

# Índice

1.-	INTRODUCCIÓN	3
2.-	METODOLOGÍA COMPARTIDA	5
	Fase 1 Contacto y Acogida	5
	Fase 2 Diagnóstico y Detección de necesidades	6
	Fase 3 Marcación de Objetivos	7
	Fase 4 Intervención	7
	Fase 5 Seguimiento	10
	Fase 6 Evaluación	11
	Fase 7 Fin del tratamiento	11

© De esta edición de 1000 Ejemplares

**UNAD**

C/ San Bernardo 97-99 Edificio Colomina, 2º A

28015 MADRID

Telf. 902 313 314

[www.unad.org](http://www.unad.org)

**UNAD. Coordinación y Edición como obra Colectiva**

**Autores**

Jesús Martín Pozas (UNAD), Carmen Benítez Méndez (UNAD),  
Yolanda Valero Valdés (FERMAD), Yanira Rodríguez Sánchez.

(Federación ENLACE); Lourdes Iglesias Sequedo, Gregorio  
Bartolomé Delgado y Begoña Hermosel Muñoz .(Proyecto Vida -  
Badajoz) José Luis Rabadán y Eva Álvarez ( ARAD- Logroño).

**Coordinación**

Jesús Martín Pozas (UNAD) y Carmen Benítez Méndez (UNAD).

Profesionales que también forman parte del grupo de trabajo de  
familias y a los que agradecemos su implicación desinteresada  
tanto en este texto como en el grupo de familias.

1ª edición: diciembre 2006.

**Entidad financiadora.**

Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Diseño, maquetación y producción gráfica:** Servigrafía

**Déposito legal:** M - 48872 - 2006

# 1.- Introducción

El grupo de trabajo de Familias de UNAD, está constituido por profesionales de diversas entidades socias que aunque mantienen unos criterios comunes, les identifica las propias formas de intervenir bien por las características de su entidad bien por la corriente psicológica de intervención seguida.

Este documento pretende ser un texto sencillo, que sirva para impulsar el trabajo con las familias favoreciendo a partir del mismo la reflexión y la participación de las entidades de UNAD en este ámbito. Se presenta un modelo metodológico basado en unas pautas mínimas comunes en la intervención.

Lo aquí expuesto parte de una serie de conocimientos y propuestas de cuatro entidades que en la actualidad trabajan en el grupo de familias de UNAD, que son la Federación Madrileña de Asociaciones para la Asistencia al Drogodependiente y a sus Familias (FERMAD), Asociación Riojana de Ayuda al Drogadicto (ARAD), Proyecto Vida de Badajoz y Federación Andaluza de drogodependencias y Sida ENLACE de Sevilla, entidades con filosofías algo distintas y con el deseo de trabajar en el área de familias y darle un impulso. El documento se ha enriquecido con las devoluciones y aportaciones de todas aquellas entidades socias de UNAD relacionadas con el ámbito que han querido compartir sus intervenciones en este texto (entre ellos destacar la participación de Calidad de Vida de Canarias y la Fundación Cruz Blanca de Huesca)

El programa metodológico aquí presentado partiría de dos objetivos claramente diferenciados, aunque no excluyentes.: Por un lado, entidades que basan su intervención en la mejora de la calidad de la familia, al margen de cómo se encuentre la persona consumidora de drogas. Por otro lado, entidades que trabajan con familias de personas que están en

tratamiento y las intervenciones familiares aunque persiguen la mejora de calidad de vida de la familia, lo hacen en paralelo a la recuperación del paciente.

Vamos a proponer una serie de pasos para describir la metodología, pasos en los que se enmarcarían tanto familias preocupadas por la situación de sus hijos sin que éstos estén en tratamiento (sospechas, inicios de consumo, consumos activos sin querer abandonarlo) como familias con usuario/a en tratamiento en alguno de los programas.

La metodología será distinta en cada caso, pero siempre deberá estar enmarcada en una intervención activa dentro del entorno familiar, respetando en todo momento el ritmo y la intimidad de la propia familia, promoviendo su participación en la planificación y desarrollo de las actuaciones a poner en marcha.

## 4

---

# Propuestas Metodológicas

para la intervención con familias con problemas relacionados con las drogas

## 2.- Metodología compartida

### Fase 1. Contacto Acogida

Entendemos por contacto, el momento en el cual la familia entra en relación con la entidad. Este primer contacto puede ser tanto telefónico cómo presencial, y para realizar ambos se debe estar formado en técnicas de escucha, reducción de ansiedad y filtro de información.

Aunque hablamos de contacto en singular, estos pueden ser: los telefónicos -hasta que se deciden a dar el paso de presentarse personalmente- y los presenciales debido a que los objetivos pueden que no se consigan en una sola cita.

Conviene resaltar la importancia que tiene la acogida, pues dependiendo de la calidad de la misma, nos será más o menos fácil continuar con la intervención. En este momento debemos transmitir a la persona que contacta nuestro respeto y colaboración en todo el proceso de mejora de su situación, independientemente de las dificultades que presente.

Los cometidos de esta fase serían:

- ◆ **Contención Emocional:** Debido al alto nivel de angustia producido por la falta de información, las sospechas, el no poder hablar libremente del tema, etc. En este primer contacto no resulta muy complicado, en la mayoría de los casos este descenso se consigue simplemente cuando la familia se da cuenta que ha encontrado un sitio donde puede hablar de algo que le preocupa y donde no hay juicios.
- ◆ **Escucha:** La persona demandante debe ser consciente de ella, y nosotros se lo transmitimos a través del feedback. Antes de finalizar resulta apropiado realizar un resumen de la información.

- ◆ **Recogida de Información:** Debe realizarse de una manera sutil, la persona demandante no debe sentirse intimidada ni interrogada. La mayoría de los datos van apareciendo a lo largo de la entrevista, siendo pocas veces las que hay que hacer una pregunta directa sobre los mismos.
- ◆ **Encuadre y Compromiso:** Se devolverá la información familiar y de su situación recogida, para asegurarnos de su veracidad. Se les informará de los servicios y programas que presta nuestra Asociación, así como de las normas de funcionamiento del servicios. Igualmente se les informará de sus responsabilidades familiares y se expondrá el Contrato Terapéutico. Se trataría de acordar los compromisos que ambas partes van a asumir en el proceso de la intervención.
- ◆ **Derivación:** Dependiendo del perfil, en ocasiones resulta necesario derivar a servicios externos de la asociación, en estos casos además de dar la información a la familia es adecuado realizar un informe de derivación y un pequeño seguimiento del caso para saber si la familia está acudiendo, o incluso derivar a otro recurso mas adecuado para la familia.

Nota: en el caso de familias derivadas de otro servicio, sería apropiado solicitar un informe de derivación para evitarles comenzar de cero.

## Fase 2. Diagnóstico y Detección de Necesidades

Cada entidad, basándose en una corriente terapéutica particular (sistémica, cognitivo-conductual, gestalt, psicoanálisis u otros) llevaría a cabo un diagnóstico de la familia, basándose en las herramientas propias del modelo terapéutico seguido.

De carácter general se recogerá –con la información obtenida en fases previas- genograma, tipología familiar, relaciones entre los miembros, los problemas y cómo los han resuelto, para así poder afrontar la demanda actual y cubrir tanto las necesidades familiares como de cada uno de los miembros.

### Fase 3. Marcación de objetivos

Aunque en nuestro diagnóstico tengamos claros los objetivos a largo plazo, resulta recomendable comenzar a trabajar con los a corto plazo; llegando con la familia a acuerdos sobre estos y como se van a elaborar.

Esto es así, porque la problemática de las drogodependencias despierta urgencia e inmediatez en los familiares –y la realidad es diferente-. Si se ponen grandes objetivos (lo que va a provocar grandes cambios) muchas familias se perciben incapaces de realizarlos, por lo que a la angustia inicial se suma la frustración. En cambio si estos objetivos son a corto plazo y se dan cuenta que los pueden ir consiguiendo, esto les irá reforzando y les ayudará a conseguir objetivos más complicados.

A lo largo de la intervención, los objetivos se tienen que ir revisando, tanto en su consecución como en las dificultades o los impedimentos propios de la familia para afrontarlos.

### Fase 4. De intervención

La intervención se realizará sobre las personas de la familia que acudan a cita. En el resto de la familia si no puede o no quiere asistir, se realizará un trabajo indirecto a través de los primeros. Todas las intervenciones comenzarán de forma individual y tras un mínimo de sesiones pasarán a grupo o no –en función de la valoración del equipo de profesionales-.

La coordinación con otros recursos, que también estén interviniendo de alguna manera con la familia, es fundamental en la intervención, pues nos permite llevar a cabo un trabajo más rico y consolidado, que en definitiva beneficiará a la familia con la que estemos trabajando.

El formato de intervención puede ser variado y diverso. Podemos destacar:

- Intervención individual

Conviene hacer un mínimo de sesiones individuales en las que se irá investigando el funcionamiento familiar y preparándolas para comenzar el grupo, en el caso de ser necesario. Se irán introduciendo pequeñas pautas que puedan ir consiguiendo para reforzar su esfuerzo.

Las principales metas a conseguir serán la detección de conductas familiares que faciliten el consumo, la generación de alternativas que lo eviten, así como la implantación de habilidades que permitan el manejo de diferentes situaciones.

Si la familia va a ser derivada a grupo, se procurará tener trabajado ya la angustia familiar, el sentimiento de culpabilidad y percepción real de la situación; así como la aceptación de hablar en público de ello.

En el caso de que no puedan trabajar en grupo, el resto de trabajo se hará en sesiones individuales, buscando la normalización de la vida familiar y de cada uno de sus miembros.

- Intervención grupal

Entendemos los grupos como un espacio donde se puede hablar libremente de la situación, pero al igual

que en el espacio familiar, en este rigen unas normas (horarios, turnos de palabra, educación,...); son cerrados y no son indefinidos, tienen marcados la fecha de inicio y fin. Todo esto será expuesto el primer día por el profesional que lo lidere.

Además de los objetivos individuales de cada familia, se marcarán unos objetivos específicos para el grupo.

También se puede dar el caso de grupos heterogéneos, (de diferentes características en cuanto a edad y parentesco) si bien tienden a diferir en el momento del proceso terapéutico en el que se encuentra el familiar drogodependiente aunque la inclusión en uno y otro grupo depende en todo momento de la evaluación de necesidades que se haga de la familia.

Independientemente de la etapa del proceso en la que se encuentre el paciente, los familiares deben contar con unas herramientas útiles. Estas herramientas se deberán revisar en las distintas sesiones, fomentando su utilización e incorporando las nuevas estrategias con las que no contaba la familia:

- X Conocimiento sobre las sustancias y sus efectos
- X Valoración de la espera, todo no se resuelve en dos minutos.
- X Evitar generalizaciones de bueno – malo. Mostrarle su afecto por lo que él es, independientemente de lo que haga.
- X Favorecer el acercamiento a la persona diferenciando su conducta de la persona.
- X Evitar acosarle con preguntas que no sirven para resolver el problema
- X Implantación de normas familiares (específicas, coherentes y razonables) y sus consecuencias

- X Antes de transmitir las normas es importante llegar a un acuerdo sobre ellas, para llegado el momento mantenerse firmes y en la misma línea ante los hijos. Atentos a las posibles contradicciones.
- X Distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, dependiendo del rol, edad, etc. No asunción de responsabilidades de otros.
- X Asumir las consecuencias de las decisiones tomadas.
- X Comunicación: Asegurándose que lo que se transmite es entendido por la persona.

Nota: En el caso en que la persona consumidora esté en tratamiento o en contacto con algún otro profesional, lo ideal es llegar a un punto de coordinación entre ambos para marcar metas y caminos comunes.

En el caso en que esto no sea posible, se seguirá trabajando con los objetivos propios, pero sin inmiscuirse en el trabajo o el área del otro profesional. Lo mismo ocurre cuando la familia esté en contacto con otra institución o profesional (servicios sociales, salud mental, etc...).

## Fase 5. Seguimiento

Una vez realizada la intervención, individualmente o en grupo, los contactos no se interrumpen de un día para otro. Lo ideal es que las citas se vayan alargando para ver los progresos y el mantenimiento.

Si la intervención ha sido individual, el seguimiento también lo será. En el caso es que haya sido grupal, los primeros seguimientos también lo serán y luego será individual.

Esta fase consiste en comprobar que los objetivos realmente han sido conseguidos y mantenidos, así como las dificultades que se están encontrando para mantenerlos. Por tanto es el momento de modificar los objetivos dependiendo de cómo se valore el proceso.

## Fase 6. Evaluación

Por un lado se realizará una evaluación de proceso para conocer el funcionamiento real del programa, y por otro lado una evaluación de resultados para conocer la eficacia del mismo.

En la evaluación es muy importante contar con la participación de la propia familia, para no correr el riesgo de caer en valoraciones sesgadas por nuestro punto de vista.

Es importante a la hora de hacer una evaluación que se tenga en cuenta la mejora continua, ajustando o modificando los resultados de la misma –si procede- a intervenciones futuras.

## Fase 7. Fin del tratamiento

- Alta  
Consideramos un alta cuando la familia obtiene una calidad de vida aceptable, con objetivos, intereses y actividades propias (como familia) y de cada miembro que la compone (hayan resuelto o no el problema de drogodependencias), así como el ser capaces de enfrentarse por si solos a la resolución de posibles situaciones futuras.-
  
- Abandono  
El abandono se produce cuando la familia deja de acudir a las citas (avisando o no), por diversas razones, tales como:
  - expectativas no realistas de la intervención (normalmente en tiempos)
  - no aceptación del profesional
  - no están preparados todavía para el cambio
  - incompatibilidad de horarios

- persona consumidora inicia tratamiento y la familia entiende que ella no necesita nada
- persona consumidora abandona tratamiento y la familia tira la toalla
- familia que solo quiere intervención en momentos de crisis.

En estas situaciones conviene conocer el motivo de abandono y hacerlo constar para futuras ocasiones.

- Suspensión del tratamiento

Se daría en los casos en que el equipo de intervención decida suspender las intervenciones con el usuario por no valorar el aprovechamiento del mismo.

Nota: También nos encontramos modelos de intervención, en los que está claro cuando se comienza, aunque no tanto cuándo se finaliza. Estos son los casos en los que la intervención se entiende como un proceso de acompañamiento a la familia, independientemente de que uno/s de sus miembros haya abandonado el consumo o siga consumiendo. Este es un tipo de intervención que consiste en hacer de mediadores con otros recursos, de acercamiento de la familia a otras estructuras y/o entidades públicas o privadas del barrio, pueblo o zona, de asesoramiento en relación a gestiones..., con el fin de evitar el aislamiento social y/o la exclusión.