



## ADICCIONES DESDE UN ENFOQUE DE TERAPIA SISTÉMICA FAMILIAR: APORTACIONES DEL MODELO DE STANTON Y TODD

Georgina Castillo Castañeda<sup>1</sup>, Lucia Pérez Sánchez<sup>2</sup> y Márcela Rábago De Ávila<sup>3</sup>  
Universidad Autónoma de Nayarit  
México

### RESUMEN

En la última década del siglo XX y comienzos de este, se destaca el enfoque sistémico por su aporte a una concepción más amplia del problema de la toxicodependencia: estructuras familiares y organización que favorecen su aparición. Así, la terapia familiar es entendida como proceso socialmente distribuido, junto con el interés terapéutico por las pautas que conectan las interacciones del sistema familiar, distinguiendo al abordaje sistemico de la familia de otras terapias familiares, en el que los significados reformulados y reconstruidos a través del entendimiento de pautas de comportamiento y de interacción en cada uno de sus integrantes, se constituyen en el centro del proceso de ayuda. Este artículo pretende abrir una perspectiva de abordaje desde el enfoque terapéutico sistémico en terapia familiar para el tratamiento de las adicciones, sus fundamentos epistemológicos se nutren inicialmente de tres fuentes: la Teoría General de Sistemas de Von Bertalanffy; la Cibernética de Wiener y la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawick, Beavin y Jackson. Para

<sup>1</sup> Profesora investigadora de tiempo completo en el Programa académico de Psicología de la Universidad Autónoma de Nayarit. Doctora en Ciencias de la Educación y Terapeuta familiar sistémica. Correo Electrónico: [anigroegcc@gmail.com](mailto:anigroegcc@gmail.com)

<sup>2</sup> Profesora investigadora de tiempo completo en el Programa académico de Psicología de la Universidad Autónoma de Nayarit. Doctora en Psicología y Terapeuta familiar sistémica. Correo Electrónico: [lucia@systemica.com.mx](mailto:lucia@systemica.com.mx)

<sup>3</sup> Profesora investigadora de tiempo completo en el Programa académico de Psicología de la Universidad Autónoma de Nayarit. C. a D. en Psicología y Terapeuta familiar sistémica. Correo Electrónico: [rabago76@hotmail.com](mailto:rabago76@hotmail.com)

ello se analizaron textos y se apoyo en diversas fuentes primarias y secundarias, en específico de las aportaciones del modelo de Stanton y Todd, que permitó la identificación de coincidencias y diferencias, por lo que se resaltan los aspectos centrales de esta postura, a saberse que es de vital importancia que la familia completa del paciente con problemas de adicciones acuda al proceso de terapia, puesto que la generación de crisis al interior de la familia del paciente identificado es lo que lo llevará a su recuperación.

**Palabras claves:** toxicodependencia, familia, enfoque sistémico, intervenciones.

## ADDICTIONS FROM A FAMILY SYSTEMIC THERAPY APPROACH: CONTRIBUTIONS FROM THE MODEL BY STANTON & TODD

### ABSTRACT

In the last decade of the twentieth century and the beginning of this century, the systemic approach is highlighted by its contribution to a broader conception of the problem of drug addiction: family structures and organization that favor their emergence. Thus, family therapy is understood as a socially distributed process, together with the therapeutic interest in the patterns that connect the interactions of the family system, distinguishing the systemic approach of the family from other family therapies, in which the meanings reformulated and reconstructed through The understanding of patterns of behavior and interaction in each of its members, are at the heart of the process of aid. This article intends to open a perspective of approach from the systemic therapeutic approach in family therapy to the treatment of addictions, its epistemological foundations are initially nourished from three sources: General Systems Theory of Von Bertalanffy; Cybernetics of Wiener, and The Theory of Human Communication of Watzlawick, Beavin and Jackson. Analysis and support in various primary and secondary sources: specifically contributions from the model by Stanton & Todd. The analysis of the different sources allowed us to identify coincidences and differences among the students of the subject, which highlights the central aspects of these positions. It is vital that the entire family of the patient with addiction problems go to the therapy process, since the generation of crisis within the identified patient's family is what will lead to their recovery.

**Key words:** addictions, Family, systemic approach, interventions.

A pesar de los avances que se han logrado en los diversos tipos de intervención en el abordaje de personas con problemas de adicción, dichas intervenciones suelen ser bastante extensas en cuanto al tiempo de tratamiento y, aunado a ello,

es poco común que se solicite como un requisito para el proceso de la atención a la familia completa del paciente identificado (PI) (Sánchez y Gradioli, 2002).

Abordar desde la perspectiva de la intervención sistémica y desde la aportación inicial de la investigación llevada a cabo a finales de 1991 en el Nuevo Centro para el Estudio de la Familia por los terapeutas familiares Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R., con familias de personas con problemas de adicción y finalmente concluyendo con las aportaciones de Stanton y cols. basados en la intervención estratégico- estructural, servirá para poder comprender tanto el modelo de intervención como las ventajas de la brevedad y cambios consistentes de la intervención.

## CONTEXTO SOCIAL

En el reporte realizado en el año 2015 por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) se estimaba que aproximadamente 27 millones de personas son consumidores de drogas y aproximadamente la mitad de ellos utilizan drogas inyectadas. Por lo que se estima que 1,65 millones de personas las personas que se inyectan la droga también estaban contagiadas de el VIH en 2013. Se considera que los hombres son propensos a consumir cannabis, cocaína y anfetaminas, mientras que las mujeres a abusar de los opioides con prescripción médica y tranquilizantes (UNODC, 2015).

## JUSTIFICACIÓN

La evolución y los cambios constantes que se generan en la actualidad no solo han ido incrementando el número de consumidores de drogas, si no que también ese incremento ha generado la necesidad de implementar tratamientos que en la medida de lo posible logren resolver el problema de adicción en un número menor de sesiones, de ahí que, la terapia sea breve enfocada al problema del uso de drogas con el objetivo de generar la motivación necesaria en quien usa las drogas para que empiece a hacer algo al respecto (Sánchez y Gradioli, 2002; Kristen, 1999).

Con bastante frecuencia se puede observar que la atención dada a las personas que presentan problemas de adicción no solo es insuficiente, si no que cuando se llega realmente a tener acceso a dicho servicio el periodo de tratamiento suele ser muy extenso, dejando de lado la trascendencia del apoyo que puede llegar a ejercer la participación de la familia de la persona que está presentando el conflicto.

Por ello, Canales y cols. consideran que dentro de los factores de riesgo familiar se encuentran: los estilos parentales, comunicación, establecimiento normas y sanciones, expresión abierta de emociones y la cultura que se tiene respecto al uso de las drogas (2012). En estudios realizados con modelos de intervención en adolescentes y adultos con problemas de adicción enfocados en tratar la ecología de la persona que presenta el problema y su familia y, basandose en la teoría del cambio de conducta y sistemas, han reportado resultados más potentes y consistentes tanto en la persona que presenta el problema de adicción como en sus familias (Rowe, 2013).

Por su parte Liddle, Henggeler y Borduin en el metaanálisis/revisión realizado para evidenciar la calidad de las terapias familiares múltiples orientada a sistemas, observaron que estas se encontraban entre los tres enfoques que lograron demostrar resultados eficaces y de calidad en la intervención para el tratamiento de adolescentes con problemas de adicción (citados en Rowe, 2013) .

## MÉTODO

La información presentada en el estudio, fue tomada de fuentes primarias y secundarias y se basó en la búsqueda tanto de libros como de artículos de revistas científicas. El análisis de la información fue contrastada y complementada con los textos consultados, identificación de coincidencias y diferencias, elaboración de mapas conceptuales y figuras.

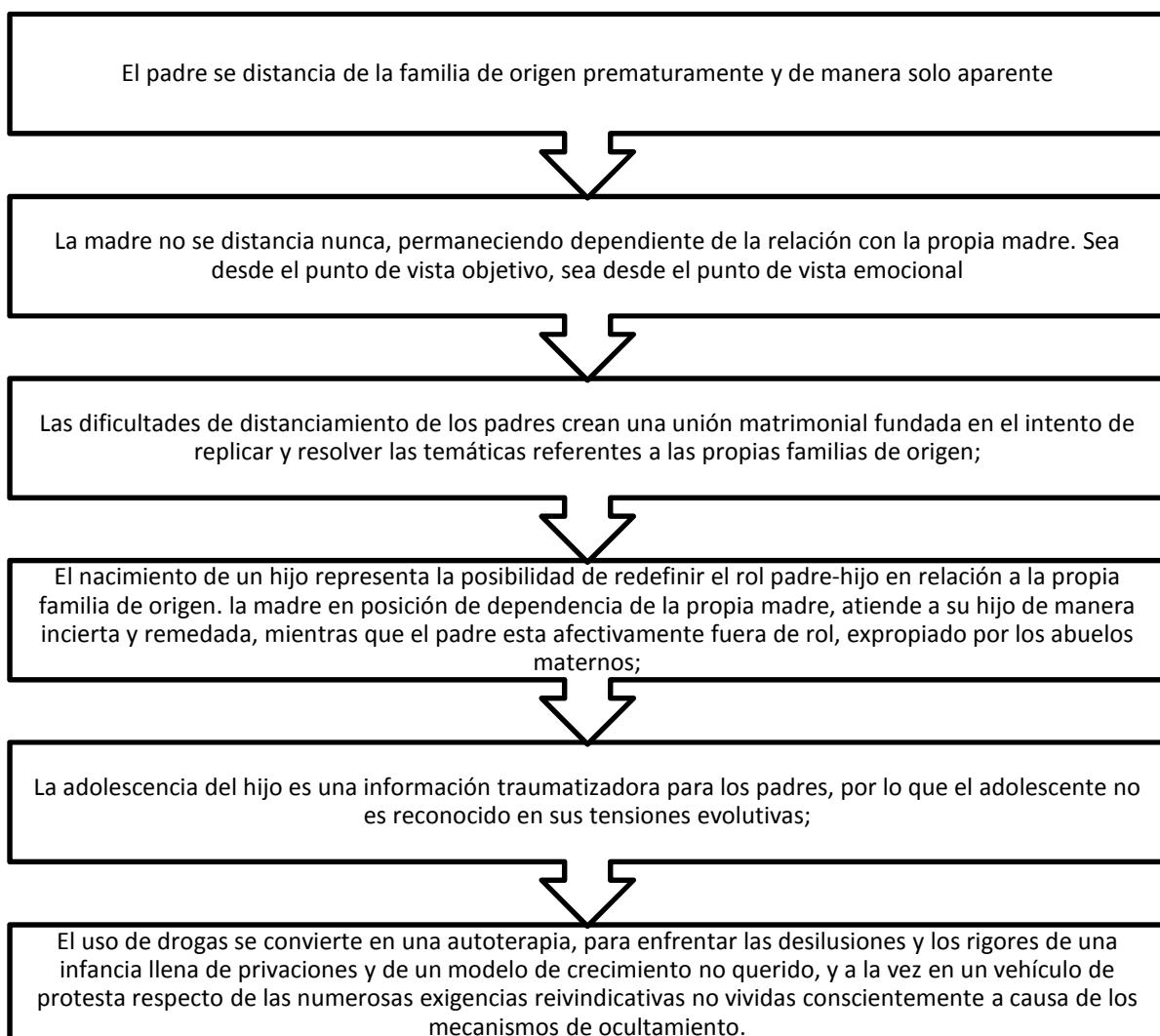
## APORTACIONES DE CIRILLO Y COLS. Y STANTON Y COLS.

A finales de 1991 en el Nuevo Centro para el Estudio de la Familia a cargo de Mara Selvini Palazzoli, los terapeutas familiares Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso,

G., Mazza, R. llevaron a cabo una investigación con familias de personas con problemas de adicción, con el objetivo de identificar estructuras y modelos de organización típicos en estas familias.

Los resultados obtenidos en la investigación (ver figura1) llevada a cabo por Cirillo y Cols., (1999) coinciden con la propuesta de intervención que realizan Stanton, Todd y Cols. (2006) quienes consideran que en el caso de los hombres con problemas de adicción la madre está involucrada en una relación indulgente, apegada, sobreprotectora y permisiva con el hijo, que ocupa la posición de "hijo favorecido", mientras que el padre es distante, despegado, débil o ausente (2006).

*Figura. 1.- Modelo de organización de la familia de la persona con problemas de*



adicción (Castillo, Pérez y Rábago, 2016; basado en Cirilo, 1999).

Las relaciones padre-hijo en las familias de personas con problemas de adicción son descritas por éste como muy negativas, con una disciplina ruda e incoherente, donde se pueden observar dos tipos de padres, un “hombre de paja” autoritario y violento pero fácilmente controlado por la madre; los hermanos del varón con problemas de adicción suelen tener una relación más positiva con el padre, en el caso de las mujeres están en abierta competencia con las madres, mientras sus padres se caracterizan por ineptos, indulgentes, sexualmente agresivos y a menudo con problemas de alcoholismo (Stanton y cols., 2006).

Las relaciones diádicas de las personas que presentan problemas de adicción son una repetición del núcleo familiar originario, con roles y patrones de interacción similares a los vistos en el progenitor de sexo opuesto. Estos se presentan como individuos dependientes e inadaptados, pero cuando intentan huir al matrimonio o abandonar la familia, se desencadena una crisis familiar, por lo que retoma una conducta de fracaso y la crisis familiar se disipa, *proceso interdependiente* donde el fracaso sirve como función protectora para mantener la cercanía familiar (ver figura 2).

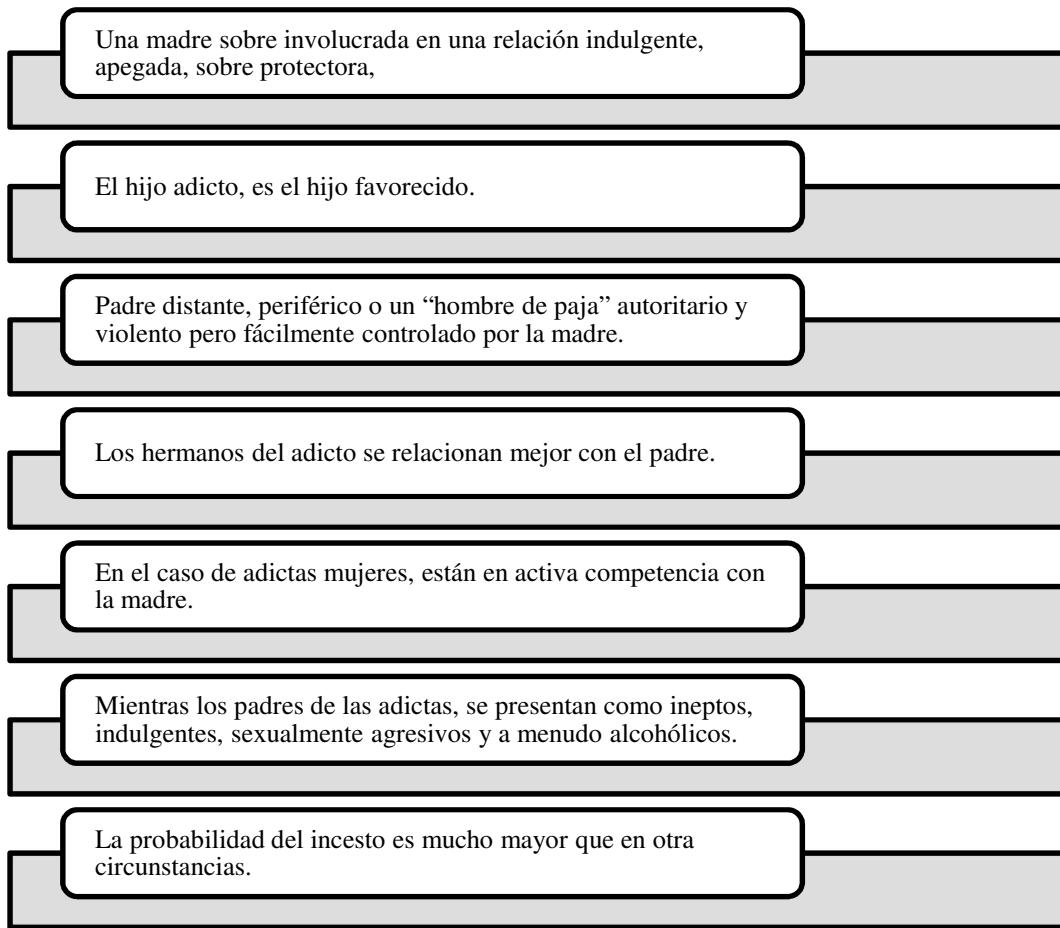


Figura 2.- Factores familiares de la persona con problemas de adicción (Castillo, Pérez y Rábago, 2016; basado en Stanton y cols., 2006).

La metáfora del síntoma se sintetiza en una secuencia de interacción familiar (ver figura 3), en la cual se refleja la relación ambivalente entre el hijo y su madre.

---

La euforia de la persona con problemas de adicción como comunicación análoga a un apego simbiótico con la madre.

---

Se siente cerca, pero al mismo tiempo distante.

---

La sustancia aplaca la angustia de la separación y la individualización necesaria.

---

“soy infantil, pero me separo, me diferencio, aunque sea en el clímax del efecto de la droga.

---

El mensaje de la familia: “necesitas ser incompetente, dependiente”

---

“la droga me da un espacio de poder sobre ellos”

---

“Solo drogado puedo decir lo que realmente siento”

---

“la resaca me rescata de la angustia de haber dicho lo que dije, me siento culpable y vuelvo a ser el niño que necesita mi familia”.

---

En la sexualidad, la droga lo rescata de compromisos, tanto hetero como homosexuales, siguiendo leal a la familia. La droga otorga una experiencia cuasisexual.

---

La subcultura de la droga, le brinda un espacio para ser un adulto exitoso, “soy triunfador en un mundo de perdedores”.

---

Si la persona con problemas de adicción deja la adicción, está siendo traidor a la familia, de allí porque es difícil dejar este rol.

*Figura 3.- Síntesis de la metáfora del síntoma percibido por el hijo con problemas de adicción (Castillo, Pérez y Rábago, 2016; basado en Stanton y cols., 2006).*

Así mismo, es posible identificar la secuencia de interacción que se complementa con los dobles mensajes del fenómeno (ver figura 4):

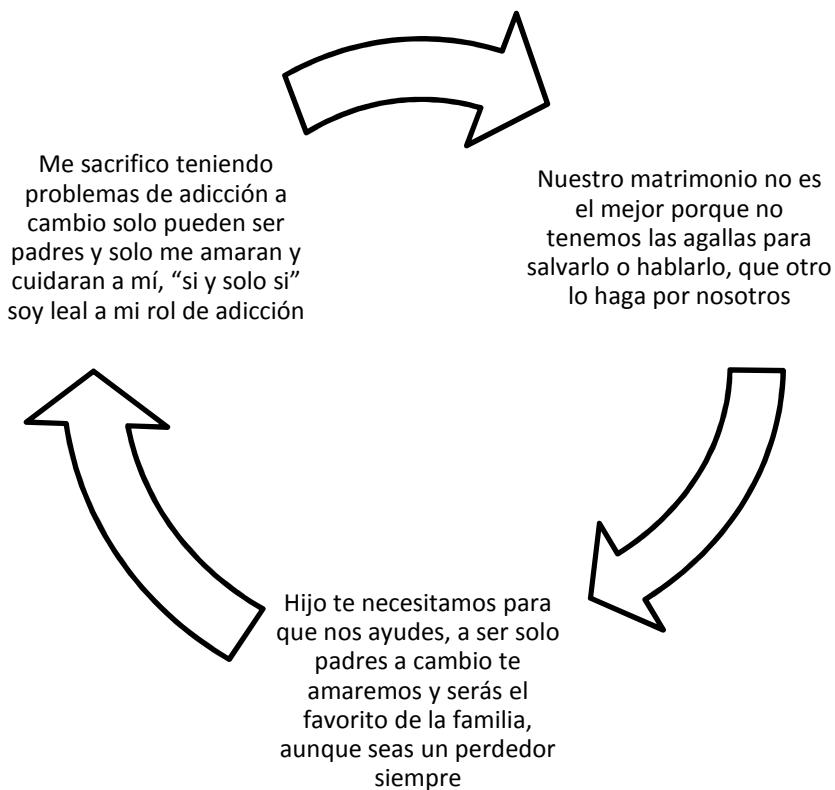


Figura 4.- Pauta de interacción familiar que favorece el problema de la adicción (Castillo, Pérez y Rábago, 2016; basado en Stanton y cols., 2006).

- La drogadicción sirve para resolver el dilema de la persona que presenta el problema: “ser o no ser adulto”
- Solución paradójica para una seudoindividuación.
- “ni me salgo ni me quedo”
- “te cuido y te quiero, eres parte de mí, si estas dentro de la familia”
- “La droga es la culpable de todos nuestros pesares”
- “Si la dejas nos traicionas”
- “eres competente si permaneces incompetente”
- “siquieres salir solo es posible, a través de la muerte”
- “Tu muerte revindica nuestra unión, o por fin nos libera a todos”.

## CONTACTO INICIAL

Cuando se lleva a cabo la entrevista inicial con el paciente identificado (PI) la preocupación del terapeuta va dirigida a tres aspectos:

- Mostrar una comprensión de la drogodependencia de forma general, y del problema del PI en particular
- Dejar ver una voluntad para ayudar al PI a formular y realizar planes concretos para un mejor futuro.
- Mostrar durante la entrevista que es competente en su trabajo.

Se le debe de hacer sentir al PI que es un adulto y que las aptitudes que poseen asociadas con el hábito deben ser respetadas, la entrevista inicial debe de ir encaminada a que el PI admita que sus esfuerzos para arreglárselas por su cuenta no funcionan.

### ESTRUCTURACIÓN DE LA ENTREVISTA

Apertura: las primeras preguntas de la sesión deberían relacionarse con el historial de uso de drogas y tratamiento del PI. “háblame un poco sobre tu hábito”, “¿alguna vez intentaste abandonarlo?”. El terapeuta puede valerse de ello para proporcionar un enfoque familiar del problema.

Metas e intereses personales. La conversación pasa de los problemas de la droga a los intereses y planes futuros del PI. El empleo y la situación educativa son los temas claves.

Cuestiones familiares. composición de la familia y la intensidad del contacto entre los miembros.

El tratamiento inicial debe incluir a la familia de origen y ante una negativa a que se integren se puede sugerir que la falta de la familia es una de las razones por las que sus anteriores intentos de rehabilitación fueron infructuosos (Stanton y cols., 2006).

Por ello se considera necesario abordar a la familia desde un interés genuino no solo en brindar el apoyo para que pueden salir adelante ante el problema del consumo de drogas de un hijo, explorar las creencias familiares, lenguaje, ideas, valores y esperanzas, conocer el problema a través de la visión de los integrantes de la familia para lograr identificar cuales han sido sus intentos de solución y cómo es que han llegado hasta este punto (Marcos, J., y Garrido, F., 2009).

El PI debe salir de la entrevista inicial con la idea de qué le gustaría hacer si logra liberarse de las drogas y convencido de que el terapeuta quiere ayudarle a conseguir sus metas.

La entrevista ofrece al terapeuta información sobre la crisis familiar y las estructuras que mantienen la adicción. El terapeuta deberá comprender:

1. El ciclo adictivo familiar
2. Las intervenciones terapéuticas que han fracasado
3. La estructura familiar y la crisis actual.

Las hipótesis se deben verificar a medida que continúa el proceso de participación de la familia. Como estas hipótesis vienen primeramente del PI, se deben de considerar como hipótesis de trabajo tentativas hasta que el terapeuta pueda tratar con toda la familia.

#### PRINCIPIOS Y TÉCNICAS PARA LOGRAR QUE LAS FAMILIAS “RESISTENTES” COLABOREN CON EL TRATAMIENTO.

Cuanto más pronto se contacte a la familia es más fácil de lograr el reclutamiento, se debe abordar con lenguaje no acusatorio hacia los miembros de la familia, el énfasis se debe poner en ayudar al PI a “ser lo que puede ser”.

El terapeuta debe adoptar las metas que la familia tiene para el PI como metas primarias del tratamiento. Éste debe ser enérgico en el proceso, entusiasta, insistente y capaz de tolerar los rechazos de la familia, convencido del valor de su tarea y pensar que será útil para la familia. Esta convicción se comunicará a los pacientes y contribuirá a alterar su situación negativa (Stanton y cols., 2006).

Después del reclutamiento el terapeuta debe de ser flexible y hábil para que el proceso no se atasque. El centro del tratamiento debe tener políticas flexibles que permitan la flexibilidad del terapeuta.

#### EL MODELO TERAPEÚTICO

Un modelo terapéutico que recomiendan Stanton y cols. (2006) es: el enfoque estructural – estratégico:

1. Aplicación del modelo estructural de Minuchin.

2. Uso de las técnicas estructurales: acomodación, demarcación de límites, reestructuración.
3. Aplicación del modelo estratégico: énfasis en un plan específico para cada paciente o familia, acontecimientos extrasesionales, cambio del síntoma, colaboración del sistema, orientado el proceso hacia metas específicas y consensuadas y a corto plazo. El uso de la resistencia como detonador de cambio, no se lucha contra la familia.

El tratamiento familiar debe encarar primero la triada compuesta por el PI y ambos progenitores y realizar un diagnóstico, negociar las metas y establecer prioridades (uso productivo del tiempo, estabilidad y autonomía) el terapeuta debe conducir la terapia y responsabilizarse del cambio, la terapia debe ser breve y en general no excede de seis meses. Si la familia se resiste el terapeuta debe postergar el tratamiento y llegar al acuerdo de reiniciar la travesía cuando hayan decidido no tener un miembro con problemas de adicción (Stanton y cols., 2006).

Del modelo estratégico se utiliza la retroalimentación positiva, es decir, poner especial énfasis a la atribución de intenciones nobles: “todo lo que hacen todos es por una buena razón”; observar qué función cumplen las secuencias, qué ocurría antes del síntoma y cambiar las secuencias de conductas mostradas por la familia. A través de la reestructuración se logra que los padres colaboren de manera conjunta en la rehabilitación del PI.

Por otro lado, lo que se busca en una terapia con personas que presentan problemas de adicción, es generar la crisis con miras a producir un cambio beneficioso. La crisis se puede generar en la sesión con técnicas como el desequilibrio y la intensidad del modelo estructural. Cabe señalar que la confrontación y las exhortaciones paradójicas no se aconsejan en tiempos de crisis. Para evitar las luchas por el poder, el terapeuta debe acudir a la jerarquía apropiada (los padres) cuando se busca el cambio y mantenerlos a estos en su rol de padres independientemente de que afloren los conflictos conyugales, debido a que la meta de la terapia es la recuperación del PI.

## TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Reencuadre. Proponer realidades alternativas que permitan cambios en la interacción de los miembros. La meta de la terapia no consiste en crear una jerarquía exagerada que conduzca a la separación, sino que se mantenga gracias al acomodamiento mutuo de ambas partes.

Representación. Traer el patrón interaccional a la sala de terapia, con el objeto de introducir directamente patrones y estructuras más funcionales.

Creación de límites. Uno o ambos padres suelen respaldar la conducta adictiva del joven. Esta técnica es un modo de operar cambios en la estructura. Es posible reforzar el límite que rodea al adolescente y su grupo de pares mediante: 1) el uso de otro adolescente como coterapeuta, 2) entrevistas conjuntas con el adolescente y sus hermanos, 3) encomendar a los padres tareas que creen distancia entre ellos y el joven.

Intensidad. Introducir el mensaje que traspase el umbral homeostático de la familia.

Desequilibrio. El terapeuta altera la homeostasis tomando partido por un individuo o subsistema.

Búsqueda de fortaleza. Buscar las fortalezas del paciente identificado y de toda la familia, facilitando la conexión, la individuación y diferenciación del adolescente.

Complementariedad. Para cada conducta (problemas de adicción) existe una conducta reciproca en otras personas significativas (lo que la familia hace) que mantiene el *status quo* (Stanton y cols., 2006).

## MODELO CLÍNICO

Una forma de iniciar la terapia con la familia de un joven con problemas de adicción consiste en lograr que los padres lleguen a ciertos acuerdos hablando entre sí acerca del PI, el énfasis está en que los padres se hagan cargo en forma conjunta de la familia. Su comunicación acerca del hijo puede resolver la división entre ambos mientras encabezan conjuntamente la jerarquía familiar. Otro modo de empezar es que los padres se turnen para hacerse cargo, mientras uno está a cargo del joven, el otro debe mantenerse aparte, de esta forma se evita que el joven quede atrapado entre ambos, o que ambos se ataquen mutuamente. Se

entiende que la jerarquía está encabezada por una persona, pero no una persona en particular, pues los padres pueden turnarse (Stanton y cols., 2006).

La meta de la terapia consiste en establecer una jerarquía correcta, con los padres haciéndose cargo del hijo irresponsable. El terapeuta insistirá en que el problema es del hijo y mantener la atención sobre la adicción. Puede ofrecer su ayuda para un futuro y aceptar que los problemas parentales no le incumben por ahora.

Cuando el terapeuta expone su plan de trabajo argumentando que los tres adultos trabajarán para superar el problema y para ayudar al joven a ayudarse a sí mismo, que los tres adultos sacarán al joven del atolladero, y solo podrán conseguirlo si trabajan juntos.

El terapeuta después de exponer su plan, conviene con los padres en que aquellos continuarán trabajando para tratar de resolver los problemas de adicción del hijo. Cuando se hace entrar de nuevo al hijo, ha comenzado a instituir a los padres como autoridades mancomunadas sobre el hijo y como cónyuges en conflicto que luchan en vano contra el problema. Está realizando la primera función de la entrevista: aclarar el plan de trabajo y corregir la jerarquía.

El terapeuta debe hacerse cargo y organizar la acción para inducir cambios. La meta de la terapia consiste en trazar una frontera generacional en la que los padres se mantengan unidos con relación al hijo sin que ninguno de ambos se una con el hijo en contra del otro.

El primer paso consiste en averiguar quién tiene un trato más periférico con el hijo. El terapeuta pone al padre a cargo del hijo, y pide a la madre que se comunique con el hijo a través del padre. Así el padre queda en medio de la intensa relación entre el hijo y la madre. Aunque esta maniobra se define como beneficiosa para la madre, ella tal vez intente reactivar su previo apego con el hijo. El terapeuta debe bloquear esa maniobra. Si logra mantener al padre entre la madre y el hijo, da el primer paso hacia la unión eventual entre padre y madre (Stanton y cols, 2006).

## RESOLUCIÓN DE CRISIS Y EL CICLO DE ADICCIÓN

La terapia eficaz implica mantener el sistema dentro de la familia para que una crisis interpersonal puedaemerger y el terapeuta ayude a la familia a resolverla.

En las familias, donde no se produce una crisis o interrumpen la terapia antes de que surja la crisis indicará que no se producirá ningún cambio.

### LA MUERTE COMO MOTIVACIÓN: EL USO DE LA INDUCCIÓN DE CRISIS PARA PENETRAR

Básicamente se trata de un proceso en el que el PI crea una crisis relacionada con el uso de drogas para distraer a los miembros de la familia de conflictos interpersonales más amenazadores dentro de la familia; el terapeuta puede destrabar este patrón con intervenciones de reestructuración básica, por ejemplo el bloqueo de interacciones disfuncionales entre los padres y la negativa a permitir los tópicos e improductivos patrones de focalización sobre las drogas, cuando las familias están muy estancadas y no reaccionan ante estas estrategias, el terapeuta debe intensificar sus intervenciones para que la familia supere esta estabilidad problemática y pueda progresar (Stanton y cols, 2006).

### EL TRATAMIENTO DE FAMILIAS CONADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN

El uso de drogas en la adolescencia parece depender más de la calidad de las relaciones padres-adolescentes que de otros factores. Por lo que, en el tratamiento con adolescentes, en vez de procurar una separación entre el PI y los padres, la familia se conserva intacta y se efectúan desplazamientos dentro de la composición dada. Ello exige el uso de técnicas más estructurales tales como la representación y el desequilibrio (Stanton y Cols, 2006).

Sin embargo, tanto en PI adultos o adolescentes, tiene suma importancia que los padres trabajen juntos, reforzando la jerarquía generacional de la familia. En las familias de adultos jóvenes, el énfasis en el control parental suele ser una etapa transitoria dentro del proceso de abandono del hogar, mientras con los jóvenes abusadores la meta consiste en alcanzar una jerarquía hogareña intacta que se mantenga al final de la terapia. Se utilizan técnicas tales como: el reencuadre, la representación, la intensidad, el desequilibrio, la búsqueda de fortaleza, la complementariedad etc. (Stanton y cols, 2006) (ver fig. 5).

Adolescente con problemas de adicción	Adulto con problemas de adicción
Parte de la etapa crítica del ciclo vital. Etapa inicial de la adicción.	
<b>Cronicidad y/o severidad</b>	
Fisiológicamente menos propensos al consumo de opioide	Uso de un tratamiento de sustitución de sustancia ej. Metadona.
Más simple el trabajo con las familias de los adolescentes con problemas de adicción. Son menos resistentes, para involucrarse en el tratamiento. Mayor efecto ascendiente para el terapeuta familiar.	
<b>Grupos de pares</b>	
La influencia de pares es menor que la influencia de la familia.	Forman parte de una subcultura que sirve de referencia, identidad y refugio.
<b>Actividad criminal</b>	
Se considera que es menos probable que los adolescentes se involucren en actividades criminales	Se involucra en situaciones delictivas, para formar parte del grupo de referencia y para perpetuar aún más el síntoma.
<b>Sistemas extrafamiliares múltiples</b>	
Focalización más restringida, estructura menos compleja.	Más ligados con instituciones o grupos de ayuda, sistemas legales, de servicio social, medicina, etc. Que sirven de homeostatos.

Figura. 5. Diferencias del adolescente y el adulto con problemas de adicción (Castillo, Pérez y Rábago, 2016; basado en Stanton y cols., 2006).

## CONCLUSIONES:

Si bien no resulta fácil lograr que toda la familia desee asistir a la terapia familiar, siempre será de vital importancia, puesto que nunca se insistirá demasiado en hacer que todos participen de manera conjunta con la meta de lograr que el PI logre salir adelante; en el caso del adulto la meta es que se haga éste cargo de su vida personal, mientras que en el caso del adolescente se deberá lograr que los padres se hagan cargo de éste para lograr que salga de los problemas de adicción. Finalmente cabe señalar que la generación de crisis al interior de la familia del PI es lo que lo llevará a su recuperación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Canales, G; Díaz, T; Guidorizzi, A; Arena, C. (2012). Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *Revista Cuidarte*, (1), 260-269. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533179002>

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. España: Paidos.

Kristen, B. (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Centre for Substance Abuse Treatment. Rockville: US Department of Health and Human Services.

Marcos J, Garrido FM. (2009). La terapia Familiar en el Tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27 (2)(3), 339-362. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/151/153>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Recuperado de: <https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2015/informe-mundial-sobre-las-drogas-2015.html>

Rowe, C. (2013). Terapia familiar para el consumo de drogas: revisión y actualizaciones 2003-2010. *Revista de Toxicomanías y Salud Mental*, (70), 24-44. Recuperado de: [http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret70\\_3.pdf](http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret70_3.pdf)

Sanchez, E., Gradioli, V. (2002). Terapia breve en la adicción a las drogas. *Revista papeles del psicólogo*. (82), 49-54. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808307>

Stanton, M., Todd, T y cols. (2006). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. España: Gedisa.