

# Terapia familiar para consumo de drogas: revisión y actualizaciones 2003-2010

Cynthia L. Rowe

*University of Miami, Miller School of Medicine*

Hace apenas 15 años, *Liddle y Dakof (Journal of Marital and Family Therapy, 1995, 21, 511)* llegaron a la conclusión, basándose en los datos disponibles, que la terapia familiar representó un “enfoque prometedor pero no definitivo, para el tratamiento de problemas con las drogas entre los adolescentes y los adultos”. Siete años más tarde, *Rowe y Liddle (2003)* revisaron el considerable progreso descrito en esta especialidad con resultados alentadores con modelos dirigidos a adolescentes basados en metodologías rigurosas, así como los avances con tratamientos basados en la familia dirigidos a adultos. Esta revisión actualiza los datos en este campo con especial atención en la investigación realizada en esos 7 años, las cuestiones transversales, las recomendaciones para nuevas investigaciones y las implicaciones prácticas de estos hallazgos. En los últimos estudios, los modelos basados en la familia dirigidos a adolescentes y que tratan la ecología del adolescente y su familia, ofrecen los hallazgos más consistentes y potentes. Los modelos dirigidos a adultos basados en teorías de cambio de conducta y sistemas también muestran fuertes efectos con los toxicómanos y sus familias. La conclusión general es que los modelos basados en la familia no son sólo una alternativa viable del tratamiento de consumo de drogas, si no que en la actualidad están indiscutiblemente reconocidos entre los enfoques más eficaces para el tratamiento de adultos y adolescentes con problemas de drogas.

## **Epidemiología del consumo de drogas: tendencias actuales**

El consumo de drogas sigue siendo un problema de salud pública de enormes proporciones y se estima que 4 millones de estadounidenses y sus familias están afectadas por los trastornos por consumo de drogas y otros 3 millones por consumo o dependencia tanto de drogas ilegales como del alcohol (*SAMHSA, 2009*). Aproximadamente el 8% de la población del país de 12 años o más ha consumido una droga ilegal en el último mes, y hay casi 8.000 consumidores nuevos (“iniciados”) de drogas ilegales cada día (*SAMHSA, 2009*).

Mientras que el consumo de drogas ilegales entre los adolescentes disminuyó o se mantuvo relativamente estable durante gran parte de la década pasada, los resultados de las últimas encuestas revelan dramáticos incrementos en un año en el consumo de marihuana (19%) y de éxtasis (67%) entre los estudiantes de

secundaria (*PATS, 2009*). La misma encuesta augura incrementos adicionales del consumo de drogas en los próximos años debido a que más estudiantes aprueban las actitudes y los comportamientos que sostienen el consumo de drogas. Los resultados de otros estudios realizados en el 2009, incluyendo el estudio Monitoring the Future, también suscitan alarma porque está aumentando el consumo de marihuana y el consumo general de drogas entre los jóvenes, y parece que se están suavizando las actitudes sobre el consumo de marihuana. (*Johnston, O'Malley y Bachman, 2009*). Del mismo modo, el *SAMHSA (2009)* reporta reducciones recientes en el porcentaje de adolescentes que perciben el consumo regular de marihuana como de alto riesgo, al mismo tiempo que menos adolescentes informan de exposición a la prevención de drogas. El crecimiento en las tasas de consumo de drogas entre los adolescentes suscitan preocupación, ya que el inicio temprano del consumo de drogas y un incremento del consumo de drogas en el

transcurso de la adolescencia son predictores particularmente potentes de problemas crónicos con las drogas y de delincuencia criminal en la edad adulta (*Gustavson et al., 2007*), así como de enfermedades de transmisión sexual / VIH (*Malow, Devieux, Jennings, Lucenko, Y Kalichman, 2001*) y una serie de consecuencias negativas a largo plazo derivadas del consumo de drogas y el delito (*Stenbecka y Stattin, 2007*).

Además de las nuevas tendencias que muestran el aumento del consumo de drogas entre los adolescentes, el consumo de drogas entre los adultos mayores es también una preocupación urgente e inmediata entre los epidemiólogos y los clínicos de consumo de drogas (*Simoni-Wastila y Yang, 2006*). El SAMHSA (2009) informa que la prevalencia de consumo de drogas ilegales en el mes previo entre los estadounidenses de 50 años aumentó desde el 2,7% en el 2002 al 4,6% en el año 2008. Estas dramáticas elevaciones se atribuyen al envejecimiento de la gran generación del “baby boom”, que ha tenido un mayor porcentaje de consumo de drogas ilegales a lo largo de la vida que las cohortes anteriores. La creciente prevalencia del consumo de drogas entre los adultos mayores, particularmente el consumo de drogas de prescripción, suscita preocupaciones graves dados los limitados conocimientos sobre los efectos de las drogas en el envejecimiento cerebral (*Dowling, Weiss, y Candon, 2008*). Como la necesidad de tratamiento de consumo de drogas ya supera los recursos disponibles, tendrá que aumentar la capacidad clínica para satisfacer las demandas de intervención anunciadas por estas tendencias. Actualmente, sólo el 10% de los consumidores de drogas de 12 años o mayores con necesidad de tratamiento reciben atención en un centro especializado en consumo de drogas (*SAMHSA, 2009*).

### **Vínculos entre el funcionamiento familiar y el consumo de drogas: fundamentos para el tratamiento basado en la familia**

Varias décadas de consistentes resultados de investigación apoyan la relación recíproca entre el funcionamiento familiar y el consumo de drogas (*Fals-Stewart, Lam, y Kelley, 2009*). Actualmente se sabe que el consumo de drogas se inicia y se mantiene como resultado

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

Los factores familiares, incluida la psicopatología de los padres, los conflictos familiares, la distancia relacional y los déficit parentales son fuertes predictores de inicio de consumo de drogas y de su consumo habitual (*Tobler y Komro, 2010*). La investigación en la prevención también implica fuertemente el papel protector de las familias y la educación positiva de los hijos a través de dominios de variables de desarrollo, incluyendo la reducción del consumo de drogas (*Hawkins, Kosterman, Catalano, Hill, y Abbott, 2005*). Interesante nueva investigación muestra que altos niveles de apoyo al cuidado de los hijos reducen incluso la vulnerabilidad genética para el consumo de drogas a lo largo del tiempo (*Brody et al., 2009*).

Los factores familiares siguen siendo importantes una vez presentes los problemas por consumo de drogas. Por ejemplo, las asociaciones entre problemas de pareja y el consumo de drogas parecen ser recíprocas y la tensión en las relaciones familiares puede contribuir al consumo de drogas entre los adultos (*Fals-Stewart et al., 2009*). De hecho, los conflictos familiares, el bajo apoyo familiar, el consumo de drogas entre los otros miembros de la familia, y el estrés de los padres, han demostrado contribuir a la recaída después del tratamiento por consumo de drogas. Las dificultades dentro de la familia pueden crear barreras para la permanencia en el tratamiento que deben ser abordadas (*Appel et al., 2004*), y los problemas en las relaciones familiares también pueden ser fuertes motivadores para la participación en el tratamiento de los adolescentes y los adultos por igual (*Handelsman, Stein, y Grella, 2005*). Por lo tanto, el consumo de drogas y las relaciones e interacciones familiares están íntimamente relacionados, y abordar los problemas familiares puede ser crítico para el éxito del tratamiento a corto y largo plazo.

El consumo de drogas y la adicción también afectan seriamente a los miembros de la familia. La inves-

tigación muestra consistentemente que la adicción de los padres a las drogas pone en peligro el ajuste psicosocial de los niños. Un reciente estudio mostró que menos de la mitad (44%) de los niños nacidos de madres que consumen drogas vivía con el padre biológico y el 20% estaban bajo custodia o eran cuidados fuera de la familia (*Gilchrist y Taylor, 2009*). El consumo de drogas también afecta negativamente a las parejas y los niños a través de la violencia de pareja (IPV). El consumo de drogas también puede aumentar la vulnerabilidad de la pareja a la infección por el VIH / ETS a través de las prácticas sexuales de riesgo y el uso de agujas (*Fals-Stewart et al., 2003*).

Con décadas de investigación demostrando la interdependencia entre el consumo de drogas y el funcionamiento familiar, los fundamentos teóricos y clínicos para la participación de las familias en el tratamiento de la adicción a las drogas parece ahora evidente (*CSAT, 2004; Gruber & Fleetwood, 2004*). Diferentes perspectivas teóricas han guiado la formulación de intervenciones basadas en la familia para el consumo de drogas, que por lo general se dividen en tres categorías: conductual, sistemas familiares, y enfoques ecológicos / sistémicos múltiples. Los enfoques de terapia familiar conductual enfatizan el papel de la familia en el fortalecimiento de comportamientos y actitudes que conducen al consumo de drogas, e intentan alterar estas contingencias por lo que la familia puede ayudar a promover la abstinencia del individuo. Los enfoques de terapia de pareja eficaces para toxicómanos adultos siguen estas pautas de conducta y cambian principios (por ejemplo, *Behavioral Couples Therapy, TCC; O'Farrell y Fals-Stewart, 2006*). Los enfoques de sistemas familiares abordan las relaciones familiares problemáticas y los modelos de gestión que influyen en el consumo de drogas del individuo. Por lo general abordan el consumo de drogas indirectamente, ayudando a la familia a desarrollar nuevas formas de interacción que mejoren el funcionamiento de los miembros de la familia y apoyen el estilo de vida libre de drogas de la persona. Los modelos de potentes sistemas familiares para toxicómanos adolescentes (por ejemplo, *Brief Strategic Family Therapy, BSFT; Szapocznik y Kurtines, 1989*) tienen sus raíces en la terapia familiar estructural (*Minuchin, 1974*) y estraté-

gica (*Haley, 1976*). Por último, los sistemas múltiples o modelos familiares basados en la ecología tienen como objetivo cambiar los factores familiares, así como otros sistemas de influencia que mantienen el consumo de drogas. Estos modelos suelen ser integradores y abordan el consumo de drogas directamente en subsistemas, trabajo familiar, y "extrafamiliar". Los ejemplos incluyen la Terapia Familiar Multidimensional (*MDFT; Liddle, 2002*) para adolescentes y el Engaging Moms Program (*EMP; Dakof et al, 2003*) para adultos. Independientemente de los fundamentos teóricos, los enfoques de terapia familiar para el consumo de drogas tienen generalmente objetivos fundamentales similares: (a) utilizar el apoyo y el apalancamiento de la familia para reducir el consumo individual de drogas e implementar otros cambios de estilo de vida importantes y (b) alterar los aspectos problemáticos del entorno familiar para mantener los cambios positivos en el individuo y otros miembros familiares y promover la recuperación a largo plazo (*Fals-Stewart et al., 2009*).

### **Avances en los tratamientos basados en la pareja y la familia para el consumo de drogas**

Hace apenas 15 años, *Liddle y Dakof (1995)* llegaron a la conclusión, tras su exhaustiva revisión, que los tratamientos basados en la familia para consumidores de drogas ofrecen un "prometedor pero no definitivo" tratamiento alternativo para esta población. Si bien hubo en aquel momento resultados alentadores y fuertes fundamentos para el crecimiento de la especialidad, el limitado número de estudios y el cuestionable rigor de gran parte de la ciencia dejó muchas incógnitas por resolver. La revisión de *Rowe y Liddle (2003)* reconoció los considerables avances logrados en el período revisado en los enfoques de terapia familiar para la adicción a las drogas entre los adolescentes. Nuevos hallazgos apoyaron estos enfoques basados en rigurosos métodos de investigación y destacaron el evidente reconocimiento de la terapia familiar como uno de las estrategias más eficaces para los jóvenes. Se observaron avances significativos en estrategias de parejas y de familia para el consumo de drogas por adultos, sin embargo, también hubo deficiencias, tales como la

investigación sobre los enfoques sistémicos.

Desde el año 2002, las estrategias de pareja y familiares para adultos y adolescentes han logrado una sólida posición en las filas de los tratamientos de consumo de drogas, citadas consecuentemente entre las más poderosas formas de intervención para esta población (Carroll & Onken, 2005; CSAT, 2004, Instituto Nacional de sobre el Consumo de Drogas [NIDA], 2006; Waldron & Turner, 2008). Esta revisión presenta los principales hallazgos en esta línea de investigación desde el 2002, pone de relieve los modelos de intervención particularmente prometedores, aborda temas transversales, y concluye con recomendaciones para los siguientes pasos de la investigación y sus implicaciones prácticas. Se revisaron todos los estudios publicados o en vías de serlo sobre las intervenciones basadas en la familia para consumo de drogas entre 2003 y 2010, con especial atención al rigor metodológico en la obtención de las conclusiones.

### **Examen de las principales conclusiones sobre el tratamiento basado en la familia para el consumo de drogas: 2003 a 2010**

#### *Enfoques basados en la familia para el consumo de drogas en adolescentes*

El consumo de drogas tiende a tener su inicio en la adolescencia, y las últimas investigaciones sugieren que el pronóstico a largo plazo es mejor si se recibe tratamiento del consumo de drogas en la etapa temprana de la vida y más cerca del inicio del trastorno (Dennis y Scott, 2007). Por lo tanto, el tratamiento del consumo de drogas en adolescentes ha sido el foco de considerable atención empírica y clínica en las últimas dos décadas, y las estrategias basadas en la familia han estado a la vanguardia de los esfuerzos de desarrollo de tratamientos y avances en la investigación en este campo. A finales de los 90, la acumulación de estudios de investigación de alta calidad apoyaban las conclusiones de que la terapia familiar era una de las formas más eficaces de tratamiento por consumo de drogas en adolescentes (Waldron, 1997; Williams & Chang, 2000). En

la actualidad, los enfoques basados en la familia son los modelos examinados más a fondo para el consumo de drogas entre los adolescentes, y hay más pruebas que nunca en apoyo de su eficacia (Becker & Curry, 2008; Hogue y Liddle, 2009). Estos desarrollos se reflejan en los recientes esfuerzos nacionales y federales para promover el uso de modelos basados en la familia (CSAT, 2004) así como los parámetros de práctica y directrices destacando la importancia de la participación de la familia en el tratamiento de consumo de drogas en adolescentes (por ejemplo, AACAP, 2005).

Tres exhaustiva revisiones del tratamiento de consumo de drogas en adolescentes desde el año 2002 han llegado a la conclusión de que la investigación sobre los enfoques basados en la familia se distingue consistentemente por su rigor metodológico y por los impresionantes resultados. En el híbrido metaanálisis / revisión de la calidad de la evidencia de Vaughn y Howard (2004), la MDFT (Liddle, 2002) y la terapia de grupo cognitivoconductual (TCC) resultaron las más eficaces. La revisión de la calidad de la evidencia de Becker y Curry (2008) reveló que las terapias familiares múltiples orientadas a sistemas (MDFT y Mutisystemic Therapy, MST; Henggeler y Borduin, 1990) estaban entre los tres únicos enfoques (TCC y Entrevista Motivacional Breve incluidas) para demostrar comparativamente efectos del tratamiento superiores en los estudios de más alta calidad del tratamiento por drogas en adolescentes. Por último, un metaanálisis de Waldron y Turner (2008) informó que sólo tres de los 46 tratamientos por drogas en adolescentes podían clasificarse como “bien establecido” incluyendo MDFT, Terapia Familiar Funcional (FFT, Alexander y Parsons, 1982), y la TCC. En este metaanálisis se consideraron tres modelos adicionales basados en la familia como “probablemente eficaz” (BSFT, MST, y la Terapia Conductual Familiar). Una cuarta revisión realizada por Austin, MacGowan y Wagner (2005) se centró específicamente en las intervenciones basadas en la familia para problemas por consumo de drogas y clasificó a MDFT y BSFT como “probablemente eficaz” y otros tres modelos (MST, FFT, y la Terapia Conductual Familiar) como “posiblemente eficaz”. Por lo tanto, los tratamientos basados en la familia están bien establecidos entre los tratamientos más eficaces para consumo de drogas en adolescentes.

Las siguientes secciones informan de hallazgos de investigaciones recientes sobre estos modelos basados en la familia.

**Terapia Familiar Multidimensional.** La Terapia Familiar Multidimensional (*Liddle, 2002*) es un tratamiento ambulatorio integrador que mezcla terapia familiar, terapia individual, asesoramiento sobre drogas, y enfoques de intervención múltiple orientados a sistemas. Las intervenciones MDFT trabajan en cuatro dominios, apuntando a los cambios en el adolescente (aspectos del desarrollo intrapersonal y relacional), el (los) padre(s) (funcionamiento individual de los padres, así como de la educación de los hijos), el entorno familiar (modelos transaccionales de la familia), y los sistemas extrafamiliares de influencia sobre el adolescente y la familia (por ejemplo, trabajar con las escuelas y el sistema judicial para menores). Las intervenciones en etapas tempranas que tienen como objetivo desarrollar múltiples alianzas con adolescentes, padres, y miembros influyentes de los sistemas extrafamiliares han dado sus frutos con altas tasas de retención. Por ejemplo, la MDFT retuvo al 97% de los jóvenes en tratamiento durante el arresto, en comparación con el 55% en los servicios habituales (SAU); La MDFT retuvo al 87% de estos jóvenes en tratamiento ambulatorio después de la liberación al menos durante 3 meses, en comparación con sólo el 23% de SAU (*Liddle, Dakof, Henderson, y Rowe, 2011*).

Los comentarios anteriores señalan los persistentes efectos de la MDFT en la reducción del consumo de drogas en adolescentes en rigurosos estudios de investigación (*Austin et al, 2005; Becker & Curry, 2008; Brannigan, Schackman, Falco, y Millman, 2004; Vaughn y Howard, 2004; Waldron & Turner, 2008*). La MDFT fue uno de los cinco prometedores tratamientos para drogas en adolescentes testados en el Cannabis Youth Treatment (CYT) y demostró efectos positivos similares a los tratamientos comparados en el consumo de drogas por jóvenes a los 12 meses de seguimiento (*Dennis et al., 2004*). En un ensayo aleatorizado que comparó la MDFT con la TCC individual con apoyo empírico en 224 adolescentes, principalmente varones afroamericanos, remitidos a tratamiento por consumo de drogas, los jóvenes en MDFT mostraron una disminución más rápida y sostenida en la implicación psico-

lógica con las drogas a lo largo de 12 meses de seguimiento (*Liddle, Dakof, Turner, Henderson, y Greenbaum, 2008*). Otro reciente ensayo aleatorizado testó la MDFT como intervención precoz para 83 jóvenes adolescentes de minorías (de edad entre 11 y 15) remitidos a tratamiento por consumo de drogas. Los jóvenes en MDFT mostraron una mayor disminución en el consumo de marihuana que los jóvenes que recibían tratamiento de TCC grupal de iguales (peer) basada en manual y tenían más probabilidades de abstenerse del consumo de drogas y no reportar problemas de drogas durante los 12 meses de seguimiento (*Liddle, Rowe, Dakof, Henderson, y Greenbaum, 2009*). Estos estudios han demostrado los efectos clínicamente significativos de la MDFT sobre el consumo de drogas por jóvenes y los problemas relacionados, en comparación con otros tratamientos de vanguardia, bien articulados y cuidadosamente monitorizados (*Austin et al., 2005*). El funcionamiento de los jóvenes y las familias en diversos dominios ha mostrado mejoras durante el tratamiento y el mantenimiento de las mismas después del tratamiento (*Liddle et al., 2009*).

**Terapia Multisistémica.** La terapia multisistémica (*Henggeler y Borduin, 1990*) es un enfoque social ecológico para alterar los múltiples factores de riesgo que crean y mantienen el consumo de drogas por los adolescentes y la delincuencia, ampliamente reconocido como uno de los métodos más eficaces para la reducción de la delincuencia juvenil (*Curtis, Ronan, y Borduin, 2004*). Con el objetivo implícito de reestructurar el entorno de la juventud para reducir el comportamiento antisocial, los terapeutas MST trabajan activa e intensamente tanto en el hogar como en la comunidad para capacitar a los padres. El modelo ha mostrado impresionantes tasas de retención y efectos consistentes sobre la delincuencia, así como prometedores resultados en el consumo de drogas (*Henggeler, Pickrel, Brondino, y Crouch, 1996*). En los últimos años, la MST se ha probado en investigación innovadora en centros de justicia juvenil, incluyendo el tribunal juvenil, y en programas para delincuentes sexuales. *Henggeler et al. (2006)* realizaron un ensayo aleatorizado de tres condiciones del tribunal de drogas: MST, MST + manejo de contingencias (CM), y programa judicial estándar, comparados con tribunal familiar; con

161 adolescentes con trastornos por consumo de drogas. Los tres modelos del tribunal de drogas en conjunto fueron más eficaces que el tribunal familiar para reducir el consumo de drogas y el comportamiento criminal, y las dos condiciones de MST fueron superiores a los tribunales de drogas estándar en la reducción del consumo de drogas. Más recientemente, *Letourneau et al. (2009)* informaron de los resultados de un estudio aleatorizado que comparaba la MST y los servicios estándar en 127 adolescentes de un programa de delincuencia sexual juvenil. Los resultados de consumo de drogas desde la inclusión hasta los 12 meses favorecieron a la MST, reforzando la expectativa con esta población particularmente difícil.

El impresionante programa de investigación de la terapia multisistémica ha allanado el camino para los avances en varias áreas y ha incrementado la atención sobre cuestiones metodológicas importantes, como la exploración de vínculos entre la fidelidad del terapeuta y los resultados de los jóvenes (por ejemplo, *Schoenwald, Carter, Chapman, y Sheidow, 2008*), el examen de mediadores y moderadores de los efectos del tratamiento (por ejemplo, *Foster et al., 2009*), y el estudio de la difusión en los centros sanitarios (por ejemplo, *Schoenwald, Chapman, Sheidow, y Carter, 2009*). En las siguientes secciones se presenta más información acerca de los esfuerzos de investigación y difusión de la MST.

**Intervenciones ecológicas.** Basándose en el éxito de modelos como la MST en la reducción de la delincuencia y el consumo de drogas, a través de intervenciones que modifican la ecología más amplia de los jóvenes, así como la dinámica familiar, recientemente han recibido atención las intervenciones que se centran en lo ecológico. Por ejemplo, la Terapia Familiar Basada en la Ecología (*EBFT; Slesnick y Prestopnik, 2005a*) fue desarrollada recientemente sobre la base de modelos de terapia familiar multisistémica, que hacen hincapié en el cambio de funcionamiento de la familia, así como de otros sistemas que impactan al niño. La EBFT también ha estado influenciada por estrategias de preservación de la familia y de intervención en crisis, con su foco principal en la ayuda para reunir a adolescentes fugitivos con sus familias y reducir el consumo

de drogas, las conductas sexuales de riesgo y otros problemas. Los servicios se prestan en el hogar y en la comunidad. En uno de los primeros estudios, *Slesnick y Prestopnik (2004)* asignaron al azar a 77 jóvenes fugitivos consumidores de alcohol reclutados de refugios a EBFT en el hogar o a FFT en la consulta, y encontraron tasas de compromiso significativamente mayores en EBFT (76% vs 50% en FFT). Las familias asistieron a casi el doble de sesiones de EBFT en comparación con FFT. Ingresos familiares más altos predijeron significativamente la asistencia a la FFT en la consulta, pero tanto las familias de ingresos más altos como más bajos atendieron a la EBFT en el hogar, por lo tanto la falta de recursos financieros no era un obstáculo para la asistencia a la EBFT. Además, una historia de abuso infantil era un obstáculo para el tratamiento FFT pero no para la EBFT, y una mayor severidad de externalización de problemas aumentaba la asistencia a EBFT pero no a FFT. En suma, la EBFT en el hogar y orientada a sistemas parece abordar muchas barreras normalmente presentadas por el consumo más severo de drogas de los adolescentes y sus familias (*Slesnick y Prestopnik, 2004*).

Con estos alentadores resultados, *Slesnick y Prestopnik (2005)* realizaron un ensayo aleatorizado más grande de EBFT vs. los servicios habituales (SAU) con 124 adolescentes fugados y sus familias. Para los casos que completaron cinco o más sesiones, la EBFT fue superior a la atención habitual en la reducción del consumo de drogas. Más recientemente, *Slesnick y Prestopnik (2009)* testaron la EBFT en el hogar, la FFT en la consulta y los SAU con 119 adolescentes fugados que tenían principalmente problemas con el alcohol. Ambos modelos familiares obtuvieron buenos resultados, en comparación con SAU, en relación a las medidas de consumo de drogas entre la inclusión y el seguimiento a los 15 meses. La EBFT en el hogar también tuvo mejores tasas de participación, como en el estudio de *Slesnick y Prestopnik (2004)*, así como efectos más fuertes sobre el consumo de drogas con los adolescentes más jóvenes y con las mujeres que la FFT en la consulta (*Slesnick y Prestopnik, 2009*). La investigación sobre EBFT ha allanado el camino para avances en el tratamiento eficaz basado en la familia con adolescentes fugitivos y sin hogar; una población que se creía

demasiado grave o no susceptible a la terapia familiar.

*Robbins et al. (2008)* llevaron a cabo un segundo estudio que comparaba el tratamiento familiar orientado ecológicamente con la terapia familiar más tradicional. La Terapia Estructural de Ecosistemas (*SET; Robbins, Schwartz, y Szapocznik, 2003*), un enfoque ecológico basado en la familia, se comparó con la Terapia de Proceso Familiar, conocida como FAM y con servicios de la comunidad, con 113 adolescentes con trastornos por consumo de drogas. No hubo reducciones en el consumo de drogas entre los adolescentes afroamericanos en ninguno de los tratamientos. Sin embargo, la SET ha demostrado ser más eficaz que la FAM y los servicios a la comunidad en la reducción del consumo de drogas entre los adolescentes hispanos hasta los 18 meses de seguimiento.

Analizados en conjunto, los resultados de estos estudios muestran ciertos beneficios adicionales de los modelos de sistemas múltiples que van más allá de la familia para alterar la ecología más amplia de la juventud. Los modelos de tratamiento que no intervienen directamente en los entornos más influyentes en el día a día de la vida de un adolescente, incluyendo el hogar, la escuela, la justicia, y los servicios sociales, pueden estar en una situación de desventaja en el intento de modificar la gama de factores de riesgo para la adicción crónica y los problemas relacionados.

**Terapia Familiar Funcional.** La Terapia Familiar Funcional (*Alexander y Parsons, 1982*) es un enfoque basado en la conducta de terapia familiar orientada a sistemas, que tiene como objetivo alterar los patrones familiares maladaptativos que mantienen los problemas de los adolescentes. El tratamiento tiene como objetivo cambiar las interacciones familiares negativas y usa intervenciones conductuales para reforzar las formas positivas de respuesta y las estrategias más eficaces de resolución de problemas dentro de la familia. Las investigaciones previas sobre FFT, entre ellas los primeros ensayos bien controlados de la terapia familiar para los problemas de conducta de los adolescentes (*Alexander & Parsons, 1973; Barton, Alexander, Waldron, Turner, y Warburton, 1985*), establecieron que la FFT mejora el funcionamiento familiar y la reducción de la reincidencia entre los adolescentes

delincuentes en mayor medida que la terapia de grupo basada en el tribunal de menores, la terapia grupal en el hogar, la terapia psicodinámica, o el no tratamiento. Esta importante y fundamental investigación allanó el camino para el desarrollo posterior y el estudio de los tratamientos basados en la familia para adolescentes que consumen drogas. Con la evidencia preliminar de sus efectos sobre el consumo de drogas (*Waldron, Slesnick, Brody, Turner, y Peterson, 2001*), recientemente se testó la FFT en comparación con la EBFT (*Slesnick y Prestopnik, 2005*; descrito anteriormente) y con el SAU en adolescentes fugitivos. En este estudio, se encontró que la FFT reduce más significativamente el consumo de drogas hasta los 15 meses tras la inclusión que el SAU (*Slesnick y Prestopnik, 2004*; para más detalles véase la sección EBFT más arriba). La intervención FFT está ampliamente introducida en las clínicas de salud mental y de atención a los jóvenes en todo el país y en Europa, lo que demuestra una esperanza considerable en transportar los esfuerzos por aumentar el uso de prácticas basadas en la evidencia (por ejemplo, *Breuk et al., 2006*).

**Terapia Familiar Estratégica Breve.** El programa de investigación de la Terapia Familiar Estratégica Breve (*Szapocznik, Hervis, y Schwartz, 2003*) se basa en estudios previos que muestran resultados impresionantes usando estrategias de participación estratégicas -estructurales con niños hispanos con problemas y sus familias (*Szapocznik et al., 1989*). La BSFT (véase *Szapocznik & Williams, 2000*) se basa en tres estrategias principales de terapia familiar (Minuchin, 1974) de “unión” “diagnóstico del modelo familiar” y “reestructuración”, para alterar las interacciones familiares que impiden que los jóvenes y a las familias participen en el tratamiento y para hacer cambios significativos en sus vidas. Los creadores de la BSFT distinguen a este modelo en relación con su enfoque puro sobre las técnicas terapéuticas estratégicas y estructurales “dentro de la familia”, así como por su resonancia con las familias y la cultura hispanas (*Santisteban, Suárez-Morales, Robbins, y Szapocznik, 2006*). Una investigación anterior demostró que las estrategias de compromiso de la BSFT retenían con éxito a las familias y abordaban factores culturales que influyen en la participación (por ejemplo, *Coatsworth, Santisteban, McBride, y*

*Szapocznik, 2001; Szapocznik et al, 1989*). Este trabajo inicial sobre estrategias de compromiso con el tratamiento ha impactado significativamente en el desarrollo de otros modelos basados en la familia y la especificación empírica de las intervenciones de construcción de alianzas. Más recientemente, *Santisteban, Muir, Mena y Mitrani (2003)* reportaron los resultados de un ensayo clínico con 126 hispanos adolescentes involucrados en drogas, demostrando que la BSFT era superior al grupo de terapia en la reducción del consumo de marihuana. La BSFT fue testada recientemente en la red de ensayos clínicos de la NIDA en ocho centros con más de 400 adolescentes y familias (*Santisteban et al., 2006*), y los resultados de este gran ensayo de eficacia en la vida real estarán disponibles próximamente.

#### **Modelos de Terapia Familiar Integradora.**

Estudios recientes también han probado estrategias de tratamiento integrador que combinan intervenciones clave de la terapia familiar con otros enfoques terapéuticos para tratar de maximizar los efectos sobre el consumo de drogas por los jóvenes. Por ejemplo, *Latimer, Winters, D'Zurilla, y Nichols (2003)* testaron una estrategia familiar integradora y un enfoque de terapia cognitivo-conductual (IFCBT) contra un programa psicoeducativo para drogas en un pequeño estudio piloto con 43 adolescentes, diagnosticados de trastornos por consumo de drogas. Los prometedores resultados de IFCBT se demostraron entre la inclusión y los 6 meses de seguimiento en la reducción de días en los que se consumió marihuana. Los modelos integradores son prometedores, pero se necesita más investigación para delinear los ingredientes críticos de estos enfoques (*Carroll & Onken, 2005*).

#### **Mayor impacto de los enfoques basados en la familia: abordando los problemas múltiples.**

Los modelos basados en la familia para el consumo de drogas en adolescentes han sido reconocidos por su capacidad de afectar no sólo al consumo de drogas, sino también a otros problemas relacionados. Presumiblemente, los modelos basados en la familia

tienen la capacidad de impactar en múltiples problemas porque abordan exhaustivamente los factores de riesgo subyacentes, que son comunes a los problemas de comportamiento interrelacionados (*Rowe, (2010)*). Los tratamientos enfocados a la familia muestran efectos positivos sobre los predictores establecidos de desarrollo saludable de los adolescentes, incluyendo el funcionamiento familiar (*Latimer et al., 2003*), el rendimiento escolar (*Brown, Henggeler, Schoenwald, Brondino, y Pickrel, 1999*), y la asociación con iguales (*peer*) delincuentes (*Liddle et al., 2009*). Las estrategias múltiples orientadas a sistemas parecen tener un mayor alcance que las estrategias de terapia familiar tradicional en una serie de problemas de conducta de los adolescentes. De hecho, tanto la MDFT como la MST fueron presentadas en una reciente revisión como “un conjunto de intervenciones integradas apoyadas por investigación que abordan tanto trastornos de salud mental como por consumo de drogas ” (*Hawkins, 2009, p. 207*).

La investigación sobre la Terapia Multisistémica atestigua el impacto del modelo sobre la delincuencia juvenil así como sobre el consumo de drogas, los problemas escolares, y los síntomas de salud mental (*Curtis et al., 2004*). Por ejemplo, un ensayo de MST con jóvenes gravemente perturbados emocionalmente demostró mejores efectos a corto plazo que los servicios existentes sobre los síntomas de internalización y externalización de los jóvenes, sobre delitos menores, y sobre colocaciones fuera del hogar (*Rowland et al., 2005*). *Huey et al. (2004)* informaron de que la TMS fue también más eficaz que la hospitalización de emergencia en la reducción de los intentos de suicidio y la disminución de los síntomas hasta un año después de la remisión por una emergencia psiquiátrica.

La Terapia Familiar Multidimensional se distingue también por su impacto sobre los problemas concomitantes. Por ejemplo, con adolescentes jóvenes la MDFT mostró efectos más significativos sobre la angustia internalizada, la afiliación con iguales delincuentes, y el rendimiento escolar, entre la inclusión y los 12 meses de seguimiento comparado con un grupo de iguales en tratamiento con TCC (*Liddle et al., 2009*). Además, los registros judiciales oficiales mostraron que los pacientes de MDFT tenían menos probabilidades de ser dete-

nidos o de estar en libertad condicional. En el estudio "Detención a la comunidad" (DTC), se testó la MDFT en un ensayo aleatorizado en 2 centros NIDA CJDATS como un modelo integrador de sistema cruzado con jóvenes mientras estaban detenidos y en la comunidad después de que fueran puestos en libertad (*Liddle et al., 2011*). Los adolescentes que recibieron MDFT fueron detenidos durante menos días que los jóvenes en SAU en el periodo de seguimiento de 9 meses. En este estudio, se desarrolló e integró en la MDFT un módulo de prevención de VIH / ETS (*Marvel, Rowe, Colon, DiClemente, y Liddle, 2009*), y los jóvenes que recibieron MDFT participaron en menos actos sexuales sin protección entre la inclusión y los 9 meses. Por último, la investigación emergente sugiere que los adolescentes con mayor gravedad inicial de los problemas concomitantes pueden beneficiarse más de la MDFT que de otros tratamientos activos de gran prestigio como la TCC individual (*Henderson, Dakof, Greenbaum, y Liddle, en prensa*).

Se están probando otras estrategias innovadoras para toxicómanos adolescentes con problemas comórbidos de salud mental. Por ejemplo, se desarrolló un modelo integrador para abordar los problemas concurrentes con el consumo de drogas y el trastorno límite de la personalidad de los adolescentes. La Terapia Familiar Integradora para Adolescentes Borderline (I-BAFT; *Santisteban et al, 2003*) combina intervenciones de terapia familiar estructural y estratégica para adolescentes consumidores de drogas, técnicas de entrenamiento de habilidades de demostrada eficacia con pacientes borderline adultos y adaptadas para los adolescentes, y sesiones centradas en las motivación del individuo. Los resultados de la I-BAFT se esperan pronto. *Rowe y Liddle (2008)* describen los esfuerzos empíricos para adaptar clínicamente la MDFT a adolescentes remitidos por consumo de drogas y a sus familias afectados por el huracán Katrina en el Greater New Orleans, incorporando intervenciones específicas para el trauma, apoyadas empíricamente en uno de los únicos test de una intervención basada en la familia para consumo de drogas y centrada en un trauma. Analizados en conjunto, estos estudios sugieren que para los consumidores de drogas más severos con problemas comórbidos, se pueden necesitar múltiples

intervenciones familiares orientadas a sistemas para lograr resultados positivos a través de dominios.

### *Estrategias basadas en la familia para adultos consumidores de drogas*

Existe mayor reconocimiento que nunca de que el tratamiento del consumo de drogas en los adultos puede ser mejorado mediante la participación de las familias y puede ser seriamente obstaculizado sin la participación de los miembros de la familia (*Fals-Stewart et al, 2009; Gruber & Fleetwood, 2004*). Este grado de conocimiento y receptividad está relacionado con varios temas emergentes en la literatura. Primero, los miembros de la familia pueden ofrecer la más poderosa fuente de influencia para motivar al consumidor de drogas a iniciar el tratamiento y mantener los cambios positivos (*Dakof et al., 2010*). Los factores familiares pueden ser una de las más importantes predictores de la cumplimentación del tratamiento y el apoyo familiar puede ser uno de los factores más importantes en el mantenimiento de la abstinencia. En segundo lugar, como se ha descrito anteriormente, el consumo de drogas por un individuo afecta a todos los miembros de la familia, incluidas las parejas, los niños y otras personas que no residen en el hogar. Los familiares necesitan ayuda no sólo para el manejo más eficaz del consumidor de drogas, sino también para hacer frente a su angustia y resolver sus propios problemas. En tercer lugar, si no se abordan, la tensión en las relaciones familiares y en la educación de los hijos pueden exacerbar el consumo de drogas y contribuir a una recaída (*Carlson, Smith, Matto, y Eversman, 2008*). El individuo está indisolublemente ligado a la familia, por lo que es poco probable una recuperación duradera al margen de las realidades de la vida familiar y las relaciones.

Ha habido varios enfoques diferentes para el tratamiento basado en la familia de adultos consumidores de drogas. Mientras *Stanton y Todd (1982)* fueron los primeros en poner en práctica un enfoque de sistemas familiares estructural y estratégico mostrando efectos esperanzadores con adultos jóvenes drogadictos, este trabajo no ha sido, por desgracia, replicado o más desarrollado desde mediados de los años 80. En los años 80s y 90s se desarrollaron rápidamente estrategias para familia y para parejas alcohólicas (*McCrary y Epstein,*

1996), y este trabajo informó y complementó los esfuerzos más recientes con poblaciones de consumidores de drogas. El meta-análisis de la terapia familiar de *Stanton y Shadish (1997)* para los problemas por consumo de drogas fue alentador, concluyendo que la terapia familiar funciona igualmente bien tanto para adultos como para adolescentes, y que la investigación de la terapia familiar para los adultos tiende a ser, por lo general, de buena calidad de diseño, muestra mejores resultados para las estrategias familiares que las estrategias no familiares, y demuestra coste - eficacia como un componente del mantenimiento con metadona. El progreso reciente más alentador en esta especialidad se ha llevado a cabo en tres áreas específicas: (a) el trabajo con miembros importantes de la familia a fin de facilitar la participación del consumidor de drogas en el tratamiento, (b) la aplicación de principios conductuales para trabajar en conjunto con los consumidores de drogas y sus parejas, y (c) el trabajar simultáneamente con los padres de drogadictos, tanto para lograr la abstinencia de drogas y mejorar sus habilidades en la educación de los hijos, como para prevenir el consumo de drogas y promover el ajuste positivo en los niños. Los avances en estas áreas se describen a continuación.

#### *Facilitar la participación en el tratamiento por drogas a través de las relaciones familiares.*

Los miembros de la familia pueden ser una de las más poderosas fuentes de influencia en la participación de drogodependientes en el tratamiento (*O'Farrell y Fals-Stewart, 2006*), y los problemas familiares no abordados pueden socavar los esfuerzos del consumidor de drogas para acceder a tratamiento (*Hser, Maglione, Polinsky, y Anglin, 1998*). Así, la participación de la familia en el proceso de participación puede ser crítico y, por tanto, la utilización de este eficaz recurso se convierte en trabajo activo por parte del terapeuta, tanto para reclutar y motivar a los miembros de la familia como para aumentar la aceptación y la receptividad del toxicómano a que se involucren miembros de la familia. Se han desarrollado protocolos de tratamiento especializado para aumentar la participación de los drogadictos en el tratamiento, por medio de trabajo activo y la movilización de estos apoyos familiares.

La EMP (*Dakof et al., 2003*) es un innovadora intervención de reclutamiento y retención para el tratamiento por consumo de drogas en el hogar y en la comunidad, basada en la familia. La EMP es la única entre los modelos centrados en adultos que tienen sus raíces en la terapia familiar sistémica para el tratamiento de consumo de drogas, así como el desarrollo relacional de las mujeres y los modelos de intervención familiar de prestación de servicios. *Dakof et al. (2003)* reportaron resultados del primer ensayo aleatorizado para probar la eficacia de la EMP con 103 mujeres negras madres de bebés expuestos a drogas. Los resultados demostraron que, significativamente, más mujeres en EMP se apuntaron al tratamiento por consumo de drogas que las mujeres asignadas a participación en la comunidad como habitual (control) (88% vs 44%). Aunque el 67% en EMP recibió al menos 4 semanas de tratamiento para el consumo de drogas en comparación con el 38% de las mujeres control, sólo el 39% de las pacientes en EMP y el 35% de las pacientes control permanecieron en tratamiento durante al menos 90 días, por lo que los creadores se propusieron aumentar el impacto de la intervención sobre la retención en el tratamiento y los resultados.

Posteriormente, *Dakof* y sus colegas llevaron a cabo una investigación para el desarrollo del tratamiento para ajustar la EMP a la dependencia del tribunal de drogas. En un estudio cuasi - experimental, *Dakof, Cohen, y Duarte (2009)* mostraron que el 72% de las madres asignadas a EMP se graduó del tribunal de droga (comparado con el 38% de las madres en los servicios de gestión de casos), y el 70% de las madres en EMP se reunieron con sus hijos (en comparación con sólo el 40% de las madres en gestión de casos). En base a estos resultados, se llevó a cabo un segundo ensayo completamente aleatorizado para comparar la EMP con un Servicio Intensivo de gestión de casos en la dependencia del tribunal de drogas (*Dakof et al., 2010*). Las madres en EMP tuvieron significativamente mejores resultados a los 18 meses en términos de graduación de la dependencia judicial (EMP 68%, ICS 53%), de las disposiciones positivas del bienestar del niño (77% vs 55%), de la disminución del consumo de drogas y de los síntomas psiquiátricos y la mejora del funcionamiento de la familia y las prácticas de educación pater-

nas. Por lo tanto, la EMP es una intervención considerablemente prometedora para facilitar la participación en el tratamiento, así como para mejorar los resultados a más largo alcance del individuo y la familia.

Otra prometedora intervención de compromiso familiar, el "Refuerzo Comunitario y Entrenamiento de la Familia" (CRAFT, previamente "Refuerzo de Entrenamiento Comunitario" o CRT; *Sisson y Azrin, 1986*), es una extensión del "Enfoque de Refuerzo Comunitario" conductual para el alcoholismo (*Hunt & Azrin, 1973*). Basándose en los mismos principios conductuales de la CRA, y en la presunción básica de que el consumo de drogas se mantiene a través de diversas contingencias ambientales, con lo que estas deben ser reorganizadas para una recuperación duradera. El CRAFT trabaja con los seres queridos (aquellos que importan u OSC) el rechazo del tratamiento de los drogodependientes y para, estimular la participación del toxicómano en el tratamiento y la recuperación (*Meyers, Villanueva, & Smith, 2005*). El CRAFT enseña a los miembros de la familia a poner en práctica los principios conductuales para desalentar el consumo de drogas, disminuir el estrés y aumentar las actividades positivas, incrementar las prácticas de autocuidado, y fomentar la búsqueda de tratamiento "de una manera que por lo general es muy diferente a sus intentos previos de influir en la conducta de consumo de drogas de sus seres queridos" (*Meyers et al., 2005, p. 255*). Aunque el CRAFT se ha usado con más frecuencia en familias de alcohólicos, *Kirby, Marlowe, Festinger, Garvey y Lamonaca (1999)* informaron de resultados alentadores del CRAFT en un pequeño ( $n = 32$ ) estudio piloto aleatorizado con consumidores de drogas y sus familias. La retención de las OSC en el tratamiento y la participación en el tratamiento de los consumidores de drogas fue mayor en CRAFT que en un enfoque de 12 pasos 10 semanas después de la intervención, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en el funcionamiento emocional o social de los seres queridos. Un segundo ensayo aleatorizado de CRAFT mostró igualmente una mayor participación de los consumidores de drogas en el tratamiento (67%) que un enfoque de no facilitación de A/A (29%), pero ninguna diferencia en el funcionamiento de los OSC y ningún beneficio adicional de un componente CRAFT posttra-

tamiento (*Meyers, Miller, Smith y Tonigan, 2002*). Por lo tanto, CRAFT parece ser eficaz en la participación del adicto a las drogas en el tratamiento a través del trabajo con los miembros de la familia, pero no parece tener mayores beneficios para los OSC que la no facilitación o participación A/A.

En resumen, existe una fuerte evidencia de la capacidad de las intervenciones especializadas basadas en la familia para ayudar en la participación de los toxicómanos en el tratamiento. Alistar estos apoyos naturales para motivar a los consumidores de drogas al tratamiento es claramente un importante fin en sí mismo, y en un ensayo reciente el EMP también muestra efectos sobre otras importantes variables, incluyendo la reducción del consumo de drogas.

**Terapia Conductual de Parejas y Asesoramiento Conductual a la Familia.** El programa de investigación colaborativa de Fals-Stewart, O'Farrell, y colegas sobre la TCC y sus variaciones (*O'Farrell y Fals-Stewart, 2006*) ha contribuido significativamente a esta especialidad en los últimos años. La TCC, que está encaminada a formar patrones relacionales que favorezcan la abstinencia de drogas y alcohol, es destacada regularmente en las revisiones como uno de los tratamientos más eficaces para el consumo de drogas y alcohol (*Carroll & Onken, 2005; Morgenstern y McKay, 2007*). El enfoque TCC implica un acuerdo inicial del adicto a las drogas a comprometerse a la sobriedad y el de la pareja a reforzar este compromiso todos los días, así como estrategias para ayudar al toxicómano a hacer frente a la ansiedad y a la pareja a afrontar las crisis relativas a la recaída, para comunicar más eficazmente y para aumentar las actividades agradables que no impliquen el consumo de drogas. Un reciente meta-análisis de 12 ensayos de TCC determinó que el modelo logró un tamaño de efecto promedio mediano en comparación con los tratamientos individuales, mostró efectos particularmente fuertes en los puntos de seguimiento, y ha hecho grandes avances en el tratamiento del consumo de drogas en la última década (*Powers, Vedel, y Emmelkamp, 2008*).

El primer ensayo de TCC con consumidores de drogas (*Fals-Stewart, Birchler, y O'Farrell, 1996*) demostró la eficacia de la TCC, en comparación con la

terapia de base individual en términos de: resultados de la relación, de consumo de drogas, de los arrestos relacionados con las drogas, de la violencia de pareja y de las hospitalizaciones, hasta un año de seguimiento; así como una mayor coste - eficacia y beneficios relativos y costos de la TCC (*Fals-Stewart et al., 2009*). Nuevos estudios han replicado estos prometedores resultados iniciales con otras poblaciones. Por ejemplo, la TCC demostró una mayor abstinencia y cumplimentación del tratamiento de medicación con naltrexona y menos problemas legales y familiares a los 12 meses tras el tratamiento que la terapia individual para adictos a los opiáceos (*Fals-Stewart & O'Farrell, 2003*). Más recientemente, *Fals-Stewart y Lam (2008)* desarrollaron y probaron una versión breve de TCC y demostraron que tenía efectos similares a la TCC estándar a un costo menor. Un ensayo clínico reciente con 207 varones consumidores de drogas y sus parejas demostró que la TCC fue más eficaz que el tratamiento individual en la reducción de la IPV y el consumo de drogas hasta los 12 meses (*Fals-Stewart y Clinton-Sherrod, 2009*).

El Asesoramiento Conductual Familiar (BFC) es una extensión natural de la TCC con alcohólicos, drogadictos y sus parejas. *O'Farrell et al., (2010)* llevaron a cabo un estudio de desarrollo de tratamiento para diseñar esta adaptación de TCC para consumidores de drogas adultos que viven con miembros adultos de la familia que no sean su cónyuge o pareja; lo que podría duplicar el número de consumidores de drogas que podrían beneficiarse de la intervención. Se desarrolló el manual de BFC y se llevó a cabo un pequeño estudio piloto no aleatorizado con prometedores efectos pre - post (grandes tamaños del efecto) en días de abstinencia, problemas de consumo de drogas, y de ajuste de la relación. En un estudio piloto aleatorizado de seguimiento con 29 casos, el BFC conjuntamente con tratamiento individualizado fue más eficaz que el IBT solo en la retención de los pacientes en el tratamiento y tuvo significativamente un mayor impacto (tamaños del efecto medios) en la reducción del consumo de drogas y las tasas de abstinencia y los efectos positivos equivalentes sobre la calidad de la relación (*O'Farrell, Murphy, Alter, y Fals-Stewart, 2010*). Estos alentadores resultados justifican la realización de un ensayo aleatorio a gran escala de la BFC.

Otro enfoque conductual familiar que extiende el trabajo anterior de O'Farrell y colegas es el Tratamiento Familiar Breve (BFT, *O'Farrell, Murphy, Alter, y Fals-Stewart, 2007*), diseñado para trabajar con las familias durante la desintoxicación en régimen de internado del drogadicto con el fin de promover la participación en el post cuidado. La intervención se aplica en una sola sesión, ya sea en la unidad del paciente o por conferencia telefónica, e incluye al consumidor de drogas y a un miembro de la familia que viva con el paciente (ya sea el cónyuge o un familiar adulto). Un pequeño estudio cuasi-experimental, realizado con 14 drogadictos que recibían BFT los emparejó con 14 que recibían servicios de desintoxicación estándar, mostrando tendencias prometedoras que favorecen a la BFT para la participación en los cuidados posteriores y la reducción del consumo de drogas en los 3 meses posteriores a la desintoxicación (*O'Farrell et al., 2007*). El trabajo piloto se centró también en la aplicación de la BFT a pacientes alcohólicos y sus familias, y se han puesto los cimientos para un ensayo aleatorio más grande de BFT (*O'Farrell et al., 2010*).

En conjunto, esta impresionante serie de estudios realizados en la última década sugieren que la TCC tiene actualmente pruebas sólidas que dan fe de su impacto sobre hombres y mujeres drogodependientes, en la violencia de pareja, y en las relaciones con las parejas y el funcionamiento general de la familia. Estudios pilotos de la BFC y la BFT apoyan la continuación de la investigación de ambos enfoques en ensayos aleatorios más grandes para aumentar la gama de terapia familiar conductual. Más adelante se presentan más detalles en relación con los efectos positivos de la TCC en la adaptación de los niños.

**Trabajar con padres consumidores de drogas y mejorar el funcionamiento de los niños.** Una innovación más reciente en las intervenciones basadas en la familia con consumidores de drogas, ha sido el enfoque simultáneo a padres consumidores de drogas y a los hijos que están afectados por el consumo de drogas en el hogar. Se han tomado diferentes enfoques aunque los temas comunes incluyen: un enfoque combinado sobre la necesidad de que los padres consumidores de drogas alcancen la abstinencia y sobre la implementación de prácticas de autocuidado positivas, intervenciones psico-

educativas y basadas en las aptitudes para mejorar la educación de los hijos, y los servicios de manejo de casos y los servicios en el hogar para reducir las barreras para el éxito de tratamiento y aumentar la negociación efectiva con los sistemas externos de influencia, tales como el bienestar del niño (*Gruber & Fleetwood, 2004*). Los enfoques difieren en cuanto a la participación de los niños directamente en la intervención versus trabajar indirectamente para impactar en la conducta de los niños a través del desarrollo de las habilidades de educación de los hijos. Gran parte de esta investigación se ha centrado en las mujeres, quienes a menudo están estresadas por las exigencias de la familia monoparental, el tribunal y / o compromiso del sistema de bienestar infantil (*Marsh, Ryan, Choi, y Testa, 2006*), sin embargo, los padres también pueden ser objetivos adecuados.

El programa “Foco en las Familias” (FOF) (*Catalano, Haggerty, Gainey, y Hoppe, 1997*), que ahora se llama “Familias encarando el futuro” (FFF; *Haggerty, Skinner, Fleming, Gainey, y Catalano, 2008*), tiene por objetivo reducir la recaída entre los toxicómanos en mantenimiento con metadona, reducir el riesgo de consumo de drogas entre los niños de los pacientes tratados con metadona, y aumentar los factores de protección contra el consumo de drogas entre los hijos de los pacientes tratados con metadona. La FFF, basada en el modelo de desarrollo social, utiliza una combinación de sesiones de grupos de padres y de entrenamiento de habilidades del niño y servicios de manejo de casos individualizados en el hogar para aumentar los lazos familiares, la utilización de los soportes fuera de la familia, y establecer políticas familiares claras contra el consumo de drogas. Los niños asisten con sus padres a 12 de las 32 sesiones para el grupo de padres para practicar habilidades conjuntamente. *Catalano et al. (1997)* probaron originalmente el modelo con 130 familias que tenían un progenitor en mantenimiento con metadona. En la inclusión la edad media de los niños era de 8 años (entre 1991 y 1993). Los análisis post test revelaron mayores habilidades en la prevención de recaída y en autoeficacia en la FFF que en los controles, y a los 12 meses, los padres FFF tenían significativamente un menor consumo de drogas, menos conflictos domésticos, y menos iguales rebeldes, así como más reglas para el comportamiento de los niños (*Catalano,*

*Gainey, Fleming, Haggerty, & Johnson, 1999*). Los análisis a los dos años de seguimiento revelaron tendencias en la reducción del consumo de drogas por los niños, la delincuencia y el comportamiento agresivo, así como el mantenimiento de las habilidades de recaída de los padres. Los informes más recientes sobre los chicos en edad entre 15 y 29 años sugieren que los chicos en FFF tenían menos probabilidades que los controles de desarrollar un Trastorno por Consumo de Drogas (SUD) en la adultez temprana, sin embargo, las intervenciones no difirieron en general o para chicas en las tasas de SUDs (*Haggerty et al., 2008*). Otro informe reciente no mostró efectos significativos de la FFF en la resiliencia de los chicos en el funcionamiento laboral / escolar, los SUDs o el crimen (*Skinner, Haggerty, Fleming, y Catalano, 2009*). Por lo tanto, los creadores sugieren que se necesita más trabajo con los padres más precozmente en la infancia para reducir los problemas emocionales y de comportamiento para aumentar la resiliencia.

Los creadores de la TCC también han combinado un componente de capacitación para padres con intervenciones enfocadas a drogas, para maximizar así el impacto positivo del tratamiento en niños afectados por padres consumidores de drogas y alcohol. *Lam, Fals-Stewart, y Kelley (2008)* desarrollaron un componente de habilidades de educación y testaron con un piloto el programa de Habilidades de los Padres con la Terapia Conductual de Parejas (PSBCT) en un pequeño ensayo aleatorizado con 30 padres sometidos a tratamiento por alcoholismo. En este programa, se evaluó a niños de 8 a 12 años para determinar los resultados del tratamiento, pero no participaron en el tratamiento. Los resultados revelaron que sólo la intervención PSBCT tenía un impacto consistente sobre los síntomas de internalización y externalización de los niños, entre la inclusión y los 12 meses de seguimiento, con tamaños del efecto medianos y grandes en relación con el tratamiento individual con los padres y tamaños de efecto de pequeño a mediano en relación con la TCC estándar. Un segundo informe sobre este estudio piloto mostró que la PSBCT fue superior al tratamiento TCC y al individual en: mejorar la educación de los hijos y la reducción de la participación de los servicios de protección de menores; PSBCT y TCC fueron superiores al tratamiento indivi-

dual en la reducción del consumo de drogas por los padres, la violencia de pareja y el ajuste de la relación de pareja (Lam, Fals-Stewart, y Kelley, 2009).

Los hallazgos aquí revisados sobre los tratamientos basados en la familia de toxicómanos adultos muestran claramente enormes progresos desde el 2002. Nuevos estudios muestran una significativa esperanza de diferentes enfoques basados en la familia para involucrar y retener a los consumidores de drogas en el tratamiento mediante la movilización del apoyo y el apalancamiento de los miembros de la familia, fuertes efectos de los enfoques conductuales que trabajan con parejas y familias para reducir el consumo de drogas, la IPV, y mejorar las relaciones, así como los enfoques integradores diseñado para afectar tanto al consumo de drogas de los padres como al funcionamiento de los niños.

**Sensibilidad de los enfoques para el Tratamiento de Drogas Basados en la Familia para las minorías.** Hay una fuerte evidencia, tanto del resultado del tratamiento como del proceso de investigación, de que los tratamientos basados en la familia para el consumo de drogas por adolescentes son sensibles a las necesidades culturales de una minoría de jóvenes y familias y son apropiados para una variedad de grupos raciales y étnicos. Por ejemplo, Huey y Polo (2008) completaron recientemente una amplia revisión de los tratamientos basados en la evidencia para jóvenes de minorías y designaron a las intervenciones basadas en la familia como unas de las más eficaces para el tratamiento por consumo de drogas y los problemas de conducta. En esta revisión, la MDFT fue identificada como el único tratamiento para el consumo de drogas que era “probablemente eficaz” para adolescentes minoritarios, y el MST se consideró “posiblemente eficaz”. MST y BSFT también fueron identificados como “probablemente eficaz” en el tratamiento de problemas de conducta en jóvenes de minorías. En una reciente revisión de las intervenciones basadas en la familia para el consumo de drogas en adolescentes, Hogue y Liddle (2009) informaron de que 9 de 14 rigurosos ensayos controlados de intervenciones familiares reclutaron por lo menos a media muestra minoritaria. Específicamente, BSFT, MDFT y FFT han sido validadas con las familias hispanas (Liddle et al., 2009, 2011; Santisteban et al., 2006; Waldron et al., 2001). MDFT y MST también

han demostrado fuertes efectos con familias afroamericanas (Henggeler, Clingempeel, Brondino, y Pickrel, 2002; Liddle et al., 2008, 2009).

También se han llevado a cabo importantes investigaciones de los tratamientos basados en la familia sobre el impacto de la etnicidad, la raza, y los temas culturales en el proceso de tratamiento y los resultados. Por ejemplo, esfuerzos previos en el desarrollo de tratamiento en MDFT se centraron específicamente en el desarrollo del tema cultural, para fomentar el compromiso y la participación de la juventud afroamericana (Jackson-Gilfort, Liddle, Tejeda, y Dakof, 2001). Más recientemente, Foster et al. (2009) encontraron que en la MST, el compromiso del cuidador y la respuesta positiva durante las sesiones se predecían por las intervenciones del terapeuta principal y no se moderaba por la raza o el emparejamiento racial; sin embargo, los terapeutas utilizan en general más historias con familias negras y los terapeutas se centraron más en las fortalezas y el refuerzo de los padres cuando estaban racialmente desparejados. Estos resultados difieren de un estudio que mostró que la similitud étnica de terapeuta y cuidador predecía los resultados de los jóvenes en la MST (Halliday-Boykins, Schoenwald, y Letourneau, 2005). Flicker, Waldron, Turner, Brody y Hops (2008) demostraron que el emparejamiento étnico impactaba en los resultados del consumo de drogas en los hispanos pero no en pacientes anglosajones, en FFT. Flicker, Turner, Waldron, Brody y Ozechowski (2008) encontraron que desequilibrios en la alianza entre padres y adolescentes predecía el abandono temprano de la FFT para las familias hispanas, pero no para las anglosajonas.

Sólo algunos tratamientos basados en la familia para toxicómanos adultos han sido validados con poblaciones minoritarias. El tratamiento basada en la familia más ampliamente estudiado para adulto drogodependiente de una minoría étnica y racial es el EMP (Dakof et al., 2003). El modelo fue diseñado y probado específicamente con mujeres negras (principalmente africanas, pero también de Haití, Jamaica, y las Bahamas) y fue posteriormente validado en el Tribunal de Dependencia de Drogas con mujeres negras e hispanas (Dakof et al., 2010). Más validación de tratamientos basados en la familia para drogadictos adultos con minorías es un área importante de estudio.

## **Efectos a largo plazo de los Tratamientos Basados en la Familia para el consumo de drogas.**

Los investigadores enfatizan cada vez más la naturaleza crónica recurrente del consumo de drogas a lo largo de la adolescencia y la edad adulta (*McLellan, O'Brien, Lewis y Kleber, 2000*) y la importancia de desarrollar modelos de tratamiento que tengan un impacto a largo plazo en esta condición a menudo debilitante (*Waldron y Turner, 2008*). Sorprendentemente, mientras que el establecimiento de la sostenibilidad de los efectos de la intervención parece fundamental para el desarrollo de mejores modelos de prestación de servicios para los adolescentes, es prácticamente inexistente la investigación bien controlada sobre los efectos del tratamiento de drogas a largo plazo. Sin embargo, la investigación sobre intervenciones basadas en la familia ha demostrado más abstinencia de marihuana 4 años después de MST en comparación con los servicios comunitarios habituales (*Henggeler et al., 2002*). Los resultados a largo plazo más impresionantes hasta la fecha muestran efectos sostenidos de 14 años de la MST sobre las detenciones y los días de cárcel (*Schaeffer y Borduin, 2005*).

Igualmente, los estudios con adultos consumidores de drogas se han limitado en general a la investigación de los efectos con seguimientos de un año después del tratamiento. Por ejemplo, los efectos del CRAFT sobre la participación de los consumidores de drogas en tratamiento y el funcionamiento de las CSOs sólo se han evaluado hasta 12 meses después del tratamiento (*Meyers et al., 2005*). Mientras que los primeros estudios de la TCC con drogadictos mostraron efectos de disipación en el funcionamiento de la relación después de 6 meses (*Fals-Stewart et al., 1996*), un reciente meta-análisis concluyó que los efectos de la TCC son más pronunciados en el tiempo (*Powers et al., 2008*). *Dakof et al. (2010)* extendieron la evaluación de los efectos del tratamiento a los 18 meses en su estudio más reciente de la EMP, demostrando disposiciones más positivas de bienestar infantil y efectos más fuertes sobre: el consumo de alcohol de las madres, el estado de salud mental y física, y el riesgo de consumo infantil y de problemas familiares, que el manejo intensivo de casos a través del tiempo. Mientras que la interven-

ción FOF / FFF (*Catalano et al., 1999*) ha llevado a cabo el más largo de los seguimientos hasta hoy (aproximadamente 20 años después de que se reclutara la muestra por primera vez), los efectos iniciales de la FFF en el consumo de drogas por jóvenes se ha mantenido en los hombres, pero no en las mujeres en la edad adulta (*Haggerty et al., 2008*) y no se han demostrado los efectos a largo plazo de la FFF sobre la resiliencia de los jóvenes (*Skinner et al., 2009*). Por lo tanto la evaluación a largo plazo de los modelos de tratamiento de drogas basados en la familia es un área crítica.

## **Mecanismos de cambio en Tratamientos Basados en la Familia para el consumo de drogas.**

El proceso de investigación de la terapia familiar se ha guiado por la premisa fundamental de que: los tratamientos pueden mejorar en gran medida si se pueden identificar y aplicar de manera sistemática durante procedimientos de tratamiento que promuevan factores de protección fiables después del mismo y mantengan los buenos resultados. Estos esfuerzos ayudan a identificar los ingredientes comunes o los elementos básicos de los tratamientos basados en la familia que predicen los resultados entre los modelos (*Sprenkle y Blow, 2004*). Estudios recientes han explorado los mecanismos de tratamiento en cuatro áreas: (a) la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento; (b) adherencia y competencia del terapeuta, (c) la realización de análisis de mediación de los padres en tratamiento y los cambios en la familia ligados a resultados positivos para los adolescentes, y (d) el papel de la etnicidad y la raza en el proceso de tratamiento y los resultados (estos hallazgos se han presentado anteriormente).

Casi toda la investigación llevada a cabo sobre la alianza terapéutica con drogadictos adolescentes ha investigado los modelos basados en la familia, y varios estudios han relacionado la alianza con deserción prematura (*Hogue y Liddle, 2009*). *Robbins et al. (2006)* demostraron que las familias que completaban menos de ocho sesiones de MDFT (abandonos) se podían distinguir de forma fiable de los que completaban el tratamiento por las decrecientes puntuaciones de alianza terapéutica, tanto para los adolescentes como para sus padres entre las sesiones uno y dos. Además, en varios estudios recientes se han demostrado los vínculos entre

la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento. *Hogue, Dauber, Faw, Ceccro y Liddle (2006)* vincularon la alianza precoz de los padres en MDFT a un menor consumo de drogas y externalización entre los adolescentes, así como una mejora de la alianza de los adolescentes hacia la mitad del tratamiento con reducciones más significativas en la externalización de los síntomas a los 6 meses de seguimiento. Varios exámenes de los datos del CYT han examinado también las relaciones entre alianza y resultados. En primer lugar, *Tetzlaff et al. (2005)* vincularon los informes de los adolescentes (2005) de la alianza terapéutica, con una reducción del consumo de drogas hasta 6 meses después del tratamiento en los cinco tratamientos (incluyendo MDFT), mientras que las puntuaciones de satisfacción con el tratamiento no se relacionaron con los resultados. En segundo lugar, *Shelef, Diamond, Diamond y Liddle (2005)* utilizaron un análisis más en profundidad de las puntuaciones de los observadores de la alianza para estudiar los vínculos de la alianza con los resultados en MDFT. Entre los casos con altas puntuaciones de alianza paternal, la alianza del adolescente predijo el consumo de drogas y los síntomas psicológicos hasta 3 meses después del tratamiento. Por último, *Diamond et al. (2006)* demostraron que las puntuaciones de alianza del adolescente auto-reportadas de las primeras sesiones predecían la reducción del consumo de drogas y de problemas de comportamiento.

Hogue y sus colegas llevaron a cabo dos recientes estudios que exploraban la medida en que la adherencia y la competencia del terapeuta influyen en los resultados. En primer lugar, *Hogue, Dauber, Samuolis y Liddle (2006)* demostraron que la adhesión a las técnicas centradas en la familia, poniendo suficiente atención en las técnicas enfocadas a los adolescentes, estaba vinculado a menor angustia interiorizada y a una mayor cohesión familiar un año después de MDFT. El uso extensivo de técnicas MDFT centradas en el adolescente también predijo menos conflictos familiares y una mayor cohesión al año de seguimiento. *Hogue et al. (2008)* mostraron un efecto lineal para la adherencia al tratamiento en la predicción de problemas de conducta en el primer año de seguimiento, y un efecto curvilíneo vinculando la adherencia y la angustia internalizada en MDFT y TCC. Estos resultados sugieren que un uso

demasiado suave o demasiado rígido de las técnicas con manual, en ambos enfoques de tratamiento de drogas, no era propicio para cambiar los síntomas de ansiedad y depresión.

Dos estudios recientes, utilizan análisis de mediación para los teóricos mecanismos de cambio de los tratamientos basados en la familia con los resultados posteriores al dicho tratamiento. *Henderson, Rowe, Dakof, Hawes, y Liddle (2009)* demostraron que los cambios en la monitorización de los padres obtuvieron reducciones en el consumo precoz de drogas por adolescentes un año después de la MDFT. *Henggeler et al. (2009)* estudiaron los mediadores de los resultados de la MST en delinquentes sexuales juveniles. Las reducciones de las conductas antisociales y de los comportamientos sexuales desviados de los adolescentes en un año de seguimiento, se explicaron por las mejoras en las prácticas de la educación de los hijos, sobre todo por un mayor seguimiento mediante disciplina, así como por la reducción de las preocupaciones de los padres sobre los iguales negativos de los adolescentes. Ambos estudios ponen de relieve la importancia de alterar las prácticas negativas de la educación de los hijos y de reforzar las habilidades paternas para cambiar las conductas problemáticas de los adolescente; siendo este un principio fundamental y el objetivo de la práctica totalidad de los enfoques basados en la familia para el consumo de drogas entre los adolescentes y, posiblemente, un factor común que puede predecir los resultados (*Sprenkle y Blow, 2004*).

La investigación sobre los modelos de tratamiento de drogas basadas en la familia para adultos no ha examinado los mecanismos o los procesos de cambio. *Fals-Stewart et al. (2009, p. 122)* admiten que “aunque la TCC es eficaz, se ha llevado a cabo muy poca investigación para determinar cómo funciona”. Del mismo modo, *Carroll y Onken (2005, p. 1456)* sugieren que se necesita investigar para “aislar los componentes asociados con los efectos del tratamiento” y “determinar si se puede eliminar alguno de los componentes sin debilitar los resultados globales”. Sin duda hay mucho por hacer para explicar los efectos positivos de los modelos de tratamiento de drogas basados en la familia centrados tanto en adolescentes como en adultos.

## Evaluaciones económicas de los Tratamientos Basados en la Familia para el consumo de drogas.

Para muchas estimaciones, los costos del consumo de drogas son asombrosos. Los costes del consumo de drogas para el sistema judicial de menores (por ejemplo, la policía, los tribunales, la detención, centros penitenciarios) superan los 14 mil millones de dólares al año, y el tratamiento del consumo de drogas representa sólo el 1% de estos costos (CASA, 2004). Las evaluaciones económicas rigurosas del tratamiento del consumo de drogas, en particular con los adolescentes, han sido poco frecuentes (Zavala et al., 2005). Francés y col. (2002) llevaron a cabo un análisis de costos del estudio CYT (Dennis et al., 2004) y encontraron estimaciones promedio de gastos semanales de la terapia basada en la familia ambulatoria, MDFT (Liddle, 2002), para comparar favorablemente con los parámetros de los costos actuales del tratamiento ambulatorio estándar para adolescentes (164\$ vs 365\$). Sin embargo, el Enfoque de Refuerzo en la Comunidad para Adolescentes (ACRA) era más coste-efectivo que la MDFT en términos de coste por día de abstinencia y de coste por persona en recuperación (Dennis et al., 2004).

Los retos de la evaluación económica del tratamiento de drogas en adolescentes se han destacado en varios estudios recientes. Por ejemplo, Zavala et al. (2005) demostraron que la MDFT tenía menores costes semanales que el tratamiento residencial y establecieron guías para estimar costes y beneficios de los tratamientos por drogas en adolescentes, pero también trataron las dificultades para estimar toda la gama de beneficios asociados con el tratamiento por drogas en adolescentes (asignando los costes a menos ausencias escolares, mejoría de las relaciones familiares, menor consumo de drogas). French y col. (2008) investigaron la relación coste-eficacia de cuatro modelos de tratamiento, incluyendo FFT, y encontraron que el tratamiento grupal era el más rentable, dado que los efectos de la FFT en el consumo de drogas se disiparon con el tiempo y el tratamiento grupal tuvo similares resultados en delincuencia y consumo de drogas en la evaluación a los 7 meses. Resumiendo los resultados, estos investigadores discuten las limitaciones inherentes a la aplicación de la metodología coste-efectividad para el tratamiento de adolescentes dado que el análisis se limi-

ta a uno o dos resultados (en este caso, el consumo de drogas y la delincuencia). Del mismo modo, McCollister, French, Sheidow, Henggeler y Halliday-Boykins (2007) pusieron de relieve los importantes desafíos para la cuantificación de la actividad criminal entre los adolescentes en comparación con los adultos. Las condiciones del tribunal juvenil de drogas (incluyendo MST) demostraron en conjunto una mayor reducción de la actividad delictiva global de los adolescentes y de los crímenes costosos, pero no mostraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al tribunal familiar en los costes de la actividad criminal real. Tomados en conjunto, estos diferentes estudios ponen de relieve la considerable dificultad para llegar a las evaluaciones económicas completas y precisas de tratamientos de drogas para adolescentes, en parte porque es imposible asignar costes a muchas de las áreas de la vida de un adolescente que se supone que son variables importantes (por ejemplo, las mejoras en el funcionamiento familiar).

Los estudios enfocados a adultos han comenzado a examinar también las cuestiones de coste-efectividad de los tratamientos por drogas basados en la familia. Específicamente, la TCC ha demostrado ser coste-efectiva en comparación con los tratamientos individuales (Fals-Stewart et al., 2009). Un estudio reciente de una versión breve de TCC mostró que la TCC breve era menos costosa que la TCC completa, pero no menos que el tratamiento individual. Sin embargo, los análisis de coste-efectividad revelaron que la TCC breve era más rentable en término de reducciones en el consumo de drogas durante el período de 12 meses de seguimiento (Fals-Stewart y Lam, 2008). En este estudio, la TCC plena produjo resultados superiores de consumo de drogas para el tratamiento individual y la psicoeducación, pero no a menor coste. En suma, en el actual clima de contención de costes, de gestión cuidadosa y de escasos recursos para el tratamiento de drogas, es fundamental que los tratamientos basados en la familia demuestren coste-eficacia, así como eficacia clínica (Fals-Stewart, Yates, y Klostermann, 2005). Aunque los tratamientos basados en la familia han demostrado reducir los costes de implementación (por ejemplo, French y col., 2002), y hay alguna evidencia de mayor coste-eficacia en com-

paración con tratamientos ambulatorios estándar (*Fals-Stewart y Lam, 2008*), son raras las evaluaciones rigurosas de los beneficios relativos y los costes de las intervenciones de consumo de drogas basadas en la familia.

**Diseminación de los resultados de la investigación en los centros sanitarios.** Con gran cantidad de nuevos conocimientos acerca de la eficacia de los tratamientos de drogas basados en la familia, un área que precisa atención es la diseminación de estos modelos a los centros sanitarios. Las revisiones en esta área de especialidad lamentan rutinariamente la brecha entre la investigación y la práctica clínica convencional (por ejemplo, *Carroll & Onken, 2005; Hogue y Liddle, 2009*), y los intentos iniciales para poner en práctica intervenciones basadas en la investigación basadas en la familia en centros sanitarios, concluyen generalmente que este esfuerzo es más complejo y difícil de lo previsto (por ejemplo, *Fals-Stewart, Logsdon, y Birchler, 2004*). Claramente, es iluso pensar que cualquier modelo basado en la evidencia puede ser fácilmente “transportado” a un entorno clínico existente a través de los modelos tradicionales de formación, teniendo en cuenta todas las complejidades, los obstáculos a nivel de sistema y a nivel individual para su implementación y los límites de tiempo y recursos comunes a la organización o la vida clínica. La implementación de la ciencia se centra cada vez más en sistemas, haciendo hincapié en la necesidad de la flexibilidad y la adaptación de los investigadores (*Liddle et al., 2002*), así como la utilización de las intervenciones para crear las bases y la disposición para aceptar e integrar los nuevos tratamientos dentro de las organizaciones y entre los clínicos (*Simpson, 2002*). Por el lado de la investigación, se necesitan estudios para concretar los ingredientes esenciales de las intervenciones basadas en la familia para ser adoptados por los clínicos (*Hogue y Liddle, 2009*), y el desarrollo de modelos para la difusión que valoren y aborden la complejidad de los sistemas clínicos. Además, los investigadores de MST tiene claramente documentado que la adhesión del terapeuta a los modelos basados en la investigación tiene fuertes efectos sobre los resultados alcanzados en la práctica clínica y por lo tanto se deben desarrollar métodos para mantener la fidelidad (*Henggeler, Pickrel, y Brondino, 1999*).

El equipo de investigación de MST describe un método para la difusión del tratamiento que se centra en: la modificación de los procesos de pre-implantación, en las cuestiones del personal clínico, en los materiales de entrenamiento y en los modelos de implementación del servicio. La investigación sobre la aplicación de MST en 45 programas clínicos demuestra que los programas MST tienen menores tasas de rotación del terapeuta (20%) que la mano de obra nacional (50-60% anual), y que el estrés organizacional y la gravedad del paciente se asocian más con la rotación que con las exigencias del modelo (*Sheidow, Schoewald, Wagner, Allred, y Burns, 2007*). Esta investigación también muestra que la adherencia del terapeuta, la estructura organizativa y el clima predicen en conjunto mejoras en el comportamiento de los jóvenes un año después del tratamiento (*Schoenwald et al., 2008*). Sin embargo, la adherencia del terapeuta batió a todas las variables organizacionales en la predicción de las reducciones en la criminalidad de los jóvenes a los 4 años de seguimiento (*Schoenwald et al., 2009*), en consonancia con investigaciones anteriores de este equipo. También hubo efectos directos de la supervisión de alta calidad de la MST, así como de la adherencia del terapeuta, en los resultados de los jóvenes en el seguimiento de un año después del tratamiento (*Schoenwald, Sheidow, y Chapman, 2009*). Se sigue avanzando en esta impresionante investigación de la difusión, que ha impactado en este campo de manera significativa.

La investigación sobre la difusión de la MDFT hace hincapié en que los modelos de implementación son intervenciones (*Liddle et al., 2002*), y más concretamente intervenciones orientadas y centradas en sistemas múltiples. La diseminación a centros no experimentales se ha estudiado utilizando una intervención de transferencia tecnológica multicomponente desarrollada para capacitar al personal de tratamiento. La MDFT fue transportada con éxito en un programa de tratamiento de día completo, con los proveedores continuando con la implementación del enfoque, los clientes mostrando mejores resultados, y el clima organizacional manteniendo cambios positivos más allá de un año después de retirada la supervisión de expertos (*Liddle et al., 2006*).

También se han realizado importantes estudios sobre la difusión del tratamiento con modelos de tratamiento basados en la familia, centrados en adultos. Por ejemplo, *Fals-Stewart et al. (2004)* realizaron una “autopsia organizativa” para identificar las razones por las que cuatro de los cinco programas que habían proporcionado TCC en investigación financiada por el gobierno federal, dejaron de usar el modelo poco después de que se agotaran los fondos externos. Encontraron que muchas de las barreras citadas comúnmente para la adopción de tratamiento basado en la evidencia (EBT) fueron la causa del fracaso para mantener la TCC en estas organizaciones, incluyendo las restricciones de financiación / facturación, poca ayuda del supervisor y del administrador y una falta fundamental de creencias de los clínicos sobre el cambio (por ejemplo, el consumo de drogas es principalmente un problema individual). Posteriormente, la investigación sobre la TCC ha tratado de abordar las preocupaciones y las percepciones previas de los proveedores sobre que el modelo era demasiado largo y costoso creando una versión breve y menos costosa del enfoque (*Fals-Stewart y Lam, 2008*) y demostrando que el modelo puede ser aplicado con éxito por clínicos con nivel de licenciado o de máster (*Fals-Stewart & Birchler, 2002*). Por lo tanto, hay señales de progreso en el transporte de tratamientos basados en la evidencia basados en la familia a los profesionales de tratamiento de drogas, pero queda mucho más trabajo por hacer.

### **Conclusiones y próximos pasos en esta especialidad de investigación**

Son evidentes los emocionantes avances en los tratamientos basados en la familia para el consumo de drogas en adolescentes y adultos en el período relativamente corto desde el año 2002. Actualmente, las revisiones de consumo de drogas en adolescentes y adultos incluyen sistemáticamente los modelos basados en la familia entre los enfoques más fuertemente respetados y apoyados, en particular los tratamientos múltiples orientados a sistemas para adolescentes y los tratamientos basados en la conducta para los adultos. En el campo de los adolescentes, se ha prestado considerable atención a la validación de estos modelos y a

examinar los procesos de la terapia con grupos raciales y étnicos minoritarios. La investigación del tratamiento basado en la familia centrada en los adolescentes también ha hecho avances en la última década en el examen de los mecanismos de cambio, los efectos a largo plazo, y la difusión de los modelos en los centros sanitarios. Trabajar con adultos ha generado un apoyo sólido para la TCC y la EMP en una serie de variables y los nuevos enfoques para el tratamiento concurrente de padres consumidores de drogas y la reducción del riesgo de consumo de drogas entre sus hijos representan un avance particularmente importante en el tratamiento del consumo de drogas multigeneracional en las familias.

A pesar de los considerables avances metodológicos existen limitaciones inherentes en la mayor parte de la investigación. Todavía son frecuentes pequeños tamaños de la muestra, ya que los modelos estadísticos más poderosos (por ejemplo, curva de crecimiento latente de modelado y las variantes) requieren cientos de participantes para modelar con precisión los cambios a través del tiempo, y en particular para vincular los procesos dentro del tratamiento a los resultados a largo plazo. La mayoría de los estudios examinan los cambios hasta los 12 o los 18 meses como máximo, sin embargo, el consumo de drogas se considera actualmente como una enfermedad de recaída crónica que puede necesitar años para lograr una recuperación total. En vista del impulso negativo en cascada creado por la profunda implicación con las drogas puede ser ingenuo esperar que un episodio de tratamiento produzca y sostenga cambios de vida radicales (*Dennis y Scott, 2007; McLellan et al, 2000*). Sin embargo, la participación en un episodio de tratamiento inicial puede aumentar la probabilidad de éxito de los programas posteriores mediante la creación de una base para el cambio, el aumento de la motivación al cambio y el inicio del proceso de cambio. Por lo tanto, el examen de los resultados a largo plazo y los modelos de atención continuada son importantes áreas de atención para la investigación sobre tratamientos para drogas basados en la familia. Además, se necesita mucho más trabajo para cerrar la brecha entre la investigación y la práctica dilucidando los ingredientes activos de estos modelos y sus mecanismos de cambio, e identificando los moderadores de los efectos del tratamiento para que los clínicos puedan

estar mejor informados sobre qué modelos son las más efectivos para poblaciones específicas de pacientes (Kazdin, 2008).

Tal vez el motivo de preocupación más consistente y urgente es la difusión a la práctica de los enfoques basados en la evidencia. Si bien el progreso es evidente en ciertos esfuerzos de difusión y la investigación está demostrando algunas de las claves para un traslado exitoso (por ejemplo, Schoenwald *et al.*, 2009), el tratamiento por drogas se sigue practicando de forma rutinaria con poco uso de los modelos basados en la evidencia. Y la brecha investigación - práctica puede llegar a ser cada vez mayor, con el curso de doctorado en psicología poniendo menor énfasis en los tratamientos basados en la evidencia. Como Weisz y Gray (2008, p. 58) señalan en una amplia revisión de psicoterapias para niños y adolescentes “en realidad, los tratamientos que tienen claros beneficios significativos para los niños con conductas de oposición y trastornos de conducta (por ejemplo, la capacitación conductual para padres) se están enseñando y supervisando menos de lo que se hacía hace 10 años”. El meta-análisis de Weisz, Jensen-Doss, y Hawley (2006) de las psicoterapias para jóvenes sugiere que los tratamientos basados en la evidencia superan a la atención habitual generalmente con efectos entre pequeños y medianos y sus efectos no disminuyen cuando se aplica a casos complejos o muestras minoritarias. Sin embargo, los autores destacan que tanto los tratamientos basados en la evidencia (incluso dentro de una determinada categoría, como “basada en la familia”) como las condiciones de atención habituales son heterogéneas, por tanto los tratamientos basados en la evidencia deben ser cuidadosamente seleccionados en base a la calidad de las evidencias, así como al contexto particular y las condiciones de organización de la clínica.

La propia difusión tiene que ser un proceso individualizado, iterativo y adaptativo que considere muchos factores en la integración de los tratamientos basados en la evidencia en los entornos de atención habituales. Weisz y Gray (2008) proponen un modelo de desarrollo de un tratamiento alternativo llamado “modelo centrado en el despliegue” para poner más atención en la aplicabilidad en el mundo real y en las pruebas para el proceso de validación de tratamientos. La eficacia o la

aplicación de la investigación no se ven como un solo paso final en este modelo, sino más bien testar y perfeccionar el enfoque en la práctica clínica es esencial para su desarrollo. Por lo tanto, los desafíos en la implementación en centros del mundo real se consideran parte del territorio del desarrollo del tratamiento y no como fracasos de los propios modelos. Este enfoque es consistente con la forma en que algunos en el campo de las intervenciones basadas en la familia han abordado los esfuerzos de difusión. La investigación que examine en qué medida las adaptaciones sistemáticas y la flexibilidad de los modelos de tratamiento faciliten los esfuerzos de diseminación sin comprometer la fidelidad y los resultados puede ser un siguiente paso esencial en la reducción de la brecha entre la investigación y la práctica clínica.

### Un clínico responde

Desde la perspectiva de un clínico que utiliza intervenciones basadas en la familia, estos resultados son muy alentadores. El trabajo intensivo con familias utilizando enfoques conductuales y sistémicos gratifica en mayores tasas de compromiso / retención en el tratamiento, en un consumo de drogas reducido y en un mejor funcionamiento en áreas como la delincuencia con los adolescentes y el funcionamiento de sus relaciones con los adultos. Parece que hay varias conclusiones significativas con importantes implicaciones para la práctica clínica.

En primer lugar, los estudios más recientes ponen de manifiesto la importancia de trabajar multisistémicamente con toxicómanos adolescentes y sus familias. Los modelos con los efectos más fuertes sobre el consumo de drogas y los efectos más amplios en diferentes dominios funcionales (por ejemplo, síntomas de salud mental, delincuencia, comportamiento escolar) van más allá de las paredes de la clínica para trabajar en el hogar y en la comunidad con los adolescentes, las familias y los sistemas que impactan directamente en sus vidas. Estos modelos múltiples orientados a sistemas o de base ecológica parecen ser también los enfoques con efectos más evidentes en el trabajo con familias desfavorecidas (Slesnick y Prestopnik, 2005b), los subgrupos

más graves (*Henderson et al.*, en prensa), y las poblaciones minoritarias (*Huey & Polo*, 2008).

En segundo lugar, los clínicos pueden apreciar la acumulación de conocimiento sobre los vínculos entre la alianza al tratamiento y el resultado de ciertos hallazgos en mente. La alianza (y el emparejamiento del terapeuta con la raza / etnicidad) parece ser particularmente importante en el trabajo con las minorías. Asimismo, los desajustes en la alianza entre los adolescentes y los padres pueden ser particularmente perjudiciales para los resultados. Ciertamente, esta investigación es consistente con trabajos anteriores que muestran que la alianza terapéutica es uno de los ingredientes más importantes de la participación exitosa y, en última instancia, de los resultados del tratamiento.

En tercer lugar, la adherencia a tratamientos basados en la evidencia está claramente vinculada con los resultados en los ensayos clínicos de investigación y la diseminación. Tanto si el modelo es MST o TCC, mantener la fidelidad al modelo mejora los resultados clínicos. Lograr y mantener la adherencia depende de una alta calidad de la formación y la supervisión. Esto plantea un desafío importante para muchos profesionales y existen aún considerables obstáculos para la creación de un sistema viable para que el terapeuta familiar medio llegue a alcanzar la competencia en estos tratamientos basados en la evidencia. Se necesita más colaboración entre los creadores / diseminadores de los tratamientos basados en la evidencia, programas / instituciones de formación de terapeutas, organizaciones profesionales y organismos basados en la comunidad para el desarrollo de modelos de capacitación que sean viables y eficientes para todos. Los intentos de mezclar o aproximar técnicas básicas de un tratamiento basado en la evidencia pueden no estar proporcionando la dosis completa o el rango de intervenciones y, actualmente, no se puede suponer que sea tan eficaz como la aplicación completa del modelo con manual.

En cuarto lugar, hay una extensa evidencia para recomendar el trabajo con parejas y miembros familiares adultos en el tratamiento de los toxicómanos adultos usando enfoques conductuales y sistémicos para involucrar al consumidor de drogas y mejorar los resultados. La mentalidad de que el consumo de drogas es un pro-

blema individual se ha ido desplazando gradualmente en la especialidad del consumo de drogas por adolescentes, pero no obstante parece estar firmemente arraigada en el campo de las adicciones para adultos. Los toxicómanos adultos suelen estar conectados a los miembros de la familia en aspectos importantes y aprovechar el poder de estas relaciones puede marcar totalmente la diferencia en el tratamiento de sus problemas con las drogas. El intento de tratar al adolescente o al adulto consumidor de drogas fuera del contexto de la familia puede perjudicar seriamente los esfuerzos terapéuticos.

Una de las implicaciones clínicas más interesantes de esta investigación es que en el trabajo con consumidores de drogas, interviniendo directamente con los padres y sus hijos o incluso sin los niños en la terapia, puede mejorar el ambiente familiar y la educación de los hijos, y por lo tanto reducir el riesgo de consumo de drogas entre los niños. La experiencia clínica demuestra que los temas de educación son relevantes incluso entre los consumidores de drogas adolescentes. Aunque los resultados de la FFF a largo plazo no han sido uniformemente positivos, el conocimiento obtenido de estos estudios sugiere que los hijos de toxicómanos pueden beneficiarse con la intervención temprana a través de intervenciones de la familia y la educación de los hijos. Los toxicómanos pueden necesitar también tratamiento adicional de seguimiento y de refuerzo a lo largo de la adolescencia a fin de mantener el efecto de la intervención precoz. Nada sería más gratificante como científico o clínico o beneficioso para las familias y la sociedad que evitar el consumo de drogas en las generaciones venideras.

---

La Bibliografía se la pueden pedir a: [avellanadaguri@gmail.com](mailto:avellanadaguri@gmail.com).