

la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN · N.º 9

Guía clínica de intervención psicológica en adicciones **Terapias centradas en la familia**

1 de marzo 2010

Capítulo 4º y referencia bibliográfica de la Guía clínica de intervención psicológica en adicciones, publicada por Socidrogalcohol (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías), 2008.

Autores: Elisardo Becoña Iglesias y Maite Cortés Tomás (Coordinadores), Eduardo José Pedrero Pérez, José Ramón Fernández Hermida, Lorena Casete Fernández, M^ª Pilar Bermejo González, Roberto Secades Villa y Vicente Tomás Gradolí.

Índice

1. Introducción	3
2. Modelo sistémico.....	4
A) Conceptos de la Teoría General de Sistemas	
B) Conceptos de la Cibernética	
C) Conceptos Comunicacionales (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967)	
D) Conceptos evolutivos (Haley, 1981)	
E) Conceptos Estructurales	
3. Terapias centradas en la familia en el ámbito de las adicciones.....	7
A) Terapia Familiar Multidimensional (MDFT, Multidimensional Family Therapy)	
B) Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT, Brief Strategic Family Therapy)	
C) Terapia Familiar Multisistémica (MSFT, Multisistemic Familiar Therapy)	
D) Terapia conductual familiar y de pareja	
4. Evidencia empírica	10
A) Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT)	
B) Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) y Multisistémica (MSFT)	
C) Terapia conductual familiar	
Bibliografía	16

1. Introducción

En sus orígenes, el concepto de Terapia Familiar resultaba ser un sinónimo de Terapia Sistémica. Con el tiempo, las intervenciones psicoterapéuticas que han contado con los familiares del adicto han ido diversificando su metodología, despegándose de la ortodoxia sistémica e incorporando estrategias cognitivo-conductuales o de otras procedencias, conduciendo a un cambio terminológico, que ha permitido que en el momento actual se hable de “Tratamientos Basados en la Familia”. De hecho, este cambio de denominación está justificado por la generalización de métodos cognitivo-conductuales aplicados en un contexto familiar, lo que en realidad supone una renuncia a los principios sistémicos de la terapia familiar, al menos en lo relativo a la aplicación práctica, aunque persistan como guía general del modelo de intervención (Liddle y Dakof, 1995).

Girón, Martínez Delgado y González Saiz (2002) revisaron los trabajos publicados en los 15 años precedentes en torno a las intervenciones basadas en la intervención familiar en adolescentes consumidores de drogas. De los tres estudios recopilatorios de trabajos y los dos metaanálisis, extrajeron las siguientes conclusiones:

1. La evaluación de la eficacia de las terapias basadas en la familia resulta especialmente difícil por dos razones: (a) dentro de lo que se han denominado abordajes sistémicos relacionales se incluyen diferentes técnicas de intervención que, aunque basados en un paradigma teórico común, enfatizan distintos aspectos del modelo; y (b) en muchas patologías, se utilizan los tratamientos basados en la familia junto a otros recursos terapéuticos, como los farmacológicos, o las terapias individuales, grupales o los grupos de familiares.
2. Aún contando con estas dificultades, los ensayos clínicos efectuados hasta este momento, comparando los abordajes basados en la familia frente a otros tipos de intervención terapéutica, han demostrado su eficacia al igualar al menos los resultados conseguidos con otros tipos de técnicas. Además, confirman su superioridad al añadirlos a otros tratamientos en las drogodependencias.
3. En drogodependencias, las terapias basadas en la familia han mostrado su eficacia para conseguir aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, así como para aumentar la adherencia al tratamiento (incrementar la retención) y disminuir el uso de sustancias postratamiento, mejorar el funcionamiento familiar y facilitar la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social.
4. Quedan algunas cuestiones pendientes por aclarar dentro de los abordajes familiares: (a) si hay algún tipo de técnica que sea más eficaz que otro; (b) cuando se combinan con otros tipos de intervenciones, cuál es la fracción de mejoría atribuible directamente al abordaje familiar; y (c) sobre qué aspectos de la disfunción que supone el trastorno (la conflictividad familiar, estructura o dinámica familiar, la integración socio-escolar-laboral, los trastornos de comportamiento asociados, etc.) ejerce más influencia la intervención familiar.
5. Es importante considerar algunos aspectos relacionados con la forma como se implementan las terapias basadas en la familia (por ejemplo, la cantidad y frecuencia de sesiones familiares; la realización de sesiones de seguimiento; los aspectos concretos en los que se centran, etc.) y con el papel que juega el terapeuta para lograr los objetivos terapéuticos marcados. A este respecto es preciso recordar que la relación terapéutica (la calidad del trato entre el terapeuta y sus clientes), por cierto escasamente evaluada en todos los trabajos revisados, parece tener gran importancia en determinar la adherencia de los pacien-

tes a los programas terapéuticos, factor este asociado a los resultados a medio-largo plazo cuando hablamos de trastornos o patologías con tendencia a la cronicidad.

Liddle y Dakof (1995) observan que la incorporación de los tratamientos basados en la familia es mucho más reciente que otras modalidades terapéuticas y mucho menos estudiada en el ámbito de las adicciones que en otros de la salud mental. Encuentran que los estudios controlados precedentes suelen presentar, como norma general, diversos problemas metodológicos: muestras pequeñas y seleccionadas, poca representación de minorías, mínima severidad de síntomas, focalización en familias de clase media, tratamientos insuficientemente de nidos, poca atención a las características de los terapeutas y su entrenamiento, variables de medida ambiguas, análisis estadísticos defectuosos o incompletos. Sin embargo, también mencionan algunos estudios con pocas o ninguna limitación metodológica de los que se concluye que los tratamientos basados en la familia son eficaces en el abordaje de adolescentes con consumos problemáticos de drogas.

Nivel de evidencia 3

Las intervenciones familiares en adolescentes con consumo de drogas aumentan el compromiso de los pacientes y las familias y la adherencia al tratamiento; reducen el uso de drogas post-tratamiento y mejoran el funcionamiento familiar y la normalización e incorporación social.

En todo caso, y a pesar de la evolución y la incorporación de técnicas procedentes de otros encuadres teóricos, la Teoría Sistémica ha sido el hilo conductor de las diferentes modalidades de intervención centradas en la familia dentro del ámbito de las adicciones. Por ello, se presentan seguidamente los conceptos claves que subyacen a los diversos enfoques que, en un paso posterior, serán identificados como los más utilizados en el tratamiento de los problemas asociados al abuso de drogas.

Grado de recomendación B

Los tratamientos basados en la familia son eficaces en el abordaje de adolescentes con consumo de drogas.

2. Modelo sistémico

Los conceptos que hacen referencia a este modelo proceden de ámbitos relativamente independientes. Esta epistemología se nutrió inicialmente de tres fuentes; (a) la Pragmática de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), (b) la Teoría General de Sistemas (von Bertalanffy, 1954) y (c) en conceptos Cibernéticos (Wiener, 1948). Además, los conceptos procedentes de enfoques evolutivos (p.e., Haley, 1981) y estructurales (p.e., Minuchin, 1974) resultan claves para la concepción sistémica de la familia. La resultante de estas aportaciones teóricas aplicadas a la psicoterapia familiar constituye el denominador común de la Terapia Familiar Sistémica.

A) Conceptos de la Teoría General de Sistemas

- Sistema: Conjunto de unidades interrelacionadas entre sí, cada una de ellas con: diferente nivel de complejidad, límites de permeabilidad variables, sistema de comunicación interno, y medio de comunicación con el exterior, en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran.
- Tipos de sistemas: Pueden ser abiertos cuando intercambian materia, energía y/o información con su entorno. Por lo tanto, un sistema abierto es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica; se podría hablar de sistemas cerrados en aquellos casos en los cuales el intercambio sería escaso o prácticamente nulo.
- Propiedades de los sistemas abiertos:
 - *Totalidad y su corolario no sumatividad.* El todo es más que la suma de sus partes; esto es: existen ciertas propiedades del sistema que derivan no sólo de los elementos en sí mismos, sino de la forma en que estos se relacionan. Cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal forma con las demás que un cambio en una de ellas desencadena un cambio en todas y cada una de las demás y, por tanto, en el sistema como un todo.
 - *Circularidad:* Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido de que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido de que B refuerza retroactivamente la manifestación de A.
 - *Equivalencia:* Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esto no ocurre en los sistemas cerrados.

B) Conceptos de la Cibernética

- Homeostasis. La homeostasis es el estado interno de un sistema que se mantiene relativamente constante mediante la autorregulación.
- Feedback: En un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo).
- Morfogénesis: Proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante feedback positivo.

C) Conceptos Comunicacionales (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967)

- Es imposible no comunicar, por lo que en un sistema dado, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.
- En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) o semánticos y aspectos relacionales (nivel analógico) entre emisores y receptores. Es el ni-

vel analógico el que cualifica a cómo ha de entenderse el mensaje, es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor.

- La definición de una interacción está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes. Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro.
- Toda relación de comunicación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia de los agentes que participan en ella, respectivamente. Cuando la interacción simétrica se cronifica hablamos de escalada simétrica. Cuando se cronifica la interacción complementaria se habla de complementariedad rígida. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos.

D) Conceptos evolutivos (Haley, 1981)

- La familia como sistema atraviesa una serie de fases más o menos normativas y propias de su ciclo vital (noviazgo, matrimonio, procreación, adolescencia, maduración de los hijos, emancipación, vejez).
- La importancia de las nociones evolutivas en TFS no radica sólo en cada fase en sí misma, sino en la crisis a que puede dar lugar el paso de una a otra. En este sentido, el proceso óptimo de superación de tales crisis consiste en modificar la estructura del sistema familiar manteniendo su organización.

E) Conceptos Estructurales

- Dentro de los sistemas se pueden apreciar pequeños subconjuntos formados por elementos del mismo sistema que se relacionan entre sí. Es lo que conocemos con el nombre de subsistemas. Así, un subsistema es un conjunto de elementos agrupados en torno a una misma función o cualidad. Básicamente son tres los subsistemas que tendremos que valorar a la hora de realizar un abordaje familiar: el conyugal; el parental (o parento-filial) y el fraternal o filial.
- Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Las fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares.
- Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. Límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar; límites claros son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal.
- Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un *continuum* cuyos polos son los dos extremos de límites difusos (familias aglutinadas), por un lado, y de límites rígidos (familias desligadas), por el otro. La mayor parte de familias se incluyen dentro del amplio espectro normal.
- Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior. En este último caso, los límites exteriores se denominan fronteras.

- Dentro del funcionamiento familiar se pueden dar diferentes configuraciones relacionales. Según Minuchin (1974) se pueden encontrar: (a) Triangulación: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro. (b) Coalición: Uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor. Esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del cónyuge. (c) La desviación de conflictos, que se produce cuando se define a un hijo como malo y los padres, a pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en su esfuerzo para controlarlo o cuando se le define como enfermo y se unen para cuidarlo y protegerlo.

3. Terapias centradas en la familia en el ámbito de las adicciones

Hay que destacar en primer lugar que los modelos de tratamiento que expondremos a continuación se centran, los tres primeros, en el tratamiento de adolescentes y jóvenes con abuso de sustancias y conductas asociadas y, el último, en la terapia familiar conductual y de pareja. La razón de ello es la importancia que los investigadores han otorgado a la familia en estos momentos evolutivos. Cabe considerar que la familia sigue siendo el escenario en el que se representan las adicciones también en otras etapas de la vida, y que no sólo es la familia de origen, sino también las modalidades familiares que se conforman en la fase adulta, las que soportan, mantienen o padecen los problemas asociados a la adicción. Existen también modelos de intervención familiar en sentido amplio que, sin embargo, no cuentan con estudios de evaluación que atestigüen su efectividad, pero que son de enorme interés en la clínica (p.e., Girón, 2006; Palacios, 2006). Nos centraremos, como es el objetivo del presente trabajo, en aquellas que cuentan con trabajos de evaluación.

A) Terapia Familiar Multidimensional (MDFT, Multidimensional Family Therapy)

La Terapia Familiar Multidimensional para adolescentes es un tratamiento para el abuso de drogas ambulatorio centrado en la familia. La MDFT examina el uso de drogas de los adolescentes en términos de una red de influencias (es decir, del propio individuo, de la familia, de compañeros, de la comunidad) y sugiere que la reducción del comportamiento no deseado y el aumento del comportamiento deseado ocurren en múltiples maneras en ambientes diferentes. Desde esta perspectiva la conducta individual se considera contextualizada dentro de una red de interconexiones de sistemas sociales, incluyendo el propio individuo, la familia, la escuela, el vecindario, los pares, la comunidad y el ámbito cultural. Todos estos sistemas sociales de referencia pueden, potencialmente, tener impacto sobre el uso de drogas de los adolescentes y también sobre otras conductas problemáticas relacionadas, y por tanto, bien guiados, también pueden convertirse en factores protectores. El tratamiento incluye sesiones individuales y de toda la familia que tienen lugar en la clínica, en la casa, en la escuela u otros lugares comunitarios.

Durante las sesiones individuales, el terapeuta y el adolescente trabajan en tareas importantes de aprendizaje, como saber tomar decisiones, negociar, y desarrollar habilidades para resolver problemas. Los jóvenes adquieren capacidad para comunicar sus pensamientos y sentimientos para poder manejar mejor las presiones de la vida y obtienen destrezas vocacionales. Se realizan sesiones paralelas con miembros de la familia. Los padres examinan su estilo particular de

educar a sus hijos, y aprenden a distinguir la diferencia entre influenciar y controlar así como a tener una influencia positiva y apropiada con sus hijos (Diamond y Liddle, 1996; Schmidt, Liddle y Dakof, 1996).

B) Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT, Brief Strategic Family Therapy)

En el ámbito de las adicciones, el principal campo de aplicación de este modelo ha sido la población adolescente. La importancia del contexto familiar en esta etapa del desarrollo ha favorecido la aplicación de programas basados en el entorno familiar como elemento generador y regenerador de la problemática adictiva. Es una intervención breve que se utiliza con adolescentes que consumen drogas y que presentan otros problemas de conducta. La terapia se centra en la función que tiene el uso de drogas que se interpreta como señal del malestar del funcionamiento familiar. El tratamiento dura 8-24 sesiones, dependiendo de la severidad del problema.

La BSFT se ha utilizado con pacientes ambulatorios y con pacientes en unidades de día y comunidades terapéuticas. El NIDA la describe como una terapia utilizada en diversos contextos asistenciales: centros de salud mental, programas de tratamiento para abuso de drogas y otros servicios sociales (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003). Además de incidir sobre el consumo y las conductas problema en casa y en la escuela, la BSFT aborda la conducta agresiva, el comportamiento violento, la percepción de riesgo y el riesgo real en aspectos relacionados con la sexualidad, el acercamiento a pares antisociales y la delincuencia.

Los principios generales que desarrolla este enfoque terapéutico son (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003; Szapocznik y Williams, 2000):

1. La familia es un sistema y por lo tanto lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar. Según el enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas problema que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente.
2. Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia. Dichos patrones son conductas de interacción habituales que se repiten en el tiempo.
3. La intervención se centra en la planificación de los objetivos que proporcionen los medios prácticos para eliminar dichos patrones interactivos que están directamente vinculados a las conductas que muestra el adolescente (abuso de drogas u otras conductas problema).

Los objetivos que persigue la BSFT son dos, principalmente: (a) eliminar las conductas de abuso de drogas y otras conductas problema; (b) cambiar la interacción familiar que posibilita el síntoma (consumo de drogas). Parte de la identificación de los principales problemas en las familias con adolescentes que abusan de las drogas y el perfil y/o características del adolescente consumidor de drogas.

El enfoque de BSFT establece que los cambios en las familias con adolescentes consumidores de drogas están directamente relacionados con:

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

La BSFT ha sido evaluada durante más de 25 años y cuenta con ciertas evidencias sobre su eficacia en el tratamiento de los adolescentes que usan y abusan inadecuadamente de las drogas y de las conductas problema añadidas (trastornos de conducta, asociaciones con pares consumidores y dificultades en el funcionamiento familiar del adolescente). Está protocolizada y es un enfoque flexible que puede adaptarse a una amplia gama de situaciones, diferentes servicios de atención familiar y a distintas modalidades de tratamiento (ambulatoria, unidad de día, comunidades terapéuticas, modalidades mixtas). La BSFT tiene en cuenta los valores culturales de las diferentes etnias.

C) Terapia Familiar Multisistémica (MSFT, Multisistemic Family Therapy)

La MSFT es un modelo de trabajo dirigido especialmente a jóvenes agresores violentos y crónicos cuyo objetivo es prevenir o atenuar la actividad delictiva como un medio para afectar favorablemente a sus vidas, a sus familias y a sus comunidades. Para lograrlo, parten de un enfoque social y ecológico de la conducta humana que considera la delincuencia como conducta multideterminada: el comportamiento delictivo se une directa o indirectamente con características importantes de los jóvenes y la familia, amigos y escuela (Hengeler, Schoenwald, Borduin, Rowland y Cunningham, 1998). De este modo, toda intervención que pretenda ser e caz deberá ser flexible, integradora y multifacética, para poder ocuparse de los múltiples determinantes de la conducta antisocial.

La MSFT es un enfoque terapéutico altamente personalizado en la familia y basado en la comunidad y es consistente con los modelos de conducta social ecológicos, los cuales consideran la conducta como el resultado de las interacciones recíprocas entre los individuos y los sistemas interconectados en los que se construye y consolida su propio *self*. Ya que la MSFT trata de identificar factores que pueden promover o atenuar la conducta irresponsable por parte del joven y la familia, todo plan de intervención se desarrolla en colaboración con los mismos, e integra intervenciones dentro y entre la familia, los amigos, la escuela y la comunidad.

La MSFT ha sido implementada usando el modelo de preservación familiar. Este modelo enfatiza la condición de que los servicios basados en el hogar y enfocados hacia la familia sean intensivos, con un tiempo limitado, pragmáticos, y orientados hacia una meta principal: capaci-

tar a los padres mediante el aprendizaje de las habilidades y recursos para dirigir las inevitables dificultades que surgen en la crianza de los adolescentes, y relacionarse de forma efectiva e independiente con el entorno. Con este fin, los servicios son realizados en entornos del mundo real (casa, escuela, centros recreativos) con la intención, por una parte, de mantener a los jóvenes en sus ambientes naturales, y por otra, de desarrollar una red social de apoyo duradera entre los padres y el entorno social (Peña, 2003).

En la terapia multisistémica se utilizan estrategias enfocadas en el presente y orientadas hacia la acción, incluyendo técnicas derivadas de la terapia de conducta y la terapia cognitivo-conductual, pero todo esto dentro de un marco integrador y ecológico. Dado que el conjunto de factores de riesgo y protección son únicos para cada familia, el terapeuta desarrolla planes de tratamiento individualizados que se utilizan para mejorar las debilidades específicas de cada caso (Alba, 2004).

D) Terapia conductual familiar y de pareja

La terapia conductual familiar y de pareja se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. Los candidatos para recibir este tipo de tratamiento son pacientes que están casados o que conviven con parejas no consumidoras de drogas. Se trata, en realidad, de programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan el consumo de drogas, el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias y el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas (Epstein y McCrady, 1998; O'Farrell y Fals-Stewart, 2000; O'Farrell y Fals-Stewart, 2002).

4. Evidencia empírica

A) Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT)

Diversos trabajos han revisado la evidencia empírica disponible sobre la BSFT y terapias derivadas en problemas de conducta en general (Santisteban, Suárez-Morales, Robbins y Szapocznik, 2006; Szapocznik y Williams, 2000) y en problemas específicamente relacionados con el abuso de drogas en adolescentes (Austin, 2005; Szapocznik, López, Prado, Schwartz y Pantin, 2006; Thompson, 2005).

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

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

Grado de recomendación A

La Terapia Familiar Estratégica Breve favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento de las conductas adictivas en adolescentes.

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

Grado de recomendación B

La Terapia Familiar Estratégica Breve mejora la dinámica de funcionamiento familiar y los efectos persisten en el tiempo.

En otro estudio, 126 adolescentes de origen hispano, con problemas de conducta, fueron aleatoriamente asignados a dos condiciones de tratamiento: BSFT y *counseling*. La BSFT se mostró significativamente más eficaz en la reducción de problemas de conducta, asociación con pares con conducta antisocial, y consumo de marihuana. También mostró superioridad en la mejoría en el funcionamiento familiar, pero este efecto resultó proporcional al grado de desestructuración familiar mostrado al inicio, de modo que no aparecieron beneficios asociados a la reducción de los problemas de conducta en familias que presentaban un adecuado funcionamiento en el inicio del tratamiento. La BSFT sería aconsejable sólo en el caso de una disfunción familiar asociada al consumo de sustancias y otros problemas de conducta (Santisteban et al., 2003).

Grado de recomendación B

La Terapia Familiar Estratégica Breve está especialmente indicada para las familias de adolescentes abusadores de drogas con mayor nivel de desestructuración.

Cuando se ha intentado aplicar el modelo de BSFT a problemas específicamente centrados en el abuso o dependencia de sustancias, ha sido común encontrar grandes dificultades para recabar la participación continuada de todos los miembros de la unidad familiar en el tratamien-

to. Para salvar esta dificultad se ha formulado la “Terapia para una persona de la familia” (*One Person Family Therapy*, OPFT; Foote, Szapocznik, Kurtines, Perez-Vidal y Hervis, 1985; Szapocznik, Kurtines, Perez-Vidal, Hervis y Foote, 1989). Este procedimiento persigue los mismos objetivos que la BSFT (cambios en interacciones familiares desadaptativas y conducta sintomática en los adolescentes) pero no requiere la presencia de la familia al completo. Si bien este enfoque parece desafiar el principio básico sistémico familiar, según el cual debe trabajarse conjuntamente con todo el entramado familiar, la propia teoría sistémica aporta conceptos justificativos, como el de complementariedad, según el cual, cuando un miembro de la familia cambia, el sistema responde con cambios que restauran el antiguo funcionamiento o generan uno nuevo (Minuchin y Fishman, 1981).

Grado de recomendación B

La Terapia Familiar Estratégica Breve centrada en una sola persona del núcleo familiar puede ser tan efectiva como la inclusión de todo el núcleo familiar en la terapia.

Un ensayo clínico comparó los resultados obtenidos mediante la aplicación completa de la BSFT y la versión modificada para una persona, la OPFT (Szapocznik, Kurtines, Foote, Perez-Vidal y Hervis, 1983; 1986), en 72 familias de origen hispano, con algún adolescente consumidor abusivo de drogas, asignándolas aleatoriamente a una u otra modalidad de tratamiento. Los resultados mostraron que ambas modalidades fueron eficaces en reducir el consumo de drogas y los problemas comportamentales asociados, así como en mejorar el funcionamiento familiar. La conclusión a la que llegaron los autores, tomando en conjunto toda la investigación precedente, fue que una intervención individual conceptualizada en términos familiares puede mejorar el funcionamiento familiar, en tanto que una intervención individual conceptualizada en términos individuales puede provocar el deterioro del funcionamiento familiar.

Grado de recomendación B

Las terapias individuales que tienen como diana la estructura familiar producen mejores resultados que las terapias individuales que tienen como diana el cambio individual.

B) Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) y Multisistémica (MSFT)

Stanton y Shadish (1997) realizaron un metaanálisis sobre los estudios disponibles en terapia basada en la familia, encontrando que sumados a programas de tratamiento farmacológico, como los basados en la dispensación de metadona, mejora la retención, especialmente en aquellos pacientes con un peor pronóstico inicial.

Nivel de evidencia 1

La terapia basada en la familia, sumada a programas de dispensación de metadona, mejora la retención, especialmente en pacientes con peor pronóstico inicial.

Ozechowski y Liddle (2000) efectúan otro metaanálisis específicamente dirigido a las intervenciones basadas en la familia con adolescentes, revisando dieciséis estudios controlados y cuatro estudios de proceso terapéutico. Encuentran como resultado en la mayor parte de los estudios que este enfoque familiar favorece la adherencia y la retención en tratamiento, la reducción significativa del consumo de sustancias y de los problemas de conducta asociados, la disminución de síntomas psicopatológicos y la persistencia en el tiempo de los logros. Hay que hacer constar que la mayor parte de los trabajos revisados utilizan una metodología cognitivo-conductual aplicada a la familia o a algún miembro significativo de ella

Deas y Thomas (2001) elaboran una nueva revisión sobre los estudios controlados que exploran resultados de tratamientos en adolescentes con conductas adictivas. Entre ellos, revisan los tratamientos multisistémicos y basados en la familia, no encontrando publicaciones diferentes a las ya estudiadas por Liddle y Dakof.

Liddle, Rowe, Dakof, Húngaro y Henderson (2004) llevan a cabo un estudio controlado y aleatorizado comparando un tratamiento basado en la MDFT (Liddle 2002; Liddle, Rodríguez, Dakof, Kanzki y Marvel, 2005) frente a una terapia de grupo de iguales, ambos manualizados. El tratamiento basado en la familia muestra una eficacia significativamente mayor en la disminución de riesgos y la promoción de procesos protectivos en los dominios individual, familiar, escolar y grupo de iguales, además de reducir el consumo de drogas durante el tratamiento. Estos resultados apoyan tanto la efectividad como la evidencia de esta modalidad de tratamiento.

Nivel de evidencia 2

La MDFT muestra mayor eficacia que la terapia de grupo de iguales en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en las áreas individual, familiar, escolar y grupo de iguales, además reduce el consumo de drogas durante el tratamiento.

En una revisión de los tratamientos con adolescentes basados en la familia, Liddle (2004) concluyó que obtenía mejores resultados aquellos que utilizaban manuales protocolizados, aunque la variedad de las intervenciones utilizadas dificultaba su comparación. De hecho, desde el inicial concepto de terapia familiar, basado en presupuestos sistémicos, se ha evolucionado al estudio de ensayos que sólo tienen en común utilizar enfoques que se centran en la familia. Estos ensayos muestran, comparados con otros que no se focalizan en la familia, beneficios en relación a la adherencia y retención, mejores resultados en cuanto a reducción de consumo y de problemas de conducta, mejora de la dinámica familiar y menor adscripción a grupos de iguales no consumidores. Los resultados indican la necesidad de incorporar a la familia al tratamiento de adolescentes con problemas de drogas.

Nivel de evidencia 3

Los tratamientos basados en la familia con adolescentes, comparados con aquellos que no se focalizan en la familia, muestran beneficios en la adherencia y retención, mejores resultados en la reducción de consumo y problemas de conducta, mejora de la dinámica familiar y menor adscripción a grupos de iguales consumidores.

Una nueva revisión (Rowe, Liddle, Dakof y Henderson, 2004) muestra que la MDFT ofrece resultados favorables en la mejora del funcionamiento escolar de los adolescentes tratados. En un estudio de casos (Shelef, Diamond, Diamond y Liddle, 2005) se encuentra una relación consistente entre la proximidad entre profesionales y familiares y su participación en el tratamiento, por un lado, y los resultados alcanzados, por otro, recomendándose que, cuando se trata a adolescentes, profesional y familiares deben consolidar una alianza duradera en la medida en que ésta predice el éxito o el fracaso de la terapia. El modelo de MDFT ha sido recientemente adaptado para su aplicación en recursos semirresidenciales para adolescentes adictos (Liddle, Rowe, Gonzalez, Henderson, Dakof y Greenbaum, 2006).

Grado de recomendación 3

Consolidar una alianza duradera entre adolescente, profesional y familiares correlaciona con el éxito de la terapia.

No obstante, también hay que hacer constar los resultados de un reciente metaanálisis que, sin centrarse específicamente en trastornos adictivos, explora la eficacia de los tratamientos centrados en la familia para adolescentes (Terapia Familiar Multisistémica) con problemas de conducta. El metanálisis incluyó estudios sobre padres abusivos o negligentes, delincuentes sexuales juveniles, delincuentes juveniles violentos y crónicos, delincuentes juveniles que abusan de sustancias y adolescentes psíquicamente perturbados. Los autores concluyen que no existen pruebas concluyentes de la efectividad de la TMS en comparación con otras intervenciones con los jóvenes; no existen pruebas de que la MSFT tenga efectos perjudiciales (Littell, Popa y Forsythe, 2007).

C) Terapia conductual familiar

Los estudios sobre la eficacia de las intervenciones familiares y de pareja han encontrado en la mayoría de ellos resultados positivos tras la aplicación de este tipo de estrategias (Miller et al., 1995). Las distintas investigaciones de los equipos de McCrady y de O'Farrell con pacientes alcohólicos han marcado la pauta en este sentido. En tres de estos estudios (McCrady, Longabaugh et al., 1986; McCrady, Noel, et al., 1986; McCrady et al., 1991), los sujetos del grupo de terapia familiar conductual obtuvieron mejores resultados a los seis, doce y dieciocho meses de seguimiento respectivamente que los otros dos grupos de tratamiento. Resultados similares fueron encontrados por Bowers y Al-Redha (1990), en donde los alcohólicos del grupo de tratamiento en el que se había incluido a las esposas, consumían menos alcohol al año de seguimiento que los que habían recibido un tratamiento individual estándar.

O'Farrell, Cutter y Floyd (1985) compararon la terapia conductual familiar (*behavioral marital therapy, BMT*) con la terapia interaccional (grupo en el que se enfatizaba el apoyo mutuo, la expresión de sentimientos y la solución de problemas a través de la discusión) y un grupo control. Ambas condiciones experimentales mejoraron en el ajuste familiar, mientras que el grupo conductual obtuvo mejores resultados en la abstinencia del consumo de alcohol.

En un estudio posterior (O'Farrell et al., 1996), se comprobó que la BMT era más eficiente (en términos de costes legales, sanitarios, etc.) además de más eficaz para obtener la abstinencia que la terapia interaccional.

Fals-Stewart, O'Farrell y Birchler (1997) hallaron que la terapia de pareja conductual era más eficaz y más eficiente que la terapia individual para reducir el consumo de alcohol, mantener la abstinencia a largo plazo y reducir los problemas legales, familiares y sociales.

En un estudio longitudinal a dos años (O'Farrell, Van Hutton y Murphy, 1999) la terapia de pareja redujo de forma significativa el consumo de alcohol y mejoró el funcionamiento familiar.

En un reciente desarrollo de la terapia de pareja que los autores denominan *Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)*, Miller, Meyers y Tonigan (1999) incluían los siguientes componentes: entrevista motivacional, entrenamiento en manejo de contingencias para reforzar la abstinencia, entrenamiento en habilidades de comunicación, identificación de actividades que podían competir con la bebida, identificación de situaciones de riesgo e identificación de actividades reforzantes para la pareja. Los resultados mostraron que el CRAFT obtenía mejores resultados que otros dos modelos diferentes de intervención familiar (Al-Anon y la intervención de confrontación del *Johnson Institute*). En el mismo sentido, Meyers, Miller, Hill y Tonigan (1999) encontraron que esta modalidad de terapia de pareja incrementaba la abstinencia y la adhesión al tratamiento, y reducía las conductas depresivas, la ansiedad, la ira y la sintomatología física aversiva de las personas allegadas a los pacientes.

En un estudio realizado con adictos a la heroína y a la cocaína en un programa ambulatorio, se comparó una terapia individual de entrenamiento en afrontamiento de situaciones de riesgo con la aplicación de la misma terapia más la BCT (12 sesiones). Los pacientes de este último grupo mostraron menos consumo de drogas, más periodos de abstinencia, menos arrestos y menos hospitalizaciones asociadas al uso de drogas, a los doce meses de seguimiento (Fals-Stewart, Birchler y O'Farrell, 1996). La ventaja de añadir terapia de pareja a la terapia individual se ratificó en un estudio posterior utilizando este mismo diseño (Winters y cols., 2002).

En un segundo estudio, la BCT se aplicó durante 24 sesiones a sujetos en un programa de mantenimiento con metadona. Como en el caso anterior, los sujetos del grupo BCT obtuvieron menos analíticas positivas y mejores relaciones de pareja que el grupo que solo recibió terapia individual, durante los seis meses del tratamiento (Fals-Stewart, O'Farrell y Birchler, 2001).

En otro estudio de este mismo equipo, los resultados mostraron que los pacientes en un programa con naltrexona y que además recibían terapia individual y CBT, lograban más días de abstinencia y menos problemas legales y familiares al año de seguimiento que los pacientes del grupo de naltrexona más terapia individual (Fals-Stewart y O'Farrell, 2003).

Nivel de evidencia 1

La terapia conductual de pareja, dirigida a mejorar las relaciones familiares, ayuda a incrementar las tasas de abstinencia.

En definitiva, se puede deducir de los resultados de la mayoría de estos estudios que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes puede ser un componente crítico de los programas de tratamiento. De hecho, las técnicas de manejo familiar son una parte importante de la CRA, uno de los programas de tratamiento del alcoholismo con mejor soporte empírico en estos momentos.

Grado de recomendación B

Con los pacientes que conviven con parejas no consumidoras de drogas debe aplicarse terapia conductual familiar y/o de pareja.

Bibliografía

Girón, S. S., Martínez Delgado, J. M. y González Saiz, F. (2002). *Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia*. *Trastornos Adictivos*, 4, 161-170.

Wiener, N. (1948). *Cybernetics; or, control and communication in the animal and the machine*. Cambridge: MIT Press.

Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass. Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Girón, S. (2006). *Intervención con familias de drogodependientes*. XVII Jornadas Andaluzas de Asociaciones de Drogodependencias y Sida, Sevilla, marzo, 2006. Disponible en URL [16/05/2008]: <http://www.drogascadiz.es/AdminManLaJanda/UserImages/8371fd7a-d95b-4989-bc30-3be9cab14f27.pdf>

Diamond, G.S. y Liddle, H.A. (1996). *Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in Multi-dimensional Family Therapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 481-488.

Schmidt, S.E., Liddle, H.A. y Dakof, G.A. (1996). *Effects of multidimensional family therapy: Relationship of changes in parenting practices to symptom reduction in adolescent substance abuse*. *Journal of Family Psychology* 10, 1-16.

Szapocznik, J., Hervis, O.E. y Schwartz, S. (2003). *Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse* (NIH Publication No. 03-4751). NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Szapocznik, J. y Williams, R. A. (2000). *Brief Strategic Family Therapy: twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse*. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.

Hengeler, S., Schoenwald, S., Borduin, C., Rowland, M. y Cunningham, P. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.

Peña, F. R. (2003). *Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial*. *Salud Pública de México*, 45 (Supl.1), S124-S131.

Alba, J. L. (2004). La terapia familiar multisistémica. *Un modelo de intervención sociofamiliar dentro del sistema de justicia juvenil*. *Psicología.com*, Revista Electrónica, 8 (2). Disponible en URL [16/05/2008]: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/128/16653/?++interactivo>.

Epstein, E.E. y McCrady, B.S. (1998). *Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: current status and innovations*. *Clinical Psychology Review*, 18, 689-711.

O'Farrell, T.J., y Fals-Stewart, W. (2000). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 51-54.

O'Farrell, T.J. y Fals-Stewart, W. (2002). *Behavioral couples and family therapy for substance abusers*. *Current Psychiatry Reports*, 4, 371-376.

Santisteban, D. A., Suárez-Morales, L., Robbins, M. S. y Szapocznik, J. (2006). *Brief strategic family therapy: lessons learned in efficacy research and challenges to blending research and practice*. *Family Process*, 45, 259-271.

Szapocznik, J., López, B., Prado, G., Schwartz, S. J. y Pantin, H. (2006). *Outpatient drug abuse treatment for Hispanic adolescents*. *Drug and Alcohol Dependence*, 84 Suppl 1, S54-63.

Thompson, S. (2005). *Family-based treatment models targeting substance use and high-risk behaviors among adolescents*. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2, 207-233.

Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A., Foote, F. H., Santisteban, D., Hervis, O. E. et al. (1988). *Engaging adolescent drug abusers and their families into treatment: A strategic structural systems approach*. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 552-557.

Santisteban, D. A., Szapocznik, J., Pérez-Vidal, A., Kurtines, W., Murray, E. J. y La Perriere, A. (1996). *Efficacy of interventions for engaging youth/families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness*. *Journal of Family Psychology*, 10, 35-44.

Coatsworth, J. D., Santisteban, D. A., McBride, C. K. y Szapocznik, J. (2001). *Brief Strategic Family Therapy versus Community Control: engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom*. *Family Process*, 40, 313-332.

Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Perez-Vidal, A., Hervis, O. E. y Foote, F. (1989). *One person family therapy*. En R. A. Wells y V. J. Giannetti (eds.), *Handbook of brief psychotherapies* (pp. 93–114). Nueva York: Plenum Press.

Foote, F., Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Perez-Vidal, A. y Hervis, O. (1985). *One-person family therapy: a modality of brief strategic family therapy*. NIDA Research Monograph, 58, 51-65.

Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., La Perriere, A. et al. (2003). *Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use*. *Journal of Family Psychology*, 17, 121-133.

Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Stanton, M. D. y Shadish, W. R. (1997) *Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies*. *Psychological Bulletin*, 122, 170–191.

Ozechowski, T. J. y Liddle, H. A. (2000). *Family-based treatments for adolescent substance abuse: Knowns and unknowns*. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 269-298.

Deas, D. y Thomas, S. E. (2001). *An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment*. *American Journal of Addictions*, 10, 178-189.

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A. y Henderson, C. E. (2004). *Early Intervention for Adolescent Substance Abuse: Pretreatment to Posttreatment Outcomes of a Randomized Clinical Trial Comparing Multidimensional Family Therapy and Peer Group Treatment*. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 49-63.

Liddle, H. A., Rowe, C. I., Gonzalez, A., Henderson, C.E., Dakof, G. A. y Greenbaum, P. E. (2006). *Changing provider practices, program environment, improving outcomes by transporting Multidimensional Family Therapy to an adolescent drug treatment setting*. *American Journal on Addictions*, 15, 102-112.

Rowe, C. L., Liddle, H. A., Dakof, G. A. y Henderson, C. E. (2004). *Early intervention for teen substance abuse: A randomized controlled trial of Multidimensional Family Therapy with young adolescents referred for drug treatment*. En M. White y M. Yucell (Chairs), *Risky business among adolescents: Prevention and treatment*. Symposium en la Annual Conference of the College on Problems of Drug Dependence, San Juan, Puerto Rico.

Liddle, H. A. (2002). *Advances in family-based therapy for adolescent substance abuse: findings from the Multidimensional Family Therapy research program*. En: Harris, L. S., ed. *Problems of Drug Dependence 2001: Proceedings of the 63rd Annual Scientific Meeting*. NIDA Research Monograph no. 182, NIH publication no. 02–5097, pp. 113–115. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Liddle, H. A., Rodriguez, R. A., Dakof, G. A., Kanzki, E. y Marvel, F. A. (2005). *Multidimensional Family Therapy: A science-based treatment for adolescent drug abuse*. En J. Lebow (Ed.), *Handbook of clinical family therapy* (pp.128-163). New York: John Wiley & Sons.

Liddle, H. A. (2004). *Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs*. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 76–92.

Rowe, C. L., Liddle, H. A., Dakof, G. A. y Henderson, C. E. (2004). *Early intervention for teen substance abuse: A randomized controlled trial of Multidimensional Family Therapy with young adolescents referred for drug treatment*. En M. White y M. Yucell (Chairs), *Risky business among adolescents: Prevention and treatment*. Symposium en la Annual Conference of the College on Problems of Drug Dependence, San Juan, Puerto Rico.

Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S. y Liddle, H. A. (2005). *Adolescent and parent alliance and treatment outcome in Multidimensional Family Therapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 689-698. La alianza paciente-terapeuta, establecida desde las primeras sesiones, es mejor predictor de resultados que la modalidad de terapia o la duración de la terapia cognitivo-conductual en jóvenes abusadores de cannabis (Diamond, Liddle, Wintersteen, Dennis, Godley y Tims, 2006).

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Gonzalez, A., Henderson, C.E., Dakof, G. A. y Greenbaum, P. E. (2006). *Changing provider practices, program environment, improving outcomes by transporting Multidimensional Family Therapy to an adolescent drug treatment setting*. *American Journal on Addictions*, 15, 102-112.

Littell, J. H., Popa, M. y Forsythe, B. (2007). *Terapia multisistémica para los problemas sociales, emocionales y de conducta de niños y adolescentes entre 10 y 17 años* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E. y Tonigan, J.S. (1999). *Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment*. *Journal of Substance Abuse*, 10, 291-308.

Fals-Stewart, W. y O'Farrell, T.J. (2003). *Behavioral family counseling and naltrexone for male opioid-dependent patients*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 432-442.

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J. y Birchler, G.R. (2001). *Behavioral couples therapy for male methadone maintenance patients: effects on drug-using behavior and relationship adjustment*. *Behavior Therapy*, 32, 391-411.

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J. y Birchler, G.R. (1997). *Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: a cost outcomes analysis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 789-802.