



**Incorporando un plan de Vida Saludable en la Terapia Familiar Conductual:
Ejemplificando un Caso Clínico de una Mujer con historial de Violencia Doméstica,
Negligencia Infantil, Abuso de Drogas y Obesidad**

**Incorporating a Healthy Living Curriculum within Family Behavior Therapy:
A Clinical Case Example in a Woman with a History of Domestic Violence, Child
Neglect, Drug Abuse, and Obesity**

Holly B. LaPota, Ph.D., University of Las Vegas, Nevada

Brad Donohue, Ph.D., University of Las Vegas, Nevada

Cortney S. Warren, Ph.D., University of Las Vegas, Nevada

Arianna Gonzalez-Bueno, B.A., University of Las Vegas, Nevada

Daniel N. Allen, Ph.D., University of Las Vegas, Nevada

Humberto Emilio Aguilera Arévalo, Ph.D., Masaryk University

Nota sobre los autores

Esta investigación fue financiada/realizada con la ayuda y revisión de Elena Gandia.

Remita cualquier duda sobre este artículo al siguiente domicilio: 4505 Maryland Pkwy Box 455030, Las Vegas, Nevada 89154-5030. Teléfono: (702) 895-0181
Correo electrónico: gonza997@unlv.nevada.edu

Autorización de traducción del trabajo original
<https://s100.copyright.com/CustomerAdmin/FC.jsp?ref=be275925-4b81-48c7-9ef2-6a197d531deb&pName=Springer>

*Recibido: 18/3/2013
Aceptado: 12/4/2014*

Resumen

Las mujeres reportadas a las agencias de servicios de protección infantil, con frecuencia presentan problemas que interfieren con la salud y el bienestar de ellas y de sus hijos. Los programas de intervención conductual parecen ser eficaces en el manejo de problemas coexistentes como: la violencia doméstica y el abuso de drogas. Sin embargo, los tratamientos cuya eficacia ya ha sido demostrada en ocasiones anteriores, rara vez se han puesto en práctica en casos clínicos complicados, sobre todo en los centros de asistencia a menores. Por lo tanto, en este caso clínico, se describe el proceso de adaptación de un tratamiento eficaz para ayudar a controlar los problemas coexistentes de salud de una mujer acusada de negligencia infantil y abuso de drogas. Al finalizar el tratamiento, la participante informó sobre la mejoría en sus relaciones familiares, sobre su consumo de drogas y la negligencia infantil; aunque otros resultados relacionados con su salud no quedaron completamente claros. Gran parte de las mejorías se mantuvieron hasta 4 meses después de haber concluido el tratamiento. Antes de implementar cada fase del tratamiento, discutimos los contextos de la comunidad, aumentando así la probabilidad de obtener resultados positivos y respetando la integridad y el ajuste del tratamiento estándar para evitar que se presenten problemas en un futuro.

Esta investigación se financió gracias a una subvención del Instituto Nacional de Drogodependencia (1R01DA020548-01A1) otorgada a Brad Donohue. Los autores desean agradecer a Sally K. Miller, PhD, APN, FAANP y Profesora Asociada de la Escuela de Enfermería de La Universidad de Nevada Las Vegas, por el examen físico inicial que se llevó a cabo en el domicilio de la participante de este proyecto.

Palabras clave: Negligencia infantil. Abuso de drogas. Obesidad. Terapia familiar de comportamiento.

Abstract

Women reported to child protective service agencies frequently report problems that significantly interfere with the health and well-being of their children and themselves. Behavioral treatment programs appear to be effective in managing these co-existing problems, such as domestic violence and substance abuse. However, evidence-supported interventions are rarely exemplified in complicated clinical cases, especially within child welfare settings. Therefore, in this case example, we describe the process of adapting an evidence-supported treatment to assist in managing significant co-existing health-related problems in a mother who was referred due to child neglect and drug abuse. At the conclusion of therapy, the participant reported improvements in perceived family relationships, illicit drug use, child maltreatment potential, whereas other health-related outcomes were mixed. Most improvements were maintained at 4-month follow-up. Issues relevant to implementing evidence-based treatments within community contexts are discussed, including methods of increasing the likelihood of valid outcome assessment, managing treatment integrity, and adjusting standardized treatments to accommodate co-occurring problems. This research was supported by a grant from the National Institute on Drug Abuse (1R01DA020548-01A1) awarded to Brad Donohue. The authors wish to thank Sally K. Miller, PhD, APN, FAANP and Associate Professor, UNLV School of Nursing for her work in completing the initial in-home health evaluation/physical for the current project.

Keywords: Child Neglect . Substance Abuse . Obesity. Family Behavior Therapy

Introducción

La obesidad es un problema que va en aumento en Estados Unidos. De hecho, la mayoría de los adultos mantienen un estilo de vida sedentario (Bassett et al. 2004; Fung et al. 2000) y, aproximadamente sólo un tercio de los adultos, tiene una masa corporal saludable (Hedley et al. 2004). Esto es particularmente problemático porque la conducta sedentaria agrava los problemas relativos a la salud, incluyendo un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, un aumento de la tensión arterial y un mayor riesgo de sufrir lesiones como esguinces, fracturas y dislocaciones (Finkelstein et al 2007;. Jessup et al 1998;. Miller et al., 1997).

Las personas diagnosticadas con algún trastorno relacionado con el consumo de sustancias, así como las víctimas de negligencia infantil se encuentran en mayor riesgo de padecer de obesidad. Éste y otros problemas se presentan a la vez. (Ammerman et al. 1999; Locke and Newcomb 2003). Por ejemplo, los niños víctimas de maltrato tienen 10 veces más probabilidades de ser obesos que los que no son maltratados (Lissau and Sorensen 1994) y el incremento de la gravedad del maltrato infantil se asocia con un mayor riesgo de padecer de obesidad en la edad adulta (Williamson et al. 2002). Por otra parte, el maltrato infantil se asocia con mayores tasas de trastornos alimenticios en la edad adulta, que empuja a estas personas a buscar ayuda (Allison et al. 2007). Los individuos que buscan tratamiento para sus trastornos relacionados con el consumo de sustancias también tienen una mayor incidencia de padecer de trastornos alimenticios que los que no lo hacen (Pisetsky et al. 2008); y si el paciente deja de consumir estas sustancias a menudo la recuperación se complica debido a que el paciente aumenta de peso. Por ejemplo, se ha encontrado que hombres; durante el proceso de recuperación,

aumentan entre 14 y 45 libras llegando hasta las 80 libras durante los primeros 36 meses de recuperación (Cowan y Devine 2008). Por estos motivos, los especialistas que se encargan de casos de negligencia infantil y abuso de sustancias deben estar preparados para prevenir que sus pacientes aumenten tanto de peso.

Debido al gran riesgo de padecer de obesidad y al estilo de vida poco saludable y sedentario de las familias afectadas por el consumo de sustancias y negligencia infantil, los tratamientos han incorporado un enfoque más amplio de los factores que inciden en la familia con el fin de mejorar la salud de los afectados (Weinstock et al. 2008). Sin embargo, los efectos de los tratamientos en casos de negligencia infantil, abuso de drogas, y obesidad aún deben ser examinados. La Terapia Familiar Conductual (TFC) es un tratamiento establecido para tratar el abuso de sustancias en ensayos clínicos controlados (Azrin et al, 1996, 1994a, 2001, 1994b) el cual ha demostrado tener cierto éxito en el tratamiento de la negligencia infantil (Donohue et al 2010; Romero y al. 2010a, b). La TFC incorpora algunos de los componentes utilizados en intervenciones exitosas en la prevención de la obesidad, por ejemplo: planificar objetivos, manejo de contingencias, control de estímulos, y el autocontrol; Eakin et al 2007; Epstein et al 2004; Munsch et al. 2008). Sin embargo, esta intervención aún no tiene como uno de sus objetivos primordiales mantener un estilo de vida saludable. Por lo tanto, el propósito de este estudio fue desarrollar y demostrar la viabilidad de un plan de vida saludable dentro de una TFC, con el objetivo de mejorar los problemas causados por la negligencia infantil y el abuso de sustancias.

La participante muestra un considerable aumento de peso debido al consumo de sustancias, violencia doméstica, conflictos familiares y dependencia de hombres.

Métodos

Participante

Marta, una madre hispana de 35 años de edad, vivía con sus seis hijos (de entre 4 meses y 16 años de edad), el hermano de Marta, su esposa y su hijo recién nacido. El Departamento de Servicios Sociales (DSS) remitió a Marta a nuestra institución, en donde se brinda tratamiento a este tipo de problemáticas, tras dar positivo por anfetaminas durante el nacimiento de su último hijo.

Problemas presentados

Marta y sus hijos fueron víctimas de violencia doméstica perpetrada por el novio de Marta. La policía reportó un incidente en particular después de que el agresor presuntamente intentara golpear a Marta con un bate de béisbol mientras ella estaba embarazada. Posteriormente, Marta dio a luz a un bebé prematuro que dio positivo a metanfetaminas. Cuando los trabajadores del Servicio de Protección de Menores investigaron estos hechos, Marta y su novio negaron haber consumido drogas. Su novio recibió una orden de alejamiento y fue obligado a asistir a un curso sobre violencia doméstica. Marta reportó que ella tenía conflictos con miembros de su familia y que sus hijas adolescentes faltaban a la escuela y agredían a otros niños. Marta estaba acusada de tres casos de negligencia infantil por no supervisar correctamente a sus hijos y por sus ausencias escolares. Debido a estos problemas, a Marta se le recomendó seguir un tratamiento.

Conceptualización del caso

Marta presenta un historial crónico de estrés, incluyendo: carencia de apoyo familiar, violencia doméstica y el suicidio de su hermano menor. Ella informó que

dependía de los hombres y que carecía de carácter. Por lo tanto, el consumir metanfetaminas era percibido por ella como algo que la reforzaba negativamente (insensibilizando los sentimientos asociados con el estrés) y, a su vez, algo que la reforza positivamente (brindándole una mayor confianza para enfrentarse a su marido; así como la energía necesaria para interactuar con sus hijos). El uso de metanfetaminas también la reforzaba negativamente ya que a consecuencia de la interrupción del uso de metanfetaminas, ella informó de un considerable aumento de peso. El efecto de las metanfetaminas también nubló su juicio y aumentó su irritabilidad, lo que a su vez, fue la causa de negligencia infantil, de las discusiones familiares y de la falta de interés en el empleo. A Marta le diagnosticaron Abuso de Anfetaminas (DSM-IV TR 305,70; Primero 2000) después de evaluar sus respuestas a una entrevista clínica estructural y información colectada por su trabajador social del Departamento de Servicios Familiares (DSS).

Valoración

Unos técnicos especialistas, que no conocían los detalles de este estudio, le realizaron a la participante una batería de test y otras pruebas, una semana antes del tratamiento, cuatro y seis meses después de haber terminado el tratamiento. Los instrumentos de evaluación utilizados se describen en Allen et al. (2009) e incluye instrumentos para evaluar: negligencia infantil (Child Abuse Potential Inventory, CAPI, Milner 1986), los conflictos y la cohesión familiar (Family Environment Scale, FES, Moos y Moos, 1984), los trastornos mentales (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR, SCID-IV, Spitzer et al. 1992), la seguridad en el hogar (Home Safety and Beautification Tour, HSBT, Donohue y Van Hasselt 1999), la calidad de vida (Life Satisfaction Scale-Revised, LSS-. R, Donohue et al 2003) y el consumo de drogas (Time-

line Follow-Back Interview, TLFB, Sobell et al 1986;. enzyme immunoassay urinalysis testing).

Una vez al mes, durante los seis meses que duró el tratamiento, se le administraba a Marta una pequeña evaluación que incluía: una medida de la masa corporal (Omron Electronic BIA), la mencionada LSS-R, el peso de la participante (libras) y la altura. Marta calificó la utilidad de la intervención como: (1 = nada beneficioso, 7 = extremadamente beneficioso). El terapeuta calificó a Marta como: (1 = muy obediente, 7 = extremadamente útil).

Tratamiento

El tratamiento de la participante consistió en varias intervenciones que se le administraron sucesivamente y de forma acumulativa, tomando en cuenta sus preferencias y el análisis del terapeuta sobre las necesidades de la familia. Una vez que la participante fue aprendiendo las habilidades necesarias para lograr adquirir las conductas deseadas, en donde había una participación mínima del terapeuta, estas fueron cada vez menos evaluadas.

A continuación, se presenta una breve descripción de los componentes de seguimiento de la TFC (Para una descripción más detallada, ver Donohue et al., 2009).

Terapia Familiar Conductual

Metas conductuales. Las metas conductuales se dirigen expresamente a modificar la conducta que origina el consumo de drogas, la negligencia infantil y el riesgo de contraer VIH. Una vez personalizados los objetivos, son escritos dentro de un contrato psicoterapéutico que permite el monitoreo y de cómo se va a recompensar semanalmente a la paciente.

Control de estímulos. Las técnicas del control de los estímulos ayudan a la paciente a identificar, controlar y eliminar los estímulos que aumentan la probabilidad de que se presente consumo de drogas, negligencia infantil y contagio de VIH (estímulos de riesgo), y aumentando el tiempo que se pasa con estímulos que disminuyen la probabilidad de que se presente consumo de drogas, negligencia infantil y contagio de VIH (estímulos seguros).

Auto-control. Enseña a los miembros de la familia a reconocer los primeros desencadenantes del consumo de drogas, de las conductas de riesgo y de la negligencia infantil. Además, engancha a la paciente a una serie de conductas que aumentan la probabilidad de que haya una conducta prosocial, como la relajación, y la resolución de problemas imaginando los logros de la conducta prosocial y las recompensas que conllevan.

Necesidades básicas. El folleto titulado *The Assurance of Basic Necessities and Safety (Garantizando sus necesidades básicas y su seguridad)* se utiliza para instruir a que los miembros de la familia a revisen su hogar de potenciales peligros y para estar prevenido en posibles situaciones de emergencia.

Habilidades de comunicación.

***I've got a great family (Tengo una gran familia)*.** Ayuda a la familia a reconocer los aspectos positivos de cada miembro invitándolos a enumerar las cosas que aman, admiran o respetan de los demás.

Peticiones positivas. Diseñado para aumentar el número de intercambios positivos entre los miembros de la familia enseñándoles las adecuadas habilidades conductuales que facilitan una comunicación efectiva.

Control conductual. Los terapeutas enseñan a sus clientes a identificar una serie de comportamientos que pueden llevar a cabo cuando estén molestos por las acciones de otras personas, incluyendo la temprana identificación de lo que le causa enojo, métodos de relajación, la descripción del problema evitando incluir detalles emocionales, y culpando a la situación en vez de a la persona envuelta en el problema. Además, se les indica cómo el propio paciente ha contribuido a originar el problema.

Habilidades para controlar a los menores.

Catching my child being good (Cuando encuentro a mi hijo portándose bien). Se le enseña a los padres a ignorar los comportamientos no deseados de los niños y a reforzar los comportamientos deseados prestándoles atención, reforzándolos inmediatamente, dándoles elogios, refuerzos táctiles, hablándoles con un tono de voz agradable e indagando.

La práctica positiva. Cuando los niños se comportan de una manera no deseada debido a que se les enseñó de manera incorrecta o fue insuficiente, primero se les enseña a los pacientes a culpar a la situación por el mal comportamiento, y luego se les pide que les indiquen a los niños cual sería un comportamiento correcto para que ellos aprendan.

Capacitación para educar a los menores. Enseña a los padres a educar y a castigar a sus hijos.

Control financiero. Enseña a las familias a identificar los precursores de los déficits financieros, a priorizar el gasto y a obtener y gestionar nuevas fuentes de ingresos con el objetivo de equilibrar con éxito los ingresos y otros recursos de la familia.

Empleo. Ayuda a los clientes a solicitar y conseguir entrevistas de trabajo y les enseña cómo pasarlas con éxito.

Seguridad en el hogar. Un control estético y de seguridad se realiza en el hogar para asegurar que el mismo sea seguro y estimulante. Los terapeutas y familiares identifican los peligros, y establecen planes de seguridad para mejorar los posibles problemas.

Integrar un plan de vida saludable en la Terapia Familiar Conductual

Para disfrutar los beneficios que ofrece una dieta saludable y la actividad física, se revisaron los protocolos de la TFC y se incluyeron puntos correspondientes a un estilo de vida saludable, los cuales incluyen: comidas en familia, paseos familiares, deportes recreativos con la familia y comer todo tipo de alimentos. Se recorrió el hogar para determinar la presencia de alimentos saludables. Además, los módulos se concentraron en eliminar el estilo de vida poco saludable, incluyendo monitorear condiciones que anteceden a una conducta sedentaria, la elección de alimentos poco saludables y el uso del auto-control cuando sientan la necesidad de participar en esos comportamientos. Actividades familiares fueron programadas para mantener un estilo de vida activo y promover interacciones positivas dentro de la familia. El control financiero de la familia se modificó para incluir un presupuesto que previene el consumo de comida chatarra. Por último, los módulos de trabajo se modificaron con el propósito de añadir trabajos que promueven una vida activa.

Métodos para mejorar la asistencia y retención de los participantes

Se llevaron a cabo varios métodos para conseguir que la conclusión del tratamiento fuera exitoso. Semanalmente, la asistencia a las sesiones se reforzó con llamadas telefónicas semanales y durante estas llamadas, se revisaron las tareas de los pacientes y se aclararon sus preocupaciones. Además, los participantes obtuvieron un

teléfono celular pre pagado con minutos ilimitados como recompensa por su asistencia a las sesiones semanales y para asistir en asegurar la aplicación de la tele terapia antes mencionado.

Tratamiento y evaluación del progreso

La familia recibió 20 sesiones de tratamiento durante 6 meses. Cada sesión duró entre 90 y 120 minutos y se llevó a cabo una o dos veces por semana. Las sesiones estaban programadas en casa de Marta con al menos otro adulto (por ejemplo, la cuñada de Marta). Sin embargo, durante el tratamiento, los adultos que apoyaban a Marta se retiraron (participaron en solo tres sesiones). Con la excepción de su hija adolescente, los hijos de Marta usualmente estaban presentes en las sesiones del tratamiento. Todos los tratamientos fueron estandarizados y implementados en un formato estructural utilizando una lista de protocolos que muestra los pasos específicos de comportamiento necesarios para implementar cada componente de tratamiento.

Integridad del tratamiento

Un especialista conocedor del protocolo, que no estaba al tanto del tratamiento, supervisó al azar las grabaciones para determinar la presencia o ausencia del cumplimiento del protocolo en el tratamiento, mientras que el terapeuta, por su parte, revisó el cumplimiento del protocolo en todas las grabaciones. La integridad del protocolo se calculó dividiendo el número de pasos realizados del protocolo según el terapeuta entre el número de pasos posibles por cada terapia según el terapeuta. El terapeuta indicó que el 98% del protocolo se realizó durante el tratamiento. El reporte del especialista en el cumplimiento del protocolo mostró los mismos resultados que el

análisis del terapeuta ($r = 0,98$, $p < .01$). Por lo tanto, Marta recibió de forma fiable los componentes de la intervención.

Progreso del tratamiento

Respuesta a las intervenciones

Marta pudo reportar los antecedentes relacionados con la ineficiente educación a sus hijos y con su estilo de vida poco saludable (por ejemplo, la falta de rutina familiar y de dinero; la fatiga; la hija mayor con frecuencia escapaba de casa y no asistía a la escuela...). Marta actualizó y creó nuevas metas para mejorar la comunicación con sus hijos, estableciendo rutinas familiares, inscribiéndose en un programa universitario en línea, obteniendo una licencia de conducir, consiguiendo transporte, colocando equipos de seguridad para niños en el hogar y comenzando a hacer ejercicio para disminuir el estrés y la ansiedad. Durante el autocontrol y el control de los estímulos, Marta controló de manera eficaz sus estados emocionales negativos y el uso de sustancias. El objetivo de la comunicación fue programar tiempo en familia para conversar con los niños y debatir las preocupaciones familiares. Además, estrategias que tenían como objetivo afirmar deseos de una manera asertiva, sin prejuicios se utilizaron en juegos de roles con todos los miembros presentes de la familia. La intervención favorita de la familia fue donde intercambiaban comentarios positivos entre ellos durante la sección de tratamiento para aumentar la comunicación positiva entre los miembros de la familia. Mientras las actividades positivas de la familia aumentaban, los hijos de Marta reportaron que ella no estaba gritando tanto y Marta reportó menos estrés en su familia comparado al estrés reportado al inicio del tratamiento.

Utilidad del paciente y evaluaciones del cumplimiento

La paciente calificó todas las intervenciones de muy (6) a extremadamente (7) útiles (Media (M) = 6.21, Desviación estándar (SD) = .55, N = 33 votos), y los terapeutas informaron que la paciente era un poco (5) o muy (6) compatible (M = 5,91, SD = .68, N = 33) con las intervenciones. La paciente reportó el autocontrol como la intervención más útil (M = 7,00) y fue calificada por los terapeutas como muy compatible con esta intervención (M = 7,00).

Peso

La meta de pérdida de peso de Marta era alcanzar su peso antes del embarazo. Sin embargo, durante el tratamiento, ella dijo que su médico le informó de que este objetivo no era razonable porque ella estaba demasiado delgada antes del embarazo. Ella indicó que el doctor estaba satisfecho con su peso actual y que no consideraba necesaria una gran reducción de peso. Por su parte, el terapeuta no pudo verificar estos informes. Además, medidas objetivas indicaron que ella no pudo perder peso. De hecho, en la evaluación anterior al tratamiento, Marta pesaba 134 libras con un porcentaje de grasa corporal y masa del 32% y 43 libras (rango de obesidad, OMS 2000). Al término del tratamiento, ella demostró un aumento del 3% en el índice de masa corporal (4 libras de aumento de masa grasa) y el peso no se evaluó en el seguimiento debido a un descuido por parte del evaluador. Curiosamente, durante todo el tratamiento, Marta reportó mas satisfacción con su apariencia física y los proveedores del tratamiento señalaron que ella se arreglaba cada vez más, al mismo tiempo que el tratamiento avanzaba (en vez de quedarse en pijama). Marta también informó que su familia hacía ejercicio con más

frecuencia y que dejaron de comer segundas porciones de alimentos durante las comidas.

Informó, también, que comen alimentos fritos con menos frecuencia.

Satisfacción con la vida

Marta declaró igual o más satisfacción en los dominios de la LSS-R del pre al post-tratamiento, y estos resultados generalmente se mantuvieron en el seguimiento a los 4 meses, con un par de excepciones. Cada elemento de la LSS-R representa un dominio que es relevante el grado satisfacción con la vida (por ejemplo, empleo). Le preguntamos a Marta su nivel de satisfacción en cada uno de los 12 dominios (Allen et al. 2009). Marta mostró una mayor satisfacción en el post-tratamiento en las áreas de: familia, apariencia, relaciones amorosas, capacidad para evitar el alcohol y el transporte , aunque en el seguimiento, ella demostró una menor satisfacción en el empleo y la apariencia física (es decir, volvió al nivel de pre-tratamiento).

Uso de sustancias

Basado en las respuestas de la participante al SCID-IV y la información obtenida durante la entrevista inicial con el trabajador social, Marta fue diagnosticada con actual abuso de anfetaminas. El diagnóstico fue confirmado al dar positivo con metanfetamina su hijo recién nacido, y el informe de negligencia de los servicios de protección infantil. Marta reportó consumir metanfetaminas en tres ocasiones durante los 120 días anteriores a la evaluación del pre-tratamiento en el TLFB, y seis bebidas alcohólicas durante el mismo período de tiempo. Su trabajador social reportó 4 pruebas positivas de drogas durante los 4 meses anteriores a la evaluación del pre-tratamiento. Su análisis de orina para el consumo de sustancias fue negativo durante el pre-tratamiento. De acuerdo con las respuestas de la paciente en el SCID-IV durante su evaluación post-tratamiento, la

paciente ya no mostraba índices de abuso de anfetaminas y su análisis de orina fue negativo, lo cual coincide con el TLFB durante la evaluación post-tratamiento y en el seguimiento. Marta reportó el consumo de bebidas alcohólicas con más frecuencia en la evaluación post-tratamiento, aunque su consumo de alcohol disminuyó sustancialmente en la evaluación de seguimiento comparada con la cantidad reportada antes del tratamiento. (Ver Tabla 1)

Tabla 1 Resultados del Pre-tratamiento, Post-tratamiento, y Seguimiento del Tratamiento

Medidas	Pre-Tratamiento	Post-Tratamiento	Seguimiento del Tratamiento
Las puntuaciones directas de negligencia infantil (los puntos clínicos de corte están entre paréntesis)			
Negligencia (215)	203	39	61
Problemas en la familia (18)	38 ^a	7	6
Angustia (152)	94	0	8
Infelicidad (23)	0	0	3
Problemas con niños y propios (11)	0	0	0
Problemas con otros (20)	24 ^a	3	10
Rigidez (30)	47 ^a	29	34 ^a
Mentiras (8)	12 ^a	15 ^a	13 ^a
Escala del entorno familiar Puntuaciones-T (Las puntuaciones más altas indican mayor cohesión/conflicto)			
Conflicto	44	33	54
Cohesión	59	65	65
Cronología anterior (durante 120 días anteriores a la fecha de la evaluación)			
Días de uso de metanfetaminas	3	0	0
Consumo de alcohol	6	7	1
Niños en custodia	63	0	0

^a Indica que las puntuaciones estandarizadas están elevadas clínicamente

Negligencia infantil

Las puntuaciones CAPI fueron sustancialmente menores en el post-tratamiento y en el seguimiento. La escala de Abuso está compuesta por las puntuaciones que miden el grado en que los patrones de respuesta coinciden con los de una persona que ha maltratados niños. En el pre-tratamiento las puntuaciones de negligencia infantil de la

participante fueron significativas comparadas con otras personas que han referido por negligencia infantil. En la evaluación de post-tratamiento su puntuación en la escala de abuso disminuyó considerablemente y este descenso se mantuvo en el seguimiento. El TLFB indica que el trabajador social devolvió el bebé a la casa de la paciente después de haberse retirado durante 63 días tras el primer informe de negligencia (durante los 4 meses previos al tratamiento) y no estuvo en los servicios de custodia familiar después de eso. Por lo tanto, los resultados de estas escalas parecen indicar mejoras generales en el funcionamiento emocional y familiar correspondientes a potenciales de abuso. (Ver Tabla 1)

Funcionamiento familiar

Las puntuaciones de Marta en las escalas de cohesión y conflicto la sitúan en la zona promedio de funcionamiento, con ligeras mejoras en cuanto a la cohesión en el post-tratamiento y en las evaluaciones de seguimiento, y demostró mejoras en cuanto al conflicto del pre al post-tratamiento solamente. De hecho, sus puntuaciones aumentaron sustancialmente desde la evaluación del post-tratamiento hasta la evaluación de seguimiento. Esto parece indicar que su familia pudo haber aumentado el nivel de compromiso y de apoyo el uno al otro después del tratamiento, debido a pasar más tiempo junto en actividades familiares. Sin embargo, su familia demostró más conflicto en la evaluación de seguimiento, lo cual es consistente con un mayor número de instancias donde expresaron ira, como resultado de una mayor interacción y potencial de desacuerdo. (Ver Tabla 1)

Seguridad en el hogar

En el post-tratamiento, la familia ya no vivía en la casa donde se evaluó la seguridad en el pre-tratamiento (se mudó de un apartamento de dos dormitorios a un apartamento de cuatro dormitorios). Sin embargo, A diferencia de los riesgos encontrados en la evaluación pre-tratamiento (por ejemplo: esquinas puntiagudas en los muebles, alimentos en mal estado, productos de limpieza en lugares accesibles, cajas fuertes), solo se observaron riesgos menores de seguridad en las fases de post-tratamiento y seguimiento. La paciente colocó tapas en los enchufes eléctricos y decoró el nuevo hogar para que resultara estimulante para los niños.

Validez

Hay evidencia de que la paciente estaba respondiendo en forma defensiva debido a una significativa elevación en sus respuestas en la escala de Mentira del CAPI durante el pre tratamiento, post-tratamiento y el seguimiento. Un resultado elevado en la escala de mentira del CAPI indica un sesgo de deseabilidad social que afectó otras medidas del auto-informe. Las respuestas de Marta sugieren que, aunque probablemente ella mejoró en gran parte de las medidas administradas, ella pudo no haber mejorado en la magnitud reportada.

Análisis

En general, Marta mostró mejoras en la mayoría de los dominios que se evaluaron en el pre-tratamiento y en el post-tratamiento y los resultados se mantuvieron a los 4 meses en el seguimiento. El resultado del auto-informe de Marta y un análisis de orina indicaron el cese continuo del consumo de sustancias. También era evidente un menor potencial de negligencia infantil, y con la excepción de los conflictos en el seguimiento,

sus relaciones familiares mejoraron considerablemente. Marta reportó sentirse más satisfecha en varios ámbitos de su vida que fueron evaluados. Estos resultados se han demostrado con éxito en los estudios previos incluidos en la TFC (véase la revisión de la TFC mostrada anteriormente). Es importante señalar que las escalas de validez del CAPI sugieren mejoras en los problemas conductuales, pero quizás no en la medida reportada. En efecto, sus logros en cuanto a un estilo de vida saludable fueron relativamente menos evidentes al final del tratamiento. Marta informó que ella y sus hijos participaban más frecuentemente en actividades saludables tales como, comer menos alimentos fritos, hacer más ejercicios y limitar las comidas a un plato. Ella también evidenció mayor conciencia de la ingesta calórica de los alimentos y mayor habilidad para mostrar auto-control al comer. Sin embargo, su peso aumentó ligeramente durante el tratamiento, aunque aumentó mucho menos que en sus esfuerzos anteriores para dejar el consumo de metanfetaminas.

Se ha documentado que las mujeres de bajos ingresos con sobrepeso comen por razones emocionales, y tienen una habilidad reducida para participar en actividades saludables cuando están estresadas (Chang et al. 2008). Por lo tanto, cuando se trabaja con familias de bajos ingresos, la principal preocupación es eliminar o disminuir las situaciones estresantes, y convertir la familia en una unidad cohesiva. Como fue reportado por Kitzmann et al. (2008) independientemente de la intervención de salud que se utilice, los mejores resultados en cuanto a la salud de las familias fueron reportados por aquellos que padecen menos estrés familiar y que cuentan con un mayor apoyo familiar. Con este objetivo, las estrategias para una vida saludable se pusieron en práctica para reducir al mínimo los factores de estrés (por ejemplo, la hija adolescente de Marta se

fue de la casa, desequilibrando la estructura familiar) enseñándole estrategias de comunicación para informar sus necesidades y ayudarse de una manera apropiada. La paciente informó varias situaciones estresantes, lo que probablemente aumentó la probabilidad de una recaída en el consumo de sustancias (Tate et al. 2005). De hecho, experimentó violencia doméstica, consumo de sustancias, una adolescente que abandonó el hogar, distanciamiento de la familia, falta de apoyo financiero de los padres de sus hijos, falta de transporte, diabetes, suicidio de su hermano, y la falta de recursos económicos. Estos factores de estrés se convirtieron en los objetivos del tratamiento y fueron monitoreados durante cada semana de terapia. De esta manera, la planeación del tratamiento se pudo enfocar directamente e inmediatamente en estos factores de estrés mediante ejercicios para incrementar habilidades que priorizaron el bienestar de la paciente y de sus hijos menores de edad. Por ejemplo, cuando el novio abusador de la paciente hizo una visita no planificada a la casa, el objetivo del tratamiento era asegurarse de que la violencia doméstica no se produciría durante esta visita utilizando técnicas enseñadas durante el control de estímulos. Se conceptualiza que este tratamiento podría disminuir las posibilidad de desarrollar estímulos procedentes al consumo de drogas (es decir, factores desencadenantes) y permitir que otras intervenciones explícitas se pongan en espera.

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, este caso ha demostrado resultados mixtos con respecto a la eficacia de la aplicación de un programa de salud dentro de un tratamiento basado en la evidencia para el abuso de sustancias y la negligencia infantil. En general, el cese del consumo de sustancias estimulantes se asocia con el aumento de peso (Jeffery et al., 2000). Por lo tanto, es alentador que esta

participante controló el consumo de sustancias, la negligencia de menores, y a una pareja abusiva evitando, al mismo tiempo, un aumento de peso significativo (ver Cowan y Devine 2008). Sin embargo, los resultados indican que hubieran sido necesarias otras estrategias para la pérdida de peso, por ejemplo, interacciones con personal médico, que pudieran indicar objetivos contradictorios. De hecho, la pérdida de peso en este caso se asocia con retos únicos. Por ejemplo, la proximidad de los supermercados, el costo de los alimentos, el acceso a instalaciones recreativas y la seguridad del vecindario se han catalogado como factores importantes en la conducta saludable dentro de las familias hispanas (Lindsay et al. 2009). Marta vivía en la calle de un centro recreativo en el que empezó como voluntaria. Sin embargo, este centro se encontraba dentro de un barrio de alta criminalidad. Además, la paciente informó que necesitaba un día completo para hacer las compras en los supermercados debido a la necesidad de tomar el transporte público para adquirir sus suministros y la necesidad de llevar consigo a los niños para ayudarla a llevar las bolsas. Estos factores han demostrado influir en los resultados relacionados con la obesidad (Spence et al. 2009). Sin embargo, estas cuestiones no suelen figurar en los programas de pérdida de peso. Por lo tanto, proporcionar un mayor acceso a los supermercados y otras estrategias de tratamiento que se pusieron en práctica en este caso, pueden ofrecer beneficios. Sin embargo, dado que Marta presenta problemas a través de múltiples áreas, fue difícil dar prioridad a los objetivos del tratamiento. Por lo tanto, los resultados de este caso, aunque prometedores en la prevención de la obesidad severa, sugieren que puede ser necesaria una programación adicional y una mejor planificación para conseguir una pérdida de peso cuando están presentes otras conductas problemáticas

graves (por ejemplo, el abuso de sustancias, la violencia doméstica, la negligencia infantil y la pobreza).

Referencias

- Allen, D. N., Donohue, B., Sutton, G., Haderlie, M., & LaPota, H. (2009). Application of a standardized assessment methodology within the context of an evidence-based treatment for substance abuse and its associated problems. *Behavior Modification*, 33, 618–654.
- Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Stunkard, A. J. (2007). High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2874–2883.
- Ammerman, R. T., Kolko, D. J., Kirisci, L., Blackson, T. C., & Dawes, M. A. (1999). Child abuse potential in parents with histories of substance use disorder. *Child Abuse & Neglect*, 23, 1225–1238.
- Azrin, N. H., Donohue, B., Besalel, V. A., Kogan, E. S., & Acierno, R. (1994a). Youth drug abuse treatment: a controlled outcome study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 3, 1–16.
- Azrin, N. H., McMahon, P. T., Donohue, B., Besalel, V. A., Lapinski, K. J., Kogan, E. S., et al. (1994b). Behavior therapy for drug abuse: a controlled treatment outcome study. *Behavior Research and Therapy*, 32, 857–866.
- Azrin, N. H., Acierno, R., Kogan, E. S., Donohue, B., Besalel, V. A., & McMahon, P. T. (1996). Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug use. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 41–46.

- Azrin, N. H., Donohue, B., Teichner, G. A., Crum, T., Howell, J., & DeCato, L. A. (2001). A controlled evaluation and description of treatment consumer-cognitive problem solving and familybehavior therapies in dually-diagnosed conduct-disordered and substance-dependence youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 11, 1–43.
- Bassett, D. R., Schneider, P. L., & Huntington, G. E. (2004). Physical activity in an old order Amish community. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 36, 79–85.
- Chang, M., Nitzke, S., Guilford, E., Adair, C. H., & Hazard, D. L. (2008). Motivators and barriers to healthful eating and physical activity among low-income overweight and obese mothers. *Journal of the American Dietetic Association*, 108, 1023–1028.
- Cowan, J., & Devine, C. (2008). Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. *Appetite*, 50, 33–42.
- Donohue, B., & Van Hasselt, V. B. (1999). Development and description of an empirically based ecobehavioral treatment program for child maltreatment. *Behavioral Interventions*, 14, 55–82.
- Donohue, B., Teichner, G., Azrin, N., Weintraub, N., Crum, T. A., Murphy, L., et al. (2003). Initial reliability and validity of the Life Satisfaction Scale for Problem Youth in a sample of drug abusing and conduct disordered youth. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 453–464.

Donohue, B., Azrin, N., Allen, D. N., Romero, V., Hill, H. H., Tracy, K., et al. (2009).

Family behavior therapy and other associated problems. *Behavior Modification*, 33, 495–519.

Donohue, B. C., Romero, V., Herdzik, K., LaPota, H., Abdel-Al, R., Allen, D. N., et al.

(2010). Concurrent treatment of substance abuse, child neglect, bipolar disorder, post-traumatic stress disorder, and domestic violence: a case examination involving family behavior therapy. *Clinical Case Studies*, 9, 106–124.

Eakin, E. G., Bull, S. S., Riley, K. M., Reeves, M. M., McLaughlin, P., & Gutierrez, S.

(2007). Resources for health: a primary-carebased diet and physical activity intervention targeting urban Latinos with multiple chronic conditions. *Health Psychology*, 26, 392–400.

Epstein, L. H., Paluch, R. A., Kilanowski, C. K., & Raynor, H. A. (2004). The effect of reinforcement or stimulus control to reduce sedentary behavior in the treatment of pediatric obesity. *Health Psychology*, 23, 371–380.

Finkelstein, E. A., Chen, H., Prabhu, M., Trogon, J. G., & Corso, P. S. (2007). The relationship between obesity and injuries among U.S. adults. *American Journal of Health Promotion*, 21(5), 460–468.

First, M. D. (Ed.). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed. TR)*. Arlington: American Psychiatric Association.

Fung, T. T., Hu, F. B., Yu, J., Chu, N., Spiegelman, D., Tofler, G. H., et al. (2000).

Leisure-time physical activity, television watching, and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. *American Journal of Epidemiology*, 152, 1171–1178.

Hedley, A. A., Ogden, C. L., Johnson, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., & Flegal, K.

- M. (2004). Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999–2002. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2847–2850.
- Jeffery, R. W., Hennrikus, D. J., Lando, H. A., Murray, D. M., & Liu, J. W. (2000). Reconciling conflicting findings regarding postcessation weight concerns and success in smoking cessation. *Health Psychology*, 19, 242–246.
- J Fam Viol* (2011) 26:227–234 233
- Jessup, J. V., Lowenthal, D. T., Pollock, M. L., & Turner, T. (1998). The effects of endurance exercise training on ambulatory blood pressure in normotensive older adults. *Geriatric Nephrology and Urology*, 8, 103–109.
- Kitzmann, K. M., Dalton, W. T., & Buscemi, J. (2008). Beyond parenting practices: family context and the treatment of pediatric obesity. *Family Relations*, 57, 13–23.
- Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Greaney, M. L., & Peterson, K. E. (2009). Influence of social context on eating, physical activity, and sedentary behaviors of Latina mothers and their preschoolage children. *Health Education & Behavior*, 36, 81–96.
- Lissau, I., & Sorensen, T. I. (1994). Parental neglect during childhood and increased risk for obesity in young adulthood. *Lancet*, 343, 324–327. Retrieved from EBSCOhost.

- Locke, T. F., & Newcomb, M. D. (2003). Child maltreatment, parental alcohol/drug-related problems, and global parental dysfunction. *Professional Psychology: Research & Practice*, 34, 73–79.
- Miller, T. D., Balady, G. J., & Fletcher, G. F. (1997). Exercise and its role in the prevention and rehabilitation of cardiovascular disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 220–229.
- Milner, J. S. (1986). *The child abuse potential inventory: Manual* (2nd ed.). Webster: Psytec.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1984). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Munsch, S., Roth, B., Michael, T., Meyer, A. H., Biedert, E., Roth, S., et al. (2008). Randomized controlled comparison of two cognitive behavioral therapies for obese children: mother versus mother-child cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 235–246.
- Pisetsky, E. M., Chao, Y. M., Dierker, L. C., May, A. M., & Striegel-Moore, R. H. (2008). Disordered eating and substance use in high-school students: results from the Youth Risk Behavior Surveillance System. *The International Journal of Eating Disorders*, 41, 464–470.
- Romero, V., Donohue, B., & Allen, D. N. (2010a). Treatment of concurrent substance dependence, child neglect and domestic violence: a single case examination involving family behavior therapy. *Journal of Family Violence*, 25, 287–295.

Romero, V., Donohue, B. C., Hill, H. H., Powell, S., Van Hasselt, V. B., Azrin, N., et al.

- (2010b). Family behavior therapy for use in child welfare: results of a case study involving an abused woman formally diagnosed with alcohol dependence, bipolar disorder, and several anxiety disorders. *Clinical Case Studies*, 9, 353–368.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., Klajner, F., Pavan, D., & Basian, E. (1986). The reliability of the timeline method of assessing normal drinker college students' recent drinking history: utility for alcohol research. *Addictive Behaviors*, 11(2), 149–162.
- Spence, J. C., Cutumisu, N., Edwards, J., Raine, K. D., & Smoyer-Tomic, K. (2009). Relation between local food environments and obesity among adults. *BioMed Central Public Health*, 9, 192–198.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The structured clinical interview for the DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624–629.
- Tate, S. R., McQuaid, J. R., & Brown, S. A. (2005). Characteristics of life stressors predictive of substance treatment outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 107–115.
- Weinstock, J., Barry, D., & Petry, N. M. (2008). Exercise-related activities are associated with positive outcome in contingency management treatment for substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 33, 1072–1075.
- WHO. (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation: WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization.

Williamson, D. F., Thompson, T. J., Anda, R. F., Dietz, W. H., & Felitti, V. (2002). Body weight and obesity in adults and selfreported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*, 26, 1075–1082.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumendelicencia](#) - [Textocompletodelalicencia](#)