



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional  
Programa de Profundización en Psicología Clínica

## Nombre del trabajo

“Codependencia familiar; factor de riesgo en la recaída del adicto a drogas en proceso de recuperación”

## Tipo de investigación

Investigación descriptiva documental

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Juan Carlos Robelo Santillán

Director: Lic. Javier Tadeo Sánchez Betancourt

Dictaminador: Lic. Gustavo Montalvo Martínez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 19 de junio de 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos.**

Quiero a través de estas breves líneas expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a aquellas personas que con su ayuda han permitido la realización del presente trabajo, por la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia y amigos, agradezco de manera especial al Lic. Javier Tadeo Sánchez Betancourt, Director de esta investigación, por la orientación, supervisión y el apoyo siempre recibido durante la realización de la misma.

# Índice

Introducción .....	1
CAPÍTULO I ADICCIONES .....	2
1.1 Definición de adicción o dependencia. ....	2
1.1.1 Estadísticas de drogadicción.....	6
1.2 Proceso de recaída .....	9
1.3 Clasificación de drogas .....	12
1.4 Factores de riesgo y factores de protección.....	14
1.5 Aprendizaje social .....	18
CAPÍTULO II CODEPENDENCIA .....	23
2.1 Definición: características y conductas de la codependencia .....	23
2.2 Desarrollo de la codependencia .....	27
2.3 Aproximaciones teóricas de la codependencia .....	30
2.4 Criterios diagnósticos de la codependencia.....	32
CAPÍTULO III CONTEXTO FAMILIAR .....	38
3.1 Modelos familiares: Funcionalidad y disfuncionalidad .....	38
3.1.1 Familia Disfuncional .....	38
3.2 Familia y adicción.....	40
3.2.1 Estudios sobre familia y drogas .....	46
3.3 Proceso de ingreso a un tratamiento .....	48
3.4 Familia y codependencia .....	50
CAPÍTULO IV INTERVENCIÓN .....	52
4.1 Prevención de Recaídas.....	52
4.2 Modelos de Intervención.....	55
4.2.1 Intervención: Terapia Familiar .....	56
4.2.2 Modelo Cognitivo-Conductual .....	62
4.3 Prevención de recaídas en el paciente adicto: TCC .....	64
Conclusiones .....	65
Bibliografía .....	69

## **Introducción**

La dependencia o adicción se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas compulsivos, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. En la presente investigación se abordará la adicción y su relación con la codependencia.

En el capítulo uno se aborda los factores de riesgo y protección relacionados con esta enfermedad. Se subraya la importancia del enfoque preventivo y se analiza el proceso de recaída.

La codependencia, su definición, características y conductas diagnósticas se explican en el capítulo dos. Se analiza el desarrollo de la codependencia y se explica en sus diferentes aproximaciones teóricas. Por último, se expone los criterios diagnósticos de esta conducta.

En el capítulo tres se analiza el contexto familiar y su importancia en relación con la codependencia y la adicción. Se identifican los modelos familiares: tanto en su contexto funcional como disfuncional, describiendo las características de cada uno. Se revisa la relación que existe entre familia y adicción y cómo influye el tipo de familia en el inicio del tratamiento.

El capítulo cuarto profundiza el tema de la prevención de recaídas y su relación con el tratamiento o intervención. Se explican diversos modelos de intervención indicados para el tratamiento de la codependencia y la adicción haciendo énfasis en el modelo de intervención familiar y el modelo cognitivo-conductual. Por último, se ahonda en la prevención de recaídas desde el punto de vista de la terapia cognitiva-conductual

## CAPÍTULO I ADICCIONES

### 1.1 Definición de adicción o dependencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una adicción es (OMS, 2013):

"Una enfermedad física y psico-emocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación".

La dependencia o adicción se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas compulsivos, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. Las drogas, son "las sustancias de uso no médico con efectos psicoactivos capaces de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento y son susceptibles de ser auto-administradas" (Secretaría de Salud, 2016).

La droga por lo tanto, provoca una alteración del estado de ánimo y son capaces de producir adicción en el sujeto. Dichas sustancias se consideran como ilegales, sin embargo también diversos psicofármacos y sustancias de consumo legal puede causar adicción o dependencia.

La dependencia que pueden causar se puede clasificar de forma general en 2 niveles (Olivencia y Cangas, 2003):

1. Dependencia psicológica: Compulsión a consumir periódicamente la droga (la que sea) para experimentar un estado afectivo positivo: placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etcétera, o librarse de un estado afectivo negativo (aburrimiento, timidez, estrés, etcétera).
2. Dependencia física: Al incorporarse la sustancia adictiva al metabolismo del sujeto el organismo se habitúa a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que requiere dicha sustancia a un determinado nivel en sangre para funcionar de acuerdo al estado de ánimo que provoca, al descender por debajo de un cierto umbral aparece el Síndrome de Abstinencia:

"El conjunto de signos y síntomas que aparecen al cesar bruscamente el consumo de una sustancia y que desaparece al volverla a consumir y es característico de cada droga" (DSM-IV-TR, 2003).

Sin embargo, la dependencia psicológica y física son dos procesos que van íntimamente ligados ya que todos los fenómenos psicológicos tienen una base orgánica en el SNC. El DSM-IV-TR define como dependencia a sustancias (DSM-IV-TR, 2003):

"Conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella".

### **Tabla 1. Síndrome de dependencia, DSM-IV-TR**

---

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a la instauración del resto de las características del síndrome más rápidamente de lo que sucede en individuos no dependientes.

---

A continuación se presentan un resumen de los criterios diagnósticos que plantea el DSM-IV-TR:

1. Tolerancia:
  - a. Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o efecto deseado.
  - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia:
  - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.

- b. Se toma la misma sustancia o alguna muy parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen causados por el consumo de la sustancia.

Es necesario señalar el *Craving* que hace referencia a un deseo extremadamente intenso e irrefrenable de autoadministrarse una sustancia. El *craving* puede aparecer semanas o meses después de haber abandonado el consumo y superado el síndrome de abstinencia agudo. Además, hay otro estado que puede presentarse que es la Intoxicación aguda, la cual el DSM-IV-TR la define como (DSM-IV-TR, 2003):

"Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas".

El DSM-IV-TR también señala las pautas para el diagnóstico (DSM-IV-TR, 2003):

"La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La

recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia".

Los fenómenos de dependencia, intoxicación y abstinencia no aparecen en todas las sustancias. La frecuencia con la que se presenta cada uno de los trastornos tampoco es la misma pues depende tanto del paciente como de la sustancia que se consume, sin embargo el diagnóstico de dependencia alcohol, opiáceos o nicotina es mucho más prevalente que la dependencia a cannabis o alucinógenos.

Lo expuesto anteriormente indica que la dependencia es un proceso escalonado, no es un modo dicotómico, pero sí se puede establecer un matiz entre el uso y abuso. El uso, que es una utilización en momentos puntuales, y el abuso que es ya un hábito continuo y frecuente que consiste en una realización automática de acciones que llevan al consumo.

Edward, Arif y Hodgson (1981) propusieron estos diferentes matices:

- Uso desaprobado: indica que la sociedad no aprueba el consumo de una determinada sustancia.
- Uso nocivo o peligroso: prevé las diferentes consecuencias que el consumo de drogas acarreará.
- Uso desadaptativo: hace hincapié en la modificación de los hábitos que conlleva la ingesta de tóxicos.

Cuando una dependencia está motivada por una sustancia, se habla de dependencia, así la definición que ofrecen Edwards, Arif y Hodgson (1981), donde sostienen que para que exista una dependencia:

- a. Debe existir evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de las drogas durante los intentos de abandono del consumo
- b. Deseo de abandonar el consumo
- c. Hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado
- d. Evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y dependencia
- e. Consumo de drogas, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

- f. Predominio de las conductas de búsqueda de droga por encima de otras prioridades importantes.

Por lo tanto, una persona tiene dependencia si encuentra un refuerzo premio al hábito farmacológico de consumo y que para evitar el vacío o deficiencia de los síntomas o las incomodidades de interrumpirlo, no deja de consumirlo, además el sujeto subordina todo lo demás al consumo de esa sustancia y por lo general cualquier otra circunstancia vital queda en segundo plano.

### **1.1.1 Estadísticas de drogadicción**

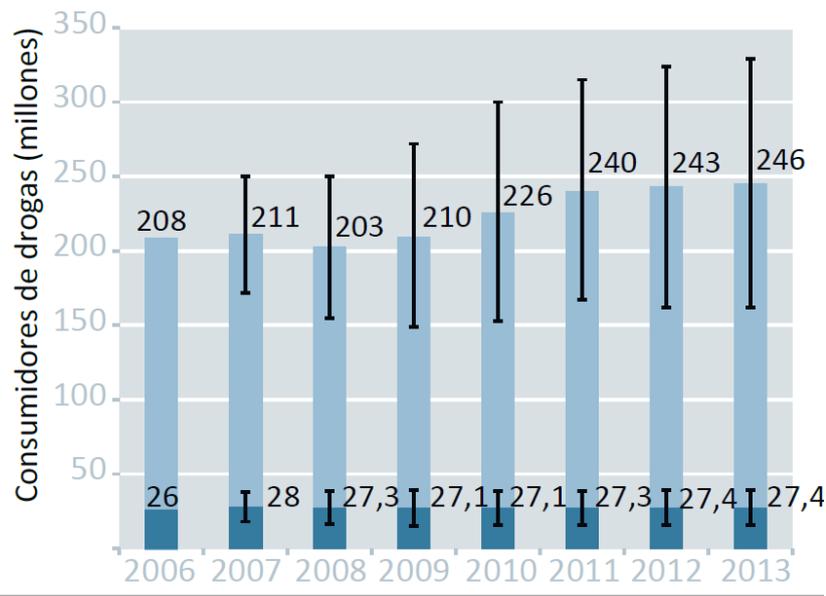
Los gobiernos asignan recursos políticos, sociales y, por tanto, económicos destinados a reducir los efectos perjudiciales del consumo de sustancias. En el caso concreto de México, los datos recabados con la última Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2014, mostraron que (CONADIC, 2014):

"En la población con edades entre los 12 y 17 años la prevalencia de cualquier droga ilegal alguna vez en la vida aumentó significativamente, pasando de 1.3% a 2.9% entre los años 2002 y 2011. En este grupo de edad la marihuana fue la droga más consumida (2.4%), seguida de los inhalables y la cocaína (0.9% y 0.7% respectivamente). Con respecto al consumo de drogas ilegales en el último año, la encuesta del 2014 encontró un porcentaje similar al de 2008 (1.5%) con prevalencias bajas de consumo en lo general. De la misma manera, la marihuana fue la sustancia ilegal de mayor consumo (1.3%) en el último año, seguida por la cocaína y los inhalables con porcentajes similares (0.4% y 0.3% respectivamente). Esta situación prevaleció tanto en hombres como en mujeres y en la población urbana".

Se estima que un total de 246 millones de personas, o una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013. La magnitud del problema mundial de las drogas se hace más evidente si se tiene en cuenta que más de 1 de cada 10 consumidores de drogas es un consumidor problemático que sufre trastornos ocasionados por el consumo de drogas o drogodependencia (UNODC, 2013).

Es decir, unos 27 millones de personas, o casi la totalidad de la población de un país del tamaño de Malasia, son consumidores problemáticos de drogas. Prácticamente la mitad de esos consumidores problemáticos (12,19 millones) consumen drogas inyectables, y se estima que 1,65 millones de ellos estaban afectados por el VIH en 2013 (UNODC, 2013).

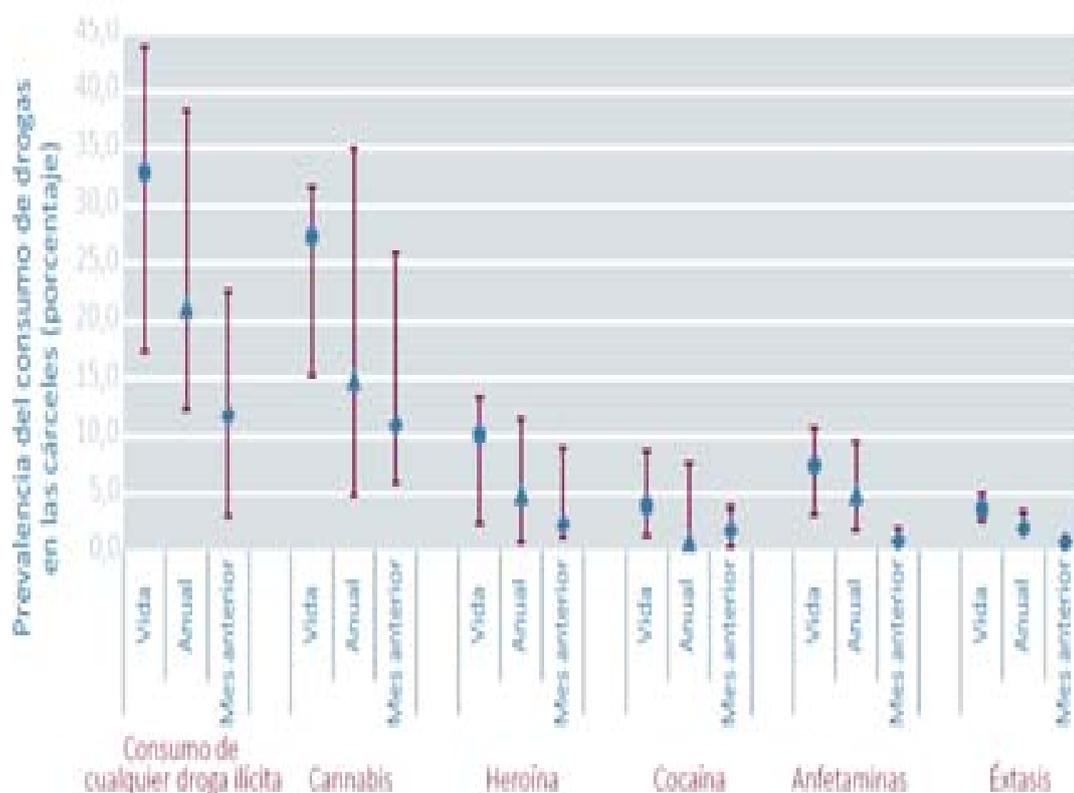
Tabla 1 Tendencias mundiales del número estimado de consumidores de drogas, 2006-2013



Fuente: UNODC. *Informe mundial sobre las drogas*. Resumen Ejecutivo (2015). Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15\\_ExSum\\_S.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf)

El número anual de muertes relacionadas con el consumo de drogas (estimadas en 187.100 en el año 2013) casi no ha variado (UNODC, 2013). Un número inaceptable de consumidores de drogas sigue perdiendo la vida de forma prematura, a menudo a consecuencia de una sobredosis, pese a que la muerte por sobredosis puede evitarse.

Tabla Prevalencia en algunos puntos de la vida de consumo de drogas en las cárceles (basado en 62 estudios de 43 países, 2000-2013).



Fuente: UNODC. *Informe mundial sobre las drogas*. Resumen Ejecutivo (2015). Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15\\_ExSum\\_S.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf)

La *cannabis* es la droga ilícita más consumida en México y el mundo, con más de 180 millones, de los cuales 4.7 son mexicanos (CONADIC, 2014).

Los efectos inmediatos al fumar marihuana incluyen taquicardia, desorientación, falta de coordinación física, a menudo seguidos por depresión o somnolencia. Algunos consumidores sufren ataques de pánico o ansiedad. El ingrediente activo del cannabis, el THC, permanece en el cuerpo durante semanas o incluso meses. El humo de la marihuana contiene de 50% a 70% más de las sustancias que causan cáncer que el humo del tabaco. Un estudio de investigación importante informó que un solo porro de cannabis puede causar tanto daño a los pulmones como cinco cigarrillos fumados uno tras otro. Los que han fumado marihuana durante mucho tiempo a menudo sufren de bronquitis, una inflamación del tracto respiratorio.

## 1.2 Proceso de recaída

No solamente la recuperación consiste en no consumir drogas, la abstinencia por sí sola no significa una recuperación completa, cada adicto tiene diferente ritmo de recuperación y tiene una tendencia natural a la recaída. Sin embargo, en ocasiones una recaída puede sentar las bases de una completa recuperación. El objetivo final es la recuperación, no únicamente la abstinencia física, pero llegar a ello conlleva una serie de pasos. Por ello, es importante entender lo que es la recaída:

"La recaída se define como el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación" (Rehab México, 2017).

Se han identificado la existencia de distintas fases o estadios en el abandono de una conducta adictiva, se señala que este cambio de comportamientos no es un fenómeno del todo o nada sino es un proceso de cambio. A continuación se describen los estadios del cambio propuestos por el Modelo Transteórico de Prochas-DiClemente y Norcross (1992):

1. Pre-contemplación: los adictos no ven el problema por ello no plantean una solución.
2. Contemplación: en este estadio los adictos son conscientes de que existe un problema y están considerando seriamente la posibilidad de cambiar pero, sin compromiso firme al cambio.
3. Preparación: en esta etapa el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva modificando su conducta con pequeños cambios.
4. Acción: el individuo cambia con o sin ayuda especializada, es aquí cuando se requiere un compromiso importante además de tiempo y acción pues implica cambios conductuales observables.
5. Mantenimiento: en este estadio el individuo conserva y consolida cambios realizados anteriormente, intenta ya prevenir una posible recaída. "No consiste en una ausencia de cambio, sino en una continuación activa del mismo, aunque de menor actividad".

La recaída ocurre cuando las estrategias de cambio utilizadas fracasan en estabilizar a la persona en los estadios de acción o mantenimiento, regresando a estadios previos.

El proceso de recaída tiene siete etapas (Rehab México, 2017):

(1) A todo el proceso, se le llama recaída que lleva desde un estado de abstinencia sostenida a...

(2) El consumo o adicción activa

(3) Este proceso ocurre a lo largo del tiempo...

(4)...y se manifiesta como una serie de síntomas o cambios, que son en realidad regresiones a los antiguos patrones de conducta y pensamiento que ya se habían superado.

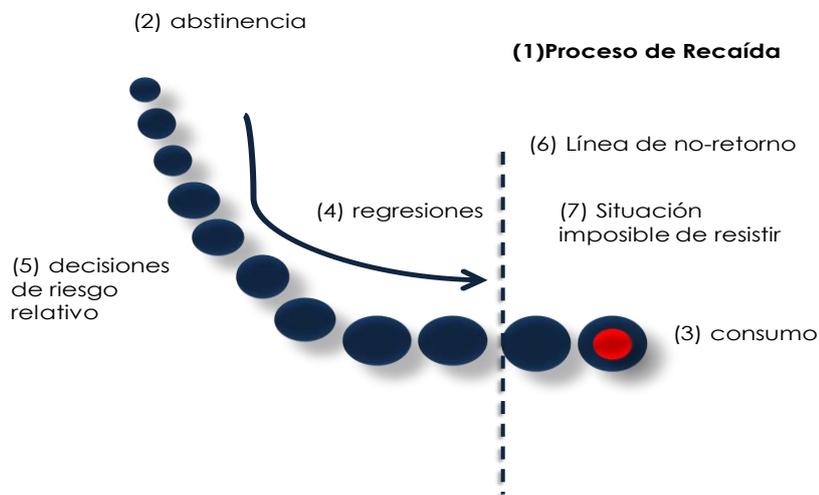
(5) Usualmente este proceso está formado por pequeñas decisiones riesgosas que la persona toma, y que, enlazadas unas con otras, van llevando a construir el camino de la recaída. Estas pequeñas decisiones, llamadas también "decisiones de riesgo relativo", son aparentemente sin importancia, pero su efecto es acumulativo y van llevando al adicto hacia una situación imposible de resistir.

(6) De la cual no es posible dar marcha atrás y el uso es inminente. La zona de transición entre la línea de *no retorno* y el *uso*, la recaída es primariamente conductual y de actitud, sin que aún hubiese ocurrido el uso.

(7) Es el punto donde será inevitable el uso, y los márgenes de susceptibilidad se sobrepasan, en esta etapa, puede traspasar la línea del "no-retorno".

A continuación se presenta el esquema de este proceso:

Figura 1. Proceso de Recaída



Fuente: Rehab in México. (2017). Adicciones: El proceso de Recaída. Disponible en: <http://www.adicciones.org/recuperacion/recaida.html> 29 de enero de 2017.

Como indica la figura, el proceso de recaída puede dividirse en siete pasos: abstinencia, consumo, regresiones, decisiones de riesgo relativo, línea de no-retorno y situación imposible de resistir. Este proceso como se observa va de menos a más. Sin embargo, la recaída puede ser convertida a un proceso de camino a la recuperación.

Es decir, en este proceso es necesario prestar especial atención al conocimiento de la persona, su personalidad y estilo de vida anterior al momento en que se produjo la adicción, pues ello permitirá maximizar el impacto de la intervención y en esa medida el proceso de recaída será menos doloroso.

Por otro lado, se recomienda conocer la naturaleza y extensión del proceso de recaída individual para entonces diseñar una intervención realista y apropiada. Adicionalmente también es indispensable prestar atención a la vida cotidiana, puntos fuertes y débiles para entonces considerar los posibles factores de riesgo a los que se enfrentará el adicto.

### 1.3 Clasificación de drogas

Existen diferentes clasificaciones de las drogas, aceptadas internacionalmente, y una de las más usadas son las que proporciona el Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); otra clasificación relevante es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994).

Por su lado, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en DSM-IV-TR del año 2002, divide las sustancias en 11 clases: alcohol, alucinógenos, anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar, cafeína, cannabis, cocaína, fenilciclohexilpiperidina más conocida como fenciclidina o bajo la abreviatura (PCP), arilciclohexilaminas de acción similar, inhalantes, nicotina, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Para el DSM-IV-TR, existen dos tipos de trastornos.

En primer lugar, trastornos por consumir sustancias de forma más o menos continuada, en cuyo caso ya se explicó anteriormente: el abuso y la dependencia a sustancias. En segundo lugar, existe otro tipo de trastornos inducidos por las sustancias como son la intoxicación, la abstinencia, el trastorno psicótico inducido por sustancias, el delirium, etc. Actualmente, estas divisiones son las más seguidas mundialmente.

Paralelamente, la clasificación de las drogas es importante, sin embargo en las últimas décadas esta ha ido variando dependiendo del área de estudio que toque su clasificación, y cada área ha ido implicando alguna arista conveniente a su interés. En la presente investigación por tener una orientación psicológica y médica se inclina por la clasificación de la OMS que está orientada en función de cómo afectan al sistema nervioso: las que lo estimulan o psicoanalépticos, las que lo deprimen o psicolépticas, y las que lo alteran o psicodislépticos (OMS, 2013).

Por otro lado, se complementa con la clasificación de Laporte (1976), que es una clasificación que a la hora de la prevención es útil y fácil de entender:

<b>Drogas depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC)</b>	<b>Drogas estimulantes del SNC</b>	<b>Drogas psicotomiméticas o psicodélicas, alucinógenas</b>
Tienen gran capacidad para generar tolerancia y dependencia	Presentan tolerancia y dependencia psicológica pero cuya dependencia física es más difícil observar	Efecto principal no es la depresión, ni la estimulación, sino la deformación de la percepción y de la sensación

Fuente: Laporte, J. (1976). *Las drogas*. Barcelona: Ediciones 62.

Otras clasificaciones van en función de la separación que crean entre las sustancias que generan adicción y las que no. Otra clasificación, separa las drogas en naturales, sintéticas y semi-sintéticas. Otra, clásica, es la de Lewin (1970). Este autor realizó una clasificación con cinco divisiones:

1. Euphorica, euforizantes y calmantes de la vida afectiva, forman parte de este grupo el opio y sus derivados (morfina, heroína y la cocaína)
2. Phantastica, son los alucinógenos, los agentes de las ilusiones. Constituyen parte de este grupo drogas como la mezcalina, el cannabis, la amanita, el estramonio, la belladona.
3. Inebrantica, los embriagadores, después de una primera fase de excitación cerebral dan lugar a una depresión. Integran parte de ella el alcohol y el éter.
4. Hypnotica, agentes del sueño, en este grupo se encuentra los barbitúricos y el bromuro.
5. Excitantia, estimulantes y tónicos, café, tabaco, cola, mate y kat.

Es importante relacionar los efectos derivados del consumo de sustancias con las fases de la dependencia por lo que a continuación se expone lo que propone el DSM-IV-TR y es aceptado por el APA:

**Tabla 2 Efectos de consumo**

Sustancia	Diagnóstico			
	Dependencia	Abuso	Intoxicación	Abstinencia
Alcohol	X	X	X	X
Alucinógenos	X	X	X	
Anfetaminas	X	X	X	X
Cafeína			X	
Cannabis	X	X	X	
Cocaína	X	X	X	X
Fenciclidina	X	X	X	
Inhalantes	X	X	X	
Nicotina	X			X
Opioides	X	X	X	X
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	X	X	X	X
Varias Sustancias otros	X	X	X	X

Fuente: Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

#### **1.4 Factores de riesgo y factores de protección**

La vida plantea retos ante los cuales hay que responder continuamente. El desafío de tener que afrontar tantos retos tiene el riesgo de generar ansiedad, nerviosismo, inseguridad, vulnerabilidad, estrés, depresión, etc. Ante estos estados emocionales que a veces pueden superar al individuo, algunas personas sienten la tentación de consumir drogas con el objetivo de cambiar sus estados emocionales.

A la Psicología le corresponde contribuir a la lucha contra las dependencias comprendiendo sus actos y conducta observable, sus procesos mentales y todos aquellos procesos que permitan disminuir el consumo de sustancias, por ello es importante conocer los factores de riesgo.

Un factor de riesgo es: "“un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992).

En contraparte a los factores de riesgo hay factores de protección los cuales son:

"Un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas" (Clayton, 1992).

En la siguiente tabla se esquematizan los factores de riesgo que han demostrado ser relevantes, se hace una clasificación basado en Begoña (2002) y Calafat (1999):

**Tabla 3 Factores de riesgo y protección en la dependencia de drogas.**

1. Factores Familiares	
Factores de Riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de alcohol</li> <li>• Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres.</li> <li>• Baja supervisión familiar.</li> <li>• Baja disciplina familiar.</li> <li>• Conflicto familiar.</li> <li>• Historia familiar de conducta antisocial.</li> <li>• Actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial.</li> <li>• Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias.</li> <li>• Bajas expectativas para los niños o para el éxito.</li> <li>• Abuso físico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apego familiar.</li> <li>• Oportunidades para la implicación en la familia.</li> <li>• Creencias saludables y claros estándares de conducta.</li> <li>• Altas expectativas parentales.</li> <li>• Un sentido de confianza positivo.</li> <li>• Dinámica familiar positiva.</li> </ul>
2. Factores comunitarios	
Factores de Riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De privación económica y social.</li> <li>• Desorganización comunitaria.</li> <li>• Cambios y movilidad de lugar.</li> <li>• Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias.</li> <li>• La disponibilidad y accesibilidad a las drogas.</li> <li>• La baja percepción social de riesgo de cada sustancia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de apoyo externo positivo.</li> <li>• Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad.</li> <li>• Descenso de la accesibilidad de la sustancia.</li> <li>• Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes.</li> <li>• Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.</li> </ul>

3. Factores compañeros o iguales	
Factores de Riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas.</li> <li>• Compañeros consumidores.</li> <li>• Conducta antisocial o delincuencia temprana.</li> <li>• Rechazo por parte de los iguales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apego a los iguales no consumidores.</li> <li>• Asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda, religiosos u otras.</li> <li>• Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas.</li> <li>• No ser fácilmente influenciable por los iguales.</li> </ul>
4. Factores escolares	
Factores de Riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo rendimiento académico.</li> <li>• Bajo apego a la escuela.</li> <li>• Tipo y tamaño de la escuela (grande).</li> <li>• Conducta antisocial en la escuela.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuela de calidad.</li> <li>• Oportunidades para la implicación social.</li> <li>• Refuerzos/reconocimiento social.</li> <li>• Creencias saludables y claros estándares de conducta.</li> <li>• Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro.</li> <li>• Clima institucional positivo</li> <li>• Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas.</li> <li>• No ser fácilmente influenciable por los iguales.</li> </ul>
5. Factores individuales	
Factores de Riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biológicos.</li> <li>• Psicológicos y conductuales.</li> <li>• Rasgos de personalidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Religiosidad.</li> <li>• Creencia en el orden social.</li> <li>• Desarrollo de las habilidades sociales.</li> <li>• Creencia en la propia auto-eficacia.</li> <li>• Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes.</li> <li>• Orientación social positiva.</li> <li>• Poseer aspiraciones de futuro.</li> <li>• Buen rendimiento académico e inteligencia.</li> <li>• Capacidad de reponerse.</li> </ul>

Fuente: Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Calafat, A. (1999). Matriz de predictores del consumo de drogas durante la adolescencia. IDEA Prevención, 18, 66-77.

"Es relevante la enumeración de factores que se consideran de riesgo para el consumo de drogas, debiendo ser conscientes que al parecer algunos factores de riesgo lo son para drogas legales pero no para las ilegales (Graña y Muñoz-Rivas, 2000). Debe tenerse en cuenta que los riesgos más potentes están en función del número de factores de riesgo (Hawkins, Catalano y Miller, 1992), aumentando así la vulnerabilidad cuando lo hace el número de factores de riesgo. Desde este punto de vista disminuye la importancia concedida a la naturaleza del factor de riesgo, mientras que el número total de esos factores presentes añade relevancia explicativa a la vulnerabilidad (Scheier, Newcomb, y Skger, 1994).

El hecho de poder detectar determinados factores de riesgo y de protección, permite anticipar el comportamiento que probablemente tendrá un sujeto, antes de que éste se haya producido. Por lo que, se podría dividir a la población en subgrupos de alto y bajo riesgo (Hawkins, Catalano y Miller, 1992), teniendo en cuenta que:

1. Los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Si está presente un factor de riesgo, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.
2. La presencia de un solo factor de riesgo no garantiza que se vaya a producir el abuso de drogas y a la inversa: La ausencia del mismo no garantiza que no se produzca. Esto es una relación de probable, no causal ya que son muchos factores que pueden influir en el inicio del consumo de sustancias.

Por otro lado hay una serie de aspectos sobre los factores de riesgo y protección que son necesarios considerar al momento de evaluar los factores (Moncada, 1997):

1. Existen factores que se asocian al consumo y factores que se asocian a la abstinencia.
2. Estos factores pueden formar parte del entorno o del ambiente en el que se encuentra la persona así como la de la propia persona.
3. A mayor concentración de factores mayor será el riesgo y la protección.
4. Existen diferentes factores de riesgo para las distintas drogas.

5. Los factores de riesgo para el inicio de consumo de drogas y aquellos que influyen en la drogodependencia tampoco son los mismos, aunque parece que existe una agudización de los factores a medida en que la persona consume más cantidad y en mayor número de ocasiones.
6. Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del ciclo vital, mientras que otros son más relevantes en determinadas edades.
7. La validez externa de los factores es diferente.
8. Algunos factores son más remotos, siendo causas más indirectas de la conducta.

### **1.5 Aprendizaje social**

Actualmente, hay una creciente preocupación por lograr una prevención eficaz de los riesgos psicosociales entre los jóvenes. Los estilos de vida juveniles han ido incorporando comportamientos que pueden alterar el desarrollo equilibrado y armónico de la personalidad, y desembocar en trastornos emocionales y psicosomáticos y en conductas antisociales como el consumo de drogas.

Por ello, más que sólo informar, hay que promover una educación preventiva que disminuya el consumo de drogas y sus efectos dañinos en los individuos y en la sociedad. Así, educar adquiere la connotación de desarrollo equilibrado y armónico de la personalidad y de adecuada adaptación al medio social, y que trasciende el quehacer de la escuela. La educación, en esta amplitud, es un proceso de interacción social permanente que empieza en el hogar, la protección de los riesgos psicosociales es connatural a una buena educación porque se entiende que los riesgos psicosociales están involucrados en la vida cotidiana.

Se hace evidente por esto que si la problemática de los riesgos psicosociales está presente en todos los individuos a cualquier edad, son las etapas formativas –la infancia, la adolescencia y la juventud– donde toma mayor relevancia conocer los factores que crean vulnerabilidad psicosocial y donde es imperativo desarrollar las habilidades para la vida que protegen de los riesgos.

El enfoque de habilidades para la vida propuesto por Meresman (2005), define las habilidades para la vida, como un conjunto de capacidades o destrezas que permiten a la persona enfrentarse a los retos cotidianos y también estar en posibilidad de saber cómo actuar ante una potencial o eminente situación de riesgo considerando tres esenciales, las cognitivas, afectivas y sociales. El desarrollo principalmente de destrezas en los alumnos, fomentando la adquisición de aptitudes necesarias para el desarrollo humano, para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria.

Algunas investigaciones que apoyan este enfoque son Mangrulkar, Vince y Posner (2001) quienes pretenden contribuir al desarrollo saludable de los adolescentes, fortaleciendo sus factores protectores y su competitividad; promoviendo la adopción de conductas positivas y la transición saludable hacia el mundo adulto.

(Choque-Larrauri y Chirinos-Cáceres, 2009), sostienen que Las habilidades para la vida son un conjunto de habilidades que permiten al individuo, actuar de manera competente y habilidosa en las distintas situaciones de la vida cotidiana y con su entorno, favoreciendo comportamientos saludables en las distintas esferas; permiten a las personas, controlar y dirigir sus vidas.

De la misma manera, González *et al.* (2012) puntualiza que las habilidades para la vida son destrezas psicosociales que les facilitan a las personas aprender a vivir. Con base en lo anterior, se considera que un enfoque basado en las habilidades para la vida, provee de una base teórica robusta para el diseño y la implementación de programas de intervención en población sobre todo adolescente, cuyo propósito sea el desarrollo de habilidades socio-cognitivas, y así contribuir para que el adolescente enfrente en forma efectiva los retos (Mangrulkar, Vince y Posner, 2001; Oliva, Ríos, Antolín, Parra, Hernando y Pertegal, 2010).

Meresman et al. (2005) propone las habilidades para la vida, desde tres vertientes:

1. Interpersonales y de comunicación (habilidades sociales)
2. De toma de decisión y pensamiento crítico (habilidades cognitivas)
3. De autonomía y control (habilidades para enfrentar emociones)

**Tabla 4 Habilidades para la vida (Maresman, 2005)**

Habilidades interpersonales y de comunicación	Habilidad de toma de decisión y pensamiento crítico	Habilidades de autonomía y control
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades interpersonales de comunicación</li> <li>• Comunicación Verbal/No verbal. Escucha activa</li> <li>• Expresión de sentimientos (capacidad de responder sin culpar, capacidad de recibir respuestas)</li> <li>• habilidad de saber buscar ayuda</li> <li>Habilidad de negociación y de rechazo</li> <li>• capacidad de negociación/manejo de conflictos</li> <li>• habilidades asertivas</li> <li>• habilidades de rechazo</li> <li>Empatía.</li>   <li>• habilidad de escuchar y comprender las circunstancias y necesidades del otro</li> <li>Cooperación y trabajo de equipo</li> <li>• Expresar respeto por las contribuciones de los demás</li> <li>Habilidades de abogacía</li> <li>• Habilidades de persuasión</li> <li>• Habilidades de Motivación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de decisión / resolución de problemas</li> <li>• Habilidad de recoger Información. Evaluación de futuras consecuencias de acciones presentes</li> <li>• Determinación de soluciones alternativas a los problemas</li> <li>• Habilidad de análisis de la influencia de los valores y actitudes - propios y de los demás en la motivación</li> <li>Habilidades de pensamiento crítico</li> <li>• Análisis de la influencia de los medios y de los pares</li>   <li>• Análisis de actitudes, valores, normas sociales, creencias y factores que las afectan</li> <li>• Identificación de información y recursos relevantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades para aumentar el control interno</li> <li>• Habilidades de construcción de autoestima y confianza</li> <li>• Habilidades de autoconocimiento, incluyendo derechos, influencias, valores, fortalezas y debilidades</li> <li>• Habilidad de plantear metas y proyectos</li> <li>• Habilidades de autocontrol, autoevaluación y autovaloración</li> <li>• Habilidad para el retraso de la gratificación inmediata.</li>   <li>Habilidades para manejar sentimientos</li> <li>• Manejo del enojo</li> <li>• Negociación con la pena y la ansiedad</li> <li>• Habilidades para manejar la pérdida, abuso, trauma</li> <li>Habilidades para manejo del estrés</li> <li>• Manejo del tiempo</li> <li>• Pensamiento asertivo</li> <li>• Técnicas control estrés</li> </ul>

Fuente: Meresman S. (2005). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. México: OPS.

Cuando el formar habilidades para la vida se hace de manera específica con conductas protectoras, fomentadas para el propio individuo y reforzadas por su ambiente, esto promoverá la fortaleza personal y los nexos de solidaridad necesarios. Obviamente, este proceso se inicia en el hogar al configurarse los hábitos y actitudes de acuerdo con la percepción de los padres de familia y las otras figuras del entorno familiar, su percepción y estilos de vida particulares modelan al nuevo individuo.

Como expresan Herzberg y *otros* (2007) que existen dos aristas en relación al objeto de la adicción: las directas, que se dirigen hacia un objeto, y manifiestan un fuerte sentido de control (algunos ejemplos de adicciones de este tipo son el alcoholismo, cocainomanías, heroínomanas, entre otras), y las indirectas, caracterizadas por la búsqueda del placer liberado por las endorfinas en la acción generando un fuerte placer (algunos ejemplos de este tipo de adicciones son las adicciones al sexo, al juego -ludopatía- y a los servicios de Internet entre otros).

La prevención no plantea centrarse en el objeto: droga o conducta de riesgo, sino en el sujeto que no logra encontrar otra vía de resolución ante la adversidad. Esta distinción permite darle un camino a la mirada preventiva.

Abordar la prevención en relación con la problemática del consumo de drogas exige revisar todo aquello que transcurre: en las aulas, en la familia, en el ambiente, en la sociedad. La problemática de las adicciones requiere reconocer todas las aristas que el mismo tiene.

A partir de aquí, la necesidad de clarificar y establecer una definición del concepto de Prevención, y la de prevención de adicciones. En esta perspectiva se incluye a cada individuo en relación con su entorno, su familia, su primera red existente, su colonia, sus amigos, las instituciones donde circula entre ellas la escuela. La problemática del consumo exige esta postura y por tanto su intervención, que contemplará la dimensión médica como la psicológica y la social.

Pues cuando se habla de recuperación se busca darle las herramientas necesarias para que pueda construir un proyecto de vida socialmente integrado. En este sentido en la actualidad la prevención es posicionada como proceso de Intervención en contexto desde un conocimiento y mirada más profunda a lo social en este sentido, Carballeda (2007), menciona:

"La Prevención desde esta perspectiva, puede ser entendida, no como un "mensaje" que se debe multiplicar, sino como una "intervención" en diferentes espacios sociales. Esta cuestión implicaría, desarrollar diferentes estrategias singularizadas a partir de las propias características sociales y culturales de la población sobre la que se quiere actuar".

Es decir, la prevención se visualiza como una estrategia de intervención en un territorio en que exige al paciente renunciar a viejos paradigmas, que de manera indiscutible en algún momento han funcionado, pero en el contexto de recuperación quedan limitadas y es necesario ingresar en una complejidad donde se debería re-pensar y re-preguntarse acerca de nuevas formas de enfrentar los problemas. En la presente investigación la intervención se enfocara en evitar las recaídas basados en la corriente cognitiva conductual, pudiendo esta emplearse también en evitar el inicio del consumo de drogas.

Así mismo factores de riesgo familiar identificados como elementos que pueden favorecer la aparición de la drogodependencia están presentes durante el proceso de recuperación, siendo un factor de riesgo en este proceso la codependencia, la cual puede alcanzar niveles insospechados de afección y debido a su importancia e impacto se trata en el capítulo siguiente.

## CAPÍTULO II CODEPENDENCIA

Factor clave durante el proceso de recuperación del adicto a drogas, es conocer o identificar la propiedad o atributo individual y/o condición situacional y/o contexto ambiental que puedan incrementar el riesgo de recaída, así como para el diseño de una intervención que los contrarreste.

### **2.1 Definición: características y conductas de la codependencia**

La dependencia de sustancias constituye un trastorno crónico, que no admite cura definitiva sino recuperación, y en el cual las recaídas son frecuentes. El adicto es el principal afectado, pero existen otras personas que se encuentran afectadas directa y a menudo gravemente por las consecuencias de la adicción. Estas personas son casi invariablemente los familiares cercanos del adicto, que en su intento por lidiar con el problema suelen desarrollar un trastorno específico: el trastorno por codependencia.

"Codependencia es cualquier padecimiento o disfunción que va asociado o es resultante de focalizar el interés propio en las necesidades y conductas de otros" (Whitfield, 1991).

La enfermedad de un familiar produce una grave alteración en todo el sistema que lo rodea. No sólo porque es doloroso ver que alguien que se ama está padeciendo, sino porque implica poner en marcha una serie de recursos de afrontamiento, ya sea en términos económicos, de asistencia o de compañía.

"Es una patología del vínculo que se manifiesta por la excesiva tendencia a encargarse o a asumir las responsabilidades de otros" (Haaken, 1993).

"Una persona codependiente es aquella que ha permitido que la conducta de otra persona la afecte y que está obsesionada con controlar la conducta de esa persona" (Beattie, 1987).

Los codependientes se sobre involucran con el adicto y van desarrollando una hipertolerancia al sufrimiento emocional que los hace capaces de soportar situaciones dolorosas por períodos prolongados que otras personas no tolerarían.

El concepto se caracteriza por el mantenimiento de una relación de dependencia afectiva con una persona que es controlada a su vez por un objeto de dependencia (Pérez y Delgado, 2003). Este tipo de relación contribuye a mantener la conducta de consumo y otros comportamientos. Sus características comportamentales más citadas en la literatura (Pérez y Delgado, 2003) serían:

- Locus de control externo: creencia en el control externo las conductas de los codependientes son determinadas por fuerzas externas y no por decisiones voluntarias (Rotter, 1966).
- Inadecuado manejo de sentimientos.
- Baja autoestima: los codependientes tienden a buscar desesperadamente amor y aprobación; culpar, culparse y criticarse por todo, aún por su manera de pensar, de sentir, de verse, de actuar y de comportarse; rechazar cumplidos o halagos y deprimirse por la falta de ellos (privación de caricias); sentirse diferentes del resto del mundo; temer al rechazo; victimizarse; les cuesta trabajo tomar decisiones; esperar la perfección de sí mismos y se culpabilizan y avergüenzan de ser lo que son; consideran que sus vidas no valen la pena por eso tratan de ayudar a otros a vivir su vida y obtienen sentimientos artificiales de autoestima ayudando a los demás.
- Desean que otros los estimen y los amen: se conforman con sentir que los necesitan.
- Comportamientos compulsivos: Han vivido en situaciones y con personas que estaban fuera de control causando a los codependientes penas y desengaños, por lo tanto tienden a tener miedo de permitir que los demás sean como son y no dejan que las cosas sucedan de manera natural, no pueden manejar el miedo que experimentan frente a la pérdida de control. Piensan que ellos saben cómo deben ser las cosas y cómo debe comportarse la gente; tratan de controlar los sucesos y a la gente por medio de su desamparo, de sentimientos de culpa, de coerción, amenazas, manipulación, dominio o de dar consejos. Aunque eventualmente fracasan en sus intentos, intentan provocar la ira de los demás, sienten frustración y enojo; se sienten controlados por los eventos y por las personas.

- Dificultad para fijar límites en las relaciones con personas significativas: No se sienten felices, contentos ni en paz consigo mismos; buscan la felicidad fuera de sí mismos; se pegan a cualquier cosa o persona que ellos piensen que les pueda brindar felicidad y se sienten amenazados por la pérdida de aquellos; a menudo buscan amor de gente que es incapaz de amar; creen que los demás nunca están cuando ellos los necesitan; relacionan el amor con el dolor; más que amar a las personas, las necesitan; no se toman el tiempo para juzgar si otras personas les convienen; tampoco investigan si ellos aman a otras personas o si estas les caen bien; centran sus vidas alrededor de otras personas; concentran todos sus sentimientos de bienestar de sus relaciones en los demás. Pierden interés en sus propias vidas cuando aman; dudan en su capacidad de cuidarse a sí mismos; toleran el abuso para sentir que la gente aún los ama; se sienten atrapados en las relaciones.
- Estrés, enfermedades psicosomáticas y depresión: la persona codependiente suele experimentar síntomas físicos como agotamiento, ansiedad, síntomas depresivos y alteraciones físicas producidas por el estrés.

El individuo codependiente tiende a sufrir por cosas por las que realmente no le corresponde sufrir, acaparando el sufrimiento ajeno que convierte en suyo, al momento que se olvida de sus propios problemas. Es por esto, que se determina que la codependencia es una enfermedad cuya característica principal es la falta de identidad propia, y donde el codependiente suele perder el vínculo con lo que siente, necesita y desea.

Sin embargo, a partir de los hallazgos empíricos de Hughes-Hammer y et al., (1998) sobre el diseño y evaluación psicométrica del CODAT (Co-dependency Assessment Tool, Hughes-Hammer *et al.*, 1998), las tres categorías básicas que mejor definen la codependencia, son:

- Focalización en el otro (FO). Grado en que los sujetos establecen límites en sus relaciones con otras personas, esto es, la medida en que expresan preocupación por los problemas de los otros descuidando los propios objetivos, intereses y preocupaciones.
- No afrontamiento (NA). Incapacidad para reconocer o expresar los sentimientos y emociones.

- Necesidad auto negligente de ayudar (NAA): Comportamientos excesivos de ayuda hacia los demás con consecuencias negativas para sí mismo.

Estas características pueden hallarse en mayor grado en familiares de consumidores, existiendo además factores muy asociados como por ejemplo la baja autoestima. De esta forma se encuentra que el comportamiento del consumidor es controlado por el comportamiento de la persona codependiente, la atención de parte de otro afectivamente significativo se convierte en una ganancia secundaria que mantiene el consumo (Delgado y Pérez, 2003).

La adicción, así como afecta a los allegados de quien la padece, a su vez la familia también afecta a la persona adicta. No sólo las personas cercanas al adicto ven a menudo afectada su salud física y mental, sino que generalmente y de manera inadvertida, llevan a cabo al interactuar con aquel un conjunto de conductas denominadas *facilitadoras*, que si bien no son la causa de la patología, contribuyen a retroalimentarla positivamente.

Las conductas *facilitadoras* cubren o protegen a la persona adictas de las consecuencias dolorosas de su dependencia de sustancias, propiciando de esta forma que el adicto niegue o tenga bajo reconocimiento de su trastorno. Estas conductas facilitadoras suelen pertenecer a una u otra de las siguientes clases (Biscarra y Fernández, 2000):

1. Negar que el adicto tenga un problema con su consumo, lo que lleva al codependiente a esperar que la persona adicta sea racional o controle su consumo y a asumir la culpa por la adicción del otro.
2. Ayudar a la persona adicta a obtener alcohol o drogas o consumir con ella.
3. Justificar el beber o uso de drogas aceptando las racionalizaciones que la persona adicta hace acerca de su consumo (es porque perdió su trabajo; con los problemas que tiene cómo no va a tomar).
4. Anular los sentimientos propios, tratando de evitar que el problema se conozca fuera de la familia y viviendo la vida en constante temor por lo que pueda ocurrir, en lugar de hablar sobre lo que se siente y buscar ayuda para sí mismo.

5. Actuar como si el problema no existiera, manteniendo la paz a cualquier precio, para evitar conflictos.
6. Minimizar el problema restándole importancia o auto-convenciéndose de que es posible soportarlo.
7. Proteger la imagen del adicto (por ejemplo, inventar mentiras para evitar la vergüenza ante otros o suspender actividades sociales para evitar que se perciban el problema).
8. Asumir las responsabilidades que le corresponden a la persona adicta.
9. Realizar "pactos" con el adicto (por ejemplo, ocultar información de lo que ocurre a otros miembros de la familia a cambio de promesas de buen comportamiento o búsqueda de tratamiento).

## **2.2 Desarrollo de la codependencia**

Con respecto de la etiología del fenómeno se ha hablado de rasgos estructurales de personalidad (Cermak, 1986; Lawton, 1990), de conductas adquiridas por aprendizaje de experiencias previas o modelos de rol (Edmundson; Bryne y Rankin, 2000), o de consecuencias de la exposición constante a un evento estresante indefinido (Margolis y Zweben, 1998).

Las descripciones de características suelen ser contradictorias: énfasis en conductas como la autoagresión, imposibilidad de establecer relaciones interpersonales, sobre involucramiento, búsqueda de parejas conflictivas que tienen conductas compulsivas u otro tipo de desorden del comportamiento Beattie (1987), refiere que las personas codependientes aparecen como víctimas inocentes de las circunstancias, por lo cual evaden toda responsabilidad de sus propias acciones, que suelen ser de tipo pasivo reactivo a las conductas del otro y que pueden hacerlos ver igual de «enfermos» que los consumidores. Sin embargo, Peele (1990), señala que el consumo de sustancias y la codependencia se definen como enfermedades para desculpabilizar al consumidor y al codependiente de las implicaciones negativas de sus actos.

El individuo codependiente tiende a sufrir por cosas por las que realmente no le corresponde sufrir, acaparando el sufrimiento ajeno que convierte en suyo, al momento que se olvida de

sus propios problemas. Es por esto, que se determina que la codependencia es una enfermedad cuya característica principal es la falta de identidad propia, y donde el codependiente suele perder el vínculo con lo que siente, necesita y desea.

Vacca, (1999), ha identificado 4 tipos de codependientes:

1. El codependiente directo: que presenta uno de los comportamientos que genera más dificultades en el proceso terapéutico porque su conducta va desde proporcionarle el alcohol o la droga hasta dinero o el lugar donde pueda consumirla.
2. El codependiente indirecto: mantiene una conducta de oposición declarada y objetiva a la adicción del familiar pero, a la vez, protege al adicto, y evitan que se responsabilice de sus acciones.
3. El codependiente tolerante: desempeña el rol de sufridor. Su rol no es modificar el comportamiento del adicto, sino contemplar cómo se autodestruye pero queriendo sacar lo que queda de bueno y noble en él.
4. El codependiente perseguidor: es el familiar más comprometido en controlar la conducta autodestructiva del adicto. Despliega un sistema de conducta para descubrirlo. Es el que opera como un control externo.

Vacca, (1999); Kreuz (1997); Domínguez, (1995), refieren que la codependencia puede también ser percibida en el comportamiento de los hijos de adictos, de enfermos mentales graves y en los hijos que han perdido a un progenitor a una edad temprana. Cuatro suelen ser los roles de estos hijos:

1. El héroe de la familia o niño adulto: es el hijo que adopta el rol de padre/ madre frente a sus hermanos, llegando a convertirse en el cuidador del progenitor drogodependiente, no juega ni fantasea como los demás niños ni disfruta de su niñez, asume las funciones importantes de la familia para que ésta no se desintegre, y es utilizado por la familia para demostrarse a sí misma y a los demás que el sistema familiar funciona bien.

2. El niño perdido o silente: con frecuencia es el segundo de la familia, es el que pasa desapercibido en la constelación familiar, suele estar solo, tiene tendencia a la fantasía como válvula de escape de los problemas familiares, busca relaciones íntimas fuera de la familia y desarrolla una gran capacidad para mantenerse lejos física y psíquicamente.
3. El hijo problema o hijo crisis o cabeza de turco: sirve de pararrayos para las tensiones que se crean dentro de la familia, manifiesta una conducta desafiante, crea conflictos, presenta agresividad no controlada y frecuenta ambientes de marginación social. Su modo de actuar es provocando problemas para proteger a la familia de una confrontación, proteger al más vulnerable de poner al elemento adicto en una difícil posición, proteger a los demás centrando la ira del adicto
4. El hijo broma o mascota: suele ser el menor de la familia, es frágil e inmaduro, tiene muchos amigos, es simpático, su único objetivo es agradar a los demás, tiene siempre la intervención graciosa y oportuna, por lo que se le suele etiquetar de payaso.

A continuación se hace una comparación de la conducta de un codependiente con un adicto, donde se aprecia la similitud de conductas:

<b>FAMILIAR CODEPENDIENTE</b>	<b>ADICTO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Elude sentimientos dolorosos al centrarse en el adicto.</li> <li>* Sus estados de ánimo dependen de la conducta del adicto.</li> <li>* Emplea de forma creciente la negación para mantener la creencia ilusoria de que “todo está bien”.</li> <li>* Desarrolla tolerancia a la conducta del adicto; lo que antes le resultaba chocante ahora le parece normal y tolerable.</li> <li>* La conducta y asuntos del adicto se vuelven una preocupación absorbente.</li> <li>* La obsesión con el adicto lo lleva a aislarse y distanciarse cada vez más de otras personas.</li> <li>* La vida se le vuelve ingobernable; pierde control sobre sí mismo y su conducta a medida que la conducta del adicto se convierte en una obsesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Elude sentimientos dolorosos al usar una droga o actividad.</li> <li>* Sus estados de ánimo dependen de los efectos de la droga.</li> <li>* Emplea de forma creciente la negación para mantener la creencia ilusoria de que “todo está bajo control”.</li> <li>* Desarrolla tolerancia a la droga; cada vez requiere más cantidad para obtener el mismo efecto.</li> <li>* Conseguir y usar la droga se vuelve una preocupación absorbente.</li> <li>* La obsesión con la droga lo lleva a aislarse y distanciarse cada vez más de otras personas.</li> <li>* La vida se vuelve ingobernable y pierde control sobre el uso de la droga a medida que la droga se convierte en una obsesión.</li> </ul>

Fuente: Universidad de Córdoba. (2009). *Guía de intervención Psicológica en servicios sociales comunitarios*. España: Córdoba.

### **2.3 Aproximaciones teóricas de la codependencia**

Al no estar clara las definiciones diagnósticas de la codependencia, cada autor considera las que ha encontrado en sus investigaciones y casos clínicos. Esto es importante señalarlo ya que las escalas y cuestionarios de evaluación van a diferir en función de las características señaladas para el trastorno. Los manuales y tratados de clasificación diagnóstica como son el CIE-10 y el DSM IV y V, no consideran dentro de sus categorías diagnósticas a la codependencia (Guevara, 2002).

Friel y Friel (1988) retrata la codependencia como un patrón disfuncional de vivir que puede tener su inicio tanto en la familia de origen como en la cultura, conduciendo a una detención del desarrollo de la identidad, siendo el resultado del abuso y de la negligencia sufrida en la infancia. Los autores identificaron como la sintomatología de este patrón la depresión, tolerancia a conducta inapropiada, sentimientos inadecuados o entorpecidos, estrategias de afrontamiento contraproducente, fuerte necesidad de controlar a sí mismo y a los otros, síntomas físicos relacionados con estrés, abuso y auto negligencia, dificultad con la intimidad y/o sexualidad, temor de abandono, vergüenza, culpa inapropiada, posibles adicciones, iras, etc.

Friel y Friel, al igual que Beattie (1987/1998), ve el codependiente como una persona reactiva a acción de los demás (reacciona de forma exagerada a los acontecimientos externos, mientras ignora sus señales internas y sentimientos). Según él, la codependencia de no ser tratada, puede evolucionar en una adicción.

Mendenhall (1989) tratando a los familiares de los miembros del A.A. concluyó que estas personas habían aprendido a adaptarse a los comportamientos anormales de sus familias de origen adoptando una conducta inadaptada. Es decir, para sobrevivir estas personas responderían a tal situación anormal desarrollando mecanismos de afrontamientos mejor descritos como dependencia disfuncional o la codependencia. Estos mecanismos son continuados en la vida adulta y constituyen el ambiente propicio para seguir la disfunción o adicción.

Por otro lado, una vez desarrolladas las normas y las creencias irracionales familiares, estas se eternizan a través de multigeneraciones y puede convertirse en una condición que apenas tiene que ver con la bebida/la adicción por sí misma. Colocando de manifiesto entonces, que la codependencia es un fenómeno transgeneracional donde alcohólicos y no alcohólicos son víctimas de este modelo de dependencias disfunciones.

El modelo de la codependencia descrito por Whitfield (1991) trata la codependencia como una enfermedad primaria completa (patrón de síntomas, curso, y tratamiento). Similar a Friel y Friel, Whitfield (1989, 1987/1999) describe su origen en la familia de origen; para él su génesis se inicia cuando el niño tiene sus observaciones, sentimientos y reacciones reprimidas por sus cuidadores. Él resalta que cuando el niño, durante su desarrollo, recibe una cantidad importante de mensajes destructivos, hiriendo el núcleo de su autoestima sana, sufre una pérdida o enajenación de su yo verdadero que da lugar a un yo codependiente (falso o interno); lo que resulta en una sensación de vacío, vergüenza, culpa, y otros estados afectivos negativos.

En el modelo de Mellody *et al.*, (2004) la codependencia es explicada como una "enfermedad" vinculada a las experiencias disfuncionales en la niñez (diversos tipos de abuso infantil) y a los cuidados parentales "menos que nutricios" o abusivos. El niño cree que los cuidados que recibe de su familia disfuncional son correctos pero inconscientemente se siente infeliz, poco cómodo o "bueno"; aparte siente que no puede agradar a sus padres siendo él mismo. De ese modo, creyendo que el abuso es normal y el malo es él, se encierra en la enfermedad de la codependencia con un yo desconocido u oculto que refleja en las áreas inter e intra-personales del individuo. Para estos autores, el codependiente es inmaduro e incapaz de vivir plena y válidamente, siendo acometido por síntomas como: niveles inadecuados de autoestima (sentimientos de menos valía o arrogancia y grandiosidad) y una "estima exterior" que basa su valor en cosas externas como el propio desempeño, la opinión y la conducta de otras personas; dificultad de establecer límites funcionales en las relaciones inter e intra-personales, asumir y expresar su propia realidad, cuidar de sus necesidades y deseos de adultos, experimentar y expresar su realidad con moderación.

Prest y Protinsky (1993) explican la etiología de la codependencia a través de la Teoría de Sistema Familiar (FST - Family Systems Theory) intergeneracional de Murray Bowen, proponiendo que el fenómeno emerge de los patrones de relación disfuncional arraigados sobre todo en el sistema emocional familiar intergeneracional. Estos patrones incluyen: mecanismos del vínculo de ansiedad (*anxiety-binding mechanisms*) en la forma de comportamientos de la triangulación, de la fusión, obligatorios o adictivos; faltos de individuación intergeneracional, y de conciencia de sentimientos mientras que se centra externamente en el otro, en actividad, o en sustancia; dificultad para establecer niveles deseados de intimidad o distancia interpersonal; y sentido disminuido de identidad y autoridad personales. Tales procesos intergeneracionales son reforzados y transmitidos a través de la relación actual.

## **2.4 Criterios diagnósticos de la codependencia**

La evaluación de la codependencia es un aspecto importante, contando en la actualidad con diversos instrumentos destinados a su medición. A continuación, se mencionarán los más conocidos.

1. La escala de codependencia, de Fischer et al. (1991), Spann-Fischer Codependency Scale (SF CDS), es el instrumento que aparece con más frecuencia en los artículos pues se trata de un instrumento breve de auto-informe que consiste en 16 ítems. Esta escala trata la codependencia implícitamente como un rasgo de personalidad, centrándose en las diferencias individuales; involucra la extrema atención fuera de sí mismo, la dificultad para expresar sentimientos, y el significado personal derivado de las relaciones con los otros. Según investigadores como Fischer et al., Wright y Wright (1991), Irwin (1995), Lindley et al. (1999), Fuller y Warner (2000), puede ser utilizada en investigaciones experimentales para validar y comprender el constructo por tratarse de una medida bastante fiable y con buena capacidad de medición.

2. El *Codependency Assessment Questionnaire* Potter-Efron y Potter-Efron (1989a) desarrollaron (CAQ) para determinar en qué grado el proceso de la codependencia ha deteriorado el desarrollo y el funcionamiento normal del individuo. CAQ es un instrumento de evaluación en formato de cuestión cerrada, diseñado para obtener información sobre codependencia directamente del cliente.
  
3. El investigador Friel frecuentemente citado en la literatura de codependencia, desarrolló el inventario *Codependency Assessment Inventory* (CAI) para el análisis empírico de la misma. El CAI (Friel, 1985), se basa en una perspectiva de desarrollo, concentrándose en los síntomas de núcleo aprendidos en la familia de origen, tal como culpabilidad inadecuada. Es un instrumento diseñado para evaluar el auto-cuidado, los secretos, la auto-crítica, el estancamiento, los problemas con los límites, la familia de origen, la intimidad, la salud física, la autonomía, los sentimientos de identificación, y una excesiva responsabilidad/agotamiento. Busca la tendencia del individuo a pensar más en los demás que en sí mismo, a hacer demasiado por los demás. La escala consta de 60 ítems verdadero/falso (con ítems impares puntuando en negativo. Las puntuaciones van de 1 a 60, un punto por cada respuesta verdadera puntuaciones entre 10 y 20 indican problemas leves de codependencia mientras que las superiores a 45 indican codependencia muy severa.

A continuación se enlistan algunos instrumentos:

## Tabla Instrumentos para evaluar codependencia

### LISTADO DE INSTRUMENTOS PARA EVALUAR CODEPENDENCIA

---

Co-Dependents Anonymous Checklist (CoDA)/CODAC (Lindley, Giordano & Hammer, 1999)  
Friel Adult Child/Co-dependency Assessment Inventory (Aday, 1995; Clark & Stoffel, 1992; Fuller & Warner, Acquaintance Description Form-C2 (Wright & Wright, 1990, 1999) Wright y Wright  
Codependency Relationship Questionnaire (Fuller & Warner, 2000) Kritsberg  
Diagnostic Criteria for Co-Dependent Personality Disorder (Cermak, 1986a, 1986b; Fuller & Warner, 2000; Co-Dependency Inventory – CODI (Byrne, Edmundson & Rankin, 2005) Stonebrink  
Codependency Assessment Questionnaire (CAQ) (Cowan & Warren, 1994 ; Fuller & Warner, 2000; Gayol & Codependency Self-Inventory Scale (Cretser & Lombardo,1999) Weinhold y  
Co-Dependency Checklist – CDC (Wells, Glickauf-Hughes & Jones, 1999; Wells, Hill, Brack G., Brack, C. & OLI- Orientation to Life Inventory (Kirby-Green & Moore, 2001) Kitchens  
Recovery Potential Survey (Fuller & Warner, 2000) Whitfield  
Co-Dependence Test (Fuller & Warner, 2000) Kitchens  
Acquaintance Description Form-C3 (Fuller & Warner, 2000) Wright y Wright  
Codependent Relationship Inventory (DeBrown, 1991, Egnoto, 1995) DeBrown  
Spann-Fischer Codependency Scale (SF CDS) (Allison, 2004; Arkesteyn, 1995; Atkinson & Fischer, 1996; Beck Codependency Assessment Scale (BCAS) (Cowan & Warren, 1994; Fuller & Warner, 2000; Stafford, Co-Dependency Inventory (CDI) (Hoenigmann-Lion & Whitehead, 2006; Irwin, 1995; Stafford, 2001) O’Brien y Gaborit  
Codependent Rating Scale (Lovelett, 1992) Lovelett  
Codependency Self Assessment Scale (Minnitti, 1992) Minnitti  
Relationship Style Inventory (Rosenberg, 1993) Rosenberg  
Eight-Factor Codependency Scale (EFCDS) (Cowan et al., 1995; Cowan & Warren, 1994; Stafford, 2001)  
Hodgson Codependency Personality Questionnaire-1 (Hodgson, 1994) Hodgson  
Codependent Questionnaire (CdQ). (Hoenigmann-Lion & Whitehead, 2006; Roehling & Gaumont, 1996; Modified Codependency Assessment Criteria (Spears, 1997) ?  
Codependence Behavior Items List (Kirby-Green, 1998; Kirby-Green & Moore, 2001) Kirby-Green  
Codependency Assessment Tool (CODAT) (Hughes-Hammer et al, 1998a, 1998b; Keane, 2003; Martsolf, Codependent Acquaintance Description Form (Yearing, 2003) Wright y Wright  
ADF-C5- Acquaintance Description Form C5 (Gayol & Lira, 2002; Wright & Wright, 1999; Yearing, 2003) Wright y Wright  
New Questionnaire (New Q). (Lindley, Giordano & Hammer, 1999) Lindley, Giordano  
Holyoake Codependency Index (HCI) (Dear, 2002, 2004; Dear & Roberts, 2000, 2005) Dear y Roberts  
Idaho Codependency Scale (Harkness et al., 2001; Harkness et al., 2007; Hoenigmann-Lion & Whitehead, Instrumento de CD (ICOD) (Gayol & Lira, 2002) Gayol y Lira  
Instrumento para medir CD de Pérez Gómez y Delgado Delgado: a) FO, b) NA y c) NAA (Delgado Delgado & Nursing Codependency Questionnaire - NCQ (Allison, 2004, 2005) Allison

---

Fuente: Mazzarello, R.; D’Angelo, M. "Estudio sobre la codependencia y su influencia en las conductas de riesgo psicosocial de jóvenes brasileños de 14 a 19 años". Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, 2012.

Adicionalmente, Cemark (1991) propuso el siguiente criterio de diagnóstico para la codependencia (Mellody, 1994):

1. Continúa inversión de la autoestima en la capacidad para controlar sentimientos y conductas de sí mismo y de los otros frente a serias consecuencias adversas.
2. Asunción de responsabilidades para satisfacer las necesidades de los demás excluyendo el reconocimiento de sus propias necesidades.
3. Ansiedad y distorsión de los límites en situaciones de intimidad y separación.
4. Involucrarse con individuos de personalidad químicamente dependiente, desordenada e impulsiva.
5. Exhibe tres o más de los siguientes rasgos:
  - Excesiva dependencia de la negación.
  - Constricción de las emociones
  - Depresión
  - Hipervigilancia
  - Compulsiones
  - Ansiedad
  - Consumo de sustancia
  - Víctima recurrente de abuso físico o sexual
  - Enfermedades médicas relacionadas con el estrés
  - Ha permanecido en una relación primaria con un activo consumidor de sustancia por lo menos 2 años sin pedir ayuda.

El concepto y criterio de diagnóstico de Cemark se encuentra aún en estudio para su inclusión en el DSM dentro de la clasificación trastorno de personalidad no especificado (Faur, 2002).

Si bien el alcohólico es adicto a una sustancia, el codependiente es adicto, a vivir a través del alcohólico. En otras palabras, se podría decir que el codependiente es aquella persona que depende de las emociones y del control del otro. De forma paralela, también es posible que llegue a manipular como una manera de conseguir lo que ella cree necesitar el dependiente a la sustancia. En este sentido, se reconoce en el otro y la creencia más habitual es: “si tú está bien, yo estoy bien. Si tú estás mal, yo estoy mal” (Mellody 1989).

Por otro lado, no sólo basta aplicar un cuestionario, sino se complementa con una serie de entrevistas donde el equipo terapéutico evalúa cuál alternativa de tratamiento es la más adecuada y si el paciente o pacientes se encuentran en condiciones de acceder al abordaje y de los instrumentos terapéuticos de los cuales se dispone.

La entrevista se debe hacer de forma sistémica considerando entender los eventos desde el punto de vista de las múltiples interacciones que lo caracterizan; corresponde a una actitud integradora como también a una teoría explicativa que oriente hacia una comprensión contextual de los procesos y de sus protagonistas.

Se realiza un diagnóstico clínico y psicológico del estado del paciente, determinando si padece algún tipo de enfermedad somática relacionada o no con el uso de sustancias y si se plantea algún diagnóstico de co-morbilidad psiquiátrica. Se tiene en cuenta el diagnóstico estructural y diferencial presuntivo.

Si presenta patología de base, de índole psiquiátrica y grado de deterioro o no por el consumo, como también su grado de socialización. La familia, o quien funcione como sistema de apoyo del paciente, también debe ser evaluada y tratada conjuntamente con éste, debido a que este sistema de apoyo, no solo está afectado por el trastorno de la dependencia, sino que es copartícipe en la etiología y el mantenimiento del mismo (codependencia). Se realiza el diagnóstico del sistema familiar y se indaga su historicidad.

### Evaluación Diagnóstica

La etapa de evaluación diagnóstica consiste en:

1.- Examen Médico

2.- Examen Psiquiátrico

3.- Examen psicológico: Se evalúa el funcionamiento psicosocial del paciente en todas las áreas: intelectual, emocional, educativo, laboral, social, legal, económico y adictivo.

Lo que se sugiere evaluar en la entrevista con el paciente:

- Motivo de consulta.
- Motivación para realizar el tratamiento
- Grado de intencionalidad de abstenerse al consumo de sustancias y de resolver su problemática con el mismo.
- Conciencia de situación y enfermedad.
- Cuestionario de su historia vital clínica.

Lo que se sugiere evaluar en la entrevista con la familia o acompañante:

- Los vínculos familiares.
- La historia vital dentro del sistema familiar.
- La historia del consumo desde su perspectiva
- Todos aquellos datos que sean de utilidad para la recuperación del sujeto
- También se indagará si hay conciencia o no de enfermedad del familiar afectado

## **CAPÍTULO III CONTEXTO FAMILIAR**

La prevención de la recaída en drogodependencias pasa por el ámbito familiar, si no se considera el contexto familiar, los resultados podrían disminuir. El marco de la familia y las drogas toman una especial relevancia, dado que es donde se apoyan los fundamentos preventivos y de intervención en la búsqueda de la recuperación.

### **3.1 Modelos familiares: Funcionalidad y disfuncionalidad**

En términos de sistemas la familia puede organizarse con identidad propia siempre que los objetivos genéricos se cumplan lo mejor posible, sin embargo, esta dinámica sufre obstáculos o problemas en los que el sistema familiar adecua su identidad para asegurar su supervivencia.

Por tanto su función, como en ninguna otra institución, es transmitir valores, normas, límites, fe, confianza, así como de marcar con claridad cuáles son sus derechos y responsabilidades referencia.

#### **3.1.1 Familia Disfuncional**

La disfuncionalidad, hace alusión a los trastornos que producen disminución en el funcionamiento de un sistema familiar. Puede significar dolor y agresión, ausencia de afecto, de bienestar (Ackerman, 2003).

Ackerman (2003), propone las siguientes características de una familia disfuncional:

1. Es aquella donde hay planteamientos no claros, ni verdaderos sobre el origen de la familia.
2. En ella se busca constantemente la separación de sus miembros, la fragmentación de la unidad familiar y la competencia entre unos y otros. Los padres y los hijos se mantienen en un creciente antagonismo, desarrollando variados y destructivos mecanismos de defensa y una lucha constante por el poder y la autoridad, donde el egoísmo es la regla para el crecimiento, la intimidad y la individualización.
3. No hay formación espiritual, ni se forman vínculos, morales.

4. No hay apego, guía, los hijos no tienen límites.
5. Hay rigidez, autoritarismo, no se consideran las necesidades genuinas y reales de cada uno de los miembros. La autoridad y los límites son utilizados para ejercer la autoridad y el dominio, los unos sobre los otros; y el rendirse cuenta se vive como un control y una codependencia.
6. El respeto es condicionado, o simplemente no existe.
7. Las ideas y opiniones son excesivamente criticadas, ridiculizadas, descalificadas.
8. Lo bueno de cada uno no se comparte, ni se estimula y muchas veces tampoco se disfruta. El ambiente no es acogedor. No se promueve, no se estimula, ni se da soporte al desarrollo de los talentos, capacidades. Los miembros de la familia desean estar fuera de su núcleo y el regreso al mismo es triste, defensivo y amenazador.
9. La imagen que proyectan es generalmente ficticia y está basada en el miedo al qué dirán los otros de cada uno de ellos y de la familia como totalidad. Hay mucho miedo en ellos, de ser juzgados por las otras familias y por la comunidad.
10. Lo destructivo que surge en el seno de la familia, no se olvida y se continúa viviendo sin misericordia, ni amor, donde las actitudes y comportamientos vengativos y amenazantes, están presentes frecuentemente en contexto familiar. Las cosas malas no se olvidan y se recuerdan frecuentemente.
11. Abuso de alcohol u otras drogas.

Estas características no son las únicas y pueden estar presentes todas o algunas, además una familia vulnerable puede por un incidente (muerte, cambios, enfermedad) provocar disfunción y en un momento dado desintegración, sea parcial o total. En una familia disfuncional, al crecer los hijos los problemas pueden agravarse al acercarse la separación probable de los miembros.

La influencia de la familia ha sido siempre reconocida como un factor etiológico importante en el consumo de drogas en los adolescentes. En estos últimos años han sido muchos los estudios que han confirmado la relación entre ciertas características familiares y el consumo de drogas en los/as hijos/as (Brook y Brook, 1996; Gómez, 1990; Hawkins, Arthur y Catalano, 1995; Hoffmann, 1995; Molina, Chassin y Curran, 1994; Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000; Nurco, Blatchley, Hanlon, O'Grady y McCarren, 1998).

Las influencias que se derivan de la familia en las conductas de abuso de drogas, muestran demasiada evidencia como para no tenerlas en cuenta en los estudios sobre factores predisponentes. De hecho, la familia es el primer entorno social en el que se desarrolla la vida del sujeto, así como el primer órgano de modelado, aprendizaje y socialización (Barca, Otero, Mirón y Santórum, 1986).

No obstante, en muchas ocasiones, no se identifica claramente si es la propia dinámica familiar quien propicia la toxicomanía o, si debido a ésta, existe esa dinámica familiar disfuncional. Lo que es un hecho claro es la relación entre familia y farmacodependencia, no sólo como factor desencadenante, sino también como factor de mantenimiento de la situación (García, 1990). De igual modo, la influencia de la familia puede actuar de modo contrario, haciendo decrecer el riesgo de uso de drogas en los jóvenes (Bahr, Marcos y Maughan, 1995).

### **3.2 Familia y adicción**

Los miembros de una familia funcional son plenamente conscientes de su papel en la formación y educación de los hijos en materia de drogas y, sobre todo, no relegan esta educación a otras instituciones o profesionales, por lo menos, en un plano intencional, sin embargo, en familias disfuncionales esto no ocurre así (Zapata Venegas, 2009).

Así, la tasa de adicciones a las drogas y/o el alcohol es más frecuente en personas que tienen familias disfuncionales, incapaces de darles un sentido de pertenencia, de marcar límites adecuados, formar el sentido de responsabilidad y respeto y de satisfacer las necesidades emocionales básicas de la persona. Son familias, por ejemplo, donde cada uno se encierra en su cuarto a ver la televisión, si la tienen, o ven todos los mismos programas sin intercambiar palabra. O donde cada uno vive una vida aparte que no incluye a los demás y usan la casa apenas para dormir y a veces comer (Vacca, 1998).

Cada eslabón de la cadena es a la vez causa y consecuencia y lo mismo ocurre en el tema de las adicciones. Hay innumerables familias que son disfuncionales a causa de las adicciones de los padres, las más evidentes, al alcohol y a las drogas, pero también puede ser, por ejemplo, al trabajo, a la televisión o al sexo (Vacca, 1998).

De esta forma, muchas carencias del adicto vienen desde su familia de origen, que está en el pasado y no se pueden cambiar. El adicto tiene que aprender a dejar atrás su historia y a hacerse responsable de sí mismo en el presente. Pero en el caso del hijo, la familia de origen es ésta, en el presente. Y esta familia, hoy, sí tiene posibilidades de cambiar. La familia puede hacer algo para llenar carencias, que sin quitarle la responsabilidad al adicto, tiene que responder sus propias preguntas y hacerse cargo de su recuperación, con las ayudas necesarias (Zapata Venegas, 2009).

En los problemas de adicción y cuando éstos involucra al grupo familiar, se pueden identificar algunas etapas por las cuales pueden atravesar los integrantes familiares y son (Secretaría de Salud, 2010):

- Etapa de la Negación: Es el primer mecanismo de defensa que aparece y consiste en no querer saber lo que es la realidad, por lo tanto, la familia enferma niega la situación de estar enferma.
- Etapa de la Ira o cólera: de acuerdo a la magnitud de la pérdida, ventilamos nuestra rabia de manera racional o irracional sobre cualquier persona o cosa que pueda estar a nuestro alrededor, en las familias con un problema de adicción de uno o varios de sus miembros, los sentimientos son de de Ira o culpa por sí mismos.
- Etapa de regateo (negociación): Es una etapa en donde se establece un cierto regateo o un alegato interno y externo; puede también considerarse como una negociación o pacto con otros, tales como Dios o con la vida, ejemplo: Las personas familiares de un adicto muchas veces dicen “si yo hubiera hecho esto o aquello, tal vez el problema no hubiese ocurrido...”, “Si Dios me saca de éste problema, entonces yo prometo ...”
- Etapa de la depresión: Es el luto en su máxima expresión, es lo que hubiéramos tratado de evitar a toda costa y por qué no decirlo, “es el tiempo de llorar”. Aquí las familias experimentan un cierto aislamiento y una fuerte depresión frente al sentirse impotentes con su situación.
- Etapa de aceptación: Es el final de la lucha; es estar en paz con lo que es la realidad y es la renuncia a la omnipotencia personal y grupal y se acepta el hecho de necesitar ayuda.

Parte fundamental en la recuperación es que cada miembro de la familia se vea con sinceridad a sí mismo y que cambie lo que tenga que cambiar. El camino no es perseguir al

adicto, sino ver cómo cada uno contribuye a esa adicción. No basta con que el adicto deje su adicción, sino que es necesario que cada uno y la familia en su conjunto aprendan a vivir y a relacionarse sanamente.

De hecho las intervenciones de diferentes tipos, contienen estrategias encaminada a proteger y recuperar al individuo de la amenaza del consumo y la adicción a las drogas. Estos principios soportan en el desarrollo y actuación de la familia, considerada eje fundamental para la recuperación del problema de la adicción a las drogas. A continuación se enumeran dichos principios (Zapata, 2009):

1. La familia debe convertirse en soporte importante para la atención del problema del consumo y adicción a las drogas, integrándose de manera decidida desde el inicio del tratamiento y participando de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen.

Cuando la familia conoce del proceso de la adicción a las drogas y se involucra en el tratamiento, el individuo con problemas de abuso de drogas tiene un mejor pronóstico de recuperación. Por ello, las intervenciones terapéuticas que se realicen deben estar orientadas al restablecimiento de la armonía en las relaciones de la familia. Esta armonía se logra a través de intervenciones individuales y grupales que buscan, entre otras:

- a. Desarrollar capacidades para enfrentar las dificultades, trabajando en los sentimientos de culpa y en la recuperación del optimismo.
- b. Favorecer la restauración de jerarquías, incrementando la autoridad positiva de las figuras paternas.
- c. Identificar en la familia formas adecuadas de comunicación que fomenten la recuperación de la confianza entre sus miembros.
- d. Incrementar en la familia las habilidades afectivas, para que se puedan expresar adecuadamente tanto los sentimientos positivos como los negativos.

2. Cuando se producen intervenciones terapéuticas y el paciente regresa a su hogar, la familia debe estar en capacidad y disposición de hacer uso de las herramientas adquiridas durante el tratamiento, asumiendo actitudes y comportamientos que ayuden al mantenimiento de los logros alcanzados. Las herramientas adquiridas por la familia durante el tratamiento deben

posibilitar la implementación de cambios en el modo como se relacionan sus integrantes con el sujeto en tratamiento. Los cambios deben reflejarse en las siguientes actitudes y comportamientos:

- a. La familia es más solidaria y manifiesta más el afecto.
- b. Las normas relacionadas con el paciente son concertadas con él, no obstante, se exige su cumplimiento y se establecen sanciones si no se cumplen.
- c. Los padres o figuras de autoridad comparten y respaldan sus opiniones sobre actitudes y medidas disciplinarias decididas por ellos.
- d. Hay acuerdo por parte de todo el grupo familiar en el manejo que se le debe dar al conflicto.
- e. Los roles de cada miembro del grupo familiar están bien definidos y la comunicación es clara y directa.

3. La familia debe vincularse a redes de apoyo que le brinden acompañamiento y soporte en el proceso de recuperación del paciente, para desarrollar conocimientos y actitudes que buscan el mantenimiento de los cambios positivos logrados y la contención en situaciones de crisis. La familia debe continuar en un proceso de acompañamiento profesional. La duración de estos procesos de acompañamiento se define de acuerdo al aprendizaje conceptual y actitudinal del grupo familiar con respecto a las necesidades generadas por ellos, para enfrentar y apoyar situaciones que se deriven durante el proceso de tratamiento.

Así, entonces, la familia debe participar en un esquema de reuniones o encuentros de acompañamiento con profesionales del grupo interdisciplinario en salud, en los cuales se evalúen aspectos como:

- a. El cumplimiento del paciente de las normas concertadas.
- b. La valoración de los cambios que sean identificado en el paciente y en los miembros del grupo familiar.
- c. El reconocimiento y seguimiento de lo que el paciente ha estado haciendo de manera autónoma.
- d. Las dificultades que se han presentado en el funcionamiento de la familia.

El grupo familiar deberá vincularse a grupos de soporte y apoyo socio-familiar; en ellos, podrá expresar sus emociones y compartir temores y/o expectativas con otras familias que transitan por la etapa de reincorporación del paciente al grupo familiar y a la vida social activa y productiva.

4. El soporte familiar y social ofrecido al paciente debe posibilitar su individuación y autonomía en el proceso de rehabilitación.

Una de las consecuencias del abuso y la adicción a las drogas es que el paciente suele ser visto en su hogar como una persona incompetente, poco responsable y por lo tanto necesitada de protección familiar. Para intervenir este factor de riesgo es necesario un proceso de instrucción familiar, para que el paciente con problemas de abuso de drogas sea visto por su familia, su entorno y él mismo, como alguien que puede destacarse en alguna actividad productiva, socialmente aceptada y gratificante para el individuo. En búsqueda de este logro la familia debe:

- a. Redefinir el rol del individuo en recuperación como persona competente y con potencial para lograr su individuación.
- b. Promover la iniciativa, autonomía y espontaneidad del paciente, facilitando su participación en la toma de decisiones y asunción de responsabilidades.
- c. Promover el desarrollo de su identidad, teniendo respeto por sus ideas.
- d. Estimular su vinculación con redes que favorezcan la formación y/o capacitación para el trabajo.

5. La familia debe recibir educación sobre las señales de alerta de posibles recaídas del paciente, que le permitan actuar de manera proactiva, para prevenirlas y aceptarlas cuando ocurran, como parte del proceso de recuperación. La familia requiere un proceso educativo para manejar conceptos de recuperación y recaída en el consumo de drogas. Este proceso le permitirá al núcleo familiar identificar las señales de peligro para prevenirlas y, además, facilitará una actuación adecuada y consciente, en caso que llegaren a presentarse nuevos episodios de consumo.

Es muy útil que la familia elabore un inventario diario de señales que puedan ser indicio de un estancamiento del proceso de recuperación. Algunas de estas señales son:

a) Cambios en el estilo de vida o tendencia a romper rutinas, como despertar y levantarse más tarde o dejar de cumplir algunas responsabilidades.

b) Comportamientos compulsivos como aumento exagerado del apetito e inicio o aumento del consumo de café o cigarrillo.

c) Negación frente a llamados de atención.

d) Deterioro de las relaciones afectivas, con expresión inadecuada de ira y/o depresión.

Cuando se identifique alguno de estos comportamientos, debe hacerse una revisión con el paciente de dichos aspectos.

6. El individuo en tratamiento que no cuente con familia, debe ser vinculado a una red de apoyo equivalente, que sustituya las funciones de acompañamiento, comunicación y afecto.

La red de apoyo puede estar constituida por amigos o parientes, a los cuales es importante contactar y motivar para su vinculación al proceso de recuperación. Cuando no se cuenta con esta posibilidad, se debe acceder a instituciones que presten este tipo de soporte, donde se provea al paciente un ambiente y condiciones mínimas de afecto, soporte material y espiritual, guía, consejo y afianzamiento de la identidad. Es importante tener en cuenta que el proceso de apoyo social debe ser concebido como un “dar y recibir”, en el que el paciente debe asumir una serie de responsabilidades que lo preparen para el ejercicio de su autonomía. Será, entonces, el objetivo más importante de la vinculación con una red de apoyo social: la estabilización emocional y afectiva y la preparación para asumir una vida independiente, en la que pueda reconstruir una nueva y propia red de apoyo social (Zapata, 2009).

Cuando no hay una familia que asuma el acompañamiento del paciente en recuperación, es necesario acudir a grupos humanos y sociales alternativos en los que está inmerso el paciente, esto es, su red de apoyo social. De no existir una red de apoyo social positiva, debe elaborarse un plan para su construcción.

Abordar a la familia como un grupo de relaciones más que como un grupo de individuos, es decir, enfocarse más lo que ocurre entre las personas y no dentro de éstas. Enfocarse a

conductas observables como patrones de interacción familiar, secuencias repetidas, mensajes de la comunicación.

### **3.2.1 Estudios sobre familia y drogas**

A continuación se presentan una serie de investigaciones que abordan la relación familiar y el consumo de drogas:

(González Flores, *et al.* 2009), presentan un estudio donde se identifica la situación familiar del adolescente para conocer la prevalencia del uso de drogas, artículo que concluye que la familia puede constituirse como un factor de protección ante la disponibilidad de sustancias adictivas en el medio, a partir del ambiente generado en el seno familiar.

Muñoz Astudillo, *et al.* (2012) presenta una investigación donde se plantean seguimiento a las dinámicas familiares en seis conceptos que permitieron develar la carencia en las relaciones directas e indirectas. Directas: entorno familiar protector, ejercicio de autoridad, cumplimiento de tareas pedagógicas. Indirectas: conocimiento del joven y su contexto psicosocial, conocimiento de las sustancias, formación en derechos humanos.

Riofrío *et al* (2010) explora las causas que llevaron a jóvenes a consumir drogas y el tipo de droga que más consumen los jóvenes de 10 a 18 años que ingresaron en una institución que acoge niños infractores de una ciudad del Ecuador. El análisis de contenido resultó en tres temas: la carencia del apoyo familiar; las influencias del entorno en que se desarrollan los jóvenes y el desconocimiento del efecto que causan las drogas y los planes para el futuro. El ambiente familiar se identificó que era el factor más influyente.

García del Castillo (2003) remarca los aspectos psicosociales en el marco familiar y su relevancia con la prevención en el consumo de drogas. En este artículo se valora la percepción de riesgo, la permisividad y las actitudes de los padres respecto de las drogas.

Gómez-Fraguela, y otros (2008). El objetivo de este trabajo es analizar la relación existente entre la participación en las reuniones de jóvenes en espacios públicos para beber, charlar, etc., el abuso de alcohol y otras drogas y la realización de conductas vandálicas en jóvenes. Se analizó el nivel de abuso de drogas y los problemas asociados con su familia. Los

resultados muestran que aquellos que participan habitualmente en las fiestas presentan mayores problemas con el alcohol y otras drogas, asociándose también con una vida familiar permisiva.

Pinos Crespo (2012), analiza la relación existente entre familia disfuncional y consumo de drogas en adolescentes y la manera en que esta relación afecta al rendimiento escolar del joven dando como consecuencias perdidas de año, deserción escolar, dificultades con la salud. Pinos (2012) concluye que la incorrecta interacción de los sistemas, surge por la comunicación ineficaz, estructuras rígidas, límites ambiguos, que se convierten en factores de riesgo para el uso de drogas en jóvenes.

Recio Adros, y otros (1991) estudia el papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso de drogas en los adolescentes. Concluye que el papel de los tres ámbitos más importantes de la persona en esta época debe estar en congruencia pero la familia es el eje que puede compensar a los otros ámbitos.

Zapata Vanegas, M.A. (2009). Menciona nueve áreas o dominios que deben tenerse en cuenta para asegurar resultados positivos en el tratamiento de los pacientes con enfermedad producto de la adicción a las drogas, entre los que se destaca el soporte familiar. Y presenta una propuesta que señala como lograr la vinculación de la familia a través de la aplicación de una metodología, en la cual se definen los principios y guías que deben tenerse en cuenta durante el proceso de tratamiento y recuperación de la adicción a las drogas o cuando exista carencia del núcleo primario familiar.

Huitrón-Bravo *et al* (2011). El objetivo de este estudio fue determinar las principales conductas de riesgo con respecto al consumo de drogas en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos. Se observó que los jóvenes que provienen de familias percibidas como disfuncionales, tienen una mayor probabilidad de desarrollar ciertas conductas de riesgo como por ejemplo el consumo de sustancias lícitas e inicio temprano de la actividad sexual.

Cid Monckton y otros (2011). El objetivo de este estudio fue verificar los factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes, considerando los patrones de interacción que se desarrollan en la familia, sus grados de adaptabilidad y vulnerabilidad.

Galaviz Granados, G. (2015). Este estudio destaca la centralidad de la dimensión social de la familia en el drogodependiente, no solo como potencial detonante de comportamiento adictivo, sino como variable que permea también su diagnóstico y tratamiento. Los resultados que arroja dicho estudio son sobre modelos terapéuticos predominantes que tienen implicaciones sociales.

Blanco-Álvarez, T. y otros (2017), determinaron los factores de riesgo asociados con las recaídas en el consumo de drogas en adolescentes, donde las variables intrapersonales como regulación emocional, control atencional, estados emocionales negativos y búsqueda de sensaciones positivas se hallan como factores de riesgo determinantes en las recaídas de consumo de drogas.

Espitia-Montoya, S. y otros (2014) realizan un diseño de programa de intervención que genera estrategias que disminuyen la ansiedad producida por el craving en personas rehabilitadas del consumo de sustancias psicoactivas. El programa lo desarrollaron mediante la implementación de técnicas como el Mindfulness, y la terapia de aceptación y compromiso, junto con las técnicas de relajación de Jacobson y ejercicios de respiración diafragmática, con el propósito de desarrollar un mayor autocontrol en los usuarios. Los resultados obtenidos fueron un mejoramiento significativo y un decremento en la probabilidad de recaída.

Domínguez-Martín, Á.L. y otros (2016). El objetivo de este estudio es explorar las razones por las cuales los pacientes interrumpen voluntariamente su tratamiento de adicción, sin haber ratificado el final del tratamiento por los profesionales. Se discute la pertinencia de los criterios manejados por los profesionales y los criterios de los pacientes. Se da un seguimiento más estrecho de los abandonos al conocer la causa específica y al establecer criterios de éxito más ajustados a la realidad.

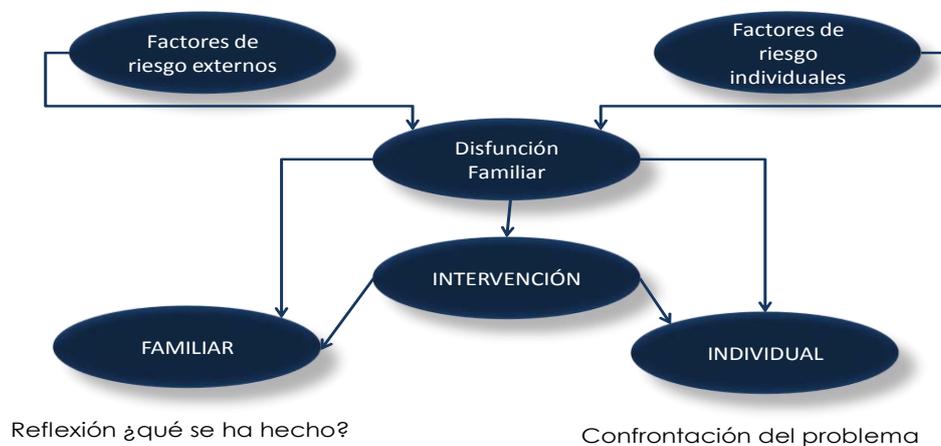
### **3.3 Proceso de ingreso a un tratamiento**

Estudios realizados en EEUU y Canadá calculan que, cada año, entre el 90% y el 95% de las personas con dependencia a alcohol y/o drogas no entra a tratamiento o a grupos de autoayuda (Landau, 2004). Por otra parte y como una dificultad adicional, en un porcentaje importante del grupo que consulta la motivación a consultar está dada por terceros.

Éstos últimos influyen ya sea por vías legales (situaciones judiciales), vías formales (petición del lugar de trabajo o de asistencia social) o vías informales (familiares y amigos) (Cunningham, 2004). Ésta situación de falta de motivación de la persona que tiene el problema constituye un desafío a ser resuelto tanto en relación a la entrada a procesos terapéuticos como en la adherencia a ellos, más allá del tipo de tratamiento que se trate.

Al abordar el conflicto, afloran los sentimientos encontrados de la familia frente al problema, lo que facilita al terapeuta la manera de identificar en donde se encuentra el núcleo del problema y en donde se está fallando en los esfuerzos de la familia por lograr los objetivos en la lucha contra su dificultad, esto permite ayudarles a establecer la diferencia entre lo que es y lo que significa “estar sometido” y “rendirse” frente al problema que los aqueja; por tanto, el terapeuta debe indagar a la familia con preguntas que le conduzcan a considerar la alternativa terapéutica.

Figura 1. Una breve panorámica en la alternativa terapéutica



Fuente: Soto García, L. E. *¿Cómo abordar la adicción en la familia? Una mirada a lo psicosocial desde la terapia familiar con adictos a las sustancias psicoactivas*. Universidad de Antioquia y Asociación PROASIS.

El rol del psicólogo debe ser mediador o facilitador y ayudar a visualizar los siguientes pasos tratando de establecer una ruta de acción donde los roles familiares se definan, pero debe ser muy firme. Es decir, es un protagonista de primer orden ya que su labor es rehabilitadora, pero la responsabilidad mayor en el proceso rehabilitador es de la familia y el adicto.

### 3.4 Familia y codependencia

La codependencia consiste en engancharse en la enfermedad del otro, sea como enfermo que no enfrenta sus problemas o como víctima que apoya al adicto. Esto generalmente es inconsciente, pues conscientemente buscan la recuperación.

El amor que la familia debe ejercer, es un afecto que es el más apropiado y útil en las relaciones con una persona que sufre adicción. Como familiares a veces el cariño puede evitar que pongamos límites adecuados para protegernos o para evitar colaborar con la conducta adictiva. Sin embargo, el amor de la familia combinado de manera balanceada con la firmeza necesaria del terapeuta, puede establecer límites saludables, que son herramienta vital en el proceso de rehabilitación.

Figura 1 Dinámica frente a la intervención



Fuente: Soto García, L. E. *¿Cómo abordar la adicción en la familia? Una mirada a lo psicosocial desde la terapia familiar con adictos a las sustancias psicoactivas.* Universidad de Antioquia y Asociación PROASIS.

Los codependientes muchas veces tienen recaídas, estas suceden pues el paciente se confía y deja de cuidar su recuperación personal. Otras veces viene producto del desánimo que resulta de una recaída del adicto. Una recaída no debe ser interpretada como fracaso total, sino que se debe aprender de ella y retomar el proceso de recuperación lo antes posible (López Acosta, 2009).

Como mencionamos anteriormente, la familia es una parte fundamental en la historia de los adictos, en su detección, aceptación, orientación, canalización, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la abstinencia y además vital en la disminución o provocación de recaídas. Es por lo tanto, un elemento clave en la recuperación y proceso de rehabilitación.

## CAPÍTULO IV INTERVENCIÓN

### 4.1 Prevención de Recaídas

Catalano *et al.*, (1996) han señalado que antes de empezar a hablar de recaída, es preciso que se produzca la abstinencia. Sin embargo, los criterios empleados son muy variados a la hora de determinar el periodo de tiempo mínimo necesario sin consumo para empezar a hablar de abstinencia.

Definir la abstinencia por algún periodo de tiempo puede ser útil, al permitir distinguir entre aquellos consumidores continuos y aquellos que son capaces de dejar la droga por un breve espacio de tiempo. De esta forma se asume que todos los sujetos que están en tratamiento son susceptibles de recaer, sin tener en cuenta el periodo de abstinencia.

Según el DSM-IV dentro del apartado de los trastornos inducidos por sustancias, se define el síndrome de abstinencia sobre la base de tres criterios:

1. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
2. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Según el CIE-10, se describe el síndrome de abstinencia como:

- El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores del síndrome de dependencia, por lo que este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.
- El diagnóstico de síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica.

- Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

La recuperación plena de los adictos que hacen tratamiento, sólo se logra en una proporción que muchos autores sitúan en no más del 20%. (Castellanos, 2016) Son numerosos los casos de recaídas durante el tratamiento y aún luego del alta, por lo cual se constituye en un tema de fundamental investigación: conociendo las causas y los factores de riesgo y protección, éstas podrían ser prevenibles, y por extensión, también el inicio del consumo.

Según Donovan (1996) en las distintas definiciones de recaída, se encuentran las siguientes características:

- a. Un proceso que gradualmente e insidiosamente lleva a la iniciación del consumo de sustancia.
- b. Un evento discreto que se define por una caída o una vuelta al consumo de la sustancia.
- c. La vuelta al consumo de la sustancia con la misma intensidad que en los niveles anteriores al tratamiento.
- d. El consumo diario de la sustancia durante un determinado periodo temporal.
- e. Una consecuencia que lleva a la necesidad de iniciar de nuevo el tratamiento.

Marlatt (1985, 1996a) ha establecido una distinción conceptual aceptada por otros muchos autores, donde distingue entre el consumo puntual de una sustancia (“lapso”, “desliz” o “caída temporal”) entendida como el primer consumo después de un periodo de abstinencia y la “recaída”, que supondría el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no los niveles de la línea base anterior al tratamiento.

Los “lapsos” pueden ser consumos esporádicos de una sustancia o episodios de consumo intenso durante algunos días. En palabras de Marlatt (1985) un “lapso” se definiría como un obstáculo o retroceso en el intento que una persona hace para cambiar o modificar una conducta concreta. La recaída supondría desde esta perspectiva el uso continuado de la sustancia después de ese desliz inicial y se entendería como el resultado de una dinámica que

se va desarrollando a lo largo del tiempo, de un modo gradual. La transición entre un consumo puntual y el retorno a la adicción dependerá de una serie de procesos en los que intervienen múltiples variables.

Daley y Salloum *et al.* (1996) identificaron cinco factores que contribuyeron a la recaída de sus pacientes:

1. Carecer de la habilidad de manejar tensión o estados emocionales negativos (69%)
2. Conflictos interpersonales con familia u otros (29%)
3. Ausencia de tratamiento profesional (25%)
4. Pensamientos negativos (11%)
5. Baja motivación hacia el cambio (10%)

Entre las variables relacionadas con el riesgo de recaer, está la relación con el nivel de exigencia del programa en el cual está involucrado el paciente. Los sujetos que recaen tienen menos dificultad para adaptarse a las normas del programa y realizan menos esfuerzo para cumplir con ellas (Luengo *et al.*, 2012).

Otras variables se refieren al grado de relación con los compañeros del programa y el apoyo de sus amigos para realizarlo, con niveles mayores en los sujetos que se mantienen abstinentes después del programa. Adicionalmente otras variables se refieren a la satisfacción sentida con el programa al finalizar el tratamiento, a la percepción de una mayor dificultad para seguir una vida sin drogas, a la existencia o percepción de abandono durante el programa (Luengo *et al.*, 2012).

El modelo de prevención de recaídas (RP) más estudiado es el que propuso Marlatt y Gordon (1985). El modelo RP de recaída está centrado en una detallada taxonomía de emociones, eventos y situaciones que pueden precipitar los lapsos y las recaídas tanto en alcohólicos como en adictos a sustancias. Esta taxonomía incluye determinantes de recaída inmediata y antecedentes encubiertos, que indirectamente aumentan la vulnerabilidad de una persona a la recaída.

Basado en esta clasificación Marlatt y Gordon (1985), diseñaron los componentes de tratamiento dirigidos a la recuperación de alcohólicos de alto riesgo. Sin embargo, numerosas

investigaciones proponen aplicar este modelo para otras situaciones de alto riesgo y pacientes con antecedentes inmediatos de recaída.

Por ello, la prevención de recaídas se relaciona de forma importante con el programa, y algunos de ellos no ven la recaída como un resultado de tratamiento dicotómico (éxito-falla), sino que se enfatiza como un proceso de transición. Por ello, la prevención de recaídas debe ser tomada como una medida dentro del tratamiento global. Es decir, preparar las acciones para reducir o limitar los lapsos de retroceso.

Un tratamiento o intervención que está relacionado con la prevención de recaídas debe focalizarse más en los aspectos positivos y menos en las áreas débiles del paciente, cuya finalidad sea definir los aspectos prioritarios del proceso terapéutico y planificar así el programa de entrenamiento en habilidades específicas.

#### **4.2 Modelos de Intervención**

A continuación se presenta una breve reseña de los tratamientos disponibles para abordar codependencia y adicciones, todas de ellas pueden realizarse en formato individual o grupal (González Llona *et al*, 2015):

1. Enfoque de Refuerzo Comunitario o Comunidad Terapéutica: con un grado de recomendación A, está indicado para pacientes con dependencia grave, pobre control de impulsos, con historia de fracasos en tratamientos menos intensivos y con escaso apoyo social.
2. Tratamiento cognitivo –conductual (TCC): Grado de recomendación A. Es eficaz en el tratamiento de las conductas adictivas). Las bases son el análisis funcional de la conducta adictiva, el entrenamiento práctico de habilidades para el reconocimiento y afrontamiento del *craving*, la solución de problemas, la identificación y anticipación de situaciones de riesgo, el reconocimiento de decisiones aparentemente irrelevantes y habilidades para rechazar el consumo, el control de los procesos cognitivos relacionados con el consumo de drogas, el control y programación de las actividades.

3. Prevención de Recaídas, como variante más específica del TCC: Grado de Recomendación B. En general, el tratamiento tiene dos componentes esenciales: el uso del análisis funcional del consumo y el entrenamiento en habilidades. El objetivo es que el paciente aprenda a anticipar y enfrentarse a las presiones y problemas que pueden conducirle a una recaída.

4. Entrevista motivacional: se le atribuye un grado de recomendación B. Es eficaz en primera fase y acompañando a otras intervenciones. Está indicada en pacientes con abuso (NO dependientes) y aumenta la adherencia y cumplimiento del tratamiento. Según el nivel de evidencia 1 está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio en la línea base, y es apta para favorecer el inicio de un tratamiento, para los programas de reducción del daño y para favorecer la adherencia a otras modalidades psicoterapéuticas.

5. Terapia interpersonal: Grado de recomendación C ya que mejora los resultados a largo plazo. Se basa en la idea de que el problema de la droga surge y se mantiene en un contexto de relaciones interpersonales.

6. Intervención familiar: Grado de recomendación C. Describe las conductas en términos de relaciones interpersonales al mismo tiempo que estudia las posibles modificaciones o cambios que movilicen las posiciones o interacciones que dificultan un desarrollo armónico y coherente.

7. Terapia psicoanalítica: Grado recomendación C. Indicada una vez que la persona haya conseguido la abstinencia, en “estados avanzados de recuperación, para tratar rasgos de personalidad anómalos, asociados o previos a la adicción”.

#### **4.2.1 Intervención: Terapia Familiar**

Se revisará en este apartado los principales modelos de tratamiento familiar y se analizará sus implicaciones en el tratamiento de las adicciones. Se utilizará para ello la clasificación establecida por Rolland y Walsh (1996) que distingue:

- a. Modelos orientados a la resolución de problemas
- b. Modelos intergeneracionales.

Modelos orientados a la resolución de problemas: tienen en común que son intervenciones breves, focalizadas y muy prácticas y han experimentado un amplio desarrollo en las cuatro últimas décadas. Dentro de este tipo de modelos se encuentran: el modelo estructural, los modelos estratégicos, el modelo estructural-estratégico, los modelos sistémico-constructivistas, así como los modelos conductuales y psicoeducativos.

1. Modelo estructural: nació como consecuencia de los intentos de desarrollar una intervención terapéutica para jóvenes delincuentes y, posteriormente fue ampliada a familias multiproblemáticas y familias de suburbios (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman y Schumer, 1967). Este modelo recalca la importancia de la organización familiar para su adecuado funcionamiento y el bienestar de sus componentes. Los síntomas, en este caso las adicciones, son reacciones desadaptativas a los cambios ambientales o evolutivos, como pueden ser las transiciones de los ciclos vitales. Centra su atención en el equilibrio de la organización familiar, analizando muy particularmente las dificultades de la jerarquía familiar y los subsistemas de padres e hijos. Los problemas de adicción son vistos como síntomas de los problemas del sistema, que actúan desviándolos conflictos familiares, bien entre los padres, o entre los padres y abuelos en los casos de familias con un solo progenitor.

Desde el modelo estructural la base de la intervención terapéutica es el fortalecimiento de los cimientos estructurales que permiten el funcionamiento familiar; más concretamente en una jerarquía generacional adecuada, en la que los padres mantienen una unidad de liderazgo férrea, y con unas fronteras claras, ni demasiado difusas ni demasiado rígidas.

Este planteamiento resulta especialmente útil en el tratamiento de las adicciones en las que frecuentemente se observa un funcionamiento familiar caracterizado por la sobre implicación de uno de los progenitores del adicto (generalmente el de sexo opuesto) y el papel periférico del otro padre (Marcos, Garrido, 2009).

El terapeuta estructural trabaja en la reparación o modificación de los patrones organizativos disfuncionales de forma que permita a las familias desarrollar eficazmente sus tareas funcionales básicas y afrontar con éxito las tensiones cotidianas que se producen. Con la reorganización familiar se espera que el problema desaparezca. Este enfoque ha resultado especialmente útil en el tratamiento de familias con problemas de adicción.

2. Modelos estratégicos: Los modelos estratégicos tienen en común su foco en la situación social inmediata del paciente. Los problemas pueden ser vistos como un síntoma y una respuesta a una interacción familiar disfuncional. Tiene especial interés conocer y comprender cómo intentan resolver sus problemas una familia, puesto que consideran que las soluciones intentadas ineficaces pueden incrementar el problema o convertirse en sí mismo en un problema más grave.

El modelo estratégico plantea que las familias actúan de la forma en que lo hacen bien porque consideran que es la más adecuada o porque desconocen otras actuaciones. En estos casos la intervención del terapeuta tiene que ir dirigida a interrumpir las soluciones ineficaces intentadas y proponer un giro de 180°. Para ello necesitan conocer las creencias de cada familia, su lenguaje, sus ideas, de manera que permita ver el problema a través de la visión de sus miembros, y tomaren consideración sus valores y esperanzas pues son los que determinan la forma en que manejan el problema y sus dificultades para cambiar.

En los modelos estratégicos la familia define lo que es “normal” o “saludable” para ellos. Esto implica que es la propia familia, junto con el terapeuta la que señala el objetivo de la terapia que en todo caso es resolver el problema que le llevó a consulta. El papel del terapeuta estratégico es definir en términos comportamentales el problema e iniciar el plan de intervención para cambiar los patrones familiares disfuncionales.

Uno de los modelos más utilizados en los últimos 25 años y que ha demostrado una cierta evidencia sobre su eficacia en el tratamiento de adolescentes que usan y abusan de las drogas es la Terapia Familiar Breve Estratégica (Marcos y Garrido, 2009).

3. Terapia familiar Breve Estratégica: es una intervención breve que se utiliza con adolescentes que consumen drogas y que presentan otros problemas de conducta. Su enfoque se basa en una combinación de las aportaciones de Minuchin (1974), Haley (1976) y Madanes (1981) y consiste en una terapia sistémica breve (el tratamiento dura entre 8 y 24 sesiones, dependiendo de la severidad del problema) y estratégica, es decir, planificada, focalizada en el problema y pragmática.

Desde este modelo el uso de drogas es concebido como una señal de malestar del funcionamiento familiar y la terapia se va a centrar en la función que cumple este síntoma en

el sistema familiar. El modelo se basa en dos principios generales (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003; Szapocznik y Williams, 2000):

1. La familia es un sistema y por lo tanto lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar. Según el enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas problema que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente.
2. Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia.

La intervención del terapeuta se orientan en el sentido de eliminar dichos patrones interactivos que están directamente vinculados a las conductas que muestra el adolescente (abuso de drogas u otras conductas problema). En todo programa de tratamiento se persiguen dos objetivos fundamentales: a) que el adolescente deje de consumir drogas y cesen las conductas problemáticas y b) modificar los patrones de interacción familiar que mantienen el síntoma.

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

1. La calidad de la relación terapéutica entre el terapeuta y la familia (“alianza terapéutica”) siendo ésta un importante indicador de eficacia de la terapia.
2. La utilización de la reestructuración para el cambio en los patrones de interacción disfuncionales. El terapeuta refuerza comportamientos funcionales para garantizar que sigan utilizándose y pongan en marcha habilidades más adaptativas. Trabaja para que la familia posea habilidades de interacción que resulten más funcionales y puedan gestionarla conducta de abuso de drogas en el adolescente.

El enfoque estratégico breve se ha utilizado en diversos contextos asistenciales: dispositivos de salud mental, programas de tratamiento para abuso de drogas y otros servicios sociales (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003). Al estar protocolizada y ser un enfoque flexible puede adaptarse a una amplia gama de situaciones. La Terapia estratégica ha sido

ampliamente evaluada y cuenta con evidencia de su eficacia en el tratamiento de los adolescentes abusadores de drogas (Austin, 2005).

3. Modelo estructural estratégico: El enfoque estructural-estratégico de Stanton y Todd consiste en aplicar la teoría estructural como paradigma orientador, utilizando sus técnicas y al mismo tiempo aplican el modelo estratégico en cuanto que enfatizan un plan específico, los acontecimientos fuera de la sesión, el cambio en el síntoma y la colaboración entre sistemas que intervienen en el tratamiento (Marcos y Garrido, 2009).

Al igual que Haley, estos autores acentúan la implicación activa de la familia de origen del paciente en la terapia, aunque ya no viva con ellos. Se trataría de hacerles volver a una fase del ciclo vital anterior, la de salir de casa, que no fue “negociada” de una manera adecuada y hacerlo de una forma correcta esta vez. De acuerdo con esa estrategia lo primero que debe encararse es la triada compuesta por el adicto y ambos progenitores con el propósito de trabajar la individuación del adicto (Marco y Garrido, 2009).

4. Modelos sistémico-constructivistas: Hoffman (1996) destaca las principales características del enfoque sistémico-constructivista:

a) No hay una creencia en la realidad objetiva. Los problemas existen en el reino de los significados.

b) Cambio del foco de conductas a ideas.

c) El problema crea el “sistema”. En este punto se postula la inexistencia de una unidad de tratamiento absoluta como el "sistema familiar", sino que se tiene en cuenta al grupo de personas que conversan acerca del problema.

d) El terapeuta está por todos y para todos. Desde esta posición el terapeuta trata de encontrar el sentido a todas las posturas encontradas en el sistema conversacional por encima de las posturas personales que tenga, adoptando una postura de neutralidad, pluralidad o multi-parcialidad.

e) Relativa ausencia de jerarquía. La posición acerca de la ausencia de una interpretación de la realidad más verdadera que otra hace que el terapeuta se coloque como “otro más” en la conversación.

f) Menor énfasis sobre aspectos del poder y del control. Más bien se opta por aquellas posturas terapéuticas que propician un reparto equitativo del control y del poder que a menudo se atribuye al terapeuta ya la terapia.

g) Tendencia a inhibir la intencionalidad. La tarea del terapeuta es la de crear un contexto comunicacional dónde se puedan producir sistemas conversacionales menos patologizantes más que aplicar determinadas técnicas que propulsan el cambio.

Ozechowski y Liddle (2000) han publicado recientemente una revisión que incluye 16 ensayos clínicos y 4 estudios en desarrollo que evalúan la eficacia de las intervenciones familiares para el tratamiento de adolescentes y jóvenes adictos (Marcos y Garrido, 2009):

1. Las terapias basadas en la familia con jóvenes drogodependientes logran más éxito en conseguir comprometer a las familias en los procesos de tratamiento que las intervenciones estándar.
2. Asimismo, la adherencia y permanencia al tratamiento es mayor en los programas terapéuticos que incluyen la intervención desde la perspectiva familiar.
3. Los abordajes familiares consiguen reducir el nivel de consumo de drogas post-tratamiento y a este respecto se muestran más eficaces que la terapia individual, la terapia de grupo de adolescentes, y la psico-educación familiar.
4. Además las intervenciones basadas en la familia son igual de efectivas que los grupos de padres o la terapia familiar con una persona. Igualmente reducen las conductas disfuncionales asociadas (por ejemplo, disminuye el número de detenciones post-tratamiento, la agresividad y las conductas antisociales).
5. Cinco estudios revisados incluían la evaluación de comorbilidad psiquiátrica pre y post-tratamiento y todos ellos encontraron reducciones de síntomas psiquiátricos en los adolescentes tratados.
6. Los adolescentes drogodependientes que fueron tratados con intervenciones familiares lograron un mejor funcionamiento escolar que los que realizaron tratamientos alternativos.

7. La terapia familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia (comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etc.) de los adolescentes drogodependientes.

### Modelos intergeneracionales

Los modelos intergeneracionales tienen un carácter más explorador, menos focalizado que los modelos orientados hacia la resolución de problemas y están orientados hacia el desarrollo y crecimiento personal. Entre los principales modelos intergeneracionales de terapia familiar están los modelos psicodinámicos, el modelo de Bowen y el modelo vivencial.

#### **4.2.2 Modelo Cognitivo-Conductual**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) compone un modelo de intervención en la clínica psicológica cuyo fundamento está basado en la investigación científica y representa la integración de los principios derivados de teoría tales como: teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva.

La terapia cognitiva mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979), términos que se refieren a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que se conceptualiza de forma idiosincrásica la experiencia.

Se crea una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), activarse y actuar a través de situaciones concretas, produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas) (Valverdi y Álvarez, 2010).

Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: 1. informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emociones y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; (3) el material introspectivo o de auto-registro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones (Valverdi y Álvarez, 2010)..

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción: a) El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas. b) Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. c) La articulación, a modo de hipótesis, de los patrones cognitivos, en significados personales o esquemas cognitivos subyacentes y tácitos.

Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo que se encuentra la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica. Una vez conceptualizados los problemas del paciente se podrá generar un plan de tratamiento con el objetivo de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales. Para ello el terapeuta puede valerse tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide *feedback* de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asigna, como tarea para casa, su aplicación a un área problema determinada (Valverdi y Álvarez, 2010).

Entre las técnicas cognitivas utilizadas en la terapia cognitiva pueden mencionarse: detección de pensamientos automáticos, clasificación de las distorsiones cognitivas, búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos, concretar las hipótesis, manejo de supuestos personales, etc. Entre las técnicas conductuales se encuentran la programación de actividades incompatibles, escala de dominio/placer, asignación de tareas graduadas, entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación, ensayo conductual, *rol playing*, exposición en vivo, etc.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Cfr. Pedrero-Pérez, Eduardo J.; Rojo-Mota, Gloria; Ruiz-Sánchez de León, José M.; Llanero-Luque, Marcos; Puerta-García, Carmen. (2011). "Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones". *Revista Neurología*, Vol. 52. N° 3, pp. 163-172. Cfr. Caballo, Vicente E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: S.XXI. Cfr. Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V. Y Morales Gallús, E. (2004). "Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones". *Trastornos Adictivos*. Vol. 6. N° 3, pp. 159-166. Cfr. Carroll, K.; Sholomskas, D.; Syracuse, G.; Ball, S.A.; Nuro, K.; and Fenton, L.R.

También se ha utilizado la Terapia Cognitiva de Beck (TCB) (Beck *et al.*, 1993), que parte de supuestos diferentes a los del Modelo de Marlatt y Gordon. La TCB considera que los estímulos desencadenantes del consumo no se sitúan fuera del sujeto, sino en su sistema de creencias, lo que explica la frecuente concurrencia de adicción y trastornos depresivos y de ansiedad. Desde esta perspectiva, la TCB aborda las creencias disfuncionales que están en la base de ambos trastornos. A pesar de que algunos estudios encuentran que la eficacia de este abordaje terapéutico es superior al del no tratamiento (Miller, Andrews, Wilbourne y Bennett, 1998) otros estudios no encuentran mayor efectividad que la mostrada por otras modalidades menos estructuradas de intervención, como la terapia expresiva de soporte o los grupos de consejo profesional (Crits-Christoph *et al.*, 1999).

### **4.3 Prevención de recaídas en el paciente adicto: TCC**

En el abordaje de las adicciones, un programa cognitivo-conductual sostiene que la conducta adictiva presenta dos particularidades: una es una conducta aprendida y dos, es una conducta que comporta recaídas. Esta última se refiere a la ruptura o el fracaso en el intento de una persona para mantener el cambio en cualquier conjunto de comportamientos de tipo adictivo.

Como una generalidad, las recaídas podrían considerarse como el denominador común de los resultados de los tratamientos, diseñados para abordar los problemas relacionados con la salud, principalmente los que están vinculados al alcohol y al uso indebido de las drogas (Marlatt, *et al.*, 2002).

En este ámbito de las adicciones se podría aseverar que por lo general, las tasas de recaídas son significativamente altas, esto es citado habitualmente como un indicador tanto por la naturaleza patológica de los adictos como de la naturaleza irreversible de las conductas adictivas. Aunque estas conductas podrían considerarse atípicas o anormales, si no se observaran con frecuencia fracasos en el incumplimiento de propósitos previamente estipulados como una característica de las conductas humanas, se podría decir que la reincidencia es probablemente un proceso normal, si suponemos que estas pueden llegar a ocurrir y aportan información del porque de las mismas, y que a la vez puede comprenderse

---

We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(1):106-115, 2005. *Cfr.* Carroll, K., et al. Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: A randomized placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 61(3):264-272, 2004.

mejor estudiando situaciones no patológicas en muestras normales más que en muestras clínicas (Saunders, 1993).

Más allá de cómo se define una recaída, las investigaciones señalan que la mayoría de las personas que tratan de cambiar su comportamiento en una determinada dirección, entre otros intentos, experimentarán lapsos, que frecuentemente conducirán a una recaída lo que o quiere decir que tal vez no logren su objetivo. Esto es tal vez la problemática más difícil al que deben enfrentarse los profesionales que trabajan en el ámbito de las conductas adictivas.

### **Conclusiones**

La dependencia de sustancias constituye un trastorno crónico, que no admite cura definitiva sino recuperación, y en el cual las recaídas son frecuentes. El adicto es el principal afectado, pero existen otras personas que se encuentran afectadas directa y a menudo gravemente por las consecuencias de la adicción. Estas personas son casi invariablemente los familiares cercanos del adicto, que en su intento por lidiar con el problema suelen desarrollar un trastorno específico: el trastorno por codependencia.

"Codependencia es cualquier padecimiento o disfunción que va asociado o es resultante de focalizar el interés propio en las necesidades y conductas de otros" (Whitfield, 1991).

Para quienes trabajan en el campo de la codependencia y la adicción, el trabajo en la prevención de recaídas exige el compromiso activo de la familia, aun siendo el paciente a quién se le adjudica la mayor parte de las responsabilidades que se precisan para que puedan lograr cambios necesarios.

Existen familias funcionales y disfuncionales, los miembros de una familia funcional son plenamente conscientes de su papel en la formación y educación de los hijos en materia de drogas y, sobre todo, no relegan esta educación a otras instituciones o profesionales, por lo menos, en un plano intencional, sin embargo, en familias disfuncionales esto no ocurre así (Zapata Venegas, 2009).

Así, la tasa de adicciones a las drogas y/o el alcohol es más frecuente en personas que tienen familias disfuncionales, incapaces de darles un sentido de pertenencia, de marcar límites

adecuados, formar el sentido de responsabilidad y respeto y de satisfacer las necesidades emocionales básicas de la persona.

Pero, ello no exime de responsabilidad al psicólogo tratante de elegir el tratamiento adecuado tanto para la familia codependiente, así como para el paciente. Incluye la función de aplicar de forma ordenada, sistemática y profesional el tratamiento que aborde al adicto y a su contexto familiar.

La familia es el contexto que mayor impacto tiene en el paciente, y la presente investigación concluye que la codependencia que se crea entre la familia y el paciente es un factor relevante para el tratamiento de la adicción.

Es relevante pues la familia está relacionada con la no reincidencia del consumo pues es el apoyo social. Este es definido como un proceso interactivo, gracias al cual, el adicto obtiene ayuda: a) emocional, que comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza, etc.; b) instrumental, caracterizado por conductas específicas que directamente ayudan a quien lo necesita; c) informativo, que provee conocimientos a las personas afectadas para que éstas puedan enfrentar situaciones problemáticas y d) evaluativo, que implica la retroalimentación positiva y negativa de lo que ocurre o de la actuación misma del adicto, por último el adicto también puede recibir ayuda o soporte económico de su núcleo social primario en la que se encuentra inserto.

Por otro lado, la codependencia familiar como factor de riesgo en la recaída del adicto en recuperación es un fenómeno complejo y dinámico. Por ello, la intervención debe plantearse como un programa general de prevención de recaídas en el que considerando el estado y los recursos del paciente, de su familia, se pueden incluir distintas técnicas psicoterapéuticas que dependerán de las múltiples variables que en determinan cada caso a tratar.

En la presente investigación se concluye que puede haber factores que contribuyen a la recaída: carecer de la habilidad de manejar tensión o estados emocionales negativos; presión o no saber manejar los conflictos interpersonales con familia u otros; ausencia de tratamiento profesional; pensamientos negativos que no logra erradicar, familiar codependiente y por último, baja motivación hacia el cambio.

Adicionalmente a las variables mencionadas y relacionadas con el riesgo de recaer, está la relación con el nivel de exigencia del programa en el cual está involucrado el paciente. Los sujetos que recaen tienen menos dificultad para adaptarse a las normas del programa y realizan menos esfuerzo para cumplir con ellas (Luengo *et al*, 2012).

Un modelo de prevención de recaídas (RP) analizado en la presente investigación es el que propuso Marlatt y Gordon (1985). El modelo RP de recaída está centrado en una detallada taxonomía de emociones, eventos y situaciones que pueden precipitar los lapsos y las recaídas tanto en alcohólicos como en adictos a sustancias. Esta taxonomía incluye determinantes de recaída inmediata y antecedentes encubiertos, que indirectamente aumentan la vulnerabilidad de una persona a la recaída.

La terapia cognitiva conductual fue desarrollada como un método de prevención de recaídas en el tratamiento de problemas de alcohol y luego fue adaptada para adictos a la cocaína. La revisión documental indica que la terapia cognitivo-conductual, basada en el modelo de prevención de recaídas, es un tratamiento que demuestra ser eficaz en el tratamiento de adictos con codependencia<sup>2</sup>.

Las estrategias de la conducta cognitiva se basan en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel crucial en el desarrollo de patrones de conductas inadaptadas. Los pacientes aprenden a identificar y corregir conductas problemáticas mediante la aplicación de varias destrezas que pueden usarse para interrumpir el abuso de drogas y abordar muchos otros problemas que suelen presentarse simultáneamente.

La terapia cognitiva conductual suele consistir en una serie de estrategias concebidas para mejorar el autocontrol. Las técnicas específicas incluyen la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado, el auto-monitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana y para identificar situaciones de alto riesgo para el uso, y la elaboración de estrategias para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo y el deseo de usar drogas. Un elemento central de este tratamiento es anticipar posibles problemas y ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces.

---

<sup>2</sup> Ver referencia de estudios: (1)

Por lo tanto, se concluye que una de las terapias que pueden producir un efectos contundente es la combinación de la terapia cognitiva conductual con medicamentos para el abuso de drogas y con otros tipos de terapias conductuales. Se encontró que los investigadores también sugieren capacitar conjuntamente en terapias cognitivo conductuales a médicos, psicólogos y demás personal que coadyuva en un tratamiento de adicción para que brinden una terapia coordinada y de mejor pronóstico.

Un tratamiento o intervención que está relacionado con la prevención de recaídas debe focalizarse más en los aspectos positivos y menos en las áreas débiles del paciente, y este aspecto definitivamente lo brinda el enfoque cognitivo conductual, cuya finalidad es definir los aspectos prioritarios del proceso terapéutico y planifica así el programa de entrenamiento en habilidades específicas.

## Bibliografía

- Ackerman, N. (2003). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. México: Paidós.
- Anderson, A. R. y Henri, C. S. (1993). "Family system characteristics and parental behavior as predictors of adolescent substance use, *Adolescence*, 29 (114), pp. 405-420.
- Austin, A. M. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: a systematic review. *Research on Social Work Practice*, 15, 67-83.
- Beattie, M. (1987). *Codependent no More: How to Stop Controlling Others and Start Caring for Yourself*. Center City Minnesota: Hazelden.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Nueva York: New American Library.
- Beck, A. T., Wright, F. W., Newman, C. F. y Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Nueva York: Guildford. [Edición española: Beck A. T., Wright F., Newman C. F. y Liese B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós.]
- Biscarra, A. y Fernández A., G. ( ). "Codependencia: el lado oculto de los trastornos adictivos". *Nexos*. Año 17 Septiembre de 2010. Buenos Aires: Secretaría de Ciencia y Técnica.
- Blanco-Álvarez, T. y otros (2017). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*. Vol. 36. N° 1.

- Calafat, A. (1999). Matriz de predictores del consumo de drogas durante la adolescencia. *IDEA Prevención*, 18, 66-77.
- Carballeda, J.M. Alcoholismo, puritanismo y el discurso de la drogadicción. *Revista de trabajo social y ciencias sociales* No. 45, 2007. Dialnet ISSN-e 0327-7585
- Castellano, H. (2016). "Prevención de recaídas en el adicto en recuperación: subjetividad en el contexto". *UM-TESAURO*. Vol. III. N° 15, pp. 1-3. Disponible en: [https://www.unimoron.edu.ar/static/media/doc\\_835c7fc08a6511e48e050800279c6c15\\_o.pdf](https://www.unimoron.edu.ar/static/media/doc_835c7fc08a6511e48e050800279c6c15_o.pdf)
- Catalano, R. F, Hawkins, J. D, Wells, E. A. y Miller, J. (1990-91). Evaluation of effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse and promising approaches for relapse prevention. *The International Journal of the Addictions*, 25, 1085-1140.
- Cava, M. (2003). *Comunicación Familiar y Bienestar Psicosocial en Adolescentes*. Actas del VIII Congreso Nacional de Psicología Social en Valencia España 1(1), 23 – 27.
- Cermak, T. (1986). *Diagnostic Criteria for Codependency*. En: Reference Guideto. *Addiction Counseling*.
- Choque-Larrauri, R. y Chirinos-Cáceres, J. (2009). "Eficacia del Programa de habilidades para la vida en adolescentes escolares de Huancavelica, Perú". *Revista de Salud Pública*, 11(2).
- Cid-Monckton, P.; Pedrao, L. J. (2011). "Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes". *Revista Latino-Americana de Enfermería*, Vol. 19, pp. 738-745.
- Clayton, R.R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. Citado en: T. Laespada, I. Iraurgi y E. Aróstegi. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto).
- CONADIC. (2014). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiante*. México: Secretaría de Salud.

- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S. et al. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-502.
- Cunningham, J., & Breslin, F. (2004). Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addictive Behaviors*, 29, 221-223.
- Daley, Dennis C.; Marlatt G. Alan. (2000). *Overcoming Your Alcohol or Drug Problem: Effective Recovery Strategies*. New York: Oxford University Press.
- Domínguez-Martín, Á.L.; Miranda-Estríbí, M.D.; Pedrero-Pérez, E.J.; Pérez-López, M.; Puerta-García, C. (2016). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, Volume 10, Issue 2, pp. 112-120
- Donovan, D.M. (1996b) Marlatt's classification of lapse precipitants: is the Emperor still wearing clothes? *Addiction*, 91 (Suplemento), 131-138.
- DSM-IV-TR. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson: Barcelona.
- Edmundson, R., Bryne, M. & Rankin, E. D. (2000). Preliminary outcome data on a model treatment group for codependence. *Alcoholism Treatment Quarterly*, p. 28, 93-106.
- Edwards, G., Arif, A. y Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: A World Health Organization, memorandum. *Bulletin World Health Organization*, 59. 225-242.
- Espitia Montoya, S.; Ramíres Yepes, S.D.; Toloza Dueñas, L. M. (2014). Programa de intervención para la prevención de la recaída en el consumo de SPA. Universidad Católica de Colombia.
- Faur, S. P. (2002) *Codependencia y estrés marital. Algunas consecuencias endócrinas e inmunológicas*. Tesis de maestría en psiconeuroendocrinología. Fundación Favaloro.

- Forselledo, A.G. *Introducción a los aspectos funcionales y disfuncionales de la familia del farmacodependiente*. Curso de formación de terapeutas familiares, Montevideo, 1988.
- Friel, J. C. & Friel, L. D. (1988). A General model of Adult Children and Co-dependency. En *Adult children: The secrets of dysfunctional families* (pp. 155-166). Deerfield Beach, Flor: Health Communications.
- García del Castillo Rodríguez, J. A. (2003). "Familia y drogas: aspectos psicosociales". *Sociotam*. Vol. XIII, N° 1, pp. 143-163.
- Galaviz-Granados, G. (2015). Mujeres, adicción y rehabilitación: reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Salud Colectiva*. Vol. 11. N° 3, pp. 722.
- Gómez-Fraguela, y otros (2008). "El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud". *Psicotherma*. Vol. 20, N° 2, pp. 211-217.
- Girón, S., Martínez-Delgado, J. M. y González-Saiz, F. (2002). Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos*, 4, 161-170.
- González Flores, M.P.; Rey Yedra, L.; Oliva Zárate, L. "Las relaciones familiares y el consumo de drogas en los adolescentes de Xalapa, Veracruz". *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 12 No. 1 Marzo de 2009.
- González Llona, I.; Tumuluru, S.; González-Torres, M.A.; Gaviria, M. Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista Asoc. Esp. Neuropsiq.*, (2015); 35 (127), 555-571.
- Guevara, G. (2002). "Codependencia esa Adicción Oculta". *Revista Española de drogodependencias*, Vol. 24, N°4. p. 401.
- Hawkins. J.D.; Catalano, RAFT; and Miller, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 112(1):64-105.
- Haaken, J. (1993). "From Al-Anon to ACOA: Codependence and the reconstruction of care giving. Signs". *Journal of Women in Culture and Society*, 18(2): 321-345.

- Herzberg, A.; Messina, V.; Moreno, D.; Olmedo, N.; Pitronello, R.; Roman, F. Paralelo entre la actividad y la sustancia adictiva desde un enfoque social y sus posibles tratamientos. *Cuadernos de neuropsicología*. 1 n. 3 Santiago nov. 2007.
- Huitrón-Bravo; G., *et al* (2011). "Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo". *Papeles de Población*. Vol. 17 No. 70. Toluca Octubre-diciembre, 2011.
- Kreuz, A. (1997). *La teoría sistémica y las drogodependencias: el rol de las familias en la prevención*. Colombia: Escámez.
- Landau, J., Stanton, D., Brinkman-Sull, D., Ikle, D., McCormick, D., Garrett, J., Baciewicz, G., Shea, R., Browning, A. & Wamboldt, F. (2004). Outcomes with the ARISE Approach to Engaging Reluctant Drug- and Alcohol-Dependent Individuals in Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 4, 711-748.
- Laporte, J. (1976). *Las drogas*. Barcelona: Ediciones 62.
- Lewin, L. (1970). *Phantastica*. París: Payot, (1.ª Ed. 1924).
- López Acosta, C. La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros. *Terapia Psicológica* V. 27. N. 1 Santiago jul. 2009.
- Mangrulkar, L., Vince, C. y Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Margolis, R. D. & Zweben, J. E. (1998). *Treating Patients with Alcohol and Other Drug Problems: An Integrated Approach*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Marlatt, G.A. (1979). Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. Nueva York: Academic Press.

- Marlatt, G.A.; Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A.; Parks, G.A.; Witkiewitz, K. (2002). *Clinical guidelines for implementing Relapse Prevention Therapy: Aguideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*. Seattle. University of Washington, Addictive Behaviors Research Center.
- Martínez G., J.M.; Trujillo M., H.M.; Robles L., L. (2015). Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención. Andalucía: Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.
- Martínez Navarro, M. P. (2010). *Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia (Perspectiva de la psicoterapia familiar)*. México: UNAM.
- Mazzarello, R.; D'Angelo, M. "Estudio sobre la codependencia y su influencia en las conductas de riesgo psicosocial de jóvenes brasileños de 14 a 19 años". Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, 2012.
- Mellody, P.; Miller, A. W.; Miller, J. K. (2004). *La Codependencia: ¿Qué es, de dónde procede, cómo sabotea nuestras vidas? Aprende a hacerle frente*. Barcelona: Paidós.
- Mendenhall, W. (1989). *Co-dependency definitions and dynamics*. En B. Carruth & W. Mendenhall. *Co-dependency: Issues in treatment and recovery*. Birghamton: The Haworth Press, Inc.
- Meresman S. (2005). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. México: OPS.
- Meresman, S. (2005) De la salud pública a la salud comunitaria y de la salud escolar a las escuelas promotoras de salud, en revista digital: iniciativa latinoamericana: un espacio de emprendimiento y participación ciudadana
- Miller, W., Andrews, N., Wilbourne, P. y Bennett, M. (1998). A wealth of alternatives: Effective treatment of alcohol problems. En W. Miller y N. Heather (Eds.), *Treating addictive behavior* (2nd ed., pp. 203-216). NuevaYork: Plenum.

- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B, Rosman, F y Schumer, H. (1967). *Families of the Slums: An Exploration of Their Structure and Treatment*. Nueva York: Basic Books.
- Minuchin, S (2002). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Paídos.
- Moncada, S. (1997). *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas*. Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Muñoz Astudillo, M.N.; Gallego Cortés, C.; Writski Patiño, C.I.; Álvarez Sierra, L.E. "Familia y consumo de sustancias psicoactivas: en búsqueda de lo ausente". *Index de Enfermería*. Vol. 21 No. 3 Granada Jul. / Sep. 2012.
- Olivencia L., J.J.; Cangas D., A. (2003). *Las adicciones en adolescentes*. Madrid: Arguval.
- Olson D.H., McCubbin HI y Barnes H. (2009). *Inventarios sobre la familia*. Bogotá: Universidad de Santo Tomás.
- OPS y OMS. (2015). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3561%3A2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&catid=511%3Ahealth-information-analysis&Itemid=2560&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561%3A2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&catid=511%3Ahealth-information-analysis&Itemid=2560&lang=es) Revisado en: 19 enero 2017.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe OMS Sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*. Ginebra, Suiza.: Servicio de Producción de Documentos de la OMS.
- Ozechowski, T.J. y Liddle, H.A. (2000). Family-based treatments for adolescent substance abuse: Knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 269-298.
- Peele, S. ; Brodsky, A. (1975). *Love and addiction*. New York. Signet.

- Pérez, A. y Delgado, D. (2003). "La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento". *Psicothema*, 15 (3), 381-387.
- Pinos Crespos, Karina M. "La familia disfuncional como factor de riesgo en el consumo de drogas en adolescentes". *Revista Educación*. No. 75 Vol. 5. 2012.
- Polaino – Lorente, A., y Martínez, P. (1998). *Evaluación psicológica y psicopatología*. Madrid: Rialp.
- Prest, L. A.; Protinsky, H. (1993). "Family systems theory: A unifying framework for codependence". *American Journal of Family Therapy*. 21 (4), 352-360. Recuperado el 01 de febrero de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C.C.; Norcross, J.C. (1992). "In search of how people change, applications to addictive behaviors". *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Recio Adardos, J.L.; Santos Aguado, C.; Sanchez Sanclemente, M.A.; Escamilla, J.P.; Plaza, L.A.; Barahona, M.J. (1991). "El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas". *Revista virtual en salud*. N° 12.
- Rehab in México. (2017). Adicciones: El proceso de Recaída. Disponible en: <http://www.adicciones.org/recuperacion/recaida.html> 29 de enero de 2017.
- Riofrío Guillén, R.; Nascimento, L.C. "consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador". *Revista Latino-Americana de Enfermería*. Vol. 18. pp. 598-605, 2010.
- Rolland, J.S. y Walsh, F. (1996). Terapia familiar: Evaluación y tratamiento desde una óptica sistémica. En R.E. Hales, T.C. Yudofsky y J.A. Talbot (Comps.), *Tratado de psiquiatría* (págs. 1233-1265). Barcelona: Áncora.
- Saunders, B. (1993). *Conductas adictivas y recaídas. Una visión de conjunto*. En Gossop, M.; Casas, M. *Recaídas y prevención de recaída*. Barcelona: Neurociencias.
- Secretaría de Salud. (2015). *Drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. México: CONADIC.

- Scheier, L.M., Newcomb, M.D. y Skger, R. (1994). Risk, protection, and vulnerability to adolescent drug use: latent - variable models of three age groups. *Journal Drug Education*, 24, 49 - 82.
- Szapocznik, J., Hervis, O.E. y Schwartz, S. (2003). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse. (NIH Publication No. 03-4751). NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Thompson, S. (2005). Family-based treatment models targeting substance use and high-risk behaviors among adolescents. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2, 207-233.
- Universidad de Córdoba. (2009). *Guía de intervención Psicológica en servicios sociales comunitarios*. España: Córdoba.
- UNODC. *Informe mundial sobre las drogas*. Resumen Ejecutivo (2015). Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15\\_ExSum\\_S.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf)
- Vacca, R. (1998). *Los padres los hijos y la pareja del adicto: de la familia funcional a la disfuncional*. Lima: Opción.
- Valverdi, J.; Álvarez, M.C. (2010). *Estrategias para la prevención de recaídas en el tratamiento de las adicciones: El uso de los instrumentos de evaluación y la Terapia Cognitiva-Conductual*. Disponible en: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Prevencion\\_recaidas\\_tratamiento\\_adicciones\\_cognitivo\\_conductual\\_terapia\\_ocupacional\\_Valverdi\\_mayo13.pdf](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Prevencion_recaidas_tratamiento_adicciones_cognitivo_conductual_terapia_ocupacional_Valverdi_mayo13.pdf)
- Walsh F. (2002). *Conceptualization of normal family functioning*. New York: Guilford Press.
- Whitfield, C. L. (1991). *Co-dependence: healing the human condition: the new paradigm for helping professionals and people in recovery*. Deerfield Beach, Fla: Health Communications.
- Zapata Venegas, M.A. "La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas". *Revista CES Psicología*, Vol. 2, Núm. 2, Julio-diciembre 2009.