UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

TITULO

“LA INTERVENCION DE LA FAMILIA EN EL PROCESO PSICOTERAPEUTICO DE PACIENTES CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA POSADA SOLIDARIA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO FEBRERO - JULIO 2013”

TESIS PREVIA A OPTAR EL TITULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

AUTOR:

Pablo Andrés Cabrera Sandoval

DIRECTORA:

Dra. Anabel Larriva Borrero

Loja - Ecuador

2014

1859

Loja, 7 de abril de 2014

Dra. Anabel Larriva Borrero

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICO:

Haber revisado y orientado el trabajo de investigación sobre el tema **"LA INTERVENCION DE LA FAMLIA EN EL PROCESO PSICOTERAPEUTICO DE PACIENTES CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOTROPICAS DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA"POSADA SOLIDARIA" , DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO, ENERO – JULIO 2013."** de autoría del estudiante Pablo Andrés Cabrera Sandoval, previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico, el mismo que cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto autorizo su presentación para la sustentación y defensa ante el tribunal de Grado.

.....

Dra. Anabel Larriva Borrero
DIRECTORA

AUTORIA

Yo, Pablo Andrés Cabrera Sandoval, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

PABLO ANDRÉS CABRERA SANDOVAL

.....

1104027394

22/05/2014

iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Pablo Andrés Cabrera Sandoval declaro ser autor de la tesis titulada: "LA INTERVENCION DE LA FAMLIA EN EL PROCESO PSICOTERAPEUTICO DE PACIENTES CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOTROPICAS DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA "POSADA SOLIDARIA", DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO, ENERO – JULIO 2013.", como requisito para optar por el grado de Psicólogo Clínico, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o la copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los 22 días del mes de mayo del dos mil catorce, firma del autor.

.....

FIRMA

Autor: Pablo Andrés Cabrera Sandoval
Cédula: 110402739-4
Dirección: Cdla. Época, calles Honduras y Bélice (18-188)
Correo electrónico: pacspsico81@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis
Dra. Anabel Larriva Borrero

Tribunal de Grado:
Dra. Elvia Ruiz Bustán (Presidenta del tribunal).
Dra. Ana Puertas Azanza (Vocal).
Psi. Cli. Luis Fernando Sarmiento Lemus (Vocal).

iv

DEDICATORIA

A Dios por permitirme una nueva oportunidad de crecimiento y no abandonarme en momentos de desesperanza.

A mi Madre, por su inigualable labor de apoyo emocional, por su educación y constante entrega de aliento siendo un pilar primordial en el transcurso de mi vida académica y personal. A mi Padre, por su enseñanza de esfuerzo y disciplina, valores que me han servido para formarme como persona útil al a sociedad.

A mi Hijo, por ser una razón de vivir y ser el objetivo para mi crecimiento personal.

A mis Hermanos y hermana, ya que fueron una guía en toda mi vida y por su apoyo incondicional.

También dedicar este trabajo investigativo a mi amigo Marco ya que sin su humor esto hubiera sido más difícil.

También a Sandra pues fue la impulsora para alcanzar el éxito en mi vida académica.

Y a todos quienes aportaron de una u otra manera para que este logro pueda cumplirse.

AGRADECIMIENTO

Quiero empezar agradeciendo de manera muy especial a la Dra. Anabel Larriva, ya que ha sido un apoyo fundamental en el transcurso de mi carrera académica, por ser parte de mi formación y contribuir con sus conocimientos para mi vida profesional.

Un sincero agradecimiento a la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria” de la Ciudad de Loja, la cual desempeña una gran labor para el bienestar de la sociedad.

También quiero agradecer a los familiares de pacientes dependientes a sustancias psicotrópicas, ya que sin la ayuda de ellos no hubiera visto la realidad familiar existe dentro de este problema de consumo de sustancias psicotrópicas y la realización de mi trabajo investigativo.

A los docentes que pasaron por mi formación académica contribuyendo con un granito de arena para realizar mi logro académico.

Y a todos quienes aportaron de una u otra manera para que este logro pueda cumplirse.

Pablo Andrés Cabrera Sandoval

I. TITULO

“LA INTERVENCION DE LA FAMLIA EN EL PROCESO PSICOTERAPEUTICO DE PACIENTES CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOTROPICAS DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA POSADA SOLIDARIA, DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO , FEBRERO – JULIO 2013”

II. RESUMEN

La adicción se ha convertido actualmente en un tema importante a tratar desde la controversia de que se logre la legalización de las drogas en nuestro país, la cual está afectando de manera directa a la sociedad y a las familias de las personas consumidoras de sustancias psicotrópicas, puesto que son las familias las que absorben los efectos directos del mismo. El consumo de drogas llega a provocar un deterioro personal, social y sobre todo familiar, pues es esta la que permanece en constante contacto con el familiar dependiente a sustancias psicotrópicas, dando como resultado una alteración en la dinámica familiar como un mal funcionamiento de la misma.

El objetivo general de esta investigación fue promover la intervención de la familia en el proceso psicoterapéutico de pacientes con dependencia a sustancias psicotrópicas, con el fin de lograr concientizar a las familias acerca de la importancia de su intervención en dicho proceso, una vez captada la atención de la familia a través de una psicoeducación, se realizó los objetivos específicos que consisten, el primero en evaluar la dinámica familiar del paciente consumidor de sustancias psicotrópicas, con reactivos psicológicos como el Apgar y el Tets de Funcionamiento Familiar FF-SIL, el cual se lo aplico de manera individual a cada integrante de la familia y luego de haber obtenido los resultados de dichos reactivos psicológicos se desarrolló el segundo objetivo específico, que fue el de aplicar un plan de intervención psicoterapéutico orientada a la participación directa de familias de pacientes con dependencia a sustancia psicotrópicas.

Para la realización del presente trabajo investigativo se utilizó los métodos Descriptivo y Correlacional, siendo un estudio cuantitativo correlacional que mide el grado de relación entre esas dos o más variables.

Una vez obtenido los resultados de esta investigación en la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria” de la Ciudad de Loja, se determinó que el 45% se consideran Familias Funcionales; y que el 55% muestran un grado de Disfuncionalidad obtenidos en los reactivos psicológicos como son el Apgar familiar y el Test de Funcionamiento Familiar; luego de obtener la información se procedió a aplicar un plan psicoterapéutico, el cuál constó de técnicas psicoterapéuticas cognitivo - conductual, racional - emotiva y humanistas, divididas en dos fases, la primera fase se recolectó información para detectar el problema existente en la familia y la segunda se abordó temas significativos como la codependencia, la comunicación, la afectividad y el perdón.

Palabras claves: Adicción, sustancias psicotrópicas, familia, funcionalidad, disfuncionalidad, intervención.

II. ABSTRACT

Addiction has now become an important issue to be addressed from the contention that the legalization of drugs in our country, which is directly affecting society and families of consumers of psychotropic substances is achieved, since that families are absorbing the outcomes thereof. The drug reaches result in personal, social and above all family deterioration; it is this which remains in constant contact with the family dependent on psychotropic substances, resulting in a change in family dynamics as a malfunction of the same.

The overall objective of this research was to promote family involvement in the psychotherapeutic process dependent patients psychotropic substances, in order to achieve awareness among families about the importance of their involvement in the process, once captured the attention family through a psychoeducation, the specific objectives consist was performed, the first to assess the patient's family dynamics consuming psychotropic substances with reagents such as Apgar psychological and family Functioning Tets FF -SIL, which is I apply individually to each member of the family and after obtaining the results of these psychological reagents the second objective, which was developed to implement the plan psychotherapeutic intervention to the direct involvement of families dependent patients a psychotropic substance .

To conduct this research work methods used Descriptive and correlational, being a correlational quantitative study that measures the degree of relationship between these two or more variables.

After obtaining the results of this research in the Therapeutic Community " Posada Solidarity " of the City of Loja , it was determined that 45 % are considered Functional Families; and 55 % show a degree of psychological Dysfunctionality obtained reagents such as family Apgar Test and Family Functioning; after obtaining the information is applied a psychotherapeutic plan, which consisted of cognitive psychotherapeutic techniques - behavioral, rational - emotive and humanistic, divided into two phases, the first phase data were collected to detect the problem in the family and second significant issues such as codependency, communication, affection and forgiveness was addressed.

Keywords: Addiction, psychotropic substances, family, function, dysfunction, intervention.

III. INTRODUCCION

El consumo de sustancias psicotrópicas en nuestra sociedad, se encuentra cada vez más precipitado en personas adolescentes, adultos mayores e incluso en menores de edad, lo cual es un asunto preocupante debido al malestar clínicamente significativo que provoca en la persona que las consume como: deterioro físico, metal, interpersonal, social, laboral y familiar, siendo este último un área importante para el desarrollo del individuo.

"En lo fundamental el fenómeno del consumo y tráfico de drogas en la parroquia Urbana y la Ciudad de Loja va en incremento y se ha vuelto significativo con un fuerte impacto social y económico sobre la comunidad. Hay un índice alarmante de incremento tanto del tráfico, como del uso de drogas lícitas e ilícitas en el Cantón Loja. El grupo objetivo de riesgo, al igual que en el resto del país son los niños y jóvenes entre 12 y 25 años."[1]

A pesar de que existe un consumo de sustancias psicotrópicas descontrolado, en nuestro país se promueven políticas para legalizar el consumo de dichas sustancias, ya sea para diferenciar entre el uso personal o la tenencia para el narcotráfico en cantidades como: "Marihuana o hachís hasta 10 gramos, pasta base de cocaína 2 gramos, clorhidrato de cocaína 1 gramo, diacetilmorfina o Heroína hasta 0.1 gramos, MDS, MMDA (3,4-metilendioximetanfetamina) o éxtasis 0.015 gramos, anfetaminas 0.040 gramos"[2], medida que para el Gobierno puede ser una salida viable, pero viéndolo desde una perspectiva diferente como desde la familia, el solo hecho de consumir cualquier sustancia química que llegue a alterar sus funciones mentales, su comportamiento y de

la misma manera las relaciones existentes, provoca un tema de discusión, porque llega a alterar sus relaciones personales sobre todo las familiares y, esta alteración puede afectar el funcionamiento familiar, claro que no cabe olvidar que existe el factor de que un ambiente con una dinámica familiar negativa, pueden ser un factor que desencadene un consumo de sustancias, pero el tema expuesto es para detectar el funcionamiento familiar y como se puede intervenir con la familia para restablecer la dinámica de la misma.

La funcionalidad familiar abarca una relación saludable entre sus miembros, normas saludables y respetadas, una unión familiar, el apoyo mutuo ante una situación que provoque malestar o cierto desequilibrio emocional en la familia, etc. y que mediante la enseñanza de valores morales a cada miembro se formará como persona saludable para su familia y la sociedad.

En cambio si existe una disfuncionalidad familiar, este sistema familiar se alterará, llegando a producir un deterioro colectivo y personal, deterioros que dan como resultado conductas agresivas, alteración de roles, incapacidad para reconocer las necesidades emocionales, normas rígidas e inflexibles, problemas de comunicación, resentimientos y entre otros un consumo de sustancias psicotrópicas como consecuencia de una mala funcionalidad familiar.

Al existir los problemas mencionados anteriormente y sobre todo un resultado de consumo de sustancias, la familia llega a desinteresarse de su funcionamiento y fija su atención al consumidor de sustancias psicotrópicas dejando a un lado la dinámica familiar, llegando a desconocer que la

disfuncionalidad familiar es un factor desencadenante para que exista un consumo de sustancias psicotrópicas en cualquier miembro de la familia, y llegando a una cierta incapacidad del familiar para ayudar a su familiar dependiente, recurriendo a la decisión de ingresarlo en alguna Institución para el tratamiento de drogodependencias.

Por tal motivo, se realizó este trabajo investigativo para promover la importancia de la intervención familiar dentro de un proceso psicoterapéutico del consumidor de sustancias psicotrópicas, para lograr informar y concientizar la importancia de la intervención familiar, como ayuda y soporte para un mejor tratamiento psicoterapéutico del consumidor y una mejor relación familiar luego de culminado el tratamiento del dependiente a sustancias psicotrópicas, y también para que pueda ser un aporte beneficioso a la sociedad

Por lo tanto no solo se debe quedar en informar y concientizar a la familia acerca de la importancia de la intervención familiar, si no que se debe también detectar que tipo de dinámica existe en la familia, para eso se recurrió a la utilización de instrumentos psicológicos como el Apgar Familiar y el Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL para llegar a un resultado concreto y con un plan psicoterapéutico para establecer relaciones familiares y lograr un funcionamiento familiar saludable, para brindar un mejor proceso psicoterapéutico de la persona dependiente a sustancias psicotrópicas.

Los resultados que se obtuvieron en ambos reactivos psicológicos es que, un número de 21 familiares, que representan un 45%, se consideran como

Funcionales; y 26 familiares que representan el 55% muestran un grado de Disfuncionalidad

Se utilizó para este trabajo investigativo, los tipos de investigación Descriptiva y Correlacional, en donde se pudo evaluar de relación que existen entre las variables, Los estudios cuantitativos correlacionales miden el grado de relación entre esas dos o más variable, y saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas.

En el plan psicoterapéutico que consta de dos fases, en donde la primera fase se logra recolectar información acerca de la familia y la problemática existente para continuar con el proceso psicoterapéutico a la familia; y, la segunda fase donde se trabajó con técnicas psicoterapéuticas como: cognitivo - conductual para modificar conductas que conservan los familiares, luego de una convivencia con el consumidor y que dichas conductas alteran la funcionalidad familiar, mejorando la interacción entre la familia; terapia racional - emotiva para eliminar pensamientos irracionales que causen malestar entre la relación familiar - paciente, logrando modificar pensamientos y sentimientos negativos a positivos que fomenten la unión familiar y la tranquilidad personal y; la técnica humanista que fomenta el crecimiento personal, para un mejor crecimiento interno para el beneficio de la relación con la familia y su familiar dependiente a sustancias psicotrópicas.

IV. REVISION DE LA LITERATURA

ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

CAPITULO 1: Familia

1.1. Conceptos sobre la familia.

1.2. TIPOLOGÍA FAMILIAR.

1.2.1. Familia nuclear.

1.2.2. Familia extensa, troncal o múltiple.

1.2.3. Cohabitación o “pareja de hecho”.

1.2.4. Familia agregada, consensual o consensuada.

1.2.5. Familia monoparental.

1.2.6. Familia reconstruida.

1.2.7. Familia polígama.

1.2.8. Hogares unipersonales.

1.2.9. Familia adoptativa.

1.2.10. Familia sustitutoria.

1.3. ESTRUCTURA FAMILIAR.

1.3.1. Subsistema conyugal.

1.3.2. Subsistema parental.

1.3.3. Subsistema filial.

1.4. LA DINÁMICA EN EL SISTEMA FAMILIAR.

1.4.1. La comunicación.

1.4.2. Los roles.

1.4.3. Reglas, normas y valores.

1.4.4. Los patrones de comportamiento.

1.4.5. Las relaciones triangulares.

1.4.6. Cohesión - diferenciación.

1.5. LAS RELACIONES FAMILIARES.

1.6. LAS REDES FAMILIARES.

1.6.1. Redes familiares.

1.6.2. Naturaleza del vínculo.

1.7. LA FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL.

1.8. FUNCIONES FAMILIARES.

1.9. FUNCIONES DE VIDA FAMILIAR.

1.10. ETAPAS DEL CICLO FAMILIAR.

1.10.1. Formación de la pareja y comienzo de la familia. Familia sin hijos.

1.10.2. Etapa de crianza inicial de los hijos.

1.10.3. Familia con hijos pre-escolares.

1.10.4. Familia con hijos escolares.

1.10.5. Familia con hijos adolescentes.

1.10.6. Periodo medio y terminal de la familia.

1.11. CRISIS NORMATIVAS.

1.11.1. Formación de la pareja y comienzo de la familia. Familia sin hijos.

1.11.2. Etapa de crianza inicial de los hijos.

1.11.3. Familia con hijos pre-escolares.

1.11.4. Familia con hijos escolares.

1.11.5. Familia con hijos adolescentes.

1.11.6. Periodo medio y terminal de la familia.

1.12. CRISIS NO NORMATIVAS

1.13. FAMILIA Y ADICCIONES

1.14. FAMILIA Y ADOLESCENCIA.

1.15. EL ABUSO DE DROGAS Y LA DISFUNCIÓN FAMILIAR.

1.16. LA FAMILIA DEL ADICTO

1.17. EL IMPACTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS EN LA FAMILIA.

1.18. CODEPENDENCIA.

1.19. DROGODEPENDENCIAS

1.20. FACTORES FAMILIARES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL ALCOHOLISMO Y DROGADICCIONES EN GENERAL.

1.21. LA NECESIDAD DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO.

1.21.1. Consecuencias económicas.

1.21.2. Consecuencias laborales.

1.21.3. Consecuencias intrafamiliares.

1.21.4. Consecuencias en la salud física y psicológica.

1.21.5. Consecuencias sociales.

CAPITULO 2: DROGAS.

2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS DROGAS.

2.1.1. Drogas y toxicidad.

2.2. USO Y HÁBITO.

2.3. ABUSO.

2.4. LA DROGODEPENDENCIA.

2.5. SÍNDROME DE DEPENDENCIA.

2.6. TOLERANCIA.

2.7. SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

2.7.1. Criterios para la abstinencia de sustancias DSM-IV-TR.

2.8. Intoxicación

2.8.1. Criterios para la intoxicación por sustancias DSM-IV-TR.

2.9. Clasificación de las drogas y sus efectos.

2.9.1. Sustancias psicoactivas.

2.9.1.1. Depresoras.

2.9.1.1.1. Narcóticos u opiáceos.

2.9.1.1.2. Barbitúricos.

2.9.1.1.3. Tranquilizantes.

2.9.1.1.4. El alcohol.

2.9.1.2. Estimulantes.

2.9.1.2.1. Cocaína.

2.9.1.2.2. Anfetaminas.

2.9.1.2.3. Tabaco.

2.9.1.2.4. Éxtasis.

2.9.1.3. Alucinógenos.

2.9.1.3.1. Marihuana.

2.9.1.3.2. Hashis.

2.9.1.4. Inhalantes.

CAPITULO 3: INTERVENCIÓN FAMILIAR.

3.1. BREVE HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR.

3.2. LA TERAPIA FAMILIAR.

3.3. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

3.4. ACTIVIDADES DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS.

3.4.1. Evaluación.

3.4.2. Tratamiento, prevención e intervención.

3.4.3. Investigación.

3.4.4. Enseñanza.

3.4.5. Asesoramiento.

3.4.6. Dirección y gestión.

3.5. NIVELES DE INTERVENCIÓN.

3.5.1. Intervención en pareja o familia.

3.5.2. Intervención en grupo.

3.5.3. Intervención en la comunidad.

3.6. TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS CON LAS DROGAS Y EL ALCOHOL EN FAMILIAS Y PAREJAS.

3.7. INDICACIONES PARA EL USO DE LA TERAPIA FAMILIAR.

3.8. INTERVENCIONES CLÍNICAS EN LA TERAPIA FAMILIAR.

3.9. ETAPAS DE LA TERAPIA FAMILIAR.

3.9.1. Etapa 1: definición del problema, contrato y establecimiento de los objetivos.

3.9.2. Etapa 2: estableciendo el contexto para una vida libre de sustancias químicas y construyendo una “línea temporal”.

3.9.3. Etapa 3: deteniendo el abuso de sustancias y clarificando la etiología.

3.9.4. Etapa 4: manejo de la crisis y estabilización de la familia.

3.9.5. Etapa 5: reorganización y recuperación familiar.

3.9.6. Etapa 6: finalizando la terapia.

CAPITULO 1

FAMILIA

1.1. CONCEPTOS SOBRE FAMILIA

"Berenstein, entiende familia como el conjunto de personas ligadas por lazos de parentesco determinados en virtud de alguna relación consanguínea real o putativa. Se podría llamar familia al sinnúmero de personas que integran el grupo unido por un parentesco, de otras que, aunque no ligadas por lazos familiares se consideran miembros de la familia."[3]

"La teoría sistémica define a la familia como un "sistema abierto, propositivo y autorregulado". Al hablar de sistema, la conceptualiza como "una unidad formada por miembros que interactúan entre sí, y entre los que existen determinados vínculos y se mantienen unas transacciones".

Gough (1971) la define como: *"una pareja u otro grupo de parientes adultos que cooperan en la vida económica, en la crianza y educación de los hijos, la mayor parte de los cuales utilizan una morada común"*

Levi-Strauss (1949) conceptualiza la familia a través de tres rasgos que el autor identificaba en el grupo familiar: *"tiene su origen en el matrimonio, formada por el marido, la esposa y los hijos nacidos del matrimonio, y sus miembros han de estar unidos por lazos de matrimonio, por derechos y obligaciones de tipo económico, religioso u otros, por una red de derechos y prohibiciones sexuales y por vínculos psicológicos como el amor, afecto, respeto y el temor"*

La Organización de Naciones Unidas (ONU), por su parte recomienda la siguiente definición: *"la constituyen los miembros de un hogar privado o institucional, cuyos vínculos son los de marido y mujer (de derecho o de hecho) o de padre e hijo que no se haya casado nunca, pudiendo ser adoptivo"*[4]

"La familia es la unidad más pequeña de la sociedad y a través de ella se transmite la cultura de una generación a otra; de esta manera vemos como las tradiciones y costumbres de cada pueblo se perpetúan por medio de la familia, como por ejemplo, la fiesta de Navidad, Reyes, Pascua, etc."[5]

1.2. TIPOLOGÍA FAMILIAR

"Martínez González y Álvarez González (2002), hacen una revisión sobre las distintas clasificaciones que se han hecho en torno a nuestra estructura familiar, entre los principales tipos que identifican destacan los siguientes:

1.2.1. Familia nuclear: Está formada por la pareja de origen y sus hijos. Una condición en este tipo de familia es que los miembros compartan un espacio y patrimonio comunes y adopten un compromiso de familia.

1.2.2. Familia extensa, troncal o múltiple: Designa al grupo en el que conviven varias generaciones bajo un mismo techo (padres, hijos, abuelos). Es uno de los modelos que, tradicionalmente, ha experimentado más difusión en las distintas sociedades.

1.2.3. Cohabitación o "pareja de hecho": Se denomina de esta forma a la pareja formada exclusivamente por vínculos afectivos.

1.2.4. Familia agregada, consensual o consensuada: En este tipo de familia sus miembros conviven sin certificación oficial de su unión. En la mayor parte de las sociedades desarrolladas, su funcionamiento tiende a asimilarse al de las familias legalizadas.

1.2.5. Familia Monoparental: Este tipo de familia puede establecerse por diversas razones, entre las más frecuentes, el fallecimiento o separación de uno de los miembros de la pareja. La forman un padre o madre y, al menos, un hijo menor de dieciocho años. También puede darse el caso de que en estas familias convivan con otras personas bien sean familiares o amigos.

1.2.6. Familia reconstituida: Es la formada por un padre o madre con algún hijo que proceden de un núcleo familiar anterior, ya disgregado, y que establecen una nueva familia con una nueva pareja.

1.2.7. Familia Polígama: Es aquella en la que un miembro de la pareja convive con más de un conyugue. La modalidad de un hombre casado con varias mujeres se denomina *poliginia*, y el caso opuesto, una mujer y varios maridos se denomina *poliandria* ambas formas aparecen en determinadas culturas, siendo la segunda muy poco frecuente. En la mayor parte de las sociedades actuales no suelen tener estatus de legalidad.

1.2.8. Hogares unipersonales: Se producen por diversas causas, envejecimiento, libre opción del individuo y con frecuencia desaparición de uno de los miembros de la pareja, independencia de los hijos, etc.

Según Zanatta (1997), el significado que puede atribuirse a este tipo de hogares difiere en función de la edad de la persona. De esta forma, los jóvenes

que viven solos están en su mayoría solteros, la situación de los adultos viene generalmente de separaciones o divorcios y la de los ancianos de viudedad.

1.2.9. Familia adoptiva: Son aquellas en las que los padres e hijos están unidos por vínculos legales y no biológicos. La situación de adopción puede ser permanente o transitoria, en este último caso suele hablarse de acogimiento familiar.

1.2.10. Familia sustitutoria: Es la familia que acoge a un niño de forma transitoria debido a alguna circunstancia de su ambiente familiar de origen que lo hace inadecuado (violencia, carencia extrema, desastres naturales, etc.)"[6]

1.3. ESTRUCTURA FAMILIAR

"La estructura de la familia se configura en un sistema compuesto por subsistemas familiares; formados, a su vez, por los miembros de la unidad familiar y sus relaciones.

Cada uno de los miembros de la familia pertenece, según desde donde se contemple, a más de un subsistema. En cada subsistema, el individuo tendrá que cumplir determinadas funciones y desempeñar roles diferentes, así como, también, alcanzará distintos grados de poder.

Los subsistemas familiares son:

1.3.1. Subsistema conyugal: compuesto por la pareja, unida por el vínculo de afecto que les ha hecho formar una familia, es decir una comunidad de metas e intereses. Entre los miembros de la pareja negocian, organizan las bases de la

convivencia y mantienen una actitud de reciprocidad interna y en relación con otros sistemas.

1.3.2. Subsistema parental: se refiere a las mismas personas que forman el subsistema conyugal, pero desde el punto de vista de su rol como padres y con un vínculo afectivo, además de biológico (no siempre) con los hijos. Ha de desarrollar habilidades de socialización, nutritivas y educativas. Es el subsistema “ejecutivo” de la familia.

1.3.3. Subsistema filial: formado por los hijos. Puede contemplarse el subsistema fraterno, formado por esos mismos individuos pero descritos en función de sus relaciones como hermanos. Podrían darse también otras variantes en función del sexo o edad, especialmente en familias numerosas. La relación con los padres y entre los hermanos ayuda al aprendizaje de la negociación, cooperación y relación con figuras de autoridad y entre iguales.

Para comprender mejor la estructura familiar es preciso analizar los siguientes aspectos:

1. Vínculos relacionales básicos entre los miembros y caracterizados por la proximidad y la intensidad emocional que configuran la organización

2. Límites o fronteras de la familia, tanto hacia el exterior como hacia el interior del grupo familiar. Separan los diferentes subsistemas.

Tanto el límite de la familia respecto a su espacio vital, como los límites de los subsistemas deben ser semipermeables, es decir, han de permitir la individuación y diferenciación suficiente de los miembros y, también, un

intercambio afectivo suficiente y apropiado entre ellos. Los límites pueden ser difusos, rígidos o claros, siendo éstos últimos los que comportan una adaptación ideal.

3. Territorialidad, se refiere al espacio vital e íntimo de la familia, a la disposición y la organización de los espacios; esto es, al lugar donde tienen lugar las transacciones entre los miembros. Abarca dos dimensiones, la espacial y la relativa a los usos que del espacio hace cada subsistema (domesticidad y privacidad), así como la atmósfera familiar."

1.4. LA DINÁMICA EN EL SISTEMA FAMILIAR

La estructura de relaciones de la familia es mantenida y se manifiesta a través de la comunicación, los roles, y las normas o reglas del sistema familiar"[7], los patrones de comportamiento, las relaciones triangulares y la Cohesión - diferenciación.

1.4.1. La comunicación:

"De acuerdo con Peterson y Rollins (1987), en la interacción familiar se aprenden un complejo conjunto de significados que permiten la comunicación entre los miembros de la familia, compartir experiencias e involucrar a dos o más personas es un proceso social especialmente intenso."[8]

"Las personas comunicamos tanto digital (comunicación verbal) como analógicamente (lenguaje del cuerpo, rostro, no verbal). En las relaciones familiares, existe una predominancia del componente afectivo; por eso, en la vida familiar, se produce frecuentemente el nivel analógico de comunicación. Las patologías pueden radicar, así, precisamente, en la dificultad de traducir

correctamente esa comunicación analógica, lo que origina distorsiones y problemas en la comunicación, fenómenos de comunicación paradójica y doble vínculo.

La ambigüedad entre lo que se comunica y lo que se meta-comunica genera toda clase de problemas. Una clase particular de confusión entre el nivel comunicativo y meta-comunicativo es la paradoja. En una paradoja, el mensaje y el meta-mensaje se aluden y califican mutuamente de imposible solución. La comunicación paradójica produce situaciones de “juegos interminables” en las relaciones familiares, situaciones en las que, haga lo que haga, una persona nunca puede ganar.

El doble vínculo afectivo aparece cuando en un mensaje hay más de un nivel de comunicación y éstos son incongruentes. Las situaciones de doble vínculo, en las que una de las partes queda acorralada y expuesta, son corrientes en familias con conflictos, y aparecen cuando:

1. El sujeto queda envuelto en una situación que supone una gran intensidad emocional, lo que implica la presencia de una relación en la que es de importancia vital discriminar el tipo de mensaje que se recibe, para poder dar una respuesta adecuada.

2. El sujeto queda atrapado en una relación en la que la otra persona envía dos mensajes distintos contradictorios.

3. La persona que recibe el mensaje no puede responder, bien por la incongruencia de los mensajes recibidos o bien porque se encuentra envuelta en una situación de manipulación afectiva.

En cualquier caso, lo indudable es que cada familia tiene un estilo propio de comunicación, no sólo internamente, sino, también, cuando interactúa con otros sistemas. Esto es lo que algunos autores denominan la ***"danza de la familia"***, que implica una actuación de la familia de forma redundante."[9]

1.4.2. Los roles

Cuando hablamos de roles, se entiende por las funciones que desempeñan cada miembro de la familia, y que han sido otorgadas sin pedírselas pero que se deben ir construyendo, por ejemplo: una pareja al casarse, la mujer toma el rol de madre y sus respectivas funciones, al igual que el esposo toma el rol de padre, de aquí que los demás miembros que lleguen a formar parte de la familia, deberían tener sus roles, para un mejor funcionamiento, puesto que se considera a una familia como sistema, dentro de este habrán subsistemas que ayuden a mantener armonía, no solamente sin la ausencia de conductas dañinas, sino, con el correcto manejo o funcionamiento de los roles determinados por cada miembro, así entonces los roles, "ordenan la estructura de las relaciones de la familia. Deben ser flexibles. Cada persona en la familia desempeña una variedad de roles que se integran en la estructura de la familia y se refieren a la totalidad de las expectativas y normas que una familia tiene con respecto a la posición y conducta de sus miembros. La asignación de roles en una familia se efectúa en virtud de la posición de los miembros en los subsistemas."[10]

“Los aspectos estáticos y dinámicos de la conducta de rol quedan reflejados en dos conceptos relacionados, la asunción de roles (*role-taking*) y la creación de roles (*roles-making*).”[11]

Con el concepto anterior se manifiesta que la asunción de roles, son aceptados por los miembros para una mejor estructura familiar y su debido desempeño, en cambio con la creación de roles, la inestabilidad familiar y el desorden pueden llegar en cualquier momento, dado que cada integrante de la familia tiene una función, al ocurrir la creación de un rol, estaría abandonando por parte su individualidad y su desempeño, para realizar funciones que no le corresponden y que posiblemente no esté preparado, por ejemplo: en el caso de un hijo con un padre alcohólico, deberá salir por cierta parte de su rol, para asumir el rol de padre, y parte de pareja, al fomentar, tranquilidad a su madre, compañía, necesidades económicas si la madre no trabaja, rol que debe ser realizado por el esposo.

“De esta forma, padres e hijos tienen la capacidad de compartir significados comunes y asumir el rol del otro. Con la adopción del rol del otro (*role-taking)*, los miembros de la familia pueden ver tanto el mundo social como ellos mismos desde la perspectiva del otro miembro de la familia. Esta capacidad de adoptar roles y de compartir significados permite anticipar la respuesta de los otros miembros de la familia y desarrollar una relación de una intensidad especial.”[12]

Pero esta capacidad de asumir roles no concernientes al individuo, como el hijo toma el rol de padre, puede generar malestar, frustración en actividades

personales, disfunciones y futuros problemas de identificación personal, llegando a creerse responsable por los demás olvidando su propia vida.

1.4.3. Reglas, normas y valores.

“El concebir a la familia como un sistema relacional, involucra que las conductas de los individuos son interdependientes, mutuamente reguladas y en alguna medida predecibles. Este mecanismo regulador interno estás constituido por un entramado de reglas implícitas y explícitas.

Las reglas explícitas corresponden a lo que por lo general llamamos normas. Son acuerdos negociados conscientemente, como por ejemplo: los horarios de las comidas. Las reglas implícitas son las que sirven de marco referencial para los actos de cada uno, para la posición comunicativa de uno respecto a los otros y el tipo de relaciones que mantienen. Estas reglas comúnmente no son necesariamente percibidas como tales por los miembros de la familia, quienes sienten más bien que actúan “naturalmente” o que están reaccionando a una determinada situación.”[13]

“La homeostásis de la familia se mantiene, en parte, en la medida en que los miembros se adhieren a acuerdos implícitos. Las reglas, necesarias para cualquier estructura de relaciones, son la expresión observable de los valores de la familia y la sociedad. Es decir, las reglas representan un conjunto de prescripciones de conducta que definen las relaciones y organizan la manera en que los miembros de la familia interactúan. Pueden ser explícitas, implícitas, secretas y metareglas. Las familias funcionan con una mezcla de todas ellas. Las reglas implícitas o explícitas, a su vez, pueden ser funcionales

o, también, disfuncionales, con consecuencias, en este último caso, muy negativas para la familia.

A las familias les resulta muy difícil explicitar las normas que rigen sus relaciones dado que, en parte, no están rígidamente definidas, sino que van surgiendo como resultado del delicado balance emocional entre las necesidades de cada uno de los miembros y las de la familia como grupo.

1.4.4. Los patrones de comportamiento

Los patrones de comportamiento de una familia surgen como resultado de interacciones entre todos los subsistemas familiares, y de éstos con el medio. Son repetitivos y estables; definen tanto los límites como la estructura del sistema familiar; ofrecen una visión estable de la realidad; proporcionan un sentimiento confortable para los miembros de la familia y ofrecen información del interior y exterior del sistema familiar.

Como hipótesis, se plantea que los comportamientos problemáticos de las familias forman parte del patrón de comportamiento, y surgen cuando la familia no se ajusta a los cambios.

1.4.5. Las relaciones triangulares

Se considera que en el contexto familiar existen alianzas o coaliciones en función de la inclusión o exclusión de un tercero. Cuando la tensión emocional en un sistema de dos personas sobrepasa cierto nivel, forma un triángulo que incluye a una tercera persona, lo que permite que la tensión cambie dentro del triángulo.

Este fenómeno de formación de triángulos puede observarse en muchas familias adoptando formas muy variadas que proyectan luz para la comprensión de conflictos y tensiones. Se trata de una situación de relación en el ámbito de la cual tres miembros de un sistema relacional, perteneciente a dos generaciones diversas, se disponen de tal modo que forman una alianza que une a dos de ellos, de generaciones distintas, contra el tercero.

Algunas de las situaciones más típicas de triangulación en una familia:

a) Triangulación manipulada por los padres en conflicto: surge cuando cada uno de los padres requiere que el hijo se una a él contra el otro progenitor. En realidad, es una lucha de poder entre el padre y la madre, en la que el hijo queda atrapado.

b) Triangulación por rodeo: se produce cuando los padres en conflicto utilizan al hijo, sin aliarlo claramente a ninguno de ellos, para mantener la relación de pareja aparentemente en equilibrio y armonía. Se convierte al hijo en un problema sobre el que hay que consultar (el “hijo-síntoma”).

c) Coacción estable (lo que se denomina “triángulo perverso”): existe cuando se establece una coalición transgeneracional rígida contra el otro progenitor. Tal alianza se caracteriza por el hecho de ser negada por parte de los dos aliados todas las veces que el tercero se lamenta de ello.

1.4.6. Cohesión – diferenciación

La cohesión familiar hace referencia a la fuerza de los lazos que unen a los miembros de una familia y se traducen en conductas tales como hacer muchas

cosas juntos, tener amigos e intereses comunes, establecer coaliciones, compartir tiempo y espacio.

El grado de cohesión está relacionado con la diferenciación de cada uno de sus miembros. Una diferenciación extrema amenaza con desintegrar la familia y una cohesión excesiva amenaza con destruir el espacio para el crecimiento personal.

Para sintetizar, con respeto a la díada cohesión – diferenciación, se presentan tres posibilidades:

a) equilibrio entre ambas tendencias: familia normal

b) predominio de la diferenciación en detrimento de la cohesión: familia con amenaza de desintegración

c) predominio de la cohesión en detrimento de la diferenciación: familia con un miembro identificado como “chivo expiatorio”

La respuesta del sistema familiar a la cohesión y diferenciación varía según se trate de sistemas flexibles y rígidos:

En los sistemas familiares flexibles, la familia, con el tiempo, es capaz de cambiar los equilibrios entre las funciones asumidas por sus miembros; es decir, cambian sus mutuas relaciones (estado de cohesión) y el crecimiento individual de cada uno de ellos (estado de diferenciación).

El sistema familiar se vuelve rígido cuando una acumulación de funciones pesa sobre las necesidades de diferenciación de sus miembros o, también, cuando

existe una incapacidad de modificar sus funciones en el tiempo. El espacio personal se reduce y el espacio de interacción se torna rígido. Ejemplo: familias con “miembro identificado”.[14]

1.5. LAS RELACIONES FAMILIARES

“Entendemos por relaciones familiares los vínculos de interacción de las personas en el seno familiar por razones biológicas, psicológicas, económicas, políticas, sociales, jurídicas, etc.

Esta definición va más allá de los vínculos sanguíneos o de parentesco tradicional, haciendo frente a las nuevas necesidades y tendencias de formación familiar. El equilibrio de socialización del individuo pasa por la solidez de los fundamentos relacionales en todas las instituciones sociales -familia, escuela, empresa, relaciones de amistad, ocio, etc.- las relaciones son las respuestas de los individuos a la necesidad de socialización.

Flandrin (1979) encuentra dos acepciones diferentes en el término “relaciones familiares”: en el ámbito de la antropología, alude a la noción de parentesco: “la totalidad de las personas conectadas por casamiento o filiación”; y desde la perspectiva sociológica, como resultado sumativo de la noción de co-residencia y de la de parentesco: “personas relacionadas por parentesco que viven bajo el mismo techo”.[15]

1.6. LAS REDES FAMILIARES

1.6.1. Redes familiares.

“Vínculos de relación formal e informal para cubrir las necesidades de protección, cuidado y atención a las personas con carencias básicas familiares.

Izquieta Etulain para reducir la incertidumbre del amplio campo de significación de términos de “redes familiares” destaca tres objetivos: delimitar la naturaleza, extensión y variabilidad de la protección; definir la forma y dinámica que las caracteriza; y determinar los retos que tienen por delante.

1.6.2. Naturaleza del Vínculo.

Los contenidos de la protección familiar, siguiendo a Maslow, van desde las necesidades básicas de la base de la pirámide hasta las de autorrealización. Y en lo que sí ha cambiado mucho la protección familiar es la consideración de que era una obligación de las mujeres. Izquieta, siguiendo a Comas, determina expresamente “es la vinculación de las mujeres a la familia la que determina su rol de cuidadoras y no su naturaleza especial como mujeres”.

Respecto a la nueva forma y dinámica que configura las redes familiares, Izquieta siguiendo a Requena y Lamo de Espinosa, señala que factores como el “continuado descenso del tamaño medio de los hogares, el crecimiento de los hogares unipersonales y de los no integrados por un núcleo familiar y la presencia de la monoparentalidad, asociada a la soltería, conducen a una etapa de transición que lleva desde una sociedad de familias a una sociedad de individuos, lo que significa el desvanecimiento y propio fin de la familia”.

Respecto a los retos, Izquieta parte de la realidad de que la dinámica familiar tanto puede llegar a favorecer las redes familiares como a debilitarlas.”[16]

1.7. LA FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

“Según Virginia Satir, hay familias disfuncionales o conflictivas y funcionales o nutricias. Las conflictivas tienden a estar sujetas a reglas rígidas e inmutables y su comunicación es más bien indirecta, vaga o incluso inexistente. En estas familias subyace cierto sentimiento de culpabilidad que les bloquea la capacidad de disfrutar de la vida por lo que en ellas hay desesperanza, impotencia y soledad. También es verdad que hay familias disfuncionales en las que las normas son arbitrarias, es decir, dependen del humor o del estado de ánimo de los progenitores. En ellas la comunicación entre sus miembros puede llegar a ser caótica: todos hablan a la vez, se interrumpen unos a otros y nadie escucha a nadie.

Por otro lado, las familias funcionales o nutricias son aquellas que, entre otras cosas, tienen unas normas flexibles y adaptadas a las necesidades de las diferentes etapas evolutivas. Para estas familias lo primordial es disfrutar de la vida y de sus relaciones familiares.

Y entonces, ¿existen distintos tipos de familias? En realidad, para los terapeutas familiares las familias no se subdividen en compartimientos estancos sino que gráficamente se distribuyen en una línea recta formando un continuum progresivo: en un extremo situaríamos las familias disfuncionales y en el otro las “sanas” o funcionales. La mayoría de las familias, sin embrago, se encuentran en la parte central del continuum, lo cual quiere decir que, en ocasiones, atraviesan períodos difíciles de manera que sus relaciones se acercan hacia la “zona conflictiva”. Afortunadamente, también viven épocas

mejores en las que las relaciones familiares son constructivas y se aproximan a la “zona nutricia”.

Estamos convencidos de que las familias conflictivas pueden convertirse en funcionales porque tienen capacidad para evolucionar y transformar su propia realidad. Si bien todo cambio se inicia con la toma de conciencia, son las experiencias las que posibilitan ese cambio. Para ello, lo primero es reconocer que las relaciones familiares no son buenas y luego tomar la determinación de iniciar el proceso de cambio. Aunque la mayoría de veces las dificultades pueden resolverse en el seno familiar, en otros casos los conflictos son más graves y se hace necesario recurrir a la ayuda de un profesional.”[17]

1.8. FUNCIONES FAMILIARES

“La familia cumple ciertas funciones, que emanan del conjunto de tareas y actividades que realizan sus miembros, de acuerdo a su rol, y que le permite alcanzar sus objetivos psicobiológicos (reproducción, identidad familiar, y desarrollo y crecimiento de los hijos), culturales, educativos (transmisión de conocimientos y habilidades, de valores y creencias) y económicos.

Las seis funciones básicas de la familia son: comunicación, afectividad, apoyo, adaptabilidad, autonomía y transmisión de reglas y normas. Su tarea esencial es el apoyo al proceso de individuación (formación de la identidad y de la autonomía personal), junto con la entrega de un sentido de pertenencia, generando una identidad colectiva de la cual el individuo es parte y dando estabilidad a sus miembros.”[18]

1.9. CICLO DE VIDA FAMILIAR

“La familia es un sistema dinámico, que va cambiando y desarrollándose progresivamente a través del tiempo debido a cambios que se operan en su interior y por la influencia de un contexto social más amplio. Así como el individuo crece, se desarrolla, madura y envejece a través de cambios y ajustes sucesivos, también la familia experimenta su propia secuencia de desarrollo.

Esta evolución de la familia se da a través de etapas que forman un ciclo de desarrollo familiar. Se puede identificar ciertos logros o tareas familiares que deben ser alcanzados en cada etapa y que posibilitan el paso a la etapa siguiente. Hay situaciones de tensión y conflicto en la familia que son crisis esperables o “normativas”, propias del momento por el cual pasa la familia. Si no se logran superar las etapas anteriores, problemas que no fueron enfrentados reaparecerán una u otra vez a lo largo del ciclo familiar hasta ser superados.

1.10. ETAPAS DEL CICLO FAMILIAR

1.10.1. Formación de la pareja y comienzo de la familia. Familia sin hijos.

Esta etapa comienza formalmente con la ceremonia matrimonial, pero prácticamente lo hace mucho antes, con el pololeo y el noviazgo, que son pasos preparatorios para la unión y convivencia estable de dos personas.

La tarea central de esta etapa es el establecimiento de un compromiso permanente, el que se va profundizando a medida que pasa el tiempo. La pareja debe crear formas de relación y comunicación satisfactorias. Debe definir estilos de vida, rutinas e intereses, lo que implica que cada uno de los miembros de la pareja se modifica internamente para lograr una acomodación y

adaptación mutua. Esto está ligado a la formación de una identidad de pareja (un “nosotros” que va más allá del “tu” y “yo”), lo que implica pensarse de a dos.

Una tarea central de esta etapa es la definición de las relaciones futuras con las respectivas familias de origen, tarea que muchas veces es una de las más difíciles.

1.10.2. Etapa de crianza inicial de los hijos.

Esta etapa comienza con el nacimiento del primer hijo. La tarea fundamental de esta etapa es crearle un espacio al niño en la familia. La madre desarrolla una mutualidad con el niño, que implica empatizar con sus necesidades biológicas y psicológicas para satisfacerlas. Este vínculo madre-hijo es fundamental para que el niño desarrolle una sensación de confianza básica en el mundo.

La llegada de un nuevo miembro a la familia plantea dificultades. Por un lado, para la pareja, que debe redefinir su manera de relacionarse sentimental y sexualmente (compartir la atención y el amor y restringir su actividad sexual a los momentos en que logren intimidad), y por otro, para el hombre, que puede sentirse celoso y desplazado. Cada hombre y mujer debe adquirir el rol de padre y madre con la asunción de una serie de conductas ligadas a los roles de paternidad.

Cuando llegan más hijos a la familia, esta situación se repite. El padre y los hermanos mayores deben pasar por la misma situación. La competencia entre hermanos puede ser una fuerte fuente de tensión. En esta etapa los padres están fuertemente exigidos por las labores de cuidado y protección de la prole.

1.10.3. Familia con hijos pre-escolares.

Esta etapa comienza con la entrada del hijo mayor al jardín infantil. El niño desarrolla mayor dominio sobre su cuerpo y comienza a conocer y explorar su medio ambiente. Los padres deben permitir y aceptar esta mayor autonomía y al mismo tiempo proteger al niño de los posibles peligros de ésta. La sobreprotección por parte de los padres puede inhibir al niño y limitar muchas de sus potencialidades. Es así como los padres deben enseñar al niño a controlar sus impulsos y a obedecer una serie de normas, aunque éste no comprenda su sentido.

1.10.4. Familia con hijos escolares.

Esta etapa comienza con el ingreso del hijo mayor al colegio. Este se separa parcialmente de la familia para desarrollarse en el ámbito escolar. Es una época de prueba para la familia porque el medio escolar y sus exigencias evalúan la “eficiencia” con la que los padres han criado y socializado a su hijo.

Los padres deben aceptar que al entrar el niño al colegio van a separarse de él y que además van a comenzar a aparecer otras personas importantes para el niño, como profesores, compañeros y amigos. Al tener compañeros, el niño va a conocer otras familias con otros estilos de funcionamiento, lo que le permite hacer comparaciones con su propia familia.

Los padres, y en especial la madre, comienzan a tener más tiempo libre, lo que les permite retomar sus actividades y trabajos alternativos. En esta etapa la relación de pareja se afirma gradualmente, o se produce un distanciamiento progresivo si no se han logrado desarrollar áreas de satisfacción compartida.

1.10.5. Familia con hijos adolescentes.

Los padres en esta etapa deben aceptar el crecimiento y desarrollo de su hijo y darle el derecho para decidir personalmente en relación a su futuro laboral, sexual y familiar. Estas decisiones pueden o no coincidir con las expectativas de los padres. Para muchas familias es difícil aceptar esta realidad, por lo que el proceso se hace tremendamente lento. Los padres pueden cerrarse y asumir una actitud controladora que busque retardar la independencia del joven, o pueden reaccionar apoyando a sus hijos, manteniendo una comunicación abierta y las posibilidades emocionales y materiales para que el joven comience una vida independiente exitosa. También es posible observar en ciertas familias un intento por apurar el proceso de separación de los hijos fomentando una rápida inserción al mundo laboral o desligamiento con la familia.

La pareja puede actuar de común acuerdo ante estas situaciones de tensión, o adoptar posiciones diferentes, tratando que su hijo cumpla con expectativas propias no satisfechas. Un padre no profesional puede obligar a su hijo con pocos intereses académicos a entrar a la Universidad, o la madre poco atractiva empujar a su hija físicamente agraciada a desarrollar gran actividad sentimental o social.

1.10.6. Periodo medio y terminal de la familia.

Este periodo ha sido el menos estudiado. Comienza cuando el último hijo abandona la casa para formar una propia familia.

La pareja vuelve a estar sola y se produce lo que se llama “nido vacío”. En la medida en que se prolonga la expectativa de su vida y se mejora la calidad de ésta, es posible que la familia atraviese por una etapa estable y positiva. Esta etapa es especialmente difícil para aquellas mujeres que se dedicaron casi exclusivamente a la crianza y cuidado de los hijos, y para aquellas parejas que no desarrollaron áreas comunes de interés centrándose principalmente en el crecimiento de sus hijos.

Por otra parte, el momento de la jubilación es mal tolerado por muchos hombres que centraron su vida en el trabajo. Los que aceptan positivamente esta situación, quieren volver a la familia, para recuperar el tiempo en que la mantuvieron más descuidada por el trabajo. Sin embrago, en ocasiones esto es totalmente opuesto a lo que le ocurre a la mujer, quien estuvo fundamentalmente en el hogar y ahora, sin e peso de la crianza, desea salir y dedicarse a sus intereses propios. Este desacuerdo lleva a que en esta edad puedan producirse separaciones.

En esta etapa uno de los miembros de la pareja experimenta la viudez. Hoy día es más frecuente que sea la mujer, dada la menor expectativa de vida del sexo masculino.

1.11. CRISIS NORMATIVAS

Las crisis normativas son aquellas crisis esperables y que forman parte del ciclo de vida familiar.

1.11.1. Formación de la pareja y comienzo de la familia. Familia sin hijos.

Crisis normativas más frecuentes de esta etapa:

a) La decisión acerca del grado de cercanía física de los novios. La relación sexual pre-matrimonial (si se llega a ella) puede traducirse en embarazos tempranos, con diferentes consecuencias riesgosas para la salud, así como también en crisis para las familias de origen de los adolescentes.

b) La decisión con respecto al momento y oportunidad del matrimonio también genera tensión, lo que puede traducirse en cuadros ansiosos o psicosomáticos.

c) Después de consumado el matrimonio, la separación de un miembro de la pareja de su familia de origen, especialmente en los casos en que los vínculos son muy cercanos. Las típicas crisis se dan en relación al uso del tiempo, cuando uno de los recién casados quiere retomar una y otra vez a visitar a sus padres.

1.11.2. Etapa de crianza inicial de los hijos.

Crisis normativas más frecuentes de esta etapa:

a) El primer embarazo genera típicamente fantasías en la futura madre respecto al desenlace del parto y del estado de salud de su futuro hijo.

b) Después dl parto, la mujer enfrenta un brusco cambio de identidad en el momento de asumir el rol de madre. Este cambio es difícil para algunas mujeres y pueden ligarse a depresiones puerperales.

c) A pesar de la satisfacción por el hecho de convertirse en padre, el marido puede experimentar una sensación de “exclusión” y a sentirse desplazado, lo que puede llevar a algunos hombres al alcohol, a la dedicación completa al trabajo o a la búsqueda de relaciones extra-matrimoniales.

En resumen, la crisis principal de esta etapa tiene relación con abrir una relación de a dos para crearle espacio, primero a una tercera persona, y luego a otros hijos.

1.11.3. Familia con hijos pre-escolares.

Crisis normativas más frecuentes de esta etapa:

a) El tiempo que se dedica a los hijos puede entrar en conflicto con el tiempo que la pareja tiene para sí. Esta tensión puede ser abierta, generando peleas en la pareja, o bien encubierta, alejándose uno del otro. Cuando esto ocurre, generalmente la madre se centra en el cuidado de los hijos y el p adre en actividades fuera de la casa.

b) Por otro lado, el tiempo que se dedica a la crianza de los hijos puede entrar en conflicto con el tiempo necesario para el desarrollo profesional y laboral. Esto se da especialmente en las etapas iniciales de la vida profesional, y con mayor fuerza en el caso de la mujer trabajadora-jefa de hogar, quien muchas veces debe realizar dos trabajos cada día: su ocupación y la preocupación de la familia.

c) La planificación del número de hijos y las medidas de control de natalidad pueden seo otra área de preocupación. Estas decisiones tienen que

ver con aspectos morales y valóricos y con la realidad económica y laboral de la familia.

1.11.4. Familia con hijos escolares.

Crisis normativas más frecuentes de esta etapa:

a) La salida del niño del hogar mide la capacidad de la familia de tolerar ese distanciamiento inicial. Hay muchas fobias escolares que surgen en niños que han sido muy sobreprotegidos y se angustian mucho al verse solos en un ambiente nuevo. El tiempo que el niño pasa fuera de la casa, en el colegio o con amigos, pasa a ser una frecuente fuente de conflictos.

b) El rendimiento escolar se transforma en un área de preocupación y posible conflicto para la familia. Esto puede darse especialmente en hogares de clase media profesional, donde lo intelectual se valora mucho. Los problemas de aprendizaje son motivos de consulta frecuentes.

c) La adaptación sexual es un área de la vida de pareja de altos y bajos. En esta etapa la preocupación por los hijos (la dificultad en algunos casos para tener intimidad) y por el trabajo, pueden convertirse en obstáculos para lograr una adaptación satisfactoria. Estadísticamente existe un mayor número de conflictos y separaciones conyugales entre el séptimo y el décimo año de vida de la pareja.

1.11.5. Familia con hijos adolescentes.

Crisis normativas más frecuentes de esta etapa:

a) La aceptación del crecimiento biológico, y en especial del desarrollo sexual de los hijos. Para los padres, esta aceptación implica reconocimiento del propio envejecimiento.

b) La “crisis de la adolescencia” de los hijos muchas veces coincide con la “crisis de la edad media” por la que pasan los padres, lo que hace que esta etapa sea potencialmente conflictiva. Muchas conductas adolescentes consideradas inadecuadas (por ejemplo, consumo de marihuana) pueden ser entendidas al explorar los conflictos por los que están pasando uno o ambos padres.

c) Muchos padres tienden a sobre-identificarse con sus hijos, compitiendo en logros deportivos o sentimentales con ellos. Otros pretenden dirigir sus vidas y realizar sueños no cumplidos a través de sus hijos, tratando de intervenir en sus elecciones vocacionales o de pareja.

1.11.6. Periodo medio de la familia.

Las crisis normativas más frecuentes de esta etapa están relacionadas principalmente con el distanciamiento entre los hijos y los padres.

a) Las familias que toleran mal este distanciamiento pueden presionar a sus hijos para impedir que se alejen. Muchas situaciones de hijos mayores que se mantienen solteros tienen relación con esta intolerancia a la separación. Para los padres, la salida del hogar del último hijo implica aceptar definitivamente el envejecimiento y el comienzo de la disolución de la familia.

b) La salida de los hijos de la casa es un hecho conflictivo especialmente para aquellas mujeres que centraron su vida en la crianza de los hijos. Con su partida, la pareja vuelve a encontrarse sola nuevamente, como principio. No es raro encontrar cuadros depresivos como reacción a esta situación.

c) Las dificultades de la relación de pareja pueden reaparecer. Muchas parejas que se mantuvieron unidas en la crianza de los hijos se distancian al darse cuenta que no desarrollaron áreas de interés común fuera del cuidado de sus hijos. Por esta razón la separación es frecuente en esta etapa.

d) La dificultad para adaptarse a la jubilación y al retiro puede darse especialmente en aquellas personas que centraron su vida adulta a su autoimagen en el trabajo. Esto también puede ocurrir a aquellas personas que no han consolidado una situación económica, personal o profesional en el momento de la jubilación.

e) La aparición de una enfermedad crónica en uno o los dos miembros de la pareja es muy frecuente en esta etapa, lo que puede hacer que ésta se convierta en un momento difícil. Uno de los miembros de la pareja debe dedicarse a cuidar del otro enfermo, lo que en ocasiones no es bien tolerado pues restringe las propias actividades. Agregado a esto, en muchas familias no se cuenta con cooperación y ayuda de los hijos para sobrellevar esta situación, lo que puede complicar aún más la crisis.

f) El enfrentamiento a la cercanía de la propia muerte, después del fallecimiento de un miembro de la pareja. El abandono y la soledad son frecuentes. La desaparición no solo de la pareja, sino de parientes, amigos y

otros seres queridos hace que la red social del anciano se reduzca y debilite, lo que lo hace susceptible a depresiones o cuadros hipocondríacos.

g) La adaptación a la familia de los hijos y nietos. La experiencia de ser abuelo puede ser muy satisfactoria para el anciano, o bien una situación de frustración y crisis para él y su familia.

1.12. CRISIS NO NORMATIVAS

Las crisis no normativas o accidentales son las que se producen por eventos que la familia percibe como catastróficos. Una catástrofe se entiende como "un evento inesperado que representa una amenaza a la supervivencia familiar y que, debido a las circunstancias en que se presenta, deja a quienes las experimentan con una sensación de intenso desvalimiento".

Crisis accidentales pueden ser las gatilladas por la muerte de un hijo o de uno de los padres, el embarazo de una hija adolescente, el alcoholismo de la pareja, la pérdida repentina del trabajo, la enfermedad terminal de un miembro de la familia, la adicción de un hijo adolescente.

Otro evento que puede ser considerado como una crisis no normativa es la separación matrimonial, situación que es experimentada con diferente intensidad y diversas consecuencias en cada familia.

Estas crisis son más difíciles de enfrentar ya que muchas veces no son previsibles, por lo que no existe una preparación sistemática para enfrentarlas. Además, sus consecuencias muchas veces son más traumáticas y menos positivas que las de las crisis normativas."[19]

1.13. FAMILIA Y ADICCIONES

“El problema de abuso de drogas y alcohol ha sido objeto de numerosos estudios que toman en cuenta a la familia, desde distintas perspectivas: la familia como factor de riesgo o causal, defectos de drogadicción en la familia, o bien participación de la familia en el problema de las adicciones en la prevención y el tratamiento. Analizar la participación de la familia en el problema de las adicciones no implica considerarla como causante, sino ver cómo, en confluencia con otros sistemas a los cuáles está conectada, la red de relaciones familiares se vuelve vulnerable e incorpora en ella la conducta adictiva de uno o más de sus miembros. Significa también por consiguiente, ver cómo puede ser parte importante en la búsqueda de soluciones.

1.14. FAMILIA Y ADOLESCENCIA

Los dilemas que enfrenta el individuo en la consolidación de su identidad se expresan en el mundo concreto de sus relaciones sociales y en la organización de sus capacidades en caminos cada vez más definidos. Este periodo de oscilaciones, incertidumbres y al mismo tiempo de constantes gestos de auto-afirmación por parte del joven, encuentra a los padres en una etapa que también puede ser crítica: están -por lo menos- en la “edad media”, y por lo tanto su perspectiva vital tiene una medida más concreta: los límites y posibilidades de las capacidades personales y de la relación de pareja son más visibles. Es, pues, una etapa de inestabilidad en las reglas familiares, de menor cohesión, y por lo tanto, la mayor ansiedad y más conflicto, tanto intergeneracional como de la pareja parental.

Todas las conductas en las cuales se manifiesta una mayor autonomía del hijo están relacionadas con el contexto familiar: en él esas conductas son dimensionadas y adquieren significados acordes con las expectativas de los padres y con el clima emocional por el que atraviesa la familia durante el periodo -por lo general en nuestra cultura- que el hijo despega.

Se puede entender, dado el cuadro descrito, que ésta sea una etapa vulnerable, tanto para los individuos como para el grupo. Durante la adolescencia aparecen algunas de las enfermedades mentales más importantes o se manifiestan los trastornos de personalidad. También son frecuentes las crisis matrimoniales y las separaciones de los padres. En esta etapa pueden iniciarse conductas de riesgo, tales como el consumo de alcohol y drogas.

1.15. EL ABUSO DE DROGAS Y DISFUNCIÓN FAMILIAR

Existen tres etapas en el uso de drogas por el adolescente: en la primera se consumen drogas legales (alcohol) como parte de un fenómeno social; en la segunda se consume marihuana, siendo la motivación principal la cohesión e identidad que otorga el grupo de pares; en la tercera se inicia el uso de drogas ilegales, dependiendo más de la calidad de las relaciones padres-adolescentes que de otros factores.

Resulta difícil distinguir las vulnerabilidades que ponen en riesgo a una familia en relación a las drogas. Se describe que en estas familias los hijos rara vez son reforzados y validados. Hay poca expresión de afecto y, en cambio, frecuentes mensajes críticos y quejas, lo que genera progresivamente un temor

al fracaso, inseguridad, autoimagen negativa y evitación de exigencia. También se mencionan las bajas expectativas educacionales de los padres hacia sus hijos, las débiles pautas de control e inconsistencia en los patrones de disciplina y se reseñan estilos de crianza infantilizadores por parte de la madre.

Sin embargo, ninguna de estas condiciones parece específica. “las familias de adictos parecen más similares a otras familias con disfunciones severas” (Stanton, 1988). Comparadas con las familias con un miembro adicto son más primitivas y directas en la expresión de conflictos, y tienen en su interior alianzas más abiertas y rígidas (como la prototípica relación cercana y conflictiva entre la madre y el hijo adicto, mientras el padre queda distante o excluido).

El rasgo sobre el cual existen más evidencias y consenso, es que las familias de adictos tienen una historia multigeneracional de uso de drogas, en especial alcohol, y tendencia a otras conductas compulsivas, como la automedicación e incluso el juego. El ambiente cercano del hijo que desarrolla una adicción suele ser de aprobación y tolerancia al consumo de drogas como forma de enfrentar problemas y de revertir estados de desagrado o desánimo.

Se puede concluir de estas observaciones que el consumo de drogas se instala en familias vulnerables en distintas formas, siendo una de las más posibles la existencia previa de pautas de organización que ya incluían la búsqueda del efecto de drogas. Queda por ver ahora cómo la organización disfuncional de una familia o la conducta adictiva de uno o más de sus miembros interactúan de modo que pueden perpetuarse y potenciarse mutuamente.”[20]

1.16. LA FAMILIA DEL ADICTO

Como la familia es la primera en recibir de forma directa las consecuencias del consumo de su familiar, esto da como resultado, la alteración de roles, comportamientos y actitudes, el ambiente se transforma igual que el concepto de familia, comenzando a tener ciertas características que la diferencian del resto de familias, aunque no sean visibles por los miembros de la misma, pero, que tienen una estructura particular, lo cual se puede tener en cuenta que desde esta perspectiva presentan las siguientes características y "se ha llegado a considerar la inclusión de (Washton 1995):

a) Cualquier persona que conviva con la familia del adicto.

b) Cualquier persona que ayude económicamente al adicto sea de forma directa o indirecta.

c) Cualquier persona involucrada en el control de las finanzas del adicto o que tome parte en las decisiones importantes de su vida.

d) El cónyuge o compañero/a.

e) Cualquier persona que tenga ascendiente sobre el adicto.

f) Cualquiera que esté auténticamente preocupado por el adicto y que quiera ayudarle (amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc)."[21]

"Los miembros de las familias que tienen un miembro adicto describen el ambiente familiar como apagado, sin afecto y sin alegría. Las emociones más intensas a menudo provienen de situaciones de violencia.

Experimentan sentimientos crónicos de alienación mutua, soledad, abandono y rechazo, así como de culpa, rabia y ansiedad. El joven que usa drogas se

siente excluido, no aceptado ni entendido y encapsulado. La comunicación dentro de la familia se caracteriza por mensajes confusos, dificultad para hablar de forma directa, evitación del contacto visual, y por el bloqueo frecuente de las interacciones diádicas debido a la intromisión de terceros.

Otro aspecto importante, que es consistentemente señalado en las descripciones de familias de adictos, es la minimización o negación del problema generado por las drogas. Con frecuencia los padres no perciben las señales de cambios en las conductas del hijo. Cuando el problema explota se culpan mutuamente o bien culpan al hijo y a sus amistades, con la implicancia de que tanto la inducción de éstas al consumo de drogas o el efecto de la adicción sobre su conducta lo absuelve de la responsabilidad sobre lo que hace. De este modo, aunque todos sepan que un miembro de la familia tiene una adicción, la respuesta concreta frente a esta realidad revela que se ignora el riesgo o las graves consecuencias que el problema puede tener."[22]

1.17. EL IMPACTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS EN LA FAMILIA

"Los efectos del abuso de sustancias con frecuencia se extienden más allá de la familia nuclear. La familia extendida puede experimentar sentimientos de abandono, ansiedad, temor, ira, preocupación, vergüenza o culpa; tal vez deseen ignorar, o cortar toda relación con la persona que abusa de sustancias. Algunos miembros de la familia hasta pueden sentir que necesitan protección legal de la persona con problema de abuso de sustancias. Es más, los efectos en la familia pueden persistir durante generaciones. Los efectos intergeneracionales del abuso de sustancias pueden tener un impacto negativo

en términos de los roles que se van a emular, la confianza y la conducta normativa, lo que puede afectar negativamente las relaciones entre generaciones. Por ejemplo, el hijo de una persona con problemas de abuso de sustancias, puede convertirse en un padre sobreprotector y controlador que no les da a sus hijos suficiente autonomía.

Las personas que abusan de sustancias es probable que se sientan cada vez más aisladas de sus familias. Con frecuencia prefieren relacionarse con personas que abusan de sustancias o participar en otras formas de actividad antisocial. Estos compañeros se apoyan unos a otros y refuerzan su conducta.

Según relly (1992) describe varios patrones de conducta de interacción caracerísticos, uno o más de los cuáles podrían estar presentes en familias con padres o hijos que abusan de sustancias ilícitas o alcohol:

1. Negativismo. Toda comunicación entre los miembros de la familia es negativa y consta de quejas, críticas y otras expresiones de desagrado. El ánimo general de la familia es decididamente pesimista y se ignora el comportamiento positivo. En este tipo de familia, la única manera de llamar la atención y animar la situación es crear una crisis. Este negatividad puede reforzar el abuso de sustancias.

2. Inconsistencia paterna. Las reglas se establecen de forma errática, se ponen en vigor erráticamente y la estructura familiar es inadecuada. Los niños están confundidos porque no pueden discernir los límites entre el bien y el mal. Como resultado, tal vez se comporten mal con la esperanza de obligar a sus padres a establecer límites claros. Cuando los niños no tienen límites claros no pueden

predecir las reacciones de sus padres y ajustar su conducta de forma correspondiente. Estas inconsistencias tienden a estar presentes no importa si la persona que abusa de sustancias es un progenitor o un niño y crean sentimientos de confusión en los niños, un elemento clave.

3. Negación paterna. A pesar de señales claras de peligro, la posición de los padres es: (1) "¿Qué problema de alcohol / drogas?" "¡No vemos ningún problema de drogas!" o (2) después de que las autoridades intervienen: "¡Usted está equivocado! ¡Mi hijo no tiene un problema de drogas!"

4. Ira mal expresada. Los niños o padres que resienten la distancia emocional que impregna sus hogares y temen expresar su indignación, abusan de sustancias como una forma de manejar la ira reprimida.

5. Automedicación. Los padres o hijos usan drogas o alcohol para hacer frente a pensamientos o sentimientos intolerables como ansiedad severa o depresión.

6. Expectativas poco realistas de los padres. Si las expectativas de los padres no son realistas, los hijos pueden excusarse de no satisfacer cualquier expectativa futura diciendo, en esencia: "no pueden esperar nada de mí, soy sólo un tecato, drogadicto, junkie. O a la inversa, pueden esforzarse obsesivamente por dar el máximo, aunque siempre convencidos de que no importa lo que hagan, nunca será suficiente, o puede bromear y hacer payasadas para ahuyentar su dolor, o pueden retraerse para así esquivar el dolor. Si las expectativas son demasiado limitadas y durante toda su juventud reciben el mensaje de que seguramente fracasen, tienden a ajustar su

conducta a las expectativas de sus padres, a menos que un adulto significativo intervenga con mensajes saludables, positivos y de apoyo."[23]

1.18. CODEPENDENCIA

"Un concepto ampliamente conocido a este respecto lo constituye el de **codependencia.** La persona codependiente convierte al consumidor en su principal prioridad y vive en función de él (ella), aplicando una serie de reglas que no son eficaces para "curar" al adicto y que se repiten una y otra vez, entre los cuales se hayan a menudo la hiperprotección y justificación. Las motivaciones pueden ser varias (Delgado y Pérez, 2004): ganancias secundarias, la consecución ocasional de pequeños cambios "prometedores", el temor a consecuencias peores si se abandona al consumidor, el sentirse responsable de lo que ocurre; la ocurrencia intermitente de períodos de abstinencia que el codependiente asocia a su propia conducta, etc."[24]

"El énfasis está puesto en las características personales del codependiente y no en la dinámica interpersonal y grupal que ya fue descrita. Las definiciones usadas apuntan al individuo: una persona codependiente es aquella que ha dejado que la conducta de otra persona la afecte, y que está obsesionada por controlar esa conducta. Las caracterizaciones se extienden en los rasgos que pueden presentar: tendencia a sentirse responsable por otras personas, a sentir ansiedad y culpa si otras personas tienen problemas, anticiparse a las necesidades de los demás, a sentirse víctimas, a tener baja autoestima, etc. Incluso se plantea que provienen de familias disfuncionales, pero que tienden a negar este hecho. Originado en la experiencia con alcohólicos crónicos, este

concepto se aplica especialmente a la esposa del alcohólico, pero su utilidad parece menos cuando se aborda el problema de la familia joven que consume drogas."[25]

1.19. DROGODEPENDENCIAS

"La familia constituye el elemento clave en el desarrollo de la mayor parte de los rasgos de la personalidad del individuo, tanto en sentido positivo como negativo. Es decir, el contexto familiar, las situaciones y dinámicas que se establecen en su seno, pueden promover o colaborar tanto el equilibrio de sus miembros o a todo lo contrario.

El caso objeto de este epígrafe es una de esas situaciones, el desarrollo de drogodependencias en la familia. Antes de entrar en el tema parece conveniente señalar algunas de las circunstancias que pueden conducir al desarrollo de las drogodependencias. Triana y Rodrigo, (1998), exponen algunas:

a) Muerte de un familiar significativo, separación de los padres.

b) Entorno de apego ambivalente e incoherente.

c) Vivir situaciones de privación económica y cultural.

Todas estas situaciones aluden a factores externos a la persona que se convierte en drogodependiente, no obstante, también se responsabiliza al drogadicto de su situación, y a este respecto existe controversia en relación al grado de determinados aspectos de la personalidad del individuo están implicados en estos procesos. Brickman y otros (1982) identificaron cuatro

modelos que tratan de determinar los niveles de responsabilidad del individuo, son los siguientes:

a) *Modelo moral:* Responsabilidad total, desde el inicio de la adicción a la superación de la misma.

b) *Modelo médico:* Ninguna responsabilidad, ni del inicio ni de la solución del problema.

c) *Modelo comprensivo:* Responsabilidad parcial: responsable del inicio pero sin capacidad para superar la adicción sin ayuda.

d) *Modelo compensatorio:* Responsabilidad parcial: no fue responsable del inicio pero tiene capacidad para superarlo por sí mismo.

La familia tiene un papel esencial en las situaciones de adicción, por ello, se analizan los factores de riesgo, las consecuencias de esta situación cuando aparece en los padres y por último las drogodependencias en los hijos.

1.20. FACTORES FAMILIARES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL ALCOHOLISMO Y DROGADICCIONES EN GENERAL

A la hora de hablar de contextos que pueden tener una influencia importante en el desarrollo de adicciones y conductas desadaptadas, hay que señalar de nuevo a la familia como el primer ámbito en el que la persona puede tomar contacto con esta droga o bien puede concentrarse con situaciones que induzcan a desarrollar otras adicciones, por supuesto, en estas consideraciones no se está restando importancia a otros contextos.

Los distintos estudios que relacionan familia y riesgo de adicciones (García-López y Ezquiaga 1991; Jiménez y Revuelta, 1991, Berjano y col. 1992; Generalitat Valenciana, 1993), conincidenn en señalar una serie de rasgos que facilitan la aparición de estas conductas. Algunos de estos factores en relación al alcohol son:

a) Actitud menos critica de la familia ante drogas sociales (alcohol y tabaco)

b) La edad de inicio en el alcohol, se rebaja en contextos en que el alcohol es habitual en la familia.

c) Un estudio de Generalitat Valencia reveló que más de las tres cuartas partes de los alcohólicos habían iniciado el consumo en la familia.

d) Las edades de inicio en los diferentes estudios se sitúan en torno los 11 y 13 años.

e) En el estudio de Valencia, los adultos con más influencia son: el padre en más dela mitad de los casos, la madre en una tercera parte y los abuelos en un 15%.

f) El consumo de alcohol en jóvenes tiende a incrementarse en entornos de relaciones familiares deterioradas.

En cuanto a otro tipo de drogadicciones, los estudios de Vaillan, 1983, Florez y otros, 1990; Mutzell, 1993; destacan, entre otros factores, los siguientes:

a) Entornos familiares con alto grado de hostilidad y escasa afectividad.

b) Entornos familiares violentos, abuso y abandono de hijos.

c) Antecedentes familiares con alcohol u otras drogas.

d) Estilos educativos incoherentes que promueven escasa resistencia a la adversidad.

Estas circunstancias determinan el desarrollo y tipo de personalidad que manifestarán las personas expuestas a estos ambientes, así, según estudios de Madden, 1984; Florez y otros; Mayes, 1995, algunas de las consecuencias son las que exponen a continuación:

a) Personalidades inseguras, baja autoestima, dependientes y depresivas.

b) Tendencia a enfermedades psicosomáticas y psicopatológicas.

c) Manifestación de conductas sociopáticas, retraimiento social.

Los modelos parentales a los que estuvieron expuestas las personas que han crecido en estos ambientes no fueron adecuados y, en consecuencia, han transmitido fundamentalmente esquemas confusos e inestables que, generalmente se traducen en:

a) Alto estrés ante la paternidad/maternidad.

b) Exceso de rigidez y control en sus esquemas de disciplina.

c) Conductas negligentes y de abandono.

d) Deficiente implicación emocional.

e) En algunos hombres pérdida progresiva de su autoridad en la familia.

f) Conflicto y hostilidad en la relación de pareja.

(Halebsky, 1987: Rodning, 1992; Mayes, 1995, Triana y Rodrigo, 1998)”[26]

1.21. LA NECESIDAD DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO

Como se mencionó anteriormente, la familia recibe el impacto del consumo del familiar, por lo tanto, no solamente, el consumidor se produce daño, sino que, produce daño a los demás integrantes de la familia, por tal razón, las conductas aprendidas por los integrantes de la familia, como la codependencia, el cambio de roles, el mal funcionamiento de los miembros, promueve y obliga a que los miembros de la familia, vivan, experimenten un cambio saludable, para poder mantener una relación afectiva sana.

Existen alteraciones que ocurren durante el periodo de consumo de sustancias psicotrópicas, “dichas alteraciones comprenden aspectos tan diversos como:

a. Dificultades de adaptación a las demandas generadas por la situación.

b. Dificultades derivadas de la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas.

c. Dificultades derivadas de la necesidad de reorganización de roles.

d. Dificultades para mantener la autonomía e independencia de los miembros de la familia.

e. Sobrecarga emocional, física y/o económica.

f. Alteraciones en la esfera emocional, física y/o social, incluyendo sintomatologías ansioso-depresivas, labilidad emocional, somatizaciones, dificultades de sueño y de alimentación, restricción de actividades y contactos sociales, etc.

En el caso concreto de los problemas por abuso y dependencia de sustancias, se ha venido desarrollando una conciencia creciente acerca del impacto que el consumo de drogas por parte del individuo tiene en otros miembros de la familia, incluyendo la familia extensa y amigos (EIU, 2002). Entre las áreas más directamente afectadas por el abuso de drogas por parte de un familiar encontramos las siguientes (Washton, 1995; EIU, 2002):

1.21.1. Consecuencias económicas

Incremento del gasto económico (pago de tratamientos, desplazamientos, pago de deudas contraídas por el paciente…)

1.21.2. Consecuencias laborales

Disminución del rendimiento laboral

Dificultades de concentración

Permisos para realizar acompañamientos/asistir a terapias

Horas extras para sufragar gastos

1.21.3. Consecuencias intrafamiliares

Reorganización de roles

Incremento en las tensiones familiares

Alteraciones en la comunicación

Discusiones frecuentes

Pérdida de cohesión y rupturas del núcleo familiar en casos extremos.

1.21.4. Consecuencias en la salud física y psicológica

Cambios de humor

Irritabilidad

Culpa

Preocupación, miedo, confusión

Sintomatología ansioso depresiva

Trastornos de ansiedad y depresión

Enfermedades relacionadas con el estrés

Hipertensión, úlceras, cefaleas,

Pérdida del apetito o compulsión por la comida

Alteraciones en los patrones de sueño.

1.21.5. Consecuencias sociales

Tendencia al aislamiento de familia y amigos

Reducción de las actividades de ocio

Miedo al rechazo

Ocultación

Por otro lado, del mismo modo que la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo, a su vez la familia influye en éste; por lo que puede convertirse en una fuente importante de apoyo para la rehabilitación e integración o, por el contrario, obstaculizar el proceso terapéutico. Así, podría decirse que **la intervención con la familia de la persona drogodependiente responde a una doble necesidad**: a fin de minimizar el impacto que la conducta problema tiene en la familia, y a valorar y reconducir la influencia que el funcionamiento familiar tiene en el origen y, fundamentalmente, mantenimiento de la conducta problema."[27]

CAPÍTULO 2

DROGAS

2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS DROGAS

2.1.1. Drogas y toxicidad

“De la Antigüedad nos llega un concepto –ejemplarmente expuesto en griego con el término phármakon– que indica al mismo tiempo “remedio” y “veneno”. No una cosa u otra, sino las dos inseparablemente. Cura y amenaza, pues, se solicitan recíprocamente. Unos fármacos serán muy tóxicos y otros, mucho menos; pero ninguno será sustancia inocua o mera ponzoña insustancial. Como dijo Paracelso: “Sólo la dosis hace de algo un veneno”. En el considerado primer tratado de botánica, Teofrasto (Hist. plant., IX, 11, 6.) afirmaba lo siguiente: se administra una dracma si el paciente debe tan sólo animarse y pensar bien de sí mismo; el doble si debe delirar y sufrir alucinaciones; el triple si ha de quedar permanentemente loco; se administrará una dosis cuádruple si debe morir (Escohotado, 2001). Según Romero (2005), “pharmakeuin denominaba, dependiendo del contexto, tanto la práctica de la brujería como la utilización de medicinas”. Y Galeno de Pérgamo (130-200 d.C.), en relación a las drogas, afirmaba que éstas son como “espíritus neutros”, es decir, que pueden ser convenientes o no según sea el momento y la persona. Podríamos decir entonces que aquí reside una de las muchas paradojas de las drogas. Su propia definición no es fácil, y se nos pueden mostrar como algo relativo dependiendo siempre de la cantidad, del momento, de la situación y de la expectativa que de ellas se tenga. Nos hallamos ante

sustancias que modifican el organismo, que pueden usarse con fines médicos o lúdicos, pero cuyo exceso puede conllevar graves deterioros, incluso la muerte.

Se ha explicado en ocasiones que existen tres tipos de sustancias: las que asimila el organismo, las que no asimila –por ejemplo el plástico– y, por último, las que alteran o perturban el organismo, es decir, las tóxicas, donde incluimos las drogas. Aunque también conviene señalar, que una sustancia bien asimilada suele modificar el organismo de alguna manera.

En este orden de cosas, podríamos decir que existen multitud de sustancias tóxicas (drogas) en la naturaleza, que transforman el organismo continuamente, sustancias capaces de producirnos efectos psicoactivos. "Llámense drogas o medicamentos, estos compuestos, aun en cantidades relativamente pequeñas, pueden lesionar e incluso llegar a matar. Como a una sustancia detales características la llamamos 'veneno', es propio de todas las drogas ser venenosas o tóxicas, Escohotado (2001)."

Existen muchas definiciones distintas de "droga", pero para resumir diremos que es una sustancia psicoactiva que modifica el organismo vivo, generando en él un refuerzo positivo, lo cual promueve el deseo de repetir la conducta; aunque también pueden asumir otra intención, como es la de atenuar el dolor físico o emocional. Hablamos de sustancias que tras su administración ofrecen una recompensa emocional, pero también otras consecuencias negativas, puesto que afectan al comportamiento de una forma no deseada, a las funciones del cuerpo, a toda la persona en su conjunto y, por añadidura, puede

afectar a terceras personas. Son sustancias que provocan tolerancia y abstinencia, y la mayoría de ellas pueden generar dependencia tanto física como psicológica.

Por lo tanto, un intento de una correcta definición debe incluir, no sólo los efectos individuales, tales como la dependencia o la tolerancia, sino también los aspectos sociales. La drogas son sustancias psicoactivas externas al cuerpo que modifican el organismo con capacidad reforzadora positiva en sus primeros momentos, y pueden llegar a ser un refuerzo negativo si su uso es continuado; pudiendo generar tanto dependencia psicológica y física indistintamente, y llevar a la persona a padecer problemas a todos los niveles, familiar, social, económico, etc.

2.2. USO Y HÁBITO

Merced a lo expuesto hasta ahora, las drogodependencias, popularmente llamadas adicciones, son una cuestión de grado, es decir, que el proceso se ha de entender de un modo escalonado y queda lejos de la dicotomía “presente ausente”.

De esta forma podremos establecer necesarias matizaciones entre uso y abuso, diferencias en ocasiones sutiles que intentaremos acotar. Autores como Edwards, Arif y Hodgson (1981) propusieron diferentes matices del uso. Por ejemplo, el uso desaprobado, que indica que la sociedad no aprueba el consumo de una determinada sustancia. El uso nocivo, o uso peligroso, por su parte, prevé las diferentes consecuencias que el consumo de drogas acarreará. Por fin, el uso desadaptativo, hace hincapié en la modificación de los hábitos

que conlleva la ingesta de tóxicos. Actualmente, se emplea el término uso cuando no hay complicaciones, problemas o sufrimiento para la persona. Es decir, se trata de un uso ocasional, cultural, un uso definido para una situación definida, un uso esporádico (Pérez y Martín, 2007).

El uso, por lo tanto es la simple utilización, en momentos puntuales, con la intención de probar tan sólo o el capricho de atesorar una experiencia esporádica. Este tipo de uso suele ser en dosis moderadas. El siguiente escalón del continuum, lo encontramos en el hábito, que consiste en una "realización, casi automática, de actividades o acciones", Larousse (2003). Esta definición aporta la idea de repetición de la adicción que resulta de gran interés.

2.3. ABUSO

Se habla de abuso cuando hay exceso, cuando hay un uso continuado, regularizado, que aumenta, se incrementa, empleando en ello bastante tiempo, de forma tal que la persona comienza a evitar determinadas situaciones sociales y siente angustia (Pérez y Martín, 2007). En el caso del abuso, ya encontramos consecuencias a nivel social, biológico y psicológico; de alguna manera es un paso intermedio de consecuencias más leves que las que se puede padecer en el siguiente escalón: la dependencia.

Criterios para el abuso de sustancias DSM-IV-TR

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de doce meses:

(1) Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

(2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

(3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

(4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o incluso violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

El Real Colegio de Psiquiatras Británico formuló en 1987 la siguiente definición: “se entiende por abuso cualquier consumo de sustancias químicas que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”. Asimismo, se considera abuso el consumo de cualquier sustancia clasificada como ilegal.

Según el DSM IV-TR, para diagnosticarse abuso, la persona, debe haber abusado continuamente durante doce meses o bien debe ser persistente. Según el CIE 10, “el abuso” es entendido como un “consumo perjudicial”. Al igual que ocurría con el hábito, al abuso también se le puede aplicar un amplio abanico de matices y subtipos. Podríamos hablar de abuso social, abuso ocasional, etc. Por último, se debe señalar que conviene tener en cuenta que el abuso también dependerá de la vulnerabilidad de las personas, del contexto, del potencial adictivo de la sustancia o de la actividad que se realiza cuando se consume.”[28]

2.4. LA DROGODEPENDENCIA

“Cuando una dependencia está motivada por una sustancia, estamos hablando de drogodependencia, un concepto este, más claro y mejor acotado. Una cita casi obligada es la definición que realizaron Edwards, Arif y Hodgson (1981), donde sostienen que para que exista una drogodependencia: a) debe existir evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de las drogas durante los intentos de abandono del consumo; b) deseo de abandonar el consumo; c) un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado; d) evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y dependencia; e) el consumo de drogas, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; f) el predominio de las conductas de búsqueda de droga por encima de otras prioridades importantes.

El concepto de drogodependencia es un concepto que se ha empezado a usar recientemente; en otras épocas se llamaron a estos pacientes toxicómanos, y

más antiguamente “viciosos”, a los que se les atribuía fundamentalmente falta de voluntad. El concepto de drogodependencia es un concepto menos “duro” que el concepto de “toxicómano”, y de alguna manera nos aleja del sufijo de uso múltiple “manía” –toxicomanía– que tenía incluso connotaciones morales. En definitiva, la acepción mudó hasta alcanzar el concepto de drogodependencia, que es el que se utiliza hoy en día.

Para centrarnos un poco más, diremos que cuando hablamos de drogodependencia nos referimos al consumo de cualquier sustancia psicotropa o psicoactiva, y nos referimos tanto a las sustancias ilegales, ya sean la cocaína o la heroína, como a las sustancias legales como el alcohol o determinados medicamentos con o sin receta médica.”[29]

2.5. SÍNDROME DE DEPENDENCIA

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

Pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión de consumir una sustancia.

b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1X.3, F1X.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tales como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos durante periodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario respecto del consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que debe estar presente el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse en una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia al verse privados de las sustancias).

2.6. TOLERANCIA

La tolerancia es uno de los conceptos clave en drogodependencias, ya que en principio es la razón por la cual las personas necesitan consumir más cantidad

de una determinada sustancia para llegar a obtener el mismo efecto. En principio, cuando el cuerpo genera tolerancia, se supone que está desarrollando una dependencia problemática cada vez más intensa. Pero también debemos destacar que no todas las sustancias poseen la capacidad de generar tolerancia, y conviene resolver que se pueden desarrollar problemas por consumir determinadas drogas sin que exista tolerancia a tales; por ejemplo, “los consumidores habituales de cannabis o fenciclidina (PCP) no advierten generalmente la aparición de tolerancia (aunque ésta se ha demostrado en estudios con animales y en algunos sujetos)”, (DSM-IV-TR). Se puede diagnosticar como drogodependiente, a una persona que dependa de una sustancia, que abuse de ella y no tenga tolerancia a la misma.

Encontramos asimismo otros diferentes tipos de tolerancia, por ejemplo, *la tolerancia cruzada*, que acontece cuando una persona, tras consumir una sustancia, desarrolla también tolerancia a otra droga que suele ser similar, del mismo tipo o de la misma familia. Podemos utilizar un ejemplo casi siempre mencionado, y es el de una persona que consume heroína fácilmente y desarrolla además tolerancia a la morfina. Y el alcohol, en menor grado, presenta tolerancia cruzada con los barbitúricos (Kramer y Cameron, 1975). También cabe destacar la tolerancia invertida, la cual se presenta cuando, al consumir pequeñas cantidades, los efectos son significativos, es decir que en vez de necesitar más, basta con una pequeña cantidad. Suele darse en alcohólicos y en personas que consumen psicoestimulantes.

2.7. SÍNDROME DE ABSTINENCIA

“Como unas doce horas después de la última dosis de morfina o de heroína, el intoxicado empieza a sentirse a disgusto. Una impresión de debilidad se apodera de él; comienza a bostezar, tiembla y suda a un mismo tiempo. Sus ojos y la parte interna de la nariz segregan una sustancia acuosa con intensidad… Durante algunas horas solamente manifiesta una agitación anormal, y cae en un sueño sin descanso… Al despertarse, dieciocho o veinticuatro horas después de su última dosis de droga, el intoxicado entra en la parte profunda de su infierno personal. […] Una mucosidad acuosa, mana de la nariz y los ojos lloran abundantemente. Las pupilas se dilatan, los cabellos y el vello se erizan, y la piel presenta la típica carne de gallina. Treinta y seis horas después de la última dosis el intoxicado presenta un aspecto lamentable. En un esfuerzo desesperado por alcanzar un cierto bienestar, se tapa con todas las mantas que pueda encontrar. Todo su cuerpo tiembla, y sus piernas dan puntapiés involuntarios. Incapaz de dormir, se agita, se levanta, camina, se tiende en el suelo…, y llena el ambiente de sus gritos desesperados”. Laurie (1967)*, op. cit., pp. 112.*

Tras este panorama, bastante literal del síndrome de abstinencia sufrido por los consumidores de heroína, pasemos a la siguiente definición teórica y consensuada del síndrome: “conjunto de signos y síntomas que aparecen ante la interrupción brusca de la toma de un medicamento o sustancia tóxica hacia el que se ha desarrollado dependencia. Se caracteriza por ansiedad y diversas manifestaciones del sistema nervioso vegetativo, como sudoraciones y temblores.

Bien, en el caso inicialmente expuesto, nos encontramos ante un *síndrome de abstinencia agudo*, en el que surgen signos y síntomas en cuanto cesa el consumo, ya sea lentamente o de golpe. Pero la abstinencia no finaliza ahí. Al margen de los indeseables primeros momentos, el paciente llegará a otra fase, denominada *síndrome de abstinencia tardío*, y que se refiere a los efectos debidos a las drogas que se producen pasado un tiempo; por ejemplo, a los efectos que se producen principalmente después de una o varias semanas, aunque su duración puede extenderse a meses, incluso aparecer de forma esporádica durante años.

Otro síndrome descrito es el *síndrome de abstinencia condicionado*. Lo podemos explicar con este ejemplo: una persona tuvo problemas con la cocaína, se puso en tratamiento hace 16 meses y aún continúa bajo el mismo; ya no siente deseos de consumir, pero en una comida de trabajo se le cae el salero sobre la mesa, el camarero lo recoge diligentemente con un papel, pero deja una raya de sal sobre la mesa, en ese momento nuestro personaje siente un fuerte deseo de consumir, reaviva sus miedos, se siente ansioso, en fin… Técnicamente hablando, nos hallamos ante un estímulo ambiental, que provoca un síndrome de abstinencia agudo cuando el paciente ya no consume. Es un condicionamiento que desencadena gran angustia en el paciente; los síntomas de la abstinencia por lo general son opuestos a los efectos que origina la sustancia cuando se consume.

F1X.3 Síndrome de abstinencia CIE X

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad, que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Pautas para el diagnóstico.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

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

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

2.7.1. Criterios para la abstinencia de sustancias DSM-IV-TR

A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro en la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

2.8. INTOXICACIÓN

"Se trata de un estado transitorio consecutivo al consumo de drogas que puede producir alteraciones de la conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento, del sueño o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas." Sánchez-Carbonell (2000).

La intoxicación se suele revelar en que la persona manifiesta un comportamiento alterado: pérdida del equilibrio, desorden en la conducta psicomotora, alteración del juicio, menor capacidad de concentración, desbordamiento de los aspectos emocionales, inestabilidad del humor hasta llegar a desarrollar conductas más agresivas y desinhibidas.

Al igual que ocurre con otros conceptos, debemos matizar que la intoxicación dependerá de cada persona, de lo que crea ésta que ocurrirá al consumir la sustancia, del contexto donde la consuma; dependerá asimismo de su masa corporal, de la dosis, del tipo de droga, de si está en ayunas o no, y de innumerables variables más.

F1X.0 Intoxicación aguda (F1X.0) CIE X

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

Pautas para el diagnóstico.

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tenida en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperactividad, o las sustancias psicotropas estimulantes dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cannabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicotropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función

de la dosis. Por ejemplo, el alcohol, que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis, y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

2.8.1. Criterios para la intoxicación por sustancia DSM-IV-TR

A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.

B. Cambios psicológicos o de comportamientos desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental."[30]

2.9. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS Y SUS EFECTOS

2.9.1. Sustancias psicoactivas

2.9.1.1. Depresoras

"En este grupo se encuentran aquellas drogas que disminuyen la actividad del Sistema Nervioso Central, produciendo depresión; es decir, baja el estado de ánimo. Entre las más conocidas se encuentran las siguientes:

2.9.1.1.1. Narcóticos u opiáceos

Son drogas que se utilizan para calmar el dolor y producir sueño. Entre ellas encontramos al opio y sus derivados: morfina, heroína, codeína entre otras. Por su propiedad analgésica e hipnótica, han sido utilizadas ampliamente en el campo médico; sin embargo, por la fácil habituación que producen, su uso ha sido limitado y sustituido pos sustancias elaboradas artificialmente, que también son de uso bajo vigilancia médica.

La intoxicación por opiáceos se manifiesta así: profundo sueño, pupilas pequeñas, baja temperatura, piel fría y sudorosa, vómito, respiración lenta, disminución de la presión arterial.

2.9.1.1.2. Barbitúricos

Son sustancias que en pequeñas cantidades producen sueño; se las utiliza en el tratamiento de la ansiedad. A mayores dosis provocan dificultad al pronunciar las palabras, tambaleos, pérdida del equilibrio, irritabilidad. La apariencia de una embriaguez (acciones lentas y perezosas). Sin olor a alcohol, es un indicador de su consumo*.

2.9.1.1.3. Tranquilizantes

Su acción es similar a los anteriores, se los utiliza para combatir la ansiedad y angustia; además son relajantes musculares e inducen al sueño.

Según la gravedad de los trastornos psíquicos se utilizan en el tratamiento tranquilizantes menores, como el Xanax y el Ansietil y otros de igual forma.

Su amplia disponibilidad y la facilidad con que se pueden obtener estas sustancias, han generado el problema del abuso de tranquilizantes.

Los síntomas del consumo son similares a los producidos por los barbitúricos.

2.9.1.1.4. El alcohol

El principio activo de bebidas como: chicha, cerveza, whisky, ron, vino y otras es el alcohol etílico, responsable de los cambios en el organismo.

El alcoholismo o consumo problemático en nuestro país ha alcanzado proporciones alarmantes.

En la actualidad éste se constituye en un grave problema que no respeta posición social, política, religiosa, como tampoco considera la edad ni el sexo.

Una infinidad de problemas de naturaleza física, emocional, social han sido relacionados o consecuentes al uso del alcohol. Citemos algunos:

Enfermedades del hígado, páncreas, estómago, sistema nervioso central, periférico (nervios), corazón; conflictos conyugales, familiares, con la comunidad y con la ley, baja productividad, accidentes laborales.

El alcoholismo como todo consumo o adicción, puede combatirse; para ello, se necesita la cooperación del bebedor, de la familia y de sus amistades.

2.9.1.2. Estimulantes

Son sustancias que incrementan o estimulan la actividad del Sistema Nervioso Central, es decir, aceleran el funcionamiento del organismo.

Entre otras tenemos:

2.9.1.2.1. Cocaína

Estimulante que se obtiene de un arbusto llamado Eritroxilón Coca. Se presenta como un polvo blanco que produce euforia, ansiedad, aumento de la capacidad del cuerpo para efectuar trabajos físicos, y aceleración del pulso y la presión sanguínea.

Los consumidores de esta droga desarrollan una fuerte sensación de placer, seguida de una disminución del ánimo luego de su acción*.

2.9.1.2.2. Anfetaminas

Son sustancias que también estimulan al organismo y pueden emplearse para disminuir el sueño, para bajar de peso y en el deporte, con el fin de obtener mayor energía y rendimiento.

Pasada su acción, el organismo experimenta un efecto de rebote, caracterizado por agotamiento total, temblor en las manos, sudoración, acompañados de estados de angustia y desesperación.

2.9.1.2.3. Tabaco

Una de las sustancias del tabaco que no existe en otro vegetal, es la nicotina. Se ha comprobado que ésta produce un aumento de los latidos cardíacos y de la presión arterial.

La nicotina es la causante del 90% de muertes por cáncer al pulmón, el 75% de defunciones relacionadas al aparato respiratorio y bucal, el 25% de fallecimientos por enfermedades del corazón.

Un fumador que consume una cajetilla diaria, al cabo de un año se suministra aproximadamente 60.000 pequeñas partículas de nicotina. La acción de la nicotina dura en el organismo aproximadamente de 20 a 30 minutos; por tal razón, la mayoría de fumadores utilizan un cigarrillo cada 30 o 40 minutos*.

2.9.1.2.4. Éxtasis

La MDMA, llamada "Adam", "Éxtasis" o "XTC" en la calle, es una droga sintética psicoactiva (que altera la mente) con propiedades alucinógenas y similares a las de la anfetamina. Su estructura química es parecida a la de otras dos drogas sintéticas, la MDA y la metanfetamina, las cuales producen daño cerebral.

Síntomas físicos y psicológicos. Muchos de los problemas que enfrentan los usuarios de MDMA son similares a los producidos por el uso de anfetaminas y cocaína. Estos son:

a) Dificultades psicológicas, incluyendo confusión, depresión, problemas para dormir, ansias de usar la droga, ansiedad severa y paranoia durante el uso y a veces semanas después de usar la MDMA (en algunos casos se han informado episodios psicóticos).

b) Síntomas físicos tales como tensión muscular, apretar los dientes involuntariamente, náuseas, visión borrosa, movimientos oculares rápidos, desmayo y escalofríos o sudores.

c) Aumentos en la frecuencia cardiaca y la tensión arterial, lo cual representa un riesgo particular para personas con enfermedad circulatoria o cardiaca.

Efectos a largo plazo. Investigaciones recientes relacionan el uso de la MDMA con el deterioro a largo plazo de las partes del cerebro que son cruciales para el pensamiento y la memoria. Se estima que la droga causa daños a las neuronas que utilizan la sustancia química serotonina para comunicarse con otras neuronas.

2.9.1.3. Alucinógenos

Los alucinógenos son sustancias químicas extraídas de plantas o sintetizadas en laboratorios. Los efectos que se experimentan al ingerir alucinógenos no están relacionados solamente con la droga, sino que en ellos influye el estado de ánimo, actitud mental y el medio social del consumidor.

Generalmente, los alucinógenos alteran o intensifican la percepción y disminuyen la capacidad para distinguir entre la realidad y la fantasía. El consumidor manifiesta que “ve sonidos y escucha colores”. El sentido de la dirección y la distancia, así como su objetividad, se ven afectados. Experimentan dilatación de las pupilas y sensibilidad extrema a la luz.

Los alucinógenos causan inquietud e insomnio en tanto pasa el efecto de la droga.

Los efectos mentales no se pueden predecir y varían cada vez que se las consume. Incluyen alucinaciones, exaltación del ánimo, abstracción de la realidad, movimientos violentos y autodestructivos como también pánico.

Entre los alucinógenos más conocidos se encuentran: marihuana, hongos, cactus y LSD*.

2.9.1.3.1. Marihuana

Es una droga que se obtiene de la planta llamada Cannabis Sativa. La sustancia que contiene la marihuana, responsable de los diferentes cambios es el THC (tetrahidrocannabinol).

Entre los efectos que puede causar en el organismo constan los siguientes: Cerebro.- Se ha dado a conocer que la marihuana produce una disminución de la capacidad para realizar movimientos, afecta a la memoria y rendimiento intelectual, distorsión de sonidos, insensibilidad al tacto, pérdida de estabilidad, obnubilación de la conciencia.

Órganos reproductores.- Los estudios indican que los consumidores de marihuana presentan un disminución de la hormona sexual masculina, comprobándose que la cantidad de espermatozoides de los fumadores crónicos es poca con función debilitada.

El consumo de marihuana en las mujeres da lugar a menstruaciones irregulares, a períodos de ovulación más cortos, lo que indica que el THC puede reducir la fertilidad.

Pulmones.- Investigaciones señalan que la marihuana puede ser especialmente dañina, ya que quienes la consumen suelen aspirar profundamente el humo sin filtrar y lo retienen en sus pulmones por el mayor tiempo posible. Por consiguiente, el humo está en contacto con los tejidos pulmonares por largo tiempo y produce irritación de los mismos dificultando así su funcionamiento.

Además la marihuana contiene algunas de las sustancias del tabaco, las cuales pueden ocasionar enfisema y cáncer*.

2.9.1.3.2. Hashis

El hashis es un tipo de resina que se extrae de la marihuana.

El hachís es una pasta hecha con la resina prensada que segrega la parte florida del cáñamo hembra, (los llamados cogollos). Dicha resina tiene un color café intenso y generalmente se presenta comprimida en forma de pequeños bloques. Se elabora extrayendo la resina de la marihuana seca con ayuda de un cedazo. La marihuana se agita dentro de un tamiz hasta que la resina atraviese los agujeros de la malla toda vez separada de la materia vegetal. Esta resina se prensa para formar una bola o una tableta de hachís.

Tanto el hachís como el aceite contienen proporciones mucho más considerables de THC y de otros canabinoles que la marihuana.

El hachís se fuma o se ingiere mezclado con miel o mantequilla. Sobre su mecanismo de acción al llegar al cerebro se sabe que es similar al de la marihuana, tarda al menos 30 minutos en aparecer cuando ha sido fumado y hasta una hora y media cuando ha sido ingerido, en cuyo caso puede prolongarse hasta por cinco o seis horas.

2.9.1.4. Inhalantes

Son un grupo de sustancias que al igual que las demás afectan el Sistema Nervioso Central, entre ellas tenemos: isarcol, thinner y gasolina.

La práctica de inhalar se ha generalizado en los últimos tiempos, especialmente en la juventud de los barrios marginales y en los chicos de la calle.

A sus usuarios se les llaman “fundeadores”, por utilizar una funda plástica para sus fines.

Debido a la facilidad, y no ser una sustancia controlada, con la que se pueden obtener estos productos y los daños irreversibles que ocasionan en el cerebro, es fundamental estar alerta a la presencia de:

a) Llagas en la nariz
b) Tos continua (no siempre)
c) Ropa manchada de isarcol
d) Pedazos de tela y algodón con olor a gasolina e isarcol
e) Presencia de fundas plásticas o tarros vacíos con residuos de inhalantes
f) Comportamiento como si estuviera “en el aire, volando”
g) Desorientación en el tiempo y espacio
h) Embriaguez o borrachera sin olor a alcohol

Los inhalantes pueden provocar la muerte por asfixia o paro cardíaco.

El consumo de drogas siempre implica un riesgo para el usuario, la familia, la sociedad y la comunidad pública en general, por lo que es un problema concerniente a la salud pública*.”[31]

CAPITULO 3

INTERVENCIÓN FAMILIAR

3.1. BREVE HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR

“Entre los autores que han estudiado la terapia familiar no hay un acuerdo general en torno al origen de esta disciplina, para unos pocos esta se inicia en las *teorías de la comunicación* de la Escuela de Palo Alto y otros muchos señalan que la terapia familiar tiene raíces freudianas. Según Fernandez Villamarzo (2002), el segundo planteamiento se basa en tres momentos históricos descritos por Freud, en primer lugar el *caso de “Dora”* (1901), ya que en éste se planteó la necesidad de conocer las “circunstancias familiares” que pudieron ser la causa de la enfermedad de esta mujer. El segundo hito fue el *caso del “pequeño Hans”* (1909), considerado como el primer proceso de terapia familiar. Por último, la obra de este autor titulada: *Psicología de las masas y el análisis del yo,* plantea el paso de la psicología social, y en consecuencia, la consideración de las posibles aplicaciones a la psicoterapia familiar.

Hay que señalar que en el momento en que se inicia la terapia familiar, el psicoanálisis estaba firmemente afianzado como cuerpo de conocimiento en los ámbitos de la psicología y de la medicina también. En esta situación, no resultaba fácil la evolución de modelos innovadores, como era el caso de la terapia de familia; no obstante, la razón de estos inicios difíciles no fue un enfrentamiento directo al contenido del Psicoanálisis, de hecho, los profesionales que iniciaron esta modalidad de terapia procedían del ámbito

analítico, y lo que cuestionaban era la estructura de este tipo de terapia, que se centraba casi con exclusividad en el individuo como elemento aislado de su entorno.

El cambio de enfoque supuso desviar la atención exclusiva sobre el paciente designado hacia el contexto en el que este se desenvolvía; se podría decir que se liberó al paciente del tremendo peso de ser el elemento distorsionante de la vida familiar. Desde esta perspectiva, la terapia familiar se orienta a lograr la transformación de la organización de la familia, partiendo del supuesto de que los cambios en el sistema relacional de la familia incidirá necesariamente en cada uno de sus miembros."[32]

3.2. LA TERAPIA FAMILIAR

"La terapia familiar es un enfoque nuevo que trata los problemas de la familia (Minuchin, 1994). Cuando la terapia familiar inicio se veía a la familia como una unidad y cuando uno de los miembros tenía un problema se realizaba la intervención con toda la familia (Minuchin, 1994). En la terapia familiar el terapeuta se reúne con un grupo de personas que ya tienen una historia, reglas, valores y códigos de comunicación establecidos y compartidos entre otras. En la primera sesión los miembros de la familia son desconocidos para el terapeuta y llegan a un ambiente extraño (consultorio terapéutico) a pedir ayuda (Jacob, 1987). Los terapeutas familiares prefieren trabajar con toda la familia a que sólo con el paciente individual ya que piensa que todo el sistema no puede ser ignorado (Jacon, 1987)."[33]

3.3. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

“La intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas.

La terapia psicológica (psicoterapia) es una parte de la psicología clínica y de la salud. Berns-tein y Nietzel (1980/1988, pág. 320) han definido la terapia psicológica del siguiente modo:

1. La **terapia psicológica** consiste en una **relación interpersonal** entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un **entrenamiento y experiencia especial** en el manejo de los problemas psicológicos.

2. El otro participante es un cliente que experimenta algún **problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal** y ha pasado a formar parte de la relación (terapéutica) con el fin de resolver su problema.

3. La relación psicoterapéutica es una alianza de ayuda, pero con **propósitos bien definidos**, en la cual se utilizan varios **métodos, en su mayor parte de naturaleza psicológica**, con el objeto de provocar los cambios que el cliente desea y el terapeuta aprueba.

4. Estos **métodos se basan en alguna teoría formal** acerca de los problemas psicológicos en general y de la queja específica del paciente en particular.

5. **Independientemente de las inclinaciones teóricas, la mayoría de los terapeutas emplean varias técnicas de intervención**: fomentar el *insight*, reducir el sufrimiento emocional, fomentar la catarsis, proporcionar información nueva, diseñar tareas fuera de la terapia y aumentar la fe de los clientes y sus expectativas de lograr cambios.

La intervención psicológica formal no es sólo llevada a cabo por psicólogos clínicos, sino también por psiquiatras y, según los países, los trabajadores sociales, los consejeros religiosos, los consejeros matrimoniales y las enfermeras psiquiátricas. Por otra parte, no son sólo los profesionales los que brindan asistencia psicológica, sino que puede darse la participación de para-profesionales más o menos entrenados (voluntarios, ex-pacientes, padres, maestros) bajo la supervisión de un profesional.

3.4. ACTIVIDADES DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS

Un psicólogo clínico se dedica a una o más de las siguientes actividades: **evaluación, trata-miento/prevención/intervención, investigación, enseñanza, asesoramiento y dirección/gestión** (Bernstein y Nietzel, 1980/1988; Colegio Oficial de Psicólogos, 1998; Kendall y Norton-Ford, 1982/1988).

3.4.1 Evaluación

En el proceso de evaluación, el psicólogo clínico trata de identificar, especificar y cuantificar las conductas, capacidades, problemas, recursos y limitaciones de una o más personas así como las variables personales y ambientales que los mantienen, con la finalidad de explicar y modificar el comportamiento o llevar a cabo cualquier tipo de análisis o intervención psicológica: diagnóstico (p.ej., a nivel clínico, pericial o institucional), pronóstico (predecir la evolución de un problema o la respuesta a cierta intervención), orientación (aconsejar cierto tipo de terapia o de carrera, ayudar a una pareja a decidir si se separa o no), selección (elegir o no a una persona para un determinado tratamiento a investigar, para cierto trabajo o para otorgarle ciertos permisos como el de armas o conducción de automóviles), valoración de los resultados conseguidos con la intervención.

3.4.2 Tratamiento, prevención e intervención

En esta actividad, el psicólogo ayuda a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos o a mejorar las capacidades personales. En este último caso, se emplea el nombre general de intervención más que el de tratamiento, el cual se reserva para aquellos casos en que el objetivo es resolver problemas presentes.

Se suele distinguir entre: a) **Prevención primaria**: intervención dirigida a evitar la aparición de problemas (trastornos de ansiedad, drogadicción, SIDA, embarazos no deseados, trastornos cardiovasculares, etc.). La prevención primaria debe distinguirse de la *promoción de la salud*, en la cual la intervención se dirige a enseñar o potenciar repertorios saludables con el

objetivo de mantener la salud y mejorar la calidad de vida. b) **Prevención secundaria**: intervención dirigida a identificar los problemas en la fase más temprana posible y a actuar lo más pronto que se pueda sobre los mismos para que no se agraven. c) **Tratamiento**: intervención sobre problemas ya consolidados. d) **Prevención terciaria**: intervención dirigida a prevenir recaídas en un problema ya tratado o a evitar complicaciones posteriores de problemas crónicos o mejorar la calidad de vida de las personas que los padecen. La prevención terciaria incluye el concepto clásico de rehabilitación.

Existen diversos tipos de intervención: psicoanálisis, terapia psicodinámica, terapia de conducta, terapia cognitivo-conductual, análisis transaccional, terapia sistémica, etc. La intervención psicológica puede realizarse **con individuos, parejas, familias, grupos y comunidades.**

Lugares de intervención. La intervención puede llevarse a cabo en centros de salud mental, servicios hospitalarios de psiquiatría, servicios psiquiátricos de especialidades médicas (Medicina Interna, Reumatología, Rehabilitación, Hematología, Unidades de Dolor y de Cuidados Paliativos, etc.), centros municipales de promoción de la salud, centros de tratamiento de drogodependencias, centros educativos, centros de atención psicopedagógica, instituciones para retrasados mentales, centros de asistencia al menor, instituciones penitenciarias, residencias de ancianos, centros de acción social, centros de rehabilitación de inválidos, equipos deportivos, centros militares, empresas, asociaciones de afectados (p.ej., ludopatía, anorexia/bulimia, agorafobia, cáncer) y práctica privada.

La intervención psicológica puede aplicarse para alcanzar metas más o menos limitadas o ambiciosas: resolver conflictos inconscientes (enfoque psicoanalítico), ayudar a aceptarse a sí mismo (terapia no directiva), integrar sentimientos conflictivos (terapia gestalt), encontrar un significado a la vida (psicoterapia existencial), modificar creencias negativas (terapias cognitivas), lograr comportamientos adaptativos (terapia de conducta) o conseguir combinaciones de estos objetivos (enfoques eclécticos). Aunque estos son objetivos característicos de cada una de las orientaciones terapéuticas citadas, no se infiere de aquí que no puedan ser conseguidos por otras orientaciones.

La intervención puede aplicarse en régimen ambulatorio o de internado y ser conducida por uno o más psicólogos constituidos en equipo. Puede durar desde una o unas pocas sesiones (p.ej., en situaciones de crisis o asesoramiento) hasta varios años, aunque lo más frecuente es que se extienda de 5 a 50 sesiones de alrededor de 1 hora (2-2,5 horas, si el tratamiento es en grupo) y de frecuencia semanal. El número de sesiones depende del tipo y número de problemas y de la gravedad de los mismos. Las sesiones pueden ser desde poco o nada hasta muy estructuradas y en ellas predominar la participación del paciente o del terapeuta. La terapia puede basarse principalmente en la relación o apoyarse también en ciertas técnicas.

3.4.3 Investigación

Algunos psicólogos clínicos se dedican a la investigación clínica. Las formulaciones teóricas y los procedimientos de evaluación e intervención son empíricamente evaluados, es decir, se valora su adecuación o eficacia

utilizando una metodología científica (de tipo experimental cuando es posible). Sin embargo, muchas investigaciones siguen presentando serias dificultades metodológicas.

Aunque algunos psicólogos siguen basándose únicamente en estudios de casos y en impresiones subjetivas, lo deseable es tener en cuenta los resultados de la investigación clínica, especialmente la realizada en circunstancias que resaltan su validez externa. Esto no es óbice para reconocer que la propia práctica clínica proporciona ideas para refinar y mejorar los procedimientos experimentalmente evaluados y que deben tomarse múltiples decisiones con relación a aspectos que no han sido investigados o no lo han sido suficientemente.

3.4.4 Enseñanza

Esta actividad es común en los psicólogos clínicos empleados en universidades. Pero también es frecuente que sea llevada a cabo por psicólogos en otras instituciones y centros privados. Materias que pueden impartirse son psicopatología, evaluación, terapia de conducta, psicoterapia dinámica, psicología clínica, psicología de la salud, personalidad, etc.

Un tipo especial de enseñanza es la formación de futuros psicólogos clínicos y la supervisión sistemática, individual o en grupo, de los casos que llevan y de las investigaciones que realizan. Esto requiere el empleo de instrucciones (y, si es posible, modelado), práctica, retroalimentación (verbal y mediante grabaciones) y reforzamiento.

3.4.5 Asesoramiento

Se refiere a la ayuda y aconsejamiento que el psicólogo puede ofrecer a organizaciones de distintos tipos: Instituto Nacional de Salud, compañías sanitarias privadas, escuelas, centros de asistencia primaria, hospitales, cárceles, centros para drogodependientes, grupos de autoayuda, unidades de geriatría, juzgados, etc.

3.4.6 Dirección y gestión

Se refiere a la dirección y gestión de un organismo o institución e incluye funciones como organización de recursos, coordinación de actividades del personal, distribución del presupuesto, toma de decisiones sobre la marcha de la institución, redactar informes para las autoridades, presidir reuniones, manejo de conflictos entre el personal, contratación y despido de personal, trato con otros directivos, recibir a visitantes importantes, representar a la institución en reuniones y ante el gran público, delegar responsabilidades en personas o comités, etc. Un psicólogo puede formar parte de uno de estos comités y ejercer también así funciones gestoras.

3.5. NIVELES DE INTERVENCIÓN

La intervención psicológica puede llevarse a cabo a distintos niveles: individual, parejas, familias, grupos y comunidades. Los distintos niveles no son excluyentes; así, puede combinarse el tratamiento en grupo con sesiones de asistencia individual. El nivel individual es uno de los más frecuentes, si no el que más. El psicólogo trabaja con una persona de modo exclusivo o casi exclusivo para ayudarle a reducir o superar un trastorno, eliminar o reducir

comportamientos de riesgo, adquirir o potenciar hábitos saludables, afrontar una enfermedad crónica, etc. El resto de niveles se explican a continuación.

3.5.1. Intervención en terapia o en familia

Está recomendado cuando el problema es de dos o más miembros, y no sólo del supuesto paciente, y los mencionados miembros están dispuestos a participar en la terapia. Esto último es siempre lo más recomendable.

En la terapia de pareja y familiar se busca que los miembros implicados: a) se den cuenta de su propia contribución al problema y de los cambios positivos que pueden realizar, y b) mejoren sus pautas de comunicación e interacción de cara a la resolución del problema. La terapia en pareja o familia puede ser precedida, seguida o acompañada de terapia individual para alguno de los miembros, cuando estos presentan algún problema que no está relacionado con el sistema.

La terapia de pareja puede estar indicada cuando hay conflictos de valores, creencias, estilos de vida o metas, o cuando hay problemas en las áreas de comunicación, afecto, fidelidad, educación de los hijos, manejo del dinero, sexo, autonomía personal o dominio-sumisión.

La terapia de familia puede estar indicada cuando hay problemas de comunicación, crisis familiares o problemas de algún miembro de la familia mantenidos por los patrones de interacción en esta.

3.5.2. Intervención en grupo

Esta modalidad de tratamiento depende de que se pueda contar con varias personas que presenten problemas similares (p.ej., trastorno de pánico) o tengan un objetivo común (p.ej., aprender habilidades de cuidado y educación de los hijos) y cuyas características no les impidan la participación en el grupo o incidan negativamente en el funcionamiento de este. Siempre que sea posible, parece recomendable conducir un tratamiento en grupo, ya que, en general, es al menos igual de eficaz que el individual y presenta además una serie de ventajas adicionales. También hay posibles inconvenientes que es necesario conocer para poder manejarlos caso de que surjan.

Posibles ventajas de los grupos:

a) Descubrir que los propios problemas no son únicos, b) mayores expectativas de mejora, c) disponer de varios modelos, puntos de vista y fuentes de información y retroalimentación, d) mayor credibilidad de los puntos de vista acordados entre todos o suscritos por una mayoría, e) aumento de la motivación debido al apoyo y presión del grupo, al compromiso público delante de este y a la observación de los progresos de los otros.

f) Posibilidad de ayuda mutua dentro y fuera de las sesiones, g) facilitación de la independencia respecto al terapeuta y de la confianza en los propios recursos, h) desarrollo de habilidades sociales, i) sentirse parte de algo que se valora (cohesión; los miembros de los grupos cohesivos se aceptan bien entre sí, se apoyan y están más dispuestos a escuchar, participar y dejarse influir por los otros), j) potenciación de la liberación emocional.

k) Aprendizaje de nuevas reglas básicas de la vida (esta es a veces injusta, no es posible escapar de las penas y de la muerte, hay que afrontar los problemas), l) aprendizaje de nuevos comportamientos, creencias y sentimientos en áreas que fueron problemáticas desde la niñez o adolescencia (dependencia, rebelión sistemática ante la autoridad, rivalidad), m) ahorro de tiempo y esfuerzo por parte del terapeuta, y n) se trata a más personas y a un menor costo.

3.5.3. Intervención en la comunidad

Mientras que en las intervenciones individuales o en grupo se ayuda a una o unas pocas personas, en las intervenciones en la comunidad se trata de modificar el medio en el que viven las personas con la finalidad de ayudar a muchas personas a prevenir o resolver problemas o adquirir nuevas capacidades.

Hay dos formas básicas de modificar el medio físico y social: introducir cambios en instituciones y programas existentes (hospitales, escuelas, centros de salud mental, prisiones) o crear nuevos servicios y programas (pisos protegidos, grupos de autoayuda para padres que maltratan a sus hijos, programas de prevención del infarto, redes de apo-yo social para personas mayores o solas).

Aunque las habilidades clínicas (p.ej., las de comunicación interpersonal y resolución de problemas) son igualmente útiles para las intervenciones comunitarias, estas requieren además una competencia para entenderse con las organizaciones sociales.”[34]

3.6. TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS CON LAS DROGAS Y EL ALCOHOL EN FAMILIAS Y PAREJAS

"La importancia de las familias en la génesis, el mantenimiento y en paliar el abuso de sustancias ha sido bien demostrada. Aunque está ampliamente reconocido que los componentes genéticos y/u otros componentes biológicos son importantes en la etiología de muchos casos de abuso de alcohol y drogas, la adicción generalmente se desarrolla dentro del contexto familiar, con frecuencia refleja otras dificultades familiares y habitualmente es mantenida y exacerbada por la interacción familiar. Hay otros factores que también pueden ser críticos (por ejemplo, factores ambientales, económicos, culturales), pero las variables familiares mantienen una posición destacada en la adicción.

Como es obvio, el tratamiento centrado en la dinámica familiar tiene una base firme en el campo del tratamiento del abuso de sustancias. La terapia basada en la familia suele ser parte de los programas más exitosos para tratar el abuso de sustancias, y por lo general se considera un elemento esencial en la prevención de la recaída. Como observó Craig (1993) en una perspectiva general del campo del abuso de sustancias: "*La necesidad de tratar los problemas familiares en un programa de tratamiento integral es ahora ampliamente reconocida en el tratamiento de abuso de drogas"*. Además, de diez programas de tratamiento de abuso de sustancias para adolescentes, identificados como modelos ejemplares por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (tres de los cuáles eran comunidades terapéuticas modificadas), todos incluyen a los miembros de la familia, en particular a los padres, de esta forma: siete aplican la terapia familiar, dos

incorporan terapia multifamiliar, y uno tiene grupos para padres (Stevens y Morral, 2003).

3.7. INDICACIONES PARA EL USO DE LA TERAPIA FAMILIAR

Las familias sufren cuando uno o más de sus miembros abusan de las drogas y/o alcohol. Los padres se preocupan por si sus hijos llegarán vivos a casa. Se enfurecen por su falta de control, sufren fuertes sentimientos de culpa, y se agarran de cualquier cosa que sugiera una esperanza. Las parejas del adicto ocultan con vergüenza los crecientes problemas con las drogas o con el alcohol de sus vecinos o empleadores, luchan por mantener sus ilusiones de que beber o drogarse es algo temporal, y se preguntan qué han hecho mal. Los hijos de los alcohólicos también se preguntan qué han hecho mal y asumen la carga de la madures a edades asombrosamente tempranas. Les ruegan a sus padres que vuelvan a casa sin detenerse en el bar o sin encontrarse con el traficante. A los hijos ya adultos de los alcohólicos/adictos los obsesiona su pasado, desesperándose en relaciones que les infligen un dolor considerable. El abuso de sustancias afecta a cada uno de los miembros de la familia durante décadas y por generaciones.

La terapia familiar les ofrece a los miembros de la familia una oportunidad para resolver los problemas que los asolan. Los terapeutas de familia consideran que está indicado un tratamiento familiar cuando cualquier hombre, mujer o niño tiene un problema respecto del abuso del alcohol o de las drogas, ya sea que él o ella es quién abusa de sustancias, o que se trate de alguien que no abusa, pero que está siendo afectado por ello. Debido a que figurativamente

lanzan una red tan grande, los terapeutas de familia atienden a muchos clientes que comienzan la terapia por otros motivos, pero más adelante manifiestan su preocupación por el abuso de sustancias en sus familias. Estas preocupaciones incluyen problemas de abuso, adicción y recuperación para los abusadores de sustancias adolescentes y adultos, así como los correspondientes problemas para los "codependientes", los hijos de los alcohólicos, y los hijos ya adultos de los alcohólicos durante muchas generaciones (Elkin, 1984; Treadway, 1989).

También hay problemas después del tratamiento en internación, si se excluyen a las familias del proceso de tratamiento. Que un individuo se mantenga sobrio, a menudo tiene difíciles consecuencias para otros miembros de la familia, que repentinamente pueden darse cuenta de sus propios problemas o de otros problemas familiares. El divorcio es habitual cuando los abusadores de sustancias se "desintoxican" o "están limpios". La familia es crucial para determinar si alguien permanece adicto o no, y el contexto social del abusador debe ser modificado para que el tratamiento "prenda".

Finalmente, los profesionales deben mantenerse comunicados si es que la terapia va a tener éxito. Por ejemplo, es prudente que los terapeutas de familia que trabajan en consultorios externos visiten los centros de tratamiento locales y que conozcan a los equipos de tratamiento. Esto facilita la derivación a los tratamientos en internación y la posterior derivación para continuar con la terapia una vez que se da el alta."[35]

3.8. INTERVENCIONES CLÍNICAS EN LA TERAPIA FAMILIAR

La intervención clínica en terapia familiar, se basa en estrategias que ayuden a la familia, a tener un grado de estabilidad afectiva, una mejor interacción entre sus miembros, incluyendo aquí al abusador de sustancias, pues también forma parte de la familia, se han descrito muchas estrategias o intervenciones, pero la presentada a continuación, me parece la más oportuna y mejor distribuida para el manejo de la familia y el paciente.

A continuación se redactará de la mejor manera posible y muy sencilla las etapas a seguir, extraídas y resumidas para una mayor comprensión.

3.9. ETAPAS DE LA TERAPIA FAMILIAR

Se hablara de las siguientes etapas, las cuáles son dirigidas a familias de consumidores, de una manera clara, resumida y concisa pero sin desviarse de su objetivo principal, que es la integración de la familia y el dependiente a sustancias.

3.9.1 Etapa 1: definición del problema, contrato y establecimiento de los objetivos.

“La terapia familiar comienza cuando alguien se pone en contacto con un terapeuta y solicita ayuda. El primer paso del terapeuta es convocar a parte suficiente de la familia como para obtener la influencia adecuada para iniciar el cambio en la interacción familiar respecto del abuso de sustancias. Como se ha dicho anteriormente, esto puede suponer que se reúnan uno, dos o treinta miembros de la familia, y también puede incluir a otros miembros de la red del abusador de sustancias. Los terapeutas familiares por lo general empiezan

trabajando con el o los miembros de la familia más motivados, convocando a otros miembros según sea necesario (Berenson citado en Stanton, 1986a).

Luego, los terapeutas de familia intentan entender y definir el problema. Cuando se sospecha que hay abuso de sustancias, muchos terapeutas hacen preguntas simples, tales como: *"¿Quién es el que bebe de más?"* o *"¿Qué medicaciones usan en su familia?".* Resulta sensato hacerles estas preguntas a todos los clientes.

Para evaluar en qué grado se abusa de sustancias, en particular con pacientes adultos, Davis (1987) sugiere el uso de un cuestionario estandarizado, como el *Michigan Alcoholism Screening Test* (Selzer, 1971). La historia del abuso, el grado de adicción fisiológica, las consecuencias orgánicas de una adicción a largo plazo, datos sobre los tratamientos previos, la percepción que tiene la familia del abuso y de sus consecuencias, la codependencia y las conductas para sobrellevar el problema, también son cuestiones que merecen una evaluación cuidadosa por parte de practicantes calificados (Steinglass y cols., 1987). Si el terapeuta no tiene formación en medicina, habitualmente se deriva a los clientes a un médico para que haga el diagnóstico y el tratamiento médico.

El terapeuta puede utilizar la información reunida durante la evaluación para llegar a la conclusión, y para afirmar con seguridad que, basándose en criterios objetivos, la familia tiene un grave problema con el alcohol o las drogas.

Una vez que el problema se define, el terapeuta y la familia identifican y priorizan sus objetivos para el tratamiento, empezando con el objetivo principal

de ayudar al abusador de sustancias a que se vuelva “limpio y sobrio” y después relacionando directamente cada objetivo posterior con este objetivo principal. Cuando las familias traen problemas adicionales, el terapeuta puede pedirles que justifiquen su relevancia respecto del objetivo principal de la sobriedad (Stanton y Todd, 1992). Considerados en conjunto, estos objetivos forman la base para determinar si puede acordarse con la familia un contrato de tratamiento aceptable (Steinglass y cols., 1987).

3.9.2 Etapa 2: estableciendo el contexto para una vida libre de sustancias químicas y construyendo una “Línea temporal”

Cuando el abuso de sustancias se define como un problema, y se negocia un contrato terapéutico, la terapia familiar entra en una segunda etapa en la que se establece el contexto para la sobriedad. Berenson (1976) afirmó que, respecto al alcohol, esta etapa supone “*el manejo de un problema grave y en curso con el alcohol, y el establecimiento de un contexto para que el alcohólico deje de beber”.*

Los terapeutas de familia generalmente aceptan que el cese del abuso de una sustancia es el prerrequisito para continuar con el tratamiento (Bepko y Krestan, 1985). Además, muchos consideran que el terapeuta debe demostrar en forma consistente su convicción de la importancia de la abstinencia durante el curso de la terapia (Davis, 1987). En palabras de Steinglass y cols. (1987):

“la terapia coherente con una familia alcohólica no puede proceder si el terapeuta adopta una actitud de laissez-faire *respecto del acto de beber y consciente de una decisión de permitir que el alcohólico identificado continúe*

bebiendo. Es terapeuta debe tomar partido firme respecto de este tema al comienzo de la terapia, a la vez que reconoce que puede que no sea una tarea fácil y que pueden haber una cantidad de "tropiezos hasta que se logra la abstinencia".

Independientemente del problema de la abstinencia, Berenson cree que el terapeuta debe ejercer un importante esfuerzo para que el sistema familiar se tranquilice, como por ejemplo reduciendo la emotividad y aumentando la distancia psicológica entre los miembros de la familia. Las familias en esta etapa de la terapia, a menudo están alteradas y participan en intensas batallas y patrones de responsabilidad excesiva e insuficiente que los atrapa juntos (referencia a Bepko y Kestan, 1985, para una discusión acabada del proceso terapéutico de evaluar e interrumpir las conductas de responsabilidad excesiva o insuficiente).

Es también durante esta etapa que el terapeuta de la TFT considera construir abiertamente una "línea temporal" con la familia (Stanton, 1996). A esta altura debiera haberse reunido suficiente información acerca de la familia nuclear, y también de la familia ampliada para proveer un cuadro claro de cómo los hechos de la vida familiar han contribuido a la aparición de los problemas familiares.

3.9.3 Etapa 3: Deteniendo el abuso de sustancias y clarificando la etiología intergeneracional.

En la terapia de familia siempre llega el momento de la verdad. Como resultado de los cambios en las conductas de los miembros de la familia, y la posición

firme del terapeuta, los abusadores de sustancias, de pronto se dan cuenta de que van a tener que elegir entre sus familias y sus sustancias químicas. Los abusadores de sustancias adultos, en particular cuando son confrontados (o abandonados) sistemáticamente por sus padres, cónyuges, hijos, amigos, empleadores, terapeutas, e incluso quizás también por la gente de los grupos de autoayuda, a menudo “tocan fondo” y vuelven al terapeuta buscando ayuda para cambiar su modalidad.

En esta conyuntura, Steinglass y cols. (1987) sugieren que existen básicamente tres formas en que pueden proceder los terapeutas:

a) Primero, cuando se identifica la dependencia física del alcohol o las drogas, el terapeuta debería disponer la desintoxicación segura de la persona adicta y negarse a continuar con la terapia a menos que se complete esta opción. Sin la intervención médica es poco probable y posiblemente peligroso que el adicto deje de consumir por su cuenta.

b) Segundo, el terapeuta puede acordar dejar que la familia intente la desintoxicación en forma ambulatoria, a condición de que si no ha habido un progreso significativo en pos de la desintoxicación en dos semanas (máximo), se seguirá un tratamiento médico.

c) Tercero, excepto en los casos en que la dependencia sea de hipnóticos sedativos (por ejemplo: alcohol, barbitúricos), y dado el esfuerzo médico adecuado, el terapeuta puede trabajar con la familia como el “equipo de tratamiento” y conducir la desintoxicación en el ambiente del hogar (Scott y Van Deusen, 1988; Stanton y cols., 1988). De hecho, en muchos casos, la

desintoxicación en el hogar es una opción efectiva a nivel de costos, con el ahorro del 70% al 85% del costo de la internación (Stanton y Shadish, 1997; Stanton y cols., 1997).

Cualquiera sea el curso de acción que se elija, los terapeutas de familia intentan que los miembros de la familia participen del proceso del cambio. Un beneficio es que los miembros podrán sentir que son responsables del éxito del tratamiento (Stanton, 1981b; Stanton y Todd, 1992). Cuando se deja le tratamiento a los "profesionales", las familias a menudo no se dan cuenta de su responsabilidad en el cambio, y más tarde, si el proceso de recuperación va mal, a menudo le echan la culpa de este retraso al programa de tratamiento y/o al terapeuta.

Finalmente, una actividad paralela que los terapeutas de familia transicional emprenden durante esta etapa, es empezar a ampliar el genograma familiar para que incluya cuatro, cinco o más generaciones. La idea es interesar a la familia en un examen de su linaje con el fin de que respondan ciertas preguntas (que fueron desarrolladas por Judith Landau) respecto de la etiología del problema, por ejemplo:

"¿Cuándo empezó el abuso de sustancias? ¿Con qué generación? ¿Qué estaba ocurriendo en la familia ampliada en ese momento? En otras palabras, en la historia de esta familia, ¿Cuándo fue que la familia estuvo tan estresada que tuvo que cambiar sus patrones relacionales o su organización, y desarrollar un problema con la bebida o con drogas?" (Landau y Stanton, 2000).

3.9.4 Etapa 4: Manejo de la crisis y estabilización de la familia

Cuando el abusador de sustancias se vuelve “limpio y sobrio”, el terapeuta de familia a menudo se enfrenta a un nuevo conjunto de problemas (Brown y Lewis, 1999). Los miembros de la familia, asombrados -y tal vez incluso asustados- por la conducta desconocida del familiar que ahora está sobrio, a menudo hacen comentarios que parecen irracionales, como por ejemplo: *“Me gustaba más como eras cuando bebías”.* No es extraño que el índice de recaída sea tan alto en esta etapa.

Steinglass y cols. (1987) explican que estas familias *“tienen la sensación de haber sido lanzadas a la deriva, soltadas de sus amarras, perdidas en un desierto sin ningún punto de referencia donde centrarse para recuperar su orientación”.* En lugar de experimentar alegría por una novedosa sobriedad, muchos miembros de la familia se sienten vacíos y deprimidos. No es sorprendente que los miembros de las familias recientemente sobrias tiendan a interactuar del mismo modo en que lo hacían cuando uno de sus miembros abusaba de las drogas y/o alcohol.

Gradualmente las familias comienzan a notar otros problemas, ocultos por largo tiempo a causa de la magnitud del abuso de sustancias.

La terapia en esta etapa debería centrarse en mantener a la familia lo más calmada posible (Bepko y Krestan, 1985) mientras los miembros establecen una estabilidad recién encontrada que no se basa en el abuso de sustancias (Steinglass y cols., 1987). Con este fin, los terapeutas trabajan para minimizar el estrés y disminuir el conflicto, elogiar a los individuos por sus contribuciones a la recuperación de la familia, estimular a los individuos a que se centren en

sus propias cosas, predecir y tratar las dificultades comunes en la recuperación y los temores por la recaída, y facilitar cambios estructurales menores en la familia, para permitir la adecuada crianza de los hijos (Bepko y Krestan, 1985).

Asimismo, cuando continúa en sobriedad, el terapeuta también debe darle crédito por ello a la familia en totalidad (Stanton, 1981b). Cada miembro, en particular el cónyuge a quien a menudo se descuida, es elogiado por su contribución a la progresiva “salud” de la familia. Al identificar y recompensar las contribuciones individuales, los terapeutas de familia reparten la gloria que por lo general se les confiere a los abusadores en recuperación. Esto ayuda a promover cambios duraderos en la interacción familiar.

3.9.5 Etapa 5: Reorganización y recuperación familiar.

En la etapa anterior, las familias permanecían organizadas en torno al abuso de sustancias y la terapia se centraba en resolver las dificultades asociadas con ello. En la etapa 5, el terapeuta ayuda a la familia a que se aleje de la interacción centrada en los problemas del abuso de sustancias y que apunte a relaciones fundamentalmente mejores. Aquí el abusador de sustancias está “limpio y sobrio”, aunque no esté aun perfectamente adaptado a su “nuevo mundo”. La terapia se centra ahora en desarrollar un mejor matrimonio, en establecer relaciones parentofiliales más satisfactorias, y quizás en confrontar antiguas cuestiones respecto de la familia de origen y la codependencia.

Steinglass y cols. (1987) denominaron a este proceso “reorganización de la familia”. Aunque algunas familias se vuelven a estabilizar antes de llegar a esta etapa y permanecen organizadas en torno a cuestiones relacionadas con el

alcohol (familias “limpias de alcohol”), otras familias presentan graves crisis familiares. Esta crisis conducen a la desorganización y a la larga a un patrón organizacional fundamentalmente diferente, un patrón que -en esta etapa de la terapia- el terapeuta querrá estimular.

Bepko y Krestan (1985) han enumerado cuatro objetivos para su análogo de esta etapa, que han denominado “reequilibramiento”. Estos objetivos son:

a) Cambiar las conductas extremas de la complementariedad rígida a una mayor simetría o una complementariedad más abierta (complementariedad mejorada en la relación específica).

b) Ayudar a la pareja/familia a resolver las cuestiones del poder y del control.

c) Con las parejas, tratar directamente las estructuras de orgullo de cada uno de sus miembros para permitir nuevas formas de conducta de rol sin la necesidad del alcohol.

d) Ayudar a la pareja a lograr el nivel de cercanía e intimidad que deseen.

Davis (1987) también enfatizó que en esta etapa los terapeutas deben ayudar a los miembros de la familia a reconsiderar el rol que tiene el abusador de sustancias en la familia.

Finalmente, también es durante esta etapa que una cantidad de terapeutas de familia (Bowser y cols., 2003; Coleman y cols., 1986; Horwitz, 1997; Reilly, 1975; Rosenbaum y Richman, 1972) tratan con las, a menudo, inesperadas e irresueltas pérdidas y muertes que tantas familias farmacodependientes han

experimentado. Inicialmente puede no ser necesario cubrir estos temas para que se produzca la abstinencia, pero el dolor no resuelto puede “comerse” el progreso, a menos que se lo acepte.

3.9.6 Etapa 6: Finalizando la terapia

En el curso ideal de la terapia con las familias que abusan de sustancias, el tratamiento termina cuando los clientes y el terapeuta acuerdan dejar de reunirse de manera regular. Los terapeutas de familia tienden a acordar finalizar cuando consideran que los graves problemas estructurales que han mantenido el abuso de sustancias han sido reemplazados por nuevas reglas, roles y patrones interaccionales familiares.

Óptimamente, el abuso de sustancias no ha sido reemplazado por otras conductas adictivas. Los terapeutas de familia tienden a tolerar las “adiciones” socialmente aceptables (por ejemplo, la “adicción al trabajo”) siempre que los miembros de la familia las toleren.

La duración de la terapia y la definición específica de lo que es un tratamiento exitoso varían ampliamente entre los modelos de terapia y entre las familias. Stanton y Todd (1992), al describir su medio de terapia breve para tratar drogadictos, han afirmado en líneas generales que la terapia se concluye en forma apropiada cuando *“ha ocurrido un cambio adecuado y se ha mantenido durante el tiempo suficiente como para que la familia tenga la sensación de un verdadero logro”*.

La terapia familiar, en ocasiones termina inesperada y prematuramente, por lo menos en opinión del terapeuta. Sin importar cuán experto sea el terapeuta, y

sin importar en qué etapa del tratamiento se encuentre, son las **familias** las que eligen cuándo dejar de venir a terapia. En dichas circunstancias, los terapeutas responsables hacen todos los esfuerzos posibles para determinar si las familias están satisfechas o insatisfechas con los servicios prestados, y luego responden en consecuencia. Ofrecen servicios adicionales o derivaciones para cualquier miembro de la familia, así como opiniones profesionales respecto de los problemas que quedan y advertencias cuando sea apropiado."[36]

Para terminar este capítulo, estas seis etapas escritas anteriormente, pueden ser parte de una intervención para parejas o familias relacionadas con el consumo de alcohol o drogas, sin especificar ni diferenciar entre los consumidores de cualquier sustancia, lo que se trata de lograr es, brindar una ayuda psicoterapéutica para el manejo de la intervención clínica en la terapia familiar, dando así como resultado las etapas anteriormente dichas, como herramienta o modelo de intervención.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se realizó utilizando los métodos Descriptivo y Correlacional, los cuales me permitieron adquirir información de manera directa, objetiva y detallada de la problemática existente en el Proceso de Rehabilitación de personas dependientes a sustancias psicotrópicas.

Se empleó el tipo de investigación cuantitativo, con el que se trabajó con un universo de 47 familiares de personas dependientes a sustancias psicotrópicas de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”.

Para poder aplicar los reactivos psicológicos y recolectar información, se procedió a pedir se me otorgue la posibilidad de trabajar con los familiares dependientes a sustancias psicotrópicas al Coordinador de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, con fines investigativos para el desarrollo de la presente investigación.

La aplicación de reactivos psicológicos para la recolección de datos se la realizo luego de promover la intervención psicoterapéutica a los familiares, dicha promoción constó de 9 psicoeducaciones grupales, la mencionada recolección de datos, se elaboró durante la estadía del paciente dependiente a sustancias psicotrópicas, que es por el periodo de tres meses, para proceder a intervenir con la familia y ejecutar una Intervención Psicoterapéutica compuesta de 2 fases.

Para la recolección de datos se utilizó los siguientes reactivos psicológicos que evalúan el funcionamiento familiar, los cuales se describe a continuación

TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF.SIL)

Este instrumento fue diseñado por Lic. Dolores de la Cuesta Freijomil, Lic. Esther Pérez González, Lic. Isabel Louro Bernal, quien para la construcción de este instrumento se realizó una profunda revisión bibliográfica y se llegó a la obtención de las siguientes categorías, que a nuestro juicio son las que evalúan el funcionamiento familiar: Cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad.

A partir de estas categorías se elaboró un instrumento provisional, que fue sentido al criterio de 30 expertos. Después de obtenidos los resultados del criterio de expertos. Mediante un análisis cualitativo, se realizaron las transformaciones señaladas por el 85% de estos como mínimo. Posteriormente se reevaluó el instrumento por el grupo de expertos hasta llegar al instrumento final y se confeccionaron mediante, procedimientos estadísticos, las normas para su calificación.

TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMIMLIAR - F.F.-SIL.

A CONTINUACIÓN LES PRESENTAMOS UNA SERIE DE SITUACIONES QUE PUEDEN OCURRIR O NO EN SU FAMILIA. NECESITAMOS QUE USTED CLASIFIQUE Y MARQUE CON UNA (X) SU RESPUESTA SEGÚN LA FRECUENCIA EN QUE OCURRE LA SITUACIÓN.

	CASI NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	A VECES	CASI SIEMPRE
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.	_____	_____	_____	_____	_____

2. En mi casa predomina la armonía.	_____	_____	_____	_____	_____
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	_____	_____	_____	_____	_____
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana.	_____	_____	_____	_____	_____
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	_____	_____	_____	_____	_____
6. Podemos aceptar los defectos de todos y sobrellevarlos.	_____	_____	_____	_____	_____
7. Tomamos en consideración las experiencias de la familia ante situaciones difíciles.	_____	_____	_____	_____	_____
8. Cuando alguien de la familia tiene algún problema los demás lo ayudan.	_____	_____	_____	_____	_____
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobre cargado.	_____	_____	_____	_____	_____
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	_____	_____	_____	_____	_____
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.	_____	_____	_____	_____	_____
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	_____	_____	_____	_____	_____
13. Los intereses y necesidades de cada cuál son respetado	_____	_____	_____	_____	_____

por el núcleo familiar.

14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. _____ _____ _____ _____ _____

PROCEDIMIENTO

Este reactivo se lo utilizo para medir desde la percepción del miembro de la familia el funcionamiento familiar existente.

Para recolectar información a través del reactivo, lo primero que se realizo fue una entrevista semi-estructurada, la cual consistó en adquirir información acerca de los datos personales y realizar un sondeo a la familia.

Se dialogó de manera conjunta con los miembros de la familia, donde cada uno expresaba sus puntos de vista, acerca de la realidad que se cursaba, sobre su familiar dependiente a sustancias psicotrópicas y sus consecuencias en el ambiente familiar.

Una vez encontrado el supuesto problema familiar se prosiguió a aplicar el reactivo psicológico de Funcionamiento Familiar FF-SIL para confirmar el problema ya planteado.

El método de aplicación del reactivo se da de la siguiente manera: auto-administrada, porque puede ser aplicada a cualquier miembro de la familia mayor de 18 años de edad y menor de 65 años de edad, el familiar debe vivir en el hogar de modo que conozca la dinámica familiar.

Se le presentó el reactivo con catorce ítems y cinco valoraciones que son: casi siempre que equivale a 5 puntos, muchas veces que equivale a 4 puntos, a

veces que equivale a 3 puntos, pocas veces que equivale a 2 puntos y casi nunca que equivale a 1 punto.

Para observar las áreas afectadas se calificaran las categorías antes mencionadas, sumando los puntos que son:

Categorías:	Ítems
Cohesión	1 y 6
Armonía	2 y 13
Comunicación	5 y 11
Adaptabilidad	6 y 10
Afectividad	4 y 14
Roles	3 y 9
Permeabilidad	7 y 12

Una vez terminado el reactivo la manera de calificar es la suma de los puntos por ítems que va desde la expresión positiva que define el funcionamiento familiar hasta la expresión negativa:

De 70 a 57	Familia Funcional
De 56 a 42	Familia moderadamente funcional
De 42 a 28	Familia Disfuncional
De 27 a 14	Familia severamente disfuncional.

TEST DE APGAR FAMILIAR

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en '1978 por Smilksteinl para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (parlnertship), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutiva (reso/ve) este instrumento busca evidenciar el estado funcional de la familia en un momento determinado, y poder conseguir

una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.

Bellón SJA, Delgado SA, Luna del CJD, Lardelli CP.*validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atención Primaria 1996; 18(6):289-295.*

El objetivo de este estudio fue analizar la validez y confiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Basados en un diseño descriptivo y transversal, se entrevistó a 656 personas mayores de 14 años de edad, de un universo de 2 662, todos ellos usuarios de los servicios del centro de salud Zaidin-Sur de Granada. La selección de los pacientes fue por muestreo probabilístico aleatorio utilizando una potencia de 86.35% para detectar una diferencia del 10% con un error alfa de 5%. Para establecer el grado de validez y confiabilidad del instrumento, se aplicó, en dos ocasiones, a 60 de las personas seleccionadas con una diferencia de tiempo promedio de seis días. Los coeficientes de correlación intraclase de los cinco reactivos del Apgar-fa miliar fueron superiores a 0.55. La prueba estadística alfa de Crombach fue de 0.84. El 16% de la muestra obtuvo un Apgar-familiar disfuncional y la puntuación media fue de 8.4. Se concluye que el Apgar-familiar es un instrumento útil para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos. Por su brevedad, es de gran utilidad. Los autores consideran que este instrumento es válido y confiable, pero no debe considerarse como la única posibilidad para estudiar a la familia, pues existen

otros instrumentos que analizan la función familiar con mayor validez que el Apgar-familiar.

Adaptación y resumen: Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina Profesor del departamento de Medicina Familiar.

TEST APGAR FAMILIAR

Nombre **Fecha**

Unidad/Centro **Nº Historia**

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser **autoadministrado o heteroadministrado** y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7-10 puntos
- Disfuncional leve: 0 - 2
- Disfuncional grave: 3 - 6

Versión heteroadministrada: Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Nombre **Fecha**

Unidad/Centro **Nº Historia**

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

PROCEDIMIENTO

Este reactivo se lo utilizo para interpretar de igual manera el funcionamiento familiar desde la perspectiva del integrante de la familia.

Una vez aplicado el primer test a los familiares, se les proporciona información acerca de la importancia de la realización de un segundo test, ya que se determinara con una mayor precisión y claridad, el problema que se manifiesta por medio de la entrevista semi-estructurada y así poder establecer un plan psicoterapéutico para la intervención familiar.

Este test se lo realiza de manera auto-administrada, de forma individual, a cada miembro de la familia, la manera en que se lo aplica es la siguiente: se le presenta el test que consta de 5 ítems, teniendo cada ítems 3 categorías que son con sus respectivos valores que son:

Casi nunca	0
A veces	1
Casi siempre	2

Una vez terminado el reactivo se sumaran los puntos obtenidos el cual dará como resultado las siguientes opciones:

Normofuncional:	7 - 10
Disfuncional leve:	0 - 2
Disfuncional grave:	3 - 6

VI. RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

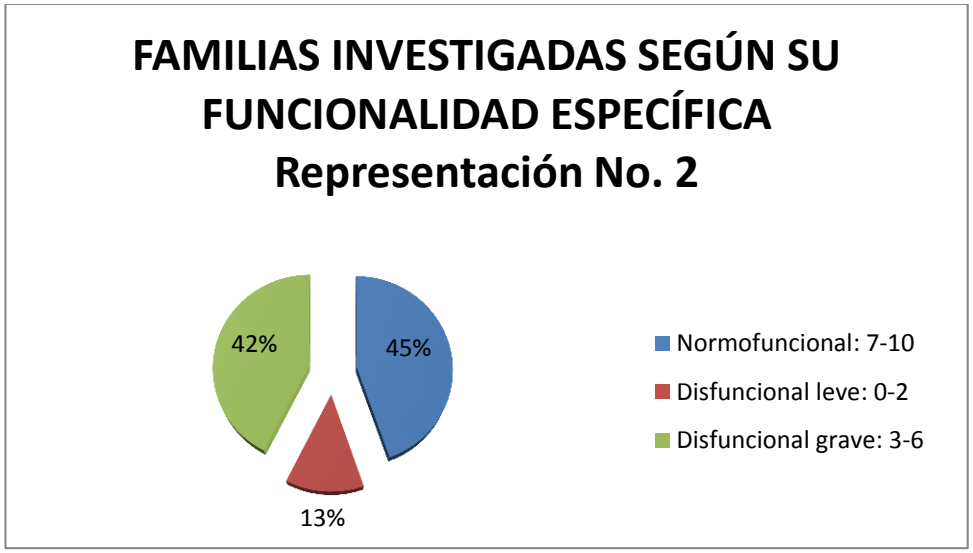
Tabla nro. 1: RESULTADOS DEL TEST APGAR FAMILIAR

Puntos de corte	No. De Familias	%
NORMOFUNCIONAL	21	44.68%
DISFUNCIONAL LEVE	6	12.77%
DISFUNCIONAL GRAVE	20	42.55%
TOTAL	**47**	**100%**

Autor: *Pablo Andrés Cabrera Sandoval.*

Fuente: *Test de Apgar Familiar*

GRAFICO 1. RESULTADOS DEL TEST APGAR FAMILIAR



Análisis de Resultados:

Según los resultados obtenidos con la aplicación del Reactivo APGAR FAMILIAR, podemos destacar que de todas las familias evaluadas, 21 familiares, que representan el 45%, se consideran Normofuncionales. De la misma manera podemos observar que un 55% de los familiares consideran que presentan un grado de disfuncionalidad, dividas de forma que 20 familiares que representan el 42%, presentan una Disfunción Grave. Y 6 familiares, representando el 13%, son Disfuncionales Leves.

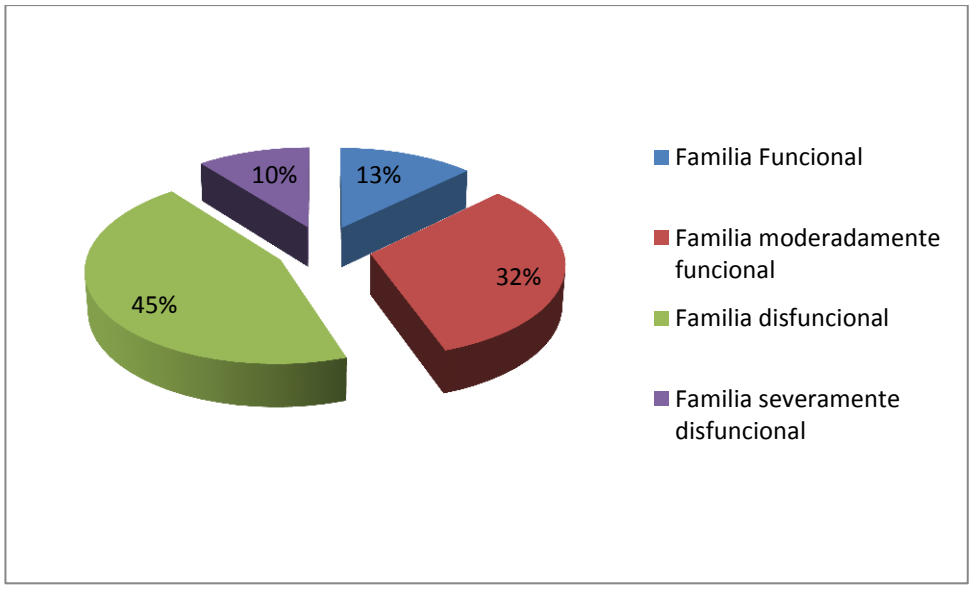
Tabla nro. 2: RESULTADOS DEL TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (F.F-SIL)

PUNTO DE CORTE	CANTIDAD	%
FAMILIA FUNCIONAL	6	13%
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	15	32%
FAMILIA DISFUNCIONAL	21	45%
FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	5	10%
TOTAL	**47**	**100%**

Autor: *Pablo Andrés Cabrera Sandoval.*

Fuente: *Test de Funcionamiento Familiar (F.F-SIL)*

Gráfico nro. 2: RESULTADOS DEL TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (F.F.-SIL.)



Análisis de Resultados:

Según los resultados obtenidos con la aplicación del Reactivo "TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (F.F.-SIL.), podemos mencionar que de las familias evaluadas, 6 familiares, que representan el 13%, se consideran Funcionales; mientras que 15 familiares que representan un 32% son Moderadamente Funcionales. Por otro lado podemos observar que 5 familiares que presentan un 10%, se consideran Severamente Disfuncionales; y 21 familiares representando el 45%, son Disfuncionales.

Concluyendo podemos mencionar que el 45% de los familiares se consideran Funcionales; y el 55% restante muestran un grado de Disfuncionalidad.

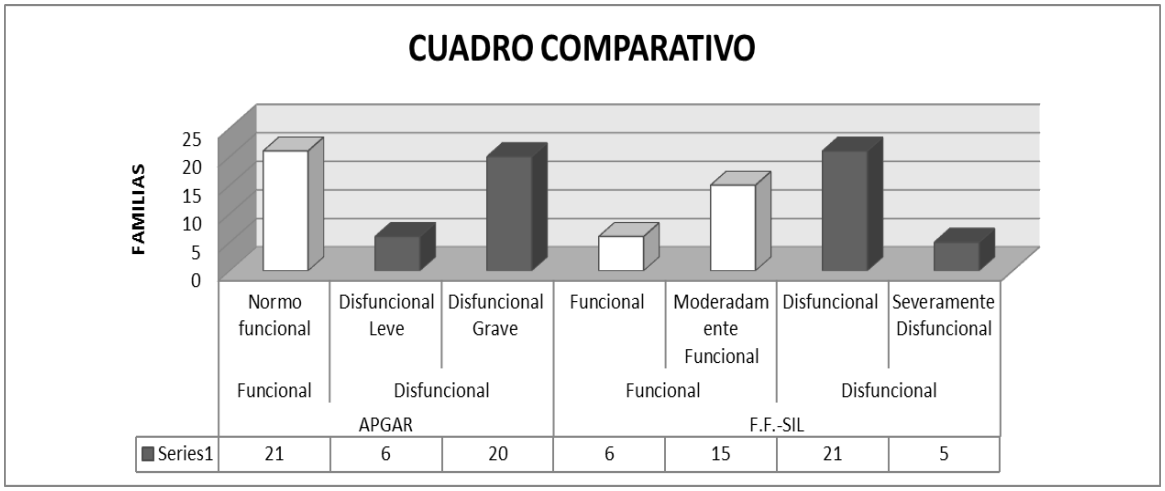
Tabla nro. 3: CUADRO COMPARATIVO DE RESULTADOS DE LOS REACTIVOS PSICOLÓGICOS.

<table>
<tr><th colspan="4">APGAR</th></tr>
<tr><th colspan="2">FUNCIONAL</th><th colspan="2">DISFUNCIONAL</th></tr>
<tr><td>Normofuncional</td><td colspan="2">Disfuncional Leve</td><td>Disfuncional Grave</td></tr>
<tr><td>21</td><td colspan="2">6</td><td>20</td></tr>
<tr><td>21</td><td colspan="3">26</td></tr>
<tr><td colspan="4">47</td></tr>
<tr><th colspan="4">TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL</th></tr>
<tr><th colspan="2">FUNCIONAL</th><th colspan="2">DISFUNCIONAL</th></tr>
<tr><td>Funcional</td><td>Moderadamente Funcional</td><td>Disfuncional</td><td>Severamente Disfuncional</td></tr>
<tr><td>6</td><td>15</td><td>21</td><td>5</td></tr>
<tr><td colspan="2">21</td><td colspan="2">26</td></tr>
<tr><td colspan="4">47</td></tr>
</table>

Autor: *Pablo Andrés Cabrera Sandoval.*

Fuente: *Test de Apgar familiar y Test de funcionamiento familiar (F.F-SIL)*

Gráfico Nro. 3: COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE LOS REACTIVOS PSICOLÓGICOS.



Análisis de Resultados:

Concluyendo podemos mencionar que en ambos reactivos obtenemos un numero de 21 familiares, que representan un 45%, que se consideran como **Funcionales**; y 26 familiares que representan el 55% muestran un grado de **Disfuncionalidad** en ambos reactivos psicológicos.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERPAEUTICA PARA FAMILIAS DE PERSONAS DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.

PRIMERA FASE: RECOLECCIÓN DE DATOS.

En esta fase se pudo recolectar información de los familiares y establecer la problemática existente de la familia dependiente a sustancias psicotrópicas como: la codependencia y el proceso del perdón, y dialogar acerca de las áreas afectadas obtenidos por los reactivos psicológicos como: la comunicación y la afectividad.

SEGUNDA FASE: INTERVENCIÓN A LA FAMILIA DE PERSONAS DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.

En esta fase se realizó la intervención psicoterapéutica con los siguientes modelos: Técnica racional - emotiva, cognitivo y humanista, las cuáles están destinadas a tratar los problemas encontrados en la primera fase, los cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

Con la técnica racional - emotiva en un número de 5 sesiones se trabajó la codependencia, con la cuál obtuvimos resultados positivos ya que se logró que el familiar reconozca el papel que desempeña en la relación adicto-familiar, se autodefina como un ser individual haciéndose responsable de sí mismo, se le proporcionó herramientas psicoterapéuticas para afrontar una posible situación que provoque crisis y la maneje de manera relajada con la capacidad de no alterar su estado emocional.

Con la técnica cognitiva en un número de 8 sesiones se trabajó las áreas afectadas como son la comunicación y la afectividad, con las cuáles se consiguió resultados efectivos, logrando que el familiar exprese sus emociones negativas de manera adecuada y sin provocar daño alguno y escuche atentamente las opiniones ajenas sin reaccionar de forma violenta, también se logró crear un ambiente saludable con muestras de afecto entre los familiares y la pérdida de inhibición al expresar sentimientos saludables hacia su familiar; además se pudo obtener la elevación del autoestima de los familiares para llegar a darse el valor que les corresponde como persona e integrante de la familia. Por otra parte se trabajó sobre la disminución de ansiedad que provoca el no saber reaccionar ante determinadas situaciones inesperadas y pensamientos derrotistas, teniendo como resultado que el familiar controle sus pensamientos derrotistas y maneje más tranquilamente situaciones que provoquen ansiedad, para no actuar de manera incorrecta.

Con la técnica humanista en un número de 4 sesiones se trabajó el proceso del perdón del familiar del paciente dependiente a sustancias psicotrópicas, obteniendo como resultado conseguir un estado de serenidad y tranquilidad en el interior de cada integrante familiar, eliminar problemas existentes no resueltos, y así, encontrar estabilidad emocional para restablecer relaciones con su familiar dependiente fomentando la unión familiar.

VII. DISCUSIÓN

En la presente investigación realizada en la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria” de la Ciudad de Loja, se trabajó con los familiares de 25 pacientes diagnosticados con Trastorno mental y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, que son un total de 47 familiares, llegando a obtener los resultados de que el 45% que representan a 21 familiares, consideran que su familia muestran una funcionalidad familiar y, que el 55% que representan a 26 familiares presentan disfuncionalidad familiar. “En un estudio realizado en el año 2011, por la Universidad Técnica de Machala en el Centro de Recuperación Psicoterapéutica “Divino Cristo” se comprueba que, el 55% se caracterizan por tener una familia disfuncional, el 20% se caracteriza por tener un ambiente moderadamente funcional, el 15% de los encuestados viven en un ambiente severamente disfuncional y el 10% de las familias viven en un ambiente funcional”[37]. Llegando a si a comparar que en ambos estudios existe una disfuncionalidad familiar como antecedente en personas dependientes a sustancias psicotrópicas.

Además se pudo detectar áreas que se encuentran seriamente afectadas en la familia como la comunicación, la afectividad entre sus miembros de la familia, una codependencia ya sea por parte de madre, padre, esposa o hijos, y por el resultado de las actividades negativas del consumidor de sustancias psicotrópicas da consecuencias como el resentimiento, creando ideas irracionales y de invalides en el familiar, dificultando el tratamiento integral de los pacientes con dependencia a sustancias psicotrópicas. “Al constatar esta información con una investigación realizada en el año 2007 por PATIM

(Prevención, Asesoramiento, Tratamiento e Investigación en temas de Marginación y Drogas) y por la ASECEDI (Asociación de Entidades de Centros de Día) junto con la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, se pudo comprobar similitud en el deterioro de áreas importantes para el funcionamiento familiar y por ende el tratamiento integral del paciente con dependencia a sustancias psicotrópicas, llegando a la conclusión de que las habilidades de comunicación (con especial énfasis en los estilos comunicativos pasivo/asertivo/agresivo, las habilidades de escucha activa y las claves para la comunicación eficaz), habilidades de afrontamiento (de estados de ánimo negativos tales como la ira, la depresión o la culpa, de los intentos de manipulación por parte del adicto, de la recaída), y las habilidades de negociación y resolución de conflictos, son herramientas fundamentales para favorecer la funcionalidad en la familia y dirimir sus problemas de la forma más autónoma posible".[38]

"En una investigación realizada en la ciudad de México, con un total de 350 adolescentes mexicanos escolarizados en donde el 100% de los centros en los que se llevó a cabo la investigación eran centros públicos, considera que un aspecto importante es el hecho de que los hijos drogodependientes, relacionan su consumo con la insatisfacción del funcionamiento familiar que caracteriza a su familia, pero en la que se apoyan cuando se encuentran en situaciones deprimentes como consecuencia de su consumo."[39]

" Así mismo, en otra investigación realizada en la ciudad de México en un Centro de Alcohólicos Anónimos de Coatzacoalcos Veracruz, donde asisten esposas y esposos de alcohólicos, de ambos sexos, se utilizó la población de

70 personas entre ellos hombres y mujeres, en donde se concluyó que con respecto al funcionamiento familiar, se hallaron como disfuncionales en su mayor parte con 83 porciento, cabe mencionar que aun con la problemática que causa el alcoholismo en su entorno familiar, un 10 porciento se consideró moderadamente funcional”.[40]

Por tal razón, este plan psicoterapéutico tiene como objetivo promover la Intervención de la familia en el proceso psicoterapéuticos de pacientes con dependencia a sustancias psicotrópicas, a través de la utilización de técnicas psicoterapéuticas como: cognitivo - conductual, racional - emotiva y humanistas para lo que se tratará de contrarrestar pensamientos irracionales, mejorar el aspecto de la comunicación, eliminar sentimientos internos negativos que interfieran a su crecimiento personal y lograr adaptar al familiar conductas que le ayuden a establecer relaciones afectivas, para que sean capaces de solucionar de manera saludable, posibles circunstancias negativas que ocurran dentro del ámbito familiar.

VIII. CONCLUSIONES

Al terminar el presente trabajo investigativo se logró establecer las siguientes conclusiones:

- El 13% de los familiares de personas dependientes a sustancias psicotrópicas se consideran una familia funcional, el 32% de los familiares consideran que su familia es moderadamente funcional, mientras que el 45% de los familiares manifiestan tener una familia disfuncional y el 10% de los familiares restantes consideran que su familia es severamente disfuncional, datos que fueron recolectados al aplicar el Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL a los familiares de internos dependientes a Sustancias Psicotrópicas de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”.

- El 44.68% de los familiares se consideran familias normofuncionales; el 12.77% de las familiares consideran que presentan un grado de disfuncionalidad leve; y el 42.55% de los familiares consideran que su familia presentan disfuncionalidad grave, donde sumando los grados de disfuncionalidad que son el 12.77% de disfuncionalidad leve y el 42.55% de disfuncionalidad grave, da como resultado que el 55.32% de los familiares consideran que sus familias presentan disfuncionalidad, dichos resultados fueron recolectados del Test Apgar Familiar aplicados a los familiares de los internos dependientes a sustancias psicotrópicos de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”.

- De la aplicación de los reactivos psicológicos como son el Apgar Familiar y el Test de Funcionamiento Familiar se concluye que en ambos reactivos se obtuvo un número de 21 familiares que representan el 45% que se consideran una familia funcional, y 26 familiares que representan el 55% muestran disfuncionalidad familiar.

- Que promover la intervención psicoterapéutica a la familia de personas dependientes a sustancias psicotrópicas, ayuda a que las mismas tengan una mayor información sobre los beneficios que se tiene al trabajar conjuntamente con el familiar dependiente a sustancias psicotrópicas, para un mejor proceso psicoterapéutico.

- La intervención familiar ayuda a que se restablezcan las relaciones familiares y la dinámica familiar, para un mejor estilo de vida tanto para el paciente como para los miembros de la familia, rescatando el dato de que, la intervención familiar no es acogida por todos los integrantes de la familia, lo cual se concluyó, que existe un desinterés minoritario o la falta de disponibilidad de tiempo de algunos familiares a la intervención psicoterapéutica.

IX. RECOMENDACIONES

Luego de la investigación realizada, propongo las recomendaciones siguientes:

- Que la intervención familiar no solo se dé durante la estadía del interno en la Comunidad Terapéutica, sino también se realice un seguimiento a la familia de manera regular para seguir manteniendo la funcionalidad alcanzada durante la intervención.

- Que el Modelo de Intervención Psicológica se aplique a futuras familias de personas dependientes a sustancias psicotrópicas que recurran a la ayuda de esta Comunidad Terapéutica, y porque no, se extienda dicho plan psicoterapéutico a otras instituciones para el bienestar familiar y social.

- A través de una psicoeducación eliminar la idea errónea de que el paciente dependiente a sustancias psicotrópicas es el único responsable de su conducta adictiva, e incluir la información de que el ambiente familiar y su dinámica es un factor que puede ayudar a desencadenar una adicción a sustancias psicotrópicas.

- Destacar la importancia de la familia en el proceso de reinserción del paciente dependiente a sustancias psicotrópicas a la sociedad y a la familia misma, ya que es esta última en donde se volverá a reiniciar las relaciones afectivas, un nuevo ambiente familiar, un crecimiento personal, el proceso de integración a sus seres queridos.

-

X. BIBLIOGRAFÍA

1. MARAMBIO J. 2009. Proyecto de descentralización de las políticas de drogas en los países andinos. Análisis Situacional y Conclusiones de 14 Estudios Realizados en Ecuador sobre la Percepción del Uso y Consumo de Drogas, Realizados entre Marzo y Noviembre del 2009. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas CONSEP Observatorio Ecuatoriano de Drogas OED. s/e. Ecuador. Pág. 112 - 115.

2. FRANCO C. Cristina. Revista Vive. Edición del 3 de septiembre de 2012. Recuperado de: http://www.revistavive.com/index.php/18-lo-mas-destacado/200-droga-legal-en-ecuador

3. BOTELLA, H. AVILÉS, A. 2007. Intervenir en familias desde los centros de día. Salamanca. Editorial ASECEDI, OASIS. Pág. 19.

4. GONZÁLEZ, B. 2003. Orientación Familiar. Intervención familiar en el ámbito de la diversidad. Madrid. Editorial SAENZ Y TORRES. Pág. 11, 12.

5. BELART A. y FERRER, M. (1999). El ciclo de la vida; una visión sistémica de la familia. 2ª edición: julio 1999. Editorial DESCLÉE DE BROUWER., 1998 Bilbao-España pág. 25.

6. GONZÁLEZ, B. 2003. Orientación Familiar. Intervención familiar en el ámbito de la diversidad. Madrid. Editorial SAENZ Y TORRES. Pág. 13, 14, 15.

7. SERVICIO DE PLANIFICACIÓN Y SERVICIO DE ACCIÓN SOCIAL. 2003. Programa de trabajo social y apoyo a la dinámica y estructura familiar. Logroño. Edita Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. Pág. 15, 16, 17.

8. FUSTER, E. OCHOA, G. 2000. Psicología social de la familia. Barcelona. Editorial Paidós, SAICF. Pág. 102.

9. SERVICIO DE PLANIFICACIÓN Y SERVICIO DE ACCIÓN SOCIAL. 2003. Programa de trabajo social y apoyo a la dinámica y estructura familiar. Logroño. Edita Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. Pág. 17, 18.

10. SERVICIO DE PLANIFICACIÓN Y SERVICIO DE ACCIÓN SOCIAL. 2003. Programa de trabajo social y apoyo a la dinámica y estructura familiar. Logroño. Edita Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. Pág. 19.

11. FUSTER, E. OCHOA, G. 2000. Psicología social de la familia. Barcelona. Editorial Paidós, SAICF. Pág. 104.

12. FUSTER, E. OCHOA, G. 2000. Psicología social de la familia. Barcelona. Editorial Paidós, SAICF. Pág. 102.

13. HIDALGO, C. CARRASCO, E. 1999. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Primera Edición. Chile. Editorial s.e. Ediciones. Universidad Católica de Chile. Pág. 131.

14. SERVICIO DE PLANIFICACIÓN Y SERVICIO DE ACCIÓN SOCIAL. 2003. Programa de trabajo social y apoyo a la dinámica y estructura familiar. Logroño. Edita Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. Pág. 19, 20, 21.

15. JAULÍN, C. 2008. Sociología de la familia. La intertextualidad como recurso metodológico y didáctico de observación social. Primera Edición. Sevilla (España). Editorial La Reserva. Pág. 46, 47.

16. JAULÍN, C. 2008. Sociología de la familia. La intertextualidad como recurso metodológico y didáctico de observación social. Primera Edición. Sevilla (España). Editorial La Reserva. Pág. 52, 53, 54.

17. BELART A. y FERRER, M. (1999). El ciclo de la vida; una visión sistémica de la familia. 2ª edición: julio 1999. Editorial DESCLÉE DE BROUWER., 1998 Bilbao-España pág. 36, 37, 38.

18. HIDALGO, C. CARRASCO, E. 1999. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Primera Edición. Chile. Editorial s.e. Ediciones. Universidad Católica de Chile. Pág. 131.

19. HIDALGO, C. CARRASCO, E. 1999. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Primera Edición. Chile. Editorial s.e. Ediciones. Universidad Católica de Chile. Pág. 151 a 161.

20. HIDALGO, C. CARRASCO, E. 1999. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Primera Edición. Chile. Editorial s.e. Ediciones. Universidad Católica de Chile. Pág. 222 a 224.

21. BOTELLA, H. AVILÉS, A. 2007. Intervenir en familias desde los centros de día. Salamanca. Editorial ASECEDI, OASIS. Pág. 20.

22. HIDALGO, C. CARRASCO, E. 1999. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Primera Edición. Chile. Editorial s.e. Ediciones. Universidad Católica de Chile. Pág. 224, 225.

23. EDWARD, K. Marianne R.M. Yoshioka, M.S.W., Ph.D. 2004. Estados Unidos. El tratamiento de abuso de sustancias y la terapia familiar. Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias. Tratamiento de Abuso de Sustancias y Terapia Familiar. Serie de Protocolos para Mejorar el Tratamiento (TIP), Publicación No. 39 del “DHHS” (SMA) 04-3957. Rockville, MD: Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y de Salud Mental, 2004. Pág. 37 - 38.

24. BOTELLA, H. AVILÉS, A. 2007. Intervenir en familias desde los centros de día. Salamanca. Editorial ASECEDI, OASIS. Pág. 23.

25. HIDALGO, C. CARRASCO, E. 1999. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Primera Edición. Chile. Editorial s.e. Ediciones. Universidad Católica de Chile. Pág. 228, 229.

26. GONZÁLEZ, B. 2003. Orientación Familiar. Intervención familiar en el ámbito de la diversidad. Madrid. Editorial SAENZ Y TORRES. Pág. 420 a 423.

27. BOTELLA, H. AVILÉS, A. 2007. Intervenir en familias desde los centros de día. Salamanca. Editorial ASECEDI, OASIS. Pág. 21, 22, 23.

28. PÉREZ DEL RIO, F. 2011. Estudios sobre adicciones. España. Editorial. s.e. Impreso en España. Pág. 27 a 31.

29. PÉREZ DEL RIO, F. 2011. Estudios sobre adicciones. España. Editorial. s.e. Impreso en España. Pág. 32, 33, 34.

30. PÉREZ DEL RIO, F. 2011. Estudios sobre adicciones. España. Editorial. s.e. Impreso en España. Pág. 36 a 42.

31. AECI/CICAD/OEA/CONSEP. 2007. Guía del Ecuador. Implementación de estrategias de prevención a través de municipios. Ecuador 2007. Pág. 19 a 25.

32. GONZÁLEZ, B. 2003. Orientación Familiar. Intervención familiar en el ámbito de la diversidad. Madrid. Editorial SAENZ Y TORRES. Pág. 472.

33. LÓPEZ, E. 2009. Uso de la terapia familiar sistémica en parejas con conflictos matrimoniales y niños con problemas de atención: un estudio de caso. Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de psicología clínica. Quito. Universidad San Francisco de Quito. Pág. 1- 2.

34. LÓPEZ, A. 2008. La intervención psicológica: características y modelos. Universidad de Barcelona - España. Editorial. s.e. 21 - Octubre - 2008. Pág. 2 - 10.

35. ROIZBLATT, A. 2009. Terapia familiar y de pareja. Santiago - Chile. Editorial. MEDITERRANEO. Pág. 492, 493, 494.

36. ROIZBLATT, A. 2009. Terapia familiar y de pareja. Santiago - Chile. Editorial. MEDITERRANEO. Pág. 495 a 505.

37. GALARZA, R. ORELLANA, J & REYES, J. 2011-2012. “La familia y su influencia en el proceso de recuperación de los drogodependientes del Centro de Recuperación Psicoterapeuta “Divino Niño” de la Ciudad de Machala, año 2011”. Previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico. Ecuador.

38. BOTELLA, H. & AVILÉS, A. 2007. Intervenir en familias desde los centros de día. Salamanca. Editorial ASECEDI, OASIS. Pág. 48.

39. Ramírez, L. 2007. El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes. (Un Análisis Etnográfico). Tesis Doctoral. Valencia, 2007.

40. HERNANDEZ. V. 2011. Funcionamiento familiar de integrantes en un centro de alcohólicos anónimos de Coatzacoalcos, Veracruz. Para acreditar la experiencia educativa Experiencia Recepcional. Facultad de enfermería. Minatitlán, Veracruz. 2011.

41. CABALLO V. MANUAL DE TÉCNICAS DE TERAPIAY MODIFICACIÓN. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Pag. 475.

42. CABALLO V. MANUAL DE TÉCNICAS DE TERAPIAY MODIFICACIÓN. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Pag. 477.

43. MINICI, A. RIVADENEIRA, C. y DAHAB, J. s/f. ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conducutal?. CETECIC. Recuperado de http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=7

44. VEGA L. SANTOYO J. RODRIGUEZ S. s/f. Historia de la Psicología I Introducción. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. Pág. 147 - 149

INTERVENCION PSICOLÓGICA

PLAN PARA PROMOVER LA INTERVENCION TERAPEUTICA PARA FAMILIARES DE PERSONAS DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOTROPICAS.

INTRODUCCIÓN

Una vez concluida la investigación con los familiares de los internos en la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria” y tomando en cuenta el objetivo general de esta investigación, he creído provechoso elaborar el siguiente plan para la promover la intervención terapéutica para familiares de personas dependientes a sustancias psicotrópicas, con el fin de poder llegar a los mismos y dar a conocer, la importancia de la intervención de los mismos para el tratamiento de su familiar interno.

Para desarrollar el plan de promoción, realice 9 psicoeducaciones grupales a todas las familias de los internos de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, en donde en cada psicoeducación grupal, se expuso diferentes temas relacionados con la problemática actual de la familia y su familiar interno, para así lograr, que la familia participe activamente en el proceso de rehabilitación del paciente y, llegue a comprender el problema existen fuera del consumo de sustancias psicotrópicas del familiar interno.

Se debe mencionar que las psicoeducaciones grupales a las familias, se las realizó durante la estadía del dependiente a sustancias psicotrópicas dentro de la Comunidad Terapéutica, los días destinados a la familia en general, que es una vez por semana.

Este plan está destinado a concientizar a las familias, acerca de la importancia de su participación en el tratamiento psicoterapéutico de su familiar interno, y, al reconocimiento de que la problemática existente, no solamente proviene del consumo de sustancias de su familiar, sino también de problemas externos existentes dentro del ámbito familiar.

PLANIFICACION PARA PROMOVER LA INTERVENCION TERAPEUTICA PARA FAMILIARES DE PERSONAS DEPENDIENTES

Institución: COMUNIDAD TERAPEUTICA "POSADA SOLIDARIA"					
Participantes: ➢ **Familia de los internos.**					
TEMA	**SUBTEMAS**	**ACTIVIDADES**	**ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS**	**TIEMPO**	**RECURSOS**
LA FAMILIA	• Concepto de Familia • Tipología familiar	Dinámica de presentación	Se realizó una dinámica denominada: "Aprendiendo a conocerme" la cual contribuye para amenizar el grupo y lograr como resultados la disposición hacia la psicoeducación que se realizará.	15 minutos	**MATERIALES:** ➢ Pizarra. ➢ Marcadores.
		Exposición del tema.	La presente psicoeducación será impartida de manera verbal; en donde a los grupos familiares se les dará a conocer acerca de lo que significa la familia y los tipos existentes y, a su vez lograr una identificación basada en la información receptada.	75 minutos	
		Espacio de Preguntas	Este espacio fue utilizado con la finalidad de permitir que los participantes puedan expresarse libremente y aclarar dudas.	15 minutos	

Institución: COMUNIDAD TERAPEUTICA “POSADA SOLIDARIA”					
Participantes: ➢ **Familias de los internos**					
TEMA	**SUBTEMAS**	**ACTIVIDADES**	**ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS**	**TIEMPO**	**RECURSOS**
LA DINÁMICA FAMILIAR	• La comunicación • Los roles • Reglas, normas y valores	Exposición del tema.	La presente psicoeducación será impartida de manera verbal y visual, en donde a los grupos familiares se les hará observar un video acerca de los problemas de comunicación y, a través de la psicoeducación, sobre la comunicación, roles, reglas, normas y valores, los familiares aprenderán a adquirir herramientas adecuadas para mejorar la dinámica familiar.	75 minutos	**MATERIALES:** ➢ Material Audio-visual
		Espacio de Preguntas	Este espacio fue utilizado con la finalidad de permitir que los participantes puedan expresarse libremente y aclarar dudas.	15 minutos	

Institución: COMUNIDAD TERAPEUTICA “POSADA SOLIDARIA”					
Participantes: ➢ **Familias de los internos**					
TEMA	**SUBTEMAS**	**ACTIVIDADES**	**ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS**	**TIEMPO**	**RECURSOS**
LA FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL	• La familia funcional. • La familia disfuncional.	Exposición del tema.	La presente psicoeducación será impartida de manera verbal y participativa, en donde los grupos familiares tendrán el espacio para identificarse como familias funcionales o disfuncionales, según la psicoeducación impartida y experiencias personales vividas dentro de sus hogares.	75 minutos	**MATERIALES:** ➢ Material de apoyo.
		Socialización del tema	Este espacio fue utilizado con la finalidad de evaluar el aprendizaje de la psicoeduación impartida previamente.	15 minutos	

Institución: COMUNIDAD TERAPEUTICA “POSADA SOLIDARIA”					
Participantes: ➢ **Familias de los internos**					
TEMA	**SUBTEMAS**	**ACTIVIDADES**	**ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS**	**TIEMPO**	**RECURSOS**
LA ADICCIÓN Y LOS EFECTOS EN LA FAMILIA	• Impacto en la familia • Roles de la familia del adicto	Exposición del tema.	La presente psicoeducación será impartida de manera verbal y participativa, motivando a que una familia de manera voluntaria exprese el impacto que ha tenido la adicción de su familiar interno, con el objetivo de lograr la identificación de sus consecuencias y cómo influye dichas consecuencias en su funcionamiento familiar (roles).	75 minutos	**MATERIALES:** ➢ Material de apoyo.
		Socialización del tema	Este espacio fue utilizado con la finalidad de lograr una identificación entre los participantes a través del tema expuesto.	15 minutos	

Institución: COMUNIDAD TERAPEUTICA “POSADA SOLIDARIA”					
Participantes: ➢ **Familia de los internos.**					
TEMA	**SUBTEMAS**	**ACTIVIDADES**	**ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS**	**TIEMPO**	**RECURSOS**
FAMILIA CODEPENDIENTE	• La familia codependiente • Síntomas de la codependencia • Familiar codependiente	Dinámica de presentación	Se realizó una dinámica denominada: “Cómo podría ser diferente su vida” el objetivo de esta dinámica es facilitar a los participantes pensar más profundamente en algunos de sus deseos y aspiraciones y lo que están haciendo para lograrlos.	15 minutos	**MATERIALES:** ➢ Papel y lápiz para cada participante. ➢ Pizarra. ➢ Marcadores.
		Exposición del tema.	La presente psicoeducación será impartida de manera verbal; en donde a los grupos familiares se les dará a conocer acerca de lo que es la codependencia, sus síntomas y así puedan lograr identificar si corresponden o se identifican como un familiar codependiente.	75 minutos	
		Espacio de Preguntas	Este espacio fue utilizado con la finalidad de permitir que los participantes puedan expresarse libremente y aclarar dudas.	15 minutos	

Institución: COMUNIDAD TERAPEUTICA “POSADA SOLIDARIA”					
Participantes: ➢ **Familias de los internos**					
TEMA	**SUBTEMAS**	**ACTIVIDADES**	**ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS**	**TIEMPO**	**RECURSOS**
COMPORTAMIENTOS DE HIJOS CODEPENDIENTES	• El responsable • El ajustador • El conciliador • El hijo problema	Exposición del tema.	La presente psicoeducación será impartida de manera verbal y visual, en donde a los grupos familiares se les hará observar un video acerca de los diferentes comportamientos de los hijos codependientes, con la finalidad e identificar el rol que cumples los hijos de personas dependientes a sustancias psicotrópicas y el papel que desempeñan en su familia.	75 minutos	**MATERIALES:** ➢ Material Audio-visual
		Espacio de Preguntas	Este espacio fue utilizado con la finalidad de permitir que los participantes puedan expresarse libremente y aclarar dudas.	15 minutos	

Institución: COMUNIDAD TERAPEUTICA “POSADA SOLIDARIA”					
Participantes: ➢ **Familias de los internos**					
TEMA	**SUBTEMAS**	**ACTIVIDADES**	**ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS**	**TIEMPO**	**RECURSOS**
FACTORES DE RIESGO EN LA ADICCIÓN	• Maltrato • Herencia • Conflictos familiares	Exposición del tema.	La presente psicoeducación será impartida de manera verbal y visual, en donde a los grupos familiares se les hará observar un video acerca de los diferentes causas que pueden influir en una adicción futura, y a través de la psicoeducación dar a conocer al grupo familiar la existencia de múltiples factores de riesgo que influyen en la adicción.	75 minutos	**MATERIALES:** ➢ Material Audio-visual
		Espacio de Preguntas	Este espacio fue utilizado con la finalidad de permitir que los participantes puedan expresarse libremente y aclarar dudas.	15 minutos	

Institución: COMUNIDAD TERAPEUTICA “POSADA SOLIDARIA”					
Participantes: ➢ **Familias de los internos**					
TEMA	**SUBTEMAS**	**ACTIVIDADES**	**ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS**	**TIEMPO**	**RECURSOS**
CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA FAMILIAR CON ALTO RIESGO PATOLÓGICO DE ADICCIÓN	• Comunicación vaga, confusa e imprecisa. • Formación de coaliciones desadaptativas. • Control rígido, agresivo o violento. • Uso del castigo sin dar alternativas adecuadas. • Padres desprestigiados. • Normas rígidas e inhumanas	Exposición del tema.	La presente psicoeducación será impartida de manera verbal y participativa, en donde los grupos familiares tendrán el espacio para reconocer las características de una familia patológica a causa de la adicción, a través de la psicoeducación y la interacción con los grupos familiares, a través de un foro social.	75 minutos	**MATERIALES:** ➢ Material Audio-visual
		Socialización de lo aprendido.	Este espacio fue utilizado con la finalidad de permitir que los participantes puedan expresarse libremente y aclarar dudas.	15 minutos	

Institución: COMUNIDAD TERAPEUTICA “POSADA SOLIDARIA”					
Participantes: ➢ **Familias de los internos**					
TEMA	**SUBTEMAS**	**ACTIVIDADES**	**ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS**	**TIEMPO**	**RECURSOS**
LA TERAPIA FAMILIAR: BASE PARA LA RECUPERACIÓN	• ¿Qué es terapia? • ¿Qué es terapia psicológica? • Terapia familiar • La terapia familiar: base para la recuperación.	Exposición del tema.	La presente psicoeducación será impartida de manera verbal, ya que a través de esta llegar a concientizar a las familias sobre la importancia de su participación, el mejoramiento de la calidad de vida y del proceso de recuperación de su familiar con problemas de adicción	75 minutos	**MATERIALES:** ➢ Pizarra. ➢ Marcadores. ➢ Material de apoyo.
		Socialización de lo aprendido.	Este espacio fue utilizado con la finalidad de permitir que los participantes puedan expresarse libremente y aclarar dudas.	15 minutos	

PLANIFICACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA PARA FAMILIAS DE PERSONAS DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.

INTRODUCCIÓN

Una vez concluida la investigación con los familiares de los internos de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria” y tomando en cuenta los resultados obtenidos, he creído conveniente elaborar la siguiente propuesta psicoterapéutica que está encaminado a proporcionar herramientas útiles a las familias que presentan disfuncionalidad familiar, las cuales según la investigación realizada a través del Apagar Familiar y Funcionalidad Familiar FF-SIL arrojo como resultado.

Para desarrollar la propuesta psicoterapéutica se tomó como muestra las categorías que mide el Test para Evaluar Funcionamiento Familiar FF-SIL, que son: Cohesión, Armonía, Comunicación, Adaptabilidad, Afectividad, Roles, Permeabilidad, tomando como muestra dos aspectos fundamentales, para un mejor funcionamiento familiar, los cuáles he considerado: Comunicación y Afectividad, e incluyendo otros factores que se pudo observar durante la entrevista psicológica como: la codependencia y el perdón.

Tomando en consideración el tiempo de estancia del familiar interno, el cual es de 3 meses, se elaboró y ejecuto una Intervención Psicoterapéutica de 2 Fases, distribuidas en un número de 18 sesiones, cabe recalcar que esta Propuesta Psicoterapéutica de Intervención Familiar se realizara durante la estadía del familiar dependiente dentro de la Comunidad Terapéutica.

La propuesta está destinada a mejorar el funcionamiento familiar a través de técnicas psicoterapéuticas de enfoque cognitivo conductual, racional - emotiva y humanista para reforzar lo expuesto en la psicoeducación a los integrantes de la familia.

INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA PARA FAMILIAS DE PERSONAS DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.

FASE I: RECOLECCIÓN DE DATOS

OBJETIVO:

- Esta fase está destinada a la recolección de información y la formación de una representación acerca de la problemática de la familia del paciente a sustancias psicotrópicas.
- Obtener información y establecer los problemas existentes dentro de la familia.

SESION NRO 1.

ACTIVIDAD: Entrevista Psicológica

OBJETIVOS:

- Recolección de información.
- Planteamiento del problema.

TÉCNICAS:

Se realizan los siguientes métodos para llegar al objetivo deseado:

- Establecimiento empático y rapport.
- Encuadre.
- Recolección de datos de identificación.
- Entrevista Semi-estructurada.
- Aplicación de Reactivos psicológicos
- Socialización del problema familiar.

DURACIÓN: 45 Minutos.

PROCEDIMIENTO:

1. **Establecimiento de Rapport y Empático:**

   Se inició la entrevista con un apretón de manos, una frase amable y una clara explicación de la finalidad perseguida con la entrevista, ayudando a reducir notablemente las tensiones provocadas por la situación de la entrevista.

   El rapport consistió en crear una atmosfera cálida y de aceptación, de tal forma que el entrevistado se sienta cómodo, tranquilo, comprendido y a salvo y se comunique de manera abierta sin temor a ser juzgado o criticado. Se debe tener la responsabilidad de hacer que el entrevistador participe y lo vea como una persona que puede ayudarlo y que es digna de confianza. El rapport está basado en la confianza, el respeto y la aceptación mutuos.

   El objetivo principal es lograr que el entrevistado se sienta cómodo en presencia del entrevistador, así como dispuesto a hablar lo más posible

fuera de cualquier tipo de inhibiciones. Esto se ha dado en llamar rapport o familiarización de la persona con la entrevista.

La empatía se la efectuó por medio de la escucha empática, la mirada fija hacia la persona, una aseveración positiva cuando el paciente comenta su problema.

La empatía es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar y de esta manera poder responder correctamente a sus reacciones emocionales.

Los primeros minutos de una entrevista fueron decisivos para lograr el éxito, ya que depende en gran medida del rapport que establezca el entrevistador.

Algunos elementos a tener en cuenta para conservar el Encuadre de Trabajo:

Espacio Físico:

-El lugar debe ser adecuado y cómodo.

-Mantener la Privacidad.

-Evitar la presencia de personas Ajenas.

-Evitar Interrupciones y disponer de Tiempo.

-Mantener el escritorio o mesa despejado de papeles que no se utilicen.

-Fijar los honorarios.

Profesional:

-Presentarse desde su rol.

-Informar objetivos. (no crear falsas expectativas)

-Escuchar atentamente y sin prejuicios.

-Mantener abiertos los canales de la comunicación y favorecer la espontaneidad.

-Tomar nota solo de aquello imprescindible.

Desde una Evaluación Psicológica:

-Anticipar el número de encuentros. Si son individuales, con familiares u otros.

-Explicar rápidamente de que se trata la actividad.

-Profundizar en algunos temas a medida que el clima lo permita.

-Manejar el “Timing” y evitar un procedimiento Rígido.

Otros:

-Al cierre de cada sesión planificar la próxima.

-No realizar apreciaciones valorativas.

-Mostrarse interesado.

2. **Encuadre:**

Etapa Social:

Recibimiento, saludo y acomodo de la familia y del profesional localizado en el local destinado para la entrevista.

Presentación del profesional y los entrevistados.

Planificación del tiempo, se deberá informar a los entrevistados que la sesión durará 45 minutos. Esto contribuye a la optimización del tiempo y a la productividad de la sesión.

Se deberá comunicar su función y objetivos que persigue. Pero con el propósito de mantener el respeto al paciente, no se incluirán falsas expectativas. Y con el fin de mantener una buena relación no se podrá burlar, reír o corregir lo que el paciente nos trae.

3. **Recolección de datos de identificación:**

Es esta etapa de adquirió información de cada uno de los integrantes de la familia, de manera escrita, como: Nombre, lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, parentesco, estado civil, número de hijos en la familia, religión, dirección domiciliaria, lugar de residencia, fecha de ingreso del usuario o interno.

4. **Entrevista:**

Se realizó una entrevista Semi-estructurada o mixta: este tipo de entrevista se la realiza de forma abierta, en donde se permite a los familiares que se expresen de manera libre, pero con la posibilidad de realizar preguntas de forma espontánea, con el fin de aclarar dudas, que se presenten en ese momento y, preguntas ya estructuradas, de forma alternada.

5. **Aplicación de reactivos psicológicos.**

En esta etapa de la fase, se les solicita a los integrantes de la familia, que llenen los instrumentos psicológicos que son el Apgar familiar y el test de Funcionamiento Familiar FF-SIL antes de la etapa posterior, para así obtener resultados objetivos sobre la familia y su dinámica.

6. **Socialización del problema familiar:**

En esta instancia de la entrevista se desarrolló la socialización con la familia, para poder detectar algún tipo de problema existente, una vez detectado se formalizó compromisos con la misma y se procedió a cerrar la sesión, dicha proceso se lo efectuó a través de los siguientes pasos:

Etapa de Exploración:

Identificando el problema

En esta atapa, se escuchó, observó y preguntó adecuadamente para ir elaborando hipótesis, que debe ir confirmando o rechazando, a fin de dar posteriormente respuesta a la demanda del consultante.

En esta etapa se llegó a una comprensión del problema. Esto va más allá de la mera observación y registro intelectual de datos, esto implica conocer cuál es realmente el motivo de consulta, cómo lo percibe el sujeto.

Antes de pasar a la fase final, conviene que se haga una síntesis de los problemas planteados y se los formule de forma breve al paciente a fin de obtener un feed-back comprensivo. Las frases como: “si he entendido bien, lo que en definitiva a Ud. le preocupa es....”, “me

gustaría saber, tras lo que hemos hablado, si su principal preocupación en este momento es...", "quizá, como síntesis, podemos decir que Ud. está sufriendo especialmente por...., ¿he entendido bien"? Frases de este estilo, acuerdan un foco de trabajo en común consensuado por ambos, clarifica la consulta y es el punto de partida para proseguir el trabajo clínico posterior.

Etapa de cierre de la entrevista psicológica.

En esta etapa final o de cierre de la entrevista, se despide al paciente. Pero, antes de despedirse, se clarificó con el paciente los objetivos planteados y el compromiso que deben tener para llegar a alcanzarlos, cuál va a ser el modo de trabajo que se va a realizar en la próxima o próximas sesiones, es decir, horarios, duración de los mismos, frecuencia de sesiones, etc.

Si esto se ha hecho previamente durante la entrevista, es suficiente con solo recordarlo a modo de síntesis de forma que no quede ninguna duda sobre nuestro modo de actuación profesional y de lo que se espera de él.

FASE II: INTERVENCIÓN A LA FAMILIA DE PERSONAS DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOTROPICAS.

Una vez aplicado el reactivo psicológico sobre el funcionamiento familiar de personas dependientes a sustancias psicotrópicas, se ha obtenido que existen áreas familiares afectadas debido a su disfuncionalidad, estos reactivos psicológicos como el Apgar Familiar y el Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL nos brinda la oportunidad de conocer las áreas afectadas como la comunicación y la afectividad e intervenir sobre las mismas para mejorar la funcionalidad familiar.

También se pudo observar a través de la entrevista psicológica varios aspectos en los que se debe intervenir como: la codependencia y el proceso de perdón para restablecer relaciones familiares.

Es por esta razón que he decidido realizar la siguiente intervención psicoterapéutica en los siguientes modelos:

- Técnica Racional Emotiva
- Técnica Cognitivo
- Técnica Humanista

Esta fase se la realizará con los familiares dependientes a sustancias psicotrópicas que se encuentran internos en la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA:

Esta terapia se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad (Elli, 1962).

Por esta razón, la meta principal de la TRE (Terapia Racional Emotiva) es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos “irracionales” o disfuncionales y ayudarle a reemplazar dichos pensamientos por otros más “racionales” o efectivos, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz, establecer relaciones con otras personas, etc. (Ellis y Becker, 1982).

La TRE examina, además las inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general, la filosofía básica del individuo, en la cual se basan estas inferencias (Ellis y Dryden, 1987).[41]

Por consiguiente le modelo del ABC utilizado por la TRE para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general (Ellis, 1975). Si estas interpretaciones o creencias son ilógicas, poco empíricas, y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de “irracionales”. Esto no significa que la persona no razone, sino que razona mal, ya que llega a conclusiones erróneas.[42]

El modelo del ABC de la TRE funciona de la siguiente manera:

El acontecimiento importante es A, la interpretación que se da a dicho acontecimiento es B, y de forma automática que son las consecuencias es C.

TECNICAS RACIONAL-EMOTIVA

SESION NRO. 1

ACTIVIDAD: Auto-exploración

OBJETIVO:

- Reconocimiento del papel de codependiente.
- Aprender a desplazar el centro de atención puesto en los miembros de la familia hacia uno mismo.

TÉCNICA: “Isla Desierta”

DURACIÓN: 45 Minutos.

PROCEDIMIENTO:

1. Se entrega a cada uno de los familiares un cuestionario de 8 preguntas y se les pide que contesten de manera individual, se dará 15 minutos para desarrollar dicha actividad.

   • ¿Con quién te irías a un isla desierta?

   • ¿Qué objetos te llevarías? ¿Por qué?

   • ¿Con quién no irías jamás?

   • ¿Cuánto tiempo te quedarías?

   • ¿Qué te gustaría encontrar allí?

   • ¿Qué motivos te harían irte?

- ¿Por qué, o en que momentos te irías?
- ¿Qué echarías de menos?

2. Una vez concluida la técnica, se procede a la recolección de las respuestas y se da lectura de las mismas
3. Se socializa acerca de las respuestas y que a través de ellas, los integrantes de la familia, logren auto-identificarse.
4. El trabajo del terapeuta será de orientar a las familias, apoyándose en las respuestas de la técnica aplicada para así contribuir en el autoconocimiento en situaciones futuras.

RESULTADOS:

A través de esta técnica se obtuvo que el miembro de la familia reconozca el papel que desempeña en la relación adicto - familiar que es el de codependiente, y que logre diferenciar entre sus pensamiento que le hacían sentir responsable de su familiar dependiente a sustancias psicotrópicas y los sentimientos que estos causaban en su vida, como el abandono personal.

SESION NRO. 2

ACTIVIDAD: Frases auto-definitorias

OBJETIVO:

- Ayudar al familiar a que se autodefina como persona y poder lograr establecer su individualidad personal.

TÉCNICA: “Frases Auto - definitorias.

DURACIÓN: 45 Minutos.

PROCEDIMIENTO:

1. Se entrega a los familiares una hoja con frases incompletas y se les pide que lo llenen de manera individual, el tiempo a llenar será máximo de 15 minutos

   • Completar las siguientes frases:

   Mi mayor felicidad es……

   Lo que más me gusta de mi es ……..

   Nunca lo paso tan mal como cuando.....

   Mi mayor defecto es.....

   La cualidad de la que me siento más orgullosa es.....

   Mi mayor defecto es.....

   Cuando miro al futuro.....

Cuando las cosas me salen bien.....

Sé que es una tontería pero tengo miedo a.....

Lo que más me gusta en el trabajo es.....

Me gusta la gente que.....

Lo que no quisiera ser es.....

La persona que más admiro en mi vida.....

Me gustaría que en casa.....

Mi mayor ideal es.....

2. En el cierre de la técnica, el terapeuta debe estar atento al contenido de las respuestas, ya que, si estas son orientadas a la “codependencia” se debería continuar trabajando en esta área; pero si por el contrario las respuestas son positivas, se motivará al familiar a continuar con el trabajo psicoterapéutico, ya que se evidenciará un buen pronóstico acerca de esta temática.

RESULTADOS

En esta sesión el familiar de la persona dependiente a sustancias psicotrópicas, pudo autodefinirse como un ser individual, llegando a sentir tranquilidad sobre la responsabilidad puesta en sí mismo y no en el familiar consumidos de sustancias.

SESION NRO. 3

ACTIVIDAD: Auto-conocimiento

OBJETIVO:

- Estimular la reflexión y visualización de los miembros de la familia, para que programen su guión de vida en distintas alternativas.
- Activar la visualización de los miembros de la familia, para generar posibilidades de cambio personal

TÉCNICA: “Cambiando el Guión de la Película”

DURACIÓN: 45 Minutos.

PROCEDIMIENTO:

1. Se solicita a los miembros de la familia que se sienten cómodamente.
2. Les indica el objetivo de la técnica y se les solicita que sigan las instrucciones que se dará verbalmente.

Cierren por un momento los ojos y, mientras, presten atención a su respiración.

Cuenten hasta diez y al contar tomen todo el aire que puedan.

Retengan el aire mientras cuentan hasta diez. Exhale el aire mientras cuentan hasta diez. Quédense sin aire y cuentan hasta diez. Repitan el ejercicio anterior cinco veces.

Recuerden un momento en que les hubiera gustado haber actuado de diferente manera.

Recuerden lo que vieron, escucharon y sintieron.

Pregúntese: ¿Qué podría haber hecho que fuera diferente?

Imaginen una escena en su mente de lo que hubiera pasado si lo hubieran hecho en forma diferente. Ahora visualicen su imagen en la escena. Pregúntese: ¿Esta alternativa me hace sentir bien? Pueden crear en su cerebro más alternativas y seguir el mismo procedimiento.

Escojan la alternativa más adecuada y tu cerebro encontrará las acciones que la hagan realidad. Ahora, ubíquese nuevamente en el aquí y el ahora, abran lentamente los ojos.

3. Luego de terminada la técnica, se solicitara a cada miembro de la familia que comparta su experiencia.

4. Al final de la sesión se guío en un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

RESULTADOS:

Una vez terminada la sesión los integrantes de la familia obtuvieron herramientas psicoterapéuticas, elaboradas por ellos mismos para afrontar una posible situación que provoque crisis y que no se altere su estado emocional ante dicha situación por la toma de decisiones.

SESION NRO. 4

ACTIVIDAD: Auto-conocimiento

OBJETIVO:

- Analizar y concientizar los miedos irracionales y situaciones temidas.

TÉCNICA: “Mis miedos ante el futuro”

DURACIÓN: 45 Minutos.

MATERIALES: Hojas blancas y un bolígrafo para cada miembro de la familia.

PROCEDIMIENTO:

1. Se le pide a los miembros de la familia que imaginen la peor situación que podría ocurrirle en su vida familiar.
2. Una vez encontrada la situación imaginaria se les solicita que lo escriban en la hoja en blanco.
3. Una vez terminada la actividad anterior, el terapeuta pide a los miembros de la familia que de forma voluntaria lean a los demás lo que escribieron.
4. Luego indica a los demás integrantes de la familia que pueden hacer preguntas o comentarios.
5. El terapeuta guía un proceso para que el grupo reflexione sobre las posibilidades de que pudieran ocurrir estas situaciones y de cómo las personas generamos temores sin ningún fundamento.

6. Se sociabilizo para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

RESULTADOS:

Se logra educar y ayudar a comprender a la familia que los miedos creados sin un fundamento provocan un desequilibrio emocional, se proporcionó esta herramienta psicoterapéutica para no llegar a alterar nuestro estado emocional por ideas o pensamientos que generen malestar.

SESION NRO. 5

ACTIVIDAD: Reconocimiento de emociones negativas.

OBJETIVO:

- Proporcionar al cliente un método de entrenamiento que le posibilite cambiar emociones negativas inapropiadas por otras más adecuadas a las situaciones, en las que habitualmente aparecen.

TÉCNICA: Imaginación racional emotiva:

DURACIÓN: 45 Minutos.

PROCEDIMIENTO:

1. Se pide al integrante de la familia que exhale profundamente e inhale suavemente hasta que se relaje.
2. Una vez que se encuentra en un estado de relajación se solicita que imagine vívidamente y con el mayor número de detalles posible una situación específica de alto contenido emocional negativo para él.
3. Cuando el familiar indica que imagina con claridad la situación, se le pregunta por las emociones negativas inapropiadas que experimenta (depresión, angustia), y se le pide que las cambie por otras más adaptativas (alegría, tranquilidad).
4. Cuando el paciente indica que ha conseguido cambiar sus emociones, se le pide que indique los pensamientos que utilizó para cambiarlas.

5. Una vez terminada la sesión se socializa y se le guía para que recurra a dicho mecanismo en situaciones donde aparecen emociones negativas.

RESULTADOS:

Con este método el familiar comienza a manejar de manera relajada situaciones que provoquen crisis llegando a un estado contrario a sus emociones que lo provocan malestar emocional, y con la capacidad de mejoras su estado emocional.

TECNICA CONGNITVO-CONDUCTUAL

La Terapia Cognitivo Conductual presenta un conjunto de técnicas eficaces de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido.

Los cuatro pilares básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual son aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo.

Esta terapia tiene como objetivo intercambiar pensamientos negativos que conllevan a conductas negativas, por pensamientos positivos para tener una conducta negativa y que dicha conducta provoque emociones saludables en el individuo para un mejor desarrollo personal y por ende integral.

“La intervención terapéutica en Terapia Cognitivo-Conductual se estructura en tres pasos. El primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento. Esas hipótesis conducen a la segunda fase, la intervención propiamente dicha, vale decir, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Finalmente, la tercera fase, el seguimiento, consiste en la evaluación de la aplicación de programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.”[43]

TECNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

OBJETIVO:

- Lograr proporcionar a la familia herramientas para disminuir los problemas comunicativos y sus consecuencias.

SESIÓN NRO. 6

ACTIVIDAD: Escucha activa

OBJETIVO:

- Entrenar a la familia para poder realizar una comunicación saludable e incorporar herramientas, para el manejo de dicho elemento.

TÉCNICA: “Técnica de escucha activa”

DURACIÓN: 45 Minutos.

PROCEDIMIENTO:

1. Se pide a los miembros de la familia que se sitúen en parejas.
2. Cada pareja se ubica en sus sillas frente a frente.
3. Se selecciona a una persona de cada pareja y se le pide que le comunique sus sentimientos hacia la otra persona por el periodo de 5 minutos, mientras la otra persona escucha atentamente sin interrumpir.
4. Una vez transcurridos los 5 minutos, se le pide a la persona que realizo la escucha empática que es su turno de comunicar lo que siente hacia la otra persona.

5. Una vez terminados los 5 minutos se sociabiliza acerca de lo aprendido y lo que sintió al ser escuchado y escuchar.
6. Esta actividad es supervisada por el Terapeuta mientras dure la técnica.

RESULTADOS:

El familiar gracias a esta técnica pudo expresar sus emociones negativas de manera adecuada y sin provocar daño alguno, y escuchar atentamente las opiniones ajenas sin reaccionar de forma violenta a opiniones que no sean de su agrado, pero comprendiendo el punto de vista de la persona que expresa dichas opiniones.

SESION NRO. 7

ACTIVIDAD: Comunicación asertiva.

OBJETIVO:

- Instruir a los integrantes de la familia a comunicar sentimientos, creencias y necesidades directas y en forma clara.

TÉCNICA:

- “Repetición de afirmaciones”.
- “Aplazamiento asertivo”

DURACIÓN: 45 Minutos.

PROCEDIMIENTO:

“Repetición de afirmaciones”:

1. Se pide a los integrantes de la familia que propongan circunstancias diarias que afecten o lleven resultados negativos en un diálogo.
2. Una vez propuesta la situación que dé como resultados negativos en un dialogo, se provee a los integrantes de la siguiente frase: “Por ahora no deseo hablar, estas molesto”.
3. En esta instancia se le pide a un integrante de la familia que realice el dialogo negativo mientras que los demás miembros de la familia repiten uno por uno la frase provista para evitar un diálogo negativo.
4. Una vez terminada la técnica se sociabiliza acerca de lo aprendido con los integrantes de la familia.

PROCEDIMIENTO:

“Aplazamiento asertivo”

1. En esta técnica se realizara el role playing, en donde los miembros de la familia realizaran la escena presentada en la siguiente situación como ejemplo
2. Un chico llega borracho a su casa después de una noche con los amigos. Sus padres le están esperando preocupados ya que ha sobrepasado la hora de llegada a casa.

   Al llegar a casa, sus padres le están esperando en el salón.

   Conversación:

   - Padres: Estábamos preocupados porque no habías avisado de tu retraso, ¿estas borracho?

   - Hijo: Es que estaba con los amigos, pero yo no he bebido (su estado de embriaguez es evidente).

   - Padres: Mejor acuéstate y ya hablaremos mañana cuando nosotros estemos más calmados y a ti se te haya pasado la borrachera.

3. Una vez revisada la situación, un integrante de la familia realiza el papel del hijo y los demás de su familia.
4. Esta técnica también se la puede realizar, con otras escenas de convivencia cotidiana.

5. Al final de la técnica se expresa los diferentes puntos de vista, sobre el ensayo de dicha técnica.

RESULTADOS:

Los familiares muestran agrado al aprender gracias a esta técnica una forma saludable de expresar sus sentimientos, pensamientos sin necesidad de llegar a discusiones.

SESION NRO. 8

ACTIVIDAD: La expresión afectiva

OBJETIVOS:

- Lograr que la familia exprese saludablemente sus sentimientos.
- Crear un ambiente de confianza afectiva entre los integrantes de la familia

TECNICAS: “Hacer la ronda”

DURACIÓN: 45 minutos

PROCEDIMIENTO:

1. Se le pide a cada integrante que escriba en un papel las emociones o sentimientos agradables que exista hacia cada uno de sus familiares, para empezar, puede escribir dos sentimientos agradables en forma de oración por ejemplo: Te quiero mucho y eres muy importante.
2. Una vez escrito una frase u oración con sentimientos positivos hacia un integrante de la familia, será revisado por el terapeuta, el cuál creerá que es significativo e importante para el propio paciente, hacer que lo repita frente a cada uno de los componentes del grupo.
3. Se le pide al familiar que dicho sentimiento sea acompañado de una sonrisa, un abrazo, una caricia, un apretón de manos, etc.
4. Se procederá a repetir la expresión de afecto con el objeto de dar una mejor adaptabilidad a la técnica.

5. Al final de la sesión se socializa la técnica y las nuevas sensaciones que produjo dicha misma.

RESULTADOS:

Al terminar esta técnica psicoterapéutica se logró un ambiente saludable, muestras de afecto entre los familiares y la pérdida de inhibición al expresar sentimientos saludables hacia su familiar.

SESION NRO. 9

ACTIVIDAD: Mejorar la comunicación verbal.

OBJETIVO:

- Propiciar el manejo creativo de la comunicación verbal escrita.
- Permitir el intercambio emocional gratificante.
- Ayudar al fortalecimiento de la autoimagen de los participantes.

TÉCNICA: “Caricias por escrito”

DURACIÓN: 45 Minutos.

MATERIALES: Hojas tamaño carta y un bolígrafo para cada miembro de la familia.

PROCEDIMIENTO:

1. Se solicita a los miembros de la familia que tomen dos o tres hojas carta y las doblen en ocho pedazos, cortándolas posteriormente lo mejor que puedan.
2. En cada uno de los pedazos tiene que escribir por el inverso, uno a uno, los nombres de sus familiares.
3. Por el reverso, escriben en dos líneas o renglones, un pensamiento, buen deseo, verso, o una combinación de estos, dirigido al familiar destinado en cada pedazo de papel.
4. Al terminar son entregados a los destinatarios en propia mano.

5. Luego se forma un grupo para discutir la experiencia.

6. Se termina la sesión con un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

RESULTADOS:

Se logró potenciar la expresión afectiva entre la familia y crear un ambiente familiar más integrado.

SESION NRO. 10

ACTIVIDAD: Autoestima.

OBJETIVOS:

- Lograr que cada miembro de la familia aprenda a reconocer sus capacidades y habilidades, para así fomentar el amor propio.
- Mejorar el auto-concepto mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales.

TECNICAS: “Acentuar lo positivo”

DURACIÓN: 45 minutos

PROCEDIMIENTO:

1. Se empieza la técnica con la siguiente introducción: Muchos hemos crecido con la idea de que no es "correcto" el autoelogio o, para el caso, elogiar a otros. Con este ejercicio se intenta cambiar esa actitud al hacer que equipos de dos personas compartan algunas cualidades personales entre sí. En este ejercicio, cada persona le da a su compañero la respuesta a una, dos o las tres dimensiones siguientes sugeridas:

   Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo.

   Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo.

   Una capacidad o pericia que me agradan de mí mismo.

2. Se explica que cada comentario debe ser positivo. No se permiten comentarios negativos. (Dado que la mayor parte de las personas no ha experimentado este encuentro positivo, quizá necesiten un ligero empujón de parte de terapeuta para que puedan iniciar el ejercicio).
3. Una vez terminado este evento se les aplicará unas preguntas para su reflexión:

   ¿Cuántos de ustedes, al oír el trabajo asignado, se sonrió ligeramente, miró a su compañero y le dijo, "Tú primero"?

   ¿Fue difícil señalar una cualidad al iniciar el ejercicio?

   ¿Cómo considera ahora el ejercicio?

4. Al final de la técnica el terapeuta guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

RESULTADOS:

Se pudo obtener la elevación del autoestima de los familiares y llegando a darse el valor correspondiente como persona y como integrante de la familia.

SESION NRO. 11

ACTIVIDAD: Comportamiento asertivo del grupo familiar.

OBJETIVO:

- Sensibilizar a los miembros de la familia sobre las alternativas futuras para su familia y las condiciones que deben presentarse para convertirlas en realidad.

TÉCNICA: “Terminemos la historia”

DURACIÓN: 30 Minutos.

PROCEDIMIENTO:

1. Para empezar el terapeuta preparará con anticipación una historia. Esta historia debe ser elaborada sobre los antecedentes de la familia hasta la fecha actual, de forma tal que el final de la historia tenga que ver con el futuro inmediato de la familia.

2. Se divide a la familia en dos grupos, en caso de ser compuesta por tres integrantes, se trabajará conjuntamente.

3. Luego se explica a los grupos, que el terapeuta comenzará una historia la cual no tendrá final. Cada grupo intentara terminar la historia, el grupo que realice el mejor final será el ganador.

4. Para hacer más emocionante el ejercicio, se puede repetir varias veces y en cada ocasión se proponen alternativas nuevas, por ejemplo:

- Terminar la historia con un final feliz.
- Terminar la historia con un final trágico.
- Terminar la historia con un final absurdo.

5. Luego cada uno de los grupos presenta los finales de su historia. El grupo juzgara cual es el final ganador.

6. Terminada la técnica se solicitará que los miembros de la familia presenten los requerimientos para que ese final se convierta o no en realidad.

7. Se sociabiliza para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en el proceso de la familia.

RESULTADOS:

Animar a los miembros de la familia a buscar opciones ante determinas situaciones, y reforzar la idea de que las situaciones que consideraban desagradables pueden tener un resultado beneficioso, con la ayuda de una unión familiar.

SESION NRO. 12

ACTIVIDAD: Solución De Problemas.

OBJETIVOS:

- Enseñar al familiar que produzca soluciones positivas, ante determinadas situaciones cotidianas.
- Lograr evaluar las decisiones tomadas antes de llevarlas a cabo en una situación determinada.

TECNICA: “Resolución de problemas”

DURACIÓN: 45 Minutos

PROCEDIMIENTO:

1. Se le pide al paciente que identifique un problema existente y que aún no ha sido resuelto en su hogar, o que se logre crear una situación imaginaria de un problema que podría ser real.
2. Se ayuda al familiar que logre definir concretamente el problema, definiendo el que, donde, cuando, como de la situación.
3. Una vez definido el problema, se delinea posibles soluciones, tantas como sean posibles, el terapeuta puede modelar, guiar o animar al paciente a encontrar varias soluciones.
4. Una vez expuestas las soluciones se evalúa en conjunto o de manera individual las soluciones encontradas, dándole un significado de ventaja

o desventaja a las soluciones encontradas para así ir disminuyendo las alternativas.

5. Ya disminuidos las soluciones y encontrado las más beneficiosas luego de ser evaluadas se tomara una decisión, llegando a considerar la más apropiada para resolver dicho problema.

6. Logrando ya la solución deseada se le dirige al paciente que analice las consecuencias de la solución escogida.

7. Se le pedirá al paciente que lleve a cabo la decisión tomada, la continúen realizando y recordando sobre sus esfuerzos que invirtieron en encontrar dicha solución.

RECURSOS:

Disminuir los niveles de ansiedad que provoca el no saber reaccionar ante determinadas situaciones inesperadas, para así poder tomar decisiones correctas sin dejarse llevar por la ansiedad o impulsividad.

SESION NRO. 13

ACTIVIDAD: Detener pensamientos negativos

OBJETIVO:

- Estimular la reflexión y visualización de los miembros de la familia, para que programen su guión de vida en distintas alternativas.
- Activar la visualización de los miembros de la familia, para generar posibilidades de cambio personal

TÉCNICA: “Detención de pensamientos”

DURACIÓN: 45 Minutos.

PROCEDIMIENTO:

1. Se le pide al familiar que logre detectar cuáles son los pensamientos que se repiten comúnmente y que le proporciona malestar.
2. Se le solicita que focalice la atención en el pensamiento perturbador, para esto, es necesario que se coloque en un lugar tranquilo en el cual este relajado/a. Se crea una situación en la que suela aparecer el pensamiento perturbador; imaginado con tantos detalles como se pueda y luego pasa a pensamientos normales. Ve alternando entre pensamientos perturbadores y pensamientos no perturbadores.
3. Una vez realizado esta etapa de la sesión, damos paso a la Interrupción del pensamiento con ayuda. Para practicar, se aconseja que se ayude de un despertador o algo similar. Se lo coloca para que suene en dos

minutos. En la posición de relajado se pide que cierra los ojos y que traiga a tu mente el pensamiento al que nos referimos en el punto anterior.

4. Cuando se escuche la alarma, se dirá en voz alta ***"¡BASTA!"*** y se dejará la mente libre del pensamiento perturbador, concentrándose únicamente en un pensamiento alternativo a éste y que sea saludable. Se intentará mantener la mente en blanco treinta segundos; si el pensamiento perturbador vuelve a aparecer, se repetirá de nuevo la palabra ***"¡BASTA!"***.

5. El siguiente paso consiste en controlar el pensamiento sin las ayudas anteriores. Poco a poco, se ira sustituyendo el ***"¡BASTA!"*** dicho en voz alta por ***"¡BASTA!"*** mentalmente (iremos bajando el tono poco a poco hasta que no sea necesario pronunciarlo, sino que baste con pensarlo).

6. Para finalizar se realizará una sustitución del pensamiento, en la última fase, es necesario buscar varias alternativas *saludables* a un pensamiento perturbador. Por ejemplo, si el pensamiento tiene que ver con tu valía como persona, puedes utilizar pensamientos como *todas las personas tienen valía y yo no soy una excepción*, *soy capaz de lograr cosas si me convenzo de que puedo lograrlo* u otras similares. Es necesario que te sientas cómodo/a con las frases que elijas, que sean propiamente tuyas, que las *sientas*.

7. Una vez elegidas varias frases para cada pensamiento perturbador, sustituye el pensamiento perturbador por los saludables.

8. Al final de la sesión se sociabiliza con el familiar acerca de la experiencia obtenida y como esto puede contribuir a su bienestar personal y familiar.

RESULTADOS:

Se obtuvo resultados efectivos ya que, la familia constantemente son invadidos por pensamientos derrotistas, lo cual proporciono esta técnica, que se disminuya la intensidad del pensamiento, llegándolo a detener.

TECNICAS HUMANISTAS

Para los psicólogos humanistas el hombre es psicológicamente distinto de los animales. Es naturalmente bueno y algo en sí mismo. Cada hombre, además de la naturaleza específica, común a la de los otros hombres, posee una naturaleza individual, que es única e irrepetible. El ambiente no es quien lo hace, como afirmaron los conductistas, sino algo que le impide o le permite, en mayor o menor grado, desarrollar sus capacidades a tenor de la naturaleza específica e individual que cada uno posee.

Allport trata de justificar la necesidad de definir psicológicamente a cada persona por aquellos “rasgos” o “disposiciones personales” que descubren y representan los “focos vitales de organización dentro de las vidas individuales” y son las unidades peculiares de cada uno que explican la “consecuencia y armonía de la conducta” y una vez descubiertas, facilitan la comprensión, predicción y control de la conducta de cada hombre.

La doctrina rogeriana se centra en la trama de la relación terapéutica (psicólogo - cliente) y parte de la idea de que el individuo tiene dentro de sí mismo recursos suficientes que pueden ser movilizados, con tal que el psicólogo consiga crear un clima adecuado.

La doctrina de Maslow se fundamenta en tres pilares: personalidad - motivación - autorrealización. La persona progresa al ir superando una serie de necesidades ordenadas jerárquicamente de mayor a menor importancia biológica y de menor a mayor importancia psicológica. El hombre se realiza cuando actualiza todas sus potencialidades y, en última instancia, cuando sus

necesidades prioritarias llegan a ser las de autorrealización (contemplación de la belleza, búsqueda de la verdad y encuentro religioso).[44]

TECNICAS HUMANISTAS

OBJETIVOS:

- Esta fase servirá para preparar a la familia en el perdón consigo mismo y hacia el familiar dependiente a sustancias psicotrópicas.
- Restablecer las relaciones familiares.

SESION NRO. 14

ACTIVIDAD: El perdón

OBJETIVO:

- Encontrar el perdón a través de la meditación y el análisis de las situaciones, permitiendo profundizar en las situaciones pasadas que provocan un resentimiento.

TECNICA: “Meditación guiada para el proceso de perdón”

DURACIÓN: 45 Minutos.

PROCEDIMIENTO:

1. Se les pide a los integrantes de la familia que se sientan cómodos en el puesto que se encuentran ubicados.
2. Para realizar esta técnica es recomendable que los integrantes de la familia permanezcan con los ojos cerrados y que se predispongan a escuchar la meditación guiada.
3. Se coloca el audio “Meditación guiada para el perdón” para poder llevar a cabo la técnica

4. El terapeuta una vez finalizada la meditación, se socializa acerca de las emociones surtidas en esta técnica.

RESULTADOS:

Se consiguió un estado de serenidad y tranquilidad en el interior de cada integrante, resultado efectiva dicha sesión.

SESION NRO. 15

ACTIVIDAD: Reafirmando el proceso del perdón

OBJETIVO:

- Lograr que los integrantes de la familia trabajen resentimientos, dolores residuales y no tengan dificultades en las relaciones posteriores con su familiar dependiente a sustancias psicotrópicas.

TECNICAS: “Descubrir la verdad”

DURACIÓN: 45 minutos

DESARROLLO:

1. Se empezara realizando una breve introducción explicando los objetivos de completar las siguientes frases:
   - Ayudar a clarificar lo que siente y ver cuáles son los problemas que hay en una relación que le provoca rabia o dolor.
   - Comprender mejor sus circunstancias y comprenderte más a ti; comprenderse a uno mismo siempre conduce a una libertad mayor.

   Este ejercicio será guiado por el terapeuta en los bloques de preguntas.

2. Antes de comenzar el ejercicio, se pide al familiar que cierre los ojos y realice unas cuantas respiraciones de relajación.
3. Luego se motiva a que piense en alguna situación en la que suela sentir rabia o dolor. (Este ejercicio se puede hacer en relación con cualquier

persona.) Teniendo presente a esta otra persona y esta situación determinadas, complete las siguientes frases:

El problema es……

El problema es…….

El verdadero problema es…….

El verdadero problema es…….

El problema es en realidad……

(Continúa empleando estas frases, llenando los espacios en blanco hasta que hayas agotado todas las respuestas.)

En relación con esta persona o situación, lo que siento es……..

Lo que siento es……..

Lo que realmente siento es…….

Lo que también siento es……

También siento……...

Y bajo ese sentimiento hay……

Y bajo ese sentimiento hay……

Y bajo ese sentimiento hay……

4. Terminado este bloque de preguntas, se le pide al familiar que Respire de forma profunda, que mire hacia tu interior y complete las siguientes frases:

   Lo que me da miedo es……

   Lo que temo es…….

   Lo que me da miedo es……

   Lo que me asusta es…….

   Lo que realmente me da miedo es……..

   Lo que realmente temo es……

5. Una vez terminado el anterior bloque de preguntas, lo inducimos al familiar a que se trate con amabilidad y compasión.

6. En este espacio se hará nuevamente una introducción con el fin de abandonar ciertos hábitos inútiles en la manera de relacionarse (uno de los cuáles podría ser el de no decir nada), es importante reflexionar sobre las cosas que uno encuentra aceptables e inaceptables en el contexto de una determinada relación.

Ahora que sabe cuál son sus sentimientos, piense en lo que encuentra aceptable en esa relación.

Después de este tipo de introspección, también podría decidir que ciertos comportamientos que le parecen inaceptables, en realidad no son tan importantes, o que sí lo son para usted, pero no lo suficiente para poner fin a la relación o para cambiarla. Tal vez descubra que no es una persona tan crítica y que acepta mejor la manera de ser de los demás.

7. Continúa pensando en la relación o situación con la que está trabajando y completa las siguientes frases:

Para mi es inaceptable……

Para mi es inaceptable……

Lo que no logro manejar es……

Lo que no logro manejar es……

No lo logro porque…….

No lo logro porque…….

Lo que necesito hacer para que sea aceptable……

Lo que necesito hacer para que sea aceptable……

Lo que necesito cambiar para que esto sea aceptable es……

8. NOTA: Cuando se esté haciendo el ejercicio con respecto a la misma relación, las respuestas al completar las frases, de cuando en cuando pueden variar. Sea amable consigo mismo y permítase el cambio y la flexibilidad, esa es la verdad de la experiencia.

La distinción entre necesidades y deseos es también muy personal. Cuando se reflexione sobre ellos, algunos van a parecer naturalmente más importante que otros.

9. Pensando en una persona con la que se suele enfadar (que puede ser la misma en que se ha estado pensando hasta ahora), completa las siguientes frases:

Lo que necesito en esta relación (situación) es……

Lo que necesito es……

Lo que necesito es……

Lo que necesito es……

Lo que deseo es……

Lo que deseo es……

Lo que deseo es……

Lo que deseo es……

- A estas alturas de la relación con esa persona, ¿Qué problemas se han convertido en fuente constante de irritación y frustración?
- ¿Tienen relación estos problemas con sus deseos o sus necesidades?
- Si se refieren a sus deseos, ¿están estos enmascarando necesidades más profundas?
- ¿Qué deseos, si los hay, conscientes en abandonar para poder compartir más tranquilidad y amor?

10. Se concluyó el ejercicio explicando lo siguiente:

Si los demás no le dan lo que siente que necesita, no supongas que saben lo que a usted le hace falta. Dilo. Si mis necesidades y deseos son muy diferentes de los de la otra persona en la que estoy pensando, y no hablo con ella sobre estas diferencias con sinceridad y comprensión, esforzándose por llegar a un entendimiento, es probable que haya mucho resentimiento. Intente hacer una lista de prioridades y negocia sus necesidades y deseos para que haya una mayor satisfacción mutua.

11. Luego de terminada la técnica se motiva al paciente a que desarrolle la técnica posterior con el fin de, sanar su interior y liberarse de las emociones negativas encontradas y retenidas en su interior.

RESULTADOS:

Esta técnica ayudo al familiar a encontrar la estabilidad emocional, para restablecer las relaciones con su familiar dependiente a sustancias psicotrópicas

SESION NRO. 16

ACTIVIDAD: Reforzar el proceso de perdón.

OBJETIVO:

- Reconocer los sentimientos negativos residuales hacia la otra persona.
- Despojar dichos sentimientos negativos para una sanación interna.

TECNICA; “Comunicación de yo a yo”

DURACIÓN: 40 Minutos.

DESARROLLO DE LA TÉCNICA:

1. Se pide al familiar que realice varias respiraciones profundas hasta llegar a un estado de relajación.
2. Luego se le comunica que piense en la persona en quien pensó cuando realizo los ejercicios de completar las frases.
3. Una vez que tiene visualizada a la persona se le pide que realice las siguientes actividades:
    - Recuerde cuales eran sus verdaderos problemas…
    - Recuerde cuales eran sus sentimientos con respecto a esa persona…
    - Recuerde lo que necesitaba en esa relación para hacerla factible…
    - Inspira y sienta la integridad que hay en el interior de su ser…
    - Ahora por favor imagine que está con esa persona en un lugar seguro y tranquilo y le comunica la verdad de sus percepciones.

- Exprese la verdad de su experiencia tan sencilla y claramente como pueda.
- Exprésele a esa persona:
    - “Me siento…….
    - Cuando tú…….
    - (o cuando ocurre……)”.
    - Infórmele cuáles son los verdaderos problemas según su parecer.
    - Háblele desde su Yo al suyo. Mientras le dice su verdad mantiene el corazón abierto. Imagínese que lo está escuchando y realmente le presta atención… Cuando sienta que ya no puede hacerlo, vuelva su atención al momento presente.

4. Terminado esta técnica se socializa entre los familiares y se orientará a través de los resultados, la importancia de comunicar las necesidades, deseos y sentimientos, hacia la persona con quien se mantiene un resentimiento.

RESULTADOS:

Comprometió al familiar a indagar en su interior para eliminar problemas existentes no resueltos, lo cual resulto beneficioso ya que salieron a relucir sentimientos reprimidos, llegando a intervenir con dicha técnica para disminuir problemas existentes y se fomente la unión familiar.

SESION NRO. 17

ACTIVIDAD: Auto-conocimiento para mejorar las relaciones intrafamiliares.

OBJETIVOS:

- Auto-observación, auto-análisis sobre quién es y cómo se comporta.
- Centrarse en sí mismo, eliminando la sobre-atención del adicto

TECNICA: "El cuento de la cebolla"

DURACIÓN: 30 Minutos

PROCEDIMIENTO:

1. Se inicia la sesión con la narración del cuento:

"Había una vez un huerto lleno de hortalizas y árboles frutales. Daba gusto sentarse a la sombra de los árboles a contemplar aquel paisaje y escuchar el canto de los pájaros. Pero un buen día, empezaron a nacer unas cebollas especiales. Cada una tenía un color diferente: rojo, amarillo, naranja, morado…

Los colores eran deslumbrantes. Después de falsas investigaciones, resultó que cada cebolla tenía dentro, en el mismísimo corazón (porque también las cebollas tienen su corazón) una piedra preciosa. Esa tenía un topacio, la otra un rubí, la de más allá una esmeralda…

Pero por alguna incomprensible razón se empezó a decir que aquello era peligroso, inadecuado y hasta vergonzoso. Total, que las bellísimas cebollas

tuvieron que empezar a esconder su piedra preciosa con capas, cada vez más oscuras y feas, para disimular como eran por dentro. Hasta que empezaron a convertirse en cebollas de lo más vulgar.

Pasó entonces por allí un sabio, que gustaba de sentarse a la sombra del huerto y que sabía tanto que entendía hasta el lenguaje de las cebollas y empezó a preguntarles:

— ¿Por qué no eres como eres por dentro?

Y ellas le iban respondiendo:

— Me obligaron a ser así

— Me fueron poniendo capas… incluso yo me las puse para que no dijeran…

Algunas cebollas tenían hasta diez capas y ya casi ni se acordaban por qué se pusieron las primeras. Y al final el sabio se echó a llorar.

Cuando la gente lo vio llorando, pensó que llorar antes las cebollas era propio de las personas inteligentes. Por eso todo el mundo sigue llorando cuando una cebolla nos abre su corazón. Y así será hasta el fin del mundo".

2. Al terminar el cuento se plantean preguntas que promuevan la reflexión y la expresión de sus conclusiones:

- ¿Cuáles son las capas que llevas puestas (miedo, desconfianza, vergüenza?

- ¿Quién te las ha puesto o te las pone?

- ¿Por qué las llevas?

- ¿Qué dificultades encuentras para quitarlas?

3. Una vez obtenidas las respuestas del integrante de la familia, se sociabiliza las mismas para lograr favorecer la auto-observación y su esencia.

RESULTADOS:

El familiar logró conocerse de forma más interna llegando a una aceptación de sí mismo y sus recursos internos mejorando la relación con sus familiares.

ANEXOS

TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMIMLIAR - F.F.-SIL.

A CONTINUACIÓN LES PRESENTAMOS UNA SERIE DE SITUACIONES QUE PUEDEN OCURRIR O NO EN SU FAMILIA. NECESITAMOS QUE USTED CLASIFIQUE Y MARQUE CON UNA (X) SU RESPUESTA SEGÚN LA FRECUENCIA EN QUE OCURRE LA SITUACIÓN.

	CASI NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	A VECES	CASI SIEMPRE
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.	_____	_____	_____	_____	_____
2. En mi casa predomina la armonía.	_____	_____	_____	_____	_____
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	_____	_____	_____	_____	_____
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana.	_____	_____	_____	_____	_____
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	_____	_____	_____	_____	_____
6. Podemos aceptar los defectos de todos y sobrellevarlos.	_____	_____	_____	_____	_____
7. Tomamos en consideración las experiencias de la familia ante situaciones difíciles.	_____	_____	_____	_____	_____
8. Cuando alguien de la familia tiene algún problema los demás lo ayudan.	_____	_____	_____	_____	_____
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobre cargado.	_____	_____	_____	_____	_____

10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. _____ _____ _____ _____ _____

11. Podemos conversar diversos temas sin temor. _____ _____ _____ _____ _____

12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. _____ _____ _____ _____ _____

13. Los intereses y necesidades de cada cuál son respetado por el núcleo familiar. _____ _____ _____ _____ _____

14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. _____ _____ _____ _____ _____

CALIFICACIÓN

De 57 a 70 Familia funcional

De 43 a 56 Familia moderadamente funcional

De 28 a 42 Familia disfuncional

De 14 a 27 Familia severamente disfuncional

Sume el número de Ítem que se indica y conozca la INTERPRETACIÓN **Suma**

1 y 8..... Cohesión ___

2 y 13..... Armonía ___

5 y 11..... Comunicación ___

7 y 12..... Permeabilidad ___

4 y 14.....Afectividad ___

3 y 9..... Roles ___

6 y 10..... Adaptabilidad ___

TEST APGAR FAMILIAR

Nombre **Fecha**

Unidad/Centro **Nº Historia**

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser **autoadministrado o heteroadministrado** y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7-10 puntos
- Disfuncional leve: 0 - 2
- Disfuncional grave: 3 - 6

Versión heteroadministrada: Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.
Versión autoadministrada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Nombre **Fecha**

Unidad/Centro **Nº Historia**

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

CUESTIONARIO PARA LA TÉCNICA "ISLA DESIERTA"

• ¿Con quién te irías a un isla desierta?

……

• ¿Qué objetos te llevarías? ¿Por qué?

……

• ¿Con quién no irías jamás?

……

• ¿Cuánto tiempo te quedarías?

……

• ¿Qué te gustaría encontrar allí?

……

• ¿Qué motivos te harían irte?

……

• ¿Por qué, o en que momentos te irías?

……

• ¿Qué echarías de menos?

……

CUESTIONARIO PARA LA TECNICA “FRASES AUTO-DEFINITORIAS”

• Completar las siguientes frases:

Mi mayor felicidad es……

Lo que más me gusta de mi es ……..

Nunca lo paso tan mal como cuando.....

Mi mayor defecto es.....

La cualidad de la que me siento más orgullosa es.....

Mi mayor defecto es.....

Cuando miro al futuro.....

Cuando las cosas me salen bien.....

Sé que es una tontería pero tengo miedo a.....

Lo que más me gusta en el trabajo es.....

Me gusta la gente que.....

Lo que no quisiera ser es.....

La persona que más admiro en mi vida.....

Me gustaría que en casa.....

Mi mayor ideal es.....

CUESTIONARIO PARA TECNICA "DESCUBRIR LA VERDAD"

El problema es……

El problema es…….

El verdadero problema es……

El verdadero problema es……

El problema es en realidad……..

(Continúa empleando estas frases, llenando los espacios en blanco hasta que hayas agotado todas las respuestas.)

En relación con esta persona o situación, lo que siento es……..

Lo que siento es……

Lo que realmente siento es……..

Lo que también siento es……

También siento……

Y bajo ese sentimiento hay…….

Y bajo ese sentimiento hay……

Y bajo ese sentimiento hay……

Terminado este bloque de preguntas, se le pide al familiar que Respire de forma profunda, que mire hacia tu interior y complete las siguientes frases:

Lo que me da miedo es……

Lo que temo es…….

Lo que me da miedo es……

Lo que me asusta es……

Lo que realmente me da miedo es……..

Lo que realmente temo es……

Continúa pensando en la relación o situación con la que está trabajando y completa las siguientes frases:

Para mi es inaceptable……

Para mi es inaceptable……

Lo que no logro manejar es……

Lo que no logro manejar es……

No lo logro porque…….

No lo logro porque…….

Lo que necesito hacer para que sea aceptable……

Lo que necesito hacer para que sea aceptable……

Lo que necesito cambiar para que esto sea aceptable es……

Pensando en una persona con la que se suele enfadar (que puede ser la misma en que se ha estado pensando hasta ahora), completa las siguientes frases:

Lo que necesito en esta relación (situación) es……...

Lo que necesito es……..

Lo que necesito es……..

Lo que necesito es……..

Lo que deseo es……..

Lo que deseo es……..

Lo que deseo es……..

Lo que deseo es……..

NARRACION DEL CUENTO DE LA TÉCNICA "EL CUENTO DE LA CEBOLLA"

"Había una vez un huerto lleno de hortalizas y árboles frutales. Daba gusto sentarse a la sombra de los árboles a contemplar aquel paisaje y escuchar el canto de los pájaros. Pero un buen día, empezaron a nacer unas cebollas especiales. Cada una tenía un color diferente: rojo, amarillo, naranja, morado…

Los colores eran deslumbrantes. Después de falsas investigaciones, resultó que cada cebolla tenía dentro, en el mismísimo corazón (porque también las cebollas tienen su corazón) una piedra preciosa. Esa tenía un topacio, la otra un rubí, la de más allá una esmeralda…

Pero por alguna incomprensible razón se empezó a decir que aquello era peligroso, inadecuado y hasta vergonzoso. Total, que las bellísimas cebollas tuvieron que empezar a esconder su piedra preciosa con capas, cada vez más oscuras y feas, para disimular como eran por dentro. Hasta que empezaron a convertirse en cebollas de lo más vulgar.

Pasó entonces por allí un sabio, que gustaba de sentarse a la sombra del huerto y que sabía tanto que entendía hasta el lenguaje de las cebollas y empezó a preguntarles:

— ¿Por qué no eres como eres por dentro?

Y ellas le iban respondiendo:

— Me obligaron a ser así

— Me fueron poniendo capas… incluso yo me las puse para que no dijeran…

Algunas cebollas tenían hasta diez capas y ya casi ni se acordaban por qué se pusieron las primeras. Y al final el sabio se echó a llorar.

Cuando la gente lo vio llorando, pensó que llorar antes las cebollas era propio de las personas inteligentes. Por eso todo el mundo sigue llorando cuando una cebolla nos abre su corazón. Y así será hasta el fin del mundo".

ÍNDICE

AUTORÍA.....iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN.....iv

DEDICATORIA.....v

AGRADECIMIENTO.....vi

I: TÍTULO.....7

II. RESUMEN.....8

III. INTRODUCCIÓN.....12

IV. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....16

CAPITULO 1: FAMILIA.....23

1.1. CONCEPTOS DE FAMILIA.....23

1.2. TIPOLOGÍA FAMILIAR.....24

1.3. ESTRUCTURA FAMILIAR.....26

1.4. LA DINÁMICA EN EL SISTEMA FAMILIAR.....28

1.5. LAS RELACIONES FAMILIARES.....36

1.6. LAS REDES FAMILIARES.....36

1.7. LA FAMILIA FUNCIONAL O DISFUNCIONAL.....38

1.8. FUNCIONES FAMILIARES.....39

1.9. CICLO DE VIDA FAMILIAR.....39

1.10. ETAPAS DEL CICLO FAMILIAR.....40

1.11. CRISIS NORMATIVAS.....44

1.12. CRISIS NO NORMATIVAS.....50

1.13. FAMILIA Y ADICCIONES 51

1.14. FAMILIA Y ADOLESCENCIA.....51

1.15. EL ABUSO DE DROGAS Y LA DISFUNCION FAMILIAR…….52

1.16. LA FAMILIA DEL ADICTO…….....54

1.17. EL IMPACTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS EN LA FAMILIA……..….55

1.18. CODEPENDENCIA……..……..….…58

1.19. DROGODEPENDENCIAS……..…59

1.20. FACTORES FAMILIARES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL ALCOHOLISMOS Y DROGADICCIÓN EN GENERAL……60

1.21. LA NECESIDAD DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO.....63

CAPÍTULO 2: DROGAS 66

2.1. CONCEPTUALZACION DE LAS DROGAS.....66

2.1.1. Drogas y Toxicidad……...66

2.2. USO Y HABITO.....68

2.3. ABUSO.....69

2.4. LA DROGODEPENDENCIA……..……..71

2.5. SÍNDROME DE DEPENDENCIA.....……...…...72

2.6. TOLERANCIA……..…….…..74

2.7. SÍNDROME DE ABSTINENCIA……..……75

2.8. INTOXICACIÓN……..……..……..…79

2.9. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS Y SUS EFECTOS…….…….……..81

2.9.1. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS……..….81

2.9.1.1. DEPRESORAS……..……...81

2.9.1.2. ESTIMULANTES……...…….……..……83

2.9.1.3. ALUCINÓGENOS……..…….……..86

2.9.1.4. INHALANTES…….…….……88

CAPITULO 3: INTERVENCIÓN FAMILIAR……..……...…….……..90

3.1. BREVE HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR…..……....……90

3.2. LA TERAPIA FAMILIAR…….…….....91

3.3. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA…….……92

3.4. ACTIVIDADES DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS…….……93

3.4.1. Evaluación…….……..….…….…93

3.4.2. Tratamiento, prevención e intervención…….…94

3.4.3. Investigación…….…….…….…..96

3.4.4. Enseñanza……..…….……...97

3.4.5. Asesoramiento…….……....97

3.4.6. Dirección y gestión…….....98

3.5. NIVELES DE INTERVENCIÓN…….…….…...98

3.5.1. Intervención en pareja o familia…….....99

3.5.2. Intervención en grupo…….……..…….99

3.5.3. Intervención en la comunidad…….……..……...101

3.6. TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS CON LAS DROGAS Y EL ALCOHOL EN FAMILIAS Y PAREJAS……...102

3.7 INDICACIONES PARA EL USO DE LA TERAPIA FAMILIAR.....103

3.8 INTERVENCIONES CLÍNICAS EN LA TERAPIA FAMILIAR…….104

3.9 ETAPAS DE LA TERAPIA FAMILIAR…….105

3.9.1. Etapa 1: definición del problema, contrato y establecimiento de los objetivos.....105

3.9.2. Etapa 2: estableciendo el contexto para una vida libre de sustancias químicas y construyendo una "línea temporal"…..……107

3.9.3. Etapa 3: deteniendo el abuso de sustancias y clarificando la etiología……..…….108

3.9.4. Etapa 4: manejo de la crisis y estabilización de la familia…….110

3.9.5. Etapa 5: reorganozación y recuperación familiar……..……112

3.9.6. Etapa 6: finalizando la terapia…….…….……..114

V. MATERIALES Y MÉTODOS.....……...116

VI. RESULTADOS.....……...126

VII. DISCUSIÓN.....……..132

VIII. CONCLUSIONES.....135

IX. RECOMENDACIONES.....137

X. BIBLIOGRAFÍA.....138

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....143

ANEXOS.....211