



## COMUNIDAD TERAPEUTICA Y FAMILIA

Gracia Pastor; Jorge Licenciado en Filosofía y Letras. Experto en Drogodependencias.  
Josa Lázaro; Carmen Diplomada en Magisterio - Terapeuta familiar y de pareja  
Montesa Lou Belen Psicóloga y Sexóloga. Experta en Drogodependencias

### INTRODUCCION

El abordaje a las problemáticas ocasionadas por el consumo de drogas es complejo y por todos sabido no puede estudiarse desde una única perspectiva, sino que es necesario tener en cuenta una amplia variedad de factores individuales junto a otros de carácter familiar, ambiental y social.

En numerosas investigaciones se ha constatado la importancia que tiene la familia en los procesos de rehabilitación del drogodependiente. No en vano, la familia es un factor fundamental en la socialización de la persona y es el espacio en el que se producen las primeras relaciones interpersonales y afectivas. Es la que imprime y da valor al sentido de identidad y pertenencia que nos permite evolucionar como persona.

Los objetivos de este capítulo son, por un lado presentar a la familia como unidad de tratamiento, cuando se aborde una toxicomanía, pues como señala Cancrini (1991) está también en la familia la posibilidad de cambio. Por otro, destacar las similitudes que encontramos entre la Comunidad terapéutica y los sistemas familiares, de modo que se pueda favorecer el restablecimiento de las funciones familiares.

Este trabajo fundamentará teóricamente las razones para implicar e incorporar a la familia en el tratamiento. Para ello desarrollaremos conceptos fundamentales sobre la familia de los adictos, sus características y tipologías, pasaremos a describir rasgos de las familias de los usuarios que demandan atención en una Comunidad Terapéutica e identificaremos las claves que hacen útil y valioso el trabajo con familias en este recurso.

## 1.- Conceptos teóricos en el funcionamiento familiar

Para entender al individuo y su funcionamiento hay que hacer alusión a la familia de origen. La familia, como contexto más inmediato del desarrollo de la persona (Bronfenbrenner, 1979; Parke, 2004), constituye el sistema de apoyo más importante para el bienestar y ajuste de los miembros que la integran (Musitu, 2006). La familia está considerada como el grupo básico de la sociedad, institución que encontramos en todas culturas y sus cambios están interrelacionados con los cambios de la sociedad. Hasta el momento ninguna otra institución humana y social ha logrado suplir su funcionamiento, especialmente en la satisfacción de las necesidades biológicas y afectivas de las personas.

En la sociedad postindustrial, el modelo de referencia ha sido la familia nuclear tradicional, pero cada vez más, aparecen otros modelos familiares diferentes, como son familias reconstituidas o familias monoparentales. La familia es la matriz de la identidad y el desarrollo psicosocial de sus miembros, el sentido de identidad está determinado por el sentido de pertenencia a una familia, este proceso de pertenencia es determinante para el individuo en la evolución de la estructura personal.

Desde el punto de vista **sociológico**, en la familia es dónde la persona realiza su primer proceso de socialización. Es el espacio dónde las necesidades fundamentales de sus miembros pueden ser satisfechas, donde se expresan las primeras normas sociales y las primeras reglas de juego de la comunicación, se aprende a tratar a los iguales y surgen los primeros conflictos a los que hay que aprender a enfrentarse y donde se adquieren los valores familiares y sociales.

Es en la familia donde se gestan los fundamentos de la futura personalidad, dónde se alcanza el afecto y la protección para superar las inseguridades. Pero es también aquí donde se pueden adquirir **los mecanismos autodestructivos**, donde se sirven mensajes contradictorios, así como distintos tipos de valores. La familia se ha analizado desde lo expuesto como una fuente de posibles factores de riesgo asociados al consumo de drogas de los hijos (Pollard et al. 1997, citado en Becoña 1999)

Entre ellos se ha destacado el papel del estilo educativo parental, de la calidad de la relación entre los padres y de estos con los hijos, y la importancia de los padres como modelos de conducta.

Por eso, una realidad que se nos impone a los profesionales cuando abordamos una toxicomanía es la de que el contexto de referencia del drogodependiente, normalmente la familia, se encuentra involucrada en el problema. La forma en que cada familia participa del mismo es diferente y diversa, pero Cancrini señala que al mismo tiempo que se pueden identificar patrones de conducta de los miembros de la familia que ayudan a que se mantenga el problema,

también se encuentra en ella el germen del cambio, y la posibilidad de cura (1991)

Desde la Perspectiva **sistémica-relacional** y la Teoría General de los Sistemas (TGS) aplicada a los sistemas humanos y, sobre todo a la familia, cada sistema o grupo está compuesto por una serie de elementos en interacción y con una organización tal que un cambio en el estado de uno de los elementos irá seguido por cambios en los demás.

El paradigma sistémico considera la toxicomanía, como un síntoma de la desestructuración o disfuncionalidad del sistema familiar y como tal desempeña una función. El síntoma se puede ver como parte necesaria de la organización de ese sistema, pues su ausencia "obligaría" a los miembros a la búsqueda de un equilibrio distinto. El hecho de que el síntoma tenga una función propia no significa que este sea el comportamiento causa y origen de toda la organización del sistema. El síntoma, debe ser considerado parte integrante de la organización del sistema.

Así el miembro adicto puede atraer la atención de los demás hacia él, desviando al mismo tiempo, problemas solapados que arrastra la familia. Por ello hay que entender y comprender la naturaleza del síntoma y su función, dentro del sistema familiar, siendo de capital importancia para formular estrategias de intervención en las familias sintomáticas.

El objetivo de la intervención, desde dicha perspectiva, se localizará no tanto en el hábito del abuso de drogas, sino en como intentar introducir cambios en la estructura misma de la familia en términos de: jerarquía (quien está a cargo de quien y de que), alianzas, coaliciones, así como de comportamientos individuales y colectivos.

Considerar a la familia como una unidad nos ayuda a los profesionales a entender el funcionamiento familiar según tres parámetros: Estructura, regulación y comunicación (Foster y Gurman, 1988).

### **Estructura**

Hace referencia a las formas de unión de la pareja, tamaño, personas incluidas, parentesco... Incluye características tales como:

- El grado de claridad o difusión de los límites entre los miembros de la familia.
- El grado en que existe una jerarquía (quien está a cargo de quien y de que)
- La diferenciación (el grado en el que los miembros de la familia tienen identidades separadas sin dejar de mantener el sentido de la familia como un todo).

Un tipo importante de disfunción en la estructura familiar es la triangulación que se puede definir como el intento de resolver los conflictos interpersonales de dos personas involucrando a una tercera. Las características de la tercera

persona, especialmente sus problemas, se convierten en el foco de las interacciones.

Este fenómeno se observa con gran frecuencia en padres de adictos, especialmente en el momento en el que el paciente empieza a resolver sus propios problemas (ingreso en C.T) y emergen las disensiones o los conflictos entre la pareja parental.

Juan Linares sitúa gran parte de los fenómenos adictivos dentro de lo que se denomina "triangulaciones manipulatorias" y "triangulaciones desconfirmadoras", que suponen en ambos casos una parentalidad más o menos conservada frente a una conyugalidad problemática. (1996)

### **Regulación.**

Se refieren al modo en que la familia mantiene su balance de interacciones y englobaría los siguientes aspectos:

- El concepto *de causalidad circular*, según el cual las conductas familiares se retroalimentan por oposición al de causalidad lineal, en el que la conducta de un miembro de la familia es causada por la conducta de otro que la precedió inmediatamente.

En esta forma de ver las secuencias comportamentales, se evita culpabilizar a un miembro u otro. Un ejemplo de la causalidad circular comúnmente citado es el siguiente: una persona "regaña" a su marido porque rehusa comunicarse, este responde distanciándose cada vez más de su esposa, ella vuelve a regañarle y así sucesivamente. Al explicar el marido su funcionamiento dice que su pasividad es debida a los constantes regaños de su mujer, un círculo vicioso en el que la secuencia de comportamiento es "me retraigo porque me engañas" y te "regaño porque te retraes". O cuando un drogodependiente dice " como en mi casa hay discusiones entre mis padres yo me voy a consumir consumo y los padres dicen que el consumo de su hijo es el motivo de discusión en casa".

- El segundo término que se utiliza para describir *la autorregulación* de la familia es el de retroalimentación y homeostasis. La homeostasis es la característica según la cual el sistema tiende siempre a mantener el "status quo", o sea, a no cambiar. Entendiendo por "*no cambio*" la actividad del sistema para defender su acción y sus objetivos generales del conjunto de las condiciones internas y externas que puedan amenazar.

Cualquier cambio en uno de los miembros del sistema familiar, producirá cambios y reajustes. El cambio del drogodependiente y el abandonar su adicción y establecer otro tipo de relaciones con la sociedad y con los otros miembros de su familia va a producir un cambio en el equilibrio que provocará que el sistema cambie y todos tengan que redefinir sus relaciones y su posición dentro de la familia. El ejemplo que puede ilustrar este concepto, es el de un *termostato*, que está programado para conservar el agua a una cierta temperatura, el termostato con sus propios mecanismos eléctricos consigue mantener la misma temperatura sin ningún cambio el agua

## Fases del ciclo vital familiar según diversos autores.

Aldous, 1978	Durvall, 1957	Barnhill y Longo 1978 (transiciones)	Haley, 1980	Minuchin y Fisham, 1981	Pittman, 1990	Carter y McGoldrick 1989
			Galanteo			El adulto joven independizado
Pareja recién establecida	Pareja recién establecida	compromiso	matrimonio	Formación de la pareja	matrimonio	Matrimonio
Paternidad	Paternidad (niño mayor hasta 3 años)	Desarrollo de los roles parentales	El nacimiento de los hijos	La familia con hijos pequeños	Nacimiento de los hijos	La familia con hijos pequeños
	Familia con hijos en edad preescolar (hijo mayor 3-6 años)	Aceptar la nueva personalidad del hijo				
Familia con hijos en edad escolar	Familia con hijos en edad escolar (hijo mayor 6-12 años)	Introducir al hijo en instituciones externas		La familia con hijos en edad escolar o adolescente	Comienzo de la edad escolar de los hijos	
Familia con hijos adolescentes	Familia con hijos adolescentes (hijo mayor 12-19 años)	Aceptar la adolescencia	Dificultades matrimoniales en los años intermedios		Pubertad de los hijos	La familia con hijos adolescentes
	Familia con adolescentes tardíos (hasta que el primero se va)	Experimentar con la independencia de los hijos				
Familia con jóvenes adultos	La familia como centro de lanzamiento (hasta la marcha del último hijo)	Preparación para la marcha de los hijos	El “destete” de los padres	La familia con hijos adultos	Independización de los hijos	Emancipación de los hijos y periodos posteriores
Los años intermedios	La familia postparental, los años intermedios	Enfrentarse de nuevo a la propia pareja			Envejecimiento de los padres	
Envejecimiento de la familia	Envejecimiento de la familia (tras la jubilación del padre)	Aceptar el retiro y/o el envejecimiento	El retiro de la vida activa y la vejez		Jubilación	La familia en las últimas etapas de la vida

Esquema recogido en BEYEBACH, M. y RODRÍGUEZ-MOREJAN, A.: El ciclo evolutivo familiar: Crisis evolutivas.

### **Ciclo vital de la familia.**

El ciclo vital es un constructo que empleamos para poder entender el proceso y las familias.

Aunque no es tan sencillo de observar como el ciclo vital en el individuo, la familia, como grupo dinámico, también atraviesan un ciclo vital. Pasa por varias etapas bien diferenciadas y distinguibles que tienen sus propias características y funciones y para las que es preciso que se desarrollen estrategias de adaptación a los cambios.

Las reglas de funcionamiento familiar y los objetivos que se deben alcanzar en cada etapa tienen por función conseguir el mayor nivel de adaptación posible a las exigencias de crecimiento. Ello significa que una vez adaptados a un determinado momento evolutivo, individuo y familia aprenden una forma de relacionarse que les hace tener un periodo de estabilidad que facilita el desarrollo y el cumplimiento de objetivos de ese momento por lo que habrá que generar y adoptar nuevas reglas de funcionamiento. La idea de *crisis* no es negativa en el ciclo vital, es positiva, porque es el modo de transitar hacia otro momento de la vida.

Durante las crisis se ponen en cuestión todos los principios y reglas que han sido útiles en el momento anterior, y predomina la necesidad de adaptación y cambio. La resistencia a estos cambios, dependerá de la flexibilidad de los subsistemas familiares para adaptarse a la nueva situación, existirá mayor o menor malestar. Si esta resistencia es muy grande, hará difícil el cambio para alcanzar la nueva etapa del ciclo vital.

Quizás un ejemplo ayude a aclarar estos conceptos: Cuando se forma la pareja y se inicia la vida en común, el espacio familiar es exclusivo de la relación de pareja, incluso aunque ya haya proyectos de tener hijos. Cuando se tiene hijos y se pasa a otra etapa del ciclo vital cambian las prioridades y los objetivos: la crianza, supone que los objetivos prioritarios son el de dar importancia a la socialización del hijo y a la realización de proyectos personales (como sentirse madre o padre) es el eje central alrededor del que se organiza todo el proyecto familiar. No se puede seguir funcionando igual como pareja cuando hay un hijo. Eso significa que ambos cónyuges deben renunciar a parte de esa atención dedicada uno al otro de modo exclusivo.

Una fuente de estrés en esta etapa de crianza viene directamente proporcionada por la necesidad de poner en marcha una nueva forma de organización familiar. Los padres tendrían que discutir y encontrar soluciones a determinados aspectos de la crianza, desarrollando formas de educar en las que alcanzar un acuerdo no resulta siempre una tarea fácil.

Los elementos de duelo, por lo perdido de la etapa anterior del ciclo vital, y los de discusión por encontrar pautas y normas consensuadas frente a la crianza forman un todo sumamente estresante para la vida familiar y cuya solución satisfactoria supondrá haber alcanzado la adaptación a la nueva etapa, de este

modo la resolución de esta crisis supone un mayor grado de adaptación al crecimiento.

Fases del ciclo vital:

- Emancipación de la familia de origen.
- Formalización de la relación
- Familia con hijos pequeños
- Familia con adolescentes
- Independencia de los hijos
- Tercera edad. Vejez

Según Milton Erickson (1980), los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se *disloca o interrumpe*. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital. Por ejemplo el ataque de angustia que sufre una madre al nacer su hijo está expresando la dificultad de la familia para pasar a la etapa de la crianza, otro síntoma es la drogadicción en la adolescencia, la mayor parte de las personas que desarrollan problemas de adicción lo hacen durante la adolescencia. Según Haley (1985), durante la etapa del ciclo vital de la adolescencia el joven, debe distanciarse emocionalmente de la familia, diferenciarse y afirmarse en su identidad. Por parte de la familia existe dificultad de dejar al adolescente que se individúe y se diferencie de sus padres buscando mayor autonomía de los adultos. Existe una serie de mecanismos en las familias que se denominan de retroalimentación negativa que tienden a minimizar los cambios y permitir que las familias permanezcan unidas, soportando las tensiones impuestas por el medio y por los miembros.

Y en muchos de los casos según Stanton y Todd (1988), el ciclo adictivo forma parte de un patrón familiar que involucra un complejo sistema homeostático de mecanismos de retroalimentación entrelazados que sirven para conservar la adicción y en consecuencia la estabilidad familiar. Los cambios que introduzca el terapeuta se verán contrarrestados por la retroalimentación negativa que caracteriza a los sistemas patológicos.

### **La información.**

La información alude al modo en que los miembros de la familia se comunican unos con otros. En familias conflictivas se han observado muchas formas patológicas de comunicarse, una de las cuales sería la contradicción entre el mensaje verbal y no verbal (analógico y digital).

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que la comunicación familiar se produce en dos niveles simultáneos: el nivel *de contenido* y el nivel *relacional*, siendo este último el que clarifica al primero, pues alude a qué tipo de mensaje debe entenderse que es el que se emite y, por tanto, a la relación entre los comunicantes.

Las relaciones patológicas se caracterizan por una constante lucha por definir y controlar la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto del contenido se vuelve cada vez menos importante.

Debido a ello, estos sistemas suelen ser los que como mayor frecuencia presentan y/o mantienen problemas como una adicción.

## **2.- La familia del adicto**

Se han realizado varios intentos de justificar y explicar el abuso de drogas como fenómeno familiar.

Así, Noone y Reddig (1976) encuentran en la adicción un factor de estabilización familiar mientras que Haley (1976) y (Becona,1999) consideran que la familia está atascada en una etapa del ciclo vital evolutivo como resultado de lealtades y conflictos no resueltos.

Otros autores entienden que los problemas de pérdidas, duelos y angustia de separación en la familia se perpetúan en el patrón de abuso de drogas mientras desde una perspectiva menos lineal Staton y Todd (1988) sugieren que la drogadicción puede considerarse como parte de un proceso cíclico que involucra a tres o más individuos, comúnmente al adicto y a sus dos padres, en el que la conducta del adicto cumple una importante función protectora y contribuye a conservar el equilibrio homeostático del sistema familiar.

Por otro lado se ha trabajado, en diferentes estudios en los últimos años para intentar determinar las características mas frecuentes de las familias de los adictos. Ausloos (1998) distingue entre familias de transición caótica, estas familias las encontramos entre personas que han desarrollado conductas disociales y también entre personas con drogodependencias y las familias de transición rígida, con frecuencia las encontramos en individuos que han desarrollado patología mental de la esfera de la psicosis y también entre personas que desarrollan trastornos de la conducta alimentaria.

De las primeras que son las que acuden a los servicios de drogodependencias, habría que destacar su fuerte tendencia a los cambios, no poseen normas estables sino que estas se encuentran en un proceso constante de cambio. Las fronteras y los límites son en estas familias muy abiertas y permeables. Los comportamientos de sus miembros son desordenados, no hay unión entre ellos, buscan a alguien que arbitre entre ellos.

Ausloos (1998) extrapola de su trabajo con familias, unas características generales:

1. El adicto suele ser rechazado por el padre del mismo sexo ya que es el único objeto de amor del padre del sexo contrario en perjuicio de la pareja.

2. Respecto a los hermanos del adicto, si éste no es el mayor, entonces el que ocupa el primer lugar suele presentarse como hijo ideal y responsable, ejerciendo funciones parentales.

Cancrini describe cuatro categorías de adicciones en su clasificación afirmando que existe una relación entre la organización psicológica individual, el síntoma y la organización familiar.

En su trabajo pionero sobre las drogodependencias Cancrini distinguía cuatro tipologías de adicciones, que denomina con las letras A,B,C y D. Su clasificación tiene como base las diferentes formas de consumo de la sustancia, diferentes trastornos psicológicos o psicopatológicas de los adictos que anteceden al consumo adictivo y las distintas formas de funcionamiento de las familias.

#### A.- Tipo Traumático (adicción traumática).

La adicción surge ante un hecho traumático que envuelve a toda la familia de origen (muerte de un miembro, ruptura de la pareja parental, etc.) y provoca un sentimiento de culpa en el sujeto. Este acontecimiento psíquico desmorona el equilibrio psíquico de la persona y, ante la imposibilidad de expresar el duelo, se produce una evolución patológica. En este caso el síntoma es funcional para el sujeto pues le permite superar el sufrimiento personal.

#### B.- Tipo Adicción de Neurosis Actual (el tipo más frecuente según Cancrini).

La estructura familiar donde se desarrolla este tipo de adicción se caracteriza por:

1. La gran implicación de uno de los padres (generalmente el del sexo opuesto) en la vida del hijo y en su adicción. Se ha demostrado en diversos estudios, que las madres de los adictos se atascan en una edad más temprana de crianza y tienden a aferrarse a los hijos y a tratarlos como si fueran menores de lo que son.
2. El papel periférico del otro miembro de la pareja parental.
3. La presencia de la estructura conocida como el triángulo perverso (Haley) consistente en una diada progenitor-hijo excesivamente apegado y el otro progenitor excluido.
4. La debilidad entre subsistemas que constituyen la jerarquía familiar
5. El desarrollo de una polarización que define el hijo adicto como "malo" en comparación con otros hijos "buenos".
6. Un sistema familiar caracterizado por mensajes contradictorios, paradójicos y por conflictos que se desarrollan rápida y violentamente.
7. La existencia de un conflicto no resuelto entre los padres que se mantiene oculto por el síntoma del hijo.
8. Si los padres están separados, el hijo mantiene una unión cómplice mediante sus problemas para que los padres sigan juntos.

Este tipo de adicción, es la más frecuente y sería propia de adolescentes en vías de individualización o de jóvenes adultos en fase de abandono del hogar. Esto hace que haya discusiones continuas. La familia esta congelada en el tiempo, y ha hecho una especie de regresión a un momento anterior de su ciclo vital donde las cosas funcionaban: está bloqueado el proceso de emancipación y de independencia. Gracias a eso el sistema familiar subsiste aunque sea con un hijo adicto.

Al reflexionar sobre este modelo de funcionamiento familiar podemos entender las dificultades del adicto para dejar sus conductas adictivas, tanto por la utilidad que tiene para su propio funcionamiento psicológico, como para su familia.

#### C.- Adicción Transicional.

El tipo C se puede desarrollar en casos de trastornos graves de personalidad. Las características más importantes en el sistema familiar son:

- Excesiva implicación de ambos padres en el problema del hijo.
- El tipo de comunicación es a través de mensajes paradójicos e incongruentes.
- No tienen consciencia de los problemas psicológicos del otro, y tendencia a utilizar los propios para resolver cuestiones de poder en el sistema familiar.
- Polaridad entre los hermanos en parámetros de "éxito-fracaso"

Desde el punto de vista de dar una respuesta terapéutica, la adicción Transicional presentan situaciones que son a menudo bastante difíciles. Los casos más graves inicialmente rechazan la ayuda, y los casos menos graves no piden ayuda hasta alcanzar una etapa de cronicidad.

#### D.- Adicción Antisocial y sociopática.

Presenta rasgos comunes con familias desligadas, familias que generalmente pertenecen a clases sociales bajas cuyos miembros parecen moverse aisladamente y existe un desarraigo, mostrando no tener ninguna interdependencia. El uso de las drogas en estos sujetos es una forma de autodestrucción y de estar en la ilegalidad, presentan problemas de adaptación antes de que comience la adicción. Suele tener una personalidad antisocial o psicopática y tienden a expresar el conflicto a través de sus actuaciones (violencia, delitos...)

Stanton y Tood describen un modelo prototipo para las familias de adictos varones en el cual la madre tiene una relación protectora, permisiva y dramática con el adicto, que es colocado en una postura de "niño protegido y favorecido".

Es definida por la madre como el bueno y como el más fácil de criar. La figura del padre es definida como periférica, no comprometida, débil o

ausente y la relación padre-hijo es descrita por el adicto como negativa con una tensa e inconstante disciplina. Un número de padres manifiestan problemas de alcohol (u otros similares a la adicción).

Schwarteman distingue entre dos tipos de padre de adicto. El hombre de paja, que es autoritario, violento pero frágil y controlable por la madre y el distante, que es claramente secundario a la madre en términos de poder dentro de la familia. En este punto me parece interesante incluir un estudio de Vaillant (1973) en el que encontró que los adictos que se mantuvieron abstinentes después del tratamiento no residían con sus padres y que la cura estuvo asociada para ellos a no vivir con los padres o parientes.

### **3.-Las familias que acuden a una Comunidad Terapéutica**

¿Qué se pretende con esta tipología familiar?. Recogemos aquí todas aquellas familias que acuden al servicio de CT, analizando una serie de características e intentando agruparlas en una serie de tipos, de forma que podamos aportar algunas claves para la intervención familiar. Numerosos estudios indican que la familia posee un papel central tanto en las dinámicas patológicas que causan, mantienen o son consecuencia de tales fenómenos como en sus posibles soluciones.

Debido a ello, desde hace unos años se considera la intervención familiar como uno de los factores que más contribuye al éxito de los procesos terapéuticos. Esto no ha sido siempre así, en algunos contextos se ha considerado a la familia como sabotadora de los esfuerzos realizados para ayudar al drogodependiente y en ocasiones incluso se les culpabilizaba de los problemas que sufrían sus hijos

Teniendo todo esto en cuenta el objetivo es agrupar a las distintas familias según algunas características relacionales y estructurales, de forma que su diferenciación pueda servirnos para analizar las dificultades y las ventajas a la hora de trabajar con las familias.

#### **Familia sobre-protectora**

Encontraremos que uno de los progenitores lleva el control de la familia y el otro acepta dicha situación. A veces uno de ellos es una figura de "paja", autoritaria y violenta, pero manejable por el otro que es realidad quien tiene el control y toma las decisiones. En otros casos es una figura pasiva y gris que delega totalmente en el otro. En ocasiones la debilidad de uno hace que existan alianzas con el hijo que ocasionan que se produzca una mayor delegación en sus responsabilidades dentro de la familia.

Estas actitudes de sobreprotección hacen que el hijo sea incapaz de lograr autonomía personal, originándole un sentimiento de inseguridad y de inferioridad. La dependencia de la droga es el foco de todos los problemas de la familia.

### **Familia desestabilizada o multiproblemática**

Nos encontramos con que uno de los progenitores, con mayor frecuencia la madre "sacrificada", es la víctima que carga con todos los problemas de la familia. Se refugia en el hijo, a veces en clara simbiosis con él.

Esta madre puede estar en tratamiento con antidepresivos o tranquilizantes. El otro progenitor despreocupado, periférico y extraño está mucho tiempo fuera de casa, puede tener alguna conducta adictiva (juego, alcohol).

En otras ocasiones, los dos miembros son despreocupados con respecto a los hijos o están ausentes, pueden estar separados o tener ambos problemas de adicciones o alguna patología mental.

La ausencia de los padres, real o afectiva, puede provocar en muchas ocasiones carencias afectivas básicas en el hijo drogodependiente que determinaran su inmadurez personal.

EL negativismo familiar, la crítica y el desánimo hace que la persona no adquiera confianza y busque apoyo, identificación y sentido de pertenencia en un grupo externo.

El hijo actúa como síntoma, manteniendo su conducta el equilibrio del sistema familiar, no permitiendo que afloren o emerjan otros problemas familiares. El consumo de drogas puede verse como adaptativo o funcional en el núcleo familiar, el hijo se encuentra en el centro del conflicto de pareja. No existe una individuación y sigue sin cortar el cordón umbilical, en la etapa generalmente del ciclo vital de la adolescencia. Esta ruptura del cordón umbilical, provocará una crisis en el sistema familiar

### **Familia rígida**

Padres muy rígidos y punitivos. Al menos uno de ellos es muy autoritario y el otro, si no lo es, admite esa situación y está siempre de acuerdo con su forma de actuar. Pretenden generalmente conseguir el control del hijo.

En ocasiones pueden ser profesionales con cierto prestigio, muy preocupados por la imagen social y por la opinión de familiares y amigos. Existe resentimiento y rencores por el comportamiento disruptivo del hijo.

Puede ser una familia en la que la falta de diálogo y de comunicación, ocasiona que los hijos no sean capaces de enfrentarse a los problemas, con la consiguiente baja autoestima que esto conlleva. Las actitudes rígidas llevan consigo en muchas ocasiones que los hijos no puedan descubrir sus propias capacidades.

Presentan dificultad para recuperar la comunicación dentro de la familia y para que el drogodependiente se sienta integrado y parte de la familia.

Pueden mantener en secreto el problema del hijo ante los familiares y amigos, ya que por su posición social lo consideran deshonoroso supondría admitir un fracaso en sus funciones parentales, por lo que consideran al hijo "oveja negra" de la familia. Están sorprendidos y no acaban de aceptar que ese problema haya sucedido en una familia como la suya.

### **Familia Débil**

Los padres no asumen el rol de autoridad en la familia, bien porque sean mayores, bien porque están muy cansados de toda esa situación, o bien por sus propias características personales. Consienten todo lo que el hijo quiere. Son muy débiles ante el hijo.

Los hijos se suelen mover por apetencias o impulsos. Tienen la autoridad en casa, los padres no actúan por miedo o dejadez. Son drogodependientes cronificados, con muchos años de consumo y habiendo realizado varios tratamientos sin éxito.

### **Familia Provisional.**

Son familias que generalmente no vivían con el drogodependiente y que apenas mantenían ninguna relación. En ocasiones, incluso, puede suceder que hace meses o años que no se comunican.

Acuden al tratamiento porque se ha hecho una petición por parte del usuario o del equipo técnico, para que participen en el tratamiento, pero dejan claro que no se van a implicar en el mismo y que su relación será limitada en el tiempo. Algunas veces, esto puede cambiar en el transcurso del proceso de tratamiento, al observar el cambio realizado, restableciéndose la comunicación entre ellos. Pero en otras ocasiones, son muchas las resistencias que se presentan y no se producirán apenas cambios.

### **Problemas individuales dentro de la Tipología Familiar**

Dentro de las distintas tipologías familiares encontramos situaciones o problemas individuales a reseñar, por un lado porque tienen una trascendencia en el tratamiento y por otro lado porque contribuyen de manera importante a configurar una determinada forma de funcionamiento familiar.

- Problemática de pareja. Encontramos cada vez más parejas de padres en una situación de dificultad relacional, en tramites de separación que mantienen la formalidad de la convivencia cotidiana en condiciones muy desfavorables.
- Problemas psicológicos. Nos encontramos también con familias en las que algún miembro, la mayoría madres, presentan, trastornos del estado de animo , motivo por el cual están recibiendo algún tipo de tratamiento.
- Problemas de adicción. Hay familias en las que uno de los progenitores, con mayor frecuencia el padre, presentan una adicción al alcohol. En la mayor parte de los casos este problema de alcoholismo, estaba presente ya

durante la infancia del drogodependiente y este ha sido espectador y participe de discusiones, disputas y peleas ocasionadas por ello en el ambiente familiar.

#### **4.- INTERVENCION FAMILIAR EN C.T.**

Lo expuesto hasta aquí, nos permite decir que la intervención ante un problema adictivo debe implicar siempre que sea posible a la familia, porque como dice Cancrini está también en la familia la posibilidad de cambio.

La Comunidad Terapéutica tiene muchas similitudes con el sistema familiar, tanto en su estructura, organización, como en las funciones. Podremos decir que la CT puede llegar a ejercer de familia **sustituta**, y servir al usuario o paciente como aprendizaje para luego aplicar lo experimentado y aprendido en la suya propia.

El proceso de pertenencia familiar es determinante para que el individuo realice una evolución en su estructura personal y para ayudarle a conseguir un grado de individuación y autonomía, siendo estos aspectos, como hemos visto anteriormente, una de las disfunciones o dificultades en las familias drogodependientes.

Así en la definición que hace Maxwvel Jones sobre Comunidad Terapéutica (1968) al paciente se le concede un rol importante y activo en el proceso terapéutico, corresponsabilizándolo en su propio tratamiento y un comprometiéndolo de forma que se ayude así mismo y también al resto de usuarios. Cada uno va asumiendo responsabilidades y participando activamente en las actividades de la C.T. En definitiva debe llegar a sentirse parte de la C.T y por tanto perteneciente a ella.

Homans define la familia como “un cierto numero de personas que se comunican entre si, a menudo durante un tiempo bastante largo, y que son suficientemente poco numerosas para que cada uno pueda comunicar con todos los otros, no indirectamente a través de otras personas sino cara a cara”. (1987). Esta definición pone el acento en la comunicación y en la interrelación con otras personas, puede ser extrapolarse a las comunicaciones en una CT. Y es que, un aspecto reseñable que caracteriza a la CT, es la importancia que se le da a la comunicación entre los pacientes- usuarios.

Según Kooyman (1993) En CT se realiza un aprendizaje social mediante la interacción entre las personas que conviven en la CT, que les proporciona un mejor manejo en las habilidades sociales y un mayor sentimiento de autoestima. La convivencia entre personas de distintas generaciones favorece los aprendizajes (jóvenes de 20 años, con adultos de 45 años). Se puede aprender sobre la propia familia, pudiendo establecer una distancia emocional óptima en las relaciones internas, límites claros entre los subsistemas familiares, y se previene que se produzcan las “triangularizaciones” y se

superan las fronteras intergeneracionales entre padres e hijos, como indica Cancrini. Nos encontramos con casos de drogodependientes que están ocupando el rol de su progenitor mientras que ellos en su familia de origen han seguido manteniendo una relación simbiótica generalmente con la madre.

En las CCTT se incide en que las comunicaciones sean claras, en los dos niveles digital y analógico. Como dice Maxwel Jones "una lección importante que se aprende en una CT es la diferencia entre lo que una persona dice y lo que hace. Es mi conducta la que determina lo que soy". La comunicación en las familias de adictos como hemos visto anteriormente, es una comunicación patológica, existiendo claras disfunciones entre lo que se dice y lo que se hace.

Cada miembro en la CT es capaz de expresar opiniones y emociones diferentes sobre los demás y pueden comunicar sus miedos, inquietudes e ilusiones. Todas estas interrelaciones e intercambios son muy ricos para que luego exista una buena comunicación en su familia.

Muchas familias así lo han entendido, en la investigación realizada por Iñaki Rodríguez (2002) sobre un grupo de familias en que alguno de sus miembros había realizado tratamiento en una CT, al preguntar sobre el tipo de cambio que se percibía en el paciente, contestaron que el más significativo se refería a la mejora de convivencia con la familia, seguido del aumento de la responsabilidad, la mejoría de la convivencia con los demás, la aceptación de las normas, el aprendizaje de nuevos hábitos de vida y la mejoría de la autoestima. Todos estos aspectos hablan de una mejora en los procesos de socialización, una función importante como hemos visto anteriormente de la familia.

También a las familias se les pregunto sobre que tipo de intervención en la CT, había influido más en los cambios de los pacientes, las respuestas más numerosas hablan de las terapias de grupo, el conjunto de normas y la asunción de responsabilidades.

Otro aspecto importante que hay que tener en cuenta, es que una de las principales causas del cambio en el comportamiento de las personas dentro de una CT es la implicación emotiva que se establece en las relaciones, tanto entre los iguales como con el equipo de profesionales. Y lo quieran o no, los miembros del equipo adquieren el rol de "padres" de la nueva familia del residente (Kooyman, 1993). Es el propio grupo, la dinámica y estructuración del mismo, así como el acompañamiento del equipo de técnicos, los que procuran el ambiente idóneo para que se produzca el cambio. La comunidad se estructura para poder dar respuesta a los vínculos familiares que van aparecer en las relaciones con los otros y con el equipo terapéutico. Es este el que deberá instrumentalizar los roles que jugaran los miembros del equipo y las situaciones transferenciales y contratrasferenciales, serán elementos muy ricos que ayudarán al cambio familiar de los residentes. Por lo tanto el equipo de trabajo pasa a ser "la herramienta principal de una CT" (Roldan 2002)

La CT como **potente instrumento terapéutico nos posibilita trabajar en un nuevo sistema algunas de las funciones de la familia**, que pueden encontrarse deterioradas o alteradas. Sin caer en el riesgo de que las familias **deleguen o depositen** los problemas en la comunidad, con la pretensión de desentenderse de los mismos, evitando que afloren sentimientos de culpa o que se produzca un alejamiento de las tensiones por parte de la familia. Los terapeutas de CT tienen que tener en cuenta e incorporar al máximo a la familia de forma que la familia no sea ajena a los cambios del usuario y puedan producirse modificaciones en el sistema familiar.

Así la experiencia nos constata, que en algunos casos que no se ha trabajado con la familia, mientras el hijo o familiar ha estado ingresado en CT, al finalizar su proceso, incorporarse a su familia y ver que el ambiente familiar continua sin ningún cambio, se vuelve a funcionar como antes. De esta forma viven su proceso con desencanto, sintiendo que no ha servido para nada su esfuerzo, provocando situaciones de crisis y de recaída, para volver a ingresar en CT donde se sienten protegidos y entrar en una dinámica de “no cambio” incorporando de este modo a la comunidad para mantener la homeostasis familiar. Culpabilizando del “no cambio” a la familia y desresponsabilizándose el usuario de su parte en el problema.

Este aspecto hay que tenerlo más en cuenta en pacientes adolescentes que ingresan en las CCTT, en muchos casos la razón de su ingreso en CT se encuentra en la imposibilidad de que los padres venzan sus diferencias y lleguen a acordar líneas de trabajo comunes en el seguimiento de un tratamiento ambulatorio. Esta propuesta no hace posible que la familia afronte el bloqueo de la etapa del ciclo vital de la adolescencia y la viva de una manera más saludable para todo el sistema familiar.

En estos casos se valora que el paciente empiece su recuperación fuera de la familia, en una CT, pero será importante no olvidar que el resto de la familia necesitará entender esto y por lo tanto habrá que seguir trabajando con la familia. El equipo terapéutico debe aceptar que los ritmos y los tiempos de cambio que van realizando hijo y familia no siempre están sincronizados.

El sistema familiar necesita su tiempo para cambiar, pero también hay que tener en cuenta que la familia tiene capacidades y potencialidades para generar cambios importantes en todo el sistema, por lo tanto las intervenciones del terapeuta familiar deben ir encaminadas, a posibilitar que afloren todas esas capacidades para que surja el cambio.

El promover que sigue el residente en la comunidad le va ayudar a cambios en su familia, **será oportuno introducir intervenciones y técnicas psicoterapéuticas específicas desde un enfoque familiar (terapias familiares, multifamiliares, individuales y de grupo).**

## **Técnicas e intervenciones específicas**

A continuación describimos técnicas, intervenciones de grupo y de Terapia familiar, que pueden ser de utilidad a la hora de abordar el trabajo familiar en una Comunidad Terapéutica.

### **1. Entrevista familiar al ingreso en CT del nuevo usuario.**

Realizar una entrevista familiar cuando el familiar ingresa en CT, con el objetivo de informar y explicar el proceso que va a seguir el usuario. Es importante que se haga una buena acogida y se transmita la importancia que tiene la implicación y colaboración del sistema familiar en dicho proceso, como hemos visto, son parte de la solución del problema. De esta forma se les hace ya partícipes del tratamiento.

### **2. Elaboración de un diagnóstico relacional del funcionamiento familiar.**

Elaborar un diagnóstico relacional del funcionamiento del sistema familiar, nos ayudará a realizar un plan de trabajo. Se pueden utilizar una serie de técnicas como:

- Elaboración del Genograma. Que nos sirve para trazar a través de la representación gráfica la estructura familiar. Una vez que se ha trazado la estructura familiar podemos comenzar a agregar información demográfica, sobre el funcionamiento familiar, descripción de las relaciones familiares (fusionados, unidos, distantes apartados conflictivos).
- Reconstrucción histórica de las fases evolutivas del ciclo vital familiar. Se realizara en una entrevista con la familia de origen del usuario, según Cirillo (recomendamos consultarlo en su libro "La familia del toxicodependiente), la reconstrucción con la familia de su historia emocional y relacional constituye un potente factor de cambio, permite explorar el síntoma desde un enfoque trigeneracional (hay pautas familiares que pueden transmitirse de generación en generación) que no culpabiliza directamente a nadie, ofreciendo a cada uno de los miembros de la familia la posibilidad de expresar sus sentimientos y ver que todo el sistema ha sufrido, no solo el paciente identificado.

### **3. Grupo monográfico de psicoterapia.**

Grupo de psicoterapia monográfico sobre las vivencias del usuario con su familia de origen. En él se abordaran con diferentes técnicas las experiencias de relación con la familia.

### **4. Grupo de Terapia Familiar.**

Sesión de terapia con todo el sistema familiar(familia/usuario). En estas sesiones se reconstruirá la historia emocional y relacional, ofreciendo a los miembros de la familia la oportunidad de hacerse consciente de todo lo ocurrido, reconocer por parte de todos sufrimientos y responsabilidades, de este modo se puede propiciar un cambio. Esta sesión al terapeuta le servirá para planificar un trabajo con la familia, que se concretará en las salidas que el usuario venga a realizar al domicilio familiar.

#### **5. Salidas al domicilio familiar.**

Las salidas programadas con la familia, tendrán objetivos concretos, servirán al usuario de entrenamiento de forma que se pueda mejorar la comunicación, sea posible afrontar problemas y se puedan producir las adaptaciones precisas a los cambios de conducta observables en el usuario.

#### **6. Grupos de revisión sobre las salidas de fin de semana.**

Los grupos de revisión sobre las salidas. Revisaran si se han cumplido los objetivos previstos y las dificultades que se han encontrado.

#### **6. Entrevistas familiares.**

Entrevistas Familiares. Tienen por objetivo recoger la información sobre lo acontecido en el fin de semana. Se verifica el grado de cumplimiento de los objetivos previstos. Aporta una mirada distinta sobre la evolución del usuario y sobre la repercusión que tiene esta en el funcionamiento familiar.

#### **7. Reelaboración de la vivencia de la historia familiar.**

Al termino del proceso de tratamiento del usuario parece interesante que este pueda contar y se pueda recoger por escrito la vivencia de su historia familiar.

Hay estudios que sustentan estas intervenciones. En 1995 el Nacional Institute On Drug Abuse (NIDA) en el número 156 dedica un capítulo a una revisión sobre los tratamientos basados en intervenciones familiares de las que destacan los siguientes aspectos:

- Se ha demostrado que la terapia familiar ayuda a que los pacientes permanezcan más tiempo en los programas de tratamiento que otras intervenciones terapéuticas.
- Los resultados terapéuticos son superiores, en términos de remisión de las conductas de adicción, al compararlas con la Terapia Grupal, educación de Padres o intervención multifamiliar.

En 1997 Stanton y Shadish publicaron un meta-análisis cuyo objetivo era comprobar los resultados que obtienen los tratamientos de drogodependientes cuando se utilizan técnicas de intervención familiar. Dicho trabajo analiza en profundidad un total de 15 estudios seleccionados que cumplieran los siguientes criterios:

- El síntoma de primer interés era la adicción
- Incluyen dos o más tratamientos en la comparación, de los que uno de ellos es cualquier intervención familiar o de pareja.
- Los casos se distribuían aleatoriamente en cualquiera de los tratamientos.

La muestra completa de este estudio asciende a 1.571 casos y fue diseñada de forma rigurosa a nivel metodológico. Sus principales conclusiones fueron las siguientes:

- Los pacientes que recibieron terapia familiar o de pareja manifestaban de forma significativa menor uso de drogas después del tratamiento que los que recibieron otros tipos de terapia no familiar, tanto en adultos como en adolescentes drogodependientes.
- En los casos en los que se empleó terapia familia aumento la tasa de retención en tratamiento y, por tanto hubo menos abandonos.
- Específicamente, recibir terapia familiar fue mas eficaz que recibir consejo individual y terapia grupal. Ello no quiere decir que otros abordajes no sean eficaces aunque podrían tener mejores resultados si se combina con la terapia familiar.
- La terapia familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia (comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etc.).

Últimamente se han publicado otras revisiones exhaustivas sobre lo tratado, confirmando lo anteriormente expuesto. Sin embargo todavía queda un gran camino por recorrer para perfilar que tipo de intervención familiar es más eficaz y qué tiempo debe mantenerse dicho tipo de tratamiento.

## GLOSARIO

**Familia nuclear-** Conformada por dos generaciones, padres e hijos; unidos por lazos de consanguinidad conviven bajo el mismo techo y por consiguiente desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidad e identificación.

**Familia reconstituida-** Los componentes son dos adultos que forman una nueva familia en la cual, al menos, uno de ellos, trae un hijo fruto de una relación de pareja anterior.

**Familia monoparental-** Ocurre en los casos de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzosos ( trabajo, cárcel, migración) de uno de los padres, el otro se hace cargo de los hijos. Los progenitores solteros, en dicho caso los hijos no llegan a convivir con la pareja, ejemplo las adopciones de por parte de personas solteras.

**Homeostasis-** Es un proceso en el que se trata de mantener dentro de ciertas condiciones el estado o equilibrio del sistema.

**Retroalimentación-** Puede entenderse como un proceso por el cual el sistema regula sus respuestas a los estímulos del exterior. Alude al mantenimiento homeostático de los sistemas.

**Mensajes paradójicos-** Mensajes contradictorios y no coherentes.

**Subsistemas-** Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. La organización en subsistemas de una familia asegura el cumplimiento de las variadas funciones del sistema total, y ofrece un campo diferenciado a cada miembro para que pueda ejercer sus habilidades interpersonales a diferentes niveles. (subsistema parental, filial, fraternal y conyugal).

**Lenguaje analógico-** Lenguaje no lingüístico, corresponde a la expresión corporal, las posturas, los gestos, la inflexión de la voz, la secuencia, ritmo...

**Lenguaje digital-** Lenguaje lingüístico, posee gran capacidad sintáctica, y transfiere un enorme potencial informativo.

## BIBLIOGRAFÍA

ABEIJÓN, J.A.(1990): *"Abordaje sistémico en problemas de SIDA"*. Actas de las Jornadas de Sabadell, Barcelona.

ABEIJON, J.A.(1990): **La terapia de grupos con toxicómanos**. Roma, Ecología de la mente.

ALBELDO, M.V.; BAULENAS, G.; BORRÁS, T.; CHECA, J.: (1992) *"Sentimientos relativos a la muerte en familias con pacientes toxicómanos"*. Cáceres. Actas XIII Jornadas Nacionales de Terapia Familiar. Pags. 157-181.

ALONSO,C.; DEL BARRIO, V. (1994): *"Influencia de los factores familiares en el consumo de tabaco y alcohol"*. Madrid. Actas de las XXI Jornadas Nacionales Socidrogalcohol.

ANDERSON, C.M.: (1989) **Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación**. Buenos Aires, Amorrortu.

ANDOLFI, M. : (1993) **Terapia familiar**.Barcelona, Editorial Paidós.

AUSLOOS, G.: (1998) **Las capacidades de la familia. Tiempo, caos y proceso**. Barcelona. Editorial Herder

AYERBE, A. y otros: (1996) *"Un estudio sobre la tipología familiar de Cancrini en adictos a la heroína y su relación con el clima familiar"*. Madrid, Cuadernos de Terapia Familiar

AYERRA, J.M. y LÓPEZ ATIENZA J.L.(1993): *"Grupo multifamiliar"*. Comunicación presentada en el Congreso Nacional de Psiquiatría, Bilbao

BARATAS y DÍAZ, M.D. (1992): *"Modelo de intervención en drogodependencias"*. Madrid. Cuadernos de Terapia Familiar, nº21, págs 5-17.

BARATAS y DÍAZ, M.D.:(1992) "Los sentimientos en la intervención con pacientes afectados por VIH y SIDA". Cáceres, Actas XIII Jornadas Nacionales de Terapia Familiar, págs 151-157.

BARCA, A.; OTERO, J.M.; MIRÓN, L. SANTORUM, R.: (1986) *"Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia: Implicaciones para el tratamiento"* Madrid, Estudios de Psicología nº 25, págs. 103-109.

BECOÑA, E. (1999): **Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas**. Madrid, Plan Nacional sobre Drogas.

BELART A.; FERRER, M.:(1999) **El ciclo de la vida. Una visión sistémica de la familia**. Bilbao. Editorial Desclee de Brouwer.

BRONFENBRENNER, U. (1987): **La ecología del desarrollo humano**, Barcelona, Paidós.

CAURIN, P; SEVA, A; GALINDO, F.; AUSEJO, M.; (2004): "*Estudio descriptivo de personas drogodependientes dadas de alta en Proyecto Hombre Zaragoza entre 1988 y 2000*". Zaragoza, Anales Universitarios Españoles de Psiquiatría.

CANCRINI, L.:(1982) **Los temerarios en las máquinas voladoras**. Buenos Aires, Nueva Visión

CASTILLON, B.;CAMPOS, C.; JOSA C.; (2004): "*Estudio descriptivo entre el trastorno dual y los estilos educativos parentales en la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre del Centro de Solidaridad de Zaragoza*" Zaragoza, V Congreso Nacional y VI Europeo sobre Trastornos de personalidad

CIRILLO, S. y colaboradores (1999): **La familia del toxicodependiente**. Barcelona. Editorial Paidós.

COMAS, D. (2006): **Comunidades terapéuticas en España**. Madrid, GID

COMAS, D. (2002): **Historia y situación actual de las comunidades terapéuticas en España**. Bilbao, Universidad de Deusto.

COMAS, D. (1988): **El tratamiento de las drogodependencias y las comunidades terapéuticas**. Madrid, Plan Nacioal sobre Drogas.

DE VEGA, J.(1994): "*Formación de equipos en intervención sistémica con adictos*". Vitoria, Actas XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar. Págs. 315-323,

DÍAZ FERNÁNDEZ, O.; SANABRIA CARRETERO, M.; SANABRIA CARRETERO, P.:(1992) "*Terapia familiar con toxicómanos: Principales enfoques y eficacia*". Madrid, Cuadernos de terapia familiar nº 19, págs. 17-29.

GARCÍA BARADACCO, J.E. (1990): **Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar**. Madrid, Tecnipublicaciones

GIRÓN GARCÍA, S.; MARTÍNEZ DELGADO, J.M.; GONZÁLEZ SAIZ, F.: "Drogodependencias Juveniles: Revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia" Madrid, en Trastornos adictivos nº 4 págs 161-170.

ERICKSON, M, (1980): **Terapia no convencional**. Buenos Aires, Editorial Amorrortu.

FOSTER, S.; GURMAN, A.S. (1988): **Psicoterapias contemporaneas. Modelos y métodos**. Bilbao, Desclee de Brouwer.

FISHAM, H y ROSMAN, B. (1990): **El cambio familiar. Desarrollo de modelos.** Barcelona, GEDISA.

HALEY, J. (1985): **Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar.** Buenos Aires, editorial Amorrortu.

IMBER-BLACK y otros (1990): **Rituales terapéuticos y ritos en la familia.** Barcelona, GEDISA.

JONES, M. (1968): **Más allá de la Comunidad Terapéutica.** Buenos Aires, Geniter.

KALINA, E.(1987): *"La familia del drogadicto: 15 años de experiencia"* Valencia, Drogalcohol, vol. 4.

KOOYMAN, M. (1993): **La Comunidad Terapéutica para drogodependientes.** Madrid, Editorial Mensajero.

LINARES, J. (1996): **Identidad y narrativa: la terapia familiar en la práctica clínica.** Barcelona, Paidós.

MINUCHIN, S.(1979): **Familias y terapia familiar.** Barcelona, GEDISA.

MINUCHIN, S.(1993): **La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación.** Barcelona, Paidós.

MUSITU, G.: (2006): *"Vida familiar y consumo de drogas"*. Valencia, Congreso Familia y Drogas de la FAD.

PALACIOS AJURIA, L. (2003): **Abordaje multifamiliar de las adicciones.** Madrid Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

PAPP, P. (1994): **El proceso de cambio.** Barcelona, Paidós.

PITTMAN, M; FRANK, S. (1990): **Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis.** Buenos Aires, Paidós.

RODRIGUEZ I.(2002): *"Evaluación de la eficacia de los tratamientos en Comunidad Terapéutica: la visión de los usuarios y sus familias"*, en Abeijon J.A y Pantoja, P.(2002). **Comunidades Terapéuticas : pasado , presente y futuro**, Bilbao Universidad de Deusto.

RODRIGUEZ, M. y SANZ, M.R. (1987): *"Estudio sobre drogadicción: Una aproximación a la estructura familiar del toxicómano."* Clínica y análisis grupal, vol. 10, nº 3. págs. 101-109.

ROLDAN, G. (1994): *"Droga dependencia y grupo"*. Barcelona, Revista Clínica y Análisis grupal, nº 67

ROLDAN, G (2002).: *"La función de la comunidad terapéutica, ayer y hoy"*, Abeijon J.A y Pantoja P. (2002) **CCTT: pasado, presente y futuro**, Bilbao Universidad de Deusto

SORIANO MOMPÓ, F.(1985): *"Psicoterapia familiar con drogodependientes"*. Valencia, Drogalcohol vol. 10, nº 3 págs. 101-109.

STANTON, M.D. y TODD, T.C.(1988): **Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas**. Barcelona, GEDISA.

VAILLANT, G.E. *"A twenty year follow up at New York narcotic addict"*. Archives of General Psychiatry. 29 pp 237-241. 1973