



**Intervención en familias
desde los centros de día**

asecedi
asociación de entidades

**INTERVENIR CON FAMILIAS
DESDE LOS CENTROS DE DÍA**

AUTORES:

Helena Calvo Botella
Ariel de Lucas Avilés

DIRECCIÓN:

Francisco López y Segarra

COLABORADORES:

Inmaculada Galmés Monferrer
Javier Grau Palomar
Vicent Escorihuela Roig
Manuel Rodríguez Álvarez

PORTADA:

Luis Bolumar

Polifacético artista castellonense (Peñalba-Seborbe, 1951) que algunos críticos encuadran dentro del expresionismo naíf. Pintor figurativo, intimista, simbólico y cuya obra está caracterizada por su dominio del color y la línea del dibujo.

Trabajo elaborado gratuitamente por PATIM como colaboración con ASECEDI (Asociación de Entidades de Centros de Día).
2007

Trabajo impreso de forma gratuita por OASIS como colaboración con ASECEDI.

“La tipología de la familia ha cambiado, al igual que lo ha hecho la sociedad. El concepto tradicional se ha fragmentado y comienzan a ser aceptadas otras definiciones bajo esta categoría. Hoy no se puede afirmar que todas las familias sean iguales pero son el primer lugar donde se construye el concepto de ciudadanía”

ASECEDI
C/ San Claudio 16-18
CP 37006 Salamanca
923271040
www.asecedi.org

Dedicado a todas aquellas madres que en la década de los 80 hicieron posible que se creara una red de prevención, tratamiento e integración en adicciones.

Presentación de la Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Me produce una gran satisfacción presentar este trabajo sobre el papel de la familia en el tratamiento ambulatorio de las drogodependencias y la forma en que éstas pueden colaborar con los profesionales de la salud para aumentar la eficacia de las terapias adecuadas a cada caso.

En este documento, PATIM y la Asociación de Entidades de Centros de Día introducen un nuevo elemento de reflexión, al situar a la familia en el primer plano del proceso terapéutico, conjuntamente con el paciente adicto a las drogas al que se está tratando. No podemos olvidar que la familia es el primer núcleo de socialización, y el más importante elemento educativo del que disponemos actualmente. Así lo reconocen tanto los expertos en prevención, como las distintas entidades y organismos que trabajan en este ámbito, que insisten en que para los jóvenes, la familia es sustancial y una de las instituciones sociales que más valoran. Asimismo, abogan por adaptar la atención a las personas drogodependientes a las necesidades de los nuevos grupos familiares.

La reivindicación de la familia como instrumento educativo y terapéutico de primer orden, está en línea con las actuaciones contempladas en el Plan de Acción 2005-2008 de la Estrategia Nacional sobre Drogas. Como también lo está la mejora de la formación de los profesionales que trabajan en drogodependencias, la introducción de elementos de calidad y la evaluación de resultados, aspectos todos ellos, en los que la Asociación de Entidades de Centros de Día se ha significado en los últimos años.

El cambiante panorama del mundo de las drogas y su complejidad requiere de profesionales cada vez más cualificados, con mayor nivel de formación y con más y mejores herramientas. El escenario en el que nos encontramos,

con consumidores cada vez más jóvenes, familias desorientadas y una baja percepción social del riesgo, nos obliga a intensificar los esfuerzos en todos los aspectos de las drogodependencias, y a estrechar aún más si cabe la coordinación de todas las administraciones públicas, instituciones y entidades sociales con responsabilidad en esta materia.

En los más de 20 años de vida del Plan Nacional sobre Drogas, la colaboración entre la Delegación del Gobierno y las distintas entidades sociales, entre ellas PATIM y ASECEDI, ha sido una constante que ha permitido importantes logros, especialmente en lo que a la reducción del daño se refiere. Fruto de esta colaboración es este volumen que viene a llenar un hueco en el panorama del abordaje de las drogodependencias entre adolescentes.

Este texto propone pautas de actuación concretas para que los profesionales que trabajan en centros de día puedan intervenir también sobre las familias, atendiendo a los distintos grupos familiares. Los autores también tienen en cuenta las diferentes formas en que el paciente se relaciona con las drogas y el grado de disfunción que su consumo le haya ocasionado. Estamos por tanto, ante un nuevo instrumento de trabajo que, sin duda, será de gran utilidad a los profesionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias y cuya difusión no sólo aumentará sus posibilidades terapéuticas. También contribuirá a avivar el debate sobre los hábitos de vida y valores educativos que deben transmitirse en el medio familiar.

Carmen Moya García
Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Intervenir con familias desde los Centros de Día

Esta publicación que tienes en tus manos pretende constituir un referente sencillo y gráfico, en torno a los aspectos más relevantes que debe tenerse en cuenta a la hora de trabajar con familias.

Las Entidades que formamos parte de ASECEDI, tenemos una larga trayectoria en la intervención terapéutica con personas con adicciones tóxicas y no tóxicas. Si bien es cierto que la clave para la recuperación pasa por un intenso trabajo a nivel individual, no es menos cierta la decisiva influencia que en este sentido, tanto a nivel de recuperación, como de elemento de prevención, juega y ha jugado el sistema familiar.

Desde ASECEDI, coincidimos plenamente con la orientación que se desprende de las conclusiones del grupo de trabajo, en el que hemos participado activamente, sobre **las familias y las drogas** del **foro la sociedad ante las drogas**, organizado por la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas, donde se destacan cuatro situaciones que permiten enmarcar el papel que juega la familia:

- Una evidencia incuestionable permite confirmar a las familias como un ámbito, muy importante, donde debe darse la intervención preventiva. El marco familiar, en el que se producen los grandes procesos de maduración de la persona en condiciones de relación afectiva y de autoridad, supone una oportunidad única de educación y prevención, a través del aporte de todos aquellos contenidos necesarios para la generación de conocimientos, actitudes y aptitudes para el desarrollo de comportamientos saludables.

- La literatura universal señala el papel de la familia como un posible factor en la “etiología” del consumo de drogas por parte de los hijos. Esto permite entender que, definir las causas por las que la familia contribuye a generar comportamientos toxicodependientes, permitirá actuar sobre ellas y por lo tanto evitar la aparición de tales conductas.
- Los factores de riesgo generados en la escuela o en la comunidad pueden ser alterados desde la intervención familiar. Así se enmarcaría una dimensión de las familias “hacia fuera”; no tanto de protección y acción interna cuanto de construcción y acción sobre aquello que las envuelve, que las condiciona y a lo que condicionan.
- La rápida evolución de las dinámicas, los cambios culturales y la modificación de las estructuras de interacción colectiva y de los referentes sociales, han determinado...que la familia aparezca como sujeto de atención, como depositarias de necesidades en sí mismas.

No me queda, sino agradecer a la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas su apoyo financiero y técnico que ha facilitado que ASECEDI pudiera realizar el principio de este trabajo y, muy especialmente, agradecer a las personas, entidades y empresas de inserción que han hecho posible que esta publicación sea una realidad. Por último, desear que sea un documento útil y que contribuya a mejorar la calidad de nuestra intervención con el sistema familiar, tanto en su vertiente preventiva, como entidad con necesidades en sí misma.

Manuel Rodríguez Álvarez
Presidente de Asecedii

INTRODUCCIÓN

Hablar de la familia en una sociedad donde el concepto de tiempo y esfuerzo en el trabajo se difumina y transforma, nos hace ver y replantear los lazos de unión, su composición, su dedicación, sus obligaciones y sus deberes. Hablar de familia hoy en día supone revisar también el papel de la mujer y su lucha por la igualdad de género, en especial dentro de un mercado laboral donde su trabajo suele estar infravalorado.

La transformación de papeles sobre las “obligaciones” que la mujer “hereda” por ser mero hecho de serlo, la conquista de un espacio propio no sólo en la sociedad sino también en ese micromódulo que es la familia, el cambio de roles equiparándolos en el mejor de los casos o asignado doble función a la mujer... hacen que la conciliación de la vida familiar y laboral sea un trabajo complicado. La superación del concepto de estricta moral, el incremento y disparidad de distintas uniones legalizadas y equiparadas como corresponde a una sociedad moderna del siglo XXI, nos hace replantearnos el papel de la familia en cualquier proceso, y en especial en el de salud-enfermedad. ¿Qué papel desempeña? ¿Para qué cuentan con ella? Para ser cuidador o acompañante, suplente de figuras necesarias en el nuevo concepto sociosanitario o para desarrollar su función de cuidado y amparo.

Toda esta reflexión nos llevaría a un discurso paralelo a este proceso: el estancamiento del papel de la familia en el campo de las adicciones desde la década de los ochenta. El rechazo, quizás me atrevería a decir el miedo, de algunos profesionales al “control” o simplemente “supervisión afectiva” del o en el proceso terapéutico, no impide hacerlas partícipes en estudios empíricos que serían de gran utilidad en estos momentos. Por otro lado, dedicar un esfuerzo a una parte, sabiendo que el

proceso adictivo así como sus usuarios están en un profundo cambio, y en una expectativa de aparición de conductas que creíamos que habían desaparecido, podría verse como injusto o no prioritario en el panorama actual.

Lamentablemente las aportaciones de los profesionales al papel de la familia son escasas. Parece que se le ha dado la espalda o que solo quieren apartarla y utilizarla como mero acompañamiento o control de los pacientes, ya que no encontramos intervenciones como en la década de los 80, desde las teorías sistémicas, que hayan evolucionado en nuestro campo. Perdonen si me equivoco en este sentido pero parece iniciarse en el Tercer Sector un proceso que tiende a la total desaparición de la familia como agente impulsor, reivindicativo y pionero en las adicciones. Si el consumidor de la sanidad es el enfermo y su familia, y nosotros estamos o queremos estar dentro de un sistema sociosanitario, necesariamente tenemos que contar con esta estructura, bien como acompañante, como soporte de carencias en la organización, y con un sentido de autoayuda, para impulsar, exigir y reclamar los derechos de sus familiares afectados.

Callamos a nuestros jóvenes metiéndolos en las cárceles, sus familias se silenciaron por el luto del Sida y poco a poco fueron perdiendo la voz al mismo tiempo que las adicciones cedieron su capacidad de generar alarma social. Da la sensación de que en el momento actual gran parte de los ciudadanos están impermeabilizados ante el fenómeno de las adicciones y siguen anclados en modelos que ya no se corresponden con la realidad. Pero hoy están más presentes que nunca y han roto todas las barreras sociales, aunque se les ha perdido el miedo y el respeto.

La percepción del riesgo es menor y se nota. Por eso es necesario no bajar la guardia y revisar las acciones encaminadas a la prevención. Aunque no hemos de delegar esta función en manos de la administración

pública o de los “profesionales” de las adicciones puesto que la familia es el primer lugar donde se construye el concepto de ciudadanía. La familia educa. No obstante, ha cedido terreno como generadora y transmisora de estos valores en favor de otros actores sociales y se ha convertido en la gran olvidada, quizás porque no ha encontrado su espacio o porque se le ha apartado y no ha sabido reaccionar. Pero, al igual que las pautas de consumo han cambiado durante los últimos años, también la familia está realizando su propia evolución y es necesario tenerla en cuenta para adaptar las respuestas que se ofrecen ante las adicciones a las necesidades que demandan los nuevos conceptos del modelo de familia: inmigrantes, minorías étnicas, monoparentales, multiproblemáticas,...

Dicen que quien olvida su pasado está obligado a repetirlo. Nadie puede negar que fueron estos padres y madres quienes dieron la primera voz de alarma. Los que se movilizaron para ofrecer soluciones antes que la propia administración ofreciera una red de asistencia pública eficaz. Incluso son ellos, los que salieron a la calle en busca de sus enfermos, de sus hijos. Ahora, el nacimiento o la asunción de la obligación por parte de la administración de hacerse cargo de los recursos asistenciales, competencia reglada en las distintas comunidades autónomas, ha logrado postergar de forma definitiva a la familia como agente impulsor de dichos servicios. Pero no hay que olvidar que es a ellas a quien se les debe, en gran medida, el primer impulso que generó el tejido social actual en torno a las adicciones. Y que siguen teniendo esa capacidad.

No obstante, hoy en día la idea de familia en el proceso terapéutico, dependerá de las atribuciones del paciente diana y no quiero excluir como posible paciente también a la familia, debate que dejamos para próximas intervenciones, deseo matizar que el papel o rol que se le da a un miembro o a varios del organigrama familiar hará diferente y en algunos casos hasta dispar la propia concepción de familia. Desde la familia extensa, la nuclear,

la monoparental o cualquier persona con lazos de afectividad que se implique con el paciente podríamos considerar a la familia como “conjunto de personas vinculadas de manera significativa con el consumidor, que son susceptibles de algún tipo de intervención”. Esta definición no quita el rango que siempre damos o intentamos dar al paciente, como sujeto activo del proceso terapéutico, más bien, refuerza esta idea ya que a la familia podremos definirla como “conjunto activo del proceso terapéutico”.

Hablamos frecuentemente de la codependencia, del proteccionismo, de la venganza, de la manipulación y un largo etc... pero no damos estrategias de cómo, desde y en la familia pueden abordarse estas intervenciones para que esas alteraciones disminuyan o se puedan paliar, y mas aún cuando aparecen nuevas patologías asociadas al consumo, nuevos pacientes; duales, triales y ahora entra un nuevo fantasma o más bien se descubre después de siglos de silencio: la violencia. La violencia doméstica, los malos tratos, la falta de control de la ira. En si un mal de nuestra época, antiguo como la historia misma, que con la adquisición de los derechos mínimos de todos y todas las ciudadanas y ciudadanos apareció como algo a evitar de forma urgente. Y claro está a tratar, creemos firmemente en la posibilidad de tratamiento del maltratador.

Esta unidad social básica, grupo social fundamental para cada individuo en si y entre si, se regirá y permanecerá por lo que tengan de elementos de intersección que los mantenga con vida y con responsabilidad como partida. No hemos dicho hasta ahora el papel de la política en el fomento de la familia, pero la política debe medir el pulso de la sociedad y legislar aunque sea para minorías, siempre y cuando no dañe los derechos de las mayorías.

Su universalidad la hace diferente y admisible. Cualquiera de sus prioridades en sus funciones, del matriarcado a la paternalidad, la genética

o la afectividad, el cuidado o la tutela y cuantas formas de uniones o matrimonios se dan, hacen de esta estructura la más universal. No la perdamos. Y cuando hablo de perderla me refiero a que se estanque y no evolucione. Tiene que desarrollarse, tiene que transformarse desde y para el principio de universalidad.

Finalmente, me gustaría reiterar el agradecimiento y consideración a todos aquellos profesionales que han colaborado en la realización de este manual, así como a todos aquellos técnicos que dedican su tiempo y esfuerzo a la intervención con familias.

Francisco López y Segarra

ÍNDICE

¿QUÉ ES LA FAMILIA?	19
1. ¿ES NECESARIA LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO?.....	21
2. DOS DERECHOS DE LA FAMILIA	27
a) ESTAR INFORMADA.....	29
i. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE DROGAS Y PROBLEMAS ADICTIVOS	29
ii. INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO: TIPOS, FASES, REQUERIMIENTOS, LIMITACIONES.....	29
iii. INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE EL PROBLEMA DEL PACIENTE Y SU EVOLUCIÓN.	30
b) DECIDIR HASTA QUÉ PUNTO QUIERE IMPLICARSE	31
3. PERFIL DE LA FAMILIA DEL DROGODEPENDIENTE ATENDIDA ACTUALMENTE EN CENTROS DE DÍA.....	33
4. TRABAJAR CON LA FAMILIA	37
BIBLIOGRAFÍA	59

QUÉ ES LA FAMILIA...

La evolución de las sociedades ha traído consigo una evolución de conceptos que pueden considerarse clave en las mismas, siendo el concepto de “familia” uno de ellos, en la medida en que representa generalmente el grupo primario de pertenencia del individuo. El proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella (Hidalgo y Carrasco, 1999). La OMS define familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”, definición altamente ligada a estudios demográficos y epidemiológicos.

Berenstein, entiende familia como *el conjunto de personas ligadas por lazos de parentesco determinados en virtud de alguna relación consanguínea real o putativa. Se podría llamar familia al sinnúmero de personas que integran el grupo unido por un parentesco, de otras que, aunque no ligadas por lazos familiares se consideran miembros de la familia.*

Se ha sugerido como **núcleo de la idea de familia** la existencia de una implicación duradera desde el punto de vista emocional, de modo que a efectos prácticos, la familia podría definirse en base a los lazos afectivos más importantes de cada paciente (Center for Substance Abuse Treatment, 2004). Esta perspectiva amplía la concepción clásica de familia (propia o de origen, nuclear o extensa) haciendo énfasis en la necesidad de contar en la intervención “familiar” no sólo con personas unidas al paciente con lazos de consanguinidad, alianza o filiación, sino otros significativos. Al respecto de

la elección de miembros de la familia y otros significativos, se ha llegado a considerar la inclusión de (Washton 1995):

- Cualquier persona que conviva con la familia del adicto.
- Cualquier persona que ayude económicamente al adicto sea de forma directa o indirecta.
- Cualquier persona involucrada en el control de las finanzas del adicto o que tome parte en las decisiones importantes de su vida.
- El cónyuge o compañero/a.
- Cualquier persona que tenga ascendiente sobre el adicto.
- Cualquiera que esté auténticamente preocupado por el adicto y que quiera ayudarlo (amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc).

Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta la experiencia de nuestro trabajo en el ámbito de las adicciones, podemos definir “familia” como ***conjunto de personas vinculadas de manera significativa con el consumidor, paciente o persona en situación de riesgo, que son susceptibles de algún tipo de intervención.***

¿ES NECESARIA LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO?

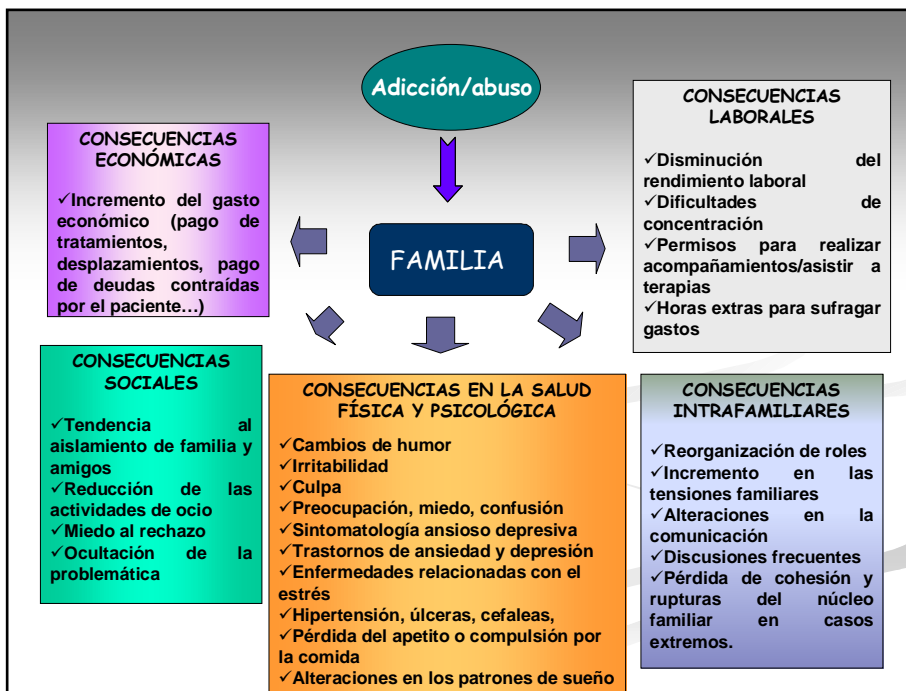
A lo largo de las últimas décadas ha comenzado a hacerse especial énfasis en los beneficios obtenidos de la consideración del sistema familiar como objeto de intervención en situaciones tales como la existencia de una enfermedad física crónica en uno de los miembros, familias con pacientes terminales, familias con enfermos mentales, y familias de alcohólicos (Fuentes y Maya, 2001), y por extensión, otros drogodependientes

A nuestro entender, todas estas situaciones comparten un denominador común: **la existencia de algún tipo de trastorno, físico y/o psicológico, que afecta a uno de los componentes de la familia pero que por su importancia, afecta extensivamente a todos los miembros del sistema familiar, generando alteraciones en el funcionamiento del mismo; es decir, aparece un problema nuevo añadido que afecta al núcleo de convivencia.** Dichas alteraciones comprenden aspectos tan diversos como:

- Dificultades de adaptación a las demandas generadas por la situación.
- Dificultades derivadas de la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas.
- Dificultades derivadas de la necesidad de reorganización de roles.
- Dificultades para mantener la autonomía e independencia de los miembros de la familia.
- Sobrecarga emocional, física y/o económica.
- Alteraciones en la esfera emocional, física y/o social, incluyendo sintomatologías ansioso-depresivas, labilidad emocional, somatizaciones,

dificultades de sueño y de alimentación, restricción de actividades y contactos sociales, etc.

En el caso concreto de los problemas por abuso y dependencia de sustancias, se ha venido desarrollando una conciencia creciente acerca del impacto que el consumo de drogas por parte del individuo tiene en otros miembros de la familia, incluyendo la familia extensa y amigos (EIU, 2002). Entre las áreas más directamente afectadas por el abuso de drogas por parte de un familiar encontramos las siguientes (Washton, 1995; EIU, 2002):



Por otro lado, del mismo modo que la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo, a su vez la familia influye en éste; por lo que puede convertirse en una fuente importante de apoyo para la rehabilitación e integración o, por el contrario, obstaculizar el proceso

terapéutico. Así, podría decirse que **la intervención con la familia de la persona drogodependiente responde a una doble necesidad**: a fin de minimizar el impacto que la conducta problema tiene en la familia, y a valorar y reconducir la influencia que el funcionamiento familiar tiene en el origen y, fundamentalmente, mantenimiento de la conducta problema. Algunas de las estrategias empleadas por la familia para intentar "solucionar el problema" pueden haberlo, incluso, agravado, en la medida que refuerzan disfuncionalmente el consumo de drogas. Un concepto ampliamente conocido a este respecto lo constituye el de **codependencia**. La persona codependiente convierte al consumidor en su principal prioridad y vive en función de él (ella), aplicando una serie de reglas que no son eficaces para "curar" al adicto y que se repiten una y otra vez, entre los cuales se hayan a menudo la hiperprotección y justificación. Las motivaciones pueden ser varias (Delgado y Pérez, 2004): ganancias secundarias, la consecución ocasional de pequeños cambios "prometedores", el temor a consecuencias peores si se abandona al consumidor, el sentirse responsable de lo que ocurre; la ocurrencia intermitente de períodos de abstinencia que el codependiente asocia a su propia conducta, etc.

Aunque existe controversia al respecto del propio concepto y de si constituye una entidad diagnóstica clara o no, es frecuente encontrar, al menos, *actitudes codependientes* que pueden entorpecer el proceso de rehabilitación del paciente y/o la familia y que deben ser abordadas a fin de maximizar los resultados de éste.

En determinadas ocasiones, sin embargo, la participación de la familia no es posible y/o conveniente. Así, por ejemplo, en familias con alto grado de disfuncionalidad, familias muy desligadas, o familias que han perdido el contacto con el paciente, no siempre son buenas candidatas para la intervención familiar. Podrían ser criterios de exclusión, por ejemplo: (Washton, 1995)

- hermanos muy jóvenes o hijos a menos que hayan sido directamente afectados o que sean emocional e intelectualmente capaces de afrontar el problema. Aunque existen programas específicamente dirigidos a estos colectivos, en ocasiones los profesionales pueden realizar una intervención indirecta con resultados satisfactorios a través de los padres u otros familiares, que son las figuras de referencia para el niño.
- padres muy ancianos o enfermos.
- miembros con una actitud negativa/destructiva hacia el paciente y poco dispuestos a modificar esta actitud.

**POSIBLES CONSECUENCIAS DE LAS CONDUCTAS
ADICTIVAS DE LOS PADRES EN LOS HIJOS
(Calvo, 2005)**

- Problemas psicosomáticos
- Depresión/ansiedad
- Culpa
- Resentimiento/ira
- Vergüenza
- Baja autoestima
- Dificultad para establecer relaciones (exceso/ausencia de límites en sus vínculos afectivos)
- Agresividad y problemas de conducta (por modelados inadecuados/en respuesta a falta de afectividad))
- Parentificación (asunción por parte del menor de responsabilidades inapropiadas para su edad con el progenitor enfermo y/o con sus hermanos)
- Confusión por la conducta impredecible del progenitor
- Retrasos en el desarrollo y a nivel escolar (por estimulación pobre/inapropiada)

INTERVENCIÓN CON EL MENOR HIJO DE PROGENITOR DROGODEPENDIENTE

Cuando un padre o madre tiene un problema con las drogas o presenta algún otro tipo de trastorno adictivo, sus hijos pueden verse afectados de muy diferentes maneras. **Sin embargo, no todos los niños se ven igualmente afectados; es más, en algunos casos no se aprecian consecuencias importantes en su desarrollo. En este sentido se habla de “resiliencia”, o “la aptitud de resistir en circunstancias difíciles y la capacidad de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades”.** En los últimos años se ha empleado para hablar de aquellos niños que se ven sometidos a problemas vitales o familiares importantes (como pueden ser los problemas de drogas o psicológicos de sus padres o madres) y a pesar de ello presentan una evolución positiva.

FAVORECEN LA RESILIENCIA DE LOS NIÑOS EN CASO DE PSICOPATOLOGÍA PARENTAL (De Lucas y Calvo, 2006)

- La conciencia de enfermedad por parte del padre/madre que tiene el problema.
- El cumplimiento de un tratamiento farmacológico y/o psicológico que le ayude a superar o al menos estabilizar dicho problema.
- El apoyo del otro progenitor y de la familia extensa (tíos, abuelos...).
- Apoyo social estable también desde fuera de la familia: otros parientes, vecinos, maestros, amiguitos, compañeros.
- Es especialmente importante, además, que el niño se vea a sí mismo capaz de iniciar y mantener relaciones positivas en su entorno.
- Una buena autoestima, incluyendo la percepción del niño de las propias virtudes y talentos.
- Fomentar la creatividad.
- Fomentar la capacidad del niño para preguntarse cosas sobre sí mismos y sobre otros, de entender los propios conductas y sentimientos, así como las conductas y sentimientos de otros.
- La independencia, esto es, que el niño sea capaz de mantener distancia física y/o emocional de los problemas familiares o de otras personas que son significativas para el niño.

- La capacidad de diferenciar lo “bueno” de lo “malo”, dentro y fuera de la familia, y la voluntad de defender estas ideas.
- El sentido del humor, o la capacidad de adaptarse a los “dramas” y reírse de manera sana de las dificultades.
- Una orientación y guía firme dentro de un clima emocionalmente positivo, abierto y orientador.
- Tener cerca personas que sirvan como modelo de cómo se enfrentan constructivamente las situaciones difíciles. La habilidad para resolver problemas es muy importante y es una capacidad que se aprende cuando somos niños, como tantas otras cosas, de lo que el niño ve en otras personas, más de en lo que le dicen.
- No esconder la situación. Los niños pueden percibir que “pasan cosas” y que a veces “papá” o “mamá” no está “normal”. Sobre todo a partir de determinadas edades, hay que explicársela de manera apropiada a su edad – los niños no entienden las cosas igual que los adultos-.
- Pese a ello, no debe convertirse en el eje central de la vida del niño

La rehabilitación de un adicto “solo” que carece de familia es posible, pero mucho más dificultosa que la de aquellos que cuentan con una red familiar que sirva de control (en las primeras fases del tratamiento) y de apoyo (a lo largo de todo el proceso).

La participación de la familia es, por tanto, conveniente, pero no en todos los casos.

DOS DERECHOS DE LA FAMILIA

1. ESTAR INFORMADA:

- i. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE DROGAS Y PROBLEMAS ADICTIVOS.
- ii. INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO: TIPOS, FASES, REQUERIMIENTOS, LIMITACIONES.
- iii. INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE EL PROBLEMA DEL PACIENTE Y SU EVOLUCIÓN.
- iv. INFORMACIÓN SOBRE CÓMO ABORDAR EL PROBLEMA

2. DECIDIR HASTA QUÉ PUNTO QUIERE IMPLICARSE

1. ESTAR INFORMADA

i. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE DROGAS Y PROBLEMAS ADICTIVOS.

A menudo las familias han tenido un acceso restringido o sesgado a la información sobre drogas, basando sus ideas en lo oído “en la calle” o través de los medios de comunicación (qué es una droga, en qué consiste “abusar”, qué es “estar enganchado”).

Consideramos que es importante que la familia tenga un conocimiento amplio de las drogas de abuso: conceptos básicos en adicciones, efectos y riesgos, relación actual ocio-consumo, percepción social con respecto al consumo de la sustancia, problemática común que conlleva un problema adictivo dependiendo del tipo de adicción de que se trate, problemática colateral en los miembros del núcleo de convivencia... y además información específica desde el punto de vista de los recursos especializados y expertos en adicciones.

Una vez la familia está informada, su punto de partida para abordar la problemática desde un recurso especializado en adicciones es más objetiva y plural. Esto conlleva mayores expectativas de garantía de éxito en su proceso de apoyo y una mayor predisposición para comprender en qué consiste el tratamiento del familiar afectado y en definitiva una alternativa para abordar el problema.

ii. INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO: TIPOS, FASES, REQUERIMIENTOS, LIMITACIONES

En muchas ocasiones las familias demandan información acerca de los tipos de tratamientos disponibles y en qué medida se adecuan a sus necesidades; en otras ocasiones, mantienen ideas erróneas sobre los

mismos que deben ser reconducidas. Unas expectativas realistas acerca de lo que constituye un tratamiento garantiza:

- Que la familia valore hasta qué punto está dispuesta a implicarse en el tratamiento.
- Que la familia distribuya sus esfuerzos tanto materiales como físicos y afectivos de manera que no produzca un agotamiento precoz.

Consideramos que además de la información del tratamiento o tratamientos específicos que se dispensen en el recurso de referencia, la familia tiene derecho a conocer que existen también otras entidades con diferentes metodologías de trabajo.

iii. INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE EL PROBLEMA DEL PACIENTE Y SU EVOLUCIÓN.

Siempre que el paciente admita la implicación familiar (de acuerdo a los derechos de privacidad y a la ley de protección de datos), la familia tiene derecho a mantenerse informada acerca de la evolución del paciente a lo largo de su proceso de rehabilitación (en el caso de que el familiar afectado haya sido admitido a tratamiento).

iv. INFORMACIÓN SOBRE CÓMO ABORDAR EL PROBLEMA

La familia tiene derecho a recibir, al menos, pautas básicas acerca de cómo manejar las situaciones generadas por el consumo de drogas de su familiar. Aunque no existen “soluciones mágicas” (aspecto éste que debe ser trabajado cuando se informa de las limitaciones del tratamiento), sí existen determinadas estrategias que se han demostrado terapéuticamente ineficaces para avanzar. La familia puede ser admitida en un recurso de tratamiento, y no es condición imprescindible que el afectado reciba paralelamente atención.

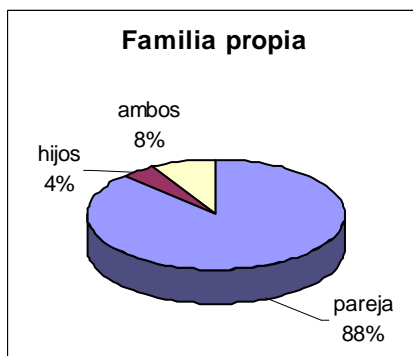
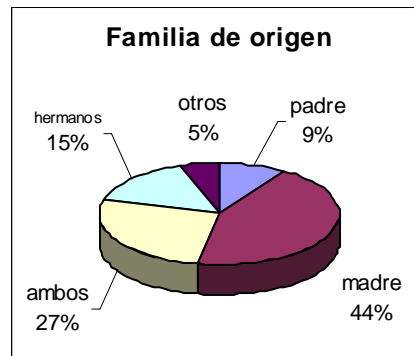
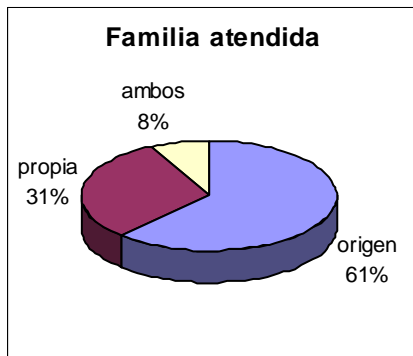
2. DECIDIR HASTA QUÉ PUNTO QUIERE IMPLICARSE

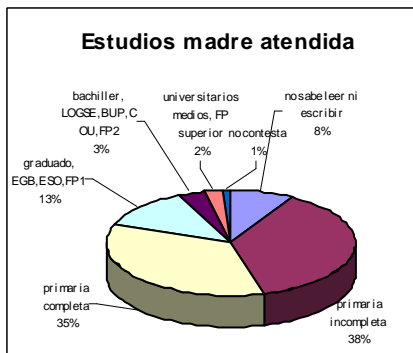
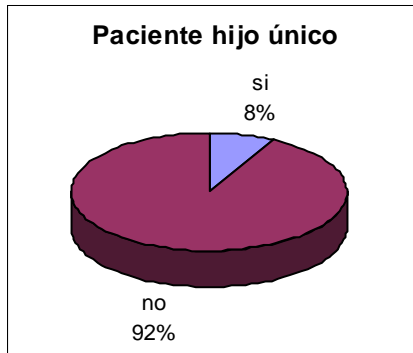
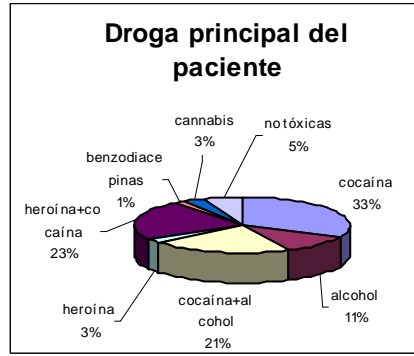
El grado de implicación de una familia corresponde a una decisión voluntaria de sus miembros. Una vez recibida información realista y adecuada acerca de lo que supondrá el tratamiento, tanto para el paciente, como para la familia, y acerca del papel que puede jugar ésta en el proceso (facilitador, pero sin garantías), la familia debe valorar si está capacitada para intervenir en el mismo y hasta qué punto.

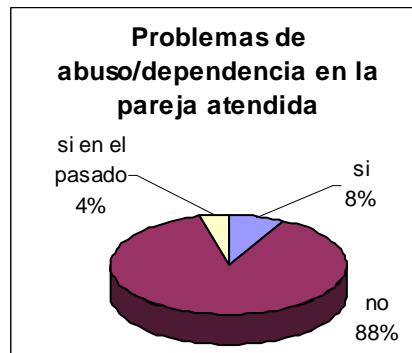
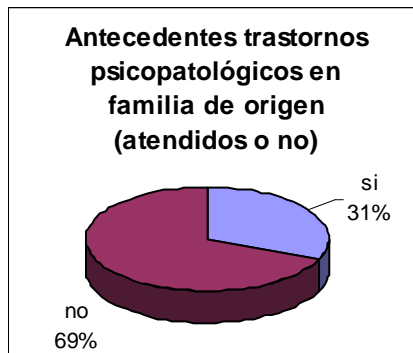
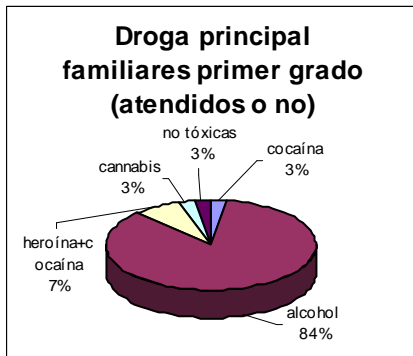
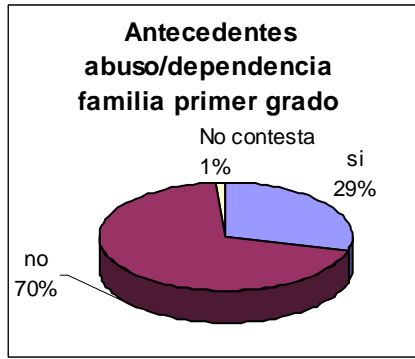
La familia tiene derecho a un tratamiento individualizado que negociará con el profesional de referencia y se contemplarán por escrito las intervenciones más significativas realizadas, con el objetivo de ofertar una atención de mayor calidad.

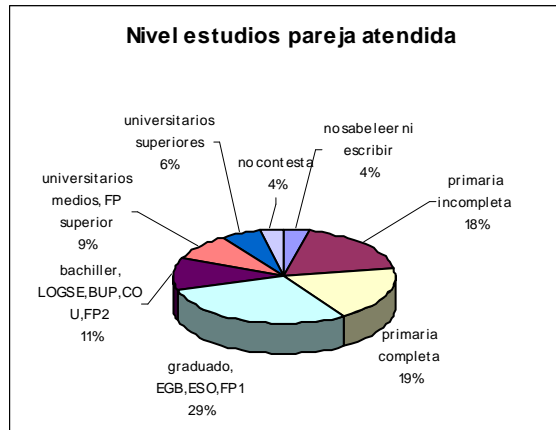
PERFIL DE LA FAMILIA DEL DROGODEPENDIENTE ATENDIDA ACTUALMENTE EN CENTROS DE DÍA.

A lo largo del 2006 se realizó un breve estudio epidemiológico a través de diversos Centros de Día adscritos a ASECEDI. Los resultados obtenidos a partir de una muestra de 145 familias de diferentes centros fueron los siguientes:









Otros datos de interés lo constituyen la edad media de los familiares atendidos: 62,3 años en el caso del padre, 59 años en el caso de la madre, y 32 años en el caso de la pareja/cónyuge. Cuando la familia atendida es la propia, asimismo, se encontró una media de 1,9 hijos con una edad media de éstos de 9,2 años.

TRABAJAR CON LA FAMILIA

LA FAMILIA DE PACIENTES CON DEPENDENCIA/ABUSO LA FAMILIA DE CONSUMIDORES EXPERIMENTALES Y ADOLESCENTES PROBLEMÁTICOS

¿Se trabaja igual con la familia de un paciente que presenta un problema más o menos consolidado que con aquella cuyo hijo/a, hermano/a...está empezando a experimentar con las drogas y a mostrar conductas problemáticas? La respuesta es que si bien los ámbitos y temas objeto de intervención son iguales, puede variar la profundidad con que se trabajen y el énfasis que se haga en unos u otros. En cierto modo, esta diferenciación viene muy impuesta por la edad de los pacientes y por el grado de consecuencias y disfuncionalidad que el consumo haya causado hasta la fecha. Generalmente se ven afectadas varias áreas importantes en la vida cotidiana del familiar, por lo que se hace necesario valorar cuáles son de interés de intervención y elaborar un plan de tratamiento. Nuestra experiencia en un centro de día nos demuestra que, además de la problemática familiar producida como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas de uno de los miembros del núcleo de convivencia, existen otras circunstancias desencadenantes de la problemática familiar especialmente con hijos adolescentes. Por todo ello vemos necesario distinguir varios tipos de relación familia-afectado/a que consideramos que son las más relevantes a la hora de agrupar similitudes para poder intervenir.

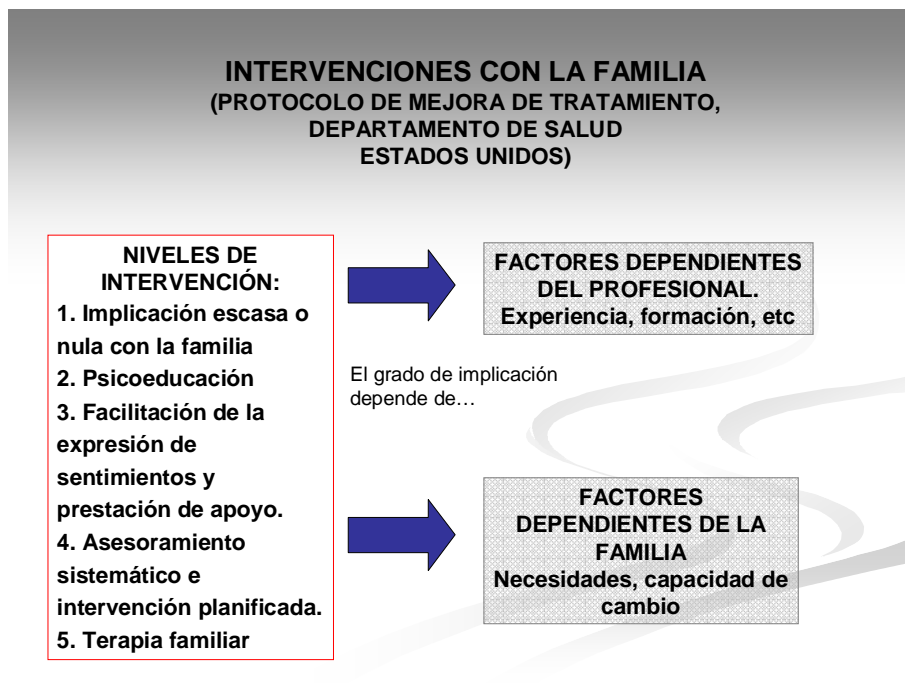
LA FAMILIA DE PACIENTES CON DEPENDENCIA/ABUSO

Las familias que tienen uno de sus miembros afectados por el consumo problemático de sustancias manifiestan una serie de necesidades entre las que se encuentran:

- **Manejar apropiadamente los sentimientos de estigma y discriminación.**
- **Acceso adecuado a los recursos de tratamiento e implicación en el mismo.**
- **Apoyo en el modo de manejar al adicto**, a fin de detectar aquellas estrategias empleadas por la familia que pueden tanto ayudar como obstaculizar la rehabilitación del paciente.
- **Acceso a información** adecuada acerca de las drogas, los problemas de drogas, el proceso de rehabilitación y los tratamientos disponibles.
- **Acceso a un rango amplio de alternativas de apoyo**, ya que diferentes miembros de la familia, en la medida con que cuentan con estrategias y recursos de afrontamiento diferentes, también presentan diferentes necesidades.
- **Apoyo emocional.** La ansiedad y estrés ligado al consumo de drogas por parte de un pariente cercano requiere del apoyo por parte de fuentes informales (amigos, familia extensa) y en muchas ocasiones, formales (p.ej.counselling).
- **Apoyo práctico**, en la medida en que la rutina diaria de la familia puede verse afectada por el impacto del abuso de drogas.
- **Apoyo económico**, o acceso a ayudas financieras y de servicios sociales.
- **Autoayuda.** Los grupos de autoayuda favorecen la concienciación de la problemática de manera menos traumática, así

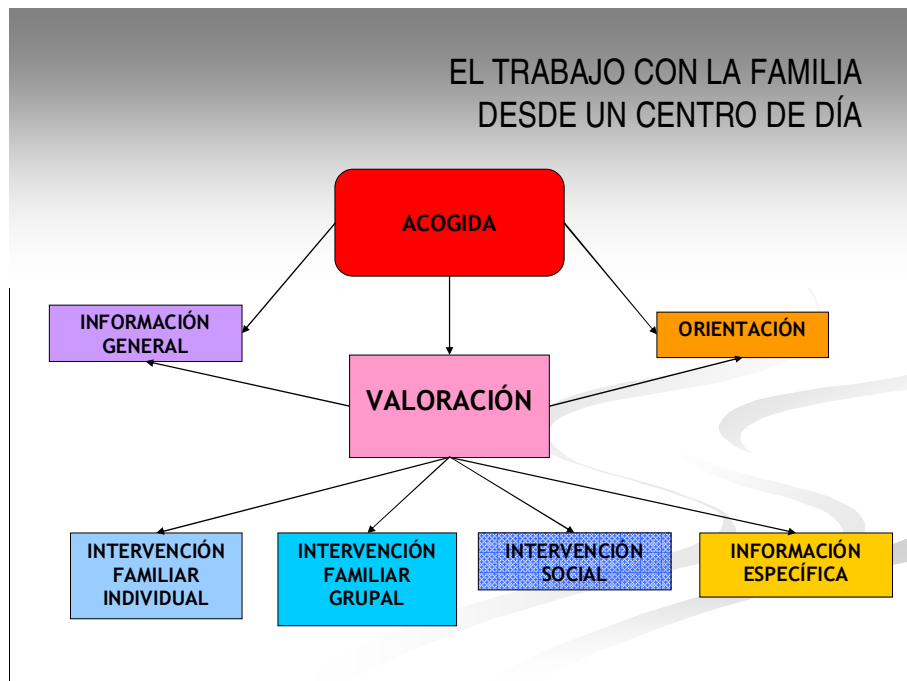
como diferentes alternativas para la resolución de conflictos. Además los miembros de la familia se sienten identificados con los otros componentes del grupo y se genera cohesión y sentimiento de pertenencia a ese grupo, lo que supone una fuente potencial de aseguramiento para la toma de decisiones a la hora de afrontar ciertas situaciones problemáticas.

Los recursos de tratamiento en drogodependencias intentan en mayor o menor medida cubrir este tipo de necesidades, mediante la terapia familiar desde diversos enfoques, el counselling, la prestación de información, el trabajo con habilidades de resolución de problemas y afrontamiento, etc.



En lo que se refiere a factores dependientes de la familia, y como ya se ha comentado en un epígrafe anterior, no siempre la intervención está indicada.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS DE COCAINÓMANOS E INDICACIÓN TERAPÉUTICA (Kaufmann, 1985)		
TIPO DE FAMILIA	CARACTERÍSTICAS	INDICACIÓN TERAPÉUTICA
FUNCIONAL	EQUILIBRIO SIN CONFLICTO ABIERTO O PERMANENTE	PSICOEDUCACIÓN, TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL
AGLUTINADAS	REACTIVAS, DRAMÁTICAS, ALTO RIESGO DE RECAÍDA	TERAPIA FAMILIAR CON FAMILIA PROPIA O DE ORIGEN
DESINTEGRADAS	MUY DETERIORADAS RELACIONES PARCIALES	¿RECONECTAR? NO INDICACIÓN
AUSENTES	ESCASA O NULA CONEXIÓN FAMILIAR	NO INDICADA



El trabajo con la familia desde un centro de día conlleva diferentes tipos de intervención dependiendo de varios factores como hemos visto en epígrafes anteriores. Sin embargo, se pueden establecer pautas generales de denominación de intervención que son comunes en la mayoría de los casos y se definirían como:

ACOGIDA ...

...o establecimiento del primer contacto entre la familia y el recurso, generalmente caracterizado por elevados niveles de angustia. En este contacto se priorizan aspectos básicos de escucha activa y contención emocional, realizando generalmente una breve recogida de información (en muchas ocasiones de manera implícita) que permita una valoración inicial de la demanda.

VALORACIÓN ...

...acerca de la problemática presentada por el paciente/familia y la relación actual y pasada entre ambos, teniendo en cuenta aspectos estructurales y relacionales. Se exploran también otros aspectos tales como el grado de conocimiento de la problemática del paciente, su disponibilidad e implicación, dificultades familiares adicionales, etc. Especialmente importante en esta fase es la evaluación de factores que puedan exigir una intervención diferencial en uno o varios sentidos (familias monoparentales, familias pertenecientes a minorías étnicas, familias en situaciones de exclusión social, familias con problemáticas de salud física o mental adicional...etc). La valoración se lleva a cabo a través de entrevistas abiertas y cuestionarios semiestructurados y culmina con el establecimiento de una serie de objetivos enmarcados en un plan de intervención. Algunos de estos objetivos pueden ser comunes a todas las familias, en tanto que otros dependerán de las características particulares de cada situación familiar.

Son áreas de interés en la evaluación de las familias (Calvo, 2007):

- Genograma, aspectos estructurales y relacionales.
- El grado de cohesión familiar.
- Los conocimientos generales sobre drogas y adicción.
- Los conocimientos específicos sobre el problema de drogas del familiar.
- Las consecuencias del problema de drogas en la familia.
- Las expectativas ante el tratamiento.
- El grado de implicación al que la familia puede comprometerse.
- En qué medida el paciente acepta la implicación familiar.
- La Importancia otorgada por la familia al propio papel en el proceso de rehabilitación.
- Los tratamientos previos.
- La toma de decisiones y medidas previas respecto del problema de drogas y resultados.
- Los estilos educativos, comunicativos, atribucionales generales del sistema familiar.

- Los antecedentes psiquiátricos y/o de consumo de drogas en la familia, incluidos consumos sociales y medicación psicoactiva prescrita.
- Los estresores adicionales pasados y presentes que afecten o hayan afectado al sistema familiar.
- La red de apoyo con que cuenta la propia familia

INFORMACIÓN GENERAL ...

...adecuada acerca de las drogas, los problemas de drogas, el proceso de rehabilitación, y los tratamientos disponibles. Se trata generalmente de intervenciones puntuales que se llevan a cabo con familias que contactan inicialmente con el recurso para recabar información sobre tratamientos.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA ...

...acerca de la evolución del paciente en el tratamiento, incluyendo asistencia a las citas, adherencia al tratamiento, resultados analíticos y pronóstico. Todas las familias atendidas cuentan con este servicio. En determinados casos se tratará del servicio básico recibido por aquellas familias que muestran una implicación escasa o moderada debida a sus características biopsicosociales (distancia geográfica, edad avanzada, problemática adicional, dificultades de movilidad, incompatibilidad horaria por trabajo, etc)

ORIENTACIÓN ...

... o intervención destinada a dar pautas mínimas acerca de la relación con el paciente adicto y fomentar la adherencia al tratamiento. Del mismo modo que sucede con la información específica sobre el tratamiento, se trataría de familias con implicación moderada debida a sus características biopsicosociales, o bien, familias cuyo PI no se encuentra en tratamiento y solicitan orientación acerca de cómo proceder para implicarle en el mismo.

INTERVENCIÓN FAMILIAR INDIVIDUAL ...

...para aquellas familias con un elevado grado de implicación. Los contenidos trabajados, marco teórico de referencia y objetivos propuestos pueden variar en función de la evaluación del sistema familiar, tiempo disponible, grado de formación del profesional, etc, e incluyen generalmente sesiones con diferentes miembros de la familia, tanto de manera conjunta como separada. Destacaremos desde estas líneas la importancia (tanto en esta modalidad como en la grupal) de la psicoeducación, la modificación de conducta, y la reestructuración cognitiva, sin dejar de considerar la relevancia de otros aspectos como los de corte sistémico.

INTERVENCIÓN FAMILIAR GRUPAL ...

...tal como grupos psicoeducativos y de desarrollo de habilidades (generalmente estrategias de afrontamiento, habilidades de comunicación, manejo de emociones negativas, etc), grupos de expresión emocional, grupos de apoyo mutuo (supervisados o no por un facilitador), terapia familiar grupal, etc.

INTERVENCIÓN SOCIAL ...

... apoyo en trámites e información y orientación de ayudas sociales tanto para las familias como para los pacientes. Además se valora la relación familiar con el entorno próximo (tipo de vivienda, barrio, vecindad, recursos socioeducativos, sanitarios, comerciales etc., relaciones sociales, nivel sociocultural...) y se ofrecen alternativas viables.



ALGUNOS APUNTES ADICIONALES...

LA PSICOEDUCACIÓN Y EL ABUSO/DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

Según Hogarty (1986) la psicoeducación consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Se trata de una necesidad tenida en cuenta cada vez con mayor asiduidad en el ámbito de los trastornos mentales crónicos (por ejemplo, la esquizofrenia o el trastorno bipolar), pero también en otras situaciones que suponen un desafío para la estabilidad emocional del individuo (por ejemplo, psicoeducación posterior a los atentados del 11M).

Este tipo de abordaje a diferencia de los enfoques tradicionales, que daban por sentado las influencias patógenas de la familia sobre el paciente, consideran a la familia como un agente terapéutico activo en el proceso del tratamiento del individuo enfermo, por tanto el *objetivo* de este tipo de programas es *orientar y ayudar* a la familia a *identificar* con claridad el problema, sus causas, el curso y cómo se desarrolla, cuáles son sus síntomas y tratamientos empleados para que así puedan intervenir en cierta medida en el proceso de mejora y curación de sus hijas/os (Salorio, Ruiz, Torres, Sanchis y Navarro, 1999).

LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA, LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Y EL ABUSO/DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

Existe acuerdo general a la hora de considerar los enfoques conductuales y/o cognitivo-conductuales como eficaces en el tratamiento de los trastornos por abuso/dependencia de sustancias. Este tipo de aproximaciones suelen ser también útiles para trabajar con las familias, en la medida en que las hacen conscientes de cómo sus respuestas a las conductas y demandas del adicto, refuerzan los comportamientos desadaptativos o potencian la toma de conciencia y asunción de responsabilidades por parte de éste. Las creencias disfuncionales que puedan mediar estas respuestas por parte de la familia deben ser también abordadas.

TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y ABUSO/DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

Gran parte de los enfoques de tratamiento para el abuso de sustancias están muy influenciados por el modelo de enfermedad (la adicción como un trastorno crónico y recurrente). Asimismo conceptualizan la influencia del abuso de sustancias en la familia como unidireccional. Por otro lado, la terapia familiar, en su mayor parte, basa sus aproximaciones en un modelo sistémico en el que se conceptualiza el abuso de sustancias como un síntoma de disfunción familiar: se trataría de un síntoma relativamente estable que se origina porque tiene un propósito dentro del sistema familiar.

Las intervenciones familiares en el ámbito del abuso de sustancias suelen diferenciarse de las que se llevan a cabo en la terapia familiar sistémica:

- En el foco o énfasis del tratamiento.
- En el formato, contenido y duración de las intervenciones (son frecuentes los grupos multifamiliares, centrados en la psicoeducación y limitados en el tiempo).
- No obstante, **ambas disciplinas pueden nutrirse mutuamente. El campo de la terapia familiar ha desarrollado conceptos que facilitan una mayor comprensión de las dinámicas que se producen entre un paciente que presenta problemas de abuso de sustancias y su familia.**

LA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LOS CASOS DE PATOLOGÍA DUAL

Consideramos que en el caso de cualquier trastorno mental crónico y **en casos de patología dual**, se hacen extensivas las recomendaciones para intervenciones familiares en la esquizofrenia Pharoah et al., 2002), que incluyen:

- construir una alianza con los familiares,
- reducir la atmósfera familiar adversa,
- potenciar la capacidad de los familiares para la anticipación y resolución de los problemas,
- reducir las expresiones de angustia y culpa dentro de la familia,
- mantener unas expectativas razonables para el funcionamiento del paciente,
- ayudar a los familiares a mantener unos límites apropiados así como una distancia adecuada cuando sea necesario, y conseguir cambios deseados en el comportamiento de los familiares y en su sistema de creencias

Existen determinadas áreas susceptibles de intervención con casi todas las familias implicadas en un proceso adictivo, entre las que se incluyen las habilidades de comunicación (con especial énfasis en los estilos comunicativos pasivo/asertivo/agresivo, las habilidades de escucha activa y las claves para la comunicación eficaz), habilidades de afrontamiento (de estados de ánimo negativos tales como la ira, la depresión o la culpa, de los intentos de manipulación por parte del adicto, de la recaída), y las habilidades de negociación y resolución de conflictos, especialmente importantes de cara a favorecer que las familias sean capaces de dirimir sus

problemas de la forma más autónoma posible. En caso contrario, puede fomentarse el establecimiento de un vínculo dependiente con el profesional de referencia.



Otro punto relevante en el que se puede intervenir desde los centros de día es en el fomento/facilitación de los **GRUPOS DE AUTOAYUDA**.

LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

Los grupos de autoayuda propiamente dichos están constituidos y dirigidos por personas que se enfrentan a una problemática o circunstancia común; en el caso que nos ocupa, ser familiar de una persona afectada por un trastorno por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas. Los grupos de autoayuda comparten muchas de las ventajas ligadas a las intervenciones grupales dirigidas por un profesional de forma más o menos estructurada; así, reducen el sentimiento de

soledad, favorecen el desarrollo de habilidades y el aprendizaje por observación, facilitan la construcción de una red de apoyo, potencian la toma de conciencia acerca de sus propios problemas y la manera de afrontarlos, etc.

Desde un recurso de atención a las conductas adictivas, puede favorecerse la puesta en marcha de un grupo de autoayuda independiente o facilitado por un profesional que, sin llegar a ejercer un papel de coordinador/director, apoye la formación y funcionamiento del grupo y garantice el mantenimiento de una dinámica grupal adecuada y de un clima emocional constructivo.

LA FAMILIA DE CONSUMIDORES EXPERIMENTALES Y ADOLESCENTES PROBLEMÁTICOS

En Centros de Día no es frecuente realizar intervenciones con adolescentes que presenten un consumo experimental y/o problemas de conducta, siendo este tipo de intervención, generalmente, más propia de recursos dedicados a la prevención. No obstante, la práctica nos indica que a menudo las familias buscan asesoramiento a la que es necesario dar respuesta. En estos casos es importante tener en cuenta:

- a. En la mayor parte de los casos, los jóvenes no presentan un problema de dependencia que justifique su inclusión en un programa de deshabituación de adicciones. En estos casos, **la intervención más apropiada es dotar a la familia de estrategias para manejar con solvencia este tipo de situaciones de riesgo.**
- b. En el caso de que se diagnostique un problema de abuso/dependencia y se considere apropiada la inclusión en un programa de tratamiento, es muy importante el papel de la familia y otros agentes o mediadores en la **incorporación y adherencia al mismo**. Su **grado de implicación** es un factor clave en el éxito de la intervención con los adolescentes. En esta etapa de la vida son parte fundamental de la solución del problema. En algunas situaciones en las que los adolescentes o jóvenes se resisten a participar en la intervención se continuará trabajando con la familia con el propósito de que mantengan una actitud firme y no “tiren la toalla” ni cedan ante el adolescente.
- c. **Familias con hijos consumidores y con conductas violentas**, donde el objetivo a trabajar sería el que los

padres sigan siendo competentes en esas circunstancias difíciles. En situaciones de violencia extrema es importante lograr estrategias de contención, supervivencia y cambio de aquellos patrones de conducta parental que mantienen o colaboran en el ciclo de violencia. Suele trabajarse en el ámbito de la redefinición de funciones y roles dentro de la familia.

El trabajo con adolescentes y, por extensión, con las familias de los mismos exige tener en cuenta una serie de aspectos específicos como son:

- Retrasos en el desarrollo.
- Retrasos educativos y déficits en habilidades de estudio.
- Retrasos en la socialización o socialización inadecuada (“químicamente mediada”).
- Autoestima.
- Comportamientos de riesgo (conducta sexual, conducción temeraria, etc)
- Establecimiento/ aceptación de límites.
- Orientación escolar/laboral.
- Apoyo familiar y circunstancias de la familia (miembros consumidores, familias monoparentales, inmigrantes....)

Por otro lado, es necesario desdramatizar (que no ignorar) el consumo de drogas. Así, la información sobre drogas y pautas de actuación debe ser uno de los puntos a trabajar, pero no el único ni el principal. Así, en este caso debe trabajarse a nivel familiar, principalmente desde una perspectiva **preventiva**:

- **Características de la adolescencia.** A pesar de que todos hemos pasado por esa etapa, muchas familias tienen ideas erróneas acerca de lo que es un adolescente.

LA ADOLESCENCIA

Los cambios físicos, psicológicos, emocionales, cognitivos, junto con las presiones sociales que se producen en esta edad y la búsqueda de identidad, llevan a que muchas veces el adolescente vivencie esta etapa con inseguridad, tensión, problemas para relacionarse, incertidumbre, rebeldía, depresión.

Algunas características comunes de la etapa adolescente son (CONACE 2003):

- Alternancia de estados anímicos (pasan rápidamente de la euforia a la tristeza, etc.).
- Dependencia frente a independencia (necesitan probar los límites personales, el autocontrol, etc., pero aún necesitan la estructura y el amor de la familia que los protege en el proceso de cambio).
- Necesidad de diferenciarse de los adultos, al mismo tiempo que quieren identificarse con el grupo de pares o amigos (búsqueda de pertenencia a grupos).
- Apertura al mundo social y a lo nuevo, junto con la búsqueda de privacidad e independencia; tener un mundo propio, nuevo y distinto.
- Omnipotencia (creer que todo es posible, nada les va a pasar y que todo lo pueden hacer en pro de sus ideales) se alterna con la inseguridad que produce el estado intermedio entre niño y adulto.
- Ambivalencia emocional, es decir, en un momento puede sentir rabia, y al momento siguiente incluso estar feliz.
- Falta de control de impulsos.
- Espíritu crítico y cuestionamiento de lo aprendido: necesitan revisar, cuestionar, criticar lo antiguo, quedarse con lo que más les sirve, pero por un proceso de verificación personal complejo, más racional.
- Etapa de desafíos, de energía, de idealismo; desarrollo moral y de valores sociales

- **Normas, límites y disciplina.** El establecimiento de normas y límites claros, coherentes, consistentes, da seguridad al adolescente y le ayuda a madurar y a adquirir responsabilidades de manera progresiva, en la medida en que dichas normas se van adaptando de manera flexible a su nivel evolutivo. Los requisitos de un buen sistema de

normas y límites han venido tradicionalmente reflejados en las propuestas de la FAD: normas **REALISTAS** (adaptadas a la edad y circunstancias de los hijos), **CLARAS** (y explícitas), **CONSISTENTES** (se aplican siempre igual independientemente de nuestro estado de ánimo) y **COHERENTES** entre sí y en función de las circunstancias y edad de cada miembro de la familia. El acuerdo en conjunto, especialmente en adolescentes y en determinados aspectos de la convivencia familiar, son un medio para trabajar en los hijos la capacidad de negociación y garantizan, incluso cuando éstos no “consiguen” sus objetivos iniciales, que los hijos se sientan más partícipes de la disciplina familiar y generen un sentimiento de pertenencia, y que las probabilidades de aceptar las normas aumenten en la medida de que han sido tratados con respeto durante el intercambio de información (Schwebel 1991). Es importante recordar que la negociación entre padres e hijos no es una negociación entre iguales, pero que a medida que los hijos crecen, se hace necesaria una transferencia de poder que fomente el desarrollo de la autonomía y el autocontrol de éstos.

- **Habilidades de comunicación. La palabra comunicación** deriva del latín "*comunicare*", que puede traducirse como "compartir algo a alguien". Una comunicación eficaz es clave para mantener relaciones fluidas en la familia y para maximizar las cualidades protectoras y de apoyo de ésta. Es conveniente cuando se trabaja con familias: **trabajar la comprensión de los diversos elementos de la comunicación (emisor, receptor, mensaje...)**; tener en

cuenta son los **estilos de comunicación** y las técnicas asertivas, y **trabajar la importancia de la escucha activa.**

CLAVES PARA LA COMUNICACIÓN EFICAZ (1)

- Evite las generalizaciones. Los términos "siempre" y "nunca" raras veces son ciertos y tienden a formar etiquetas. Además, centran la discusión en la frecuencia más que en la conducta motivo de conflicto.
- Sea breve.
- Cuide la comunicación no verbal.
- Elija el lugar y el momento adecuados. En ocasiones, un buen estilo comunicativo, un modelo coherente o un contenido adecuado pueden irse al traste si no hemos elegido el momento adecuado para transmitirlo o entablar una relación. Por ejemplo, para las críticas o para pedir explicaciones, es conveniente buscar un momento de intimidad; para las alabanzas o elogios, es buena idea que la persona elogiada esté en grupo o con otras personas significativas.
- Comparta sus propios sentimientos.

CLAVES PARA LA COMUNICACIÓN EFICAZ (2)

- Refuerce los aspectos positivos. Vivimos en una sociedad en la que es habitual poner mucho énfasis en lo que se hace o sale mal y no tanto en lo que se hace bien, o en las cualidades que poseemos. Sin embargo, el refuerzo verbal es muy importante en las relaciones humanas y especialmente en las más cercanas (amigos, pareja, familia, etc).
- Critique de manera constructiva:
 - Critique la conducta, no la persona. Criticar a las personas implica ETIQUETAR y las pone a la defensiva.
 - Sea específico con respecto a la conducta molesta y con respecto a sus sentimientos.
 - Pida y/o negocie un cambio de conducta, teniendo en cuenta el punto de vista del otro.
- Discuta los temas de uno en uno y no hable del pasado (“sacar trapos sucios”).
- No acumule emociones negativas sin comunicarlas.

- **Habilidades de resolución de conflictos.**
- **Autorreflexión del estilo de convivencia del núcleo familiar.**
- **Educación para la salud. Factores de riesgo y protección.**
- **Información básica sobre drogas** (concepto, tipos, clasificaciones, tipos de consumo) y pautas de actuación ante consumos experimentales, habituales o problemáticos.

LA INFORMACIÓN SOBRE DROGAS

Poseer una serie de conocimientos básicos sobre drogas y conceptos relacionados constituye una base necesaria en el ámbito de la prevención familiar del abuso de drogas y el abordaje de los primeros consumos. No obstante, no es necesario tener conocimientos profundos acerca de todos los tipos de drogas existentes, la “jerga” asociada y las complicaciones médicas, psicológicas y

sociales que conllevan. Es conveniente que la familia reflexione acerca del tipo de información a la que ha tenido acceso, su concepto de droga, abuso, dependencia, los tipos de consumo que considera y los riesgos asociados a un nivel básico, pero, además:

- reflexione acerca de las reglas familiares implícitas y explícitas acerca del consumo de drogas y cómo las mismas pueden influir en el consumo de drogas.
- reflexione acerca de los posibles indicios de consumo de drogas, teniendo en cuenta que los mismos pueden ser equívocos y fruto de la etapa evolutiva que atraviesa el adolescente.
- reflexione de la necesidad de abordar dichos signos problemáticos independientemente de que se hallen o no ligados al consumo de drogas.
- mantenga una actitud dialogante, sin dejarse llevar por el pánico, el dramatismo, la culpabilización o la “persecución” del adolescente.
sepa mantenerse firme a la par que flexible.
sea capaz de transmitir información que fomente la reflexión y la autoobservación por parte del adolescente.
- mantenga un frente común en el abordaje de la problemática y sepa transmitir un único mensaje.
- recurra a la ayuda profesional para recibir orientación específica cuando sea necesario

- Afrontamiento de estados emocionales: tanto propios como del hij@ (agresividad, ira, ansiedad, tristeza...)
- Uso racional y sano del tiempo libre, subrayando el papel de modelado ejercido por los progenitores y otros miembros de la familia.
- Proporcionar pautas para el apoyo escolar y del estudio de los hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- CALVO BOTELLA, H. *Mujer y conductas adictivas: mujer y conductas adictivas durante el embarazo y la infancia*. Material presentado en el curso de formación *Mujer y Adicciones*, 15 horas, IREFREA, Conselleria de Sanitat, y Ayuntamiento de Castellón, junio 2005.
- CALVO BOTELLA, H. *Redes de apoyo potenciadoras de la integración: la familia*. Artículo pendiente de publicación, revista *Salud y Drogas*.
- CONACE. *Prevenir en familia. Programa de prevención del consumo de drogas para las familias. Manual para el monitor*. Prosa 2003.
- CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT. *Substance Abuse Treatment and Family Therapy*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 39. DHHS Publication No. (SMA) 04 -3957. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004
- DELGADO DELGADO, D.; PÉREZ GÓMEZ, A. *La codependencia en familiares de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas*. *Psicothema* 2004; 16(4): 632-638.
- DE LUCAS AVILÉS, A.; CALVO BOTELLA, H. *Abordaje de la problemática relacionada con sustancias: aspectos psicológicos*. Material docente elaborado para el curso *Adicciones: un enfoque multidisciplinar*. PATIM, Universidad Jaume I, Fundación Universitat Jaume I-Empresa. Castellón, Mayo 2006.
- EFFECTIVE INTERVENTIONS UNIT. *Supporting families and carers of drug users: a review*. Substance Misuse Division. Scottish Executive, 2002. Disponible en: [Http://www.drugmisuse.isdscotland.org/eiu/pdfs/eiu_support.pdf#search=%22Supporting%20families%20and%20carers%20of%20drug%22](http://www.drugmisuse.isdscotland.org/eiu/pdfs/eiu_support.pdf#search=%22Supporting%20families%20and%20carers%20of%20drug%22)
- FUERTES, M.C; MAYA, M.U. *Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas*. ANALES Sis San Navarra 2001, Vol. 24, Suplemento 2
- HIDALGO C.; CARRASCO, E. *Salud familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Ediciones Universidad Católica, 1999: 27-65
- HOGARTY, G.E.; ANDERSON, C.M.; REISS, D.J.; KORNBLITH, S.J.; GREENWALD, D.P.; JAVNA, C.D.; MADONIA, M.J. *Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion*. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:633-642

- PHAROAH, F.M.; MARI, J.J.; STREINER, D. *Family intervention for schizophrenia*. Cochrane Database Syst Rev 2002;(2).
- SALORIO, P.; RUIZ, M.E.; TORRES, A.; SANCHIS, F.; NAVARRO, L. *Psicoeducación familiar en grupo en los trastornos de la alimentación. Aplicación de un programa*. *Psiquiatría.COM* [revista electrónica] 1999 Marzo [citado 1 Abr 1999];3 (1):[21 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num1/art_2.htm
- SCHWEBEL, R. *Cómo tratar con sus hijos el tema del alcohol y de las drogas. Decir no no es suficiente*. Paidós 1991.
- KAUFMAN, E. *Interpersonal psychotherapy adapted for ambulatory cocaine abusers*. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1985; 11: 171-91.
- WASHTON, A. *La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención*. Paidós, 1995.

Anexo 1

FICHA DE RECOGIDA DE DATOS PARA LA ATENCIÓN FAMILIAR

FECHA DE REGISTRO			
NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI			
DOMICILIO			
CÓDIGO POSTAL		LOCALIDAD	
PROVINCIA			
TELÉFONOS	1.		
E-MAIL	2.		
	3		
SEXO	HOMBRE	<input type="checkbox"/>	
	MUJER	<input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
NACIONALIDAD			
ESTADO CIVIL	CASADO	<input type="checkbox"/>	SOLTERO <input type="checkbox"/>
	VIUDO/A	<input type="checkbox"/>	EN PAREJA <input type="checkbox"/>
	SEPARADO	<input type="checkbox"/>	DIVORCIADO <input type="checkbox"/>
	OTROS	<input type="checkbox"/>	
NÚMERO DE HIJOS			
SITUACIÓN LABORAL	CON CONTRATO O RELACIÓN LABORAL INDEFINIDA O AUTÓNOMO <input type="checkbox"/>		
	CON CONTRATO O RELACIÓN LABORAL TEMPORAL <input type="checkbox"/>		
	TRABAJANDO SIN SUELDO PARA LA FAMILIA <input type="checkbox"/>		
	PARADO/A. NO HABIENDO TRABAJADO ANTES <input type="checkbox"/>		
	PARADO/A. HABIENDO TRABAJADO ANTES <input type="checkbox"/>		
	INCAPACITADO/A PERMANENTE, PENSIONISTA <input type="checkbox"/>		
	ESTUDIANDO U OPOSITANDO <input type="checkbox"/>		
	REALIZANDO EXCLUSIVAMENTE LABORES DEL HOGAR <input type="checkbox"/>		
	BAJA MEDICA <input type="checkbox"/>		

	<input type="checkbox"/> OTROS
ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> NO SABE LEER NI ESCRIBIR <input type="checkbox"/> ENSEÑANZA PRIMARIA INCOMPLETA (NO EP O 5º EGB) <input type="checkbox"/> ENSEÑANZA PRIMARIA COMPLETA (SI EP, 5º EGB, INGRESO) <input type="checkbox"/> ENSEÑANZA SECUNDARIA 1ª ETAPA (GRAD.ESC, EGB, ESO, FP1) <input type="checkbox"/> ENSEÑANZA SECUNDARIA 2ª ETAPA (BACH LOGSE, BUP, COU, FP2) <input type="checkbox"/> ESTUDIOS UNIVERSITARIOS MEDIOS (O FP GRADO SUPERIOR) <input type="checkbox"/> ESTUDIOS UNIVERSITARIOS SUPERIORES <input type="checkbox"/> OTROS
FUENTE DE INGRESOS	ACTIVIDAD LABORAL <input type="checkbox"/> AYUDA FAMILIAR <input type="checkbox"/> AYUDA DE LA PAREJA <input type="checkbox"/> ACTIVIDADES MARGINALES <input type="checkbox"/> PRESTACIONES SOCIALES <input type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE DESEMPLEO <input type="checkbox"/> NO TIENE FUENTES DE INGRESOS <input type="checkbox"/> PENSIONISTA <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>
PARENTESCO CON EL AFECTADO	PAREJA <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> AMIGO/A <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>
CONVIVE CON EL AFECTADO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

PROBLEMAS DE ABUSO/DEPENDENCIA	SI <input type="checkbox"/>	DROGA PROBLEMA:	
	NO <input type="checkbox"/>	COCAÍNA	<input type="checkbox"/>
		HEROÍNA	<input type="checkbox"/>
		ALUCINÓGENOS	<input type="checkbox"/>
		BENZODIACEPINAS	<input type="checkbox"/>
		ALCOHOL	<input type="checkbox"/>
		CANNABIS	<input type="checkbox"/>
		ANFETAMINAS Y DERIVADOS	<input type="checkbox"/>
		TABAQUISMO	<input type="checkbox"/>
		NINGUNA	<input type="checkbox"/>
		LUDOPATIA	<input type="checkbox"/>
		COCAINA + HEROÍNA	<input type="checkbox"/>
		COCAINA + ALCOHOL	<input type="checkbox"/>
		OTROS	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	NO <input type="checkbox"/>		
	SI <input type="checkbox"/>	ANSIEDAD	<input type="checkbox"/>
		DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	TRASTORNO PSICÓTICO <input type="checkbox"/>	
		OTROS	<input type="checkbox"/>
		ESPECIFICAR:.....	
CARGAS FAMILIARES ADICIONALES	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
			ECONÓMICAS <input type="checkbox"/>
		PERSONAS A CARGO (por enfermedad, menores...)	<input type="checkbox"/>
		PROBLEMAS ADICTIVOS (no incluir afectado)	<input type="checkbox"/>
		PROBLEMAS SOCIALES	<input type="checkbox"/>
		LIMITACIONES FISICAS	<input type="checkbox"/>
		OTROS	<input type="checkbox"/>

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LA FAMILIA DEL
DROGODEPENDIENTE**

Fecha de la entrevista:

Nombre del entrevistado y relación con el paciente:

COMPOSICIÓN FAMILIAR (GENOGRAMA): ASPECTOS ESTRUCTURALES Y
RELACIONALES.

<u>FAMILIA ATENDIDA</u>
FAMILIA PROPIA O DE ORIGEN DEL PACIENTE

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE

- ¿Cuál es, desde su punto de vista, la “droga principal” con la que su familiar tiene problemas?

- ¿Cuándo y cómo comenzó usted a darse cuenta de que su familiar tenía un problema con las drogas?

- ¿Cuáles fueron las primeras reacciones de la familia? ¿Cómo reaccionó el paciente?

- ¿Hasta donde usted sabe, existe algún miembro de la familia que supiese o sospechase previamente de la existencia de este problema?

- ¿A qué atribuye usted el problema de drogas del paciente?

- ¿Qué saben usted y su familia acerca de las drogas y de los problemas de drogas, en general?

- ¿Qué sabe usted acerca de la droga problema de su familiar, en particular?

- Señale aquellos síntomas y consecuencias que ha notado en el paciente y que atribuye usted al problema de drogas.

Ejemplos:

Ansiedad	Problemas de concentración	Problemas legales	Problemas de salud	Abusos físicos
Irritabilidad	Explosiones de ira	Problemas económicos	Aislamiento social	Abusos sexuales
Susplicacia	Cambios de humor	Problemas en el trabajo	Abusos verbales	

- ¿Conoce usted detalles del patrón de consumo del paciente? (frecuencia/cantidad de las dosis consumidas, situaciones/compañías con las que consume, etcétera)

- ¿Qué papel cree usted que juega la familia en el tratamiento del paciente? (fundamental, importante, de apoyo, poco importante, etc).

- ¿El paciente ha pasado previamente por algún tratamiento? Caso de respuesta afirmativa, consignar recurso, duración, familiar de referencia en aquella ocasión.

RECURSO	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	MOTIVO DEL CESE	FAMILIAR DE REFERENCIA

IMPACTO EN LA FAMILIA

- ¿Hasta qué punto considera usted que el problema de abuso de drogas por parte de su familiar ha creado problemas en el funcionamiento de la familia?

- a. A nivel emocional (ira, culpa, desesperanza, problemas de ansiedad /depresión etc)

- ¿Por qué cree que dichos tratamientos “fracasaron”?

- ¿Qué expectativas tienen tanto la familia como usted sobre el tratamiento ACTUAL del paciente? ¿Cree que sus posibilidades de recuperación son buenas, malas... y por qué?

b. A nivel económico

¿Ha notado usted, personalmente, alguno de los siguientes síntomas?

c. A nivel físico (descuido de los propios hábitos de salud, somatizaciones, etc)

- Irritabilidad
- Tristeza
- Explosiones de llanto “sin motivo”
- Ansiedad
- Aislamiento
- Sentimientos de culpa
- Cambio en los patrones de alimentación (pérdida o aumento de apetito, desórdenes en las comidas, etcétera)
- Cambio en los patrones de sueño (dormir más, dormir menos, sueño fragmentado)
- Dolores musculares
- Jaquecas
- Sensación de presión en el pecho
- Problemas para concentrarse

d. A nivel social (aislamiento, sentimientos de vergüenza, cambio o abandono de gustos/aficiones)

¿Existe algún miembro de la familia que, a su parecer, esté más afectado por la problemática del paciente (madre, hijo, hermano)?

¿Cuenta la familia con apoyo de otros familiares fuera del núcleo de convivencia, con amigos, o con red social de apoyo? (Consignar si dicha red conoce o no la problemática de drogas en la familia)

RELACIONES FAMILIARES

¿Cómo definiría el estilo educativo que han tenido en casa?

¿Cómo definiría el tipo de comunicación que ha habido en casa?

¿Cómo definiría usted la relación del paciente con el resto de la familia, en términos generales? (procede informar acerca de la infancia, adolescencia, y periodos previos al desarrollo del problema)

¿Cómo definiría usted la relación ACTUAL del paciente con el resto de la familia?

- Hasta donde usted conoce, ¿el paciente acepta la implicación de la familia en su proceso de deshabitación?

- ¿Hasta qué punto está la familia (y usted) dispuesta a implicarse en el tratamiento? (control del dinero/medicación, asistencia a psicoterapia familiar individual/grupal, contactos telefónicos, etcétera)?

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y/O DE CONSUMO DE DROGAS EN LA FAMILIA.

- ¿Algún miembro de la familia ha tenido o tiene problemas con las drogas? (Caso de respuesta positiva, consignar estado actual de la problemática y relación con el paciente).

- ¿Consume algún miembro de la familia alcohol o drogas de forma ocasional/social?

- ¿Algún miembro de la familia ha tenido o tiene problemas psicológicos o psiquiátricos? (caso de respuesta afirmativa, consignar estado actual de la problemática)

- ¿Consume algún miembro de la familia medicación psicoactiva (por ejemplo, ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, etcétera)? (Caso de respuesta afirmativa, especificar tipo de medicación, seguimiento médico y grado de acceso del paciente a la misma)

ESTRESORES ADICIONALES, PASADOS O PRESENTES

- ¿Existe o ha existido en la historia de su familia algún suceso o circunstancia que pueda considerar usted estresante y que haya afectado o pueda afectar a la dinámica cotidiana de la familia?

Ejemplos:

Enfermedad grave/crónica de algún integrante
Muerte de algún integrante
Separaciones/divorcios
Adolescentes en el hogar
Niños en el hogar
Hacinamiento

Accidentes
Problemas en el trabajo
Problemas económicos
(Re) incorporación al núcleo de uno o más miembros de la familia
Algún miembro de la familia en prisión, etc

IMPRESIONES DEL ENTREVISTADOR



Patrocinado por:

