística anual sobre drogas 2010. Madrid: Ministerio del Interior, 2011.
- Chambers, R., Taylor, J.R. y Potenza, M.N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1041-1052.
- Chan, Y., Dennis, M.L., y Funk, R.R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Treatment*, 34, 14-24.
- Chaplin, T.M., Sinha, R., Simmons, Healy, S.M, Mayes, L.C., Hommer, R.E. y Crowley, M.J. (2012). Parent-adolescent conflict interactions and adolescent alcohol use. *Addictive Behaviors*, 605-612.
- Chassin, L., Flora D.B. y King, K.M. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: The effects of familial alcoholism and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 483-498.
- Chen, C, Gance-Cleveland, B., Kopak, A., Hass, S., Gillemore, M.R. (2010). Engaging families to prevent substance use among Latino youth. *Journal Spec. Pediatric Nurse*, 1, 324-328.
- Chen, C., Storr, C.L. y Anthony, J.C. (2009). Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addictive Behaviour*, 34, 319-322.
- Chiauzzi, E., Green, T.C., Lord, S. Christina Ma, T. y Goldstein, M. (2005). My Student Body: A High-Risk Drinking Prevention Web Site for College Students. *Journal of American College Health*, 53:6, 263-274, DOI: 10.3200/JACH.53.6.263-274.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., y Mazza, R. (1999). *Una Mirada a la literatura* [A look into literature]. In S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, y R. Mazza (Eds.), *La familia del toxicodependiente* (The family of the drug addict) (pp. 21-45). Barcelona: Paidós.
- Clark, D.B., Thatcher, D.L. y Maisto, S.A. (2005). Supervisory neglect and adolescent alcohol use disorders: Effects of AUD onset and treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1737-1750.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: L. Erlbaum Associates.

- Coley, R.L., Votruba-Drzal, E., y Schindler, H.S. (2009). Fathers' and mothers' parenting predicting and responding to adolescent sexual risk behaviors. *Child development*, 80(3), 808-827.
- Collins, R.L., Leonard, K.E. y Searles, J.S. (1990). *Alcohol and the family: research and clinical perspectives*. New York: Guilford Press.
- Compton, W.M., Thomas, Y.F., Stinson, F.S., y Grant, B.F. (2007). *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States*. Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 566-576.
- Consejo General del Poder Judicial. (2013). *Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia doméstica*. Actualización. http://www.observatoriovioencia.org/upload_images/File/DOC1373631687_Guiacriterios%20actuacionviolenciageneroactual2013.pdf
- Copello, A. y Orford, J. (2002). Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence?. *Addiction*, 97, 1361-1363.
- Copello, A.G., Velleman, R.D. y Templeton, L.J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24, 369-385.
- Cortés Tomás, M.T. y Pascual Pastor, F. (coords). (2005). *Incumplimiento de propósitos en drogodependencias*. Barcelona: Radom House Mondadori.
- Cortés Tomás, M.T., Giménez Costa, J.A., Motos Sellés, P., Cadaveira Mahía, F. (2014). Importancia de las expectativas en la relación entre impulsividad y consumo intensivo de alcohol en universitarios. *Adicciones*, 26,2.
- Craig, G.J. (1997). *Desarrollo psicológico (7ª ed.)*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Cronkite, R. y Moos, R.H., (1980). The determinants of post-treatment functioning of alcoholic patients: a conceptual framework. *Journal Cons. Clin. Psychol*, 48, 305-316.
- CSAT. (2004). *Substance abuse treatment and family therapy*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 39. DHHS Pub. (SMA) 04-3957. Rockville, MD: CSAT.
- Curbow, B. y Somerfield, M. (1991). Use of the Rosenberg Self-esteem Scale with adult cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 113-131.
- Curtis, N.M., Ronan, K.R. y Borduin, C.M. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.

- D'Zurrilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Dakof, G.A., Cohen, J.B. y Duarte, E. (2009). Increasing family reunification for substance-abusing mothers and their children: Comparing two drug court interventions in Miami. *Juvenile and Family Court Journal*, 60(4), 11-23.
- Dakof, G.A., Quille, T.J., Tejada, M.J, Alberga, L.R., Bandstra, E. y Szapocznik, J. (2003). Enrolling and retaining mothers of substance-exposed infants in drug abuse treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 764-772.
- Daley, D.C. y Raskin, M.S. (1991). *Treating the chemically dependent and their families*. Sage Publications.
- De la Rosa, M. (2002). Acculturation and Latino adolescents' substance use: a research agenda for the future. *Substance Use Misuse*, 37, 429-456.
- Deas-Nesmith, D., Brady, K.T., White, R. y Campbell, S. (1999). HIV-risk behaviors in adolescent in adolescent substance abuser. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 169-172.
- DeBry, S.C. y Tiffany, S.T. (2008). Tobacco-induced neurotoxicity of adolescent cognitive development (TINACD): A proposed model for the development of impulsivity in nicotine dependence. *Nicotine and Tobacco Research*, 10, 11-25.
- DeMarce, J.M., Lash, S.J., Stephens, R.S., Grambow, S.C. y Burden, J.L. (2008). Promoting continuing care adherence among substance abusers with co-occurring psychiatric disorders following residential treatment. *Addictive Behaviors*, 33(9): 1104-12.
- Dennis, M. y Scott, C.K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addiction Science and Clinical Practice*, 4(1), 45-55.
- Dennis, M., Godley, S.H., Diamond, G., Tims, F.M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J.C., Kammerer, Y., Webb, C., Hamilton y N., Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of substance abuse treatment*, 27(3),197-213.
- Dennis, M., Titus J.C., Diamond G., Donaldson J., Godley S.H., Tims F.M., Webb, C., Kammerer, Y., Babor T., Roebuck M.C., Godley, M.D., Hamilton, N., Liddle, H., Scott, C.K.; C.Y.T. Steering Committee. (2002). *The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans*. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 16-34.

- Department of Defense and Department of Veterans Affairs (2009). *VA/ DOD clinical practice guidelines for treatment of substance use disorders: Version 2.0*. Estraído de http://www.healthquality.va.gov/Substance_Use_Disorder_SUD.asp.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Dodge, K.A., Malone, P.S., Lansford, J.E., Miller, S., Pittit, G.S. y Bates, J.E. (2009). A dynamic cascade model of the development of substance-use onset. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 74, 71-74.
- Donohue, B. y Azrin, N.H. (2011). *Family Behavior Therapy: A Step-By-Step Approach to Adolescent Substance Abuse*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Dorn, N., Ribbens, J. y South, N. (1987). Coping with a nightmare: family feelings about long-term drug use. London: *Institute for the Study of Drug Dependence*.
- Driscoll, A.K., Russell, S.T. y Crockett, L.J. (2008). Parenting styles and youth well-being across immigrant generations. *Journal of Family Issues*, 29(2), 185-209.
- Dutcher, L.W., Anderson, R., Moore, M., Luna-Anderson, C., Meyers, R.J., Delaney, H.D. (2009). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): An effectiveness study. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, 2, 82-93.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Edidin, J.P., Ganim, Z., Hunter, S.J. y Karnik, N.S. (2012). The mental and physical health of homeless youth: a literature review. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(3), 354-375.
- Engles, R.C.M.E., De Leeuw, R.N.H., Poelen, E.A.P., Van Der Zwaluw, C.S. y Van Leeuwe, J.F.W. (2007). The impact of parents on adolescents drinking and friendship selection processes. In M. Järvinen y R. Room (Eds.). *Youth drinking cultures: European experiences* (págs. 101-118). Aldershot: Ashgate.
- Epstein, E.E. y McCrady, B.S. (1998). Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: Current status and innovations. *Clinical Psychology Review*, 18, 689-711.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Esterberg, M.L., Goulding, S.M., McClure-Tone, E.B., y Compton, M.T. (2009). Schizotypy and nicotine, alcohol, and cannabis use in a nonpsychiatric sample. *Journal of Addictive Behaviors*, 34, 374-379.

- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Annual report: the state of the drugs problem in Europe. Lisboa: EMCDDA, 2012.
- Fallot, R.D. y Harris, M. (2002). The Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM): conceptual and practical issues in a group intervention for women. *Journal of Community Mental Health*, 38(6): 475-85.
- Fals-Stewart, W. y Clinton-Sherrrod, M. (2009). Treating intimate partner violence among substance-abusing dyads: The effects of couples therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 257-263.
- Fals-Stewart, W. y O'Farrell, T.J. (2003). Behavioral family counseling and naltrexone for male opioid dependent patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 432-442.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G.R. y Kelley, M.L. (2006). Learning sobriety together: A randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74, 579-591.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G.R. y O'Farrell, T.J. (1999). Drug abusing patients and their intimate partners: Dyadic adjustment, relationship stability, and substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 11-23.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G.R. y O'Farrell, T.J. (1996). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: Effects on relationship adjustment and drug-use behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 959,972.
- Fals-Stewart, W., Kashdan, T.B., O'Farrell, T.J. y Birchler, G.R. (2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 87-96.
- Fals-Stewart, W., Lam, W. y Kelly, M. (2009). Learning sobriety together: Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Family Therapy*, 31, 115-125.
- Fernández-García, G.; Sánchez-Hervás, E., García-Rodríguez, O. y Secades-Villa, R. (2011). *Terapias basadas en la familia en el tratamiento de las adicciones*. En: Pedrero Pérez, E.J. Neurociencia y Adicción (p. 267-276). Sociedad Española de Toxicomanías (SET).
- Filstead, W., McElfresh, O. y Anderson, C. (1981). Comparing the family environments of alcoholic and 'normal' families. *Journal of Alcohol Drug Education*, 26, 24-31.

- Finney, J., Moos, R., Cronkite, R. y Gamble, W. (1983). A conceptual model of the functioning of married persons with impaired partners: the spouses of alcoholic patients. *Journal of Marriage Family*, 45, 23-34.
- Forehand, R.L. y Long, N. (1988). Outpatient Treatment of the Acting-Out Child: Procedures, Long-Term Follow-Up Data, and Clinical Problems. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 10, 129-77.
- French, M.T., Zavala, S.K., McCollister, K.E., Waldron, H.B., Turner, C.W. y Ozechowski, T.J. (2008). Cost-Effectiveness Analysis (CEA) of Four Interventions for Adolescents with Substance Use Disorder. *Journal Abuse Treatment*, 34 (3), 272-281.
- Gessell, A. (1956). *El adolescente de 10 a 16 años*. Buenos Aires: Paidós.
- Gibson, D.R., Sorenson, J.L., Wermuth, L. y Bernal, G. (1992). Families are helped by drug treatment. *Int. Journal Addictions*, 27(8), 961-978.
- Godley, M.D., Godley, S.H., Dennis, M. L., Funk, R. R., Passetti, L. L. y Petry, N.M. (2014). A randomized trial of assertive continuing care and contingency management for adolescents with substance use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 40.
- Godley, M.D., Godley, S.H., Dennis, M.L., Funk, R.R. y Passetti, L.L. (2002). Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(1), 21-32.
- Godley, S.H., Hunter, B.D., Fernández-Artamendi, S., Smith, J.E., Meyers, R.J. y Godley, M.D., (2013). A comparison of treatment outcomes for adolescent community reinforcement approach participants with and without co-occurring problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, doi: 10.1016/j.jsat.2013.10.013.
- Godley, S.H., Meyers, R.J., Smith, J.E., Godley, M.D., Titus, J.M., Karvonen, T., Dent, G., Passetti, L., Kelberg, P. DHHS Publication No. (SMA) 01-3489. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2001. *Cannabis Youth Treatment Series Volume 4: The Adolescent Community Reinforcement Approach*.

- Godley, S.H., Risberg, R., Adams, L., y Sodetz, A. (2003). *Chestnut Health Systems' Bloomington outpatient and intensive outpatient program for adolescent substance abusers*. In S.J. Stevens y A.R. Morral (Eds.), *Adolescent substance abuse treatment in the United States: Exemplary models from a national evaluation study* (pp. 57-80). Binghamton, New York: Haworth Press.
- Gold, P.B. y Brady, K.T. (2003). Evidence-based treatments for substance use disorders. *Focus*, 1, 115-122.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M. C., Compton, W., y Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816.
- Guo, X. y Slesnick, N. (2011). The role of child gender, problem behaviors, and the family environment on maternal depressive symptoms: Findings from mothers of substance abusing runaway adolescents. *Journal of Community Psychology*, 39, 786-803. doi:10.1002/jcop.20471
- Guo, X., Slesnick, N. y Feng, X. (2014). Reductions in depressive symptoms among substance-abusing runaway adolescents and their primary caretakers: A randomized clinical trial. *Journal of Family Psychology*, 28(1), 98-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0035380>
- Gustavson, C., Stahlberg, O., Sjdin, A.K., Forsman, A., Nilsson, T. y Anckarster, H. (2007). Age at onset of substance abuse: A crucial covariate of psychopathic traits and aggression in adult offenders. *Psychiatry Research*, 153(2), 195-198.
- Hagborg, W.J. (1993). The Rosenberg Self-esteem Scale and Harter's Self-perception Profile for adolescents: a concurrent validity study. *Psychology in the Schools*, 30, 132-136.
- Hale, D.R., Fitzgerald-Yau, N. y Viner, R.M. (2014). A Systematic Review of Effective Interventions for Reducing Multiple Health Risk Behaviors in Adolescence. *American journal of public health*, 104(5), e19-e41.
- Haller, D. M., Meynard, A., Lefebvre, D., Ukoumunne, O. C., Narring, F. y Broers, B. (2014). Effectiveness of training family physicians to deliver a brief intervention to address excessive substance use among young patients: a cluster randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 186(8), E263-E272.

- Handelsman, L., Stein, J.A. y Grella, C.E. (2005). Contrasting predictors of readiness for substance abuse treatment in adults and adolescents: A latent variable analysis of DATOS and DATOS-A participants. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 63-81.
- Hawkins, D., Catalano, R., y Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early childhood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64–105.
- Henderson, C., Dakof, G., Greenbaum, P., y Liddle, H. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with high severity substance-abusing adolescents: Report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 885–897.
- Henggeler, S., Pickrel, S., Brondino, M., y Crouch, J. (1996). Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 153, 427-428.
- Henggeler, S.W. y Borduin, C.M. (1990). *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Henggeler, S.W., Rodick, J.D., Borduin, C.M., Hanson, C.L., Watson, S.M. y Urey, J.R. (1986). *Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interactions*. *Developmental Psychology*, 22, 132-141.
- Hidalgo, C.G., Santis, R., Rodríguez, J., Hayden, V., y Anselmo, E. (2008). Family functioning of out-of-treatment cocaine base paste and cocaine hydrochloride users. *Addictive Behaviors*, 33, 866-879.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K. y Badger, G.J. (1994). Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 47-56.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Badger, G.J., Foerg, F.E. y Ogden, D. (1995). Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: One-year outcome. *Experimental Clinical Psychopharmacology*, 3, 205-212.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F.E. y Badger, G.J. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 150, 763-769.

- Higgins, S.T., Delaney, D.D., Budney, A.J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F. y Fenwick, J.W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224.
- Hirschfeld, R., Kosier, T., Keller, M.B., Lavori, P. W., y Endicott, J. (1989). The influence of alcoholism on the course of depression. *Journal of affective disorders*, 16(2), 151-158.
- Hoffman, J.P. y Froemke, S. (2007). *Addiction. Why can't they Just Stop*. New York: HBO.
- Hoffman, J.P., Dufur, M., Huang, L. (2007). Drug use and job quits: a longitudinal analysis. *Journal of Drug Issues*, 37, 569-596.
- Hogue, A., Dauber, S., Samuolis, J. y Liddle, H.A. (2006). Treatment Techniques and Outcomes in Multidimensional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of Family Psychology*, 20 (4), 535-543.
- Humphreys, L., Forehand, R., McMahon, R., y Roberts, M. (1978). Parent behavioral training to modify child noncompliance: Effects on untreated siblings. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9(3), 235-238.
- Hunt, G.M. y Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Hunter, B.D., Godley, M.D. y Godley, S.H. (2014). Feasibility of implementing the Adolescent Community Reinforcement Approach in school settings for adolescents with substance use disorders. *Advances in School Mental Health Promotion*, 7(2), 105-122.
- Hussaarts, P., Roozen, H. G., Meyers, R. J., van de Wetering, B. J. y McCrady, B.S. (2012). Problem areas reported by substance abusing individuals and their concerned significant others. *The American Journal on Addictions*, 21(1), 38-46.
- Informe 2012. Observatorio Español de la droga y Toxicomanías. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. Plan Nacional Sobre Drogas.
- Informe sobre víctimas mortales de la violencia de género y de la violencia doméstica en el ámbito de la pareja o expareja en 2009. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Jacob, T., Krahn, G. L. y Leonard, K. (1991). Parent-child interactions in families with alcoholic fathers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 176.
- James, J.E. y Goldman, M. (1971). Behavior trends of wives of alcoholics. *Q. J. Stud. Alcohol*, 32, 373-381.

- Järvinen, M. y Room, R. (2007). In M. Järvinen y R. Room (Eds.) *Youth drinking cultures: European experiences* (pp. 1-15). Aldershot: Ashgate.
- Joe, G.W., Simpson, D.D. y Broome, K.M. (2005). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug Alcohol Depend*, 57, 113– 125.
- Johnson, V. y Pandina, R.J. (1991). Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency, and coping styles. *American Journal of Alcohol Abuse*, 17, 71-88.
- Kahler, C.W., McCrady, B.S. y Epstein, E.E. (2003). Sources of distress among women in treatment with their alcoholic partners. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 257-265.
- Kang, S.Y., Kleinman, P.H., Woody, G.E.; Millman, R.B., Tood, T.C., Kemp, J., Lipton, D.S. (1991). Outcomes for cocaine abusers after once-a-week psychosocial therapy. *American Journal of Psychiatry*, 148 (5), 630-635.
- Kaplan, H.B. y Pokorny, A.D. (1969). Selfderogation and psychosocial adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, 421-434.
- Kelberg, P. (2001). *The Adolescent Community Reinforcement Approach for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 4*. DHHS Pub. No. 01-3489. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Kelly W.E. (2004). Examining the Relationship Between Worry and Trait anxiety. *College Student Journal*, 38 (3), 370.
- Kelly, J.F., Dow, S.J., Yeterian, J.D. y Meyers, M. (2011). How safe are adolescents at Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous meetings? A prospective investigation with outpatient youth. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40 (4), 419-425.
- Kernis, M.H., Granneman, B.D. y Mathis, L.C. (1991). Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 80-84.
- King, K.M. y Chassin, L. (2007). A prospective study of the effects of age of initiation of drug use on young adult substance dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 1-10.

- Kirby, K.C., Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Garver, K.A. y LaMonaca, V. (1999). 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, 85-96.
- Klietz, S.J., Borduin, C.M. y Schaeffer, C.M. (2010). Cost-benefit analysis of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Family Psychology*, 24 (5), 657-666.
- Klostermann, K. y O'Farrell, T.J. (2013). *Treating Substance Abuse: Partner and Family Approaches*, *Social Work in Public Health*, 28:3-4,234-247, DOI: 10.1080/19371918.2013.759014
- Kogan, K.L. y Jacobson, J. (1965). Stress, personality and emotional disturbance in wives of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26, 486-495.
- Kohlberg, L. (1969). *Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization*. En D.A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- Kraanen, F.L., Vedel, E., Scholing, A. y Emmelkamp, P.M., (2013). Prediction of intimate partner violence by type of substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, doi: 10.1016/j.jsat.2013.10.010
- Kraanen, F.L., Vedel, E., Scholing, A., y Emmelkamp, P.M. (2013). The comparative effectiveness of Integrated treatment for Substance abuse and Partner violence (I-StoP) and substance abuse treatment alone: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 13(1), 189.
- Krank, M.A., Stewart, S.H., O'Connor, R., Woicik, P.B., Wall, A. y Conrod, P.J. (2010). Structural, concurrent, and predictive validity of the Substance Use Risk Profile Scale in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 36, 37-46.
- Latimer, W.W., Winters, K.C., D'Zurilla, T. y Nichols, M. (2003). Integrate Family and Cognitive-Behavioral Therapy for adolescent substance abusers: A stage 1 efficacy stud. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(3), 303-317.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M. y Plant, M. (2002). Family structure, parent-child relationships, alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 52-60.

- Lefio, L.A., Villarroel, S.R., Rebolledo, C., Zamorano, P. y Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(4):257-66.
- Liddle, H., Dakof, G.A, Turner, R.M, Henderson, C.E. y Greenbaum, P.E. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103, 1660-1670.
- Liddle, H., y Dakof, G. (1995). Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 511-544.
- Liddle, H., y Dakof, G. (1995). Family-Based Treatment for Adolescent Drug Use: State of the Science. Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions. the Science. Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services (NIDA Research Monograph Series No. 156).
- Liddle, H.A. (2002). *Multidimensional family therapy for adolescent cannabis user, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series (Vol. 5)*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment (CSAT).
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Henderson, C.E. y Rowe, C.L. (2011). Implementation Outcomes of Multidimensional Family Therapy-Detention to Community (DTC)-A Reintegration Program for Drug-Using Juvenile Detainees. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(4), 587-604.
- Liddle, H.A., Rowe, C., Dakof, G., Henderson, C. y Greenbaum, P. (2009). Multidimensional Family Therapy for early adolescent substance Abusers: Twelve month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 12-25.
- Lindsey, E. W., Kurtz, P.D., Jarvis, S., Williams, N.R. y Nackerud, L. (2000). How runaway and homeless youth navigate troubled waters: Personal strengths and resources. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17(2), 115-140.
- Little, G. y Robinson, K.D. (1998). *Effects of Moral Reconciliation Therapy upon moral reasoning, life purpose, and recidivism among drug and alcohol offenders*. Psychological Reports, 64, 83-90.
- Longabaugh, R. Wirtz, P.W., Zweben, A. y Stout, R.L. (1998). Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction*, 93(9),1313-33.

- López, C., Bruzzone, C., Krebs, M. y Castro, X. (2013). La intervención motivacional y sus efectos sobre la entrada a tratamiento de adicción. *Revista de Psicología*, 22(1), 37.
- Maccoby, E.E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historic overview. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.
- Maccoby, E.E. y Matrín, J.A. (1983). Socializations in the context of the family: Parent-child interactions. En P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology. Vol. 4. Socialization, personality, and social development*. Nueva York: Wiley.
- Macgowan, M.J. y Engle, B. (2010). Evidence for Optimism: Behavior Therapies and Motivational Interviewing in Adolescent Substance Abuse Treatment. *Child Adolescent Psychiatric Clinic*, 19 (3), 527-545.
- Maciejewski, P.K. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms: Differences based on history of prior depression. *Br J Psychiatry*, 176, 373-378.
- Mallett, S., Rosenthal, D. y Keys, D. (2005). Young people, drug use and family conflict: Pathways into homelessness. *Journal of adolescence*, 28(2), 185-199.
- Malott, R.W. y Trojan-Suarez, E.A. (2004). *Principles of behavior* (5th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Malow, R.M., Devieux, J., Jennings, T.J., Lucenko, B. y Kalichman, S.C. (2001). Substance abusing adolescents at varying levels of HIV risk: Psychosocial characteristics, drug use and sexual behavior. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 103-117.
- Manuel, J.K., Austin, J.L., Miller, W.R., McCrady, B.S., Tonigan, J.S., Meyers, R.J., Smith, J.E. y Bogenschutz, M.P. (2012). Community Reinforcement and Family Training: A pilot comparison of grup and self-directed delivery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43. 129-136.
- Marcon, S.R., Rubira, E.A., Espinosa, M.M. y Barbosa, D.A. (2012). Calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a drogas. *Revista Latino-Americana de enfermería*, 20, 1-8.
- Marina, J.A. (2005). *La adolescencia como producto diseñado para el mundo adulto*. En *Congreso ser Adolescente, Hoy: Libro de Ponencias* (pp. 103-109). Madrid: FAD.
- Marlowe, D.B., Kirby, K.C., Bonieskie, L.M., Glass, D.J., Dodds, L. D., Husband, S. D. y Festinger, D.S. (1996). Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 42(2), 77-84.

- Martín, M. (2005). Adolescencia producida y adolescencia vivida. Las contradicciones de la socialización. *En Congreso de Ser Adolescente, Hoy: Libro de Ponencia* (pp. 73-82). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of living*. Princeton, NJ: Van Nostrand Reinhold.
- Maughan, B., Stafford, M., Shah, I. y Kuh, D. (2013). Adolescent conduct problems and premature mortality: follow-up to age 65 years in a national birth cohort. *Psychological medicine*, 1-10.
- McAuliffe, W.E. (1990). A randomized controlled trial of recovery training and self-help for opioid addicts in New England and Hong Kong. *Journal Psychoactive Drugs*, 22(2):197-209.
- McGillicuddy, N., Rychtarik, R., Duquette, J. y Morsheimer, E. (2001). Development of a skill training program for parents of substance-abusing adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 59-68.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. y Druley, K.A. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 620-5.
- McMahon, R.J., Forehand, R.L. y Griest, D.L. (1981). Effects of Knowledge of Social Learning Principles on Enhancing Treatment Outcome and Generalization in a Parent Training Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 526-32.
- Meyers, R. J. y Smith, J.E. (1997). Getting off the fence: Procedures to engage treatment-resistant drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(5), 467-472.
- Meyers, R.J. y Smith, J.E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: the Community Reinforcement Approach*. New York: Guilford Press.
- Meyers, R.J. y Wolfe, B.L. (2004). *Get your loved one sober: Alternatives to Nagging. Pleading and Threatening*. Center City (MN): Hazelden Press; 2004.
- Meyers, R.J., Dominguez, T.P. y Smith, J.E. (1996). *Community reinforcement traibibg with concerned others*. En: V.B Van Hasselt y M. Hersen (Eds.). *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders* (p. 257-294). New York: Plenum Press.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E. y Tonigan, J.S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291-308.

- Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E., Tonigan, J.S. (1999). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Engaging Unmotivated Drug Users in Treatment. *Journal of substance abuse*, 10 (3).
- Meyers, R.J., Roozen, H.G., y Smith, J.E. (2011). The community reinforcement approach: An update of the evidence. *Alcohol Research and Health*, 33(4), 380-388.
- Meyers, R.J., Smith, J.E. y Lash, D N. (2003). The Community Reinforcement Approach. *Recent Dev Alcohol*, 16, 183-195.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2001). *Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2)*. Madrid: TEA Ediciones, SA.
- Miller, W. y Meyers, R. (1999). The community reinforcement approach. *Alcohol Research Health*, 23(2), 116.
- Miller, W.R. (2003). A collaborative approach to working with families. *Addiction*, 98, 5-6.
- Miller, W.R. y Willbourne, P.L. (2002). P.L. Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Miller, W.R., Andrews, N.R, Wilbourne, P.L. y Bennett, M.E. (1998). *A wealth of alternatives: Effective treatments for alcohol problems*. En: Miller, W.R. y Heather, N., Ed. *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. (2ed.). (203-216). New York: Plenum Press.
- Miller, W.R., Meyers, R. J. y Tonigan, J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 688.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Montgomery, P. y Johnson, B. (1992). The stress of marriage to an alcoholic. *J. Psychosoc. Nursing Mental Health Serv*, 30 (10), 12-16.
- Monti, P.M., Kadden, R.M., Rohsenow, D.J., Cooney, N.L. y Abrams, D.B. (Ed.). (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Michalec, E. Martin, R.A. y Abrams, D.B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at three months. *Addiction*, 92(12), 1717-1728.
- Moos, R., Moos, B. y Trickett, E. (1989). *Escala de Clima Social Familiar*. Madrid: TEA Ediciones, SA.

- Moos, R.H., Bromet, E., Tsu, V., Moos, B. (1979). Family characteristics and the outcome of treatment for alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 78-88.
- Moos, R.H., Finney, J.W. y Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism: II. Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 888-909.
- Morehouse, E. y Tobler, N.S. (2000). Preventing and reducing substance use among institutionalized adolescents. *Adolescence*, 35, 137.
- Morehouse, E.R. y Tobler, N.S. (2000). Project SUCCESS final report: Grant number 4 HD1 SP07240. Report submitted January 26, 2000, to the Center for Substance Abuse Prevention, U.S. Department of Health and Human Services.
- Morgenstern, J. y McKay, J.R. (2007). Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Addiction*, 102(9), 1377-1389.
- Morral, A.R., Jaycox, L.H., Smith, W., Becker, K. y Ebener, P. (2003). *An evaluation of substance abuse treatment services for juvenile probationers at Phoenix Academy of Los Angeles*. In S.J. Stevens y A.R. Morral (Eds.), *Adolescent substance abuse treatment in the United States: Exemplary models from a national evaluation study* (pp. 213-233). Binghamton, New York: Haworth Press.
- Murphy, C.M., O'Farrell, T.J., Fals-Stewart, W. y Feehan, M. (2001). Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 528.
- Najavits, L.M. (2002). *Seeking Safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford Press.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003). *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*, Second Edition. Bethesda, Md.: National Institutes of Health. Publication No. 04-4212(A).
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2006). *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations: A research-based guide (NIH publication No. 06-5316)*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la Adicción. (NIH publication No. 08-5605)*.

- Nomura, Y., Wickramaratne, P.J., Warner, V., Mufson, L., y Weissman, M.M. (2002). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(4), 402-409.
- O'Farrell, T. J. y Fals-Stewart, W. (2006). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse*. New York: Guilford Press.
- O'Farrell, T.J. y Fals-Stewart, W. (2003). Marital and family therapy. In R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.). In A. Bacon (Ed.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd.). 88-212. Boston.
- O'Farrell, T.J. y Fals-Stewart., W. (1999). *Treatment models and methods: Family models*. In B.S. McCrady y E. E. Epstein (Eds.) *Addictions: A Comprehensive guidebook*, 287-305. New York: Oxford University Press.
- O'Farrell, T.J., Choquette, K. A., y Cutter, H.S. (1998). Couples relapse prevention sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: outcomes during the three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 59(4), 357.
- O'Farrell, T. J., y Clements, K. (2012). Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. *Journal of marital and family therapy*, 38(1), 122-144.
- O'Farrell, T.J., Birchler, G.R., (1987). Marital relationships of alcoholic, conflicted, and nonconflicted couples. *Journal of marital and family therapy*, 13 (3), 259-274.
- O'Farrell, T.J., Murphy, M., Alter, J., y Fals-Stewart, W. (2007). Brief family treatment intervention to promote aftercare among male substance abusing patients in inpatient detoxification: A quasi-experimental pilot study. *Addictive Behaviors*, 32, 1681-1691.
- O'Farrell, T.J., Murphy, M., Alter, J., y Fals-Stewart, W. (2010). Behavioral family counseling for substance abuse: A treatment development pilot study. *Addictive Behaviors*, 35(1), 1-6.
- Obert, J.; McCann, M.J.; Marinelli-Casey, P.; Weiner, A.; Minsky, S.; Brethen, P.; y Rawson, R. (2000). The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. *Journal of Psychiatric Drugs*, 32(2), 157-164.
- Obiols, G.A. (1992). *Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria: la crisis de la enseñanza media*. Buenos Aires: Kapelusz.

- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. Informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. El problema de las drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea; 2013. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_213154_ES_TDAT13001ESN1.pdf
- OMS, S. D.I.T. (1961). COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN FARMACODEPENDENCIA. Genève.
- OMS, S. D.I.T. (2003). COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN FARMACODEPENDENCIA. Genève.
- Orford, J. y Harwin, J. (eds.). (1982). *Alcohol and the family*. London: British Library Cataloguing.
- Orford, J., Oppenheimer, E., Egert, S., Hensman, C., Guthrie, S. (1976). The cohesiveness of alcoholism-complicated marriages and its influence on treatment outcome. *Br. J. Psychiatry*, 128, 318-339.
- Organización Mundial de la Salud (2012). World drug Report. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud, The United Nations Office on Drug and Crime. (2008). Principles of Drug Dependence Treatment. http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf (accessed on 7 January 2011).
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *CIE 10. trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*.
- Organización Mundial de la Salud. (2007a). *International Classification of Diseases (ICD)*. Retrieved 8 Sep, 2007, from <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- Organización Mundial de la Salud. (2007b). *WHO-Substance Abuse*. Retrieved 13 May, 2008, from http://who.int/topics/substance_abuse/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Global status report on alcohol and health*. Genève.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *World drug Report*. <https://www.unodc.org/lpo-brazil/es/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>
- Papalia, D.E., Olds, S.W., Feldman, R.D. (Eds. 11). (2010). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.

- Paradis, A. D., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Beardslee, W. R., Ward, K. y Fitzmaurice, G. M. (2009). Long-term impact of family arguments and physical violence on adult functioning at age 30 years: Findings from the Simmons Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(3), 290-298.
- Peed, S., Roberts, M. y Forehand, R.L. (1977). Evaluation of the Effectiveness of a Standardized Parent Training Program in Altering the Interactions of Mothers and Their Noncompliant Children. *Behavior Modification*, 1, 323-50.
- Penk, W., Rabinowitz, R., Kidd, R. y Nisle, A. (1979). Perceived family environments among ethnic groups of compulsive heroine users. *Addiction Behaviours*, 4, 297-309.
- Petry, N.M., Tedford, J., Austin, M., Nich, C., Carroll, K.M. y Rounsaville, B.J. (2004). Prize reinforcement contingency management for treating cocaine users: how low can we go, and with whom?. *Addiction*, 99(33): 349-60.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press. (del trabajo original publicado en 1938).
- Piehler, T. F., Véronneau, M.H. y Dishion, T.J. (2012). Substance use progression from adolescence to early adulthood: effortful control in the context of friendship influence and early-onset use. *Journal of abnormal child psychology*, 40(7), 1045-1058.
- Piehler, T.F. y Dishion, T.J. (2014). Dyadic Coregulation and Deviant Talk in Adolescent Friendships: Interaction Patterns Associated With Problematic Substance Use in Early Adulthood. *Developmental Psychology*, 50(4), 1160-1169.
- Powers, M.B., Vedel, E., Emmelkamp, P.M.G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28 (6), 952-962.
- Prince van Leeuwen, A., Verhulst, F.C., Reijneveld, S.A., Vollebergh, W.A. M., Ormel, J. y Huizink, A.C. (2011). Can the Gateway Hypothesis, the Common Liability Model and/ or the Route of Administration Model predict initiation of cannabis use during adolescence? A survival analysis-The TRAILS. *Study. Journal of Adolescence*, 48, 73-78.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.

- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51,390-395.
- Ramos-Quiroga, J.A., Rodríguez, M. y Ferrer, M. (2011). *Abordaje de las adicciones en poblaciones especiales*. En: Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (2ª Edición). *Manual de Trastornos Adictivos*. 213-237. ADAMED.
- Rankin, J.H. y Kern, R. (1994). Parental attachments and delinquency. *Criminology*, 32, 495-515.
- Rapp, R.C., Otto, A.L., Lane, D.T., Redko, C., McGatha, S. y Carlson, R.G. (2008). Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. *Drug and Alcohol Dependence*, 1;94(1-3): 172-82.
- Rawson, R.A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M.D., Dickow, A. ,Frazier, Y., Gallagher, C., Galloway, G.P., Herrell, J.; Huber, A.; McCann, M.J., Obert, J., Pennell, S., Reiber, C., Vandersloot, D. y Zweben, J.A. (2004). multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of metham-phetamine dependence. *Addiction*, 99(6), 708–717.
- Rawson, R.A., Shoptaw, S.J., Obert, J.L., McCann, M.J., Hasson, A.L., Marinelli-Casey, P.J., Brethen, P.R y Ling, W. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment. The Matrix model. *Journal of substance abuse treatment*, 12(2):117-27.
- Reinherz, H.Z, Paradis, A.D., Giaconia, R.M. (2003). Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *American Journal Psychiatry*. 160, 2141–47.
- Roberts, J.E. y Monroe, S.M. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: prospective findings comparing three conceptualisations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 62 (5), 804-812.
- Robins, R.W., Hendin, H.M. y Trzesniewski, K.H. (2001). Measuring global self-esteem: construct validation of single item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 27, 151-161.
- Romijn, C.M., Platt, J.J., Schippers, G.M., Schaap, C.P. (1992). Family therapy for Dutch drug users: the relationship between family functioning and succes. *Int. Journal Addictions*, 27 (1), 1-14.

- Roozen, H. G., de Waart, R., y Van Der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105, 1729-1738.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción 1973).
- Rowe, C.L. (2012). Family therapy for drug abuse: review and updates 2003–2010. *Journal of marital and family therapy*, 38(1), 59-81.
- Rowe, C.L., Liddle, H. A., Greenbaum, P. E. y Henderson, C. E. (2004). Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 129–140.
- Salado, S.E., Rodríguez, F.F., y Puig, M.L. (2012). Modelo integrador para personas con adicción a sustancias psicoactivas. *Revista española de drogodependencias*, (4), 449-460.
- SAMHSA. (2011). Results from the 2011 National Household Survey on Drug Use and Health: National Findings. (NSDUH Series H-44, HHS Publication No. (SMA) 12-4713 Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012 from <http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k11Results/NSDUHresults2011.pdf>
- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A. y Szapocznik, J. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 121.
- Sanz, J., García-Vera, M.P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*.
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29(124), 239-288.
- Schenker, M. y Minayo, M.C.S. (2004). La importancia de la familia en el tratamiento del uso abusivo de drogas. *Cad. Salud Pública*, 20 (3), 59-649.
- Schuckit, M.A. (1995). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (4th ed.). Nueva York: Plenum Medical Book Company.

- Scott, C.K., Dennis, M.L. y Foss, M.A. (2005). Utilizing recovery management checkups to shorten the cycle of relapse, treatment reentry, and recovery. *Drug Alcohol Depend*, 78, 325-38.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Sells, S.P. (1998). *Treating the Tough Adolescent: A Step-by-Step, Family-Based Guide*. New York: Guilford Press.
- Shahani, C., Dipoye, R.L. y Phillips, A.P. (1990). Global self-esteem as a correlate of work related attitudes: a question of dimensionality. *Journal of Personality Assessment*, 54, 276-288.
- Shakya, H.B, Christakis, N.A. y Fowler, J.H. (2011). Parental influence on Substance Use in Adolescent Social Networks. *Arch. Pediatric Adolescent Medical*, 166(12), 1132-1139.
- Silbert, E. y Tippett, J.S. (1965). Self-esteem: clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16, 1017-1071.
- Silverstone, P.H. y Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: part I- The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2 (1), 2.
- Simpson, D.D. (1990). *Research design and methods*. In D.D. Simpson y S.B. Sells (Eds.), *Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up* (pp. 25-54). Malabar, F.L: Robert, E. Krieger.
- Sisson, R.W. y Azrin, N.H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 15-12.
- Sisson, R.W. y Azrin, N.H. (1993). *Community reinforcement training for families: A method to get alcoholics into treatment*. In T. G. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (pp. 34-53). New York: Guilford Press.
- Skager, R. y Kerst, E. (1989). *Alcohol and drug use and self-esteem: a psychological perspective*. En A.M. Mecca, N.J. Smelser, Casconcellos (Eds.), *The social importance of self-esteem* (págs. 248-293). Berkeley: University of California Press.
- Skeer, M., McCormick, M.C., Normand, S.L.T., Buka, S.L. y Gilman, S.E. (2009). A prospective study of familial conflict, psychological stress, and the development of substance use disorders in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 104, 65-72.
- Skinner, B.F. (1974). *About Behaviorism*. New York: Knopf.

- Slesnick, N., Erdem, G., Bartle-Haring, S. y Brigham, G. S. (2013). Intervention with substance-abusing runaway adolescents and their families: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 600-614. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0033463>
- Slesnick, N., Meyers, R.J., Meade, M., y Segelken, D.H. (2000). Bleak and hopeless no more: Engagement of reluctant substance-abusing runaway youth and their families. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(3), 215-222.
- Slesnick, N., Prestopnik, J. L., Meyers, R. J., y Glassman, M. (2007). Treatment outcome for street-living, homeless youth. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1237-1251.
- Smith, J. E., Gianini, L. M., Garner, B. R., Malek, K. L. y Godley, S. H. (2014). A behaviorally-anchored rating system to monitor treatment integrity for community clinicians using the Adolescent Community Reinforcement Approach. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 23(3), 185-199.
- Smith, J.E. y Meyers, R.J. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment working with family members*. New York: Guilford Press.
- Smith, J.E., Meyers, R.J. y Delaney, H.D. (1998). The Community Reinforcement Approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 541-548.
- Smith, P. H., Homish, G. G., Leonoard, K. E. y Cornelius, J. R. (2012). Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*.
- Snow, M.G., Prochaska, J.O. y Rossi, J.S. (1992). Stages of change for smoking cessation among former problem drinkers: A cross-sectional analysis. *Journal Substance Abuse*, 4, 107-116.
- Spear, S y Mason, M. (1991). Impact of chemical dependency on family health status. *Int. Journal Addictions*. 26 (2), 179-187.
- Spiegler, M.D. y Guevermont, D.C. (2003). *Contemporary behavior therapy* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Spielberger, C.D. (1988, 1996). *Manual for the State-Trait Anger*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D. (1988,1991). *State-Trait Anger Expression Inventory - STAXI-2*. Madrid: TEA Ediciones, SA.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. Madrid: TEA Ediciones, SA.

- Stafström, M., Östergren, P.O. y Larsson, S. (2005). Risk factors for frequent high alcohol consumption among Swedish secondary-school students. *Journal of studies on Alcohol and Drugs*, 66(6), 776.
- Steinberg, L. (2001). We Know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1-19.
- Stoner, S.B. (1988). Undergraduate marijuana use and anger. *Journal of Psychological*, 122, 343-347.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). <http://www.samhsa.gov/>
- Suls, J. y Bunde, J. (2005). Anger, Anxiety and Depression as Risk Factors for Cardiovascular Disease: The Problems and Implications of Overlapping Affective Dispositions. *Psychological Bulletin*. 131 (2), 260-300.
- Sussman, S., Dent, C.W., Stacy, A.W. y Craig, S. (1998). One-Year Outcomes of Project Towards No Drug Abuse. *Preventive Medicine*, 27, 632-642.
- Szapocznik, J., Hervis, O. y Schwartz, S. (2003). *Therapy manuals for drug addiction. Manual 5: Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse*. NIDA.
- Szapocznik, J., Pardo, G., Burlew, A.K., Williams, R.A., Santisteban, D.A. (2007). Drug abuse in African-American and Hispanic adolescents: culture, development, and behavior. *Annual Review of Clinic Psychology*. 3, 77-105.
- Szapocznik, J., y Williams, R.A. (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, 117-135.
- The United Nations Office on Drug and Crime. (2010). World Drug Report 2010 (United Nations Publication, Sales No. E.10.XI.13). http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf
- Thomas, E.J. y Santa, C.A. (1982). Unilateral family therapy for alcohol abuse: A working conception. *American Journal of Family Therapy*, 10, 49-58.
- Thomas, E.J., Santa, C., Bronson, D. y Oyserman, D. (1993). *Unilateral family therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers*. In T. J. O'Farrel (Ed.), *Treating alcohol problems: marital and family interventions*. 3-33. New York: Guilford Press.

- Tildesley, E.A. y Andrews, J.A. (2008). The development of children's intentions to use alcohol: Direct and indirect effects of parent alcohol use and parenting behaviors. *Psychology of Addictive Behaviors*. 22 (3), 326-339.
- Tobler, A.L. y Komro, K.A. (2010). Trajectories of parental monitoring and communication and effects on drug use among urban young adolescents. *The Journal of Adolescent Health*. 46(6), 560-568.
- Tomás, M.T.C., Tort, B.E., Del Río, B.M. e Iñíguez, C.G. (2010). Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicothema*, 22(3), 363-368.
- Trujols, J. y Pérez de los Cobos, J. (2005). La Perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento, *Adicciones*. 17 (2).
- Turley, R.N.L., Desmond, M. y Bruch, S.K. (2010). Unanticipated educational consequences of a positive parent-child relationship. *Journal Marriage Family*. 72, 1377-90.
- Van der Vorst, H., Engels, R.C.M.E., Meeus, W. y Dekovic, M. (2006). Parental attachment, parental control, and early development of alcohol use: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*. 20, 107-116.
- Vaughn. M.G. y Howard, M.O. (2004). Adolescent substance abuse treatment: A synthesis of controlled evaluations. *Research on Social Work Practice*. 14, 325-335.
- Vázquez, A.J y García R.J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*. 22(2), 247-255.
- Velleman, R., Bennett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K., y Tod, A. (1993). The families of the problem drug users: a study for 50 close relatives. *Addiction*, 1281-1289.
- Vidal Infer, A. *Análisis de los artículos originales publicados en revistas específicas sobre drogodependencias incluidas en el Journal Citation Reports (2002-2006)*. [Tesis Doctoral]. Valencia: Universitat de València; 2010.
- Wagner, K.D., Ritt-Olsen, A., Chou, C.P., Pokhrel, P., Duan, L., Baezconde-Garbanati, L. y Soto, D.W. (2010). Associations between family structure, family functioning, and substance use among Hispanic/Latino adolescents. *Psychology Addictive Behaviors*. 24, 98-108.

- Waldron, H.B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome: A review of randomized trials. En T.H. Ollendick y R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology*. 19, 199-234. New York: Plenum Press.
- Waldron, H.B. y Turner, C.W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 37(1), 238-261.
- Waldron, H.B., Jones, S.K., Turner, C.W., Peterson, T.R. y Ozechowski, T.J. (2007). Engaging Resistant Adolescents in Drug Abuse Treatment. *Journal Substance Abuse Treatment*. 32(2), 133-142.
- Waldron, H.B., Slesnick, N., Brody, J.L., Turner, C.W. y Etersson, T.R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69(5), 802-813.
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., Kessler R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 62, 603-13.
- Wells, K.C. y Egan, J. (1988). Social Learning and Systems Family Therapy for Childhood Oppositional Disorder: Comparative Treatment Outcome. *Comprehensive Psychiatry*. 252, 138-46.
- Wells, K.C., Forehand, R.L. y Griest, D.L. (1980). Generality of Treatment Effects From Treated to Untreated Behaviors Resulting From a Parent Training Program. *Journal of Clinical Child Psychology*. 9, 217-19.
- Williams, R. y Chang, S. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 7, 138-166.
- William, E.K. (2004). Examining the Relationship Between Worry and Trait Anxiety. *College Student Journal*, 370.
- Williams, J.M.G., Crane, C. y Beck, A.T. (2005). Problem Solving Deteriorates Following Mood Challenge Formerly Depressed Patients with a History of Suicidal Ideation. *Journal of Abnormal Psychology*. 114 (3), 421-431.
- Winters, K.C. y Leitten, W. (2007). *Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting*. *Psychology Addictive Behaviour*, 21(2), 249-54.

- Wittchen, H.U., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonig, A., Lieb, R., Bühringer, G. y Beesdo, K. (2008). What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence?. Implications for early intervention and prevention. *Int. Journal Methods Psychiatric. Res.* 17, S16-S29.
- Wolfe, B.L. y Meyers, R.J. (1999). Cost-effective alcohol treatment: The community reinforcement approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(2), 105-109.
- Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L. y O'Brien, C.P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *American Journal of Psychiatry*, 152(9): 1302-8.
- World Health Statistics 2012. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012.
- Zarza González, M.J., Botella Guijarro, A., Vidal Infer, A., Ribeiro Do Couto, B., Bisetto Pons, D., Martí J. (2011). *Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del terapeuta: sesiones psicoeducativas para usuarios*. Versión española traducida del Center for Substance Abuse Treatment. DHHS Publication No. (SMA) 06-4154. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006.
- Zucker, R.A., Wong, M.M., Clark, D.B., Leonard, K.E., Schulenberg, J.E., Cornelius, J.R., et al. (2006). Predicting risky drinking outcomes longitudinally: What Kind of advance notice can we get? Alcoholism. *Clinical and Experimental Research*. 30, 243-252.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1. Evolución de las prevalencias de consumo (últimos 30 días) en el periodo 1997-2011 en población general (15-64 años) en España, según la encuesta EDADES	18
Tabla 1.2. Evolución de las prevalencias de consumo en el último año en el periodo 1994-2013 en población escolar (14-18 años) en España, según la encuesta ESTUDES	19
Tabla 1.3. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanza Secundarias de 14-18 años (porcentajes).	20
Tabla 1.4. Resumen de las principales enfoques terapéuticos basados en la familia (Miller, 2003).	44
Tabla 1.5. Categorías según la variable edad de la población diana.	48
Tabla 1.6. Programas de intervención para niños/as y adolescentes validados y recomendados por el SAMHSA.	48
Tabla 1.7. Programas de intervención dirigidos al tratamiento y prevención de drogas en adolescentes/jóvenes validados y recomendados por el SAMHSA.	50
Tabla 1.8. Programas de intervención para adolescentes y jóvenes adultos validados y recomendados por el SAMHSA.	51
Tabla 1.9. Programas de intervención dirigida para población de jóvenes adultos y adultos validados y recomendados por el SAMHSA.	52
Tabla 1.10. Programas de intervención dirigidos a familias, validados y recomendados por el SAMHSA.	54
Tabla 3.1. Resumen de las variables e instrumentos utilizados.	81
Tabla 3.2. Resumen de las variables demográficas de ambos grupos de padres y madres.	91
Tabla 3.3. Sesiones, objetivos, metodología y materiales utilizados en la intervención.	105
Tabla 4.1. Resultados y análisis estadísticos obtenidos en la comparación del grupo experimental antes de iniciar el tratamiento (pre) vs. puntuaciones del grupo control.	117
Tabla 4.2. Resultados de la prueba Kruskal-Wallis del grupo experimental antes del tratamiento (pre) según edad de los padres y madres.	119
Tabla 4.3. Prueba Kruskal-Wallis antes del tratamiento (pre) según la edad de los/las hijos/as del experimental.	121
Tabla 4.4. Estudio de la incidencia del tratamiento en las variables estudiadas en el grupo experimental.	123
Tabla 4.5. Prueba Kruskal-Wallis del grupo experimental después del tratamiento (post) según la edad de los padres/madres.	125
Tabla 4.6. Anova del grupo experimental después del tratamiento (post) según la edad de sus hijos/as.	127
Tabla 4.7. Resultados obtenidos en la comparación del grupo experimental (post) vs. familiares con ningún miembro adicto.	128
Tabla 4.8. Coeficientes de Correlación de Pearson de las puntuaciones antes y después del tratamiento del grupo experimental.	132
Tabla 4.9. Coeficientes de Correlación de Pearson significativas obtenidas antes (pre) y después del tratamiento (post) del grupo experimental en variables familiares vs. psicológicas.	136
Tabla 4.10. Coeficientes de Correlación de Pearson del grupo control.	138
Tabla 4.11. Pronósticos en recuentos y porcentaje de la clasificación de los casos de los grupos control y experimental.	140

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica I.1. Distribución por grupos de edad de los denunciados/as por consumo o tenencia ilícita de drogas según el Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO). España, 2011.	11
Gráfica I.2. Progresión en el consumo de sustancias en adolescentes (Ramos-Quiroga et al., 2011. Pág. 215).	25
Gráfica I.3. Teoría transteórica del cambio (Prochaska y DiClemente, 1983). ...	27
Gráfica I.4. Distribución en porcentajes de la opinión de los adictos en los Estados Unidos en referencia a entrar o no en tratamiento según el informe del SAMHSA (2011).	29
Gráfica I.5. Distribución en porcentajes de los principales inconvenientes para asistir a tratamiento de los adictos en Estados Unidos según el informe del SAMHSA (2011).	31
Gráfica I.6. Bucle que se establece entre el consumidor de drogas y su familia o pareja (O'Farrell y Fals-Stewart, 2006).	46
Gráfica III.1. Porcentajes por sexos del grupo experimental (familiares con hijos/as con problemas adictivos).	92
Gráfica III.2. Distribución y porcentajes de las sustancias consumidas en la población joven-adolescente estudiada.	93
Gráfica III.3. Porcentajes por sexos del grupo control (familiares con hijos/as sin problemas adictivos).	94
Gráfica III.4. Diagrama de Grantt del proyecto de investigación.	98
Gráfica III.5. Resumen gráfico del diseño de experimentación.	99
Gráfica IV.1. Puntuaciones medias del grupo experimental antes del programa de intervención (pre) y del control.	118
Gráfica IV.2. Puntuaciones medias de los padres y madres del grupo experimental antes de la intervención (pre) por grupos de edad del experimental. ...	120
Gráfica IV.3. Puntuaciones medias del grupo experimental antes del tratamiento (pre) dependiendo de la edad de sus hijos/as.	122
Gráfica IV.4. Puntuaciones medias del grupo experimental (pre) y después de la intervención.	124
Gráfica IV.5. Puntuaciones medias después de la intervención (post) del grupo experimental según la variable edad de los padres/madres.	126
Gráfica IV.6. Puntuaciones medias según la edad de los hijos/as del grupo experimental después del tratamiento (post).	127
Gráfica IV.7. Puntuaciones medias obtenidas en las variables analizadas en el grupo experimental después de la intervención vs. medias obtenidas en el grupo control.	129
Gráfica IV.8. Puntuaciones medias del grupo experimental antes y después de la intervención vs. puntuaciones medias del grupo control.	130
Gráfica IV.9. Correlaciones significativa a un nivel de 0.05 (*) y 0.01 (**) entre las variables analizadas del grupo experimental antes del tratamiento (puntuaciones pre).	134
Gráfica IV.10. Correlaciones significativas a un nivel de 0.05 (*) y 0.01 (**) entre las variables analizadas del grupo experimental después del programa de intervención.	134
Gráfica VI.11. Correlaciones significativas a un nivel de 0.05 (*) y 0.01 (**) entre las variables analizadas del grupo control.	139
Gráfica IV.12. Porcentajes de los jóvenes-adolescentes que contactan y no contactan con un recurso especializado en el tratamiento de drogas (UCA, UPCCA, CD, etc.).	141

ANEXOS

Anexo 1. Entrevista semiestructurada

En el siguiente anexo se presta la entrevista semiestructurada extraída del manual “*Incumplimiento de propósitos en drogodependencias*” (Cortés-Tomás y Pascual-Pastor, 2005), que se le administraba a los familiares candidatos de participar en el programa de intervención.

HISTORIA CLÍNICA (Sesión Individual)

Fecha de Ingreso en el centro:

Fecha de Inicio del último tratamiento:

Datos Personales

Antecedentes familia origen

¿Viven los padres? SI NO

Antecedentes adictivos del los padres: SI NO

Número de hermanos/as: _____

¿Viven los hermanos/as? SI NO

Antecedentes adictivos en hermanos/as. SI NO

Juicio del paciente sobre el clima familiar (familia de origen).

Antecedentes familia actual

De ser el paciente casado/a, número de hijos/as, edad y sexo:

Presencia de conductas adictivas en la familia.

Juicio del paciente sobre la relación de pareja.

Relación con los hijos/as.

Antecedentes personales

¿Qué enfermedades ha padecido o padece actualmente?.

Medicación que toma actualmente:

Estudios:

Profesión:

Situación laboral:

¿Está satisfecho con su profesión? SI NO

Hobbies:

Causas y peculiaridades del hábito tóxico

¿Ha cambiado su conducta o carácter desde que es consumidor?
(sólo en el caso de alcohol).

¿Ha consumido algún tipo de bebida no corriente?.

Número de recaídas anteriores al inicio de este

	Sustancia Principal	2ª Sustancia	3ª Sustancia	4ª Sustancia	5ª Sustancia
Nombre:					
Edad de inicio					
Motivo de inicio	1. Amigos. 2. Pareja. 3. Diversión. 4. Curiosidad.	1. Amigos. 2. Pareja. 3. Diversión. 4. Curiosidad.	1. Amigos. 2. Pareja. 3. Diversión. 4. Curiosidad.	1. Amigos. 2. Pareja. 3. Diversión. 4. Curiosidad.	1. Amigos. 2. Pareja. 3. Diversión. 4. Curiosidad.
Forma de consumo	1. Solo/a. 2. Acompañado/a. 3. Ambos.	1. Solo/a. 2. Acompañado/a. 3. Ambos.	1. Solo/a. 2. Acompañado/a. 3. Ambos.	1. Solo/a. 2. Acompañado/a. 3. Ambos.	1. Solo/a. 2. Acompañado/a. 3. Ambos.
Cantidad Consumida ¹					
Frecuencia consumo	1. Diario. 2. Fin de semana. 3. Bar.	1. Diario. 2. Fin de semana. 3. Bar.	1. Diario. 2. Fin de semana. 3. Bar.	1. Diario. 2. Fin de semana. 3. Bar.	1. Diario. 2. Fin de semana. 3. Bar.
Lugar consumo	1. Casas. 2. Bar/casa. 3. Trabajo. 4. Cualquier sitio. 5. Jornal/Sueño.	1. Casas. 2. Bar/casa. 3. Trabajo. 4. Cualquier sitio. 5. Jornal/Sueño.	1. Casas. 2. Bar/casa. 3. Trabajo. 4. Cualquier sitio. 5. Jornal/Sueño.	1. Casas. 2. Bar/casa. 3. Trabajo. 4. Cualquier sitio. 5. Jornal/Sueño.	1. Casas. 2. Bar/casa. 3. Trabajo. 4. Cualquier sitio. 5. Jornal/Sueño.
¿De dónde saca dinero para consumir?	1. Familia. 2. Jornal y familia. 3. Jornal y préstamos. 4. Apuestas. 5. Hurtos/robos. 6. Trapicheo/venta.	1. Jornal/Sueño. 2. Familia. 3. Jornal y familia. 4. Jornal y préstamos. 5. Apuestas. 6. Hurtos/robos. 7. Trapicheo/venta.	1. Jornal/Sueño. 2. Familia. 3. Jornal y familia. 4. Jornal y préstamos. 5. Apuestas. 6. Hurtos/robos. 7. Trapicheo/venta.	1. Jornal/Sueño. 2. Familia. 3. Jornal y familia. 4. Jornal y préstamos. 5. Apuestas. 6. Hurtos/robos. 7. Trapicheo/venta.	1. Jornal/Sueño. 2. Familia. 3. Jornal y familia. 4. Jornal y préstamos. 5. Apuestas. 6. Hurtos/robos. 7. Trapicheo/venta.
¿Ha tenido períodos de abstinencia? Número.	1. Si. 2. No. Número:	1. Si. 2. No. Número:	1. Si. 2. No. Número:	1. Si. 2. No. Número:	1. Si. 2. No. Número:
Duración del período de abstinencia más largo en días.					
¿Cuándo fue la última vez que se mantuvo abstinente antes de entrar en el tratamiento?					

¹ Alcohol: UBE//Heroína y cocaína: en gramos//Cannabis: n° porros// Tabaco: n° cigarrillos.

Consecuencias derivadas del consumo

Psíquicas:

Somáticas:

Sociales:

OBSERVACIONES:

Anexo 2. Evaluación psicológica y familiar

Se presentan copia de los cuestionarios cumplimentados por los familiares del grupo control y experimental. En el caso de estos últimos, lo rellenaban antes del tratamiento (pre) y después del mismo (post). Se presenta además el documento de consentimiento personal que debían de firmar para poder participar en la investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter personal, le informamos de lo siguiente:

- Los datos personales que le sean recogidos se incorporan a un fichero de datos. Estos datos, podrán ser comunicados a todas las entidades o servicios que tengan que ver con la apertura de su expediente, siempre con la finalidad de mejorar la atención que usted reciba.
- Este fichero tiene como finalidad posibilitar la correcta prestación de los servicios que nuestra entidad dispone.
- Las respuestas a las preguntas que se le formulen durante la recogida de información tienen carácter voluntario. Ahora bien, dichas respuestas, en concordancia con el punto anterior, pueden ser necesarias para la correcta promoción de los servicios que Ud. requiera.
- Sus datos pueden ser incluidos dentro de los informes estadísticos que se elaboren para la investigación y evaluación del servicio.
- No obstante, dichos informes serán meramente estadísticos y no incluirán información que permita identificarle de forma individual.
- En relación con los datos que usted nos proporcione, puede usted ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, tal y como queda determinado en el Título 111 de la Ley Orgánica 15/1999.

En conformidad con lo anteriormente expuesto.

firma en:

Estimado familiar,

El presente dossier de cuestionarios que tiene en sus manos, es el que rellenará tanto al principio como al final del programa de intervención. Es **SUMAMENTE** importante que lo rellene y lo entregue en el día señalado, ya que gracias a la información que refleja, podemos saber si el programa ha sido beneficioso para Ud. y con su familiar.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Fdo.: _____

DNI:

DATOS DE IMPORTANCIA

Nombre y Apellidos:

Edad:

Núm. Teléfono:

Nombre y Apellidos del familiar:

Edad:

Droga principal:

¿Es la primera vez que asiste a tratamiento familiar?

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (Rosenberg, 1965)

Por favor, lea las frases que figuran a continuación y señale el nivel de acuerdo o desacuerdo que tiene con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

**CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck
Depression Inventory)**

Nombre.....Fecha.....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.

2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3.
 - a. No creo que sea un fracaso.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable siempre.

6. a. No creo que este siendo castigado.
b. Creo que puedo ser castigado.
c. Espero ser castigado.
d. Creo que estoy siendo castigado.
7. a. No me siento decepcionado de mi mismo.
b. Me he decepcionado a mi mismo.
c. Estoy disgustado conmigo mismo.
d. Me odio.
8. a. No creo ser peor que los demás.
b. Me critico por mis debilidades o errores.
c. Me culpo siempre por mis errores.
d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9. a. No pienso en matarme.
b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
c. Me gustaría matarme.
d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. a. No lloro más de lo de costumbre.
b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
c. Ahora lloro todo el tiempo.
d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
b. Las cosas me irritan más que de costumbre
c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a. No he perdido el interés por otras cosas.
b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a. Tomo decisiones casi siempre.
b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.

- d. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.
- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - d. Creo que me veo feo.
- 15.
- a. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo trabajar en absoluto.
- 16.
- a. Puedo dormir tan bien como antes.
 - b. No puedo dormir tan bien como solía.
 - c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.
- a. No me canso más que de costumbre.
 - b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - c. Me canso sin hacer nada.
 - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.
- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
 - d. Ya no tengo apetito.
- 19.
- a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 - b. He rebajado más de dos kilos y medio.
 - c. He rebajado más de cinco kilos.
 - d. He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20.
- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 - b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.

- c. Estoy preocupado por mis problemas físico y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 - d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.
- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 - b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 - c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - d. He perdido por completo el interés en el sexo.

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO/RASGO

PUBLICADO POR TEA EDICIONES, S.A. (Spielberger et al.,
1982).

INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA ESTADO-RASGO

PUBLICADO POR TEA EDICIONES, S.A. (Miguel-Tobal et al.,
2001).

ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR
(CUESTIONARIO PARA PADRE)

A continuación lea las frases de este impreso: Vd. tiene que decidir si le parecen verdaderas o falsas en relación a su familiar.

Su Vd. cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi verdadera, marcará una X en el espacio correspondiente a la F (falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros es falsa, marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Sigue el orden de la numeración que tienen las frases aquí, para evitar equivocaciones.

Programa de Intervención Familiar con adolescentes y jóvenes con Conductas Adictivas
ANEXOS

1.	En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.	V	F
2.	Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.	V	F
3.	En nuestra familia reñimos mucho.	V	F
4.	En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.	V	F
5.	Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.	V	F
6.	A menudo hablamos de temas políticos y sociales.	V	F
7.	Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.	V	F
8.	Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la iglesia.	V	F
9.	Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.	V	F
10.	En mi familia tememos reuniones obligatorias muy pocas veces.	V	F
11.	Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos “pasando el rato”.	V	F
12.	En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.	V	F
13.	En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.	V	F
14.	En mi familia nos esforzamos mucho por mantener la independencia de cada uno.	V	F
15.	Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.	V	F
16.	Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.	V	F
17.	Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos.	V	F
18.	En mi casa no rezamos en familia.	V	F
19.	En mi casa somos muy ordenados y limpios.	V	F
20.	En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.	V	F
21.	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.	V	F

Programa de Intervención Familiar con adolescentes y jóvenes con Conductas Adictivas
ANEXOS

22.	En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo el mundo.	V	F
23.	En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.	V	F
24.	En mi familia cada uno decide sus propias cosas.	V	F
25.	Para nosotros no es muy importante el dinero que gana cada uno.	V	F
26.	En mi familia es muy importante aprender algo nuevo y diferente.	V	F
27.	Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.	V	F
28.	A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.	V	F
29.	En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.	V	F
30.	En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.	V	F
31.	En mi familia hay fuerte sentimiento de unión.	V	F
32.	En mi casa comentamos nuestros problemas personales.	V	F
33.	Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.	V	F
34.	Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.	V	F

Anexo 3. Manual para padres y madres del grupo experimental

Se presenta en el siguiente anexo copia del manual que se entregaba a cada participante del grupo experimental.

U N I D A D D E
P R E V E N C I Ó N
C O M U N I T A R I A

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR
PARA CONDUCTAS ADICTIVAS

Basado en el programa CRAFT

CONTENIDO:

Manual para el familiar

Presentación

El siguiente programa de intervención de *familiares que tengan a algún miembro consumidor de drogas* se ha basado en el programa CRAFT (*Motivating substance abusers to enter treatment*) (Smith and Meyers 2004) que ha demostrado su efectividad en numerosas investigaciones en los Estados Unidos, y tiene como objetivos los siguientes puntos:

1. **Influir en nuestro familiar para que éste se ponga en contacto con profesionales e inicie un tratamiento.**
2. **Reducir el consumo de drogas en nuestro familiar.**
3. **Aumentar nuestra calidad de vida independientemente de la decisión de abandonar las drogas o no.**

Y estos están estructurados en los siguientes módulos:

1. *Análisis de cómo y por qué consume nuestro familiar y cómo podemos intervenir.*
2. *Prevención de la violencia doméstica.*
3. *Entrenamiento en habilidades de comunicación.*
4. *Entrenamiento en refuerzo positivo.*
5. *Mostrando nuestra disconformidad al consumo.*
6. *Cómo aumentar nuestra calidad de vida.*

Además, tenga en cuenta que el formato del presente manual tiene como objeto facilitarle el seguimiento y la práctica del **Programa de Intervención familiar para la prevención de conductas adictivas** durante las diez sesiones presenciales que contempla el presente programa. Para ello, nos basaremos en la siguiente estructura expositiva que servirá para cada una de las sesiones:

- ❖ En **primer lugar** se presentan las transparencias que se utilizan durante la sesión. En este manual, hemos dejado un espacio en blanco para que tome las notas que considere oportunas.

- ❖ En *segundo lugar* y después de cada sesión, encontrará los ejercicios para que practique lo visto en cada una de las sesiones en casa con su familiar. Para ello se podrá apoyar en el vídeo de cada una de las sesiones que podrá bajarse del servidor y repasarlo cuantas veces desee.

Primera sesión. Análisis del consumo I

Introducción

Uno de los objetivos que persigue el programa es que Ud. cambie su comportamiento para poder influir de forma positiva en su familiar consumidor, haciendo que éste deje o reduzca su consumo, aumentando así las probabilidades de que nuestro familiar entre en tratamiento (Sisson 1986; Miller 1999) . Nuestra premisa es: **“Si quiere cambiar una conducta, cambie sus consecuencias”** y para ello debemos de analizar de forma muy detenida la conducta de consumo de su familiar y para ello, necesitaremos de las dos sesiones que siguen.

En ocasiones, nuestra forma de actuar con nuestros familiares pueden favorecer que estos consuman como en el ejemplo que se presenta a continuación, en el que la madre de un consumidor intenta tapar (una vez más) el consumo abusivo de drogas del fin de semana de su hijo o hija:

Encargado de empresa: “Hola María, buenos días soy José de la empresa de su hijo. Quería preguntarle qué es lo que le ha pasado a su hijo que hoy no ha venido a trabajar”.

Madre (por vergüenza del qué dirán o por miedo de que lo despidan): “Hola José. Perdona que no te haya podido llamar mi hijo pero es que está con una gripe que no puede ni hablar”.

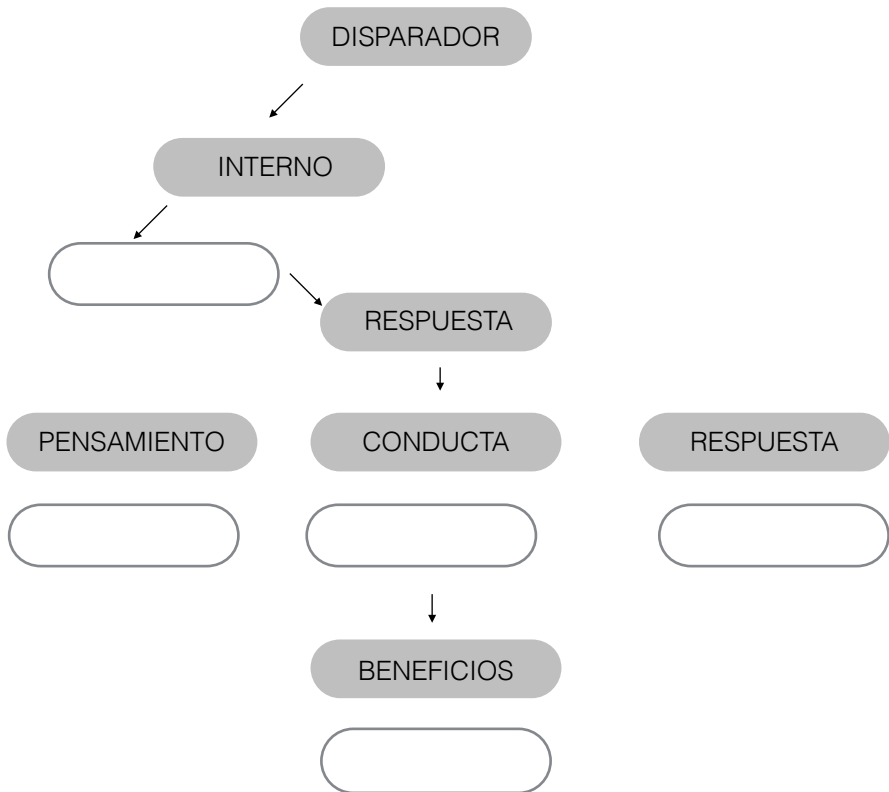
En este ejemplo, la conducta de la madre podría ser entendida por algunos padres como correcta, ya que si le dice lo contrario, su hijo puede perder el trabajo o puede que se lleve una buena reprimenda de su jefe, pero en verdad y de forma encubierta, está fomentando el consumo en su hijo/a, ya que la conducta negativa de ***no ir al trabajo por tener resaca*** ha sido tapada por su madre con la excusa de estar muy enfermo aumentando las probabilidades de que esa conducta vuelva a ocurrir *“otra vez”*.

Para analizar la conducta de consumo de nuestro familiar aprenderemos a utilizar el llamado **Análisis funcional**. Esta herramienta se basa en los principios del aprendizaje y nos permite hacer una radiografía del consumo de su familiar, con el objeto de intentar modificar sus consecuencias. Para ello, en esta parte nos centraremos en estudiar los llamados disparadores externos e internos del análisis funcional, y para ello aprenderemos durante la sesión y con ejemplos en qué

consisten los disparadores, practicándolo luego nosotros, primero con un ejemplo de *disparador interno* común para todos nosotros como podría ser el hambre y luego con un *disparador interno* relacionado con el consumo de drogas.

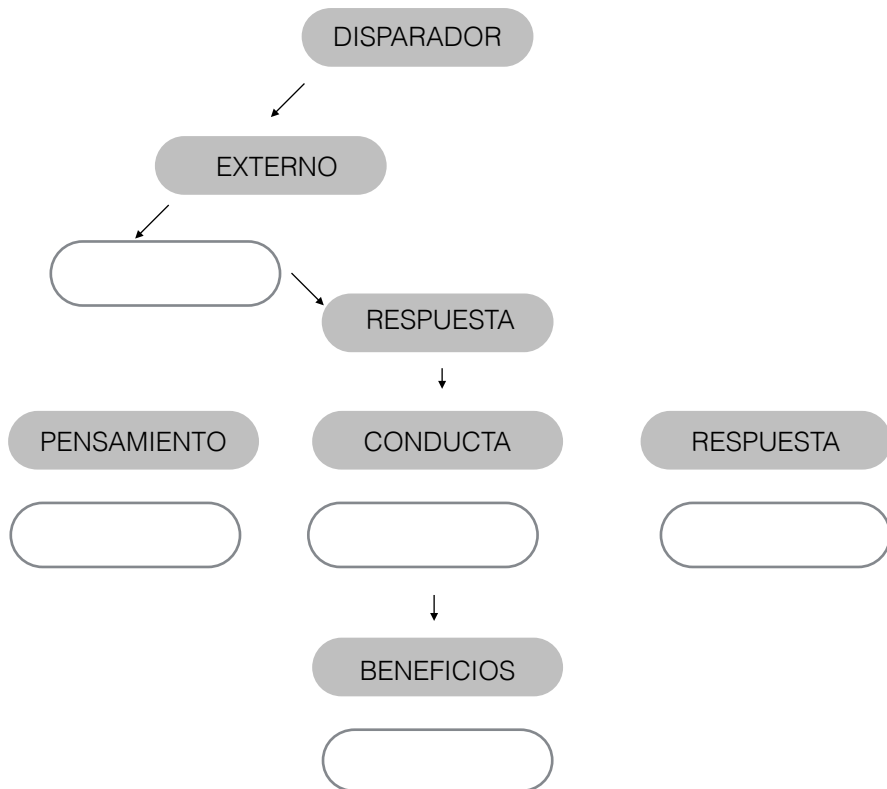
Ejercicio uno

Vamos a aplicar lo visto con un ejemplo. Imagínesse el mismo ejemplo pero intente realizarlo en el caso que el detonante sea un DISPARADOR INTERNO.



Ejercicio dos

Vamos a aplicar lo visto con un ejemplo. Imagínesse el mismo ejemplo pero intente realizarlo en el caso que el detonante sea un DISPARADOR EXTERNO.



Materiales utilizados en la sesión

Se presenta a continuación las transparencias de la sesión con el objeto de facilitarle su seguimiento.

¿ANALIZANDO EL CONSUMO DE NUESTROS FAMILIARES?

Sesión I

OBJETIVOS

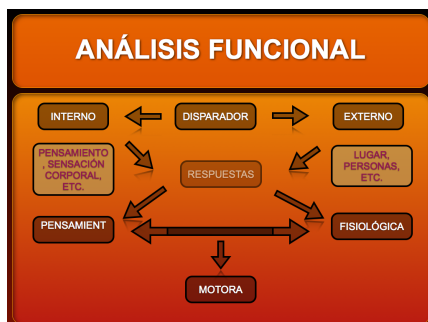
La mejor forma de cambiar una conducta es cambiar sus consecuencias.

OBJETIVOS

- Analizar como un **científico** las conductas adictivas de nuestros familiares.
- Encontrar señales o **claves** dónde nosotros/as podemos actuar para prevenir el consumo.
- Enseñar a nuestros familiares a **analizar** su propia conducta de consumo y cómo parar.

INTRODUCCIÓN

- Cualquier conducta humana tiene un **objetivo**.
- Tiene un principio y un fin.
- Todo esto se puede estudiar en lo que llamamos **ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA**.



¿QUÉ ES LO QUE VAMOS A TRABAJAR?

Este diagrama muestra un recuadro central 'DISPARADO' con flechas que apuntan hacia 'INTERNO' a la izquierda y 'EXTERNO' a la derecha. Debajo de 'INTERNO' y 'EXTERNO' hay recuadros vacíos para la anotación de ejemplos. Debajo de estos recuadros, el texto indica: 'Vamos a analizar los posibles **DISPARADORES** (INTERNOS y EXTERNOS) de nuestros familiares'.

Segunda sesión. Análisis del consumo II

Introducción

Durante esta sesión profundizaremos un poco más en el *análisis funcional* pero esta vez analizando la conducta de consumo de nuestro familiar y para ello nos basaremos en el siguiente ejemplo:

Ahora ya estamos preparados para analizar el por qué, cómo, dónde consume nuestro familiar y para ello, nos basaremos en la misma plantilla que hemos practicado.

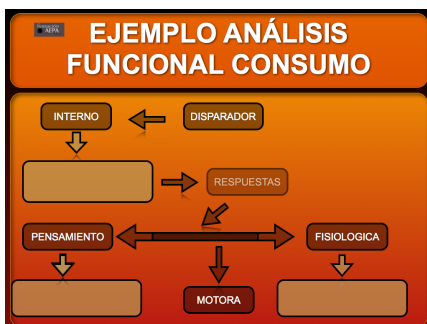
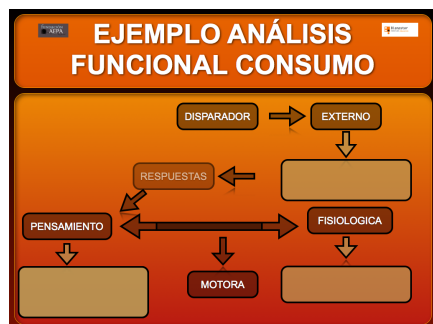
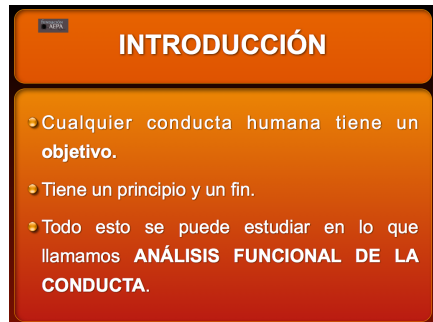
Ejercicio uno

Rellene la siguiente tabla utilizando como ejemplo una conducta de consumo de su familiar.

Disparadores Externos	Disparadores Internos	Conducta de Uso/ Abuso	Consecuencias positivas a Corto Plazo	Consecuencias negativas a Largo Plazo
1. ¿Con quién está cuando consume su familiar?	1. ¿Qué es lo que crees tu que piensa tu familiar justo antes de tomar drogas?	1. ¿Qué sustancia suele consumir?	1. ¿Qué es lo que tu crees que le gusta a tu familiar cuando está con los que consume?	1. ¿Qué crees tu que son las consecuencias negativas de la conducta de consumo de su familiar a largo plazo? (señale con un * las que crea que su familiar estaría de acuerdo con Ud.).
2. ¿Dónde suele consumir?	2. ¿Qué crees tu que está sintiendo justo antes de consumir?	2. ¿Cuánto crees tu que consume?	2. ¿Qué crees tu que tu familiar le gusta del sitio donde consume?	a. Interpersonal: b. Físico: c. Emocional:
3. ¿Cuándo suele consumir?		3. ¿Durante cuanto tiempo está consumiendo?	3. ¿Qué crees tu que tu familiar le gusta consumir en el momento que lo hace?	d. Legal: e. Escuela/Trabajo: f. Económico: g. Otros:
			4. ¿Qué pensamientos placenteros crees tu que tiene mientras consume?	
			5. ¿Que sensaciones placenteras crees tu que experimenta cuando consume?	

Materiales utilizados en la sesión

Se presenta a continuación las transparencias de la sesión con el objeto de facilitarle su seguimiento.



Tercera sesión. Prevención de la violencia doméstica I

Introducción

Tras el *análisis del consumo de drogas* de nuestro familiar ya disponemos de una información muy valiosa para empezar a intervenir con ellos, sobre todo en lo que respecta a las consecuencias negativas del consumo a largo plazo, pero antes de aplicarlas o dejar que sucedan, debemos de tener en cuenta que estos cambios pueden producir discrepancias entre nosotros y nuestros familiares. Estas discrepancias, en la mayoría de las ocasiones, serán solucionadas de una forma fácil y civilizada, pero en ocasiones, estas discrepancias pueden hacer florecer o acentuar conductas inesperadas y violentas que deberemos saber manejar y por lo tanto, debemos estar preparados para saber cómo actuar frente a estas situaciones.

Por todo ello, el módulo que empezamos y que se desarrollará a lo largo de las dos sesiones siguientes, tiene como objetivo principal ofrecer un guía de cómo debemos prevenir y actuar en caso de que se produzcan estas conductas violentas en nuestros familiares y para ello, primero analizaremos las características de las conductas violentas mediante el *análisis funcional*.

Materiales utilizados en la sesión

Se presenta a continuación las transparencias de la sesión con el objeto de facilitarle su seguimiento.

INTRODUCCIÓN

- Hay estudios que avalan que 2/3 de las conductas violentas que suceden en el hogar, esta presente el alcohol u otra sustancia.
- La mayoría de las personas que utilizan la violencia, tiene un problema de alcohol y/o drogas.
- El consumo de alcohol y/o drogas es un factor de riesgo en la aparición de conductas violentas.

INTRODUCCIÓN

- Otro aspecto a tener en cuenta que en la aplicación del programa CRAFT pueden aparecer conductas violentas debidas al cambio de conducta del familiar.

OBJETIVOS

- Este módulo va dirigido a que el familiar aprenda cómo afrontar situaciones violentas y
- Diseñar un plan de acción en el caso de que se de situaciones de violencia grave.

¿Cómo lo vamos a trabajar?

- ANÁLISIS FUNCIONAL DE LAS CONDUCTAS VIOLENTAS DE NUESTROS FAMILIARES.**

¿Por qué es importante?

- Por qué previene de conductas violentas.
- Por qué a menor conductas violentas, mejor relación.
- Por qué necesitamos información para realizar nuestro plan de acción.
- Por qué se pueden predecir las conductas violentas.

¿Por qué es importante?

- Por qué nos ofrece información de los **ANTECEDENTES** dándonos ideas de **CUÁNDO** y **CÓMO** afrontar las situaciones de alto riesgo.
- Por qué nos da una **ESTIMACIÓN** de la frecuencia y posible gravedad de la situación.

¿Por qué es importante?

- Por qué nos ofrece información de las **CONSECUENCIAS POSITIVAS** que puede recibir nuestro familiar a corto plazo.
- Por qué nos ofrece información de las **CONSECUENCIAS NEGATIVAS** de la violencia doméstica y que podemos incorporar a nuestro plan de actuación.



Programa de Intervención Familiar con adolescentes y jóvenes con Conductas Adictivas
ANEXOS

DISPARADORES ESTERIOS	DISPARADORES INTERIOS	CONDUCTA VIOLENTA	CONSECUENCIAS + A CORTO PLAZO	CONSECUENCIAS - A LARGO PLAZO
1. ¿QUIN ESTA PRESENTE CUANDO SE PONE VIOLENTO?	1. ¿QUE CRES TU QUE TU FAMILIAR PIENSA CUANDO SE PONE VIOLENTO?	1. ¿QUE TIPO DE CONDUCTA VIOLENTA MANIFIESTA NORMALMENTE	1. ¿QUE BENEFICIOS OBTIENE TU FAMILIAR AL UTILIZAR CONDUCTAS VIOLENTAS?	1. ¿QUE CONSECUENCIAS NEGATIVAS CRES QUE TIENE EL COMPORTARSE ASI? A. INTERPERSONAL
2. ¿DÓNDE OCURRE NORMALMENTE LA CONDUCTA VIOLENTA?	2. ¿QUE CRES QUE SIENTE ANTES DE PONERSE VIOLENTO?		2. ¿QUE PENSAMIENTOS POSITIVOS CRES QUE TIENE DESPUES?	B. FISICO
3. ¿CUÁNDO SUELEN PRODUCIRSE LAS CONDUCTAS VIOLENTAS?			3. ¿QUE SENSACIONES AGRADABLES TIENE DESPUES DE LA CONDUCTA VIOLENTA?	C. EMOCIONAL D. LEGAL E. TRABAJO/ESTUDIOS
4. ¿QUE ES LO ÚLTIMO QUE TU FAMILIAR DICE ANTES DE QUE TU FAMILIAR SE MUESTRE VIOLENTO?	LUZ ROJA DE ALERTA ¿QUE ES LO ÚLTIMO QUE TU FAMILIAR DICE ANTES DE PONERSE VIOLENTO?			F. ECONÓMICO G. OTROS

PLAN DE PREVENCIÓN

• Una vez visto nuestro Análisis Funcional de las conductas violentas, vamos a realizar nuestro plan de actuación. (Preguntas Guía):

1. Cuáles son los disparadores y cómo los puedo evitar y/o resolver.
2. Cuáles son las señales de alerta ¿Cómo puedo actuar?.
3. En caso de que se produzca ¿Qué voy a hacer?.

DÓNDE ACUDIR.....

- Policía Local: 092 / 091 (Nacional).
- Centro Mujer 24 h. 900580888
- Atención Víctimas Malos Tratos: 016

DÓNDE ACUDIR.....

- Policía: 092 / 965675040
- Servicios Sociales. 965666616
- Juzgados. 965677430
- OAVD. 965677410

Cuarta sesión. Prevención de la violencia doméstica II

Introducción

Como hemos visto, es importante analizar cada uno de los aspectos de las conductas violentas para prevenir su aparición y si se producen, saber actuar frente a ellas mediante un plan de acción.

En esta sesión practicaremos sobre casos reales basándonos en el ejemplo de la siguiente tabla en la que se detalla un ejemplo de una pareja en la que el marido abusa del alcohol cuando sale de trabajar.

Una vez analizado y practicado con el ejemplo, vamos a intentar trabajar nuestro caso, para ello, vamos a rellenar el siguiente *análisis funcional*:

Ejercicio uno

Disparadores Externos	Disparadores Internos	Conducta de Uso/ Abuso	Consecuencias positivas a Corto Plazo	Consecuencias negativas a Largo Plazo
<p>1. ¿Con quién está cuando consume su familiar?</p> <p>2. ¿Dónde suele consumir?</p>	<p>1. ¿Qué es lo que crees tu que piensa tu familiar justo antes de tomar drogas?</p> <p>2. ¿Qué crees tu que está sintiendo justo antes de consumir?</p>	<p>1. ¿Qué sustancia suele consumir?</p> <p>2. ¿Cuánto crees tu que consume?</p>	<p>1. ¿Qué es lo que tu crees que le gusta a tu familiar cuando está con los que consume?</p> <p>2. ¿Qué crees tu que tu familiar le gusta del sitio donde consume?</p> <p>3. ¿Qué crees tu que tu familiar le gusta consumir en el momento que lo hace?</p>	<p>1. ¿Qué crees tu que son las consecuencias negativas de la conducta de consumo de su familiar a largo plazo? (señale con un * las que crea que su familiar estaría de acuerdo con Ud.).</p> <p>a. Interpersonal:</p> <p>b. Físico:</p> <p>c. Emocional:</p>
<p>3. ¿Cuándo suele consumir?</p>		<p>3. ¿Durante cuanto tiempo está consumiendo?</p>	<p>4. ¿Qué pensamientos placenteros crees tu que tiene mientras consume?</p> <p>5. ¿Que sensaciones placenteras crees tu que experimenta cuando consume?</p>	<p>d. Legal:</p> <p>e. Escuela/Trabajo:</p> <p>f. Económico:</p> <p>g. Otros:</p>

Materiales utilizados en la sesión

Se presenta a continuación las transparencias de la sesión con el objeto de facilitarle su seguimiento.

Los materiales utilizados son los mismo de la tercera sesión.

Quinta sesión. Mejorar nuestras habilidades de comunicación

Introducción

Es común la existencia de problemas de comunicación en familias donde hay algún miembro que consume drogas (Epstein 1998; O'Farrell 1999; O'Farrell 2003) ya que, se suele utilizar un estilo negativo de reproches y de culpabilización, haciendo que sus miembros caigan en una espiral destructiva, haciendo a veces muy difícil la convivencia y la correcta resolución de problemas (Epstein 1998; Monti 2002).

Además, debemos de tener en cuenta las investigaciones en el tratamiento de las adicciones que dicen que el aprendizaje de habilidades de comunicación por parte de las parejas y familiares, hace que se reduzca el consumo e incluso aumenta las probabilidades de que nuestro familiar entre en tratamiento (Bowers 1990; Epstein 1998; Fals-Stewart 2000; Monti 2002).

Como introducción de lo que vamos a trabajar y basándonos en el dicho popular de que *“se cazan más moscas con miel que con vinagre”*, debemos de mejorar nuestra comunicación con nuestro familiar para que así podamos construir un clima familiar positivo, aumentando así la probabilidad de que nuestro familiar acuda a tratamiento.

Ejercicio 1

Recorte esta ficha y utilízala mientras practique.

GUÍA PARA UNA COMUNICACIÓN POSITIVA

1. SE BREVE.
2. SE POSITIVO.
3. HAZ REFERENCIA A CONDUCTAS ESPECÍFICAS.
4. EXPRESA CÓMO TE SIENTES.
5. MUÉSTRESE COMPENSIVO.
6. ACEPTE PARTE DE LA RESPONSABILIDAD.
7. OFREZCA AYUDA.

1. Practique con su familiar la comunicación en situaciones que según Ud. sean fáciles hasta sentirse cómodo con su nueva forma de comunicación.

Indique brevemente la situación:

Haga un resumen de cómo fue y que dificultades ha tenido:

Anote sus dudas para la próxima sesión aquí:

Materiales utilizados en la sesión

Se presentan a continuación las transparencias utilizadas en la sesión.

MEJORA DE NUESTRAS
HABILIDADES DE
COMUNICACIÓN

Sesión 5

INTRODUCCIÓN

- Muchas relaciones en las que hay una persona que abusa de sustancias, tiene problemas de comunicación pudiendo interferir en la abstinencia.
- Las terapias de pareja con problemas de drogas siempre incluyen técnicas de comunicación.
- Las técnicas positivas de comunicación se contagian haciendo una relación mejor.

INTRODUCCIÓN

- Los familiares pueden incrementar su satisfacción al tener una herramienta que se ha mostrado eficaz con personas que presentan problemas con las drogas.
- Tener unas adecuadas habilidades de comunicación te abre la puerta a otros recursos sociales y de ayuda.

OBJETIVOS

- Los familiares al actuar así aumentan sus las probabilidades de alcanzar sus objetivos (“Atrapas más moscas con miel que con vinagre”).
- Puede resultar muy positivo para la relación con el familiar.

OBJETIVOS

- Una buena comunicación es la base de nuestro programa.

¿Cómo lo vamos a trabajar?

- VAMOS A SEGUIR UNA SENCILLA GUÍA COMPUESTA POR LOS SIGUIENTES PUNTOS:

¿Cómo lo vamos a trabajar?

• **INTENTA SER BREVE**

HABLAR DURANTE MUCHO TIEMPO
SULE PROVOCAR EL EFECTO DE
"APAGADO" EN EL OTRO.

¿Cómo lo vamos a trabajar?

• **INTENTA SER POSITIVO**

- "Como te oiga decir una vez más como si fueras un niño que te vas a gastar el dinero en una TV.... Voy a romper la que tenemos".
- "Por que no nos sentamos juntos un rato para hablar sobre cómo te vas a gastar ese dinero que te sobra...."

¿Cómo lo vamos a trabajar?

• **CONCRETA EN UNA CONDUCTA**

- "Hace un mes que me dices que quieres cambiar y necesitas ayuda... Pero no haces nada. ¡Busca ayuda de una vez!"
- "Hay un chico en la UPC que te puede ayudar y tengo el teléfono ¿Qué te parece si llamamos?"

¿Cómo lo vamos a trabajar?

• **EXPRESA TUS EMOCIONES**

- "Nunca me han humillado tanto como lo que me has humillado tu al portarte así delante de mis amigos"
- "Me has hecho sentir muy mal por nosotros dos cuando te has portado así delante de ellos"

¿Cómo lo vamos a trabajar?

• **EXPRESA COMPRENSIÓN... PERO....**

- "Bien ¿Qué te crees? ¡Crees que vamos a comer con lo niños mientras tu estás borracho.....!"
- "Sé que va a ser muy extraño el no tener a nuestros hijos con nosotros en la comida. Pero creo que de momento tendremos que hacerlo hasta que tu mejores."

¿Cómo lo vamos a trabajar?

• **ACEPTA PARTE DE LA RESPONSABILIDAD**

- "Sabia que no te ibas a acordar de ir a tus terapias ¿Por qué siempre se te olvida lo importante?"
- "No sé cómo se me olvido recordarte que hoy tenías terapia. A ver si la próxima vez entre los dos no se nos olvida."

¿Cómo lo vamos a trabajar?

• **OFRECETE PARA AYUDAR**

- "¡Vuelves a estar estresado! No me digas que lo vas a utilizar como una excusa para fumarte un porro...."
- "¡Vuelves a estar estresado! Cómo te puedo ayudar..."

MEJORA DE NUESTRAS
HABILIDADES DE
COMUNICACIÓN

Sesión 5

Sexta sesión. Reforzar las conductas saludables o de no consumo I

Introducción

Las personas generalmente ante cualquier conducta u objeto positivo, tienden a repetir ya que estas conductas les satisfacen o las encuentran positivas (Spiegler 2003; Malott 2004). Extrapolando esto a nuestro familiar consumidor, es fácil concluir que uno de los muchos motivos por los que consume, se deben a que encuentran la conducta de consumo una experiencia positiva. Incluso, en ocasiones, ese consumo es tan reforzante y positivo que dejan de lado muchas otras actividades positivas más saludables que hacían antes de iniciar el mismo.

Es importante que empecemos a fomentar actividades agradables, para que nuestro familiar a la hora de abandonar el consumo encuentre actividades positivas en las que pasar el tiempo libre y de ocio. Parece lógico pensar que si tenemos actividades positivas que compitan con el consumo, a poder ser incompatibles, este consumo se reduzca o desaparezca. Ese es el fin último de esta sesión y de la siguiente, restaurar *actividades positivas* incompatibles con el consumo y a poder ser saludables (p.e. jugar a fútbol, apuntarse a un gimnasio, etc.).

Es importante resaltar en este punto que en ningún caso debemos de hacer actividades agradables conjuntas cuando nuestros familiares estén consumiendo o hayan consumido, esto sería reforzar la conducta de consumo; si no que el objeto es *fomentar* nuevas actividades, a poder ser conjuntas, cuando nuestros familiares *no consuman* o no estén bajo el efecto de las drogas. Así pues, el fin último es ampliar el abanico de posibilidades recreativas y fomentar nuevas que no estén relacionadas con el consumo o sean incompatibles con este.

Para ello es fundamental ayudarles a hacer una lista razonable de actividades positivas conjuntas (*recuerda* no deben estar relacionadas con el consumo). En ocasiones puede ser interesante y de gran ayuda ofrecer algunos ejemplos de actividades como podrían ser las siguientes:

- ❖ Expresar sentimientos positivos.
- ❖ Ver los programas de televisión favoritos.
- ❖ Salir a pasear con la familia.

- ❖ Preparar el plato de comida favorito de nuestro familiar.
- ❖ Hacer un viaje.
- ❖ Etc.

Lo importante del listado de actividades, es que se basen en los siguientes puntos:

- ❖ Que le guste a nuestro familiar (y si puede ser a nosotros, mejor).
- ❖ Que sea incompatible con la conducta de consumo.
- ❖ Puede ocurrir o ha ocurrido de forma frecuente (que sea fácil).

El instrumento que utilizaremos para analizar las actividades positivas será el *análisis funcional* que practicaremos la próxima sesión, pero antes vamos a construir nuestro listado de actividades agradables realizando el ejercicio siguiente:

Ejercicio uno

Haga un listado de reforzadores que solían hacer o que cree que le podría gustar a su familiar y luego gradúelas del 1 al 5.

AYUDA: la lista de reforzadores, puede incorporar objetos, conductas, comentarios y actividades que sigan estos criterios:

- ❖ Que sean placenteras para su familiar.
- ❖ Que sean baratas.
- ❖ Que sean inmediatas.
- ❖ Que sean cómodas.

Programa de Intervención Familiar con adolescentes y jóvenes con Conductas Adictivas
ANEXOS

ACTIVIDAD AGRADABLE	PUNTUACIÓN
	1—2—3—4—5
	1—2—3—4—5
	1—2—3—4—5
	1—2—3—4—5
	1—2—3—4—5
	1—2—3—4—5
	1—2—3—4—5
	1—2—3—4—5
	1—2—3—4—5
	1—2—3—4—5
	1—2—3—4—5
	1—2—3—4—5

NOTA: Ninguno de los reforzadores, debe estar relacionadas con sustancias y/o conductas adictivas.

ALUCINÓGENOS

HABLA	ESTADO DE ÁNIMO	CONDUCTA	APARIENCIA
-Espacio. -Volumen bajo. -Palabras entrecortadas.	-Deprimido. -Ansioso.	-Confuso. -Olvidos frecuentes. -Flashbacks. -Distorsiones visuales. -Alucinaciones. -Agitación. -Desorientación. -Pierde el juicio. -Aumenta el ritmo cardíaco.	-Pupilas dilatadas. -Mala higiene. -Pele seca. -Mal aspecto.

ESTIMULANTES

HABLA	ESTADO DE ÁNIMO	CONDUCTA	APARIENCIA
-Acelerado. -Cambio frecuente de temas.	-Vigilante. -Errático. -Ansioso.	-Respiración acelerada. -Confusión. -Pensamientos paranoicos. -Irronía. -Pérdida de apetito. -Mucha energía. -Tensión alta. -Aumento de la frecuencia cardíaca. -Percepciones distorsionadas.	-Pupilas dilatadas. -Boca seca. -Nariz mucosa. -Pérdida extrema de peso.

OPIÁCEOS

HABLA	ESTADO DE ÁNIMO	CONDUCTA	APARIENCIA
-Espacio. -Extremadamente bajo.	-Pasividad. -Euforia. -Falta de afecto.	-Resfriado crónico. -Respiración lenta. -Náuseas. -Tensión baja. -Aletargado.	-Pupilas contraídas. -Boca seca. -Nariz mucosa. -Pérdida extrema de peso.

REFUERZO DE CONDUCTAS DE NO CONSUMO

Sesión 6 y 7

Séptima sesión. Reforzar las conductas saludables o de no consumo II

Introducción

En esta sesión continuaremos trabajado lo visto en la pasada sesión pero basándonos en ejemplos reales, aplicando el *análisis funcional* para facilitar la instauración de conductas positivas y saludables, para ello trabajaremos utilizando el siguiente ejemplo:

Ahora vamos a intentar hacerlo nosotros con un ejemplo real y para ello trabajaremos sobre la misma plantilla de trabajo que tiene a continuación.

Ejercicio uno

Disparadores Externos	Disparadores Internos	Conducta agradable y/o saludable	Consecuencias negativas a Corto Plazo	Consecuencias positivas a Largo Plazo
<p>1. ¿Con quién está tu familiar cuando hace la conducta positiva?</p> <p>2. ¿Dónde está tu familiar cuando hace la conducta positiva?</p> <p>3. ¿Cuándo suele darse la conducta positiva?</p>	<p>1. ¿Qué es lo que crees que piensa tu familiar justo antes de la conducta positiva?</p> <p>2. ¿Qué crees tu que siente físicamente antes de la conducta positiva?</p>	<p>1. ¿Cuál o cuáles son las conductas agradables y/o saludables?</p> <p>2. ¿Con qué frecuencia disfruta de la conducta positiva y/o saludable?</p> <p>3. ¿Cuánto tiempo invirtió en la actividad la última vez?</p>	<p>1. ¿Qué aspectos de la persona o personas con quien realiza la conducta positiva no le gustan a tu familiar?</p> <p>2. ¿Qué aspecto negativo del lugar donde suele darse la conducta positiva o saludable crees tú que no le gusta a tu familiar?</p> <p>3. ¿Qué aspecto negativo del momento crees tú que no le gustan a tu familiar?</p> <p>4. ¿Qué pensamientos negativos crees que suele tener?</p> <p>5. ¿Qué sensaciones desagradables crees tu que experimenta tu familiar?</p>	<p>1. ¿Qué resultados positivos crees tu que puede obtener tu familiar en cada una de las siguientes áreas?</p> <p>a. Interpersonal:</p> <p>b. Física:</p> <p>c. Emocional:</p> <p>d. Legal:</p> <p>e. Escuela/Trabajo:</p> <p>f. Económica:</p> <p>g. Otros:</p>

Principales efectos y señales de las drogas

Recuerde que es muy importante que su familiar haga actividades positivas a ser posible con Ud., pero tenga en cuenta que su familiar *no debe* haber consumido o debe estar debajo de los efectos de ningún tipo de droga. Para ayudarle a identificar si su familiar ha consumido o no, le presentamos los principales indicadores de los efectos de las distintas drogas.

Depresoras (Alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas, etc.).

HABLA	ESTADO DE ÁNIMO	CONDUCTA	APARIENCIA
- Se atranca y su aliento huele a alcohol.	- Agitado. - Locuaz. - Deprimido. - Irritable. - Pasivo. - Exaltado.	- Confuso. - Olvidos frecuentes. - Náuseas. - Lagunas de lo que ha hecho. - Temblores. - Pierde el juicio. - Inestabilidad motora. - Flashbacks.	- Ojos rojos. - Mala higiene. - Piel seca.

THC (Marihuana, cannabis).

HABLA	ESTADO DE ÁNIMO	CONDUCTA	APARIENCIA
- Locuaz. - Habla bajo. - Despacio. - Olor.	- Despistado. - Pasivo. - Inestable.	- Relajado. - Apetito elevado. - Risas tontas. - Sin energía, apagado. - Baja motivación. - Lento de reflejos. - Le cuesta pensar.	- Ojos rojos. - Pupilas dilatadas. - La ropa huele a humo.

Alucinógenos (LSD).

HABLA	ESTADO DE ÁNIMO	CONDUCTA	APARIENCIA
<ul style="list-style-type: none"> - Despacio. - Volumen bajo. - Palabras entrecortadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deprimido. - Ansioso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Confuso. - Olvidos frecuentes. - Flashbacks. - Distorsiones visuales. - Alucinaciones. - Agitación. - Desorientación. - Pierde el juicio. - Aumenta el ritmo cardiaco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pupilas dilatadas. - Mala higiene. - Pile seca. - Mal aspecto.

Estimulantes (Cocaína, Crack, Metanfetamina, Éxtasis, etc.).

HABLA	ESTADO DE ÁNIMO	CONDUCTA	APARIENCIA
<ul style="list-style-type: none"> - Acelerado. - Cambio frecuente de temas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Violento. - Errático. - Ansioso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración acelerada. - Confusión. - Pensamientos paranoicos. - Insomnia. - Pérdida de apetito. - Mucha energía. - Tensión alta. - Aumento de la frecuencia cardiaca. - Percepciones distorsionadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pupilas dilatadas. - Boca seca. - Nariz mucosa. - Pérdida extrema de peso.

Opiáceos (Heroína, Morfina, etc.).

HABLA	ESTADO DE ÁNIMO	CONDUCTA	APARIENCIA
<ul style="list-style-type: none">- Despacio.- Extremadamente bajo.	<ul style="list-style-type: none">- Pasividad.- Euforia.- Falta de afecto.	<ul style="list-style-type: none">- Resfriado crónico.- Respiración lenta.- Náuseas.- Tensión baja.- Aletargado.	<ul style="list-style-type: none">- Pupilas contraídas.- Boca seca.- Nariz mucosa.- Pérdida extrema de peso.

Materiales utilizados en la sesión

Los materiales utilizados para la sesión son los mismo que la sesión anterior.

Octava sesión. Consecuencias negativas del consumo

Introducción

La presente sesión, tiene como objetivo dos cosas: interrumpir las actividades positivas o retirar privilegios de nuestro familiar cuando se produzcan consumos y dejar que las conductas de consumo llegue a sus consecuencias naturales, sin hacer nada por nuestra parte.

Para la retirada de actividades o de privilegios, debemos de evaluar si es posible, y si no implica riesgos elevados; para ello, nos basaremos en la siguiente guía:

- 1. Creer que lo que vamos a retirar es importante para nuestro familiar.**
- 1. Se puede volver a introducir fácilmente cuando nuestro familiar está abstinentes.**
- 2. Es fácil su retirada.**
- 3. Nuestro familiar está más seguro sin él.**
- 4. Se puede retirar inmediatamente cuando nuestro familiar consume.**

Ahora y siguiendo la guía presentada anteriormente y basándose en la siguiente tabla que le presentamos a continuación, ponga los privilegios y/o actividades que puede Ud. retirar en caso de que su familiar consuma drogas.

REFORZADOR/PRIVILEGIO A RETIRAR

Evidentemente, una retirada de un privilegio o de una actividad, deberá ser comunicada siempre y para ello, deberemos utilizar y practicar lo que aprendimos en la quinta sesión sobre *comunicación positiva* y en caso de que se den conductas violentas, deberemos de aplicar lo visto en la tercera y cuarta sesión respectivamente.

Aunque la decisión de una retirada de reforzador o privilegio, en principio parece sencilla, hay ocasiones en las que puede implicar daños colaterales no deseados e importantes como podría ser por ejemplo: la pérdida de un trabajo por la retirada del coche, problemas legales por no pagar una denuncia, etc. Así que para tomar este tipo de decisiones, deberemos de reflexionar un poco más nuestras decisiones y para ello, tenemos a nuestra disposición una herramienta que nos puede ayudar en la toma de decisiones. Esta herramienta nos permitirá analizar de forma muy sistemática los pros y contras de una decisión. A continuación, presentamos nuestra propuesta para la *resolución de problemas* (D'Zurrilla 1971).

Método para la resolución de problemas

Antes de empezar a resolver un problema, convendría afirmar tres premisas básicas:

1. Aceptar el hecho de que vivir es sinónimo de problemas y que uno/a puede hacerle frente de forma eficaz y activa.
2. Reconocer las situaciones problemáticas con rapidez.
3. Controlar la tendencia a responder impulsivamente.

Pasos para resolver cualquier problema:

1. Definición y Formulación del Problema:

- a) Reunir información relevante y objetiva del problema (¿Quién?, ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Por Qué? y ¿Cómo?).
- b) Clarificar la naturaleza del problema (económico, personal, social, afectivo, etc.)
- c) Establecer una meta realista.

- d) Reevaluar el problema, considerando beneficios-costos de resolverlos o no.

+	-
SUMA:	

Definición operativa del problema.

2. Generación de Alternativas:

- a) Principio de cantidad.
- b) Aplazamiento del juicio.
- c) Principio de variedad.

1.	11.
2.	12.
3.	13.
4.	14.
5.	15.
6.	16.
7.	17.
8.	18.
9.	19.
10.	20.

3. Toma de Decisiones:

- a) Eliminar alternativas que impliquen riesgos elevados.
- b) Anticipar los resultados positivos y negativos de cada alternativa personal-social, a corto-largo plazo.

Alternativa:

Nota: Este proceso, se deberá de realizar con cada una de las alternativas.

4. Verificación:

- a) Eliminar posibles obstáculos de ejecución del plan.
- b) Autoobservación.
- c) Evaluación (si no se consigue objetivo, revisar todo).
- d) Reforzamiento de cada paso dado en la consecución de objetivos.

Materiales utilizados en la sesión

Se presenta a continuación las transparencias de la sesión con el objeto de facilitarle su seguimiento.

<p>USO DE LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL CONSUMO</p> <p>Sesión 8</p>	<p>OBJETIVOS</p> <p>APRENDEREMOS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿CÓMO RETIRAR REFUERZOS POSITIVOS A NUESTRO FAMILIAR CUANDO CONSUME?.2. DEJAR QUE LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO LLEGUEN A SU FIN NATURAL.
<p>¿POR QUÉ?</p> <p>NO REFORZAR O MANTENER DE NINGUNA MANERA EL CONSUMO DE NUESTRO FAMILIAR.</p>	<p>GUÍA PARA RETIRADA DE REFUERZOS POSITIVOS</p> <ol style="list-style-type: none">1. QUE SEA IMPORTANTE PARA EL FAMILIAR Y LE MOLESTE SU RETIRADA.2. ES FÁCIL DE INTRODUCIR DE NUEVO CUANDO EL FAMILIAR NO CONSUME.3. ES FÁCIL SU RETIRADA.4. NO IMPLICA RIESGOS ELEVADOS SU RETIRADA.5. SE PUEDE RETIRAR INMEDIATAMENTE CUANDO SE DA EL CONSUMO.
<p>¿CÓMO LO VAMOS A TRABAJAR?</p> <p>PADRES: Normalmente dejan el coche familiar a su hijo/a los fines de semana. Los padres deciden que no tendrá ese privilegio si usa drogas esa noche.</p>	<p>¿CÓMO LO VAMOS A TRABAJAR?</p> <p>HERMANA MAYOR: Normalmente deja a su hermana menor (consumidora) ir con ella a comer con sus amigas. Decide que no puede venir cuando ha fumado THC.</p>

¿CÓMO LO VAMOS A TRABAJAR?

PADRES: Deciden que su hija de 13 años no podrá utilizar el móvil si viene fumada del instituto.

UTILIZAR LA COMUNICACIÓN POSITIVA

1. Debemos de **informar** a nuestro familiar de los cambios.

2. Antes de empezar hay que encontrar el **momento** y **lugar** oportuno para comunicarlo.

MOMENTO Y LUGAR

Hay que tener en cuenta que:

1. Tu familiar **no haya consumido** drogas o no esté de "resaca" o de "bajón".

2. Intentar que sea en un **momento agradable** para ambos.

ACEPTAR LAS CONSECUENCIAS NATURALES

¿Cuándo debemos de dejar que ocurran?

ACEPTAR LAS CONSECUENCIAS NATURALES

1. La consecuencia es debida al consumo.

2. La consecuencia es percibida como negativa por el familiar.

3. Si se produce reducirá el consumo.

4. No implica riesgo elevado para el consumidor.

ACEPTAR LAS CONSECUENCIAS NATURALES

5. Otros problemas derivados de la consecuencia pueden ser resueltos por el familiar no consumidor.

7. El familiar sabe cómo y cuándo explicar el plan de acción.

ACEPTAR LAS CONSECUENCIAS NATURALES

MADRE. PIERDE 45 MINUTOS TODOS LOS DOMINGOS PARA LEVANTAR A SU HIJO CONSUMIDOR DE MARIHUANA PARA IR CON SU HERMANO PEQUEÑO AL PARTIDO.

SU **PROBLEMA PRINCIPAL** SI DEJA QUE LA CONSECUENCIA ES: SU HIJO MENOR.

ACEPTAR LAS CONSECUENCIAS NATURALES

PADRE: Deja a su hijo que consume el coche para ir al trabajo y su intención es que deje de consumir.

Sabe que si lo hace su hijo puede perder el trabajo.

ACEPTAR LAS CONSECUENCIAS NATURALES

PADRE: Decide dejarle el coche sólo 6 semanas más (tiempo para que lo empiece a dejar) y mientras tanto sólo lo podrá utilizar para ir al trabajo.

**¿CÓMO HA LLEGADO A ESA
CONCLUSIÓN?**

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1. Definir el problema de forma operativa.
2. Brainstorm.
3. Eliminar las que impliquen riesgo elevado.

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

4. Elegir una posible alternativa.
5. Identificar posibles obstáculos.
6. Eliminar posibles obstáculos.
7. Decidir si vale la pena resolverlo.
8. Evaluar el proceso.

USO DE LAS
CONSECUENCIAS NEGATIVAS
DEL CONSUMO

Sesión 8

Novena sesión. Aumentar nuestro nivel de satisfacción

Introducción

En la mayoría de las ocasiones el consumo de sustancias, hace que nuestros familiares no reconozcan el problema rechazando una y otra vez, toda ayuda que le podamos ofrecer haciendo en ocasiones que nos sintamos mal mermando nuestro nivel de autoestima, satisfacción, estado de ánimo, etc. e incluso llevándonos en ocasiones a rozar la depresión haciendo a su vez muy difícil prestar ayuda a nuestro familiar, ya que, *nosotros ¡Estamos para que nos ayuden!*.

Para ello, desde el programa, se considera importante la siguiente premisa:

“Es muy difícil ayudar a los demás, si no estamos bien nosotros”

Y ese es el objetivo principal de esta sesión: intentar estar lo mejor posible nosotros, independientemente que nuestro familiar continúe consumiendo y rechazando nuestra ayuda, porque en algún momento, necesitará nuestra que estemos junto a él o ella y para ello, deberemos estar *fuertes* nosotros.

Por lo tanto, en la presente sesión, trabajaremos los siguientes puntos:

1. Evaluar en que punto o que nivel de satisfacción tenemos nosotros con respecto a ciertos aspectos que se consideran importantes para poder ser feliz.
2. Aumentar el nivel de satisfacción en cada uno de los puntos deficitarios independientemente de la decisión de nuestro familiar consumidor.

Y para alcanzar estos objetivos, primero pasaremos a rellenar el siguiente ejercicio.

Ejercicio uno

	Insatisfecho					Satisfecho				
Bebida y/o uso de drogas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trabajo y/o formación.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Economía.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vida Social.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hábitos personales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pareja / Relaciones Familiares.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Problemas legales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vida Emocional.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comunicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Felicidad en general	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Este ejercicio, nos permitirá establecer la línea base de mejora en algunos aspectos que se consideran importantes para nuestro nivel de satisfacción.

Ejercicio dos

En este ejercicio, estableceremos nuestras metas para aumentar nuestra satisfacción en cada una de las áreas deficitarias analizadas y para ello nos basaremos en la siguiente tabla:

Áreas problemáticas/Metas	Estrategias	Tiempo
1. En el área de bebida / uso de drogas me gustaría:		
2. En el área de trabajo / formación me gustaría:		
3. En el área económica me gustaría:		
4. En el área social me gustaría:		
5. En el área de hábitos personales me gustaría:		
6. En el área emocional me gustaría:		
7. En el área de comunicación me gustaría:		

Materiales utilizados en la sesión

Se presenta a continuación las transparencias de la sesión con el objeto de facilitarle su seguimiento.

AUMENTO DE LA
SATISFACCIÓN Y FELICIDAD
EN EL FAMILIAR

Sesión 9

OBJETIVOS

1. Evaluar el nivel de satisfacción del familiar
2. Fomentar actividades positivas del familiar en distintas áreas de su vida.
3. Aumentar el nivel de satisfacción y felicidad independientemente de que haya un cambio en el familiar consumidor.

¿POR QUÉ?

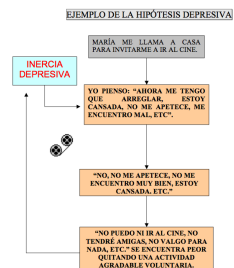
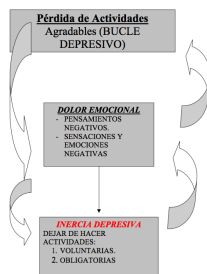
**ES IMPOSIBLE AYUDAR A LOS
DEMÁS CUNADO UNO ESTÁ
MAL.....**

¿POR QUÉ?

Contento

Normal

Bajo



¿CÓMO ESTAMOS?

	Insatisfecho					Satisfecho				
Bebida y/o uso de drogas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trabajo y/o formación.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Economía.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vida Social.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hábitos personales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pareja / Relaciones Familiares.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Problemas legales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vida Emocional.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comunicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Felicidad en general	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿CÓMO LO VAMOS A TRABAJAR?

Áreas problemáticas/Metas	Estrategias	Tiempo
1. En el área de bebida/uso de drogas me gustaría:		
2. En el área de trabajo/formación me gustaría:		
3. En el área económica me gustaría:		
4. En el área social me gustaría:		

¿CÓMO LO VAMOS A TRABAJAR?

Áreas problemáticas/Metas	Estrategias	Tiempo
5. En el área de hábitos personales me gustaría:		
6. En el área emocional me gustaría:		
7. En el área de comunicación me gustaría:		

AUMENTO DE LA
SATISFACCIÓN Y FELICIDAD
EN EL FAMILIAR

Sesión 9

Décima sesión. ¿Cómo sugerir a nuestro familiar que entre en tratamiento?

Introducción

Llegados a este punto, ya estamos preparados/as para ir sugiriendo a nuestro familiar a entrar en tratamiento (uno de los objetivos principales del presente programa) y a que busque ayuda, pero para ello, antes debemos de estar seguros de que cumplimos los criterios siguientes:

- 1. Debemos de saber identificar señales que faciliten la motivación en nuestro familiar.**
- 2. Debemos de saber expresarnos mediante una comunicación positiva y saber cuándo o dónde utilizarla.**
- 3. Tener opciones terapéuticas dónde acudir.**
- 4. Debemos estar preparados a que nuestro familiar rechace nuestra propuesta.**
- 5. Debemos estar preparados a las recaídas que se van a ir produciendo.**
- 6. La necesidad de continuar nuestro apoyo una vez inicie el tratamiento.**

Si la contestación es afirmativa a la mayoría de los puntos expuestos, entonces Ud. está preparado para sugerir a su familiar a que entre en tratamiento y si las contestaciones a las mismas no lo son, entonces no se desanime, ya que podrá practicar y repasar sus carencias utilizando los vídeos de las sesiones junto con este manual o bien concertando una cita con su terapeuta.

¿Cuándo es el mejor momento para sugerir a nuestro familiar tratamiento?

El cuándo es muy importante, ya que puede condicionar a que nuestro familiar entre o no en tratamiento. A continuación se le presenta una serie de situaciones que debemos de aprovechar y que llamaremos *ventanas de oportunidad* y estas son:

- ❖ Nuestro familiar esta arrepentido por haber provocado una crisis debida a su consumo (retirada del carné, gasto excesivo de dinero, etc.).
- ❖ Nuestro familiar se encuentra en una situación inesperada que hace que se replantee el consumo (ya no podrá beber alcohol en el trabajo, etc.).
- ❖ Nuestro familiar se interesa por el programa que estamos haciendo.
- ❖ Nuestro familiar empieza a interesarse y preguntarse el por qué hemos cambiado la forma de abordar el problema.

Además de utilizar las llamadas *ventanas de oportunidad*, debemos de aprovecharlas distintas oportunidades que llamaremos *ganchos motivacionales o excusas* para el acercamiento de nuestro familiar al tratamiento y estas son:

- ❖ Empezar a ofrecer la oportunidad de conocer a nuestro terapeuta.
- ❖ Ofreciéndoles la posibilidad de tener un terapeuta distinto al nuestro con el objeto de mantener su confidencialidad al máximo.
- ❖ Comentándoles que el tipo de terapia es fácil y no muy larga.
- ❖ Ofreciéndoles la posibilidad de diseñar ellos mismos parte del tratamiento y de los objetivos.

- ❖ Ofreciéndoles la posibilidad de tratar aspectos psicológicos distintos a su adicción como: depresión, habilidades sociales, etc.
- ❖ Haciéndoles ver que obtendrán muchos beneficios en todos los niveles de su vida cuando dejen el consumo.

Todos estos aspectos, deberán de comunicarse utilizando una comunicación positiva vista ya en la sesión cinco de este manual.

No obstante, y no en pocas ocasiones, los padres o familiares de afectados, han utilizado otras vías de comunicación para expresar sus sentimientos y sugerirles que entren en tratamiento y para ello, han aplicado estrategias como:

- ❖ Concertar una entrevista con el terapeuta.
- ❖ Escribir una carta donde le indica sus deseos.
- ❖ Que sea el mismo terapeuta que se ponga en contacto con el consumidor.
- ❖ Etc.

Además de todo lo visto anteriormente, es mejor que antes de sugerir tratamiento a nuestro familiar, nos preguntaremos si estamos preparados contestando a las siguientes preguntas:

- ❖ ¿Tenemos la posibilidad de asistencia terapéutica inmediata (menos de 48 h)?
- ❖ ¿Estás dispuesto a manejar el papeleo y perder tiempo de tu trabajo para hacer las gestiones para empezar el tratamiento?
- ❖ ¿El terapeuta utiliza técnicas cognitivas-conductuales o es Cognitivo-Conductual?
- ❖ ¿El terapeuta está familiarizado con terapia de parejas?

Si contesta *si* a todas estas preguntas, es que tiene la infraestructura necesaria para que su familiar en caso de aceptar tratamiento, aumente las probabilidades de que se mantenga en él y si es que contesta que *no*, deberá resolver cuanto antes estos temas (al menos antes de sugerirle entrar en tratamiento).

No obstante, y después de lo indicado, debes estar preparado a:

- ❖ Que tu familiar no quiera asistir a tratamiento.
- ❖ Que tu familiar abandone el tratamiento antes de hora.
- ❖ Las continuas recaídas que se pueden ir produciéndose en el tratamiento

Por todo ello, convendría que desarrollara un **PLAN B** en caso de que esto falle y para ello puede utilizar la *resolución de problemas* trabajada en este programa en la octava sesión

Materiales utilizados en la sesión

Se presentan a continuación las transparencias utilizadas en la sesión diez:

MOTIVAR A NUESTRO FAMILIAR QUE VAYA A TRATAMIENTO

Sesión 10

OBJETIVOS

1. Buscar espacios de comunicación que permitan la expresión de nuestros deseos.
2. Que nuestro familiar reconozca su problema.
3. Motivar a nuestro familiar que asista y se mantenga en tratamiento para que deje de consumir.

PERO ANTES.....

1. DEBEMOS SABER IDENTIFICAR SEÑALES QUE FACILITEN LA MOTIVACIÓN EN NUESTRO FAMILIAR.
2. DEBEMOS SABER UTILIZAR LA COMUNICACIÓN POSITIVA Y SABER CUÁNDO Y DÓNDE APLICARLA.
3. TENER OPCIONES TERAPÉUTICAS DONDE RECURRIR.

PERO ANTES.....

4. DEBEMOS ESTAR PREPARADOS DE QUE NUESTRO FAMILIAR NOS RECHACE O QUE HAYAN RECAÍDAS EN EL PROCESO.
5. LA NECESIDAD DE CONTINUAR EL APOYO A NUESTRO FAMILIAR UNA VEZ ENTRE EN TRATAMIENTO.

LA RUEDA DEL CAMBIO

Prochaska & DiClemente

¿Cómo lo vamos a trabajar?

EXPRESA TUS EMOCIONES

- "Nunca me han humillado tanto como lo que me has humillado tu al portarte así delante de mis amigos"
- "Me has hecho sentir muy mal por nosotros dos cuando te has portado así delante de ellos"

¿Cómo lo vamos a trabajar?

EXPRESA COMPRENSIÓN... PERO....

- "Bien ¿Qué te crees? ¡Crees que vamos a comer con lo niños mientras tu estás borracho.....!"
- "Sé que va a ser muy extraño el no tener a nuestros hijos con nosotros en la comida. Pero creo que de momento tendremos que hacerlo hasta que tu mejores."

¿Cómo lo vamos a trabajar?

ACEPTA PARTE DE LA RESPONSABILIDAD

- "Sabía que no te ibas a acordar de ir a tus terapias ¿Por qué siempre se te olvida lo importante?"
- "No sé cómo se me olvido recordarte que hoy tenías terapia. A ver si la próxima vez entre los dos no se nos olvida."

¿Cómo lo vamos a trabajar?

OFRECETE PARA AYUDAR

- "¡Vuelves a estar estresado! No me digas que lo vas a utilizar como una excusa para fumarte un porro...."
- "¡Vuelves a estar estresado! Cómo te puedo ayudar..."

OTRAS FORMAS.....

1. CONCERTANDO UNA ENTREVISTA CON EL TERAPEUTA.
2. ESCRIBIENDO UNA CARTA.
3. QUE EL MISMO TERAPEUTA SE PONGA EN CONTACTO CON NUESTRO FAMILIAR.

¿Y AHORA QUÉ?

1. TENER LA POSIBILIDAD DE ASISTENCIA TERAPÉUTICA INMEDIATA (MENOS DE 48 H).
2. SER TU EL QUE MANEJE EL PAPELEO Y GESTIONES PARA EMPEZAR EL TRATAMIENTO.
3. EL TERAPEUTA DEBE SER COGNITIVO-CONDUCTUAL.
4. EL TERAPEUTA DEBE ESTAR FAMILIARIZADO CON TERAPIA DE PAREJAS.

Y POR SI ACASO.....

- * DEBES ESTAR PREPARADO A QUE TU FAMILIAR NO QUIERA ASISTIR A TERAPIA.
- * DEBES ESTAR PREPARADO A QUE TU FAMILIAR ABANDONE EL TRATAMIENTO.
- * DEBES ESTAR PREPARADO A LAS RECAÍDAS COMUNES DEL TRATAMIENTO.
- * DEBES TENER A UN **PLAN B** PARA ELLO UTILIZA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

VENTANAS DE OPORTUNIDAD

1. NUESTRO FAMILIAR ESTÁ ARREPENTIDO POR HABER PROVOCADO UNA CRISIS DEBIDO AL CONSUMO.
2. NUESTRO FAMILIAR SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN INESPERADA QUE HACE QUE SE REPLANTEE EL CONSUMO.

VENTANAS DE OPORTUNIDAD

3. NUESTRO FAMILIAR SE INTERESA POR EL PROGRAMA QUE ESTAMOS HACIENDO.

4. NUESTRO FAMILIAR EMPIEZA A CUESTIONARSE POR QUÉ HEMOS CAMBIADO.

GANCHOS MOTIVACIONALES

1. EMPEZAR A OFRECER LA OPORTUNIDAD DE CONOCER A NUESTRO TERAPEUTA.

2. DICHIENDO QUE ELLOS CON MUCHA PROBABILIDAD TENDRÁN OTRO TERAPEUTA DISTINTO AL SUYO.

GANCHOS MOTIVACIONALES

3. DICHIENDO QUE EL TIPO DE TERAPIA SERÁ FÁCIL Y NO MUY LARGA.

4. DICHIENDO QUE ELLOS SERÁN LOS QUE DISEÑEN PARTE DEL TRATAMIENTO Y DE LOS OBJETIVOS HA ALCANZAR.

GANCHOS MOTIVACIONALES

5. DICHIENDO QUE TIENE LA POSIBILIDAD DE TRABAJAR OTROS ASPECTOS QUE NO TIENE NADA QUE VER CON EL CONSUMO DE DROGAS.

6. HACIÉNDOLES VER QUE VAN HA OBTENER MUCHOS BENEFICIOS EN TODOS LOS NIVELES CUANDO DEJEN EL CONSUMO.

USO DE LA COMUNICACIÓN POSITIVA

PARA SUGERIR A NUESTRO FAMILIAR A ENTRAR EN TRATAMIENTO, DEBEMOS UTILIZAR UNA COMUNICACIÓN POSITIVA.

¿Cómo lo vamos a trabajar?

• **INTENTA SER BREVE**

HABLAR DURANTE MUCHO TIEMPO SULE PROVOCAR EL EFECTO DE "APAGADO" EN EL OTRO.

¿Cómo lo vamos a trabajar?

• **INTENTA SER POSITIVO**

• "Como te oíga decir una vez más como si fueras un niño que te vas a gastar el dinero en una TV.... Voy a romper la que tenemos".

• "Por que no nos sentamos juntos un rato para hablar sobre cómo te vas a gastar ese dinero que te sobra...."

¿Cómo lo vamos a trabajar?

• **CONCRETA EN UNA CONDUCTA**

• "Hace un mes que me dices que quieres cambiar y necesitas ayuda... Pero no haces nada. ¡Busca ayuda de una vez!"

• "Hay un chico en la UPC que te puede ayudar y tengo el teléfono ¿Qué te parece si llamamos?"

Bibliografía

- Bowers, T. G. y Al-Rehda, M.R. (1990). "A comparison of outcome with group / marital and standard / individual therapies with alcoholics." *Journal of Studies on Alcohol* **51**: 301-309.
- D'Zurillam, T. J. y Goldfried, M.R. (1971). "Problem solving and behavior modification." *Journal of Abnormal Psychology* **78**: 107-126.
- Epstein, E. E. y McCrady, B.S. (1998). "Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: Current status and innovations." *Clinical Psychology Review* **18**: 689-711.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., Feehan, M., Birchler, G.R., Tiller, S. y McFarlin, S.K. (2000). "Behavioral couples therapy versus individual-based treatment for male substance-abusing patients: An evaluation of significant individual change and comparison of improvement rates." *Journal of Substance Abuse Treatment* **18**: 249-254.
- Malott, R. W. y Trojan Suarez, E.A. (2004). *Principles of behavior (5th ed.)* Upper Saddle River, Nj: Pearson Prentice Hall.
- Miller, W. R. (1999). "Measurement of drinking behavior using Form 90 Family os Instruments." *Journal of Studies in Alcohol* **12**: 112-117.
- Monti, P. M., Kadden, R.M., Rohsenow, D.J., Cooney, N.L. y Abrams, D.B., Ed. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide (2nd ed.)*. New York, Guilford Press.
- O'Farrell, T. J. F.-S., W. (1999). Treatment models and methods: Family models. In B.S. McCrady y E.E. Epstein (Eds.). *Addictions: A Comprehensive guidebook*, New York, Oxford University Press: 287-305.
- O'Farrell, T. J. F.-S., W. (2003). Marital and family therapy. In R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives (3rd.)*. A. Bacon. Boston: 188-212.

Sisson, R. W. A., N.H. (1986). "Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers." *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 17: 15-12.

Smith, J. E. y R. J. Meyers (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment : working with family members*. New York, Guilford Press.

Spiegler, M. D. G., D.C. (2003). *Contemporary behavior therapy (4th ed.)*. Belmont, CA, Wadsworth/Thomson Learning.

Anexo 4. Cuestionario de satisfacción de la sesión

Se presenta en el siguiente anexo una copia de la adaptación del cuestionario de satisfacción CSQ-8 (Attkisson y Greenfield, 1994), para cada una de las sesiones.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA SESIÓN

NOMBRE:

SESIÓN:

FECHA:

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa de intervención contestando algunas preguntas acerca del servicio que ha recibido. Estamos interesados en sus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor, conteste a todas las preguntas con un cruz la alternativa de cada pregunta.

1. ¿Cómo calificaría la calidad de la sesión que ha recibido?.

Excelente	Buena	Regular	Mala
-----------	-------	---------	------

2. ¿En qué medida esta sesión ha satisfecho sus necesidades?

Totalmente	En general	Parcialmente	Ninguna
------------	------------	--------------	---------

3. Si un amigo/a necesitara una ayuda similar, ¿Le recomendaría esta sesión?

4. ¿Cree que le ayudará la sesión que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?

Mucho	Bastante	Poco	Nada
-------	----------	------	------

5. En conjunto, ¿En qué medida está satisfecho con la sesión recibido?

Mucho	Bastante	Poco	Nada
-------	----------	------	------

6. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿Volvería a repasar esta sesión?

No	Probablemente no	Probablemente si	Sí
----	------------------	------------------	----

7. Indique brevemente el aspecto más interesante de la sesión.

Anexo 5. Cuestionario de satisfacción general

Se presenta en el siguiente anexo una copia del cuestionario de satisfacción CSQ-8 (Attkisson y Greenfield, 1994).

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen)

NOMBRE:

PROGRAMA:

FECHA:

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa de intervención contestando algunas preguntas acerca del servicio que ha recibido. Estamos interesados en sus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor, conteste a todas las preguntas con un cruz la alternativa de cada pregunta.

1. ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?

Excelente	Buena	Regular	Mala
-----------	-------	---------	------

2. ¿Encontró la clase de servicio que buscaba?

No	Si, parcialmente	Si, en general	Si, totalmente
----	------------------	----------------	----------------

3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?

Totalmente	En general	Parcialmente	Ninguna
------------	------------	--------------	---------

4. Si un amigo/a necesitara una ayuda similar, ¿Le recomendaría nuestro programa?

5. ¿En que medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?

Muchísimo	Mucho	Bastante	Poco
-----------	-------	----------	------

6. ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?

Mucho	Bastante	Poco	Nada
-------	----------	------	------

7. En conjunto, ¿En qué medida está satisfecho con el servicio recibido?

Mucho	Bastante	Poco	Nada
-------	----------	------	------

8. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿Volvería a nuestro programa?

No	Probablemente no	Probablemente si	Sí
----	------------------	------------------	----

