



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA: “LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INTERNOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN TERAPEUTICO “POSADA SOLIDARIA” MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE LOJA. MARZO – SEPTIEMBRE 2010”.

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA: KARINA CECIBEL FLORES FLORES

DIRECTOR: DR. EFRAÍN MUÑOZ SILVA

Loja – Ecuador

2010

Loja, septiembre de 2010

Dr. Efraín Muñoz Silva

**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulada **“LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INTERNOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN TERAPÉUTICO POSADA SOLIDARIA MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE LOJA. MARZO – SEPTIEMBRE DE 2010”**, elaborado por la egresada Karina Cecibel Flores Flores, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución.

Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que de el trámite correspondiente.

Atentamente

Dr. Efraín Muñoz Silva
DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Las ideas, comentarios, conclusiones y plan de intervención contenidas en la presente tesis son de exclusiva responsabilidad de la autora.

KARINA C. FLORES F.

DEDICATORIA

A mis padres por el apoyo brindado durante este tiempo de aprendizaje, y a las personas que estuvieron a mi lado manifestándome su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, a la Carrera de Psicología Clínica, a las personas del Centro de Rehabilitación Terapéutico "Posada Solidaria" Municipal que contribuyeron generosamente a la realización del presente trabajo, a profesores, a mi director quién supo dirigir esta tesis de forma correcta y brillante.

I . TEMA

LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INTERNOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN TERAPÉUTICO “POSADA SOLIDARIA” MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE LOJA. MARZO – SEPTIEMBRE 2010.

II . RESUMEN

Este trabajo investigativo se realizó con la finalidad de conocer, concienciar e intervenir en una de las problemáticas actuales de considerable importancia para la familia y la sociedad como lo es la violencia intrafamiliar, la que va en aumento originando en las personas sentimientos de temor, culpa, desvalorización, depresión, aislamiento, disminución del autoestima, ansiedad, intentos de suicidio, y si esto no se trata oportunamente podría acarrear el consumo de sustancias psicoactivas.

La adicción a sustancias psicoactivas es una de las problemáticas más significativas en la actualidad, ya que su consumo se encuentra ocasionado por que los seres humanos buscan una salida a los problemas, necesitan identidad personal, autonomía o experimentar situaciones nuevas.

Las personas que consumen estas sustancias esperan beneficiarse de ella para obtener mérito social, buscar placer o evadir el dolor, llegando a olvidar los efectos que provocan, sean a corto o largo plazo, como el daño crónico en la salud, los que generan daño biológico, las consecuencias sociales, familiares, trastornos de los procesos cerebrales, emocionales y motivacionales.

La violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicoactivas son contextos que han afectado grandemente el desarrollo general del ser humano, de la familia y de la sociedad. Razón por la que es importante investigar como se relaciona la violencia intrafamiliar con el consumo de sustancias psicoactivas.

El escenario en que se efectuó el presente trabajo estuvo direccionado en los internos del Centro de Rehabilitación Terapéutico Posada Solidaria Municipal, con quienes a parte de múltiples entrevistas, logré aplicar Historia Clínica Psicológica, Familiograma, test de CAGE, MALT, Escala de Abstinencia a Opiáceos, instrumentos que permitieron conseguir un diagnóstico, como también datos

relacionados a la existencia de violencia intrafamiliar.

Además de una extensa bibliografía científica la que ha servido de referencia conceptual sobre: Familia, Violencia Intrafamiliar, Sustancias Psicoactivas, Intervención Psicológica, entre otros.

Finalmente se plantea un Plan de Intervención Familiar que brinda pautas de tratamiento e intervención a las familias de personas con problemas de consumo de sustancias con la finalidad de mejorar la calidad de vida.

SUMMARY

This investigative work was carried out with the purpose of knowing, to make aware and to intervene in one of the current problems of considerable importance for the family and the society like the intrafamiliar violence, the one that goes in increase originating in people feelings of fear, guilt, impairment, depression, isolation, decreased, self-esteem, anxiety, attempted suicide, and if left untreated it could lead to use of psychoactive substances.

The addiction to psychoactive substances is one of the most significant problems, its consumption caused for the human beings look for an exit to the problems, they need personal identity, autonomy or to experience new situations.

People that consume these substances hope to benefit of her to obtain social merit, to look for pleasure or to avoid the pain, ending up forgetting the effects that cause, be to short or long term, in these effects indicated that chronic exercise in damage health, those that who generate biological damage, the social, family, disruption of brain processes, emotional and motivational.

The intrafamiliar violence and the consumption of psychoactive substances are contexts that have affected the human being's general development largely, of the family and of the society. Reason for which is important to investigate like is related the intrafamiliar violence with the consumption of substances psicoactivas.

This work was directed to the inmates of the Rehabilitation Center Therapeutic Posada Solidaria Municipal, with persons of multiple interviews, I managed to implement History Clinic Psychology, Familiograma, test of CAGE, MALT, Opiate Withdrawal Scale, tools to allow a diagnosis as well as data related to the existence of intrafamiliar violence.

Gesture count with one extensive scientific literature which served as reference

concept: Family, Intrafamiliar Violence, Psychoactive Substances, Psychological Intervention, among others.

Finally is present a Family Intervention Plan provides guidelines for treatment and intervention to families of people with substances problems with the purpose of improving the quality of life.

III . INTRODUCCIÓN

La familia es la unidad fundamental sobre la que se consolida la sociedad, una de sus funciones principales es la creación de un ambiente armónico de funcionamiento que brinde apoyo y seguridad a sus integrantes. Sin embargo esta armonía se ve amenazada en ocasiones por actos violentos, afectando la

integridad física y psicológica a sus integrantes.

Lamentablemente la violencia intrafamiliar forma parte de los problemas actuales de considerable importancia que afecta gravemente a la sociedad; el Ministerio de Salud Pública dentro de las principales enfermedades mentales del Ecuador coloca a las víctimas de violencia y maltrato en 7.081 casos en una tasa por cada cien mil habitantes (53.58%).¹

Si esta problemática no es atendida de manera adecuada puede acarrear un sin número de dificultades como el consumo de sustancias psicoactivas.

El Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefaciente y Psicotrópicas (CONSEP) en los resultados del estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la población ecuatoriana de 12 a 65 años, en el año 2008, calcula la prevalencia del consumo de alcohol en 76.9%; la del último año en 54.4% y la del último mes en 31.7%. Y la edad del primer consumo de alcohol en la población se calcula en 18.1 años. En la región Sierra la prevalencia del consumo de drogas es: marihuana 3.43%, cocaína 0.70%, base 0.49%, heroína 0.12%, y la edad media del primer consumo de drogas es de 18.6 años.²

No cabe duda que el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los comportamientos más problemáticos en la actualidad.

El consumo y dependencia de estas sustancias generan importantes daños al individuo y la sociedad; las personas esperan beneficiarse de su consumo, es decir obtener mérito social, buscar placer, evadir el dolor, evitar problemas, llegando a olvidar los efectos que provocan sea a corto o largo plazo, dentro de estos efectos se señala los que ejercen daño crónico en la salud, los que generan daño biológico, las consecuencias sociales, familiares, suicidios, agresiones,

¹ Manual de Atención Primaria en Salud Mental MSP.

² www.consep.gov.ec

trastornos de los procesos cerebrales, emocionales, motivacionales, accidentes cerebrales vasculares, epilepsia, parkinson, alzheimer, además de lesiones traumáticas e infecciosas como VIH, entre otras, efectos que de una u otra forma generan un mayor desequilibrio emocional y familiar.

Esto demuestra que la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicoactivas son situaciones que han afectado y afectan grandemente el desarrollo general del ser humano, de la familia y de la sociedad.

Por tal razón he creído importante investigar como se relaciona la violencia intrafamiliar con el consumo de sustancias psicoactivas.

Direccionado el trabajo a los internos del Centro de Rehabilitación Terapéutico Posada Solidaria Municipal, con quienes me entreviste en múltiples ocasiones aplicándoles instrumentos psicológicos como la Historia Clínica Psicológica, Familiograma, el test de CAGE, MALT, la Escala de Abstinencia a Opiáceos, que permitieron obtener un diagnóstico claro y objetivo relacionado al consumo de sustancias, como también datos concernientes a la existencia de violencia intrafamiliar o comportamientos conflictivos dentro del hogar.

En este trabajo de investigación se encuentra también objetivos claros y precisos los cuales están encaminados a la resolución de la temática investigada, los que fundamentalmente hacen referencia a la estructura familiar de los internos entrevistados, a buscar la existencia de consumo de alcohol y/o drogas y sobre todo a determinar la relación que existe entre estas problemáticas.

En la investigación existe una extensa bibliografía científica y actual que permitió construir el Marco Teórico el que se ha subdividido en capítulos para un mejor y mayor entendimiento conceptual.

En el primer capítulo denominado Familia, hace narración a la génesis, definición y

referentes personales y sociales de la familia.

En el capítulo dos dedicado a la Violencia Intrafamiliar, encontramos definiciones de violencia, causas, tipos y efectos de la violencia.

El tercer capítulo de Sustancias Psicoactivas cuenta con dos subdivisiones uno en relación o en mención al alcoholismo en donde se encuentra, definición, causas del abuso de alcohol, aspectos farmacodinámicos y farmacocinéticas del alcohol, etiología y fisiopatología. Y la segunda división concerniente a drogadicción en la que se relata la definición, clasificación de las drogas problemática e historia, drogas y contracultura.

Finalmente el capítulo cuarto, trata la Intervención Psicológica, en el que se encuentra planteamiento de necesidades y posibilidades de intervención y abordaje terapéutico.

Los resultados obtenidos de la investigación gracias a la aplicación de los instrumentos estadísticos, indican que el 100% de internos presentan consumo de alcohol, el 17.64% a más del consumo del alcohol presenta consumo de drogas y el 58.82% del total de los internos presentan violencia intrafamiliar; a su vez se presentan las discusiones oportunas derivadas de los resultados obtenidos en la investigación de campo como del análisis de trabajos que guardan relación a la temática.

Esto permitió tener conclusiones oportunas que servirán y darán una comprensión clara de lo investigado, además de propiciar un mayor entendimiento de las diferentes interrogantes planteadas al inicio de la investigación.

No olvidemos que muchos de los factores sociales, biológicos y psicológicos que caracterizan las conductas agresivas contra otras personas tienen su origen en el seno familiar.

Un medio familiar violento, una familia disfuncional y sísmica que vean con indiferencia y normalidad en su seno el maltrato físico, psíquico y tolere el consumo de sustancias psicoactivas no puede engendrar otra cosa que sujetos violentos y desajustados psíquicamente.

Ante esta razón, se ha examinado la importancia de mantener un ambiente funcional en el hogar, que genere espacios saludables, que permita la realización de cada uno de sus miembros, que brinde seguridad y fortalezca la identidad, que resuelva sus conflictos y que permita que sus integrantes mantengan un adecuado desempeño social.

Razón por la que se plantea y se presenta un Plan de Intervención Familiar que tiene como objetivo brindar pautas de tratamiento e intervención a las familias de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, y que surge a partir de conocer y analizar resultados obtenidos de la investigación empleada en la reciente tesis, herramienta creada con el propósito de mejorar la salud de los afectados, de sus familias y de reducir los costos para la sociedad.

IV . REVISIÓN DE LITERATURA

FAMILIA

Génesis

Freud explica el origen de la familia en función de la desaparición del periodo de

celos y la instalación biológica de la posibilidad de apareamiento sexual en cualquier época del año, lo cual determino que los machos desearan retener junto a si a la hembra objeto de su deseo, mientras que ella se había quedado a lado del macho tan solo por necesitar su protección y por amor a sus crías. En ningún momento aparece la imagen de la hembra humana como un ser con insipiente subjetividad y mucho menos con algún deseo erótico hacia el macho. De acuerdo con la ideología de la época, la mujer es representada ante todo como madre.

Engels utilizó la lógica de las relaciones de clase para entender los vínculos entre géneros, una vez comprendido su rol en la reproducción humana, habrían utilizado su poder para instaurar la monogamia y la filiación patrilineal, a fin de asegurarse la legitimidad de la descendencia y poder transmitir los bienes a quienes pudieran considerar extensiones de su ser o sea sus hijos biológicos.

Lévi Strauss concibió el matrimonio como una alianza entre familias. A veces se enfatiza la alianza y otras la consanguinidad, estableciendo también lazos entre linajes. Señala la familia amplia como la familia originaria y la familia nuclear como una restricción que surge de aquella. Cuando la familia cumple muchas funciones tiende a ampliarse y cuando pierde funciones tiende a desaparecer incluso por debajo del nivel conyugal.

Definición

Bajo la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la familia es el núcleo o el epicentro donde se forma la sociedad o el país. Por esta razón no debe ser maltratada, violada, esclavizada, ignorada por su color de piel, desterrada por sus orígenes o principios de religión. Tampoco debe ser odiada por el sitio donde se ubica o vive en este mundo.

Tipos de familias:

- Familia nuclear, padres e hijos; también se conoce como “círculo familiar”;
- familia extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos,

primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines;

- Familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive (n) sólo con uno de los padres;
- otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), son quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.³

Referentes personales y sociales de la familia

La premisa básica es que dentro del contexto familiar se producen una serie de interacciones sociales, que por su carácter continuo y significativo para el sujeto, van a ser interiorizadas y por tanto van a influir de manera decisiva en el curso del desarrollo psíquico. Este planteamiento va más allá de la mera descripción de la influencia sobre el desarrollo psicológico de la personalidad de los padres o de los estilos de crianza que utilizan, lo cual sería un enfoque de influencia unidireccional que reflejaría pobremente la complejidad de las interacciones intrafamiliares.

La segunda premisa es que las interacciones intrafamiliares están influidas por múltiples factores. En este marco se puede recordar que los factores del macrosistema, exocistema, del mesosistema y del microsistema influyen en las interacciones intrafamiliares. La aportación clave del sistema ecológico es que la familia se presenta como un sistema absolutamente interconectado con la realidad social.

Un enfoque social sobre la adultez muestra que se asienta fundamentalmente sobre tres roles básicos: el matrimonio, la paternidad y el trabajo. Estos roles cubrirán las dos necesidades psicosociales fundamentales del ser humano que

³ La Familia - Monografias_com.mht

son amor y pertenencia, como primera necesidad y el éxito y estima en segundo lugar en otros términos intimidad y generatividad, como polos positivos que Ericsson plantea en la edad adulta que son intimidad frente a aislamiento y generatividad frente a estancamiento.

Toda persona forma parte de una familia desde su nacimiento, pero el paso de la familia de orientación a la de procreación es el paso de la edad adulta. Durante la primera parte de la edad adulta las personas buscan pareja y se casan o inician una convivencia estable, comienzan una actividad laboral tras haber terminado su formación; planteándose la posibilidad de ser padres y comenzar su vida como padres/ madres. ⁴

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Definimos aquí el término “violencia” como un vocablo aplicable propiamente en el orden de lo humano y de lo simbólico, creyendo que las acciones destructivas no humanas se califican como “violentas” a partir de un cierto antropomorfismo aplicado a fuerzas o seres no humanos. Según lo antedicho, nos atenderemos a una caracterización de la violencia como el acto o intento, por parte de una persona o grupo de personas, de imponer su deseo o voluntad sobre otros a través de medios verbales, no verbales o materiales, y que provoca daño físico, psíquico o moral al otro u otros.

El campo de la palabra es la herramienta de comunicación fundamental de los sujetos humanos. La violencia es lo contrario de la palabra, son golpes, gritos, la indiferencia, y demás, coloca a un sujeto en posición de abuso, que infaliblemente origina un daño físico y/ o psíquico en otro.

Muchos autores han aportado una definición: la agresión es cualquier forma de

⁴ OPS, Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la edad adulta

conducta que pretende herir, sea física y/o psicológicamente a alguien, como el resto de conductas que provocan desagrado, disgusto, enfado o contrariedad es censurable.

Tipos de Violencia

Violencia Física

La violencia física deja una huella en el cuerpo, aun que esta no siempre sea visible. Incluye amplia gama de manifestaciones que van desde un pellizco o estirón de pelo hasta la muerte.

Violencia Psicológica

La violencia psicológica también abarca un extenso abanico de expresiones: insultos, ofensas, burlas, actitudes de desprecio, gritos, manipulación, chantaje, control, etc. Siempre que hay maltrato físico, sexual o económico, hay también maltrato psicológico. Pero este también se presenta de manera aislada.

Violencia Sexual

Una forma frecuente de sometimiento y control dentro de la familia es el uso de violencia sexual. Cuando se habla del tema, se hace frecuentemente en relación con los menores, por que en la pareja la violencia sexual está naturalizada y, por ello, no se la percibe como tal. La violencia sexual en la familia abarca las siguientes prácticas: exigir o imponer una relación sexual (lo que tratándose de un extraño nadie tuviera en denominar violación), obligar a la víctima a prácticas que resulten dolorosas, desagradables o que simplemente no desea practicar (sexo oral o anal, obligarla a tener relaciones sexuales con otra mujer u hombre, prostituirla, etc.).⁵

Causas y Efectos de la Violencia

⁵ Violencia doméstica y coeducación un enfoque multidisciplinar; Fernando Trujillo Sáez, María Remedios Fortez Ruiz

Hay factores neurofisiológicos, como las alteraciones del lóbulo frontal, del lóbulo temporal (pacientes con crisis epilépticas focales y conductas agresivas), o de la amígdala intracerebral. Factores biológicos y endocrinológicos, como los estados de hipoglucemia, que son inductores de violencia; el síndrome premenstrual que sufren algunas mujeres, con trastornos temperamentales los días anteriores a la menstruación que han empujado a homicidios involuntarios, incendios intencionados y otras formas de agresión; la hormona sexual masculina (testosterona), como también las alteraciones en el metabolismo de la serotonina cerebral detectadas en casos de suicidio y el efecto del abuso de alcohol y otras sustancias, que deterioran la capacidad cognitiva y de juicio desempeñan un papel importante en las conductas violentas (de cada diez delitos de agresión, ocho son cometidos por varones).

Efectos de la Violencia:

- 1 El alcoholismo: un sin número de casos registra que un gran porcentaje de mujeres son agredidas por sus compañeros conyugales esto bajo el efecto del alcohol.
- 2 La drogadicción: es otra causa de la violencia, muchas personas se drogan para poder ser lo que no son y escapar así de la realidad.
- 3 Falta de conciencia en los habitantes de una sociedad: creen que esta es la mejor forma de realizar las cosas: huelgas, tiroteos, golpes, etc.
- 4 Fuerte ignorancia que hay de no conocer mejor vía para resolver las cosas: no saben que la mejor forma de resolver un fenómeno social es conversando y analizando qué causa eso y tratar de solucionarlo.
- 5 El no poder controlar los impulsos.
- 6 La falta de comprensión existente entre las parejas, la incompatibilidad de caracteres: la violencia intrafamiliar es la causa mayor que existe de violencia, un niño que se críe dentro de un ambiente conflictivo y poco armonioso ha de ser, seguro, una persona problemática y con pocos

principios personales.

- 7 Falta de comprensión hacia los niños: saber que los niños son criaturas que no saben lo que hacen, son inocentes. Muchas madres maltratan a sus hijos, y generan así violencia.

La violencia en el contexto familiar

La violencia, junto con el conocimiento y el dinero, es una de las principales fuentes del poder humano. El término violencia estuvo tradicionalmente referido al espacio público. Por lo tanto, durante gran parte de la historia, asociar los vocablos “violencia” y “familia” hubiera representado una paradoja incomprensible. Sin embargo investigaciones desarrolladas en los últimos veinte años han permitido fundamentar científicamente la pertinencia de tal asociación de conceptos. Las investigaciones llevadas a cabo en este campo nos acercan a un conocimiento cada vez más preciso de los fenómenos tales como el maltrato y el abuso sexual a menores, las formas que adopta la violencia hacia la mujer en el contexto doméstico, el maltrato de personas ancianas y sobre todo las consecuencias que tiene las diversas formas de maltrato y abuso sobre la salud física y psicológica de la población.

Las consecuencias de la violencia en el nivel individual

Tiene efectos psicológicos profundos tanto a corto como a largo plazo. La reacción inmediata suele ser de conmoción, paralización temporal y negación de lo sucedido, seguidas de aturdimiento, desorientación y sentimientos de soledad, depresión, vulnerabilidad e impotencia. A mediano plazo, pueden presentar ideas obsesivas, incapacidad para concentrarse, insomnio, pesadillas, llanto incontrolado, mayor consumo de sustancias psicoactivas, deterioro de las relaciones personales, etc.⁶

⁶ La violencia - Monografias_com.htm

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Alcoholismo

Definición

Desde hace algún tiempo, el término alcoholismo ha pasado al dominio popular y por ello, su significado real ha perdido precisión.

El término alcoholismo empieza a utilizarse en el siglo XX. En los escritos previos se habla básicamente del uso y abuso de alcohol, de sus complicaciones médicas y de los problemas sociales que resultan de su consumo excesivo, pero no se refieren a él como fenómeno cuyos elementos teóricos pueden integrarse en tratados o capítulos específicos; estos aspectos siempre se consideraron secundarios a otros fenómenos. Quizá por eso, paso mucho tiempo antes de que la sociedad empezara a preocuparse por el problema.

El problema del alcohol no solo es el consumo de sustancia toxicomanígena, sino como sustancia tóxica, capaz de alterar el funcionamiento de órganos y sistemas y de destruir tejidos. En 1950, la OMS consideraba alcoholismo, en un primer informe “toda ingestión que exceda al consumo alimentario tradicional y corriente o sobrepase el hábito, el marco general de los hábitos sociales propios del medio considerado, cualesquiera que sean los factores etiológicos de dichos factores: herencia, constitución física o influencias psicopatológicas o metabólicas adquiridas”. “Es alcohólico el individuo que ha perdido la libertad de abstenerse o detenerse en beber.”

En 1977, la Organización Mundial de la Salud publicó un trabajo editado por los más destacados especialistas en el campo del alcoholismo cuya finalidad principal, ampliamente lograda, fue la de esclarecer algunos conceptos respecto de esta farmacodependencia, se propone denominar “síndrome de dependencia

alcohólica” a lo que hemos conocido como alcoholismo, permitiendo asegurar que el síndrome es una realidad psicobiológica y no un simple y arbitrario membrete.

Se considera:

Abuso de alcohol:

El uso no patológico se distingue del abuso de sustancias de acuerdo con los criterios siguientes:

1. Patrón Patológico de uso: De acuerdo con el tipo de sustancia tóxica, este puede manifestarse por: intoxicación durante todo el día, incapacidad para abandonar o reducir el consumo, esfuerzos repetidos para controlar su uso mediante periodos de abstinencia temporal o restricción del consumo ciertas horas, continuación de la ingesta, necesidad del uso diario de la sustancia tóxica para la actividad normal y episodios de complicaciones debidos a la intoxicación.
2. Duración: por abuso se entiende que la alteración dura como mínimo un mes. No es necesario que los signos de la alteración estén presentes durante todo este tiempo, pero debe presentarse con cierta frecuencia para que el patrón patológico de uso permita evadir la interferencia en la actividad laboral o social. En ocasiones aisladas, el uso patológico de una sustancia tóxica no manifiesta ningún síndrome orgánico específico.

Dependencia de alcohol:

La dependencia de sustancias tóxicas constituye un trastorno más grave; implica dependencia fisiológica, que se evidencia por la tolerancia y por la abstinencia. Casi siempre se presenta, también un patrón patológico de uso de la sustancia, que provoca un deterioro de la actividad laboral y social. Para diagnosticar todas las categorías de dependencia de sustancias, basta que haya evidencias de tolerancia o abstinencia.

Tolerancia: Significa que el individuo necesita una cantidad mayor de sustancia para conseguir los efectos deseados, los síntomas que distingue la tolerancia está en función de la cantidad que el sujeto puede beber antes de presentar los signos de intoxicación.

Abstinencia: Se desarrolla un síndrome específico para cada tóxico, que aparece cuando se suspende o reduce su ingesta después de un consumo previo regular que provoca un estadio fisiológico de intoxicación.⁷

Causas de abuso de alcohol

La personalidad

Difícilmente podemos entender por que algunas personas beben mucho si no tenemos presente que el alcohol es una droga que, al menos durante un lapso, es capaz de disminuir los más variados sentimientos desagradables, en particular la angustia y la depresión.

Algunos investigadores han señalado que los individuos alcohólicos con frecuencia son personas neuróticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, tendientes al aislamiento, dependientes, que no saben manejar las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad. También se ha dicho que suelen ser sujetos que sufrieron durante su infancia privación emocional y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares; pero la verdad es que los individuos desarrollan diferentes formas de neurosis e incluso quienes alcanzan un desarrollo normal de la personalidad.

La conclusión es que existen muchos tipos de bebedores cuyas personalidades y rasgos psicopatológicos difieren ampliamente, lo mismo que la forma que inician el

⁷ Alcoholismo visión integral : Rafael Velasco Fernández

consumo excesivo de alcohol y sus necesidades de tratamiento. Por ello es necesario comprender a cada individuo en particular y tratar de encontrar el cómo y el porqué el alcohol lo libera de sus presiones emocionales.

Consumo excesivo de alcohol asociado con enfermedad mental

En circunstancias especiales, casi todas las llamadas enfermedades mentales pueden constituirse en el principal antecedente para que un individuo empiece a consumir alcohol de manera peligrosa. Los episodios de hipomanía en el curso de una psicosis afectiva, la propia esquizofrenia y en general, los estados psicopatológicos que generan intensa angustia y/o depresión, son las condiciones que favorecen al consumo de alcohol; y que pueden considerarse como situaciones de riesgo. Tal vez sea más útil reconocer que para ciertos sujetos, el alcohol es una medicación siempre a su alcance que reduce sensaciones y sentimientos desagradables.

Consumo excesivo de alcohol en situaciones que generan angustia

En el curso de la vida normal, existe siempre la posibilidad de que los individuos se sometan durante un tiempo lo suficientemente prolongado como para considerarlo un factor patogénico al estrés que provoca las situaciones difíciles. Un caso común es el de la mujer que, al llegar a la madurez, toma conciencia de su fracaso matrimonial y experimenta continuos episodios de frustración y desesperanza; otro, el de un individuo que trabaja excesivamente bajo presiones de mucha responsabilidad.

El riesgo puede ser especialmente alto cuando se carece de apoyo emocional alternativo o cuando en el curso de la vida no se encontró maneras más efectivas para afrontar infortunios y experiencias negativas.

Consumo excesivo de alcohol por razones psicodinámicas

Antes se creía que la ingestión de alcohol podía tener un resultado dinámico, válido y aplicable en todos los casos. Por ejemplo, beber excesivamente “es una forma de autoaniquilamiento, de suicidio paulatino para los sujetos que tienen una imagen devaluada de si mismos”.

Las interacciones psicodinámicas que en forma recurrente y más frecuente pueden reconocerse son los siguientes:

1. La ingestión excesiva de alcohol puede ser un indicador de que el individuo intenta identificarse con el padre alcohólico u otra figura importante de su infancia.
2. Relacionado también con el proceso de identificación, el bebedor puede buscar su autodestrucción por considerarse merecedor de una pena o castigo a su padre en su propia persona; con su conducta, puede buscar el sufrimiento de quienes “causaron” el alcoholismo de su idealizada figura paterna...sólo quien cumple la sentencia es su esposa (madre) y quien decreta y ejecuta la pena es el mismo (hijo - padre).
3. Algunas veces la alcoholización repetida se utiliza como una forma de evadir las responsabilidades de la vida adulta. La droga tiene el valor de su efecto farmacológico y simboliza el alimento materno, el cuidado recibido en la infancia o la madre que prodiga calor o afecto incondicional.

Consumo excesivo de alcohol debido principalmente a las influencias socioculturales

Bales supone que una sociedad genera tensiones internas como culpabilidad, agresión contenida, conflictos sociales e insatisfacción sexual y cuya actitud hacia el alcohol es la de aceptarlo utilitariamente como un reductor de tales tensiones, es la sociedad que tiende a producir un alto porcentaje de alcohólicos. De acuerdo con este autor, las actitudes culturales respecto del consumo de bebidas se

clasifican en:

- 1 Abstinencia
- 2 Uso ritual en ceremonias religiosas
- 3 Uso social en situaciones de convivencia
- 4 Uso utilitario en el cual existe una “razón” para beber.

Otra teoría interesante, es la de carácter subcultural, es la que propone que algunos individuos se sientan alienados de su propia sociedad, de la cual no aceptan ni asimilan los valores éticos y que este estado psicológico especial denominado “anomia” *, favorece la compulsión a ingerir bebidas alcohólicas y, en general el usar drogas que causan dependencia.

Consumo excesivo de alcohol debido a la falta de control de los factores desencadenantes

Algunos autores, en especial quienes proponen una clasificación distinta, puede parecerles artificioso el reservar un apartado a causas que, de hecho ya están incluidas. Sin embargo vale la pena considerarlas por separado, aún sabiendo que están íntimamente ligadas a los factores personales o sociales, que contribuyen a disminuir las resistencias “naturales” ante la ingestión excesiva y continua de bebidas alcohólicas; podría hablarse de una “falta de controles” , una incapacidad para contener las poderosas influencias que conducen a una práctica peligrosa en torno al alcohol.

Además existen factores psicológicos individuales que disminuyen la capacidad para enfrentar presiones. Tal es el caso de la deficiencia mental, el daño cerebral con manifestaciones conductuales, la mayor labilidad emocional ligada o no a factores orgánicos e incluso algunos rasgos de carácter que no son precisamente

* En neurología “anomia” es un tipo de afasia que se caracteriza por la incapacidad para nombrar objetos conocidos.

“anormales”.⁸

Aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos del alcohol

Mecanismos moleculares de la tolerancia y la dependencia alcohólica

Hipótesis del acetaldehído: en el caso de que el acetaldehído consiga atravesar la barrera hematoencefálica y tenga acceso al sistema nervioso central, una vez allí podrá tener lugar una serie de reacciones bioquímicas entre dicho acetaldehído y determinados neurotransmisores cerebrales como la dopamina, la norepinefrina o serotonina dando lugar a sustancias denominadas tetrahydroisoquinolinas en los dos primeros y betacarbolinas en el tercero, sustancias que tienen una cierta naturaleza opiácea y en consecuencia a partir de dicho punto, los mecanismos neurobiológicos de la dependencia al alcohol, pueden aplicarse de manera análoga a los de la dependencia de sustancias opiáceas. De entre las sustancias de naturaleza opiácea que se forma en el SNC de los alcohólicos, merece especial mención la tetrahidropapaverolina que se forma por condensación entre la dopamina y su aldehído biógeno.

Hipótesis de la alteración de la membrana neuronal: plantea la intoxicación etílica aguda ocasionaría de un aumento de la fluidez de las membranas neuronales que comportaría una alteración del funcionamiento del sistema nervioso. Así la tolerancia que se generaría en los alcohólicos crónicos sería consecuencia de un cambio adaptativo de sus membranas que les conferirían una mayor resistencia a la acción fluidificante de alcohol. La deficiencia física del alcohol que presentan estos pacientes se justificaría por que sus membranas celulares son más rígidas y requieren el consumo de fluidificante, en este caso el alcohol para llegar al nivel de fluidez óptimo. Cuando los alcohólicos dejan de beber, sus membranas se vuelven más rígidas con el consiguiente desequilibrio de todas sus funciones, dando lugar al síndrome de abstinencia. Según parece, los cambios en la fluidez de las

⁸ Alcoholismo visión integral: Rafael Velasco Fernández, Editorial Trillas 1988

membranas a las que nos hemos referido, podrían alterar los receptores de membrana y de manera especial al complejo macromolecular comprendido alrededor del canal del cloro y en el que existen receptores para el GABA, para las benzodiazepinas y para los barbitúricos.

Efectos ansiolíticos del alcohol: la potenciación del GABA por el etanol a nivel del receptor GABA, es el principal mecanismo de sus efectos ansiolíticos. Otro importante mecanismo del etanol, en cuanto a sus efectos ansiolíticos, consistiría en su capacidad de reducir la recaptación de la adenosina cerebral. Dicha potenciación de los efectos de la adenosina actúa como un importante neurotransmisor inhibitorio en muchos circuitos del SNC de los mamíferos, inclusive en algunos responsables de la génesis de ansiedad.

Además los efectos del etanol en los sistemas serotoninérgicos resultan ser también un mecanismo ansiolítico.

Efectos anestésicos del alcohol: se llevan a cabo principalmente a través de una acción inhibitoria en los receptores NMDA del neurotransmisor con mayor poder excitador del cerebro de los mamíferos.

Los receptores NMDA facilitan a su vez la entrada del ión calcio en el interior de la neurona, actuando como segundo mensajero y modificando diversos aspectos del metabolismo neuronal.

Tales modificaciones parece que tiene lugar en neuronas del hipocampo y del cortex y parece que pueden construir correlatos neuroquímicos de la memoria, la inhibición de los receptores NMDA por el alcohol, podría ser la base de sus efectos amnésicos.

Efectos estimulantes del alcohol: suele considerarse al alcohol como una sustancia depresora del SNC, de suerte que cualquier efecto estimulante o euforizante, suele explicarse a través de su efecto liberador de las inhibiciones sociales. No obstante, el hecho que determinados individuos muestren una respuesta de

estimulación más acusada frente al alcohol y el hecho de que el efecto estimulante/euforizante asociado a la administración de alcohol sea más marcado durante la fase farmacocinética en la que los niveles de alcohol van aumentando, hace que debemos plantearnos también un cierto efecto estimulante de alcohol.

A nivel neuroquímico el efecto estimulante del alcohol se ha relacionado con incrementos en la liberación de dopamina en el área tegmental ventral y en el núcleo acumbens. Así pues, el efecto del etanol en este caso sería análogo a las alteraciones en la liberación y recaptación de dopamina que generan las sustancias estimulantes del SNC, tales como las anfetaminas o la cocaína y que se invoca también para la mayoría de sustancias capaces de generar dependencia. La causa de esta estimulación neuronal es incierta, si bien puede implicar una acción del etanol sobre la liberación de neuropéptidos opiáceos.

Así pues parece que el refuerzo positivo asociado a la liberación de dopamina en el núcleo acumbens que tiene lugar en el caso de las anfetaminas y la cocaína, podría ser también un factor importante para explicar las propiedades reforzantes del alcohol. ⁹

Etiología y Fisiopatología

La etiología del alcoholismo es muy compleja y dependen de diversos factores, también el origen de otras enfermedades, indiscutiblemente reconocidas como tales. La definición establece claramente que se trata de un padecimiento de carácter crónico, en 1974 la OMS publicó: la farmacodependencia es un estado psíquico y a veces también físico, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga. Se caracteriza por respuestas conductuales y de otro tipo que denota una compulsión a tomar la droga en forma continua o periódica, con la finalidad de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar que reduce el abstenerse de tomarla.

⁹ Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol: M. Sánchez Turet

Clínica del alcoholismo

Están en relación con la naturaleza toxicomanígena del alcohol:

- Dependencia psico-social
- Adicción fisiológica

1. Dependencia Psicosocial: dependencia que se puede definir como la conducta inevitable del sujeto de búsqueda de los efectos ansiolíticos, pseudos-euforizantes, etc., pasajeros. Las distintas opciones sobre la actitud de búsqueda en la conducta social determinan los tipos básicos de dependencia, con predominio de los aspectos psicológicos o sociales determinativos en las distintas culturas.
2. Adicción Fisiológica: El simple uso de esta droga legal altera la mente y sus efectos objetivos son la depresión de las funciones corticales. Actúa suave y solapadamente, ataca primero a los centros superiores y en concentraciones más altas llega a deprimir las funciones integradoras por estructuras nerviosas más antiguas.
3. Tolerancia: En los seres humanos la tolerancia al alcohol, se desarrolla en un periodo de 5-10 años, y los grandes bebedores sociales van incrementando las dosis sin marcados efectos fisiológicos aparentes.
4. Síndrome de Abstinencia: Aunque farmacológicamente es posible establecer una tolerancia para ciertos medicamentos sin síndrome de abstinencia, en el campo de las toxicomanías es más raro esta posibilidad.

DROGADICCIÓN

Definición

Según la OMS, se entiende por fármaco o droga toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este. Es un

concepto intencionadamente amplio, pues abarca no solo los medicamentos destinados sobre todo al tratamiento de enfermos sino también a otras sustancias activas desde el punto de vista farmacológico.

Se refiere a una sustancia que introducida en el cuerpo por cualquiera de los mecanismos de administración clásicos de los medicamentos (inhalación, ingestión, fricción, etc.) o nuevos (parenteral, endovenosa, etc.) tenga dicho producto utilidad terapéutica o no, sea capaz de producir una modificación en la conducta del sujeto, condicionada por los efectos inmediatos o persistentes, de tal naturaleza que existe una evidente renuencia al uso continuado del producto.

La drogadicción es una enfermedad biopsicosocial, caracterizada por el abuso y la dependencia de sustancias químicas. Produce graves problemas físicos, familiares, laborales y sociales. Cabe destacar que el interés público prevalece sobre las libertades individuales cuando estas afectan derechos e intereses de terceros.

Clasificación de las Drogas Problemática e Historia

Tipos de Clasificaciones: las drogas pueden clasificarse:

- 1 Atendiendo a su origen
- 2 Según su estructura química
- 3 Según su acción farmacológica (como actúa a nivel químico y metabólico; que cambios metabólicos produce y a que niveles)
- 4 Según las manifestaciones que su administración produce en la conducta (clasificaciones clínicas o psicopatológicas)
- 5 Según su consideración sociológica

Según tales factores, la OMS, elaboró la siguiente clasificación en el grupo 1 es el de sustancias más Peligrosas y el grupo 4 y último, el de sustancias menos Peligrosas:

OMS:

GRUPO 1: Opio y derivados: morfina, heroína, metadona, etc.

GRUPO 2: Barbitúricos y alcohol

GRUPO 3: coca, cocaína y anfetaminas y derivados

GRUPO 4: LSD, cannabis y derivados, mescalina, etc.

Drogas y contra cultura; Cannabis, Cocaína, Estimulantes, Alucinógenos, Opiáceos, problemática sanitaria y social

Prohibiciones versus contracultura

Ya es un lugar común decir que el alcohol y las restantes drogas siempre han acompañado al hombre. Desde buen principio, nunca han cesado de levantarse opiniones a favor o en contra de tales hábitos. A pesar de que Rosenwtigl, en la monografía “la enfermedad alcohólica”, llegue a la documentada conclusión de que en la antigüedad el abuso de alcohol era aceptado con normalidad, en la propia esencia del uso social de las drogas se hallan, por tanto, las contradicciones normativas y/o jurídicas a que encuentran permanentemente sometidas.

La problemática del sujeto alcohólico, inmerso en una situación de conflicto con una innegable beta dramática el “vicio” enfrentado a la rehabilitación, la cueva expendedora de bebida como espacio escénico contrapuesto a la benéfica asamblea de ex- alcohólicos rehabilitados.

Cannabis problemática Sanitaria y Social

A) Riesgo de la sustancia propiamente dicha.

Sería el abordaje de dicha sustancia desde el punto de vista pura y exclusivamente químico, es decir, si esta crea dependencia física y/o tolerancia y/o

dependencia psicológica.

B) Riesgo social

El riesgo social logado al uso de cannabis esta asociada con la ilegalidad de esta sustancia. En nuestra sociedad el consumidor adopta una actitud de búsqueda del producto y con ella entra en contacto con una comunidad distinta a la que el pertenece o no; existe un acercamiento hacia un subgrupo social que se mueve en unas coordenadas distintas a las de la sociedad convencional.

Estimulantes y deportes:

En el campo del deporte la incidencia de los estimulantes han llegado a ser tan grande, que no hace mucho un ciclista español afirmaba que todos sus compañeros en algún momento de su vida habían consumido estimulantes para poder afrontar las pruebas. Este hecho la mayoría de las veces es negado por los deportistas.

Los estudiantes que más usan estimulantes son los de medicina, normalmente el uso queda reducido a la época de exámenes y una vez esta ha pasado, los estudiantes dejan de tomar. Pero en algunos casos quieren repetir la experiencia euforizante, sentimientos de seguridad de si mismos, etc., que experimentan con las anfetaminas.

Opiáceos, aspectos psicosociales; costos sociales:

Individuales: son los que afectan el grado de integración social del toxicómano. En el caso del adicto, El adicto se verá obligado a la marginación, además, por que esta es la única situación ambiental y existencial que puede posibilitarle la prosecución del consumo y añadiríamos, por que esta es la situación en que pasará más desapercibido por los sujetos más próximos. Todo ello implica, incluso, un movimiento geográfico descendente hacia la “cloaca social”.

Familiares: algunos autores han sugerido que serían los desajustes familiares los desfavorecedores de hábitos tóxicos, y aun que estos, evidentemente, pueden representar un “factor de riesgo”, lo que parece cierto es que la conducta dependiente de tóxicos genera una patología en la familia. Ejemplo: Desajuste familiar, separación conyugal, disgregación de la familia, etc.

Colectivas: el adicto a opiáceos, por razones ya expuestas, precisa al menos parcialmente, de traficar para sustentar su dependencia, y ello implica hacer el proselitismo y por tanto el “contagio”. En este sentido los adictos a opiáceos representan un peligro social evidente.¹⁰

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

La familia como unidad social y estudio de atención

Resulta paradójico que el ser humano sea el punto más evolucionado de la escala biológica y el más desvalido e incapaz de subsistir por si mismo, para ello depende de su relación con otros seres humanos, de esta forma la familia constituye la institución social en la que se basa el desarrollo psicosocial que asegura la supervivencia del hombre como individuo y como especie.

Independientemente de su estructura, es dentro de la familia que el ser humano puede satisfacer sus necesidades básicas de subsistencia y desarrollo, así como de relación con el mundo circundante. Una relación conyugal satisfactoria determina que una familia sea sana y una relación conflictiva puede afectar las funciones de la familia y de sus miembros.

Como organización fundamental de la sociedad, la familia provee las oportunidades básicas de relación unión entre hombres y mujeres, en este sentido

¹⁰ Alcoholismo Visión Integral: Rafael Velasco Fernández

la familia es la unidad esencial de crecimiento y experiencia, de fracaso y realización, así como de salud y enfermedad.

Un enfoque Sistémico

La familia es el grupo en el que se experimentan los sentimientos más intensos, las más profundas satisfacciones y las más dolorosas frustraciones.

La capacidad de adaptación es esencial para la funcionalidad y el desarrollo de la familia como unidad y la de sus miembros, los valores fundamentales que entran en juego y hacen posible este proceso dinámico a que está sujeta la familia son: la razón, el amor, la solidaridad, el respeto, el interés y el conocimiento.

Factores familiares que intervienen en el abuso del alcohol

Steinglass en estudios realizados durante la época de los años treinta señalaba algunos factores familiares que podrían intervenir en la génesis del alcoholismo: la presencia de una madre dominante y un padre pasivo se relacionaban con el problema, otros señalaban la presencia de un padre dominante y abusivo como factor principal. En estas observaciones, sin embargo, no se tomaron en cuenta los patrones de interacción conductual ni su influencia en las relaciones familiares y el tratamiento de este tipo de problemas permaneció con una orientación individual.

Por otra parte la importancia de la estructura familiar de los pacientes alcohólicos propició que se desarrollara el concepto de una personalidad alcohólica. Es obvio que la relación entre el alcohólico y su familia no es unidireccional, si bien es cierto que la conducta del “enfermo” daña o afecta a la familia, también la familia afecta al paciente y el desarrollo de su problemática y puede hacerlo tanto en un sentido positivo de ayuda, como en uno negativo al interferir con el tratamiento.

La Terapia Familiar

Modelo de Evaluación Familiar

Es preciso definir claramente los problemas que identifica y presenta la familia, también es necesario que el observador detecte los problemas afectivos subyacentes; algunas familias hablan solamente de problemas afectivos o de relación, particularmente cuando hay intensos sentimientos de hostilidad y/o depresión en uno o varios miembros de la familia pero no se dan cuenta de algunos problemas instrumentales muy significativos.

Por ello el entrevistador debe analizar detalladamente una serie de características que le permitan darse cuenta de la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia:

- Patrones de identificación del problema: consiste en identificar el tipo de problema de la familia y los que puede reconocer el observado.
- Patrones de solución del problema: una vez identificado el problema, es importante reconocer lo que ha intentado hacer la familia, quién toma la iniciativa en cuanto a soluciones.
- Expresión de afecto: analizar la capacidad de los distintos miembros de la familia para expresar adecuadamente los sentimientos humanos de bienestar, alegría, felicidad.
- Participación emocional: es necesario determinar el grado de involucración general o de cohesividad que exhibe la familia, la cual puede variar desde la intervención excesiva entre todos, hasta la carencia total de participación.
- Comunicación: es necesario precisar los mensajes verbales y los no verbales mediante los cuales los miembros de la familia se relacionan entre sí.
- Roles
- Autonomía
- Modo de control: es el patrón habitual que la familia utiliza para manejar sus impulsos y mantener conductas o modelos adecuados respecto de lo bueno o lo malo, lo aceptable o lo no aceptable.
- Patrones de toma de decisiones: se refiere a quienes toman formalmente las decisiones y disponen pautas de conducta para toda la familia, lo cual permite

establecer jerarquías en el ejercicio formal de la autoridad para las decisiones internas trascendentes de la familia.

- Límites
- Significancia: es el grado de importancia y participación que tiene un miembro de la familia en los eventos importantes de la vida familiar. ¹¹

Planteamiento de necesidades y posibilidades de intervención

Dentro de las drogas más utilizadas en nuestra sociedad y en la mayoría sigue siendo el alcohol. En general el consumo excesivo de sustancias tóxicas ha sido asociado a una amplia variedad de problemas físicos, psicológicos y sociales que generan una gran demanda sanitaria.

En los países desarrollados, se estima que entre el 20 y 30% de las camas hospitalarias está ocupadas por pacientes con problemas de salud relacionadas con el alcohol o drogas. Otras fuentes estimativas señalan que el 10% de la población adulta tiene serios problemas de consumo de alcohol o es dependiente del alcohol.

Los primeros movimientos asociativos de autoayuda A.A, que realizan sus intervenciones en la comunidad y frecuentemente al margen de los profesionales, al tratamiento puramente farmacológico centrado en la desintoxicación y que trata de apalar los síntomas de abstinencia o los trastornos asociados al consumo de alcohol, las intervenciones psicológicas se han ido, poco a poco, generalizando en los contextos clínicos. Además la práctica clínica ha ido evolucionando, a la hora de intervenir, desde un nivel puramente diagnóstico y únicamente en determinados casos a intervenciones más generales que se han ido ampliando a todos los sujetos que demandan intervención.

Entorno Familiar del enfermo alcohólico

¹¹ Alcoholismo Visión Integral; Rafael Velasco Fernández

El equilibrio psíquico de una persona y su integración social dependen de buena medida de las condiciones objetivas de la vida en que se encuentra y el ambiente en que vive cada día. En situaciones normales, en las que el individuo obtiene gratificación y puede desarrollar sus actividades y sus relaciones interpersonales de modo satisfactorio, en la mayoría de los casos se da un equilibrio personal y un ajuste sociofamiliar correcto.

Las relaciones Familiares

La familia es, sin duda, una de las instituciones básicas, en ella se realizan una serie de funciones fundamentales para una adecuada integración social de la persona.

Las relaciones afectivas que se dan en la familia son muy importantes para el equilibrio emocional de sus miembros, así como son cónyuge, hijos, etc.

Por ello se observa que en las familias inestables o con un grado de conflictividad hay comportamientos derivados del alcohol en mayor producción que en los demás.

Las conductas relacionadas con el consumo de alcohol han llegado a representar un importante papel dentro del ambiente familiar. La forma general del desarrollo de la familia resulta deformando por la existencia de una vida alcohólica sobre el ciclo de vida habitual de dicha familia.

Es importante valorar la actitud familiar ante la conducta del bebedor, el papel que desempeña la intervención familiar en el problema y la convivencia que crea entre los miembros de la familia, ya que, a veces, puede alargar o dificultar el proceso de rehabilitación.

El paciente necesita una ayuda psicosocial para mantenerse en la abstinencia, aunque en algunas situaciones existan circunstancias adversas, por que:

- 1 Sus mismos familiares no comprenden el alcance de la dependencia. Creen que como ya se ha dejado de beber el problema ya está resuelto.
- 2 Creen que es un vicio
- 3 Los propios familiares son consumidores de alcohol, pero consideran que ellos saben beber, por lo que entonces la comprensión del problema del alcohol es entonces complicada.
- 4 Por otra parte, la recuperación del trabajador y su cualificación laboral es un proceso largo, en el que en muchas ocasiones el esfuerzo personal se debilita.

La Enfermedad Familiar

El Doctor Cloninger señala que existen dos tipos de alcoholismo: en uno de ellos la sola herencia determina la susceptibilidad a la enfermedad. Este tipo de alcoholismo puede llamarse "ambientalmente independiente". En el segundo tipo de alcoholismo, el llamado "ambientalmente limitado" es necesario que exista un antecedente familiar de alcoholismo, pero, además, requiere de una provocación ambiental para que se presente la enfermedad. Por lo general, este último es leve y no requiere de tratamiento; de hecho es más es un "problema ocasional con la bebida" que un alcoholismo verdadero.

El estudio de las esposas de los pacientes alcohólicos indica que estas utilizan una gran variedad de tácticas para enfrentarse al alcoholismo, estas son las siguientes:

- a) Abandono de la relación marital: En un estudio se encontró que de esta manera de afrontamiento del problema, el abandono de la relación marital, denotado por falta de relaciones sexuales y de comunicación, donde se evita al marido y se amenaza con la disolución del matrimonio, es lo que más provoca que el alcohólico beba continua y destructivamente.
- b) Protección del alcohólico. Le sirve la bebida, explican su comportamiento a sus patronos, inventan excusas y se aseguran de que coman.

- c) Ataque, los maltratan verbalmente, los dejan fuera de la casa y discuten con ellos acerca del divorcio.
- d) Defensa de los intereses familiares. Controlan el dinero, pagan las cuentas, alejan del alcohólico a los hijos y le dan a él pequeñas cantidades de dinero.
- e) Representaciones de papeles. Amenazan con suicidarse, se emborrachan con el esposo o provocan sus celos.

Vivir cerca de un problema de alcoholismo activo nos expone a graves riesgos psicológicos, emocionales y físicos, tanto si somos cónyuges como si somos padres, hijos o amigos de un alcohólico. Las acciones creencias actitudes y sentimientos de los alcohólicos pueden desquiciarnos sino colocamos esta enfermedad en una perspectiva adecuada. Las acusaciones que recibimos de una persona que está ebria pueden hacernos dudar de nosotros mismos y, con el tiempo, disminuir nuestra seguridad y autoestima. ¹²

Abordaje terapéutico

Acogida del paciente adicto y análisis de la demanda:

Con la finalidad de conseguir un marco adecuado en este primer encuentro entre paciente o familiares del mismo, y el centro especializado, se ha creado ese espacio de primer contacto en el que se persiguen varios objetivos, pero el prioritario y fundamental es el “acoger” dicha demanda, por lo que se denomina acogida, previa presentación del terapeuta, se requiere que del paciente o de sus familiares una ligera exposición de los motivos que genera su demanda asistencial y de los objetivos que persiguen.

La petición de tratamiento de un alcohólico / drogadicto, siempre debe generar dos preguntas del terapeuta: qué motivos generar la demanda y por que la petición se produce precisamente en este momento concreto de la biografía del sujeto que habitualmente lleva años padeciendo su enfermedad. Dichos aspectos

¹² El Alcoholismo como Enfermedad: John Wallace

los agrupamos como “circunstancias previas a la primera vista” en las que consideramos tres aspectos: el motivo de la consulta, los factores desencadenantes y la vía de llegada.

Deshabitación y reinserción social: los objetivos finales del tratamiento pueden resumirse en tres:

- 1 Aprender a vivir en abstinencia en una sociedad consumidora de bebidas alcohólicas, de forma que dicha abstinencia se convierta en un hábito cotidiano que se pueda mantener sin esfuerzos especiales.
- 2 Comprender la vinculación patológica establecida con el alcohol y adquirir, por tanto, conciencia de enfermedad.
- 3 Recuperar las responsabilidades perdidas en el ámbito familiar, laboral y social.

Tratamiento psicológico: empieza en la fase de deshabitación, terapias aversivas, técnicas de autocontrol, técnicas de prevención de recaídas, terapia familiar y/o de pareja, los grupos de autoayuda, la psicoterapia de grupo, psicoterapia individual.¹³

V . MATERIALES Y MÉTODOS

1. MATERIAL

Historia Clínica Psicológica

Es la que nos permite la recolección de datos referentes a un individuo, su familia,

¹³ Alcohol y Enfermedad: J. Rodes, A. Urbano Márquez, L. Bachi Bach

y su medio ambiente, incluyendo sus antecedentes médicos y cualquier otra información que pueda ser útil para analizar y diagnosticar su caso.

Es un registro escrito de antecedentes clínicos, síntomas, evolución y tratamiento de una enfermedad.

La historia clínica psicológica consta de:

- 1 Datos de Identificación: nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, número de hijos, instrucción, profesión, ocupación, fecha de ingreso.
- 2 Condiciones de Hospitalización: condiciones físicas y psíquicas del paciente al momento de la entrevista, asiste solo o acompañado, por su propia voluntad o involuntariamente
- 3 Motivo de consulta: razón por la que el paciente solicita asistencia psicológica, síntomas principales que le llevan a la consulta, tiempo de duración, etc.
- 4 Enfermedad Actual: aparición de síntomas, periodicidad, frecuencia e intensidad, causas y factores desencadenantes, duración, etc.
- 5 Historia Pasada de la Enfermedad: detalles de los síntomas, comienzo, evolución.
- 6 Psicoanamnesis Personal Normal y Patológica: prenatal, natal, infancia, pubertad, adolescencia y juventud, madurez.
- 7 Psicoanamnesis Familiar Normal y Patológica: organización familiar, número de miembros, edad de padres, allegados, relaciones con hermanos.
- 8 Historia Social: desenvolvimiento social, escolar, colegial, social, laboral o no amistades fácilmente, sociable, egoísta, tímido.
- 9 Historia Laboral: ocupaciones o posiciones que ha alcanzado, grado de satisfacción, progresos y fracasos en su trabajo.
- 10 Historia Psicosexual: orientación sexual que ha recibido, desenvolvimiento de sentimientos, actitud frente al matrimonio.
- 11 Examen de Funciones Psicológicas: conciencia, atención, sensopercepción,

memoria, afectividad, inteligencia, pensamiento, voluntad, instintos, hábitos, juicio y razonamiento.

- 12 Diagnostico Presuntivo
- 13 Exámenes Psicológicos
- 14 Diagnóstico Diferencial
- 15 Diagnóstico Definitivo
- 16 Pronostico
- 17 Recomendaciones

1. METODO

La Historia Clínica Psicológica, es un instrumento factible de utilizar, se aplicó de forma directa e individual, permitió establecer un diagnóstico de consumo de alcohol y/o consumo de drogas en la población investigada, el método de estudio que se aplicó fue del deductivo al inductivo, el analítico, sintético, descriptivo y cualitativo.

2. MATERIAL

Familiograma

Se define al familiograma como instrumento que permite valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual esta cursando la familia en un momento determinado.

El familiograma es un método para almacenar datos de la familia, los cuales dan la oportunidad de hacer una retro-información básica (nombres, fechas de nacimiento, muerte, matrimonio, entre otros) y así mismo información compleja (problemas familiares repetitivos, triangulaciones, herencia y otros).

El familiograma puede ser elaborado durante una consulta con toda la familia, individualmente o en varias consultas. Se puede tener información de diferentes integrantes de la familia. Debe permitir una rápida evaluación de los antecedentes

familiares y problemas de salud futura.

Es un instrumento que permite hacer un esquema de toda la familia y analizar la composición de todo el grupo familiar y las características de sus interacciones, al igual que registrar los problemas de salud más relevantes de cada uno de sus miembros, de una manera dinámica e integral, que permite ubicar con claridad la relación existente entre los problemas físicos y las realidades psicosociales propias de su ambiente familiar.

Diseño y ejecución del familiograma

El familiograma está compuesto por una serie de símbolos de significado práctico y de fácil ejecución en corto tiempo, que presentan los miembros del grupo familiar, las formas de unión, sus relaciones, y otros problemas específicos. Además incluye una serie de datos informativos sobre cada uno de los individuos que componen la familia.

En los programas de atención primaria, el familiograma es de gran utilidad práctica, en la medida que permite, a partir de un solo paciente que consulta, no solo conocer toda su problemática, sino de toda la familia a lo largo de tres generaciones, además de las características de sus interacciones. Esto facilita enormemente la elaboración y comprensión de los diagnósticos, entendiendo el transfundo psicosocial de su origen.

Cuando hay muchos hermanos las primeras generaciones se puede usar condensando en el interior, el número de hermanos del mismo sexo. En este caso en lugar de dibujar seis cuadros para representar a seis hermanos se dibuja un solo cuadrado con el número de 6 en su interior, lo mismo con las mujeres utilizando el círculo.

La información

A los lados de cada miembro se debe anotar: 1 el nombre, 2 edad o fecha de nacimiento, 3 escolaridad, 4 ocupación, 5 antecedentes.

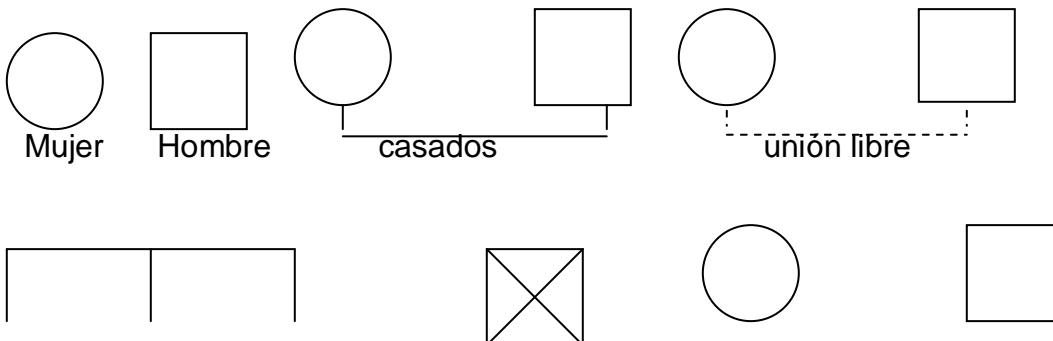
Los antecedentes que deben ser anotados son:

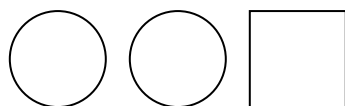
- 1 Antecedentes de enfermedades terminales
- 2 Enfermedades que pueden comprometer a la familia como grupo
- 3 Problemas relacionados con la reproducción
- 4 Problemas que alertan sobre disfunción familiar
- 5 Depresión y ansiedad
- 6 Fatiga crónica
- 7 Insomnio
- 8 Dificultad en el manejo de enfermedades crónicas
- 9 Problemas sexuales
- 10 Adicciones
- 11 En caso de muerte causa

Otros puntos que debe tener en cuenta el familiograma

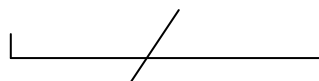
- 1 Quienes viven bajo un mismo techo, deben rodearse
- 2 Fechas de matrimonio, unión libre y divorcio
- 3 Miembro de la familia que nació primero debe ir a la izquierda y sus hermanos a la derecha.
- 4 Anotar la fecha que se elaboró el familiograma
- 5 El familiograma está sujeto a cambios a través del tiempo y por lo tanto debe ser dibujado a lápiz.

Simbología:





Hijos



muerte

separación

Relaciones:



Fuertes



Débiles



Conflictivas



Distantes



Unidos pero conflictivos ¹⁴

2 . METODO

El Familiograma fue ejecutado de forma directa e individual, luego de haber obtenido datos informativos relacionados con la psicoanamnesis familiar, los que señalan la existencia de violencia intrafamiliar y de relaciones conflictivas dentro de su psicodinamia, para el análisis de este instrumento se utilizo el método inductivo, deductivo, analítico, sintético, descriptivo y cualitativo.

3. MATERIAL

Cuestionario de CAGE

Herramienta tomada del Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica 3ª Edición, recopilación que se obtuvo de varios instrumentos de los autores: J. Bobes, M.P.G. Portilla, M.T. Bascarán, P.A. Sáiz, M. Bousoño, 2003.

Autor: J.A. Swing

Evalúa: Diagnóstico precoz de problemas relacionados con el alcohol

¹⁴ Recursos del enfoque familiar Pág. 5

Nº de Ítems: 4

Administración: Heteroaplicada

Descripción

- 1 El CAGE consta de 4 ítems, 3 de ellos exploran los aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo de alcohol y el último explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica.
- 2 Los 4 ítems son respuestas si/no
- 3 Es un cuestionario heteroaplicado.

Corrección e Interpretación

- 1 Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los 4 ítems.
- 2 En cada ítem, la respuesta afirmativa vale 1 punto y la negativa 0
- 3 Puntos de corte: 0: no hay problemas relacionados con el alcohol; 1: indicios de problemas relacionados con el alcohol; 2-4: Dependencia alcohólica.

Cuestionario CAGE

	SI	NO
1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?		
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?		
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una		

resaca?		
---------	--	--

3. METODO

El cuestionario de CAGE fue utilizado para realizar un diagnóstico precoz de problemas relacionados con el consumo de alcohol, el cual fue aplicado de forma individual, cuyas preguntas estuvieron dadas en respuestas de si o no, en donde se analiza datos cualitativos y cuantitativos, el método utilizado fue el deductivo y el descriptivo.

4. MATERIAL

Munchner Alkoholismus Test (MALT)

Herramienta tomada del Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica 3ª Edición, recopilación que se obtuvo de varios instrumentos de los autores: J. Bobes, M.P.G. Portilla, M.T. Bascarán, P.A. Sáiz, M. Bousoño, 2003.

Autores: W. Feurlein, C. Ringer, K.A Kufner

Evalúa: Diagnóstico de la dependencia alcohólica

Nº de ítems: MALT-O: 7; MALT-S: 27.

Administración: MALT-O: Heteroaplicada; MALT-S Autoaplicada o Heteroaplicada

Descripción

1. El MALT está formado de dos partes:
 - MALT-O: (objetivo) constituido por 7 ítems indicadores orgánicos de la dependencia alcohólica
 - MALT-S: (subjetivo) formado por 27 sobre la percepción subjetiva del paciente sobre sus problemas con el alcohol (dependencia psicológica)

2. Los 4 ítems son respuestas si/no
3. Es un cuestionario heteroaplicado; autoaplicada.

Corrección e Interpretación

1. Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los 32 ítems.
2. En el MALT-O, la respuesta afirmativa vale 4 punto y la negativa 0; en el MALT-S: las respuestas afirmativas valen 1 punto y la negativa 0.
3. Puntos de corte: 0-5: no hay problemas relacionados con el alcohol; 6-10: sospecha de alcoholismo; mayor de 11: Alcoholismo.

Müncher Alkoholismustes Test (MALT)

Cuestionario MALT-O	SI	NO
1. Enfermedad hepática (mínimo 1 síntoma clínico, p. ej., hepatomegalia, dolor a la presión, etc., y al menos 1 valor de laboratorio patológico, p. ej., GOT, GPT, GGT). (Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descartar hepatitis viral, hepatomegalia de hepatopatía congestiva, etc.)		
2. Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p. ej., diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)		
3. Delírium trémens (actual o en la anamnesis)		
4. Consumo de alcohol superior a los 150 ml (en la mujer 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses		
5. Consumo de alcohol superior a los 300 ml (en la mujer 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes		
6. Aliento alcohólico (en el momento de la exploración)		

7. Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico, asistente social o instituciones pertinentes)		
Questionario MALT-S		
1. En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos		
2. A temporadas, sobre todo por las mañanas, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar		
3. Alguna vez, he intentado calmar la resaca, el temblor o la náusea matutina con alcohol		
4. Actualmente, me siento amargado por mis problemas y dificultades		
5. No es raro que beba alcohol antes del desayuno o del almuerzo		
6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo		
7. A menudo pienso en el alcohol		
8. A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo ha prohibido		
9. En las temporadas en que bebo más, como menos		
10. En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera		
11. Últimamente, prefiero beber alcohol a solas (y sin que me vean)		
12. Bebo de un trago y más deprisa que los demás		

13. Desde que bebo más, soy menos activo		
14. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido		
15. He ensayado un sistema para beber (p. ej., no beber antes de determinadas horas)		
16. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol		
17. Sin alcohol no tendría yo tantos problemas		
18. Cuando estoy excitado bebo alcohol para calmarme		
19. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida		
20. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no		
21. Otras personas no pueden comprender por qué bebo		
22. Si yo no bebiera me llevaría mejor con mi esposa/o (o pareja)		
23. Ya he probado a pasar temporadas sin alcohol		
24. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo		
25. Repetidamente me han mencionado mi «aliento alcohólico»		
26. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo		
27. A veces, al despertar, después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera		

4. METODO

El test de MALT evaluador de dependencia alcohólica, se lo realizo de modo individual en cada uno de los internos, este test constó de un total de 34 preguntas cuyas respuestas fueron si o no, el método utilizado fue el cualitativo y cuantitativo, y del deductivo al descriptivo.

5. MATERIAL

Escala de Abstinencia de Opiáceos (OWS)

Herramienta tomada del Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica 3ª Edición, recopilación que se obtuvo de varios instrumentos de los autores: J. Bobes, M.P.G. Portilla, M.T. Bascarán, P.A. Sáiz, M. Bousoño, 2003.

Autores: B.P Bradley, M. Gossop, G.T Phillips, J.T. Legarda

Evalúa: Gravedad del síndrome de abstinencia a opiáceos.

Nº de ítems: 32

Administración: Heteroaplicada

Descripción

1. La SOWS es un instrumento diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología de la abstinencia de opiáceos.
2. Se trata de una entrevista semiestructurada de 32 ítems, en los que se evalúa diferentes signos y síntomas relacionados con la abstinencia de opiáceos.
3. Cada signo/síntoma se evalúa mediante una escala de intensidad de 4 puntos (ausente 0, leve 1, moderado 2, grave 3)
4. Es un cuestionario heteroaplicado.
5. No existe validación española del instrumento

Corrección e Interpretación

1. Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 32 signos y síntomas explorados.
2. En cada signo y síntoma evaluado las puntuaciones oscilan entre 0

(ausente) y 3 (grave), por lo tanto el rango de puntuación oscila entre 0 y 96.

- No existen puntos de corte establecidos: a mayor puntuación mayor gravedad del síndrome de abstinencia.

Escala de Abstinencia de Opiáceos (Opiate Withdrawal Scale, OWS)

Síntomas/signos	Ausente	Leve	Moderado	Severo
Se siente enfermo	0	1	2	3
Vómitos	0	1	2	3
Diarrea	0	1	2	3
Falta de apetito	0	1	2	3
Boca seca	0	1	2	3
Retortijones gástricos	0	1	2	3
Inquietud	0	1	2	3
Fotosensibilidad	0	1	2	3
Cefalea	0	1	2	3
Adormecimiento	0	1	2	3
Aturdimiento o vértigos	0	1	2	3
Lipotimias o mareos	0	1	2	3
Rigidez de brazos o piernas	0	1	2	3
Sacudidas (contracciones) espontáneas de músculos	0	1	2	3
Temblores de manos	0	1	2	3
Sentimiento de frío	0	1	2	3
Sentimiento de irrealidad	0	1	2	3
Piel de gallina	0	1	2	3
Flases de frío y calor	0	1	2	3
Sudoración incrementada	0	1	2	3

Nariz congestionada	0	1	2	3
Alteraciones al inicio de la micción	0	1	2	3
Aumento de la diuresis	0	1	2	3
Latidos cardíacos audibles	0	1	2	3
Fatiga o cansancio	0	1	2	3
Tensión muscular	0	1	2	3
Dolores	0	1	2	3
Debilidad	0	1	2	3
Bostezos	0	1	2	3
Estornudos	0	1	2	3
Ojos llorosos	0	1	2	3
Insomnio	0	1	2	3
Puntuación total	(32 síntomas/signos)			

5. METODO

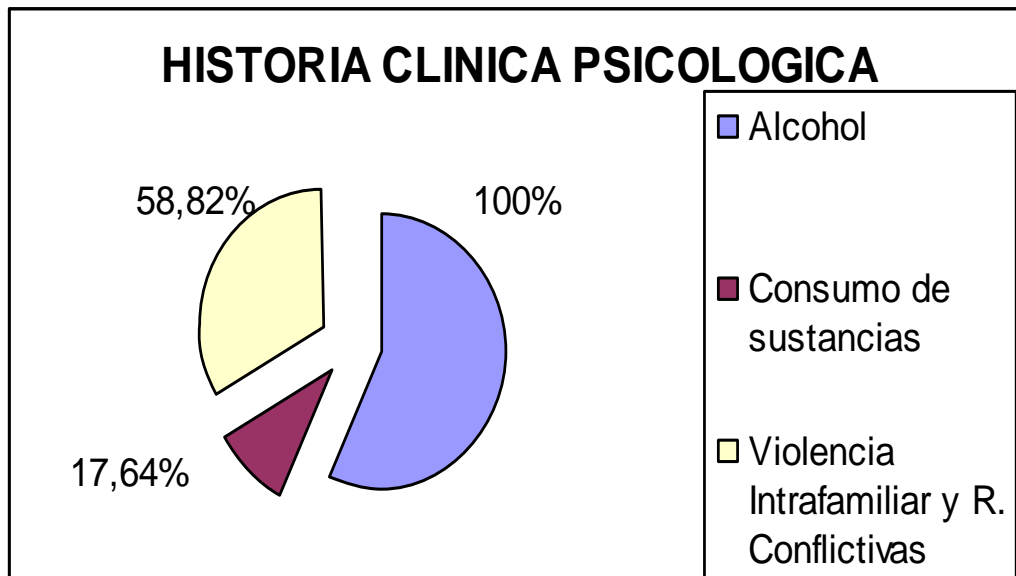
Este test permitió conocer la abstinencia al consumo de opiáceos dentro de este test se señalan signos y síntomas presentes como causa de un estado de abstinencia al consumo, sintomatología que es valorada mediante la observación y relato que refiere el interno del Centro Posada Solidaria, este instrumento fue aplicado individualmente; dentro de los métodos utilizados fue el cualitativo, cuantitativo, deductivo y descriptivo.

VI. RESULTADOS

1. Historia Clínica Psicológica

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA		
	Frecuencia	Porcentaje

Alcohol	17	100
Consumo de sustancias	3	17.64
Violencia Intrafamiliar y R. Conflictivas	10	58.82



Fuente: datos obtenidos de los internos del CRTPSM, marzo – abril de 2010.

Elaborado: Karina Flores

Análisis Cuantitativo

Según datos obtenidos en el proceso investigativo mediante la aplicación de la Historia Clínica Psicológica, el 100% de los internos entrevistados presentan problemas relacionados con el consumo de alcohol etílico; 17.64% presentan consumo de sustancias psicoactivas y el 58.82% manifestaron haber provenído de un ambiente en donde existe violencia intrafamiliar.

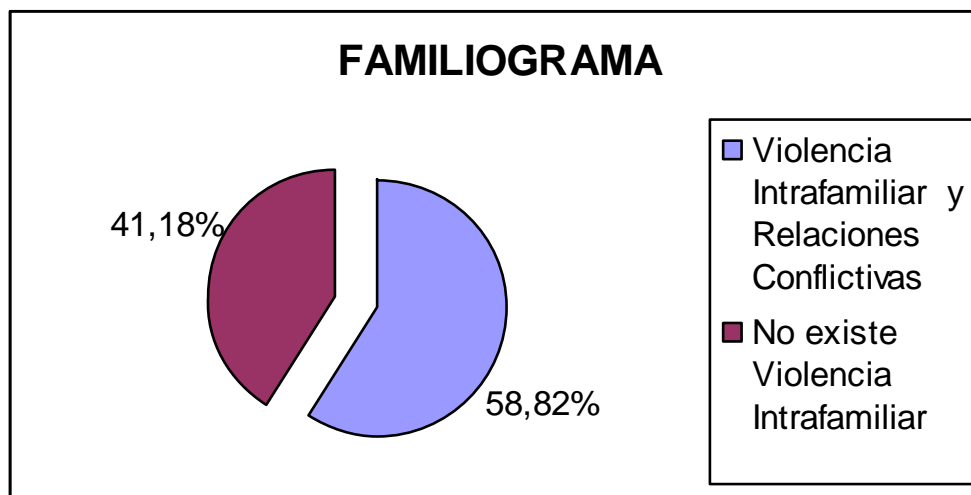
Análisis Cualitativo

Se observa que la sustancia consumida con mayor frecuencia en los internos entrevistados es el alcohol y en menor grado el consumo de drogas, demostrando que estas sustancias psicoactivas afectan grandemente el desarrollo personal y social, conllevando a que dentro del núcleo familiar se mantengan situaciones

conflictivas o de violencia intrafamiliar.

2. Familiograma

FAMILIOGRAMA		
ESTRUCTURA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Violencia Intrafamiliar y Relaciones Conflictivas	10	58.82
No existe Violencia Intrafamiliar	7	41.18
TOTAL	17	100%



Fuente: datos obtenidos de los internos del CRTPSM, marzo – abril de 2010.

Elaborado: Karina Flores

Análisis Cuantitativo

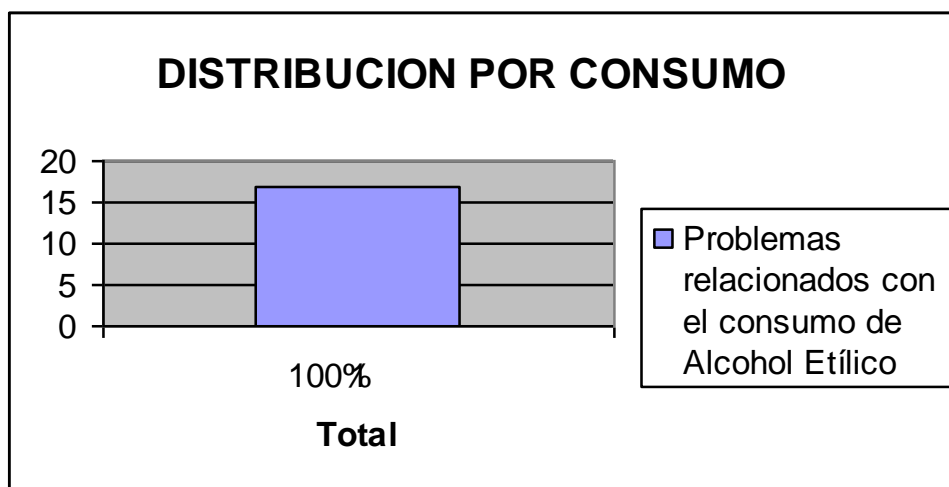
De un total de internos atendidos en el Centro Terapéutico Posada Solidaria Municipal equivalente al 100% se puede determinar que los que presentan violencia intrafamiliar y Relaciones Conflictivas se ubican en un total de 58.82%, mientras que los que presentan relaciones familiares funcionales abarcan un 41.18%.

Análisis Cualitativo

El mayor porcentaje de entrevistados manifestó que dentro de su estructura familiar se han producido situaciones conflictivas o violentas, marcando la estructura familiar disfuncional como problema latente en su desarrollo psicodinámico familiar y general.

3. Cuestionario de CAGE

DISTRIBUCIÓN POR CONSUMO		
DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Problemas relacionados con el consumo de Alcohol Etílico	17	100
TOTAL:	17	100%



Fuente: datos obtenidos de los internos del CRTPSM, marzo – abril de 2010.

Elaborado: Karina Flores

Análisis Cuantitativo

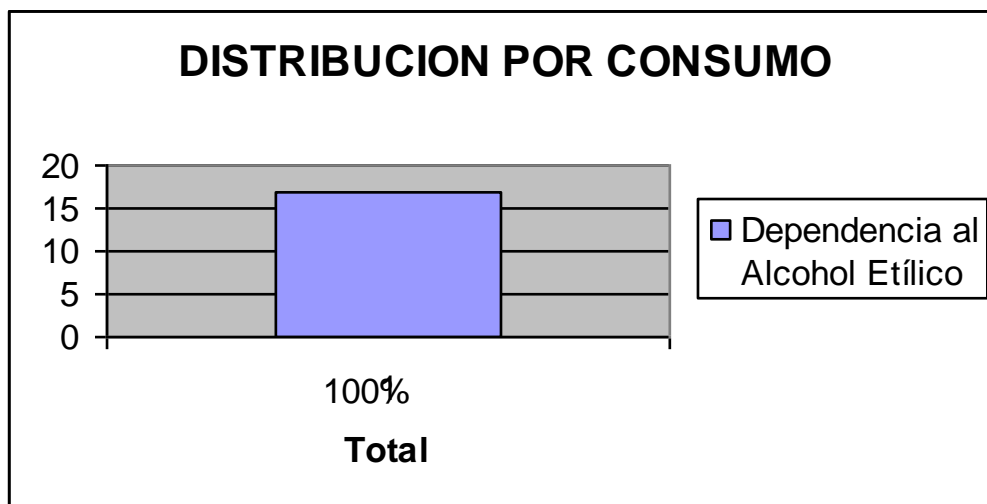
Al utilizar el Test de CAGE se pudo realizar un diagnostico temprano relacionado al consumo de alcohol, dentro de los resultados obtenidos se señala que el total de los internos entrevistados o sea 100% de ellos presentan problemas relacionados con el consumo de alcohol etílico.

Análisis Cualitativo

Mediante el empleo de este test se pudo comprobar que la sustancia con mayor frecuencia de consumo dentro de los entrevistados es el alcohol etílico, sustancia que se ha convertido en una de las más frecuentes dentro de la sociedad y con mayor factibilidad para su obtención.

4. Munchner Alkoholismus Test (MALT)

DISTRIBUCIÓN POR CONSUMO		
DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dependencia al Alcohol Etílico	17	100
TOTAL:	17	100%



Fuente: datos obtenidos de los internos del CRTPSM, marzo – abril de 2010.

Elaborado: Karina Flores

Análisis Cuantitativo

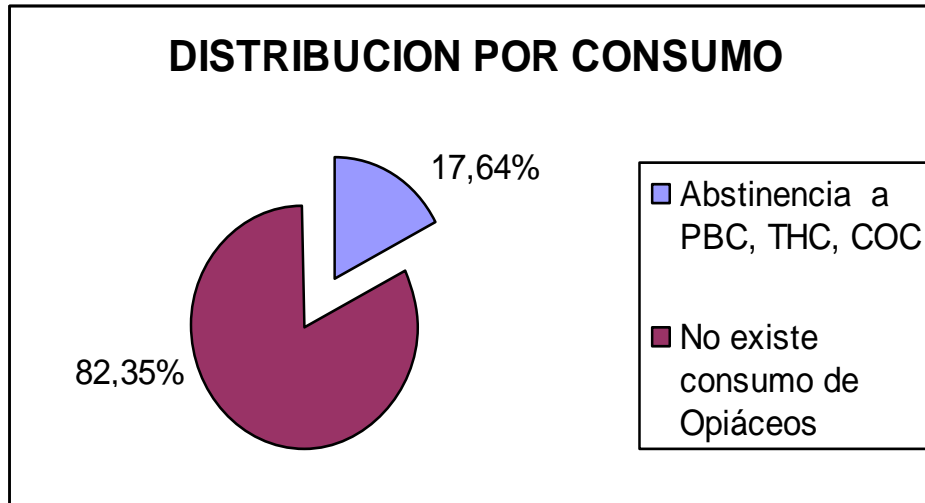
En los internos del Centro Posada Solidaria y de acuerdo al test de MALT se estableció que 100% de los entrevistados presentaron dentro de los resultados obtenidos dependencia alcohólica.

Análisis Cualitativo

Este cuestionario permitió corroborar al alcohol como sustancia con mayor nivel y frecuencia de consumo dentro de la sociedad y que ha llegado a perturbar grandemente el desarrollo personal y familiar.

5. Escala de Abstinencia de Opiáceos (OWS)

DISTRIBUCIÓN POR CONSUMO		
DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Abstinencia a PBC, THC, COC	3	17.64
No existe consumo de Opiáceos	14	82.35
TOTAL:	17	100%



Fuente: datos obtenidos de los internos del CRTPSM, marzo – abril de 2010.

Elaborado: Karina Flores

Análisis Cuantitativo

Los resultados obtenidos del test de Escala de abstinencia a opiáceos señalo que de los internos entrevistados el 17.64% presentaron abstinencia a opiáceos debido al consumo de drogas, mientras que el 41.17% no presentaron abstinencia ni consumo de drogas.

Análisis Cualitativo

Dentro de los riesgo que conlleva a la persona a pasar por acontecimientos desagradables y que limitan el normal funcionamiento físico, emocional e interpersonal ha sido el consumo de sustancias psicoactivas señalando a la droga como la sustancia que sobrelleva a un mayor daño a la persona y que ha llevado a la aparición de violencia y de relaciones conflictivas en el hogar.

VII. DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación ayuda a conocer una de las problemáticas más importantes que involucra el buen funcionamiento del ser humano tanto en el ámbito personal, familiar y social, como es la generación de violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicoactivas, por lo que en este trabajo se toma como imprescindible fomentar la necesidad e importancia de contar con una buena organización familiar que permita a sus integrantes un correcto desarrollo.

A continuación se presentan trabajos investigativos que corroboran y que mantiene relación con la temática investigada:

- En Bolivia dentro de los estudios relacionados a violencia intrafamiliar y consumo de sustancias, la Lic. Tatiana Salinas de Vacaflores jefa del departamento de Prevención Integral COPRE – Cochabamba, concluye en su investigación que el consumo de sustancias psicoactivas en este país mantiene relación con la violencia intrafamiliar, constituyendo al consumo en un factor desencadenante de la misma.

En su trabajo termina con lo siguiente:

- Que el uso indebido de alcohol y drogas provoca conflictos personales y sociales entre los miembros de la familia y en muchos casos la desestructuración de esta.
- Las familias disfuncionales con un modelo de organización vertical son más vulnerables al uso indebido de drogas y a la violencia intrafamiliar que las familias funcionales con modelo de organización horizontal.
- Las tradiciones culturales relacionadas con el abuso de alcohol, hacen que la violencia intrafamiliar sea considerada, principalmente en el área rural, como algo “natural y cotidiano” sin advertir las consecuencias negativas que provoca al interior de la familia y en las relaciones de sus integrantes con el mundo externo.¹⁵

¹⁵ www.violenciaintrafamiliarconsumodrogas.org.bo

- El trabajo de violencia intrafamiliar y consumo de sustancias realizado por la Lic. en Psicología Nuria Batista de la Universidad Vladimir I Lenin, las Tunas, Cuba, busca diagnosticar la dinámica de las familias donde ocurren manifestaciones de violencia, determinar los aspectos psicológicos que contribuyen a la permanencia de este fenómeno en las familias e identificar la incidencia de la comunidad en la prevención de la violencia intrafamiliar, como también de las causas de la violencia familiar en las que se incluye patrones de consumo de sustancias tóxicas.¹⁶
- En la tesis del Sr. Mildred Vianchá, estudiante de Maestría de la Universidad Católica de Colombia en su trabajo sobre experiencias de malos tratos y uso de sustancias psicoactivas, señala que en las relaciones familiares, se evidencian actitudes y comportamientos de desconfianza, hipervigilancia, comportamientos agresivos, infantiles, melancólicos, que generan catarsis y se convierten en válvulas de escape que llevan al uso de sustancias psicoactivas cuando el sufrimiento de las víctimas no se ha verbalizado.¹⁷
- Una investigación sobre Salud Mental y Sustancias, realizada en Madrid – España, por el médico Psiquiatra Iñaki Marquez, señala que tras recolectar datos y analizada la información obtenida de su trabajo, se ofrece un perfil demográfico y psicopatológico de las personas agresoras en el ámbito doméstico, pudiendo observarse algunos resultados que vinculan a la violencia familiar con el consumo de sustancias y a los trastornos en la salud mental.¹⁸

VIII. CONCLUSIONES

¹⁶ [www.revistaelectronicacientifica.com/analisisde violencia intrafamiliar desde un enfoque psic./](http://www.revistaelectronicacientifica.com/analisisde%20violencia%20intrafamiliar%20desde%20un%20enfoque%20psic./)

¹⁷ [www.google.com/malostratosyconsumode sustancias/](http://www.google.com/malostratosyconsumode%20sustancias/)

¹⁸ [www. scielo.isciii.es/revista de la asociación española de neuropsiquiatria/](http://www.scielo.isciii.es/revista%20de%20la%20asociaci%C3%B3n%20espa%C3%B1ola%20de%20neuropsiquiatria/)

1. De los casos atendidos en el Centro de Rehabilitación Terapéutico Posada Solidaria Municipal mediante la aplicación de la investigación científica psicológica y a través de la utilización del familiograma se logró identificar y determinar la relación existente entre la violencia intrafamiliar y el inicio de consumo de sustancias psicoactivas, en donde el 58.82% de los internos entrevistados, admitieron que dentro de su psicodinamia familiar existe relaciones conflictivas o violentas.
2. Al elaborar la Historia Clínica Psicológica se identificó la existencia de consumo de alcohol en el 100%; consumo de drogas en el 17.64% y violencia intrafamiliar en el 58.82% de los internos investigados, lo que ha demostrado que el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los problemas cuyos causales provienen de la interrelación de un ambiente familiar conflictivo con agentes ambientales y sociales.
3. El test de CAGE permitió hacer un diagnóstico rápido y general de la existencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol evidente en un 100%, en los internos del Centro Posada Solidaria, sustancia que ha llegado a convertirse en una de las más frecuentes, con mayor predisposición y factibilidad para el consumo.
4. Para corroborar datos relacionados con el consumo de alcohol se utilizó el test de MALT, el que permitió establecer un diagnóstico de dependencia alcohólica en el 100% de los investigados.
5. La Escala Breve de Abstinencia a Opiáceos ayudo a establecer que la abstinencia a drogas corresponde al 17.64% de la población encuestada, determinando así que el consumo de drogas, aunque se muestra en menor frecuencia de consumo, sus efectos siguen siendo mayores en la provocación de alteraciones en el comportamiento y en las emociones del

ser humano.

6. La sociedad actual se ha visto afectada por un sinnúmero de factores que ha llevado al ser humano hacia situaciones perjudiciales y de gran vulnerabilidad, la violencia intrafamiliar y las relaciones conflictivas dentro del hogar por ejemplo, se han convertido en factores causantes o generadores de mayor significancia en las personas para el inicio de consumo de sustancias psicoactivas; razón por la que he creído conveniente y necesario tener un plan de intervención familiar que permita favorecer una apropiada resolución de conflictos dentro de la familia, como también, propiciar la recuperación en el aspecto integral del interno del centro Posada Solidaria.

IX. PLAN DE INTERVENCIÓN

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PREGRADO
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

***PLAN DE INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA EL CENTRO DE
REHABILITACIÓN TERAPEÚTICO “POSADA SOLIDARIA” MUNICIPAL
DE LA CIUDAD DE LOJA.***

Introducción

La salud, en su dimensión de bienestar, obedece a las condiciones de desarrollo psicológico, biológico, social, económico y político; dentro de esta concepción, la noción de bienestar no solo alude a la ausencia de enfermedad, sino a calidad de vida. Por ende la integridad de la salud es un concepto que abarca armonía;

equilibrio en lo social, lo biológico, lo psicológico; y es aplicable a los individuos, las familias y la comunidad.

Uno de los problemas actuales de considerable importancia para la sociedad que han creado condiciones que afectan negativamente la calidad de vida de la población es la violencia intrafamiliar, que ha generado condiciones de estrés crónico que afecta de una u otra forma al conjunto de la sociedad.

La violencia intrafamiliar en interrelación con otros componentes, determinan la generación de circunstancias o factores de riesgo que pueden provocar anomalías en los seres humanos, como el consumo de sustancias psicoactivas, y en su conjunto dichos sistemas son los responsables de la génesis del estado de salud integral alcanzado por las personas.

Razón por la que se plantea este Plan de Intervención Familiar que surge a partir de conocer y analizar resultados obtenidos de los internos del Centro de Rehabilitación Terapéutico Posada Solidaria Municipal, que contiene pautas de tratamiento para lograr un proceso terapéutico apropiado que permita mejorar la salud de los afectados, de sus familias y a si reducir los costos para la sociedad.

Antecedentes y Precursores

Los conceptos que hacen referencia al modelo familiar sistémico están basados en la Pragmática de la Comunicación y en la Teoría General de Sistemas.

La persona se encuentra insertada en un "sistema" siendo los miembros de ese sistema interdependientes. Por tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema. El síntoma tiene valor de conducta comunicativo; el síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente; el síntoma cumple la función de mantener en equilibrio el sistema. La terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas.

En los anteriores modelos de salud mental, la unidad de diagnóstico y tratamiento es el individuo, en el modelo interaccional o sistémico, dicha unidad es el sistema (díada, tríada o más personas)

Dos autores, Sullivan y Fromm-Reichmann, ambos pertenecientes al enfoque psicoanalítico. El primero considera como fuente patogénica los efectos nocivos de los padres; para él, las orientaciones contradictorias y confusas de los padres sobre la conducta no solo producen ansiedad, sino que tienen también el efecto de inmovilización del niño. Por otro lado Fromm-Reichmann desarrolla el concepto de madre "esquizofrenógena"; considera que la psicopatología de la madre tiene carácter inductor de la psicopatología del hijo.

La idea de intentar tratar a una familia aparece en América en 1950. Algunos terapeutas, sin conocerse entre ellos, comienzan a tratar familias completas. 1951 marca un momento histórico particularmente importante en el desarrollo de la terapia familiar. En un encuentro que tuvo en Londres, y que fue muy comentado, el Dr. SUTHERLAND y el Dr. BELL discutieron el trabajo del Dr. BOWLBY y las posibilidades de mantener sesiones con familias enteras, juntas. En realidad, lo que ocurrió fue que Bell entendió correctamente la técnica usada por Bowlby - quien en aquel momento no trataba grupos familiares enteros - pero de ese malentendido surgieron los primeros trabajos experimentales que Bell realizó con terapia de grupo familiar, lo que a su vez influyó en otros clínicos a desarrollar esta práctica.

Algunos terapeutas notaban que cuando sus pacientes cambiaban en la terapia individual, esto tenía consecuencias dentro de la familia: algún otro desarrollaba síntomas, o la familia empezaba a apartarse. El cambio rápido de un síntoma severo en un paciente producía inestabilidad en el matrimonio y la familia.

Por estas fechas estaba claro que la terapia familiar era un concepto diferente de cambio más que un método adicional de tratamiento: para cambiar a un individuo se requiere una manera de pensar, y para cambiar la interacción entre los miembros de una familia, se requiere otra. Se trataba de cambiar el medio relacionar en que vive la persona, no sacarla de este medio e intentar cambiarla a

ella.

Así pues, la Terapia Familiar trata de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación.

Un síntoma de cualquier miembro de la familia en un momento determinado se ve como expresión de un sistema familiar disfuncionante. Para comprender el síntoma se debe comprender no solo al portador del síntoma, sino también a la familia y al sistema familiar, ya que el síntoma cumple la función de mantener el equilibrio del sistema familiar. Se podría establecer una regla empírica: Cuando el "por qué" de un fragmento de conducta permanece oscuro, la pregunta "para qué" puede proporcionar una respuesta válida.

Generalidades

La aplicación de terapia sistémica familiar involucra una descripción teórica sobre algunos conceptos y definiciones que interviene en la misma.

La familia y los subsistemas

La familia es definida como un sistema, una unidad de índole social, que se caracteriza por ser abierta, dinámica y en constante transformación. Mantiene interrelaciones con lo extrafamiliar y posee una estructura y capacidad para autodesarrollarse. El cumplimiento de una serie de tareas de desarrollo varía con la evolución de la familia y de sus necesidades. En el contacto familiar surgen pautas transaccionales que tienden a complementarse para regular la vida de la familia y de sus miembros.

La formación organizativa de la familia se da en subsistemas, como subestructuras que diferencian al sistema familiar y a través de los cuales sus miembros desempeñan diferentes funciones.

Cada subsistema cuenta con fronteras determinadas por las respectivas reglas de funcionamiento de cada una de ellas y que se las denomina límites o demarcaciones. Algunos de los problemas familiares se derivan precisamente de la falta de delimitación entre los subsistemas que crea interferencia entre los miembros.

La estructura de la familia está determinada por el arreglo, composición o ajuste que rige su comportamiento y obedece a una repetición de transacciones de interacción a través de la historia familiar. Aunque la estructura no es visible, es decir es abstracta, esta se manifiesta por los comportamientos y los patrones de interacción.

La resonancia constituye el grado de sensibilidad que se da entre los miembros familiares en base a sus reacciones emocionales, marcando un acercamiento o alejamiento en sus contactos. Pueden establecerse aglutinamientos, cuyos límites se diluyen, tornándose difusa la diferenciación entre los miembros. En otras oportunidades los límites son rígidos, tornándose difícil la comunicación entre los miembros.

El paciente identificado hace referencia al individuo que denota los sistemas específicos por los que la familia acude a la consulta. Los síntomas que expresa el sujeto sirven para mantener el balance, no solo del individuo aisladamente, sino de la estructura familiar.

Finalmente entre las familias, existe un proceso y un contenido, el primero referente a las transacciones, pautas de interrelación y comunicaciones que se dan entre los integrantes de la familia, el segundo hace relación a los datos específicos en un momento determinado o a una transacción especial.

Definición y clases de sistemas

Es un método: que nos permite unir y organizar los conocimientos con la intención de una mayor eficacia de acción.

Engloba la totalidad de los elementos del sistema estudiado así como las interacciones que existen entre los elementos y la interdependencia entre ambos.

El mecanicismo veía el mundo seccionado en partes cada vez más pequeñas, la teoría de los sistemas veía la realidad como estructuras cada vez más grandes.

Esta teoría aplicada a la psiquiatría, venía a integrar los enfoques biológicos, dinámicos y sociales, e intentaba, desde una perspectiva global, dar un nuevo enfoque al diagnóstico, a la psicopatología y a la terapéutica.

HALL y FAGEN han definido el "sistema" como: conjunto de objetos, junto con las relaciones entre los objetos y entre sus propiedades. Las partes componentes del sistema son los objetos, cuyas interrelaciones lo cohesionan.

SISTEMA: es un conjunto de elementos en interacción dinámica en función de una finalidad de que se compone un sistema.

A) ASPECTO ESTRUCTURAL:

- a) Un límite
- b) Unos elementos
- c) Unos depósitos de reservas
- d) Una red de comunicaciones e informaciones

B) ASPECTO FUNCIONAL:

- a) Flujos de energía, información
- b) Compuertas, válvulas que controlan el rendimiento, caudal, etc.
- c) Tiempos de duración de las reservas "Stokages"
- d) Bucles de Información, de retroacción

La Teoría General de Sistemas distingue:

- a) el "SISTEMA"
- b) el "SUPRASISTEMA" (medio del sistema) (Familia extensa, amigos, vecinos)
- c) los "SUBSISTEMAS" (componentes del sistema)

El objetivo de la teoría es la descripción y exploración de la relación entre los sistemas dentro de esta jerarquía.

Hay que distinguir "sistema" de "agregado". Ambos son conjuntos, es decir, entidades que se constituyen por la concurrencia de más de un elemento; la diferencia entre ambos consiste en que el sistema muestra una organización de la que carecen los agregados. Así pues, un sistema es un conjunto de partes interrelacionadas.

Los sistemas pueden ser:

SISTEMA ABIERTO: Relación permanente con su medio ambiente. Intercambia energía, materia, información. Interacción constante entre el sistema y el medio ambiente.

SISTEMA CERRADO: Hay muy poco intercambio de energía, de materia, de información, etc, con el medio ambiente. Utiliza su reserva de energía potencial interna.

Los sistemas vivos son SISTEMAS ABIERTOS pues intercambian con su entorno energía e información. Ejemplos de éstos serían: una célula, una planta, un insecto, el hombre, un grupo social. La familia, por tanto, la consideraremos un Sistema Abierto.

Los sistemas abiertos tienden hacia una evolución constante y un orden estructural, en contraposición a los cerrados en los que se da una tendencia a la indiferenciación de sus elementos y al desorden, hasta alcanzar una distribución uniforme de la energía.

1. ESTRUCTURA FAMILIAR

ALIANZAS Y COALICIONES

Por "alianza" se entiende la unión y el apoyo mutuo que se dan, entre sí, dos personas. La alianza supone compartir intereses sin estar dirigida contra nadie.

La "coalición", en cambio, es la unión de dos miembros contra un tercero. Es un acuerdo de alianzas establecido para mutuo beneficio de los aliados frente a un tercero. La coalición divide a la tríada en dos compañeros y un oponente

SUBSISTEMAS Y CLASES DE LIMITES

- Subsistemas: Conyugal, Parental, Filial, Fraternal
- Límites: Rígido, Difuso, Claro

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas". Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido-mujer, madre-hijo o hermano-hermana, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Así, por ejemplo, el "subsistema conyugal" (matrimonio), se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. La pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apuntala la acción del otro en muchas áreas. Deberán ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.

El "subsistema parental" (padres), se constituye al nacer el primer hijo. El

funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental. Ello se convierte en un laboratorio de formación social, para los niños, que necesitan saber cómo negociar en situaciones de poder desigual.

El "subsistema fraterno" (hermanos), es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el mundo fraterno, los niños aprenden a negociar, cooperar y competir.

SUPRASISTEMA: Engloba los sistemas con los que la familia mantiene contacto. El sistema familiar que hemos descrito se relaciona con otros según su capacidad para dar y recibir información.

El suprasistema incluye la familia de origen, el colegio, el trabajo, los amigos, las asociaciones de todo tipo, etc. Las informaciones que produce enriquecen el sistema familiar y contribuyen a su crecimiento.

Los "límites" de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema.

REGLAS FAMILIARES

- *Reglas Reconocidas

- *Reglas Implícitas

- *Reglas Secretas

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben

permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuum cuyos polos son los dos extremos de "límites difusos", por un lado, y de "límites rígidos", por el otro. La mayor parte de las familias se incluyen dentro del amplio espectro normal.

Gráficamente, los tres tipos de límites, se representan:

- * Límite CLARO --- Límite claramente definido
- * Límite DIFUSO --- Límite permeable
- * Límite RÍGIDO --- Límite no permeable

La familia con límites difusos recibe el nombre de "familia aglutinada"; la familia con predominio de límites rígidos, se llamará "familia desligada".

Los miembros de familias aglutinadas (límites difusos) pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere abandono de la autonomía. La conducta de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros y el stress individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas. Así pues, la familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad.

Los miembros de familias desligadas (límites rígidos) pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y, de requerir ayuda mutua cuando la necesitan. Estas familias toleran una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. El stress que afecta a uno de sus miembros no atraviesa los límites inadecuadamente rígidos. Así, pues, la familia desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo.

Por tanto, las operaciones en los extremos del continuo señalan áreas de posible patología. El terapeuta debe operar como un delineador de límites, que clarifique los límites difusos y abra los límites excesivamente rígidos.

MITO FAMILIAR

El concepto de "mito familiar" ha sido desarrollado fundamentalmente por FERREIRA. Por mito familiar entiende "un número de creencias bien sistematizadas y compartidas por todos los miembros de la familia respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación". Estos mitos familiares contienen muchas de las reglas secretas de la relación; reglas que se mantienen ocultas y sumergidas.

Aunque para un observador puedan parecer evidentes falacias de la realidad familiar, estas creencias organizadas en cuyo nombre la familia inicia, mantiene y justifica muchas pautas interaccionales son compartidas y apoyadas por todos los miembros como si se tratara de verdades más allá de todo desafío o investigación.

El mito da a cada miembro un rol que es aceptado por todos y cuyo desafío se convierte en verdadero "tabú".

El mito prescribe atributos a cada uno de los miembros de la familia. Así, por ejemplo, en una familia, el marido debe llevar a la esposa en auto dondequiera que ella necesite ir (a menudo en detrimento de las actividades comerciales del marido), porque ella no sabe y tampoco se interesa en aprender a conducir. Aunque ésta pauta se ha mantenido desde que se casaron hace quince años, la esposa la explica en términos de que "es torpe para la mecánica", un juicio que su marido apoya y corrobora.

En términos de la relación, los mitos familiares tienen un valor económico muy preciso. En su manifestación implícita, son verdaderos programas de acción que ahorran cualquier pensamiento o elaboración posterior.

Parece ser que en el contexto de la relación familiar, para cada rol individual definido existe un contra-rol oculto en la persona de otro o de otros miembros de la familia. Así, en el ejemplo anterior, el mito de que la madre era torpe para la mecánica llevaba implícita la manifestación de que, de hecho, algún otro miembro de la familia "no lo era". Cuando una familia le adjudica a uno de sus miembros el título de "paciente", automáticamente le confiere a uno o más de los otros miembros la etiqueta opuesta de "no paciente". Y, en la misma medida en que lo primero implica un rol, lo segundo implica lo que debemos llamar un contra-rol, que afirma y complementa al otro.

Los mitos no son, por supuesto, una exclusividad de las familias patológicas. Probablemente estén presentes en todas las familias y pareciera ser que, aún en la relación familiar más sana, es necesaria una cierta dosis de mitología para mantener una serena operatividad. Sin embargo, parece ser que los mitos son más obvios e inalterables y tal vez más abundantes y profundos en las relaciones patológicas.

El origen de la mayoría de los mitos se suele perder en el comienzo de la relación. Algunos mitos parecen haber sido transferidos de generación en generación; es posible que la asignación de un rol implicado en el mito familiar juegue algún papel en la elección y aceptación de la pareja.

El mito familiar tiende a formar parte de la "imagen interna" de la familia y expresa la forma en que es percibido, no tanto por los demás, como por sus miembros, desde adentro.

STIRLIN clasifica los mitos en tres grupos:

Mitos de armonía: Presentan un cuadro rosáceo de la vida pasada y presente de la familia. Intentan hacer ver a los otros que son "familias felices".

Mitos de perdón y expiación: Estos mitos tienen una estructura en la que una o

más personas (vivas o muertas) son las únicas responsables de la situación en la que se encuentra la familia.

Mitos de rescate: La base de este mito está en la creencia de que todo sufrimiento, así como cualquier injusticia presente en la vida familiar e individual, puede ser borrado y alejado por la beneficiosa intervención de una persona omnipotente. Se espera que esa persona logre en su vida las metas que no pudieron alcanzar un padre, hermano o abuelo.

En cuanto a desvelar un mito familiar, la cuestión es sumamente interesante para el terapeuta. Puesto que el mito funciona con el fin de mantener la relación y de preservar su naturaleza, el asunto es extremadamente delicado para la familia y requiere la mayor delicadeza y discreción de parte del terapeuta, ya que una insistente tentativa de revelar la verdad detrás del mito corre el riesgo de producir resultados insospechados.

FUNCIÓN PROTECTORA DEL SÍNTOMA

Como una fuente especial de preocupación para los padres, que se ven envueltos en una lucha para modificarlo. El niño puede tener un síntoma cualquiera dentro de una amplia variedad (terrores nocturnos dolores de cabeza, piromanía, enuresis), pero sean cuales fueran sus dificultades, su conducta perturbada mantiene a los progenitores involucrados en el intento de ayudarlo y cambiar su comportamiento.

Un progenitor puede tener problemas en su trabajo, roces con sus parientes o enfrentar una amenaza de separación de su cónyuge, pero la pareja dejará de lado sus propios problemas, al menos temporalmente, para asistir a su hijo o controlarlo. Procurarán superar sus propias fallas y mantenerse unidos con el objeto de ayudar al chico. En tal sentido, la conducta perturbada de este último es beneficioso para los padres, ya que les da un respiro en sus tribulaciones y una razón para vencer sus dificultades. Ya sea que la conducta del niño genere la solicitud, protección o castigo de sus progenitores, hace que la inquietud de estos

se centre en él y que se vean a sí mismos como padres de un niño que los necesita, en lugar de verse como individuos abrumados por dificultades personales, económicas o sociales. En este sentido, el niño cumple en su familia el papel de benefactor o protector de los demás.

Tipos de familia

Familia Nuclear: aquella que está conformada por padre, madre y los hijos de ese matrimonio.

Familia Extendida: en esta se integran tres generaciones, abuelos, padres e hijos de ese matrimonio. El mayor problema de este caso suele ser la falta de diferenciación entre los miembros, que en muchos casos son sentidas como usurpadas y no como delegadas, hecho que ocurre sobretodo en la relación padres – abuelos.

Familia de un solo padre: cuando existe un solo progenitor.

Familia Mezclada: familia donde existen uno o dos padrastros para los niños, es decir cuando existe hijos de matrimonios o uniones anteriores de los padres.

Familia Fuera de control: generalmente se producen por conflictos en la organización jerárquica, en la implementación de funciones ejecutivas en el subsistema parental o en las proximidades de los miembros familiares.

2. PROCESO TERAPÉUTICO

Durante el transcurso de la terapia tomamos en cuenta una serie de elementos que interviene en la misma a fin de sistematizar su ejecución. Se analiza los aspectos relacionados con la integración del terapeuta al sistema terapéutico, a sistema del diagnóstico familiar, la reestructuración y el proceso general de la

terapia familiar.

3. RETROALIMENTACIÓN: POSITIVA Y NEGATIVA

El objeto de la Terapia Familiar sería la creación de técnicas para la provocación de cambios, o en otras palabras, intentar cambiar los sistemas reguladores disfuncionales. La estabilidad de un sistema, y en este caso de la familia, vendría definida por la capacidad de cambiar con el cambio. En toda familia que estuviese detenida por un proceso de comunicación limitada, descubrir "quién empezó a aislarse" no tendría relevancia sobre el hecho de intervenir con eficacia en la cuestión de "promover cambios". Buscar explicaciones en el pasado o intentar explicar lo ocurrido no serviría de ayuda al sistema que se encontrase parado. La explicación no surtiría efecto por muy cierta que fuese. Lo importante sería el estudio del círculo vicioso provocador del "no cambio". El Terapeuta necesitará de las retroalimentaciones que se produzcan tras una información breve o repetida para lograr hacer oscilar el camino adoptado por la familia.

En el caso de retroalimentación positiva, la información se utiliza para activar los mecanismos de crecimiento (morfogénicos) que conducen a un desajuste de la homeostasis (La "homeostasis" es el estado interno relativamente constante de un sistema que se mantiene mediante la autorregulación retroalimentación negativa) y a un movimiento hacia el cambio. Es decir, la retroalimentación positiva sirve para aumentar la desviación de la producción.

Los sistemas interpersonales (grupos de desconocidos, parejas matrimoniales, familias, relaciones terapéuticas o incluso internacionales, etc.) pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que la conducta de cada persona afecta la de cada una de las otras y es, a su vez, afectada por éstas.

La entrada a tal sistema puede amplificarse y transformarse así en un cambio o bien verse contrarrestada para mantener la estabilidad, según los mecanismos de

retroalimentación positivos o negativos.

La integración al sistema terapéutico

Una de las características fundamentales de esta orientación terapéutica es el hecho de considerarse como una terapia de acción, cuyo principal objetivo es el modificar el sistema familiar, para lo cual el terapeuta se asocia a este sistema y desafía los aspectos y estructuras disfuncionales de la homeostasis familiar. Un paso previo a la elaboración diagnóstica familiar es pues, la incorporación del terapeuta a este sistema. En este proceso, este se liga y se desliga, de acuerdo a las necesidades que se produzcan en la acción terapéutica, tendiente a liberar al paciente identificado y a modificar las pautas conflictivas de la familia.

La obtención de un liderazgo en la familia requiere de actitudes de acomodación, seducción, dirección, sometimiento o apagamiento. Todo esto en el marco de una completa espontaneidad.

El terapeuta se ha de conocer a si mismo y a sus propias experiencias familiares para sentirse más cómodo en su trabajo.

Para conseguir este trabajo, se emplean las técnicas de unión y acomodación que le permiten al terapeuta adoptar básicamente tres posiciones frente a la familia durante el proceso:

- 1 *Posición Cercana*: en la que el terapeuta entra en afiliación, alianza y hasta identificación con uno de los miembros de la familia a través de reconocimiento o confirmaciones.
- 2 *Posición Mediana*: estimulando la participación de los miembros, pero manteniéndose en el papel de oyente activo y neutral. Generalmente se logra con técnicas de rastreo.
- 3 *Posición Desligada*: es aquella en la que el terapeuta actúa como un experto, dirigiendo la creación de ambientes terapéuticos para que la familia

logre los cambios esperados.

Las técnicas específicas de unión y acomodación son las siguientes:

1. Mantenimiento: es una técnica de acomodación en la que el terapeuta resta y mantiene la estructura de la familia, a pesar de que en ocasiones no esté de acuerdo con la misma. Esta circunstancia estratégica le permite incorporarse al sistema familiar sin resistencia.
2. El Rastreo: denominado también Tracking, consiste en la búsqueda que el terapeuta realiza del contenido y el proceso de las interacciones y conducta de la familia a través del facilitamiento del interrogatorio, adoptando una actitud descentralizadora del núcleo familiar. El rastreo tiene utilidad tanto con fines diagnósticos como reestructurantes de la situación familiar.
3. Mimetismo: es un ajuste al estilo de vida familiar y a su clima afectivo emocional adoptando, con la mayor espontaneidad posible, los comportamientos y actitudes de la familia o compartiendo las experiencias con los miembros familiares.

4. LA PRIMERA ENTREVISTA EN TERAPIA FAMILIAR

La primera entrevista determina, en gran manera, el tratamiento.

1. La familia se presenta a la terapia: en el nivel verbal: DESEA EL CAMBIO.
En el nivel analógico: ACTITUD NEGATIVA AL CAMBIO
2. La tarea del terapeuta es tomar a su cargo la terapia.
3. La familia debe empezar a sentir que es posible el cambio.
4. No es necesario iniciar la primera entrevista con gran cantidad de información sobre la familia.
5. Si el nivel de angustia es alto, puede ser adecuado sumergirse, temporalmente, en la historia de alguno de los miembros.
6. Hay que catalizar el presente y no buscar causas en el pasado.

7. Observar más el proceso NO VERBAL que el contenido VERBAL.
8. Diagnóstico y tratamiento se entrecruzan.
9. El terapeuta debe dar a entender que le interesa el grupo como totalidad.
10. Observar el lugar y la forma de ubicación de cada miembro.
11. Se puede empezar haciendo una pregunta de tipo general: ¿Qué les trae por aquí?
12. Cada miembro debe sentir que participa en la exploración de los problemas.
13. Si se observa demasiada incomodidad en la familia, se dará un paso atrás, y se utilizarán operaciones de sostén.
14. REGLA DE ORO: La familia debe partir con el deseo de volver a la siguiente sesión.
15. EL PRIMER CONTACTO: El primer contacto con el terapeuta familiar provendrá directamente de un miembro de la familia o a través de un tercero que la deriva. El PRIMER CONTACTO TELEFÓNICO inicia una relación con la familia que debe ser entendida como relación terapéutica. Va más allá de la mera recogida de datos fríos sobre el paciente identificado. A la familia se le comunica que el modo de trabajar es recibiendo a toda la familia, entendiendo como tal a todos los miembros que viven bajo el mismo techo y unidos por vínculos de sangre. Sin embargo, en ocasiones puede no ser necesario hacer venir a un niño muy pequeño.

El manejo del "paciente identificado" enfrenta al terapeuta familiar con problemas particulares desde el principio del tratamiento. Frecuentemente, "el paciente identificado" experimenta un alivio al percibir que el terapeuta no comparte la opinión que tiene su familia del lugar que ocupa dentro del sistema familiar. Es, por tanto, importante que el terapeuta sepa transmitir tal mensaje desde la primera sesión.

Al preguntar a los miembros de la familia cómo ven el problema, sorprende comprobar que el "paciente identificado" presenta, en la mayoría de las ocasiones, una opinión radicalmente diferente de la de los otros miembros. A partir de la

nueva visión que ofrece el "paciente identificado", la familia puede empezar a considerar sus problemas.

Cuando una familia aplica a uno de sus miembros la etiqueta de "paciente", es posible considerar a los síntomas del paciente identificado como un recurso para mantener el sistema o mantenido por el sistema. El síntoma puede constituir una expresión de una disyunción familiar. O puede haberse desarrollado en un miembro individual debido a sus características particulares, y luego, ser apoyado y mantenido por el sistema familiar.

Por tanto es necesario que la primera sesión sea un encuentro terapéutico "funcionante"; o sea, un encuentro real de personas, de tal manera que la familia empiece a sentir que es posible el cambio, sin que por ello tenga que ser destruido totalmente su sistema actual.

Iniciar la primera sesión con la menor cantidad posible de información sobre la familia es una práctica muy útil para el terapeuta. Por tanto, no debe ir armado, a la primera entrevista, con una extensa historia de la familia derivada por otro terapeuta. Esto le permite sensibilizarse frente a la singularidad del nuevo sistema del que forma parte. El terapeuta tiene ante sí las interacciones verbales y no verbales de los miembros de la familia, lo cual le revela las zonas familiares de debilidad y fuerza; y esto le permite poder prescindir de una "historia" antes de poder ofrecer tratamiento. No obstante, puede ser necesario, cuando el nivel de angustia de la familia es alto, sumergirse temporalmente en la historia de algún miembro de la familia con el fin de reducir la tensión de la sesión. Esta exploración histórica puede desarrollar un sentimiento de identidad de la familia: por ejemplo, una hija puede adquirir una visión nueva de su papel en la familia al escuchar a su madre las experiencias que tuvo cuando ésta era joven.

La "historia" narrada por cualquier miembro es siempre "para la familia", antes que para el terapeuta; su finalidad es siempre catalizar el presente y no buscar causas en el pasado.

Debe usarse con mucho cuidado la exploración histórica para evitar que la familia o el terapeuta huyan del presente.

Las claves para el diagnóstico que el terapeuta necesita obtener, las encuentra más en el proceso no verbal que en el contenido verbal. Debe determinar el grado de homeostasis que opera dentro del sistema familiar. Necesita apreciar los modelos de comunicación, las alianzas internas, las coaliciones, los papeles que desempeñan los miembros de la familia y el modo en que el sistema lo afecta como terapeuta.

El terapeuta debe saber captar las discrepancias entre la comunicación digital y la analógica de los miembros de la familia, recordando que son las imágenes no verbales que una persona da de sí y de su lugar dentro de la familia las que restan menos censuradas e inhibidas. No obstante, el terapeuta; familiar no trata de separar el diagnóstico del tratamiento; no debe esperar hasta haber descubierto y clasificado mentalmente lo que le parece que está ocurriendo: toma cada fragmento del cuadro que tiene ante sí, y reflexiona, junto con la familia, sobre él a medida que se va componiendo de una forma nueva.

El terapeuta debe dar a entender que le interesa el grupo como totalidad y que él no está simplemente tratando a un individuo "en presencia de su familia". Debe evitar ser atrapado por la información secreta que un miembro puede dar sobre otro, ya sea por teléfono o de cualquier otra forma. Por tanto, expresará a la familia que cualquier cosa que un miembro comparta con él, será considerada propiedad de todo el grupo y, en consecuencia, compartida. Esto es así, puesto que una información privada importante que no pueda utilizar, dificulta al terapeuta su espontaneidad y libertad de movimiento durante las sesiones.

La familia se puede presentar al tratamiento en dos formas:

- A) Forma sintomática: en función de "un miembro" con problemas.
- B) Forma interaccional: en función de las dificultades que existen dentro de una relación, entre el matrimonio, entre padres e hijos, etc.

Generalmente, el terapeuta se encuentra con la primera alternativa, en la que la familia considera que la fuente de todos sus problemas está localizada en uno de sus miembros. Fácilmente, la familia siente que sus problemas se resolverían si el individuo sintomático desaparece o cambia mágicamente. Sin embargo, el terapeuta familiar considera que la sintomatología individual da la pista de zonas disfuncionales dentro de las relaciones internas de la familia.

El manejo del "paciente identificado" enfrenta al terapeuta familiar con problemas particulares desde el principio del tratamiento. Frecuentemente, "el paciente identificado" experimenta un alivio al percibir que el terapeuta no comparte la opinión que tiene su familia del lugar que ocupa dentro del sistema familiar. Es, por tanto, importante que el terapeuta sepa transmitir tal mensaje desde la primera sesión.

Al preguntar a los miembros de la familia cómo ven el problema, sorprende comprobar que el "paciente identificado" presenta, en la mayoría de las ocasiones, una opinión radicalmente diferente de la de los otros miembros. A partir de la nueva visión que ofrece el "paciente identificado", la familia puede empezar a considerar sus problemas.

Cuando una familia aplica a uno de sus miembros la etiqueta de "paciente", es posible considerar a los síntomas del paciente identificado como un recurso para mantener el sistema o mantenido por el sistema. El síntoma puede constituir una expresión de una disyunción familiar. O puede haberse desarrollado en un miembro individual debido a sus características particulares, y luego, ser apoyado y mantenido por el sistema familiar.

La meta de la intervención del terapeuta es la familia. Aunque no debe ignorar a los individuos, el terapeuta se ocupa sobre todo de realzar el funcionamiento del sistema familiar. Para transformar el sistema familiar, el terapeuta debe intervenir de tal modo que desequilibre el sistema. No obstante, todo terapeuta que no tenga la capacidad de proporcionar a la familia un intenso sentido de respeto para cada uno de ellos como individuos y demostrarles su firme voluntad de cura, perderá a la familia en el proceso de transformación. Por todo ello, es importante que al finalizarla primera entrevista cada miembro sienta que ha participado con el terapeuta en la exploración de los problemas.

Fases de la primera entrevista

Una sesión inicial puede dividirse en cuatro etapas:

1 Primera etapa:

El terapeuta sigue las reglas culturales de relación social.

En esta etapa la preocupación del terapeuta es lograr que la familia se sienta cómoda. Se presenta y ayuda a la familia a presentarse ante él.

Cuando la familia toma asiento, el terapeuta familiar debe prestar atención al modo en que se ubican. Les dirá que se sienten donde quieran, estando las sillas colocadas en forma semicircular. A menudo, su ubicación puede proporcionar algunos datos acerca de los vínculos existentes en la familia.

El terapeuta puede utilizar los primeros minutos para charlar informalmente. Si se utiliza algún equipamiento especial, como grabadores o filmadoras, debe explicar de qué se trata. No permitirá que nadie empiece a comentar el problema hasta tanto no haya obtenido de cada miembro alguna respuesta "social".

2 Segunda etapa:

Se obtiene, la visión individualizada del problema

El terapeuta interroga a cada miembro de la familia acerca de cuáles son en su opinión los problemas de la familia. La primera pregunta del terapeuta es planteada, por lo general en términos genéricos, y no es dirigida claramente a ningún miembro de la familia en particular. Puede comenzar de diversas maneras. Por ejemplo, puede decir: "Bueno, veamos qué es lo que los ha traído aquí". O de una manera más personal: ¿En que puedo serles útil?". Otra forma consiste en decirles: "Quise que hoy vinieran todos los miembros de la familia para ver que opina cada uno de ustedes sobre la situación".

El terapeuta presta una atención especial a las semejanzas y diferencias de la forma en que cada miembro presenta los problemas. También, está atento al contenido" de la presentación del problema por parte de la familia, pero sobre todo, observa el modo en que se comporta la familia.

3 Tercera etapa:

Se explora la estructura familiar favoreciendo la interacción entre los miembros. Así como en la etapa anterior el terapeuta manejaba directamente la conversación, para pedir a cada miembro su visión del problema, en la tercera etapa el terapeuta debe dejar de ser el centro y conseguir que todos dialoguen sobre el problema. Es decir, deberá procurar que todos los miembros se "trecen" cada vez más en la conversación.

Los integrantes de una familia no pueden describirle al terapeuta sus secuencias y pautas de conducta porque las desconocen. Esta información sólo se obtendrá observando cómo se conducen entre sí; la conversación entre los miembros del grupo servirá para que el terapeuta repare en la clase de secuencia existente en esa familia. La técnica de organizar a la familia en subsistemas también ayuda a ampliar el foco del problema.

4 Cuarta etapa:

La familia junto con el terapeuta fija los objetivos.

Al final de la primera entrevista es importante obtener de la familia una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia:

El problema a ser resuelto por el terapeuta debe ser uno que la familia desee solucionar, pero planteado en forma tal que lo haga resoluble. Haley comenta, claramente, que ninguna categoría de diagnóstico tradicional es un problema resoluble. Así, por ejemplo, si una familia define como problema la "angustia" de uno de sus miembros, el problema será el modo en que se manifieste esa angustia y la reacción de la persona angustiada. El mismo autor pone otro ejemplo: Una "fobia escolar" no es un problema que podamos resolver, pero sí es un problema operacionalizable el del niño que no quiere ir al colegio.

Una de las razones por la que debe especificarse claramente el problema es que así podremos saber si se ha conseguido el objetivo; si este es confuso, también lo será la evaluación de los resultados.

Si al término de la primera entrevista se tiene una idea lo suficientemente clara del problema, se pueden fijar otros elementos del contrato terapéutico como son la duración, frecuencia y número de sesiones.

5. EL DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA FAMILIAR

Uno de los prejuicios que se debe superar en esta terapia es el criterio de la única persona que requiere ayuda es el paciente identificado. En este proceso se cambiará la consideración del problema desde una perspectiva más amplia que modifique la estructura familiar. El diagnóstico se orienta básicamente en la evaluación de las pautas interaccionales y transacciones familiares para juzgar los siguientes aspectos:

- 1 *La estructura*: Se refiere al contexto y la composición familiar tomando en cuenta las pautas transaccionales, los subsistemas existentes, los integrantes de los mismos, el liderazgo y la jerarquía, las alianzas, los patrones de comunicación, las demarcaciones de los subsistemas, el control del comportamiento, las reglas, los mitos o creencias.

- 2 *La flexibilidad del sistema*: el criterio de flexibilidad individual se acoge al sistema familiar. Mientras más flexible sea el sistema existen mayores condiciones favorables. Se la aprecia a través de la capacidad de reestructuración, la factibilidad de alianzas y coaliciones, la facilidad de reaccionar ante situaciones cambiantes, las modificaciones en el flujo comunicativo entre otras.

- 3 *La resonancia*: es la respuesta emocional o la sensibilidad del sistema familiar ante las acciones los sentimientos de los otros miembros. Equivale a la respuesta empática de los mismos. Las familias se ubican en un continuo que va, en el un polo, desde el aglutamiento (sensibilidad extrema con un umbral mínimo para el balance y la estabilidad), hasta el desligamiento expresado en una sensibilidad reducida y un umbral de activación demasiado alto, en el otro. Se debe medir pues, la permeabilidad de las fronteras entre los subsistemas y la sensibilidad de cada miembro con relación al otro.

- 4 *Contexto de vida*: se refiere a los otros sistemas que pueden constituirse en fuentes de apoyo o tensión para la familia en cuestión. Se incluyen las familias extendidas, los sistemas religiosos, educativos, laborales, amistades, etc.

- 5 *El nivel de desarrollo*: es el juzgamiento de la adecuación de los roles, papeles e interacciones familiares de acuerdo a las edades y obligaciones de los miembros. Como en los elementos anteriores, se tomarán en cuenta

los factores culturales que influyen en estas circunstancias para llegar a conclusiones acertadas.

El papel de los síntomas del paciente identificado en la familia

De acuerdo a la teoría sistémica la familia tiende a mantener su estatus, que le impide cualquier intento de cambio o modificación propuesto desde afuera o desde adentro, por que existe una fuerza homeostática positiva o enfermiza en la cual el sujeto enfermo cumple un papel específico que mantiene el balance familiar.

A través de esa armonía patológica se descarga la tensión, se obvian los conflictos o se aplazan sus resoluciones, manteniendo el equilibrio referido anteriormente.

Los síntomas que expresan el compromiso a mantener al paciente identificado son:

- 1 Culpabilizar al paciente identificado de todas las dificultades familiares
- 2 Centralizar las conversaciones familiares e interacciones hacia el paciente identificado.
- 3 Sobreproteger al paciente identificado y sus síntomas
- 4 Negar la importancia del paciente identificado
- 5 Excluir y desatender al paciente identificado y sus síntomas

Los patrones para la resolución de conflictos

Cada familia atiéndose a un modo particular de resolver los problemas y conflictos, denotando una tendencia o preferencia por alguno de los procedimientos que se señalan a continuación y que requieren una identificación adecuada por parte del terapeuta:

- 1 Negación (Ignorar el conflicto)
- 2 Evasión (Deslindarse del conflicto)

- 3 Difusión (Movilizarse entre varios conflictos sin resolver ninguno)
- 4 Evolución sin resolución (Discusión del problema sin solucionarlo)
- 5 Evolución con solución (Discusiones y confrontaciones con solución)

Los procedimientos de reestructuración

Estas tareas se diferencian de las de unión, por el desafío que se plantea a la familia a fin de promover los cambios terapéuticos.

Las operaciones reestructurantes son:

1. *Captar las pautas transaccionales*: son recursos empleados para conseguir actuación y no descripción de los miembros frente a los problemas. Se evita la posición de liderazgo terapéutico que centraliza las referencias y los pedidos de ayuda al especialista para que la familia tome las resoluciones. El terapeuta debe promover diálogos para observar los mensajes verbales y no verbales que se producen entre los integrantes siéndole permitido emplear cualquier estrategia activa de su parte.
2. *Manipulación del espacio*: la forma en que se ubican en la primera sesión los integrantes nos indica aspectos de coaliciones, aislamiento o centralidad de los miembros. El especialista maneja los recursos para redistribuirlos de acuerdo a las conveniencias terapéuticas, para estimular el diálogo o asignarles tareas interaccionales.
3. *Señalamiento de límites*: la tarea terapéutica está, en esta circunstancia, dirigida a crear los límites y demarcaciones apropiadas entre los miembros y los subsistemas para evitar el excesivo aglutinamiento o rigidez en su resonancia.
4. *Intensificación de la tensión*: la creación de un ambiente de tensión es necesario para establecer nuevas pautas de organización familiar. Este recurso

se logra bloqueando las pautas transaccionales existentes, acentuando las diferencias entre los miembros, desarrollando y explicitando un conflicto implícito o aliándose temporalmente a un miembro o a un subsistema.

5. *Asignación de tareas*: el terapeuta puede crear responsabilidades de actuación entre los miembros, sea dentro del consultorio, en cuyo caso estimula diálogos, transacciones, cambio de posiciones, o con tareas y deberes para la casa con el objeto de trasladar algunos aspectos de la terapia a la convivencia diaria.

6. *Utilización de los síntomas*: dado que la expresión de los síntomas refleja una estructura contextual de la familia, el terapeuta tiene varias opciones para iniciar su trabajo, manteniendo la tendencia a contrarrestar la dirección familiar o siguiendo la misma pauta familiar para concentrarse en el problema por ella planteada. Las propuestas al respecto son las siguientes:
 - 1 Enfoque centrado en el síntoma
 - 2 Exageración del síntoma
 - 3 Desacentuación del síntoma
 - 4 Adopción de un nuevo síntoma
 - 5 Reetiquetamiento del síntoma
 - 6 Modificación del afecto del síntoma

7. *Manipulación del humor*: consiste en manejar el humor predominante de la familia a través de la exageración o control del humor del terapeuta o la redesignación de los afectos de los integrantes.

8. *Apoyo, Educación y Guía*: son actividades directrices que el terapeuta asume en un momento determinado cuando las necesidades así lo requieren.

9. *El empleo de las paradojas*: son todas las intervenciones del terapeuta que buscan un cambio o modificación a través de lo extraño, opuesto o

contradictorio, expuesto a los miembros familiares. La aplicación de esta técnica supone medir apropiadamente las condiciones de la familia, los sujetos o pacientes y del propio terapeuta. Las intervenciones paradójicas pueden corresponder a redefiniciones, como el cambio de marco de referencia, la reetiquetación y la connotación positiva; o prescripciones paradójicas, como el doble vínculo terapéutico, la prescripción del síntoma y la prescripción de las reglas del sistema.

La estrategia general

A través de todo el proceso curativo, el terapeuta va buscando definitivamente una nueva percepción sobre sí mismo y sobre los problemas que involucran a la relación familiar para promover modificaciones comportamentales positivas. Para cumplir con estos propósitos el especialista se acoge a las recomendaciones anotadas anteriormente pero considerando que, como en cualquier modalidad de tratamiento, se requiere previamente una planificación del proceso basado en las condiciones reales de la familia, que prevee hipotéticamente sus aspectos estructurales y las sugerencias que en el terreno de la modificación se puedan hacer.

La reenmarcación es la creación del nuevo diseño de la estructura familiar tanto en el aspecto cognoscitivo como experimental, lo cual se logra con las técnicas reestructurantes, el enfoque y la intensificación de las transacciones.

La representación activa de los problemas es fundamental para evitar que las transacciones se describan y en su lugar se pongan en vivo. El terapeuta moviliza transacciones espontáneas, elicitadas con su apoyo o sugiere transacciones alternas entre sus miembros.

Así mismo, durante el proceso se asignarán tareas familiares cuya repetición y ejercitamiento va logrando las modificaciones esperadas. El terapeuta también emplea la retroalimentación para compartir su propia visión y su propia experiencia

con la familia y complementar de este modo, la orientación en el cambio terapéutico.

➤ **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

1. Manejo de la Resistencia

Antes de entrar a comentar algunas técnicas de intervención específicas, haremos algunas consideraciones de tipo general, que el terapeuta debe tener presente en sus intervenciones. Estas son:

- Debe intervenir respetando a las personas y al sistema familiar en su estilo, ideología y valores. Un desafío frontal a cualquiera de estos puntos lleva al fracaso o a un rechazo que provoca tensión.
- No entrar en la familia nada más que hasta donde ellos quieran y puedan dejar entrar en cada momento. Hay que ir entrando conforme ellos van "abriendo las puertas", al ritmo de su confianza y de verse respetados.
- Usar un lenguaje acomodado al nivel sociocultural de la familia.
- Mantener una actitud neutral ante todos los miembros.
- Hay que estar pendiente de no realizar intervenciones "antiterapéuticas", pues serán ineficaces. Son aquellas que se dan en algunos de estos casos: El terapeuta mantiene a la familia distante porque "teme" ser envuelto por ella. El terapeuta realiza una intervención que va dirigida a defenderse. El terapeuta da tantas prescripciones que no hay tiempo para desarrollarlas antes de la próxima sesión. El terapeuta lleva a cabo una intervención que provoca una interrupción prematura del contexto terapéutico, alejando a la familia. El terapeuta realiza una intervención dejándose llevar por sentimientos negativos hacia algún miembro. El terapeuta da una "prescripción imposible" que no puede seguirse, ocultando, de este modo, su hostilidad hacia la familia o hacia algún miembro.

Es importante tener presente que las intervenciones serán más eficaces si el terapeuta sabe calibrar en cada momento el grado de resistencia del sistema.

La resistencia puede definirse como el conjunto de conductas del sistema terapéutico que interactúan para impedir el logro de los objetivos de la familia en relación con la terapia. El "Sistema terapéutico" incluye a los miembros de la familia, al terapeuta y al contexto en el cual se desarrolla la terapia.

2. Clarificar y Recapitular

La CLARIFICACIÓN es una técnica de intervención verbal que consiste en una pregunta que el terapeuta dirige a la familia o a algún miembro de ella, con intención de comprobar que se ha comprendido correctamente el mensaje de los participantes.

La forma enunciativa propia de la clarificación consiste en una pregunta del tipo: "¿Quieres decir que...?" o "¿Lo, que tratan Vds. de decirme es que...?"

El empleo de la técnica de la "clarificación" se aconseja, lógicamente, siempre que no estemos seguros de haber captado el sentido del mensaje del paciente y siempre que deseemos evitar el riesgo de formular hipótesis basadas en presuposiciones o conclusiones erróneas. En la primera entrevista suele emplearse con más frecuencia esta técnica.

La RECAPITULACIÓN consiste en transmitir un resumen elaborado del contenido "cognitivo" y/o "afectivo" del mensaje de la familia o de algún miembro de ella.

Los contenidos de la recapitulación pueden tener como objeto toda una entrevista, algunos momentos de ella o incluso una serie de entrevistas. Los contenidos recogidos por una recapitulación pueden sintetizar la comunicación digital y

analógica de la familia y/o de algún miembro.

Una recapitulación aglutina los temas, las redundancias o las consistencias de la comunicación de la familia y, además, actúa como un "feedback" que tiende a estructurar los mensajes imprecisos o ambiguos. Así, pues, los objetivos que permite alcanzar esta técnica son: enlazar diversos elementos dispersos a lo largo de la comunicación de algún miembro de la familia; identificar un tema o estructura común a una serie de enunciados; interrumpir una divagación excesivamente larga.

Es aconsejable emplear la recapitulación, siempre que sea necesario cerrar una etapa de la entrevista o del tratamiento y siempre que deseemos comprobar, que una larga exposición del paciente ha sido comprendida correctamente; en este último caso, cumple una función muy próxima a la técnica de la "clarificación".

3. Preguntas Circulares

Podemos definir la "pregunta" como una oración en la que el hablante (terapeuta) se dirige a uno o varios interlocutores (miembros de la familia) con el deseo de que completen una información con su respuesta.

En las "PREGUNTAS CIRCULARES" se pide a cada participante en la sesión de terapia que exprese sus puntos de vista sobre las relaciones y las diferencias existentes entre otros miembros de la familia. Siguiendo a Bateson cuando expresa que "la información es la diferencia que produce modificaciones podemos afirmar que mediante las preguntas circulares cada integrante de la familia contribuye en un metanivel (metacomunicación) al desarrollo de una imagen de la estructura familiar y a la comprensión del carácter circular de las relaciones de la familia.

4. Escultura Familiar

La "escultura familiar" es una técnica por medio de la cual se recrean en el espacio las relaciones entre los miembros de la familia, a través de la formación de un cuadro físico.

La escultura familiar es un instrumento de diagnóstico y una técnica terapéutica: se visualizan y se experimentan, espacial y concretamente, las configuraciones relacionales de la familia. En la escultura familiar queda simbolizada la posición emocional de cada miembro de la familia respecto de los otros.

La forma de llevar a cabo esta técnica es la siguiente: el terapeuta pide a un miembro de la familia que sea "escultor", mientras que el resto del grupo constituye su "arcilla" humana. La invitación a esculpir puede dirigirse a cualquier miembro de la familia que al terapeuta le parezca que responde más espontáneamente. Por ejemplo, puede pedir al paciente identificado que sea el escultor teniendo en mente la capacidad que este miembro a menudo tiene para captar niveles profundos de la dinámica familiar. O puede elegir a uno de los niños, tal vez porque como el resto de la familia no lo identifica con "el problema", no participa demasiado en las sesiones. También es posible que sean todos y cada uno de los miembros los que en la misma sesión hagan su escultura".

Una vez seleccionado el escultor, el terapeuta pide al resto del grupo que se ponga de pie y que realice los movimientos que el escultor indique. Después de haber establecido las reglas básicas, el terapeuta deja lugar al escultor, quien inicia la construcción del cuadro; en adelante, el terapeuta toma la posición de observador y comentarista. Debe dejarse que la escultura se desarrolle a su propio ritmo y luego se pide a los participantes que compartan algunos de los sentimientos acerca de las posiciones físicas en que se encuentran. Cuando se pide a los miembros de la familia compartir dichos sentimientos con el escultor, es útil que el terapeuta oriente a que expresen cómo se sienten en ese preciso momento, respecto de su posición física; esto evita que los miembros de la familia se vuelvan a sumergir en una discusión intelectual sobre sus relaciones. Cuando el escultor ha terminado, el terapeuta puede pedirle que encuentre una

posición para sí mismo en la escultura, ubicándose él mismo dentro del cuadro.

La técnica de la escultura familiar se puede emplear ya desde la primera sesión, pidiendo a los miembros de la familia que esculpan sus diferentes visiones de la familia en vez de "hablar" sobre sus problemas. En una sesión ulterior, puede solicitar a los miembros que esculpan su visión "idealizada" de la familia; de esta manera el terapeuta utiliza esta técnica con el fin de elucidar los objetivos familiares del tratamiento. El terapeuta puede utilizar la técnica de la escultura familiar como un medio de enfrentar un período de resistencia en el que pareciera no existir evolución. Puede ser particularmente eficaz, por ejemplo, para quebrar la intelectualización defensiva de algunos grupos familiares altamente verbales.

➤ **ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

OBJETIVOS

- ❖ Determinar el tipo de estructura familiar
- ❖ Determinar Alianzas y Limites dentro de la familia
- ❖ Fomentar la retroalimentación positiva
- ❖ Fomentar una nueva percepción sobre sí mismo y sobre los problemas que involucran a la relación familiar.

Sesión uno:

Técnica:

- Establecimiento de Rapport, Empatía, y Acuerdos (tiempo, duración de la terapia, requisitos del terapeuta y paciente).
- Visión individualizada del problema y reconocimiento de la estructura familiar.
- Fijación de objetivos.

Objetivos: Establecer alternativas que permitan solucionar problemas mediante la fijación de objetivos concretos alternativas eficaces; tomando en cuenta el grado

de confidencialidad que presente tanto el paciente, la familia como el terapeuta.

Desarrollo de la técnica

Rapport:

Definida como una sensación de comodidad, de entendimiento mutuo, de incondicionalidad y de interés recíproco que surge entre paciente y terapeuta.

El Rapport tiene que ver en la práctica con la aceptación, la comprensión, el respeto, y aún más, la cordialidad que denota el terapeuta. A veces se señala la presencia de algunos rasgos innatos en algunos individuos que favorecen el desarrollo del rapport en forma inmediata. Las actitudes cordiales, no directivas y permisivas durante la primera sesión sirven para incrementar el Rapport; la iniciación con discusiones de otros temas neutrales con el paciente, la demostración de interés y el tono amistoso, también incentivan la presencia de esta condición.

El rapport es evidente a través de expresiones de agrado, cooperación, sinceridad, interés y expresión franca de promesas, temores y conflictos por parte del paciente hacia el terapeuta.

Empatía:

Se ha descrito como “la transposición imaginaria del propio individuo al pensamiento, sentimiento y actuación de otro y la subsiguiente estructuración del mundo tal como este último lo estructura” y también como “la capacidad para sentir y describir los pensamientos y sentimientos de otros”.

Esta condición no es simple, estimula en el paciente sentimientos de seguridad; al sentirse comprendido por el terapeuta, puede verbalizar con mayor confianza su problemática.

La labor de la capacidad empática es factible a través del esfuerzo por situarse interiormente en los problemas del otro, tratando de comprenderlo

fenomenológicamente y preguntándose el significado particular que tienen los hechos para el paciente, las reacciones que suscitan en él, la intensidad afectiva que sus problemas conllevan, etc.

Expectativas en el terapeuta:

Las diversas circunstancias en el terapeuta establecen en cierto sentido interés, expectativas y actitudes terapéuticas que influyen en el primer contacto.

La idoneidad personal y el tiempo requerido para la ayuda terapéutica, las posibilidades de atención, las condiciones socioculturales, la edad, el sexo, la cultura de los pacientes, son algunos de los elementos que interviene en las expectativas del psicólogo.

La predisposición positiva que denote el terapeuta frente redonda en el proceso mismo, obliga a una superación psíquica de todas las contingencias personales o conflictivas que pueden subyacer en el psicólogo como profesional y como hombre. Debe superar también la propensión de la inercia que es muy común conforme se van tratado más pacientes, se debe recordar siempre que con psicoterapia se curan enfermos no enfermedades, a fin de no perder de vista al sujeto con todas las manifestaciones de su personalidad y su trastorno.¹⁹

Visión individualizada del problema y reconocimiento de la estructura familiar:

El terapeuta debe identificar en primer lugar el tipo de estructura que presenta la familia, luego tras la interrogación a cada miembro, recolectar opiniones del problema dado. La primera pregunta del terapeuta es planteada, por lo general en términos usuales, y no dirigida claramente a ningún miembro de la familia tratando de mantener el equilibrio en cada uno de ellos.

Fijación de objetivos:

¹⁹ Balarezo Ch. Lucio, Psicoterapia y Asesoramiento.

Es importante obtener de la familia una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia.

El problema a ser resuelto por el terapeuta debe ser uno que la familia desee solucionar, pero planteado en forma tal que lo haga resoluble.

Sesión dos:

Técnica:

- Formación de Alianzas, Límites y Reglas dentro de la familia

Objetivo: Reconocer el tipo de estructura familiar y proyectarse hacia la formación de alianzas, límites y reglas como influencia hacia lo que quisieran llegar.

Desarrollo de la técnica

Se le pide a la familia que reconozca su estructura y funcionamiento para que pueda impulsar la formación de alianzas que se entiende como la unión y el apoyo mutuo que se dan, entre sí, dos personas, supone compartir intereses sin estar dirigida contra nadie; formación de límites y reglas claras que permitan una adecuada evaluación, correcto funcionamiento y contacto entre los miembros que conforman el sistema familiar.

Resultados: la familia mediante la clarificación de límites alianzas y reglas pueda mantener un ambiente adecuado para el funcionamiento de cada uno de sus integrantes.

Sesión tres:

Técnica:

- Eliminar Mitos Familiares

Objetivo: Incentivar a la eliminación de mitos familiares para obtener un mejor desempeño de roles y límites.

Desarrollo de la técnica

Una vez reconocidos, delimitados y establecidos los límites, alianzas y reglas, dentro del grupo familiar, se identifican y eliminan los mitos que existen en ella y de esta manera se estimula al fortalecimiento emocional entre cada uno de ellos.

Ejemplo de mito familiar, en una familia, el marido debe llevar a la esposa en auto dondequiera que ella necesite ir (a menudo en detrimento de las actividades comerciales del marido), porque ella no sabe y tampoco se interesa en aprender a conducir.

Resultados: Se espera que la eliminación de mitos en la familia permita una interacción apropiada dentro de la estructura familiar.

Sesión cuatro:

Técnica:

- Retroalimentación Positiva

Objetivo: Descubrir fortalezas familiares que les permitan ofrecer apoyo a sus integrantes.

Desarrollo de la técnica

Mediante la retroalimentación positiva se busca que los miembros de la familia descubran fortalezas existentes que permita mantener un soporte general, es decir, provocar cambios o en otras palabras, intentar cambiar los sistemas reguladores disfuncionales.

Toda retroalimentación tendría en cuenta las informaciones sobre acciones pasadas, y con ellas decidiría las acciones posteriores a seguir, El trabajo del terapeuta deberá ir encaminado a introducir información en el sistema familiar, o a reenfocar la información que este ya posee.

Resultados: Se espera que dentro de la familia se produzcan cambios que involucre al paciente especialmente a fortalecer su reinserción.

Sesión cinco:

Técnica:

- Reestructuración de enfoques según condiciones reales de la familia

Objetivo: Lograr que los miembros de la familia empiecen a comunicar situaciones desagradables existentes dentro de su entorno.

Desarrollo de la técnica

Las operaciones de reestructuración son las intervenciones terapéuticas que una familia debe enfrentar en el intento de lograr un cambio terapéutico. Las operaciones de reestructuración constituyen los aspectos destacados de la terapia. Son las intervenciones dramáticas que crean movimiento hacia las metas terapéuticas.

Puede ser sumamente útil que la familia actúe en lugar de describir. Las instrucciones deben ser explícitas, tales como: "habla con tu padre acerca de esto". Este tipo de argumento minimiza la tendencia a centralizar en el terapeuta y ayuda a los miembros de la familia a experimentar sus propias transacciones con una mayor conciencia. Desde el punto de vista del terapeuta, también ayuda a ver a los miembros de la familia en acción. El terapeuta, por lo tanto, debe disponer de un cierto número de técnicas para estimular la comunicación intrafamiliar en la sesión en las que los miembros de la familia se encuentren involucrados, y al mismo tiempo permitan un apropiado planteamiento y resolución del problema.

Resultados: Se espera que los integrantes de la familia comuniquen situaciones que producen estrés emocional.

Sesión seis:

Técnica:

- Escultura Familiar

Objetivo: Identificar el contextos familiar mediante la aplicación de la técnica de Escultura Familiar

Desarrollo de la técnica

La "escultura familiar" es una técnica por medio de la cual se recrean en el espacio las relaciones entre los miembros de la familia, á través de la formación de un cuadro físico.

La escultura familiar es un instrumento de diagnóstico y una técnica terapéutica: se visualizan y se experimentan, espacial y concretamente, las configuraciones relacionases de la familia. En la escultura familiar queda simbolizada la posición emocional de cada miembro de la familia respecto de los otros.

La forma de llevar a cabo esta técnica es la siguiente: el terapeuta pide a un miembro de la familia que sea "escultor", mientras que el resto del grupo constituye su "arcilla" humana. La invitación a esculpir puede dirigirse a cualquier miembro de la familia que al terapeuta le parezca que responde más espontáneamente. Por ejemplo, puede pedir al paciente identificado que sea el escultor teniendo en mente la capacidad que este miembro a menudo tiene para captar niveles profundos de la dinámica familiar.

Resultados: Se requiere que la familia reconozca situaciones que desembocan en un funcionamiento conflictivo.

Sesión siete:

Técnica:

- Resolución de Conflictos
- Psicoeducación

Objetivo: Determinar la reacción de los miembros de la familia ante la solución de problemas.

Desarrollo de la técnica

Resolución de Conflictos:

El objetivo de trabajar en resolver conflictos en la familia es buscar su desarrollo integral y por ende su bienestar , para esto se necesita en la familia comprender el problema, es decir reconocer su ambiente, entendiendo que los conflictos pueden ser constructivos o destructivos esto dependiendo de las personas que estén en disputa; reducir la tensión existente dentro de la familia logrando hacer que las dos partes que intervienen en el conflicto ganen dando responsabilidades, compromisos y haciendo que mantengan su autonomía; y resolver los conflictos presentes incentivando a cada uno a mantener la calma, promover el autocontrol, controlando las respuestas inmediatas, controlando sus impulsos utilizando técnicas como la respiración o alternativas como contar.

Psicoeducación:

Que permita a la familia proveer de conocimientos acerca del problema aquejante para mejorar, superar o reconocer signos y síntomas propios de una posible malestar, además de poder ayudar al paciente a establecer interacciones adecuadas, reducir situaciones negativas como el consumo de alcohol o drogas y la violencia intrafamiliar, desarrollar habilidades de comunicación y de ocio.

La psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia

salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, entre mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

Resultados: Se requiere que la familia participa activamente de la recuperación del paciente.

Sesión ocho:

Técnica:

- Clarificar y Recapitular
- Psicoeducación
- Pertenencia a grupos de autoayuda

Objetivo: Dar al paciente y a la familia alternativas que le permitan mantenerse en abstinencia.

Desarrollo de la técnica

Clarificar y Recapitular:

La clarificación es una técnica de intervención verbal que consiste en una pregunta que el terapeuta dirige a la familia o a algún miembro de ella, con intención de comprobar que se ha comprendido correctamente el mensaje de los participantes.

La recapitulación consiste en transmitir un resumen elaborado del contenido "cognitivo" y/o "afectivo" del mensaje de la familia o de algún miembro de ella.

Psicoeducación:

La psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y

sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, entre mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.²⁰

Pertenencia a grupos de autoayuda:

Involucrar al paciente dentro de un grupo de Autoayuda A.A, N.A; para mantener su abstinencia.

Resultados: se espera que la familia se fortalezca y solucione sus problemas en base al respeto y comunicación.

Finalmente se propone el monitoreo del proceso, es decir que al culminar el proceso psicoterapéutico, se espera que la familia permita o favorezca un ambiente adecuado para reinsertar o readaptar apropiadamente al paciente al núcleo donde se desenvuelve propiciando un ambiente favorable que permita adecuadamente su desenvolvimiento personal, familiar y social.

²⁰ www.wikipedia.com

X. BIBLIOGRAFIA

- 1) Balarezo Chiriboga Lucio; Guía práctica para el Diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico; Primera Edición 2003 Quito; pág. 21 – 25.
- 2) Bobes J.,Portilla M.P.G; Bascarán M.T, P.A Saíz, M. Bousoño, Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 3 Edición, Capítulo 3,7.
- 3) Buceta José María; Bueno Ana María; Tratamiento Psicológico de Hábitos y Enfermedades; Ediciones Pirámide S. A., 1996, 1998, 2000; Pág. 163-200; 211-243.
- 4) Corsi Jorge (Compilador); Maltrato y Abuso en el Ámbito Doméstico Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en la relaciones familiares; PALDOS 2003; 1º edición; 1º reimpresión 2004; 2º reimpresión 2006; Buenos Aires; Cáp. 1y 7.
- 5) Chávez Oleas Hernán; Samaniego Z. Nelson; Aguilar Z. Enrique; Manual de Atención Primaria en Salud Mental MSP.
- 6) Freixa F. Soler Insa; Toxicomanías un enfoque multidisciplinario P. A y Colaboradores; Barcelona 1988; Cáp. 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16.
- 7) Nieto Maria Consuelo; Documento Recursos del Enfoque Familiar Capítulo 5, páginas 121 -131
- 8) OPS, La familia su dinámica y tratamiento, Pág. 3 – 12.
- 9) Rodes J. Urbano Márquez A. Bachi Bach L.; Alcoholismo y Enfermedad; Barcelona 1990, Pág. 99.
- 10) Sánchez Touret M. Enfermedades y Problemas relacionados con el Alcohol, Publicaciones Médicas Barcelona, ESPAXS, SA., 1999, Pág. 23-38; 53-62; 167-204.
- 11) Sanmartín José; El laberinto de la violencia, causas, tipos y efectos; ARIEL 2º edición; 1º edición marzo 2004; 2º edición mayo 2004; Barcelona; Impreso en España; Cáp. 1 y 4.
- 12) Trujillo Sáez Fernando; Fortez Ruiz María Remedios; Violencia Doméstica y Coeducación un enfoque multidisciplinar; ECTAEDROS – noviembre

2002; Barcelona; Impreso en España; Cáp. 2; pág. 23 – 37.

13) Vallejo Nágera J.A, Guía práctica de psicología, Madrid, Editorial TH, Pág. 645- 648.

14) Velasco Fernández Rafael; Alcoholismo Visión Integral; Editorial Trillas S.A. 1988; México D. F; Capítulo 1, 2, 6, 10, 20, 22.

15) Wallace Jhon; El alcoholismo como enfermedad; México D.F 1990; Pág. 47.

PAGINAS DE INTERNET:

16) www.monografias.com/violencia/concepto

17) www.consep.gov.ec

18) www.wikipedia.com

**A
NEXOS**

CUESTIONARIO DE CAGE

	SI	NO
1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?		
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?		
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?		

Müncher Alkoholismustes Test (MALT)

Cuestionario de MALT- O		
	SI	NO

1. Enfermedad hepática (mínimo 1 síntoma clínico, p. ej., hepatomegalia, dolor a la presión, etc., y al menos 1 valor de laboratorio patológico, p. ej., GOT, GPT, GGT). (Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descartar hepatitis viral, hepatomegalia de hepatopatía congestiva, etc.)		
2. Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p. ej., diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)		
3. Delírium trémens (actual o en la anamnesis)		
4. Consumo de alcohol superior a los 150 ml (en la mujer 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses		
5. Consumo de alcohol superior a los 300 ml (en la mujer 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes		
6. Aliento alcohólico (en el momento de la exploración)		
7. Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico, asistente social o instituciones pertinentes)		
Cuestionario MALT-S		
1. En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos		
2. A temporadas, sobre todo por las mañanas, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar		
3. Alguna vez, he intentado calmar la resaca, el temblor o la náusea matutina con alcohol		
4. Actualmente, me siento amargado por mis problemas y dificultades		
5. No es raro que beba alcohol antes del desayuno o del almuerzo		
6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo		
7. A menudo pienso en el alcohol		
8. A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo ha prohibido		
9. En las temporadas en que bebo más, como menos		
10. En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera		
11. Últimamente, prefiero beber alcohol a solas (y sin que me vean)		
12. Bebo de un trago y más deprisa que los demás		
13. Desde que bebo más, soy menos activo		

14. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido		
15. He ensayado un sistema para beber (p. ej., no beber antes de determinadas horas)		
16. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol		
17. Sin alcohol no tendría yo tantos problemas		
18. Cuando estoy excitado bebo alcohol para calmarme		
19. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida		
20. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no		
21. Otras personas no pueden comprender por qué bebo		
22. Si yo no bebiera me llevaría mejor con mi esposa/o (o pareja)		
23. Ya he probado a pasar temporadas sin alcohol		
24. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo		
25. Repetidamente me han mencionado mi «aliento alcohólico»		
26. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo		
27. A veces, al despertar, después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera		

Escala de Abstinencia de Opiáceos (Opiate Withdrawal Scale, OWS)

Síntomas/signos	Ausente	Leve	Moderado	Severo
------------------------	---------	------	----------	--------

Se siente enfermo	0	1	2	3
Vómitos	0	1	2	3
Diarrea	0	1	2	3
Falta de apetito	0	1	2	3
Boca seca	0	1	2	3
Retortijones gástricos	0	1	2	3
Inquietud	0	1	2	3
Fotosensibilidad	0	1	2	3
Cefalea	0	1	2	3
Adormecimiento	0	1	2	3
Aturdimiento o vértigos	0	1	2	3
Lipotimias o mareos	0	1	2	3
Rigidez de brazos o piernas	0	1	2	3
Sacudidas (contracciones) espontáneas de músculos	0	1	2	3
Temblores de manos	0	1	2	3
Sentimiento de frío	0	1	2	3
Sentimiento de irrealidad	0	1	2	3
Piel de gallina	0	1	2	3
Flases de frío y calor	0	1	2	3
Sudoración incrementada	0	1	2	3
Nariz congestionada	0	1	2	3
Alteraciones al inicio de la micción	0	1	2	3
Aumento de la diuresis	0	1	2	3
Latidos cardíacos audibles	0	1	2	3
Fatiga o cansancio	0	1	2	3
Tensión muscular	0	1	2	3
Dolores	0	1	2	3
Debilidad	0	1	2	3
Bostezos	0	1	2	3
Estornudos	0	1	2	3

Ojos llorosos	0	1	2	3
Insomnio	0	1	2	3
Puntuación total	(32 síntomas/signos)			

HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:
Escolaridad:
Edad: Fecha de Nacimiento:
Estado Civil: N° hijos:
Sexo: Procedencia:
Ocupación: Residencia:
Fecha de Ingreso: Fecha de Elaboración:

CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN:

.....
.....

MOTIVO DE CONSULTA:

.....
.....

ENFERMEDAD ACTUAL

.....
.....
.....

HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

.....
.....
.....

PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA

PRENATAL

.....
.....

NATAL

.....
.....
NIÑEZ
.....
.....

.....
.....
ADOLESCENCIA Y JUVENTUD
.....
.....

.....
.....
MADUREZ
.....
.....

.....
.....
PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA
.....
.....
.....

.....
.....
HISTORIA SOCIAL
.....
.....

.....
.....
HISTORIA LABORAL
.....
.....

.....
.....
HISTORIA PSICOSEXUAL

.....
.....
EXAMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS

CONCIENCIA

- Lucido:
- Orientado:

ATENCIÓN:

SENSOPERCEPCIÓN:.....

MEMORIA:.....

AFECTIVIDAD:.....

INTELIGENCIA:.....

PENSAMIENTO:.....

VOLUNTAD:.....

INSTINTOS:.....

HÁBITOS:.....

JUICIO Y RAZONAMIENTO:.....

RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLÓGICOS APLICADOS

.....
.....
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

.....
.....
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

.....
.....
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

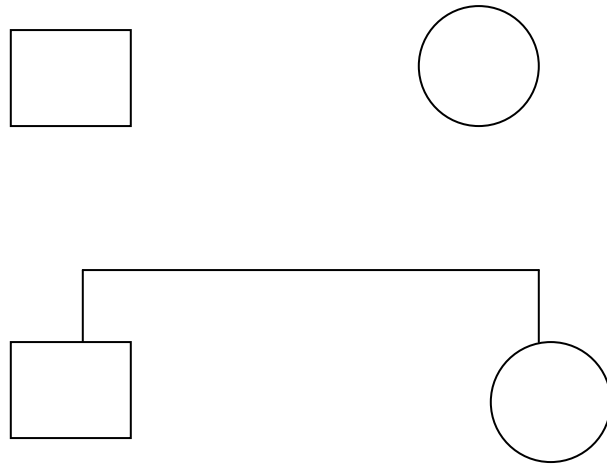
.....
PRONÓSTICO:

.....
.....

RECOMENDACIONES:

.....
.....
.....
.....

FAMILIOGRAMA



- Relaciones fuertes //
- R. débiles /
- R. Conflictivas WWWW
- R. distantes -----
- R. unidos pero conflictivas WWWW

Loja, 01 de marzo de 2010

Sra. Dra.

Cecilia Moscoso de Bailón

PRESIDENTA DEL CENTRO DE APOYO SOCIAL MUNICIPAL (CASMUL)

Ciudad.-

De mi consideración

La presente tiene el objeto en primer lugar de felicitar a usted por la acción emprendida durante este tiempo de arduo trabajo en beneficio de la colectividad lojana; a la vez me permito solicitar se me concediera realizar mi trabajo de Tesis titulado **“LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INTERNOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN TERAPEUTICO “POSADA SOLIDARIA” MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE LOJA. MARZO – SEPTIEMBRE 2010”**, ha realizarse en dicha institución reconocida a nivel local y cuyo propósito es brindar una recuperación integral y una adecuada reinserción social a personas con problemas d abuso de sustancias, este trabajo de investigación tiene como objeto instaurar un Plan de intervención Familiar, dirigido a las familias de los internos que presentan algún tipo de violencia dentro de su psicodinamia; además me permito exponer a usted que cuento con la experiencia necesaria avalizada y adquirida en el Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” CRA, de la ciudad de Cuenca.

Los resultados obtenidos serán socializados a usted una vez culminada la tesis propuesta.

Atentamente

Karina Cecibel Flores Flores

Estudiante de la carrera de Psicología Clínica

CENTRO DE REHABILITACIÓN TERAPÉUTICO “POSADA SOLIDARIA” MUNICIPAL



