



**Universidad  
Zaragoza**

## **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Título: “Eficacia de la Terapia Familiar en el tratamiento del abuso de sustancias: una revisión sistemática de la investigación reciente”

Title: “Efficacy of Family Therapy for drug/substance abuse: a systematic review of recent research”

Alumna: **Jessica Esteban Arenas**

NIA: **722062**

Directora: **Teresa Isabel Jiménez Gutiérrez**

**AÑO ACADÉMICO 2020-2021**



**Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel**  
**Universidad Zaragoza**

## **Resumen**

Una de las problemáticas sociales más graves del panorama mundial es el abuso de sustancias. La adicción tiene repercusiones, además de en la salud física y psicológica de la persona consumidora, también sobre los miembros de la familia. Entre los enfoques terapéuticos bien establecidos para el tratamiento de las adicciones se encuentra la terapia familiar, la cual además de incidir en las variables personales, promueve cambios en las dinámicas familiares. El objetivo principal de este estudio es realizar una revisión de la literatura científica publicada desde el año 2010 hasta el momento actual sobre el nivel de eficacia mostrada por los enfoques de tratamiento basados en la familia para los problemas de consumo de sustancias tanto en muestra de adolescentes como de adultos. Además, se evalúa el efecto sobre variables secundarias como el funcionamiento familiar y los problemas de comportamiento.

*Palabras clave:* terapia familiar, abuso de sustancias, uso de sustancias, abuso de drogas, trastorno por uso de sustancias, adicción.

## **Abstract**

One of the most serious social problems in the world is substance abuse. Addiction has repercussions not only on the physical and psychological health of the abuser, but also on family members. Among the well-established therapeutic approaches for the treatment of addictions is family therapy, which, in addition to influencing personal variables, promotes changes in family dynamics. The main objective of this study is to review the scientific literature published from 2010 to the present on the level of efficacy shown by family-based treatment approaches for substance use problems in both adolescent and adult samples. In addition, the effect on secondary variables such as family functioning and behavioral problems is evaluated.

*Key words:* family therapy, substance abuse, substance use, drug abuse, substance use disorder, addiction.

## Introducción

El consumo de sustancias es un problema de salud pública de alcance mundial que afecta a un gran número de personas (Becoña, 2016; Rowe, 2012). El último informe emitido por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2020) indica que aproximadamente 269 millones de personas de entre 15 y 64 años en todo el mundo consumieron, al menos una vez, drogas ilícitas en 2018 (5,3% de la población mundial), lo que supone un aumento del 30% con respecto a los datos informados en el año 2009 (4,8% de la población mundial).

La mayor parte de esas cifras es representada por adolescentes y jóvenes. Por ejemplo, sólo en relación con el consumo de cannabis, se estima que el 5,6% de los jóvenes de 15 a 16 años de la población mundial consumió esta sustancia durante el año anterior (UNODC, 2020). Este hecho se ha relacionado con las conductas de exploración, búsqueda y experimentación que caracterizan la etapa adolescente y, por tanto, con la mayor probabilidad de implicarse en conductas de riesgo como el consumo de sustancias (Becoña y Cortés, 2016; Das et al., 2016; Gray y Squeglia, 2018). Los datos apuntan que el riesgo de entrar en contacto con las drogas es mayor entre los 12 y 17 años, y es entre los 18 y 25 cuando el abuso llega a su auge (UNODC, 2018). En este sentido, los estudios encuentran diferencias en los problemas por consumo de sustancias entre población adolescente y adulta y, por tanto, las necesidades de tratamiento también son distintas (Tanner-Smith et al., 2013).

Asimismo, se evidencia que existen diferencias de género en el desarrollo de esta problemática. Mientras que, mayoritariamente, los hombres suelen consumir en un contexto social, las mujeres lo suelen hacer en soledad (Burgos, 2020) y se estima que solamente 1 de cada 5 mujeres recibe el tratamiento necesario (UNODC, 2018). Estos datos ponen de manifiesto la invisibilización de la problemática y la dificultad con la que se encuentran las mujeres para solicitar tratamiento. En efecto, la conducta de consumo se aleja del rol de cuidadora esperado socialmente y, especialmente, las mujeres que son madres pueden tener temor a sufrir consecuencias legales y sociales en relación con la custodia de sus hijos. Este hecho también explica que en muchos de los estudios los hombres están sobre-representados en las muestras (Burgos, 2020; NIDA, 2020).

La adicción a sustancias es una problemática social de gran envergadura que tiene repercusiones, además de en la salud física y psicológica de la persona

consumidora, en el resto de las esferas de su vida: profesional, económica, laboral, académica, social, etc. (Becoña, 2016; Becoña y Cortés, 2016; Das et al., 2016; Kourgiantakis y Ashcroft, 2018; UNODC, 2020). Por ejemplo, el metanálisis de Baldwin et al., 2012 se mostró una relación consistente entre el consumo de sustancias y la emisión de conductas problemáticas como la delincuencia. E inevitablemente, esta problemática también se relaciona con problemas en la red de relaciones sociales de la persona, especialmente en el núcleo familiar, por lo que se habla de la existencia de un vínculo importante entre el consumo de sustancias y el funcionamiento del sistema familiar (Horigian et al., 2016; Klostermann y O'Farrell, 2013; Marcos-Sierra y Garrido-Fernández, 2009; Rowe, 2012; Smock et al., 2011). En esta línea, diversos autores se han interesado por estudiar el protagonismo central que tiene la familia tanto en las dinámicas que desencadenan o mantienen la adicción, como en sus posibles soluciones (Garrido-Fernández et al., 2017; Marcos-Sierra y Garrido-Fernández, 2009; Rowe, 2012). De esta manera, tomando como marco de referencia el modelo biopsicosocial, según el cual varios factores en interacción (biológicos, psicológicos y sociales) son los implicados en el desarrollo de la drogadicción, se han propuesto intervenciones eficaces que plantean el tratamiento de los problemas familiares como uno de los factores de cambio en este ámbito (Becoña y Cortés, 2016; Fadus et al., 2019; Fliges et al., 2015; Hartnett et al., 2017; Horigian et al., 2016; Marcos-Sierra y Garrido-Fernández, 2009; Rowe, 2012; Smock et al., 2011; Van Der Pol et al., 2017).

En la literatura previa se encuentran tres revisiones de la investigación sobre los resultados de eficacia de la Terapia Familiar (TF a partir de ahora) para el abuso de drogas, diferenciando entre muestras adultas y adolescentes. En primer lugar, hace más de 25 años Liddle y Dakof (1995, p. 511) concluyeron que los tratamientos para las adicciones basados en la familia eran una alternativa "prometedora, pero no definitiva", puesto que el número de estudios publicados hasta la fecha era bajo y éstos presentaban limitaciones metodológicas. Años más tarde, en 2003, Rowe y Liddle actualizaron esta revisión sintetizando la investigación publicada en los años transcurridos desde el estudio anterior y arrojaron resultados que indicaban un progreso significativo. Por un lado, la TF para adolescentes consumidores fue reconocida como uno de los enfoques más eficaces para reducir el consumo y mejorar otros aspectos como el funcionamiento familiar. Por otro lado, para el grupo de adultos, aunque se habían evidenciado mejoras con respecto a los resultados anteriores, los resultados eran menos concluyentes.

Finalmente, en 2012, Rowe actualizó la revisión de literatura empírica desde el año 2003 hasta el 2010. Los resultados mostraron que la TF había recibido un importante apoyo empírico. Mientras que los estudios realizados con muestra adulta encontraron resultados más consistentes que en las revisiones anteriores, los estudios realizados con adolescentes habían recibido más atención y mantenían la eficacia alcanzada previamente. En este estudio de revisión se destacaba la capacidad de los modelos de intervención basados en la familia para impactar tanto en el consumo de sustancias como en otros problemas relacionados. Además, los resultados de Rowe (2012) sobre la eficacia de la TF en muestras de adolescentes están en consonancia con los obtenidos en estudios anteriores, entre los que se encuentran la revisión sistemática de Waldron y Tunner (2008), el metanálisis de Tanner-Smith et al. (2013) o la revisión de Fadus et al. (2019).

Debido a que en la actualidad la TF es uno de los enfoques bien establecidos en el tratamiento de las adicciones (Fadus et al., 2019) y a que no se ha realizado ninguna revisión de los resultados de eficacia desde el trabajo de Rowe de 2012, el presente estudio continúa la línea iniciada por las revisiones anteriores y tiene como objetivo principal actualizar la revisión de la literatura publicada desde el año 2010 hasta el momento actual sobre el grado de eficacia mostrada por los enfoques de tratamiento basados en la familia para los problemas de consumo de sustancias.

## **Método**

### **Estrategias de Búsqueda**

Esta revisión sistemática se guió por las directrices Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Urrútia y Bonfill, 2010). Se realizó una búsqueda exhaustiva y sistemática de la literatura para identificar los artículos científicos que aportasen resultados sobre la eficacia de la terapia familiar (TF) en el tratamiento de las adicciones a sustancias. Para ello, se consultaron cinco bases de datos electrónicas: Dialnet, Pubmed, Web of Science (WOS), Scopus y Science Direct, durante el período comprendido entre el 5 de febrero y el 5 de marzo de 2021. Los términos de búsqueda utilizados incluyeron "family therapy" AND "substance abuse" OR "substance use" OR "substance misuse" OR "drug" OR "drug abuse" OR "substance use disorder" OR "addiction". Además, puesto que esta revisión sistemática es una actualización de la literatura, se utilizaron designadores cronológicos específicos,

de enero de 2010 hasta enero de 2021. Por último, no se aplicó ninguna limitación respecto al ámbito geográfico ni al idioma.

### **Criterios de Elegibilidad**

La búsqueda incluyó todos los estudios publicados desde el año 2010 hasta la actualidad, que cumplieren los siguientes criterios de inclusión: (1) el diseño del estudio debe ser ensayo controlado aleatorizado, cuasi-experimental, estudio piloto o estudio de caso único; (2) incluye muestra de personas que experimentan un comportamiento problemático de consumo de sustancias y/o que cumplan los criterios de trastorno relacionado por consumo de sustancias según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM); (3) al menos uno de los padres está dispuesto a participar en el tratamiento; (4) incluye intervención familiar destinada a reducir el consumo problemático de sustancias, cuyos resultados primarios incluyan el grado de consumo de drogas, la intención de consumirlas o la disposición al cambio; (5) presenta una medida objetiva de la variable consumo de sustancias. A su vez, los estudios fueron excluidos si: (1) es programa multicomponente, ensayo teórico, libro, capítulo de libro, meta-análisis, revisión sistemática y/o literaria, estudio de rentabilidad, viabilidad y/o aceptabilidad, publicación de protocolo, directrices o manuales de tratamiento; (2) está realizado con muestras de familiares de personas que presentan una problemática relacionada con el consumo de sustancias; (3) evalúa una intervención diferente a la terapia familiar; (4) a pesar de evaluar una intervención familiar, el consumo de sustancias o la abstinencia se incluye como medida de resultado secundario o solo presenta resultados cualitativos.

### **Selección de Estudios y Extracción de Datos**

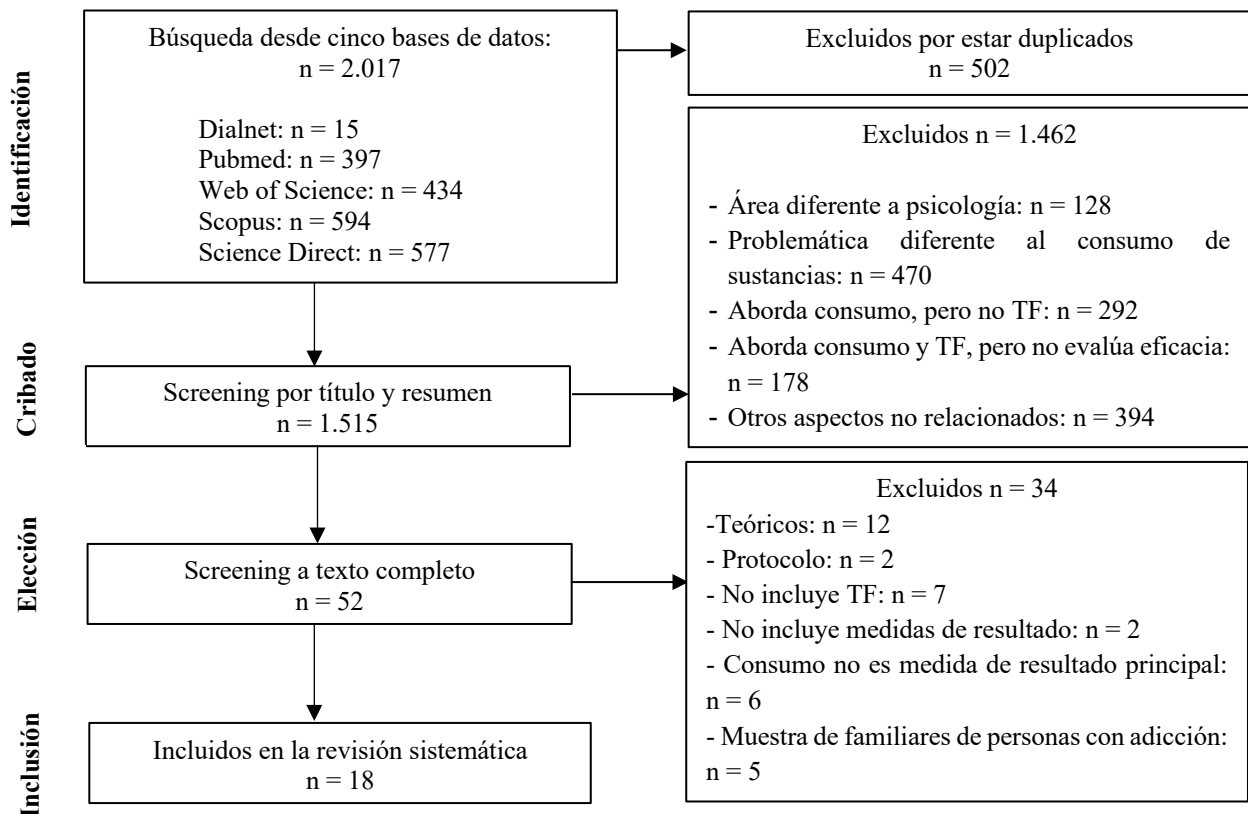
Se identificaron 2.017 artículos: 15 en Dialnet, 397 en Pubmed, 434 en WOS, 594 en Scopus y 577 en Science Direct. Tras eliminar artículos duplicados, estudios no empíricos y estudios no relacionados con la población objeto de estudio y la disciplina de la Psicología, se seleccionaron 52 artículos para la revisión de los criterios de inclusión. Finalmente 18 artículos cumplieron los criterios de elegibilidad. En la Figura 1 se presenta el diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección. Se desarrolló un formulario de extracción de datos para extraer la información relevante de cada estudio seleccionado. Los datos extraídos incluían los autores y el año de publicación, el diseño del estudio, el tamaño y las características de la muestra, las intervenciones de tratamiento y las condiciones de comparación, las medidas de resultado principales y los

instrumentos para su evaluación, los resultados principales, así como los puntos temporales del seguimiento. Esta información se presenta en la Tabla 1 (ver Anexo).

La calidad metodológica de cada estudio se calificó por dos evaluadores independientes mediante la Escala de Calificación de la Calidad Metodológica (MQRS; Miller y Wilbourne, 2002). Esta escala evalúa 13 dimensiones de atributos metodológicos (ver Tabla 2 en Anexo). La puntuación total varía entre 0 (baja calidad) y 16 (alta calidad). La MQRS ha sido ampliamente utilizada en revisiones sistemáticas sobre el tratamiento del abuso de sustancias. La puntuación obtenida en cada estudio se presenta en la Tabla 1 (ver Anexo) junto con otras características. Se utilizó la  $\kappa$  de Cohen para determinar la concordancia entre ambos evaluadores. Esta información se presenta en la Tabla 2 (ver Anexo). Posteriormente, ambos evaluadores resolvieron las discrepancias llegando a un acuerdo.

**Figura 1.**

*Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de artículos.*



## Resultados

### Resultados de Búsqueda

#### *Muestra Adolescente*

De los 18 estudios incluidos en esta revisión sistemática, una gran proporción de ellos se realizaron con muestra adolescente (13/18). Salvo uno de ellos que fue un estudio cuasi-experimental (EC-E, 1/13) el resto fueron ensayos controlados aleatorizados (ECAs, 12/13). En cuanto al lugar de realización, la mayoría de ellos fueron llevados a cabo en Estados Unidos (8/13) y en Europa (4/13), y solamente uno en Latinoamérica (1/13).

En todos los estudios se aplicó un tipo de TF, siendo la más común la Terapia Familiar Multidimensional (MDFT, 7/13). Otras TF fueron la Terapia Familiar Estratégica Breve (BSFT, 3/13), la Terapia Familiar Basada en la Ecología (EBFT, 1/12), la Terapia Familiar Funcional (FFT, 1/13) y el Tratamiento Familiar Flexible y Culturalmente Informado para Adolescentes (CIFFTA, 1/13). Éstas se compararon con otros tratamientos psicológicos como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC, 3/13), la Entrevista Motivacional (EM, 1/13) o el Tratamiento Residencial (RT, 1/13), entre otros. Las intervenciones de TF variaban de 4 sesiones a 24 sesiones (a excepción de dos estudios en los que no se especifica), siendo lo más común encontrar en torno a 12 sesiones distribuidas entre 3 y 4 meses (6/13). Además, las evaluaciones de seguimiento se realizaron en distintos puntos temporales, aplicando las medidas en la línea base y al finalizar la intervención. En la mayoría de los estudios también se completaron durante el desarrollo de la intervención y al finalizar la misma, siendo lo más común a los 3 (6/13), 6 (7/13), 9 (5/13), 12 (10/13) y 18 meses (5/13) desde el inicio del tratamiento.

### ***Muestra Adulta***

De los 18 estudios incluidos en esta revisión sistemática, solamente cinco fueron realizados con muestra adulta (5/18). Respecto al tipo de estudio, uno fue un ensayo de caso único (ECU, 1/5), otro EP (1/5) y tres ECAs (3/5). En cuanto al lugar de realización, la mayoría de ellos fueron llevados a cabo en Estados Unidos (4/5) y uno en España (1/5). Todos los estudios aplicaron un tipo de TF, entre las que destacan la Terapia Familiar Basada en la Ecología (EBFT, 2/5), la Terapia Familiar Conductual (FBT, 2/5) y la Terapia Mutifamiliar (MFT, 1/5). Salvo un estudio de caso único en el que la TF no fue comparada con un grupo control, el resto fueron comparadas con psicoeducación (2/5) o tratamiento individual (2/5). Por último, en lo que respecta al número de sesiones que conformaban las intervenciones, éste se situaba en torno a 10, 12 o 16, salvo un estudio que incluyó 24 sesiones. Finalmente, los cuestionarios fueron administrados en distintos puntos temporales, evaluando las medidas en la línea base,



durante el desarrollo de la intervención y al finalizar la misma, siendo lo más común a los 3 (4/5), 6 (3/5), 12 y 18 meses (2/5) después del inicio del tratamiento.

### **Resultados de Eficacia de la Terapia Familiar en la Adicción a Sustancias**

A continuación, se presentan los resultados encontrados siguiendo la misma estructura que se siguió en las revisiones anteriores (Liddle y Dakof, 1995; Rowe y Liddle, 2003; Rowe, 2012), es decir, diferenciándolos por tipo de muestras (adolescentes y adultos) y por tipo de variables resultado (consumo de sustancias, funcionamiento familiar y problemas de comportamiento).

#### ***Reducción del Consumo de Sustancias en Muestra Adolescente***

El resultado primario de los estudios seleccionados es la abstinencia o la reducción del consumo de drogas. Por ello, se buscaron estudios que proporcionaran valores cuantitativos sobre esta variable resultado. Para evaluar la variable de consumo, en todos los estudios incluidos se han utilizado, al menos, uno de los siguientes instrumentos: Timeline Follow-Back Method (TLFB, 13/18), Adolescent Diagnostic Interview (ADI, 4/18), Addiction Severity Index (ASI, 4/18), The Personal Experience Inventory (PEI, 6/18) y/o diferentes versiones de la Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC, 6/18). Asimismo, en algunos de los estudios se recogieron muestras de orina de los participantes.

***Terapia Familiar Multidimensional (MDFT, 7/13)***. En los siete estudios en los que se evaluó la eficacia de la MDFT se utilizó la TCC como condición control (7/13; 7, 5, 1, 3, 4, 11, 18). Los resultados mostraron que, al finalizar la intervención, ambos tratamientos fueron eficaces para reducir el consumo, con tamaños de efecto entre medianos y grandes. Sin embargo, en las evaluaciones de seguimiento, en la mayoría de los estudios se indica la superioridad de la MDFT frente a la TCC, con tamaños de efecto entre medianos y grandes (7, 1, 11, 18, 5). Cabe destacar varios aspectos importantes de estos resultados en la fase de seguimiento. Por un lado, en dos estudios los participantes de ambas condiciones mostraron un aumento en la frecuencia del consumo de sustancias a los 18 y 24 meses, respectivamente, aunque manteniéndose por debajo de los valores iniciales (2/13; 7 y 1). En uno de ellos (1), los resultados indican un efecto no significativo, pero de tamaño moderado, que favorece a la MDFT. En tres estudios se mostraron resultados estadísticamente significativos a favor de la MDFT, con tamaños del efecto grandes, sobre aquellos participantes consumidores identificados en el grupo de alta gravedad (3/13; 3, 4 y 11). En uno de ellos (11) no se hallaron

diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones de intervención cuando no se diferenció a los participantes en función de la gravedad del consumo. En el estudio 5, aunque no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre tratamientos para la variable frecuencia de consumo de sustancias, sí se encontraron para la variable “preocupación por el consumo”.

***Terapia Familiar Estratégica Breve (BSFT, 3/13).*** En el estudio 14 se concluyó que los participantes de la TF mostraron un cambio positivo significativamente mayor al finalizar la intervención en comparación con la condición control (intervención de proximidad utilizada para disminuir el abuso de sustancias). En el estudio (12) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las intervenciones (como condición control se utilizó el tratamiento habitual que incluyó terapia individual y/o grupal, grupos de capacitación para padres, terapia familiar no manual y manejo de casos). Sin embargo, en este último estudio, se informó de un menor número de días de consumo a los 12 meses. La muestra del estudio 12 también se utilizó para el estudio 6, en el cual se mostraron los efectos positivos del tratamiento en el uso de sustancias para otros miembros de la familia. Por un lado, se concluyó que no hubo diferencias estadísticamente significativas en el consumo de los padres entre tratamientos, pero sí en el seguimiento a los 12 meses. Los padres en la condición BSFT disminuyeron significativamente más su consumo a lo largo del tiempo, y estos resultados estaban mediados por el funcionamiento familiar. Por otro lado, se mostró una fuerte asociación de base entre el uso de sustancias por parte de los padres y los adolescentes. La BSFT fue más eficaz para reducir el consumo de sustancias en los adolescentes cuyos padres consumían drogas en la línea base.

***Terapia Familiar Basada en la Ecología (EBFT, 1/13).*** En el estudio 16 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las intervenciones (se utilizó la intervención motivacional y el enfoque de refuerzo comunitario como tratamientos control) en la reducción de la trayectoria del consumo de sustancias en la fase post-tratamiento; es decir, los tratamientos incluidos fueron igual de eficaces al finalizar la intervención. Sin embargo, en las evaluaciones de seguimiento, a los 18 meses, los participantes de EBFT obtuvieron resultados más favorables que se tradujeron en cambios más consistentes manteniendo las reducciones del consumo alcanzadas previamente.

***Terapia Familiar Funcional (FFT, 1/13).*** En un único estudio (13) se examinaron los efectos de tres secuencias de tratamiento, dos seriadas (FFT y TCC específica para la depresión) y una combinada, sobre la reducción del uso de sustancias y la sintomatología depresiva en adolescentes. El periodo de tratamiento duró 20 semanas y el seguimiento hasta la semana 72. Se concluyó que, al finalizar la intervención y en el seguimiento de la semana 46, la secuencia de aplicación FFT/TCC mostró mayores reducciones en el consumo de sustancias en los participantes que no estaban diagnosticados con un trastorno depresivo, con un tamaño de efecto grande. Sin embargo, en el seguimiento de la semana 72, tanto la secuencia FFT/TCC como TCC/FFT mantuvieron un consumo más bajo, pero sin haber diferencias entre ambos tratamientos.

***Tratamiento Familiar Flexible y Culturalmente Informado para Adolescentes (CIFFTA, 1/13).*** En el estudio 15 se comparó una TF tradicional (condición control) con CIFFTA, una intervención personalizada que está basada en los principios de la Terapia Estructural Familiar. Se concluyó la superioridad de CIFFTA frente a la condición control para reducir el consumo problemático de drogas tanto en la fase de post-tratamiento como en los diferentes momentos temporales incluidos en la fase de seguimiento, obteniendo tamaños de efecto grandes.

#### ***Reducción del Consumo de Sustancias en Muestra Adulta***

***Terapia Familiar Basada en la Ecología (EBFT, 2/5).*** Dos estudios evaluaron la eficacia de la EBFT en comparación con una intervención educativa en mujeres consumidoras que tenían hijos a su cargo (17 y 8). Cabe destacar que en el estudio 8 se identificó una submuestra de mujeres que ejercían la prostitución a partir de la muestra más amplia que se utilizó en el estudio 17. En ambos estudios se concluyó que las participantes en la EBFT mostraron mayores (8) reducciones y más tempranas (17) que la condición control.

***Terapia Conductual Familiar (FBT, 2/5).*** Los dos estudios que aplicaron esta TF fueron un ECU (10) y un EP (9). Ambos concluyeron que los pacientes en la condición FBT mejoraron significativamente en todos los períodos de tiempo (post intervención en ambos estudios y en el 9 también a los 3 y 6 meses de seguimiento), ya que reportaron un mayor número de días en abstinencia.

***Terapia Mutifamiliar con un Equipo Reflexivo (MFT-RT, 1/5).*** Este estudio (2) utilizó una muestra de pacientes que recibían tratamiento ambulatorio con metadona

que fueron asignados a una condición que solamente recibió asesoramiento individual o a la condición MFT-RT. El equipo reflexivo está formado por un conjunto de profesionales que están fuera del problema y, por tanto, proporcionan perspectivas alternativas (2). Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron MFT-RT se beneficiaron más de la intervención, puesto que redujeron más el consumo de drogas y la dosis diaria de metadona en comparación con sus homólogos en la condición control (asesoramiento individual).

### ***Cambios en el Funcionamiento Familiar en Muestra Adolescente***

En la línea de las revisiones previas (Klostermann y O'Farrell, 2013; Rowe, 2012; Rowe y Liddle, 2003), muchos de los estudios incluidos en este estudio (6/13; estudio 5, 15, 12, 3, 4, 14) incluyen alguna medida de cambio en el funcionamiento familiar como variable relacionada con la reducción del consumo de sustancias tras una TF. Los cuestionarios más utilizados para evaluar esta variable han sido la Family Environment Scale, Conflict and Cohesion subscales (FES, 7/18) y el Parenting Practices Questionnaire (PPQ, 4/18).

En primer lugar, en dos de ellos se ha mostrado la superioridad de la TF para mejorar las prácticas parentales y el funcionamiento familiar (15, 12). En el estudio 12, tanto la TF como la intervención control (tratamiento habitual que incluyó terapia individual y/o grupal, grupos de capacitación para padres, terapia familiar no manual y manejo de casos.) informaron de mejoras significativas con el tiempo. Aunque el tamaño del efecto fue pequeño, se apoyó el impacto de la TF en el funcionamiento familiar informado por los padres; mientras que, en el informado por los adolescentes consumidores, ambas intervenciones mostraron mejoras, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre ellas. En segundo lugar, en dos estudios se arrojaron resultados opuestos a los informados anteriormente (5, 14). En el estudio 5 se concluyó que el funcionamiento familiar no mejoró con el tiempo en ninguno de los dos tratamientos comparados (TCC como tratamiento control), mientras que el estudio 14 informó de un incremento en el nivel de conflicto informado por los padres en la condición experimental (intervención de proximidad utilizada para disminuir el abuso de sustancias). Por último, aunque en dos de estos estudios se ha administrado a los participantes el cuestionario pertinente para evaluar esta variable, no se ha informado de resultados sobre ella (3, 4).

### ***Cambios en el Funcionamiento Familiar en Muestra Adulta***

La mayoría de los estudios realizados con muestra adulta evaluaron los cambios sobre esta variable (4/5; 17, 2, 9, 8), informando de beneficios en el funcionamiento familiar para los participantes que recibieron la TF, aunque cabe destacar dos aspectos. Por una parte, en el estudio 2, la pequeña mejora observada en el grupo de TF no fue estadísticamente significativa. Por otra parte, en el estudio 9, tanto la TF como la intervención control (tratamiento individual) informaron de mejoras significativas con el tiempo, informando de resultados casi idénticos, con tamaños del efecto medianos. En el estudio 8 se concluyó que las participantes en la condición de EBFT mejoraron significativamente los comportamientos de promoción de la autonomía de los hijos en el seguimiento a los 18 meses en comparación con la psicoeducación que recibieron las participantes del grupo control (con tamaños del efecto moderados). Sin embargo, en el estudio 17, aunque se mostró que las conductas parentales que socavan la autonomía y la relación se reducen, no se encontraron efectos significativos del tratamiento.

### ***Reducción de Problemas de Comportamiento en Muestra Adolescente***

En siete estudios realizados con muestra adolescente se evaluaron los problemas de comportamiento como factor estrechamente relacionado con el consumo de sustancias (7/13; 7, 5, 1, 15, 4, 14, 18). Los cuestionarios más utilizados para evaluar esta variable fueron la Youth Self-Report, Externalizing and Internalizing subscales (YSR, 4/18) y la Self Report Delinquency Scale (SRD, 3/18). En la mayoría de los estudios, en los cuales la MDFT fue la condición experimental, ambos tratamientos (la TCC se utilizó como grupo control en varios de estos estudios) se mostraron eficaces para reducir esta variable al finalizar la intervención, con tamaños del efecto entre pequeños y grandes (7, 1, 5, 18, 4). Sin embargo, algunos de estos estudios han encontrado diferencias en los resultados del tratamiento a largo plazo sobre los problemas de conducta a favor de la MDFT (7, 1, 5). En los puntos temporales de seguimiento (18 meses en el estudio 7 y hasta 24 meses en el estudio 1), ambos tratamientos mantienen las mejoras, pero la TF se relaciona con una mayor reducción de los problemas de comportamiento desde el inicio hasta el final. Estos beneficios también son reportados en el estudio 5. Por último, a pesar de medir la variable comportamental, en el estudio (14) no se informó de resultados sobre esta variable, y en el (15) no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre tratamientos (se utilizó la TF tradicional como grupo control).

## **Discusión**

El presente estudio se propuso con el objetivo de actualizar las revisiones previas de la literatura (Liddle y Dakof, 1995; Rowe, 2012; Rowe y Liddle, 2003), sobre la eficacia mostrada por las intervenciones basadas en la familia para el tratamiento de los problemas de consumo de sustancias. El propósito principal fue estudiar el efecto de este enfoque de intervención sobre la reducción del consumo de drogas tanto en adolescentes como en adultos. Otros fines secundarios fueron examinar los efectos de la TF sobre el funcionamiento familiar y los problemas de comportamiento en ambas poblaciones. Para ello, se incluyeron un total de 18 estudios, de los cuales 13 fueron realizados con muestra adolescente y tan solo 5 con muestra adulta. La mayoría de ellos compararon una TF con otras terapias, entre las que se incluyeron, por ejemplo, la Terapia Cognitivo-Conductual, la psicoeducación o la intervención motivacional. Los programas de tratamiento variaban entre 4 y 24 sesiones, siendo lo más habitual una extensión de 12 sesiones.

### **Reducción del Consumo de Sustancias en Muestra Adolescente**

#### ***Terapia Familiar Multidimensional, MDFT.***

Gran parte de los estudios realizados con muestra adolescente comparan la MDFT con la TCC (7/12; 7, 5, 1, 3, 4, 11, 18). Hasta la fecha, ambos tratamientos han sido considerados como dos de los más eficaces para el consumo de drogas en esta población y, por ello, se han clasificado en el rango de “tratamientos bien establecidos” (Fadus et al., 2019; Rowe, 2012; Van Der Pol et al., 2017). En este sentido, nuestros hallazgos se corresponden con la literatura previa, la cual ha mostrado que la MDFT mantenía mejor los beneficios en los puntos temporales del seguimiento (Rowe, 2012). Esto se podría explicar por el hecho de que la TF trabaja de manera integral sobre una serie de ámbitos, como por ejemplo la cohesión o los conflictos familiares, que van más allá del mero funcionamiento individual, en el que se centra la TCC. Sin embargo, estos resultados son opuestos a los obtenidos en el metanálisis de Fliges et al. (2015) en el que se concluye que los efectos de la MDFT sobre la reducción del consumo de sustancias alcanzados a los 6 meses, no se mantenían a los 12. Hay que tener cautela al interpretar estos resultados, puesto que el número de estudios incluidos en este metanálisis es muy reducido (cinco).

Por otra parte, en la presente revisión, al igual que en otras investigaciones recientes (p. ej. Fadus et al., 2019; Van Der Pol et al., 2017), se identifica el gradiente

de gravedad como una variable explicativa de las diferencias en la tasa de mejora tras la intervención, y se sugiere que los adolescentes con una mayor gravedad inicial de problemas de consumo pueden beneficiarse más de la MDFT que de otros tratamientos como la TCC (3, 4, 11). Podemos especular sobre las razones de estas diferencias. En el estudio 3 se propone que la MDFT es una intervención más completa puesto que, además de trabajar con el individuo que presenta la adicción (como la TCC), también se focaliza en los factores familiares que pueden influir en éste, de modo que aborda la problemática de manera integral. En este sentido, Van Der Pol et al. (2017) se apoyan en el modelo Riesgo-Necesidad-Respuesta para explicar que las personas con un consumo más severo tienen mayor riesgo de reincidencia y, por ello, necesitan un tratamiento más intenso como la MDFT.

***Terapia Familiar Estratégica Breve, BSFT, y Terapia Familiar Basada en la Ecología, EBFT.***

La BSFT fue la intervención familiar aplicada en tres estudios realizados con adolescentes (6, 12, 14) y la EBFT en uno (16). En el metanálisis de Lindstrøm et al. (2013), no se encuentra evidencia empírica para la reducción del consumo de sustancias a favor de la BSFT. De nuevo, hay que tener en cuenta la limitación del número de estudios (tres) incluidos en este metanálisis. Sin embargo, la revisión de Rowe (2012) y los hallazgos encontrados en la presente revisión, sí evidencian la superioridad de ambas intervenciones a lo largo del tiempo en adolescentes que presentan un consumo problemático. Un argumento a favor de los beneficios de la BSFT es que ésta se basa en estrategias dirigidas al cambio en el funcionamiento familiar y en otros sistemas que afectan al individuo y a su consumo problemático y, no solo en la psicoeducación como ocurre en otros tratamientos. Además, los beneficios reportados por la BSFT parecen extenderse a otros miembros de la familia. El estudio 6 encontró reducciones en el consumo de los padres de los adolescentes. Asimismo, los jóvenes consumidores cuyos padres presentaban las mayores tasas de consumo, fueron los que más se beneficiaron de la intervención. Estos hallazgos, los cuales están en consonancia con los encontrados en Rowe (2012), pueden ser explicados por el aprendizaje y adquisición de nuevas estrategias y habilidades adaptativas de comunicación o funcionamiento por parte de los padres, las cuales mejoran la relación con sus hijos.

***Terapia Familiar Funcional, FFT.***

Revisiones recientes han evaluado la eficacia de este tipo de TF. Por ejemplo, en Rowe (2012) se concluyó que la FFT era una intervención muy prometedora puesto que las reducciones del consumo se mantuvieron hasta el mes 15 de seguimiento. Del mismo modo, Hartnett et al. (2017) en su metanálisis mostraron que la FFT era más eficaz en comparación con condiciones de no tratamiento o tratamiento alternativo bien definido (p. ej.: TCC o terapia de grupo). En línea con estos resultados están los encontrados para este tipo de intervención en la presente revisión. En el estudio 13 se concluyó que aplicando primero FFT y después un tratamiento para tratar la sintomatología depresiva comórbida de adolescentes con problemas de consumo, se obtenían las mayores reducciones del consumo, tanto al finalizar la intervención como en el seguimiento de los 12 meses.

#### ***Tratamiento Familiar Flexible y Culturalmente Informado para Adolescentes, CIFFTA.***

Este tratamiento se asienta sobre las ideas de la Terapia Familiar Estructural y permite adaptar las intervenciones a las variaciones clínicas y culturales de cada familia, enfocándose sobre el estilo de crianza que predomina en las figuras parentales, abordando aspectos como el apego, el apoyo o la resolución de conflictos (Santisteban et al., 2012). Los hallazgos obtenidos en la presente revisión (15) son consistentes con los expuestos en estudios anteriores (Santisteban y Mena, 2009), ya que se ha mostrado la superioridad de esta intervención tanto en la mejora del consumo de sustancias como del funcionamiento familiar tanto al finalizar la intervención como en el seguimiento.

#### **Reducción del Consumo de Sustancias en Muestra Adulta**

##### ***Terapia Funcional Conductual, FBT.***

Los efectos obtenidos en la revisión de Rowe en 2012 sobre la eficacia de la FBT en comparación con intervenciones individuales en adultos en el tratamiento de las drogodependencias se mantienen a día de hoy según los resultados encontrados en la presente revisión (10, 9). A pesar de que los resultados son prometedores, es necesario realizar estudios aleatorizados con mayor muestra para poder generalizar los resultados.

##### ***Terapia Mutifamiliar con un Equipo Reflexivo, MFT-RT.***

En el marco de la intervención familiar, una de las prácticas más influyentes y utilizadas es la referida a los equipos reflexivos (Wulff y George, 2017). Sin embargo, la combinación de este enfoque con la terapia familiar sistémica en el ámbito de las drogadicciones es, actualmente, una experiencia pionera que cuenta con una breve



trayectoria (Garrido-Fernández et al., 2017). La presente revisión aporta nuevo conocimiento sobre la MFT-RT, ya que en uno de los estudios incluidos (2) se han arrojado resultados positivos a favor esta modalidad de intervención familiar para reducir el consumo de sustancias y la dosis diaria de metadona de personas adultas consumidoras. Pese a estos resultados prometedores son muy escasos los estudios rigurosos en este campo.

### ***Terapia Familiar Basada en la Ecología, EBFT.***

Aunque este tipo de terapia se había mostrado eficaz en el tratamiento de las adicciones para los adolescentes consumidores (Rowe, 2012), su eficacia no había sido probada para las madres que presentan esta problemática (17). En la presente revisión, en los dos estudios 17 y 8 incluidos que estudiaron este enfoque se mostraron efectos positivos a lo largo del tiempo.

### **Mejoras en el Funcionamiento Familiar**

Estudios previos sugieren que existe una fuerte relación entre el consumo de sustancias y el funcionamiento familiar y que, además, esta relación no es unidireccional, sino que se interrelacionan mutuamente. Por esta razón, se plantea que los tratamientos para las drogodependencias centrados en los sistemas familiares pueden ser un enfoque eficaz para reducir no solo el consumo de sustancias, sino también para mejorar el funcionamiento familiar (Klostermann y O'Farrell, 2013; Rowe, 2012; Rowe y Liddle, 2003). A pesar de que esta variable no fue evaluada en todos los estudios incluidos en la presente revisión (con adolescentes, 5, 15, 12, 14; con adultos, 17, 2, 9, 8), los resultados obtenidos confirman esta idea: recibir una intervención familiar se relacionaba con mejoras significativas en el funcionamiento familiar además de en el consumo (15, 12, 9, 8). Sin embargo, en dos de los estudios con adolescentes no se encontraron estos resultados o se encontró el efecto opuesto, es decir, la TF no produjo mejoras, al igual que tampoco lo hizo la condición de comparación (TCC) (5) y los niveles de conflicto familiar reportados por los padres aumentaron (14), lo que quizá podría explicarse por la mayor conciencia que éstos tienen sobre la problemática de sus hijos.

### **Mejoras en los Problemas de Comportamiento**

Se ha visto que, al finalizar la intervención, tanto la MDFT como la TCC se han mostrado igual de eficaces para producir mejoras en los problemas de comportamiento, bien sea a nivel de comportamiento autoinformado, como en escalas de delincuencia o

número de arrestos (7, 1, 5, 18, 4). Estos hallazgos coinciden con los obtenidos, por ejemplo, en la revisión de Rowe y Liddle (2003) o en el estudio de Van Der Pol et al. (2018). Sin embargo, mientras que estos autores sostienen que esa misma eficacia se mantiene en las fases de seguimiento, en la presente revisión se ha encontrado que, aunque ambos tratamientos mantienen las mejoras, la TF se relaciona con un mayor decremento del comportamiento problemático desde el inicio hasta el final (7, 5, 1). Este efecto a favor de la MDFT está en consonancia con lo encontrado en estudios anteriores (Baldwin et al., 2012; Schaub et al.; 2014; Van Der Pol et al., 2018). Los beneficios generales que reporta la TF sobre los problemas de comportamiento pueden ser explicados por las estrategias que se utilizan, como por ejemplo la supervisión y el manejo de la conducta por parte de los cuidadores principales.

### **Conclusión**

En conclusión, la evidencia empírica acumulada en la última década y revisada en el presente estudio apunta a que la incorporación de los miembros de la familia en el tratamiento de las adicciones a sustancias produce beneficios en las personas consumidoras y en el sistema familiar de convivencia. En consecuencia, las intervenciones familiares pueden considerarse como tratamientos bien establecidos y de primera línea para esta problemática, sin apenas cambios en los últimos años.

### **Limitaciones**

A pesar de los avances metodológicos producidos en gran parte de la investigación más reciente (por ejemplo, tamaño muestral, propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados, etc.) en comparación con los estudios seleccionados en las anteriores revisiones (Liddle y Dakof, 1995; Rowe y Liddle, 2003; Rowe, 2012), todavía existen limitaciones que es importante señalar para extremar la precaución a la hora de generalizar los resultados encontrados. En primer lugar, en cuanto a los estudios revisados, el pequeño tamaño de las muestras sigue siendo un problema en este campo (por ejemplo, 7, 1, 15, 16, 2, 9, 8). Respecto a las características de los participantes, todavía está presente una mayor proporción de estudios realizados con adolescentes en comparación con la población adulta (12/18). Por tanto, es necesario limitar las conclusiones a la población de referencia y no a la población general. Asimismo, la mayor parte de la muestra de los estudios incluidos pertenece al sexo masculino (por ejemplo, 7, 1, 13, 3, 14), a pesar de que, a día de hoy, existe evidencia de que las mujeres también presentan problemas relacionados con el consumo. En segundo lugar,

algunos estudios no informan del número de sesiones que componen la intervención ni la duración de las mismas, lo que dificulta saber si los resultados descritos pertenecen a la fase post-intervención o de seguimiento (por ejemplo, 7, 18). En tercer lugar, aunque algunos estudios han administrado medidas para evaluar otras variables diferentes al consumo de sustancias, no han informado sobre los cambios en éstas (por ejemplo, 3, 4, 14). En cuarto lugar, en algunos de los estudios, la medida de consumo de sustancias fue autoinformada, por lo que la deseabilidad social puede influir en los resultados. Por ejemplo, en algunos estudios se obtuvieron bajas tasas de consumo al inicio y durante el transcurso de la intervención, lo que limitó gravemente la capacidad de identificar mejoras en esta variable (por ejemplo, 12, 3, 4). Por último, la mayoría de los estudios compararon una TF con otro enfoque de tratamiento terapéutico. Por este motivo, aunque en algunos de los estudios ambas condiciones redujeron el consumo problemático de sustancias, no sabemos si estas reducciones podrían haberse logrado también sin el tratamiento, ya que no se incorporó un grupo control sin tratamiento (por ejemplo, 13, 3, 4, 11, 18).

La presente revisión sistemática también cuenta con una serie de limitaciones que han de ponerse de manifiesto. Por un lado, las palabras clave utilizadas y la búsqueda en cinco bases de datos electrónicas, pueden haber llevado a no obtener la totalidad de estudios sobre el tema realizados en el periodo temporal en que se centra la revisión. Además, la alta proporción de estudios realizados en Estados Unidos (12/18) limita la generalización a otros países y culturas. A pesar de ello, se valora muy positivamente la presencia de artículos incluidos que han sido desarrollados con muestra hispana (por ejemplo, 2, 14). Pese a estas limitaciones cabe destacar que, a diferencia de las revisiones anteriores (Liddle y Dakof, 1995; Rowe, 2012; Rowe y Liddle, 2003), que fueron de carácter teórico, el presente estudio realiza una revisión sistemática. Esto quiere decir que se ha seguido un protocolo de investigación explícito y riguroso que puede ser contrastado por otros investigadores.

### **Futuras líneas de investigación**

En línea con las limitaciones expuestas, se hace evidente la necesidad de realizar estudios que incorporen una muestra más amplia, cuyos participantes sean de edad adulta y estén repartidos equitativamente en ambos sexos, así como que sean de procedencias diversas. De este modo, se permitiría la generalización de resultados y se mejoraría la base de evidencia empírica para los tratamientos del consumo problemático

de drogas basados en la familia. Asimismo, dado que algunos de los estudios han encontrado indicios de un efecto diferencial de las TF en subgrupos de menor y mayor gravedad del problema de consumo, sería conveniente que las investigaciones futuras hicieran esta distinción. Por tanto, se destaca la necesidad de realizar más investigación sobre las diferentes intervenciones en función del perfil de personas consumidoras. Esto es, analizar las variables moderadoras asociadas al tratamiento. De esta manera, los profesionales tendrían mayores indicios para llevar a cabo una selección más idónea del tratamiento en función de las características y las demandas de los pacientes.

## Referencias

- Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., & Shadish, W. R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), 281-304.
- Becoña, E. (2016). Trastornos adictivos. *Síntesis*.
- Becoña, E. & Cortés, M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en Psicología clínica en formación. Barcelona: Sociodrogalcohol.
- Burgos, A. (2020). Miradas feministas al abordaje de drogas. Guía breve para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de las drogas. Barcelona: Proyecto Malva.
- Dakof, G. A., Henderson, C. E., Rowe, C. L., Boustani, M., Greenbaum, P. E., Wang, W., Hawes, S., Linares, C., & Liddle, H. A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology, 29*(2), 232-241.
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health, 59*(4), S61-S75.
- Fadus, M. C., Squeglia, L. M., Valadez, E. A., Tomko, R. L., Bryant, B. E., & Gray, K. M. (2019). Adolescent Substance Use Disorder Treatment: an Update on Evidence-Based Strategies. *Current Psychiatry Reports, 21*(10), 1-10.
- Filges, T., Rasmussen, P. S., Andersen, D., & Jørgensen, A. M. K. (2015). Multidimensional Family Therapy (MDFT) for Young People in Treatment for Non-opioid Drug Abuse: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews, 11*(1), 1-124.
- Garrido-Fernández, M., Marcos-Sierra, J. A., López-Jiménez, A., & Ochoa de Alda, I. (2017). Multi-family therapy with a reflecting team: A preliminary study on efficacy among opiate addicts in methadone maintenance treatment. *Journal of Marital and Family Therapy, 43*(2), 338-351.
- Gray, K. M., & Squeglia, L. M. (2018). Research Review: What have we learned about adolescent substance use? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(6), 618-627.
- Hartnett, D., Carr, A., Hamilton, E., & O'Reilly, G. (2017). The effectiveness of functional family therapy for adolescent behavioral and substance misuse problems: A meta-analysis. *Family Process, 56*(3), 607-619.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E., & Liddle, H. A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(6), 885-897.

- Hendriks, V. M., van der Schee, E., & Blanken, P. (2013). Multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in adolescents with a cannabis use disorder: a randomised controlled study. *Tijdschrift voor psychiatrie*, *55*(10), 747-759.
- Hendriks, V., van der Schee, E., & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, *119*(1-2), 64-71.
- Horigian, V. E., Anderson, A. R., & Szapocznik, J. (2016). Family-based treatments for adolescent substance use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *25*(4), 603-628.
- Horigian, V. E., Feaster, D. J., Brincks, A., Robbins, M. S., Pérez, M. A., & Szapocznik, J. (2015). The effects of Brief Strategic Family Therapy (BSFT) on parent substance use and the association between parent and adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, *42*, 44-50.
- Klostermann, K., & O'Farrell, T. J. (2013). Treating substance abuse: Partner and family approaches. *Social Work in Public Health*, *28*(3-4), 234-247.
- Kourgiantakis, T., & Ashcroft, R. (2018). Family-focused practices in addictions: a scoping review protocol. *BMJ Open*, *8*(1), 1-5.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Rowe, C. L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., & Alberga, L. (2018). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *90*, 47-56.
- Liddle, H. A., & Dakof, G. A. (1995). Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy*, *21*(4), 511-543.
- Lindstrøm, M., Saidj, M., Kowalski, K., Filges, T., Rasmussen, P. S., & Jørgensen, A. M. K. (2013). Brief Strategic Family Therapy (BSFT) for young people in treatment for non-opioid drug use: a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, *9*(1), 1-95.
- Marcos Sierra, J. A., & Garrido Fernández, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, *27*(2-3), 339-362.
- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, *97*(3), 265-277.
- Mitchell, P., Rhodes, P., Wallis, A., y Wilson, V. (2014). A comparison of two systemic family therapy reflecting team interventions. *Journal of Family Therapy*, *36*(3), 237-254.
- Murnan, A., Wu, Q., & Slesnick, N. (2018). Effects of Ecologically- Based Family Therapy with substance-using, prostituting mothers. *Journal of Family Therapy*, *40*(4), 557-583.

- National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2020. Diferencias del consumo de drogas según el sexo. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-sustancias-en-las-mujeres>
- O'Farrell, T. J., Murphy, M., Alter, J., & Fals-Stewart, W. (2010). Behavioral family counseling for substance abuse: A treatment development pilot study. *Addictive Behaviors*, 35(1), 1-6.
- Plant, C. P., & Holland, J. M. (2018). Family behavior therapy for alcohol and drug problems in later-life. *Clinical Gerontologist*, 41(5), 508-515.
- Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M., & Rowe, C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomized controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1-3), 85-93.
- Robbins, M. S., Feaster, D. J., Horigian, V. E., Rohrbaugh, M., Shoham, V., Bachrach, K., Miller, M., Burlew, K. A., Hodgkins, C., Carrion, I., Vandermark, N., Schindler, E., Werstlein, R., & Szapocznik, J. (2011). Brief strategic family therapy versus treatment as usual: results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 713-727.
- Rohde, P., Waldron, H. B., Turner, C. W., Brody, J., & Jorgensen, J. (2014). Sequenced versus coordinated treatment for adolescents with comorbid depressive and substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 342-348.
- Rowe, C. L. (2012). Family therapy for drug abuse: Review and updates 2003–2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 59-81.
- Rowe, C. L., & Liddle, H. A. (2003). Substance abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 97-120.
- Santis, R., Hidalgo, C. G., Jaramillo, A., Hayden, V., Armijo, I., & Lasagna, A. (2013). A family outreach intervention for engaging young out-of-treatment drug users: Pre-versus post-treatment comparison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(1), 61-70.
- Santisteban, D. A., Mena, M. P., & McCabe B. E. (2011). Preliminary results for an adaptive family treatment for drug abuse in Hispanic youth. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 610-614.
- Santisteban, D. A., Mena, M. P., & Abalo, C. (2013). Bridging diversity and family systems: Culturally informed and flexible family-based treatment for Hispanic adolescents. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2(4), 246- 263.
- Santisteban, D. A., & Mena, M. P. (2009). Culturally informed and flexible family-based treatment for adolescents: A tailored and integrative treatment for Hispanic youth. *Family Process*, 48(2), 253-268.

- Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C., & Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: Outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14-26.
- Slesnick, N., & Zhang, J. (2016). Family systems therapy for substance-using mothers and their 8-to 16-year-old children. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(6), 619-629.
- Slesnick, N., Erdem, G., Bartle-Haring, S., & Brigham, G. S. (2013). Intervention with substance-abusing runaway adolescents and their families: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 600-614.
- Smock, S. A., Froerer, A. S., & Blakeslee, S. E. (2011). Systemic Interventions in Substance-Abuse Treatment: Past, Present, and Future. *Journal of Family Psychotherapy*, 22(3), 177-192.
- Tanner-Smith, E. E., Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(2), 145-158.
- Tossmann, P., Jonas, B., Rigter, H., & Gantner, A. (2012). Treating adolescents with cannabis use disorder with Multidimensional Family Therapy (MDFT): Main results of a Randomized Controlled Trial (RCT). *Suchttherapie*, 58(3), 157-166.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), (2018). Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Recuperado de [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), (2020). World Drug Report 2020. Drug use and health consequences. Recuperado de [https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20\\_Booklet\\_2.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf)
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135, 507-511.
- Van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J., Doreleijers, T. A., van Domburgh, L., & Vermeiren, R. R. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems—a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532-545.
- Van der Pol, T. M., Hendriks, V., Rigter, H., Cohn, M. D., Doreleijers, T. A., Domburgh, L., & Vermeiren, R.R. (2018). Multidimensional family therapy in adolescents with a cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health*, 12(1), 1-10.
- Waldron, H. B. & Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 238-261.



## Anexos

**Tabla 1**

*Características y resultados de los artículos incluidos*

	Cita País	Diseño del estudio	Muestra y características	GE	GC	Variables de resultado/ Instrumentos	Resultados	Seguimiento	Puntuación MQRS
1	(Dakof et al., 2015) USA	ECA	N= 112  Edad: 16.07  Sexo: femenino = 11%	MDFT (n=55)	AGT (n=57)	-Uso de sustancias (TLFB, PEI y PIC) - Salud mental (DISC) - Comp. delictivos (SRD) - Síntomas ext. (YSR) - Detención (nº arrestos sistema judicial)	<b>Consumo:</b> en el post- tto. ambos disminuyen. En el seg., MDFT aumenta, pero menos.  <b>Problemas de comp.:</b> en el post-tto. ambos disminuyen. MDFT mantiene mejoras en el seg. y disminuye más del inicio al final.	6, 12, 18 y 24 meses.	15
2	(Garrido- Fernández et al., 2017) España	ECA	N= 82  Edad: 36.79  Sexo: femenino: 13.4%	MFT-RT (n=41)	Tto. Estándar (asesoramiento individual y mantenimiento con metadona) (n=41)	- Gravedad adicción (ASI) -Evaluación psiquiátrica (SCL- 90 R) - Funcionamiento familiar (FACES III)	<b>Consumo:</b> disminuye, así como la dosis diaria de metadona.  <b>Func. Fam.:</b> mejora leve, pero no es sign.	Entre 1 y 3 meses.	8

3	(Henderson et al., 2010) USA	2 ECA	1) N = 224 2) N= 154  Edad: 15.4  Sexo: femenino = 1) 19% 2) 17%	1) MDFT (n=112) 2) MDFT (n=76)	1) TCC (n=112) 2) TAU (n=78)	1) -Uso de sustancias (TLFB, PEI y PIC) -Salud mental (DISC) -Funcionamiento familiar (FES) 2) -Uso de sustancias (TLFB y PEI) -Salud mental (DISC) -Funcionamiento familiar (FES)	<b>Consumo:</b> MDFT reduce más en el grupo de mayor gravedad de adicción.	1) 6 y 12 meses. 2) 3, 6 y 9 meses.	16
4	(Hendriks, et al., 2011) Países Bajos	ECA	N= 109  Edad: 16.8  Sexo: femenino = 20.2%	MDFT (n=55)	TCC (n=54)	-Tr consumo cannabis en año anterior (ADI) -Tr conducta en año anterior (DISC) - Uso sustancias (PEI) -Funcionamiento familiar (FES) - Delincuencia (SRD)	<b>Consumo:</b> no hay dif. est. sign. entre ttos. MDFT reduce más en pacientes con elevada gravedad inicial.  <b>Problemas de comp.:</b> no dif. est. sing. entre ttos.	3, 6, 9 y 12 meses.	14
5	(Hendriks, et al., 2013) Alemania	ECA	N= 109  Edad: 16.8  Sexo: femenino = 20.2%	MDFT (n=55)	TCC (n=54)	-Tr consumo cannabis en año anterior (ADI) -Tr conducta en año anterior (DISC) - Uso de sustancias (TLFB y PEI)	<b>Consumo:</b> no hay dif. est. sign. entre ttos para la frecuencia, pero sí para la preocupación.	3, 6, 9 y 12 meses.	16

6	(Horigian et al., 2015) USA	ECA	N= 480  Edad: 15.47  Sexo: femenino = 21%	BSFT	TAU	- Delitos (WODC) - Problemas de comportamiento (YSR) - Funcionamiento familiar (FES)  -Consumo sustancias padres (ASI) -Consumo sustancias adolescentes (TLFB y DISC-SA) -Funcionamiento Familiar (PPQ y FES) -Comorbilidad psiquiátrica (DISC-PS)	<b>Problemas de comp.:</b> no hay dif. est. sign. entre ttos  <b>Func. Fam.:</b> no mejora con el tiempo.	12 meses.	16
7	(Liddle, et al., 2018) USA	ECA	N= 113  Edad: 15.36  Sexo: femenino: 25%	MDFT (n=57)	RT: TCC + EM (n=56)	- Uso de sustancias (TLFB y PEI) - Comportamientos delictivos (SRD y SGD) - Problemas de comportamiento (YSR)	<b>Consumo padres:</b> en el seg., padres en BSFT disminuyen sign. su consumo.  <b>Consumo adolescentes:</b> BSFT fue más eficaz para reducir el consumo de los adolescentes cuyos padres consumían drogas.  <b>Func. Fam.:</b> No hay dif. sign. entre ttos. para las trayectorias de Func. Fam.	2, 4, 12 y 18 meses.	15

							pero la MDFT muestra una disminución sign. mayor.		
8	(Murnan et al., 2018) USA	ECA	N= 68  Edad: 33.8  Sexo: femenino: 100%	EBFT (n=49)	PE (n=19)	- Uso de sustancias (Form-90) - Motivación para el cambio (SOCRATES) - Síntomas depresivos (BDI-II) - Áreas de cambio madre-hijo (ACQ)	<b>Consumo:</b> reduce de manera más rápida y severa.	3, 6, 12 y 18 meses.	12
9	(O'Farrell et al., 2010) USA	EP	N= 29  Edad: 29.1  Sexo: femenino: 44.83%	IBT + BFC (n=15)	IBT (n=14)	- Uso de sustancias (TLFB) - Consecuencias consumo (INDUC) - Relación (RHS)	<b>Consumo:</b> disminuyen los días de consumo y aumentan los días de abstinencia en el post-tto. y en el seguimiento (resultados sign. y t. efecto mediano-grande).	3 y 6 meses.	13
10	(Plant y Holland, 2018) USA	ECU	N= 1  Edad: 55  Sexo: masculino: 100%	FBT (n=1)	-	- Uso de sustancias (TLFB) - Confianza (SCQ)	<b>Consumo:</b> disminuye el consumo de metanfetaminas y alcohol.	Pre-post.	-

11	(Rigter et al., 2013) Europa	ECA	N= 450 Edad: 16.3 Sexo: femenino: 15%	MDFT (n=212)	PI (n=238)	-Uso de sustancias (TLFB y ADI)	<b>Consumo:</b> grupo de mayor gravedad de adicción, MDFT es más eficaz en la disminución del uso de sustancias.	3, 6, 9 y 12 meses.	15
12	(Robbins et al., 2011) USA	ECA	N= 481 Edad: 15.45 Sexo: femenino: 21.45%	BSFT (n=246)	TAU (n=235)	-Uso de sustancias (TLFB, DISC y orina) -Funcionamiento familiar (PPQ y FES)	<b>Consumo:</b> no dif. est. sign. entre ttos en post intervención, pero sí en a los 12 meses de seg. <b>Func. Fam.:</b> ambos ttos mejoran, pero BSFT más, aunque con tamaño efecto peq.	4, 8 y 12 meses.	17
13	(Rohde et al., 2014) USA	ECA	N= 140 Edad: 16.39 Sexo: femenino: 22%	FFT	CWD	- Uso de sustancias (TLFB) - Depresión (CDRS) - Tr estado de ánimo y consumo de sustancias (K-SADS-PL)	<b>Consumo:</b> FFT/CWD mejores resultados durante en el post-tto. En el seg., FFT/CWD y CWD/FFT no hay dif. est. sign.	10, 20, 46 y 72 semanas.	14
14	(Santis et al., 2013) Chile	EC-E	N= 138 Edad: 18.55 Sexo: femenino: 37.5%	SFOI (n=67)	OW (n=71)	-Uso de sustancias (ASI) -Salud general (GHQ-12) -Problemas de conducta (RBPC) -Funcionamiento Familiar (HIYF-Y)	<b>Consumo:</b> cambio positivo sign. mayor. <b>Problemas de comp.:</b> no dif. est. sign. entre ttos. <b>Func. Fam.:</b> empeora el nivel de	-	8

						y HIYF-P, FES, PPQ y IPPA)	conflicto informado por los padres.		
15	(Santisteban et al., 2011) USA con personas de habla hispana	ECA	N= 28	CIFFTA (n = 14)	TFT (n = 14)	-Uso de sustancias (TLFB) -Problemas de conducta (RBPC) -Prácticas de crianza (PPQ)	<b>Consumo:</b> mejoras sign. <b>Problemas de comp.:</b> no dif. est. sign. <b>Func. Fam.:</b> mejoras sign.	4 y 8 meses.	14
16	(Slesnick et al., 2013) USA	ECA	N= 179 Edad: 15.4 Sexo: femenino: 52.5%	EBFT (n=57)	CRA (n=61) EM (n=61)	-Uso de sustancias (CDISC, Form-90 y orina)	<b>Consumo:</b> reduce con el tiempo en todos los ttos: EBFT cambios más consistentes manteniendo reducciones a los 18 meses.	3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses.	14
17	(Slesnick y Zhang, 2016) USA	ECA	N= 183 Edad: 33.9 Sexo: femenino: 100%	EBFT (n=123)	PE (n=60)	- Uso de sustancias (Form-90) - Áreas de cambio madre-hijo (ACQ) - Motivación para el cambio (SOCRATES)	<b>Consumo:</b> todas las participantes disminuyen consumo a lo largo del tiempo, pero EBFT lo hace a un ritmo más rápido.	3, 6, 12 y 18 meses.	15
18	(Tossmann et al., 2012) Alemania	ECA	N= 120 Edad: 16.2	MDFT (n=59)	JUP (n=61)	-Uso de sustancias (TLFB, ADI y PEI)	<b>Consumo:</b> mejoras sign. <b>Problemas de comp.:</b> ambos ttos.	3, 6, 9 y 12 meses.	15

Sexo: femenino:  
17.5%

-Problemas de  
comportamiento  
(YSR y CBCL)

mejoran, pero no  
existe superioridad de  
la MDFT.

---

Nota. ECA = Ensayo Controlado Aleatorizado; EC-E= Ensayo Cuasi-Experimental; ECU = Ensayo de Caso Único; EP = Ensayo Piloto; Tto. = Tratamiento; GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Control; MDFT = Terapia Familiar Multidimensional; BSFT = Terapia Familiar Estratégica Breve; EBFT = Terapia Familiar Basada en la Ecología; FBT = Terapia Familiar Conductual; MFT-RT = Terapia Multifamiliar con Equipo Reflexivo; FFT = Terapia Familiar Funcional; CIFTA = Tratamiento Familiar Flexible y Culturalmente Informado para Adolescentes; TFT = Terapia Familiar Tradicional; IBT = Tratamiento basado en el individuo; BFC = Consejería Conductual Familiar; SFOI = Intervención sistémica de acercamiento a la familia (basada en la BSFT); JUP = Psicoterapia Juvenil; RT = Tratamiento Residencial; TCC = Terapia Cognitivo-Conductual; EM = Entrevista Motivacional; TAU = Tratamiento Habitual; PE = Psicoeducación; AGT = Terapia de grupo para adolescentes; PI = Psicoterapia individual; CWD = Curso de afrontamiento de la depresión en adolescentes; CRA = Enfoque de Refuerzo Comunitario; OW = Intervención de proximidad; TLFB = Timeline Follow-Back Method; PEI = The Personal Experience Inventory; PIC = Personal Involvement with Chemicals, scale of PEI; YSR = Youth Self-Report (Externalizing and Internalizing subscales); NYS = National Youth Survey (Self Report Delinquency Scale SRD); SGD = General Delinquency Scale; SÓCRATES = Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; ACQ = Areas of Change Questionnaire; SCQ= Situational Confidence Questionnaire; ADI = Adolescent Diagnostic Interview; DISC = Diagnostic Interview Schedule for Children; FES = Family Environment Scale (Conflict and Cohesion subscales); ASI = Addiction Severity Index; SCL-90 R. = Symptom Check List 90-Reform; FACES III = Family Adaptation and Cohesion Scales; CDRS = Children's Depression Rating Scale-Revised; K-SADS-PL = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Life Version; PPQ = Parenting Practices Questionnaire; Form-90 = Form-90 Substance Use Interview; INDUC = Inventory of Drug Use Consequences; RHS = Relationship Happiness Scale; GHQ-12 = Goldberg's General Health Questionnaire; RBPC = Revised Behavior Problems Checklist; HYIF = How-Is-Your-Family Brief Questionnaire; IPPA = Inventory of Parent and Peer Attachment; BDI-II = Beck Depression Inventory II; PCS = Personal Consequences Scale; APQ = Alabama Parenting Questionnaire; TSR = Treatment Services Review; CBCL = Child Behavior Checklist; ASR = Adult Self-Report (Externalizing subscale); DISC-SA = Diagnostic Interview Schedule for Children, Substance Abuse/Dependence; DISC-PS = Diagnostic Interview Schedule for Children-Predictive Scales.

**Tabla 2***Características de calidad metodológica de los estudios incluidos (N = 17).*

<b>Atributos metodológicos</b>	<b>% (N)</b>	<b><math>\kappa</math> Cohen</b>
Diseño del estudio		1.000
Ensayo controlado aleatorizado		
Estudio cuasi-experimental	88.2% (15)	
Estudio piloto	5.9% (1)	
	5.9% (1)	
Control de calidad: Tratamiento estandarizado mediante manual, formación específica, codificación de contenidos, etc.	100% (17)	1.00
Tasa de seguimiento		1.00
85%-100% de seguimiento completo		
70%-84,9% de seguimientos completos	76.5% (13)	
< 70% de seguimientos completos o seguimiento más largo es menor de 3 meses	5.9% (1)	
	17.6% (3)	
Duración del seguimiento		1.00
12 meses o más		
6-11 meses	76.5% (13)	
Menos de 6 meses o sin especificar	11.85% (2)	
	11.85% (2)	
Contacto: Contacto personal o telefónico durante al menos el 70% de los seguimientos completados	70.6% (12)	0.74
Colaterales: Colaterales entrevistados en > 50% de los casos	58.8% (10)	0.43
Objetivo: Verificación objetiva (registros, suero, aliento) en > 50% de los casos	100% (17)	1.00
Abandono: Casos que abandonaron el tratamiento después de la aleatorización o de la asignación del tratamiento	100% (17)	1.00
Desgaste: Se aplica a los casos perdidos durante el seguimiento tras la finalización del tratamiento	88.2% (15)	0.46
Independientes: Seguimiento realizado por entrevistadores independientes ciegos al grupo	53% (9)	0.77
Análisis: Análisis estadístico aceptable de las diferencias de grupo	100% (17)	1.00
Multisitio: Repetición paralela en dos o más centros con equipos de investigación separados	17.6% (3)	1.00


**\*Nota:** Al estudio 10 no se le ha administrado el MQRS puesto que esta escala no es apta para estudios de caso único.



ES EN

# Psychosocial Intervention

ISSN: 1132-0559



HOME | CURRENT ISSUE | AHEAD OF PRINT | ALL ISSUES | ABOUT THIS JOURNAL | AUTHORS | EDITORIAL BOARD | MOST OFTEN READ

## AUTHORS

---

### Submission Guidelines

- Submit manuscripts to: <https://www.editorialmanager.com/pi>
- The Journal has a policy of anonymous external review. Manuscripts should not contain clues to the authors' identity.
- Submissions are prescreened for suitability. Papers should comply with manuscript preparation guidelines, and fall within the scope of the Journal.
- Psychosocial Intervention aims to publish high quality and internationally significant manuscripts and, therefore, manuscripts should be written in English.
- Articles are accepted on the understanding that they contributed solely to this Journal.
- Obtaining permission to reproduce copyrighted material is the authors' responsibility.
- Authors must sign a copyright agreement prior to publication.
- Authors submitting a manuscript do so on the understanding that the work has not been published before.
- Authors should not submit manuscripts simultaneously to multiple journals.
- For inquiries please contact the Journal at: [publicacionescopm@cop.es](mailto:publicacionescopm@cop.es)

## Manuscript Preparation

- The Journal follows the guidelines of the Publication Manual of the American Psychological Association, 7th Edition. Authors must also verify compliance with APA ethical standards, and guidelines for reporting research results. Authors are also responsible for disclosing potential conflicts of interest.
- Manuscripts should be prepared using Microsoft Word, 12 point Times New Roman font, and one-inch margins (2.5 cm.).
- All parts of the manuscript, including abstract, text, headings, references and tables should be typed doubled-spaced.
- Authors should include a short title, their name, affiliation, mailing address, and email address, on a separate title page.
- Each manuscript should include an abstract of no more than 200 words, and 3-5 keywords.
- Tables and figures should be numbered, and their location should be indicated in the text. They should appear together at the end of the file in separate pages. Tables and figures should be kept to a minimum. References should also follow APA style.
- Authors willing to submit to Psychosocial Intervention who are not native English speakers should ensure that the English language in their manuscript meets a high-quality standard to be properly understood and assessed by international reviewers.
- Articles should not include footnotes. A brief note with acknowledgments may be placed at the bottom of the title page.
- Authors will receive proofs of their articles and will be asked to send their corrections within 72 hours of receipt. Authors will receive a complimentary copy of the Journal and access to a pdf of their article after publication.
- Authors are not charged any fees or charges for manuscript processing and/ or publishing in the Journal.

### Online Submission

Use this link to submit an article to Psychosocial Intervention

[>Submit an article online](#)



**MOST OFTEN READ**

