



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios de Postgrado
Maestría en Prevención y Atención
Integral de Conductas Adictivas

**TERAPIA SISTEMICA FAMILIAR Y SU EFICACIA COMO HERRAMIENTA EN
EL ABORDAJE DE LOS TRATORNOS POR USO DE SUSTANCIAS**

Ana Lorena Ramírez Fernández

Guatemala de la Asunción, octubre de 2,019

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal

Secretaria

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

Representantes de los Profesores

Astrid Thelheimer Marariaga

Lesly Danineth García Morales

Representantes Estudiantiles

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

Representante de Egresados

MIEMBROS DEL CONSEJO ACADÉMICO

M.A. Ronald Amílcar Solís Zea

Director de Postgrado

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director de Escuela de Ciencias Psicológicas

Dr. Ph. D. Alex Melgar

M. Sc. Dr. Juan Antonio Álvarez Caal

Titulares



CODIPs 1638-2019

Autorización para impresión proyecto de investigación.

Maestría en Prevención de Atención Integral en Conductas Adictivas con Categoría en Artes

10 de octubre de 2019

Licenciada

Ana Lorena Ramírez Fernandez

Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Ramírez Fernandez:

Transcribo a usted el punto **CUADRAGÉSIMO PRIMERO (41)** del Acta **SESENTA Y SEIS GUIÓN DOS MIL DIECINUEVE (66-2019)**, de la sesión celebrada por el Consejo el 08 de octubre de 2019, que literalmente dice:

“CUADRAGÉSIMO PRIMERO: El Consejo Directivo, Considerando: Que se conoció oficio D.E.P.Ps 134-2019, de fecha 27 de septiembre, en el que transcribe el Punto CUARTO del ACTA No CADEP-Ps,07-2019 de fecha treinta de agosto de dos mil diecinueve, que se conoció los trabajos del Seminario II de los estudiantes la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas, primera cohorte. Que en su parte conducente dice: Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Consejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos: “Autorizar la impresión del trabajo final a la **Licenciada Ana Lorena Ramírez Fernandez**, carne No.9114713 con el tema “Terapia sistémica familiar y su eficacia como herramienta en el abordaje de los trastornos por uso de sustancias.” **Acuerda: Autorizar la impresión del proyecto de investigación de la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas con categoría en Artes”.**

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal

SECRETARIA



Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”

9ª. Avenida 9-45, zona 11. Tel. 24187530

/Verna



Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

D.E.P.Ps. 148-2019

Guatemala, 10 de octubre de 2019

**Autorización para impresión proyecto de investigación.
Maestría en Prevención de Atención Integral en
Conductas Adictivas con Categoría en Artes**

Licenciada

Ana Lorena Ramírez Fernandez

Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Ramírez Fernandez:

Después de saludarle cordialmente, transcribo a usted el Punto CUARTO del ACTA No. CADEP-Ps-07-2019 de fecha treinta de agosto del dos mil diecinueve: se conoció los trabajos del Seminario II de los estudiantes la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas, primera cohorte. Que en su parte conducente dice: Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Consejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos: ACUERDA: 3) Autorizar, la impresión del trabajo final de graduación con el título **“Terapia sistémica familiar y su eficacia como herramienta en el abordaje de los trastornos por uso de sustancias.”** 4) programar la graduación como fecha de 25 de octubre para los maestrandos que cumplan con los requisitos académicos y administrativos. -----

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

**Maestro Ronald Amilcar Solís
Director Departamento de Postgrados
Escuela de Ciencias Psicológicas**





Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

Guatemala, 26 de julio de 2019

Maestro
Ronald Solís Zea
Director
Departamento de Estudios de Postgrado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado Maestro Solís:

Reciba un saludo cordial. Por este medio hago de su conocimiento que emito **DICTAMEN TÉCNICO FAVORABLE** al trabajo de graduación del (de la) estudiante **Ana Lorena Ramírez Fernandez**, previo a optar al grado de **Maestro(a) en prevención y atención integral de conductas adictivas**, el cual acompañé durante su realización. Dicho trabajo de graduación lleva por título **"Terapia sistémica familiar y su eficacia como herramienta en el abordaje de los trastornos por uso de sustancias"**.

Atentamente,

(f.) 
M. Sc. Francisco José Ureta Morales
Colegiado No. 3327

"Si no se vive para los demás, la vida carece de sentido".

Madre Teresa de Calcuta

Autor proyecto de investigación

Ana Lorena Ramírez Fernández

Licenciada en Psicología

Colegiado No. 5731

Coautor

Mtro. Francisco Jose Ureta Morales

Maestría en Educación Especializada en Curriculum

Maestría en Medición, evaluación e investigación educativa

Colegiado No. 3327

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
GENERALIDADES	3
1.1 Línea de investigación	3
1.2 Planteamiento del Problema	3
1.3 Justificación	5
1.4 Alcances	6
1.5 Objetivos	7
Objetivo General:	7
Objetivos Específicos:	7
1.6 Definición de variables	8
CAPÍTULO II	10
FUNDAMENTACION TEORICA.....	10
2.1 Marco Conceptual	10
CAPÍTULO III	40
MARCO METODOLÓGICO	40
3.1 Sujetos de investigación	40
3.2 Instrumentos de Investigación.....	40
3.3 Procedimiento de la investigación.....	42
3.4 Diseño y metodología estadística descriptiva a utilizar	44
CAPÍTULO IV	45
RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO.....	45
4.1 Encuesta a usuarios con trastorno por uso de sustancias	45
4.2 Encuesta a Padres, tutores o encargados	62
4.3. Discusión de resultados	82
CAPÍTULO V	84
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84
5.1 Conclusiones.....	84
5.2. Recomendaciones	87
CAPÍTULO VI.....	89

PROPUESTA	89
6.1. Análisis de Participantes	89
2. Análisis de Problemas.....	93
6.3 Análisis Contextual y Diagnostico	94
6.4. Análisis de Objetivos.....	97
6.5. Análisis de Opciones.....	98
6.6. Marco Conceptual	101
6.7. Matriz del Marco Lógico	107
6.8. Presupuesto	116
6.9. Cronograma	119
6.10. Evaluación del proyecto	120
CAPITULO VII.....	121
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	121
Referencias	121
CAPITULO VIII	124
ANEXOS	124

INTRODUCCIÓN

Diferentes perspectivas teóricas han guiado la formulación de intervenciones basadas en la familia para los trastornos por uso de sustancias. La mayoría de los tratamientos incluyen asistencia familiar, sin embargo no siempre la familia ha sido entendida, atendida, ni aprovechada como recurso terapéutico. La terapia familiar sistémica ha resultado ser una de las más eficaces a la hora de implicar a la familia, ya promueve la abstinencia del consumo del usuario; considera a la familia un sistema en el que cada miembro influye y se ve afectado por el comportamiento del otro.

El enfoque de la investigación se llevó a cabo bajo un diseño cuantitativo correlacional descriptivo de una sola aplicación asociando cuatro variables relaciones interpersonales, comunicación, reducción o abstinencia del consumo de drogas, estabilidad escolar y laboral bajo un diseño cuantitativo. Se aplicaron dos encuestas a usuarios y familiares que asisten a tratamiento individual y terapia familiar en dos Centros Privados de Atención Integral para Adicciones.

Los resultados de ambos instrumentos fueron contrastados con la aplicación de dos pruebas estadísticas t y f como varianza de dos muestras iguales y desiguales, para correlacionar las respuestas de ambos grupos, las cuales difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable. Las conclusiones y recomendaciones del presente estudio contemplan la necesidad de plantear una propuesta dirigida a los usuarios con trastorno por uso de sustancias y las familias; que asisten a terapia familiar en dos Centros Privados de Atención Integral.

Tomando en cuenta los principales problemas como la falta de compromiso de los familiares en asistir a las sesiones de terapia familiar así como la deserción de los procesos psicoterapéuticos de los usuarios y familiares. De los cuales derivaron los objetivos del proyecto tales como la motivación para la resolución de conflictos, capacidad instalada de profesionales en psicología en terapia familiar sistémica.

Siendo estos utilizados como base para la elaboración de la matriz del marco lógico el cual contiene tres principales componentes, psicoeducación para la resolución de conflictos, estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos, y estrategias de prevención de recaída. Cada uno de esto 3 con sus respectivas actividades las cuales se ejecutaran durante la capacitación de los profesionales en el abordaje sistémico familiar.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1.1 Línea de investigación

Estudio realizado por la autora como parte del programa de la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas en la Escuela de Ciencias Psicológicas y el Departamento de Posgrado de la Universidad de San Carlos de Guatemala; como tema prioritario y genérico en respuesta al área de la Salud Mental dentro del contexto de la realidad guatemalteca adicciones, causas y efectos.

La línea de investigación del estudio se encontró enmarcada dentro de las adicciones, causas y efectos en prevención y tratamiento los cuales generan problemas en la salud de las etapas del desarrollo de la infancia, adolescencia y adultez lo cual genera problemas en la salud mental en el trabajo, familia, juventud y la tercera edad. Dentro de la complejidad de la salud mental en la sociedad Guatemalteca que se encuentra afectada por el consumo de los usuarios con trastorno por uso de sustancias y su núcleo familiar evidenciando la necesidad imprescindible de abordar el proceso psicoterapéutico tratamiento integral para obtener resultados satisfactorios en los procesos de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, escolar, laboral y familiar.

1.2 Planteamiento del Problema

Actualmente es un hecho que el abuso de drogas y las conductas adictivas tienen consecuencias negativas en diferentes áreas de la vida familiar, los miembros de la familia pueden mostrar perturbaciones psicológicas, psicosomáticas, afectivas, económicas, etc. Por lo que en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias se ha resaltado la necesidad de impulsar una movilización en la dinámica familiar como parte del proceso terapéutico del usuario drogodependiente.

El abordaje familiar tiene como objetivo la contención del síntoma dentro de la estructura familiar y la prevención de futuras recaídas, o una reestructuración del sistema que haga al síntoma innecesario para la estabilidad de la familia. Es poco

probable que un adicto desarrolle y mantenga un estilo de vida compatible con la adicción, la implicación directa y decisiva de sus familiares. Algunos de los problemas afines en relación al consumo de sustancias psicoactivas.

Adquirir la capacidad de abusar de las drogas es solo parte de un largo y complejo proceso de recuperación, cuando las personas inician un tratamiento por trastorno causado por el consumo de sustancias a menudo la adicción ha tomado el control de sus vidas y afectado a los miembros de la familia que convive día a día con el usuario con trastorno por uso de sustancias.

La compulsión por obtener, consumir y experimentar los efectos de las drogas lo cual ha afectado su funcionamiento en su vida familiar, en el trabajo, en la escuela y en la comunidad y los ha hecho más propensos a sufrir otras enfermedades graves como hepatitis, VIH Sida. Debido a que la adicción puede afectar muchos aspectos de la vida de la persona el tratamiento para tener éxito debe atender todas sus necesidades.

Por tal motivo los mejores programas incorporan una variedad de servicios de rehabilitación en los regimos integrales de tratamiento los terapeutas pueden seleccionar diferentes servicios para satisfacer las necesidades médicas, psicológicas, sociales y vocacionales específicas y las necesidades legales de sus pacientes a fin de fomentar la recuperación de la adicción.

El presente estudio se llevó a cabo en dos centros privados de tratamiento residencial Centro de Atención Integral para Personas con Adicciones CAIPA Paso a Paso y Comunidad Terapéutica Especializada para personas con Adicción Alborada. En donde la familia (progenitores, esposo (a) e hijos) reciben terapia familiar. Dentro de la muestra se aplicaron dos encuestas como instrumentos de investigación a 20 usuarios y 20 familiares de ambos sexos de diferentes edades cronológicas que finalizaron o están recibiendo tratamiento psicoterapéutico en las áreas de terapia individual, grupal y familiar.

El presente estudio abordó el tema de la familia ya que esta se ve afectada cuando uno o más miembros son adictos activos, perturbando su funcionamiento, la dinámica de las relaciones y la conducta de sus miembros cambian y se hacen

disfuncionales como resultado del proceso adictivo en algunas ocasiones se desarrolla un sistema de conductas que apoyan el desarrollo de la adicción. (Alvarado, 2018)

Es importante mencionar que dentro de la familia se evidencia la desorganización y el caos, los roles de sus miembros suelen estar distorsionados o ser muy confusos. Problemas de comunicación, negación de la enfermedad, negligencia e inconsistencia en sus funciones parentales, estado de ánimo son altamente variables, maltrato físico verbal y psicológico, periodos intensos y prolongados de tensión en los que abundan acontecimientos vitales estresantes y la ruptura familiar es el punto culminante en muchos casos si la enfermedad no se trata. (Alvarado, 2018)

Considerando el tema de tratamiento de las conductas adictivas y la terapia familiar dentro de los procesos psicoterapéuticos se formulan las siguientes preguntas:

Pregunta General

1. ¿Según la opinión de los informantes la terapia familiar como proceso integral del tratamiento de las conductas adictivas es efectiva en el proceso de rehabilitación y reinserción en el usuario consumidor de sustancias psicoactivas?

Preguntas Específicas

1. ¿Según la opinión de los informantes el modelo de terapia familiar sistémica proporciona beneficios en la disminución o abstinencia del consumo de drogas en los usuarios que asisten a tratamiento?
2. ¿Según la opinión de los informantes las relaciones interpersonales se ven fortalecidas entre el usuario consumidor de sustancias psicoactivas y sus familias?

1.3 Justificación

A lo largo de las últimas décadas ha comenzado a hacerse especial énfasis en los beneficios obtenidos de la consideración del sistema familiar como objeto de intervención en situaciones tales como la existencia de una enfermedad física crónica en uno de los miembros, familias con pacientes terminales, familias con enfermos mentales, y familias de alcohólicos y por extensión, otros

drogodependientes. Todas estas situaciones comparten un denominador común: la existencia de algún tipo de trastorno, físico y/o psicológico, que afecta a uno de los componentes de la familia pero que por cuya importancia afecta extensivamente a todos los miembros del sistema familiar, generando alteraciones en el funcionamiento del mismo.

Dichas alteraciones comprenden aspectos tan diversos como dificultades de reorganización y adaptación a las demandas generadas por la situación, dificultades derivadas de la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas, dificultades para mantener la autonomía e independencia de los miembros de la familia, sobrecarga emocional, física y/o económica, y alteraciones en la esfera emocional, física y/o social, tales como sintomatologías ansioso-depresivas, labilidad emocional, somatizaciones, dificultades de sueño y de alimentación, restricción de actividades y contactos sociales, etc.

Paralelamente a este hecho, la experiencia constata que la familia es objeto de intervención como sistema afectado pero también en la medida en que sus comportamientos, actitudes, ideas, etc., facilitan o dificultan el abordaje rehabilitador/integrador del paciente o miembro individual afectado por el trastorno.

En Guatemala el consumo de drogas es un problema de relevancia Nacional tomando en cuenta el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas en la población guatemalteca en las diferentes etapas del desarrollo principalmente en la etapa de la adolescencia por lo que se hace necesario involucrar a la familia en el proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción del usuario para mejorar su calidad de vida y de las demás personas de su alrededor.

1.4 Alcances

La presente investigación se llevó a cabo bajo la trayectoria de un estudio correlacional descriptivo al asociar cuatro variables “Relaciones Interpersonales” “Comunicación” Estabilidad Escolar y Laboral y “Reducción del Consumo de Drogas” Evaluando todo esto bajo un diseño cuantitativo utilizando para ello la aplicación de dos encuestas dirigidas a usuarios con trastorno por uso de

sustancias que asisten a tratamiento y encuestas aplicada a familiares que reciben terapia familiar en dos Centros Privados de tratamiento.

Los resultados de la investigación permitieron correlacionar las respuestas de los familiares y de los usuarios para determinar si ambos coinciden en que la terapia familiar ha sido de beneficio en sus procesos de tratamiento. Se podrá determinar si los resultados del tratamiento benefician más a los hombres que a las mujeres. La información que se recabe nos podrá indicar si existe un sesgo en los resultados de los instrumentos aplicados a los familiares como a los usuarios.

La utilidad de la investigación permitirá a los futuros profesionales de la salud que trabajan en los diferentes centros de tratamiento de personas con trastorno por uso de sustancias aplicando en una forma sistemática los diferentes enfoques de abordaje para lograr resultados eficaces en los procesos de tratamiento, rehabilitación y reinserción incluyendo a la familia como parte esencial en el proceso psicoterapéutico de las conductas adictivas.

1.5 Objetivos

Objetivo General:

Según la opinión de los informantes evaluar la efectividad de la terapia familiar en el proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción participación de los familiares de los usuarios con trastorno por uso de sustancias que asisten a terapia grupal familiar en dos Centros de tratamiento residencial privados en Guatemala.

Objetivos Específicos:

- Identificar los beneficios obtenidos por los usuarios y familiares que han recibido terapia familiar en los diferentes centros de tratamiento en las áreas de relaciones interpersonales, cambios conductuales, reducción del consumo de drogas y estabilidad escolar o laboral.
- Correlacionar las respuestas de los informantes de ambos Centros Privados de Rehabilitación en las áreas de relaciones interpersonales, cambios

conductuales, reducción del consumo de drogas y estabilidad escolar o laboral.

1.6 Definición de variables

Definición Conceptual

Relaciones interpersonales: Son interacciones recíprocas entre dos o más personas. Se trata de relaciones sociales que, como tales, se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción social. Tienen lugar en una gran variedad de contextos, como la familia, los grupos de amigos, el matrimonio, los entornos laborales, los clubes sociales y deportivos, las comunidades religiosas y todo tipo de contextos donde existan dos o más personas en comunicación

Conducta agresiva: (Pearce, 1995) define la agresividad como cualquier forma de conducta que pretende causar daño físico o psicológico a alguien u objeto, ya sea este animado o inanimado. La palabra agresividad viene del latín "agredí" que significa "atacar". Implica que alguien está decidido a imponer su voluntad a otra persona u objeto, incluso si ello significa que las consecuencias podrían causar daños físico o psíquico.

Abstinencia del Consumo de Drogas: Descrito en función de las consecuencias pertinentes derivadas del consumo de sustancias psicoactivas, así: Después de la administración reiterada de ciertas drogas que causan dependencia, como opiáceos, barbitúricos, benzodiazepinas, cocaína y alcohol, la abstinencia puede intensificar la conducta de avidez o apetencia de la droga, por la necesidad de evitar o de aliviar las molestias ocasionadas por la privación o producir alteraciones fisiológicas lo suficientemente graves como para requerir tratamiento médico.

Rendimiento escolar: Nivel de conocimiento de un alumno medido en una prueba de evaluación. En el rendimiento académico, intervienen además del nivel intelectual, variables de personalidad (extroversión, introversión, ansiedad...) y motivacionales, cuya relación con el rendimiento académico no siempre es lineal, sino que está modulada por factores como nivel de escolaridad, sexo, actitud."

Rendimiento laboral: es el producto del trabajo de un empleado o de un grupo de empleados.

Definición Operacional de la Variable

Los familiares que asistieron a su proceso de tratamiento en terapia familiar respondieron 19 preguntas de las cuales 6 preguntas corresponden a la variable de conducta, 6 preguntas a la variable de relaciones interpersonales, 4 preguntas a la reducción del consumo de drogas y 3 en la variable de estabilidad escolar o laboral.

Los usuarios que asistieron a su proceso de tratamiento en dos centros residenciales privados se respondieron 19 preguntas de las cuales 8 preguntas corresponden a la variable de relaciones interpersonales, 7 preguntas corresponden a la variable de conducta, 2 preguntas corresponden a la variable de estabilidad escolar o laboral y 2 a la reducción del consumo de drogas.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACION TEORICA

2.1 Fundamentación Teórica

Hoy desde diferentes vertientes del conocimiento está cada día más claro que la familia es uno de los contextos de desarrollo humano más importantes y cruciales para los individuos que viven en ella, es una realidad educativa insustituible en la vida humana y es una instancia sin la cual resulta imposible gestar las bases para la convivencia social. No obstante lo anterior, por ser la familia una entidad tan próxima y cotidiana para todo ser humano se está produciendo la falsa impresión de que todos sabemos entenderla sin ninguna dificultad. Lo anterior se torna muy grave porque un conjunto de prejuicios y concepciones espontáneas forjadas en lo cotidiano están llevando a plantearse sobre esta realidad de manera superficial, con graves consecuencias para las nuevas generaciones y la sociedad en su conjunto. La realidad muestra que llegar a entender antropológicamente la familia aparece como requisito para plantearse seriamente acerca de su impacto sobre el desarrollo humano armónico, el crecimiento de la sociedad que se vincula necesariamente con esta realidad humana y para sustentar todo intento de educación en valores que sin considerar la familia podría carecer de sustento y resultar magro en sus alcances. (Santelices Cuevas, 2001)

La realidad familiar desde una perspectiva antropológica

A partir del siglo XIX, la antropología, la etnología y la sociología se interesaron por la familia como motivo de estudio, comparando su existencia y diversidad en diferentes regiones geográficas y culturas y en distintas épocas históricas. El conocimiento científico se introducía en un tema que hasta ese entonces, como otros muchos temas, había sido patrimonio de la religión. (Santelices Cuevas, 2001)

Las teorías sobre su origen y el sentido de su constitución admitieron varias versiones. El estudio comparativo de la familia entre los diferentes pueblos y

culturas suscitó polémicas y llamativos cambios de orientación en el corazón del pensamiento antropológico. (Santelices Cuevas, 2001)

Durante el siglo XIX y principios del siglo XX, los antropólogos trabajaban bajo la influencia del evolucionismo biológico. Su idea era ordenar los datos de forma que coincidieran las instituciones de los pueblos más simples con una de las primeras etapas de la evolución de la humanidad, mientras que las de la modernidad corresponderían a las etapas más avanzadas de la evolución. Así, por ejemplo, la familia basada sobre el matrimonio monógamo que en nuestra sociedad se consideraba la institución más loable y apreciada no podía encontrarse en las sociedades salvajes, eso era propio de las sociedades típicas de los albores de la humanidad. Se inventó, caprichosamente, una periodización de la historia en etapas «primigenias» en las que rigió el «matrimonio de grupo» y la «promiscuidad».

Se acudió, por consiguiente, a una distorsión y a una interpretación errónea de los hechos. El inicio de los tiempos se explicaba por el contraste de una sociedad bárbara que desconocía las sutilezas de la vida social, presentadas como propias del hombre civilizado posterior y actual. Las diferencias entre culturas se catalogaban cuidadosamente como vestigios de un tipo más ancestral de organización social.

A medida que los estudios de arqueólogos, antropólogos e historiadores avanzaron, la acumulación de nuevos datos hizo evidente que el tipo de familia característico de la civilización actual basado en una pareja monógama, unida mediante algún ritual específico de matrimonio, establecida independientemente, cultivadora del afecto mutuo y hacia sus hijos, si bien muchas veces se presentaba sumergida en una trama de relaciones más extensas, fue siempre predominante. Esto ocurría más allá de la simpleza o complejidad de la organización social o del nivel tecnológico alcanzado (Lévi-Stauss, 1986)

El saber actual concluye que más allá de lo que pudiera haber ocurrido en un origen aun hoy inaccesible con pocas variaciones, la vida familiar estuvo presente y está presente en prácticamente todas las sociedades humanas.

“Papá, mamá y los chicos” es un fenómeno predominante de las relaciones humanas, aun en la más amplia diversidad cultural. Las excepciones a esta regla indican que si bien posiblemente no es la familia una necesidad imperiosa o natural de la vida social, ha sido históricamente una necesidad general.

Los patrones de conducta que definen rituales de unión, reproducción y crianza, compartidos de algún modo en un marco de derechos y prohibiciones sexuales, legales, económicas y en un régimen de lealtades afectivas sustentadas en el amor, el temor y un código de respetos mutuos —legitimadas por la tradición y las costumbres—, han registrado transformaciones, en general relacionadas con el modo de producción y el trabajo. Pero aun así persisten y constituyen invariantes que permiten pensar a la familia como un universal.

Familia y Psicología

El origen de la inquietud por lo psicológico se pierde en los tiempos remotos, en la mitología, la filosofía y la religión. Aquellos orígenes estaban signados por la preocupación en las relaciones del hombre con los dioses y luego en nuestro mundo y con Dios.

Podría decirse que el hombre (que entonces, obviamente era un varón) primero buscó un lugar entre los dioses del Olimpo, luego, mediante la filosofía cristiano aristotélica, se preocupó por cómo cultivar su alma dentro de un cuerpo imperfecto y, a partir del cartesianismo, se fragmentó en una conciencia pensante separada de su cuerpo.

Cuando hacia fines del siglo XIX Wundt le da a la disciplina un estatuto propio, le define una perspectiva experimentalista y una social. De ambas perdurará la experimental y persistirá como paradigma predominante un sesgo individualista de subjetividad personal y privada. Se trate del Funcionalismo, el Conductismo, la Escuela Rusa de Bechterev y Pavlov, la Teoría de la Gestalt o el Psicoanálisis, el individuo, la conducta individual y la subjetividad privada serán el objetivo de un pensamiento que no se extenderá mucho más allá del estudio y la determinación

de diferencias individuales. El contexto en el que ese individuo habitaba, quedaba en las teorías reducido al ambiente, al estímulo o a un factor desencadenante de un mundo de complejas representaciones internas.

Mientras durante la primera mitad del siglo XX la familia fue tema de estudio y de investigación de la antropología, la sociología, la historia y la historia social moderna, la psicología permaneció ausente, aun en su rama más “social”, la psicología social. Esto sorprende, pues probablemente todo psicólogo compartiría la noción de que a la persona hay que comprenderla y estudiarla teniendo en cuenta su contexto social y su mundo de relaciones. También el psicólogo medio aceptaría el lugar común de que la familia es el contexto fundacional de la vida humana y el sitio donde las personas pasan la mayor parte de esa vida.

La familia en el mundo académico

La sorpresa no es menor cuando nos acercamos al mundo académico; allí resulta que la familia, uno de los primeros contextos sociales del desarrollo humano y de los principales predictores del ajuste psicosocial de la persona, ha tenido tradicionalmente escasa o casi nula presencia en los currículos universitarios.

Aunque las actuales aplicaciones profesionales de la psicología se han extendido y abarcado disciplinas e instituciones como la comunidad, la escuela, las migraciones, el derecho de familia y la minoridad o problemas como las adicciones, la violencia familiar y de género, la inclusión social de jóvenes, etc., la familia permanece excluida o apenas nombrada como un ítem en los programas de Psicología del Desarrollo o Psicología Clínica.

El lector curioso puede remitirse a los manuales más actualizados de la disciplina o leer las propuestas de regulación académica de enseñanza de la Psicología más actuales en Argentina. En ellas el tópico apenas se menciona. Si se compara su presencia con una gran cantidad de otros temas en lo que hace a los criterios de intensidad en la formación práctica y los estándares de contenidos mínimos curriculares para la formación del psicólogo, la familia no es un tema específico de

estudio, como sí lo son el grupo y el liderazgo, las instituciones, las organizaciones y la comunidad (Argentina, 2009)

Si intentamos buscar el tema por el lado de la Psicología Social académica, una perspectiva singular de la Psicología en la cual se abordan un cúmulo de contenidos, entre los que se entrecruzan aspectos sociales, históricos, psicológicos y biológicos, es obvio que la familia debiera estar presente como un tema de estudio “estrella” en el campo. Llamativamente, no es así. Hace apenas diez años, ante la ausencia del tema en la Psicología Social “tradicional” estadounidense, afirmaban con ironía que la Psicología Social estudiaba “los grupos no familiares de individuos”. En España (García & Musitu, 2000) llamaban la atención sobre “su pobre estatus frente a otras asignaturas”.

La familia como agente terapéutico

Han pasado algo más de cien años desde que en 1896 Lightner Witmer estableció la primera clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania y poco después fundó la primera revista especializada en el tema, proponiendo una nueva profesión con el nombre de “Psicología Clínica”.

En estos cien años, cada teoría psicoterapéutica que surgió se auto postuló como basada en ciertas verdades fundamentales sobre el ser humano. Todas fueron renuentes a autoevaluarse como emergentes y contribuyentes de su contexto histórico cultural y del espíritu de su tiempo. Las teorías se convirtieron en “escuelas”, con toda la resonancia institucional, cultural, profesional y de intereses que el concepto conlleva.

Esto motivó que algunos años atrás, propusiera contemplar las psicoterapias como enmarcadas en corrientes culturales. Se refería a las teorías psicológicas y a sus prácticas psicoterapéuticas como un reflejo de corrientes culturales que le hacían de contexto a su producción. Abrió algunas hipótesis específicas acerca de la Psicología y la Psicoterapia desde una perspectiva sociológica similar a la que utilizó Kuhn para explicar la existencia y cambios de las teorías científicas en general.

(Gergen, 1991) Definió las teorías psicoterapéuticas como vinculadas a dos visiones del ser humano dependientes del momento histórico y de ciertos modos de organización social, una romántica y otra moderna. La psicología clínica romántica promovía una perspectiva teórica de difícil contrastación empírica y fundada en la creencia en una tendencia innata, inconsciente y trascendente encaminada a una realización existencial del ser humano. En sus supuestos epistemológicos, el sujeto de esa psicoterapia encierra un conflicto atemporal e inobservable, de características trágicas, del cual como un solitario gaucho de la pampa podrá emerger únicamente ayudándose en la soledad de su propio proceso terapéutico. El psicoanálisis y las terapias humanísticas coinciden con esa descripción. El terapeuta es más un testigo abstinente que un operador proactivo.

Los modelos modernistas o racionalistas se ubicaban en el otro polo, contraponiendo lo insondable con lo contrastable, observable y sujeto a verificación empírica. Inicialmente, en su forma radical, los emuladores del conductismo metodológico habían suprimido lo mental arrojando el niño con el agua de la bañera o, al decir irónico de William James, esa psicología suprimió la mente y perdió la cabeza. El paciente parecía convertirse en un manojo de reflejos. Cuando esta reducción ya se hacía insostenible, el surgimiento de la psicoterapia cognitivo-conductual en los años sesenta abrió una vía para saltar estas dificultades. Aun así, la familia no entró en sus técnicas principales.

Cerradas sus puertas en la psicoterapia individual tradicional, prácticamente debió entrar por la ventana. Ya fuera en los Estados Unidos o en la Argentina, el establishment psicoanalítico prohibía la inclusión de los parientes. En la década del cincuenta, los primeros tratamientos con parejas y familiares se realizaban (o simulaban) como investigaciones. Se comenzó a desarrollar una antropología de la vida hogareña y cotidiana de la que algunos clínicos y otros profesionales se pusieron a la cabeza. Se había empezado a hacer visible el marco familiar de los trastornos psiquiátricos.

Al trabajar los pioneros con la hipótesis de una matriz social-familiar en los problemas mentales, el marco teórico de referencia los trasladó primero hacia la

Micro sociología y la Psicología Social y luego a la necesidad de una teoría que pudiera dar cuenta del efecto que las palabras tenían en las interacciones reales, la comunicación humana en la que se delineaba la crianza y la vida cotidiana de las personas.

Con dificultad para trabajar con las familias usando los conceptos provenientes de una psicología de conductas individuales y de subjetividades “intracraneales”, los noveles “terapeutas familiares” eligieron para acercarse al “nuevo” objeto de estudio las novedosas ideas científicas que cuestionaban los enfoques tradicionales de la ciencia positiva vigente. Introdujeron en el estudio de las personas y sus familias los conceptos de la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética, la Teoría de la Información, la Nueva Lingüística y reconstruyeron la Teoría de la Comunicación, tendiendo un puente entre esas nuevas ideas y las cuestiones psicosociales y convirtiendo la familia en un laboratorio de investigación psicológica y psicoterapéutica (Bateston , 1972)

La familia empezaba a ser descripta como una “mente” compleja, un sistema constituido por patrones comunicacionales observables, recursivos y relativamente estables. Un sistema que mediatizaba las relaciones entre el ser humano, sus pensamientos y creencias y el entorno de la vida social más amplia, un sistema que se desarrollaba en un ciclo vital familiar que entrelazaba lo biológico con lo social, constituyendo la individualidad psíquica del ciclo vital personal a lo largo de toda la vida. Un sistema que, en continua adaptación a su entorno, muchas veces generaba dificultades funcionales cuyo resultado eran malestares significativos (o patologías) instalados en alguno o algunos de sus miembros.

La idea de una nueva forma de terapia surgía de hecho: si la familia podía construir la insania o los problemas, también podría participar en la construcción de la cordura o las soluciones. Como la desensibilización sistemática, la interpretación de los sueños o la corrección de esquemas de pensamiento inadaptativos, la familia ingresó al conjunto de los recursos terapéuticos. Establecimiento

Estas ideas eran excéntricas al establecimiento de la psicoterapia, tanto como los primeros terapeutas eran también marginales a él: un fotógrafo-bibliotecario como

Jay Haley, un antropólogo y epistemólogo como Gregory Bateson, un ingeniero industrial como John Weakland, un hipólogo famoso tanto por la rareza de sus intervenciones como por los éxitos de sus tratamientos como Milton Erickson, un famoso psicoanalista de niños neoyorkino que entró en herejía como Nathan Ackerman, el irreverente y solitario psiquiatra Carl Whitaker y Salvador Minuchin, un exótico médico argentino recién llegado en 1950 a Nueva York desde Entre Ríos, vía Haifa, que trabajaba con familias neoyorkinas sin casi conocer el inglés, fueron algunos de los que sentaron las bases de una “escuela de la Costa Este” y una mitológica “escuela de Palo Alto” en la costa Oeste de los Estados Unidos.

Un poco por el inicial aislamiento político-profesional en un contexto científico behaviorista y psicoanalítico, otro poco por la tendencia de todas las ideas nuevas a agruparse en “escuelas” para sobrevivir los avatares de las luchas interprofesionales, en el movimiento de terapia familiar predominó cierto dogmatismo que los llevó a plantear la necesidad de una hegemonía de la terapia familiar y cierta desvalorización de toda otra forma de terapia en el tratamiento y la resolución de los problemas mentales.

La hegemonía de la terapia familiar, reemplazando a la psicoterapia, fue un sueño corto. Lo que efectivamente ocurrió fue que se esparció por el mundo como un procedimiento elegido en exclusividad por algunos terapeutas y como auxiliar de casi todas las formas de psicoterapia ejercidas por otros. Se convirtió también en una variante de la terapia que aplicó a su quehacer como lo había sido desde su nacimiento las ideas más actualizadas del desarrollo general del conocimiento de cada momento posterior.

El impacto de la postmodernidad

Cuánto y cómo esto afectó la vida de la familia tiene su reflejo en las interacciones familiares de cada día. La rutina de la familia rural de hace cien años recibió el impacto de las migraciones a las grandes urbes, de la duplicación de la esperanza de vida, del control de la fecundidad natural y el desarrollo de la fecundidad asistida en sus múltiples variantes que incluyen hoy una potencial clonación de seres humanos, del fin del amor religioso y romántico “como amor para toda la vida”, de

la legitimación del matrimonio homosexual, del surgimiento de las familias mono parentales, homo parentales, ensambladas, etc.

Así, la familia va a tono con un estado de saturación social y diversidad de discursos en los que, más allá de las discusiones epistemológicas, la antigua pregunta humana por la verdad de las cosas se disuelve en el caos social, familiar y en el de la misma reflexividad de cada persona individual. El surgimiento de voces e identidades singulares que reclaman verdades particulares se nutrió de la duda y la quiebra de la confianza otorgada a la razón hasta los principios del siglo XX.

Esa verdad que debía guiar los pasos de la humanidad, anhelada y buscada por los empiristas de los siglos XVIII y XIX, cuyo camino fiable parecía ser el método científico, pasó a ser tanto en los círculos de pensamiento como en la vida familiar una cuestión de perspectivas o puntos de vista.

Las ideas constructivistas y construccionistas registraron y teorizaron que la realidad parecía construirse dentro de esas perspectivas y que estas son productos de intercambios y consensos surgidos en la comunicación interpersonal.

En su práctica, la terapia familiar se encontró con estos problemas en la forma de conflictos ideológicos y de valores generacionales y de género en el seno mismo de las familias. ¿Cómo construir un consenso de convivencia si una construcción de realidad es tan adecuada como cualquier otra? ¿Cómo definir criterios de crianza o de organización familiar si los referentes externos son ambiguos?

Los modelos narrativos, al reemplazar la idea de verdad por la de verosimilitud y la de realidad por la de ficción facilitaron por un lado la expresión singular y los deseos de cada uno, pero ante las necesidades de una realidad como la familiar parecen convocar a veces tanto hacia el nihilismo como hacia la parálisis. Las familias se preguntan hoy: ¿Dónde poner los niños durante el día? ¿Cuáles son las reglas de crianza ante un mundo cada vez más complejo? ¿A qué edad se puede cruzar la calle regulada por semáforos inciertos? ¿Cómo se comunica a un niño que esa legalmente señora era un varón y ahora va a tener un bebé?

La psicoterapia buscó a partir de los ochenta, desensibilizar o “identificar” pensamientos y emociones negativas y reemplazarlos mediante el descubrimiento guiado, el cuestionamiento socrático, la solución de problemas o las experiencias emocionales correctivas, es decir “poner un argumento alternativo allí donde está el defecto”, convirtiendo al paciente en un científico que no se equivoque.

Hace cien años se pensaba que si algo andaba mal era porque no se lo conocía lo suficiente o no se aplicaban bien los conocimientos disponibles, pero el siglo XXI trajo la buena nueva de que todos somos expertos y la brecha entre ciencia y cultura lega se va achicando a medida que se impone la noción de que la validez depende de las creencias o de que el yo es un cuento y se ha vuelto algo distribuido y dependiente de los accidentes de la trama social (Bruner , 2003)

Se llame posmodernidad u otra cosa, la terapia familiar y quizás toda forma de terapia se encuentra hoy ante el desafío de cumplir una expectativa social de ser un lugar de referencia en un contexto descreído de las creencias de validez general. La perspectiva sistémica construccionista se introduce en este desafío cuando cuestiona la suposición de que las palabras pueden hacer un mapa del mundo con precisión u objetivamente proponiendo que no tiene mucho sentido preguntarse si una teoría científica, una enseñanza religiosa o un sistema de ideas incluyendo el construccionismo social son verdaderos o falsos.

La palabra “familia”, procedente de la raíz latina famulus (La palabra “familia”, procedente de la raíz latina famulus (La palabra “familia”, procedente de la raíz latina que significa sirviente o esclavo doméstico), agrupaba en un principio al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. La familia era regida por el pater, quien ostentaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos.

La evolución de las sociedades ha traído consigo una evolución de conceptos que pueden considerarse clave en las mismas, siendo el concepto de “familia” uno de ellos, en la medida en que representa generalmente el grupo primario de pertenencia del individuo así como el primer agente socializador del individuo. El

proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella.

En la revista de la Facultad de Trabajo Social de Medellín Colombia (García, Bustamante, 2013), desde una aproximación sistémica, conciben la familia como: Un todo diferente a la suma de las individualidades de sus miembros, cuya dinámica se basa en mecanismos propios y diferentes a los que explican la del sujeto aislado. La familia es un sistema social natural, que puede ser estudiado en términos de su estructura, o forma, como está organizado en un momento dado y sus procesos o formas en las cuales cambia a través del tiempo.

Derechos Humanos

Entendiendo que desde la Declaración de los Derechos Humanos (1948), la familia es tomada como un núcleo fundamental de la sociedad en el cual se establecen vínculos entre los miembros. Facilitando el desarrollo individual y grupal creando una adecuada funcionalidad en el desarrollo de esta.

Identificando así la importancia de la familia para la sociedad y las ciencias humanas, es posible abordar desde la psicología en el tema para crear un entendimiento específico del estudio teórico y práctico que actualmente existe esta área.

Teniendo en cuenta que el modelo sistémico es tendencia en las investigaciones realizadas anteriormente, ya que su naturaleza y estructura científica está basada en la familia como sistema abierto que interactúa constantemente entre sus miembros y el contexto. En tanto paradigma científico, la Teoría General de Sistemas se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen. De la misma manera según la teoría general de los sistemas (TGS) siendo la base fundamental del modelo sistémico, de la cual se plantearon las categorías deductivas, que son familia como sistema, denominada por el mismo autor común conjunto relacionar entre miembros de una familia, por otro lado el subsistema que

son las relaciones directas entre miembros de la familia y por último el Supra sistema que se denomina como la interacción del sistema con el contexto.

Minuchin y Fishman (Minuchin & Fishman, 2004) maestros de la terapia familiar conciben la familia como una estructura y de esta concepción derivan el enfoque estructural en terapia de familia, y la definen así:

La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia.

Las relaciones disfuncionales, y/o patológicas que se establecen dentro de un sistema familiar, como consecuencia del abuso de alcohol de alguno de sus miembros. En primer lugar, abordaremos la problemática conyugal que resulta de este problema, identificando el papel de la pareja en el curso de esta patología, tanto su papel en el desarrollo de la adicción, como en el tratamiento.

Revisión Histórica de la terapia familiar

La Terapia Familiar, tal como la conocemos actualmente, comenzó a desarrollarse en Estados Unidos, en la década de los 50. En el año 52 fue el inicio del movimiento; por esas fechas estaban apareciendo nuevas tendencias en el campo de las ciencias sociales y de la conducta, especialmente en U.S.A. Tras la 2ª guerra mundial, se abordan los problemas en un sentido más amplio, recuperándose una visión holística. Hasta entonces, las ciencias de la conducta se habían centrado en una óptica individual, muy influidas por el Psicoanálisis, que a pesar de haber nacido en Europa, tuvo un gran desarrollo en los Estados Unidos.

Se registra el desarrollo de nuevas disciplinas-antropología, sociología- que facilitan ese desplazamiento que va a tener lugar en la Psiquiatría, de centrarse casi únicamente en los fenómenos intra psíquicos a prestar una progresivamente mayor atención a los interpersonales y sociales.

El desarrollo de la Ecología, la Cibernética, las teorías de la Comunicación, y las Ciencias de los Sistemas, van a poner las bases para la aparición de un nuevo paradigma en las Ciencias de la Conducta, el denominado Paradigma Sistémico.

Murray Bowen, psiquiatra desde el campo de la psicodinámica plantea que la esquizofrenia era “consecuencia” o el resultado de un no resuelto nexo simbiótico con la madre

El tratamiento de las familias radicalmente llegaba a hospitalizar a la familia entera como consecuencia de esta práctica descubrió que la esquizofrenia era una señal de una patología más generalizada. Crea el término de familia fusionada es decir una familia en la que sus miembros no han podido conquistar una adecuada independencia y autonomía personal al mismo tiempo señala que los síntomas se transfieren de una generación a otra “la transmisión multi generacional de los síntomas”

Otros puntos relevantes de Bowen:

- La importancia de trabajar con la familia de origen
- La triangulación como un proceso de interacción
- La patología como un expresión de la rigidez familiar
- La posibilidad de cambiar al sistema si uno de los miembros lograba hacer un cambio personal o individual.

Lyman Wynne, (Gavancho Terrazas, 2018) psiquiatra y psicoanalista uso énfasis en el estilo comunicacional de la familia, sus investigaciones buscaban eliminar la “culpa” de los padres sobre la esquizofrenia de sus hijos. Intuyo la existencia de mecanismos hemostáticos en la familia a los que llamo “coaliciones cambiantes en el sentido de que determinados miembros de la familia adoptaban o tomaban “partido” unos contra otros pero sin ninguna constancia, sino más bien de un modo tal que nadie podía estar seguro sobre la fidelidad de los demás

(Akerman, 1969) Psiquiatra infantil se le considera como el precursor de la terapia familiar por ser el primero en incluir en su enfoque terapéutico, otorgándoles la misma importancia a los conceptos intra psíquicos e interpersonales. Sostiene que el conflicto interpersonal precede al conflicto intra psíquico, que no es el resultado de conflictos interpersonales interiorizados. Su terapia denominada “integrativa” tiene un puente entre los terapeutas de orientación meramente intra psíquica y los

terapeutas que aplican la “teoría de sistemas. Afirma además que la patología familiar se debe a la falta de adaptación a nuevos roles establecidos por el desarrollo de la familia. Amplio el marco de referencia del psicoanálisis tradicional enfocándolos en el contexto del grupo social y cultural, revaluando los factores instintivos y sociales.

Metodologías de abordaje de terapia familiar

La Teoría Familiar Sistémica de Bowen (Kerr , 2018) es una teoría del comportamiento humano en la que se concibe la familia como una unidad emocional. Esta teoría utiliza el pensamiento sistémico para describir las complejas interacciones dentro de la unidad. La familia, por naturaleza, hace que sus miembros estén intensamente conectados emocionalmente. A menudo las personas se sienten distanciadas o desconectadas de su familia, pero esto es más un sentimiento que un hecho. Las familias afectan tan profundamente los pensamientos, los sentimientos y las acciones de sus miembros, que a menudo parece que las personas vivieran bajo la misma “piel emocional”. Constantemente, las personas solicitan la atención, aprobación y apoyo de los demás, y reaccionan a las necesidades, expectativas y molestias que perciben de los otros. La vinculación y la reactividad hacen que el funcionamiento de los miembros de la familia sea interdependiente. Un cambio en el funcionamiento de una persona es previsiblemente seguido por cambios recíprocos en el funcionamiento de los demás. Las familias difieren en el grado de interdependencia, pero en cierta medida siempre está presente.

Es de suponer que la interdependencia emocional evolucionó para promover la cohesión y cooperación que las familias requieren para proteger, refugiar, y alimentar a sus miembros. Sin embargo, el aumento de las tensiones puede intensificar los procesos que promueven la unidad y el trabajo en equipo, y esto a su vez puede causar problemas. Cuando los miembros de la familia se ponen ansiosos, la ansiedad puede propagarse y aumentar de manera infecciosa. A medida que aumenta la ansiedad, la conexión emocional de los miembros de la familia deja de ser reconfortante y se vuelve estresante. Eventualmente, uno o más miembros se sienten abrumados, aislados o fuera de control. Estos miembros representan a las personas que dentro del grupo familiar se acomodan con el

objetivo de reducir la tensión en los demás. Es una interacción recíproca. (Kerr , 2018)

Por ejemplo, una persona asume la responsabilidad de la molestia que otros sienten hacia ella porque no es capaz de responder a las expectativas poco realistas que le han impuesto. Otro ejemplo es cuando una persona cede demasiado control de su pensamiento y toma de decisiones a otros, quienes ansiosamente le dicen qué hacer. La persona que más se acomoda es la que literalmente “absorbe” la ansiedad del sistema, y por ende, es el miembro de la familia más vulnerable a síntomas como depresión, alcoholismo, adulterio, o enfermedad. (Kerr , 2018)

El Dr. Murray Bowen, médico psiquiatra, dio origen a esta teoría y a sus ocho conceptos entrelazados. Enunció su teoría, usando el pensamiento sistémico, para integrar conocimiento de la especie humana como producto de la evolución con los conocimientos obtenidos en su investigación familiar. Una idea central es que el sistema emocional, que evolucionó a lo largo de varios billones de años, gobierna el sistema de relaciones humanas. Las personas tienen un “cerebro pensante”, lenguaje, una psicología compleja y una cultura, pero las personas también hacen todas aquellas cosas ordinarias, propias de todas las demás formas de vida. El sistema emocional afecta la mayoría de las actividades humanas y es el principal motor en el desarrollo de problemas clínicos. El conocimiento del modo en que el sistema emocional interviene en nuestra familia, nuestro trabajo, y nuestros sistemas sociales, nos revela opciones nuevas y más efectivas para resolver problemas en cada una de estas áreas. (Kerr , 2018)

En cuanto al tipo concreto de intervención familiar que puede llevarse a cabo, el Protocolo de Mejora de Tratamiento del Departamento de Salud de los Estados Unidos (Center for Substance Abuse Treatment, 2004) diferencia entre 5 niveles de intervención familiar: Implicación escasa o nula con la familia, psico educación, facilitación de la expresión de sentimientos y prestación de apoyo, asesoramiento sistemático e intervención planificada y terapia familiar.

- Factores dependientes del profesional. La experiencia y formación determinan tanto la comodidad, como la competencia de un determinado profesional a la hora de realizar un determinado tipo de intervención.
- Factores dependientes de la familia, como las necesidades de la misma y su capacidad de cambio.

Se hará especial énfasis en la psicoeducación, por considerar que supone un tipo de intervención especialmente interesante, ya que muchas familias presentan carencias en lo que se refiere a conocimientos básicos (qué es una droga, qué tipos de drogas existen y qué efectos tienen, en qué consisten realmente los problemas de abuso y/o la adicción, qué implica un tratamiento y cuáles son sus fases y limitaciones, etc.). Este tipo de abordaje parte de un enfoque positivo, que subraya el papel de la familia como agente terapéutico activo en el proceso del tratamiento del individuo enfermo, por tanto el objetivo de este tipo de programas es orientar y ayudar a la familia a identificar con claridad el problema, sus causas, el curso y cómo se desarrolla, cuáles son sus síntomas y tratamientos empleados para que así puedan intervenir en cierta medida en el proceso de mejora y curación de sus hijas/os. La psicoeducación es un tipo de intervención necesario para todo tipo de familias, aunque su mayor indicación según algunos autores, sea en las familias funcionales siendo preferente la terapia familiar o la no intervención en otro tipo de familias, como las aglutinadas o desintegradas. (Calvo Botella , 2007) En cualquier caso, es conveniente explorar en todas ellas (tabla 2) lo referente a estructura y relaciones familiares, grado de afectación por la problemática, expectativas, nivel de implicación, etc. (Calvo Botella , 2007)

Las áreas de interés en la evaluación de familias en el ámbito de las conductas adictivas según el Departamento de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica, Center for Substance Abuse Treatment 2004) son: Genograma, aspectos estructurales y relacionales, Cohesión familiar, conocimientos generales sobre drogas y adicción, conocimientos específicos sobre el problema de drogas del familiar, consecuencias del problema de drogas en la familia, Expectativas ante el tratamiento, Grado de implicación al que la familia puede comprometerse, En qué medida el paciente acepta la implicación familiar, Importancia otorgada por la familia al propio papel en el proceso de rehabilitación, Tratamientos previos, en qué

medida el paciente acepta la implicación familiar, importancia otorgada por la familia al propio papel en el proceso de rehabilitación, toma de decisiones y medidas previas respecto del problema de drogas y resultados, estilos educativos, comunicativos generales del sistema familiar, antecedentes psiquiátricos y/o de consumo de drogas en la familia, incluidos consumos sociales y medicación psicoactiva prescrita, estresores adicionales pasados y presentes que afecten o hayan afectado al sistema familiar. - Red de apoyo de la propia familia.

- La intervención se centra en la planificación de los objetivos que proporcionen los medios prácticos para eliminar dichos patrones interactivos que están directamente vinculados a las conductas que muestra el adolescente (abuso de drogas u otras conductas problema).

Dinámica familiar de la persona alcohólica

La familia es afectada cuando uno o más miembros son adictos activos, perturbando su funcionamiento, la dinámica de las relaciones, la comunicación y la conducta de sus miembros cambian y se hacen disfuncionales como resultado del proceso adictivo en algunas ocasiones se desarrolla un sistema de conductas que apoyan el desarrollo de la adicción. (Alvarado, 2018)

Es importante mencionar que dentro de la familia se evidencia la desorganización y el caos, los roles de sus miembros suelen estar distorsionados o ser muy confusos, problemas de comunicación.

Terapia Cognitivo Conductual y Entrevista Motivacional que ayuda a los usuarios a comprender los pensamientos y sentimiento que influyen en su comportamiento. En la práctica psicoterapéutica resultan ser eficaces en el tratamiento de las adicciones.

Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) es un tratamiento integrador que mezcla la terapia familiar, terapia individual, asesoramiento sobre drogas y enfoques de intervención múltiple. Trabaja en cuatro dominios en el desarrollo intrapersonal y relacional, funcionamiento individual de los padres así como la educación de sus hijos, modelos transaccionales de la familia y los sistemas extra familiares como la escuela y el sistema judicial de menores. (Espinoza, 2018)

Utilizando un enfoque social ecológico para alterar los múltiples factores de riesgo que crean y mantienen el consumo de drogas por los adolescentes. Trabaja activamente tanto en el hogar como en la comunidad para capacitar a los padres. (Espinoza, 2018)

Terapia Familiar Funcional (FFT) es un enfoque basado en la conducta de terapia familiar orientada a sistemas que tienen como objetivo alterar los patrones familiares que mantienen los problemas de los adolescentes. El tratamiento tiene como objetivo cambiar las interacciones familiares negativas y usa intervenciones conductuales para reforzar las formas positivas de respuesta y las estrategias más eficaces de resolución de problemas dentro de la familia.

La intervención FFT está ampliamente introducida en las clínicas de salud mental y de atención a los jóvenes en todo el país y en Europa, lo que demuestra una esperanza considerable en transportar los esfuerzos por aumentar el uso de prácticas basadas en la evidencia.

Terapia Familiar Estratégica Breve (BSFT) El modelo es una intervención enfocada en la solución de problemas y usualmente se lleva a cabo entre 12 a 26 sesiones semanales. Las intervenciones son organizadas en cuatro dominios para facilitar el cambio, y son planificadas y realizadas en fases de tratamiento para lograr objetivos específicos en diferentes momentos durante el tratamiento. Las primeras sesiones se caracterizan por ser intervenciones de acompañamiento con la intención de establecer una alianza terapéutica con cada miembro de la familia y con la familia como un todo. Las primeras sesiones también incluyen intervenciones de seguimiento y representación diagnóstica diseñadas para identificar sistemáticamente las fortalezas y debilidades familiares y desarrollar un plan de tratamiento. Por la naturaleza estratégica y enfocada en los problemas del modelo BSFT, el terapeuta solo trabaja los patrones de interacción familiar relacionados directamente a los problemas que trajeron a la familia al tratamiento. (Zarate, 2015)

La fase final de la BSFT es la reestructuración, en donde el terapeuta mueve a la familia a un patrón de funcionamiento más saludable. Como las familias a menudo entran al tratamiento con una visión negativa del problema y del paciente identificado, antes de que tenga lugar la reestructuración se utilizan intervenciones

de reformulación para reducir la negatividad y el conflicto familiar y crear un sentido de esperanza o posibilidad para el cambio positivo. (Zarate, 2015)

La BSFT se ha utilizado con pacientes ambulatorios y con pacientes en unidades de día y comunidades terapéuticas. Además de incidir sobre el consumo y las conductas problema en casa y en la escuela, la BSFT aborda la conducta agresiva, el comportamiento violento, la percepción de riesgo y el riesgo real en aspectos relacionados con la sexualidad, el acercamiento a pares antisociales y la delincuencia. (Espada, 2018)

Los principios generales que desarrolla este enfoque terapéutico son:

- La familia es un sistema y por lo tanto lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar. Según el enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas problema que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente.
- Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia. Dichos patrones son conductas de interacción habituales que se repiten en el tiempo.

La negación de la enfermedad, negligencia e inconsistencia en la funciones parentales, estados de ánimo son altamente variables, maltrato verbal, físico y psicológico, periodos intensos y prolongados de tensión en los que abundan acontecimientos vitales estresantes y la ruptura familiar es el punto culminante en muchos casos si la enfermedad no se trata adecuadamente. (Alvarado, 2018)

Terapia breve de familia.

Los desórdenes provocados por el uso de sustancias no se producen aisladamente. Para muchos individuos las interacciones con la familia de origen así como con la familia actual provocó una dinámica para el uso de sustancias. Las interacciones con los miembros de la familia pueden agravar o perpetuar al problema o ayudar a resolverlo. La terapia de familia sugiere que cuando el cliente se expone a señales de abuso de sustancias es influido fuertemente por la familia, los comportamientos de los miembros o su comunicación con ellos. Para comprender estos factores el terapeuta considera en la familia diversos factores estructurales y como ellos

contribuyen al abuso de sustancias (jerarquía de poder, roles, comunicación, etc.). Mediante la terapia de familia el clínico puede ayudar a identificar las áreas disfuncionales y reemplazar la comunicación disfuncional por una comunicación clara, directa y efectiva¹². Se ha comprobado la efectividad de utilizar este tipo de terapia²². La terapia breve de familia es una opción que puede utilizarse: a) cuando se trabaja en un problema específico en la familia, b) cuando las metas se centran en un foco de interacciones actuales, c) cuando la familia puede beneficiarse de la enseñanza y la comunicación para entender mejor el desorden del abuso de sustancias. (Sánchez & Gradoli, 2001)

El uso de drogas en la adolescencia parece depender más de la calidad de las relaciones padres-adolescentes que de otros factores. Por lo que, en el tratamiento con adolescentes, en vez de procurar una separación entre el PI y los padres, la familia se conserva intacta y se efectúan desplazamientos dentro de la composición dada. Ello exige el uso de técnicas más estructurales tales como la representación y el desequilibrio (Stanton & Todd, 2006). Sin embargo, tanto en PI adultos o adolescentes, tiene suma importancia que los padres trabajen juntos, reforzando la jerarquía generacional de la familia. En las familias de adultos jóvenes, el énfasis en el control parental suele ser una etapa transitoria dentro del proceso de abandono del hogar, mientras con los jóvenes abusadores la meta consiste en alcanzar una jerarquía hogareña intacta que se mantenga al final de la terapia. Se utilizan técnicas tales como: el reencuadre, la representación, la intensidad, el desequilibrio, la búsqueda de fortaleza, la complementariedad etc.

En la medida en que los problemas que rodean al alcoholismo van produciendo más y más incoherencia en el hogar, es típico que la conducta de los miembros no alcohólicos de la familia constituya un intento por volver a estabilizar el sistema familiar. Los miembros de este sistema familiar actúan y reaccionan de maneras que hacen que la vida sea más fácil y menos dolorosa para ellos. Por ello la familia adopta roles disfuncionales que los llevan a sobrevivir la enfermedad de uno de sus miembros. A continuación se presenta una breve descripción de los roles disfuncionales en la familia del alcohólico: (Alvarado, 2018)

1). El rescatador: este miembro se encarga de salvar al adicto a los problemas que resultan de su adicción. Son los que inventan las excusas, pagan las cuentas, llaman al trabajo para justificar ausencias, etc. Ellos se asignan a sí mismos la tarea de resolver todas las crisis que el adicto produce. De esta manera promueve el autoengaño del adicto, manteniéndolo ciego a las consecuencias de su adicción y convencido de que no existe ningún problema con su uso. (Alvarado, 2018)

2). El cuidador: ellos asumen con ímpetu todas las tareas y responsabilidades que puedan, con tal de que el adicto no tenga responsabilidades, o tenga las menos posibles. Ellos actúan así convencidos de que al menos "las cosas están andando". Lo que no pueden ver es que esto, los carga con tareas que no les corresponden y con responsabilidades que no son suyas, produciendo una sobrecarga que afecta su salud. Esto a su vez promueve la falta de conciencia en el adicto, del deterioro que produce la adicción en su funcionamiento. (Alvarado, 2018)

3). El rebelde: la función del rebelde u oveja negra, es desenfocar a la familia y atraer la atención sobre sí mismo, de modo que todos puedan volcar sobre él su ira y frustración.

4). El héroe: él también está empeñado en desviar la atención de la familia hacia él, a través de logros positivos. De esta manera hace que la familia se sienta orgullosa, y ayuda a la familia a distraer la atención que tiene sobre el adicto. (Alvarado, 2018)

5). El recriminador: esta persona se encarga de culpar al adicto a todos los problemas de la familia. Esto sólo funciona para indignar al adicto, brindándole así una excusa perfecta para seguir consumiendo. (Alvarado, 2018)

6). El desentendido: usualmente es tomado por algún menor de edad que se mantiene "al margen" de las discusiones y de la dinámica familiar. En realidad es una máscara que cubre una gran tristeza y decepción que es incapaz de expresar. (Alvarado, 2018)

7). El disciplinador: este familiar presenta la idea de que lo que hace falta es un poco de disciplina y arremete al adicto, ya sea física y/o verbalmente. Esta actitud nace de la ira y frustración que se acumulan en la familia del adicto y de los sentimientos de culpa que muchos padres albergan por las adicciones de sus hijos (Aizpún, 2005). La dinámica de las familias alcohólicas se caracteriza por ser familias generalmente inflexibles en donde las reglas, por lo general, son inhumanas lo que hace que sus miembros se sientan confundidos e inútiles. En cuanto a los límites, estos tienden a ser rígidos o inexistentes. La comunicación es indirecta y encubierta en donde los sentimientos carecen de valor. Promueven la rebelión y la dependencia teniendo como consecuencia que sus miembros sean incapaces de resolver conflictos, por lo tanto, el resultado es inapropiado y destructivo. (Alvarado, 2018).

Características de la familia del adicto

Entre las características de la familia del usuario con trastorno por uso de sustancias se pueden enumerar las siguientes.

1. Fusión con un Progenitor: En ocasiones, hay un progenitor (fundamentalmente la madre) que se ha solapado con su hijo/a adicto/a, incluso aunque éste sea adulto, y se ha establecido una relación de dependencia y sobreprotección. (Gutiérrez, 2018)

Algunos ejemplos de casos reales: “Mi hijo ha dependido de mí siempre”, “mi madre no corta el cordón umbilical, parece que no quisiera que creciera, y así me tiene que cuidar toda la vida”, “se comporta como un adolescente” (Gutiérrez, 2018)

2. Ausencia o poca consistencia en cuanto a los límites y consecuencias: En la familia del adicto, no se han establecido unos límites o consecuencias claras en relación a los comportamientos que son aceptados o no en el hogar. Por ejemplo, algo habitual es que se paguen las deudas que el adicto acumula: “si no le pago lo que debe, le podría pasar algo”, “yo le doy algo de dinero ya que no tiene ingresos”. O que no tenga ningún tipo de responsabilidades en la casa: “le sigo haciendo yo la cama” (Gutiérrez, 2018)

3. Diferencias de actuación entre miembros: en la misma familia del adicto suelen existir distintos roles. (Gutiérrez, 2018)
4. Prevalece la acción frente a la palabra: malos entendidos, confusión, contradicción entre los hechos y las palabras.
5. Secretos Familiares/ocultación: “Para qué preocupar al resto...”, “qué pensarán de nosotros”, “mejor no lo contamos a...”. El secreto aísla aún más a la familia del adicto.
6. Rol codependiente: suele haber en la familia del adicto una persona que está muy ligada a él, y que acaba organizando su propia vida girando en la del adicto. Ejemplo: “Hasta que no viene no me acuesto”, “es muy débil, necesita de mi ayuda” (Gutiérrez, 2018)
7. Sentimientos de la familia del adicto: Culpa, vergüenza, tristeza, enfado, miedo, desconfianza, impotencia. (Gutiérrez, 2018)
9. Ambivalencia en cuanto a las soluciones: pensar que es posible y a la vez no lo es que deje de consumir. “Es incurable, no va a servir de nada esto, puede ser que lo acabe dejando”. (Gutiérrez, 2018)
10. Otro miembro de la familia es “exitoso”: normalmente en la familia del adicto se da que uno de los hermanos es todo lo contrario al adicto, es responsable, exitoso, tiene una vida equilibrada... Esto levanta muchos celos en el adicto (Gutiérrez, 2018)

Aportes Investigativos

Se han realizado investigaciones sobre la efectividad de la terapia familiar en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, entre las que encontró que Fernández y colaboradores (Fernández, 2006) La incorporación de una perspectiva de género en la atención del consumo de drogas y la violencia familiar Entre los antecedentes que el presente estudio tiene, vale mencionar que en las familias con problemas de consumo de drogas atendidas en Centros de Integración Juvenil, se

han encontrado características comunes en sus formas de relación, sus patrones de género y las construcciones explicativas de su situación.

Entre éstas destacan el alto nivel de tolerancia en las familias con respecto al abuso de alcohol, la tolerancia mostrada frente al uso de drogas, la escasa percepción de riesgo en que se encuentran los hijos frente a la oferta de consumo, la baja percepción de daño asociado a la experimentación con drogas legales y “blandas”, algún tipo de violencia familiar y una serie de trastornos psicosociales asociados al consumo de drogas. (Fernández, 2006)

De éstos destacan la depresión y la ansiedad entre las madres de los usuarios, el abuso de alcohol y los malestares físicos crónicos en los padres, antecedentes de trastorno por déficit de atención en los usuarios, trastornos de conducta antisocial en el usuario o en alguno de los hermanos, trastornos de la alimentación, sobre todo en las mujeres de la familia, entre otros. El trabajo de estos estudios ha sido con familias de clases marginadas que han estado expuestas a situaciones psicosociales desfavorables, como vivir en zonas de pobre urbanización, con alta disponibilidad de sustancias psicoactivas, presencia de violencia urbana e incluso conductas delictivas, bajas oportunidades educativas y laborales, y un limitado acceso a los servicios de salud. (Fernández, 2006)

Todas estas situaciones favorecen la pauperización familiar, disminuyen las condiciones de posibilidad e incrementan la vulnerabilidad familiar; de igual forma, se incrementan las probabilidades de deterioro de las relaciones familiares y de que los integrantes se incorporen a situaciones escalonadas de mayor complejidad, como el consumo de drogas. Entre las características relacionales que definen estas familias se observa la repetición de patrones disfuncionales que se han incorporado a su vida cotidiana en por lo menos tres generaciones, como el abuso de alcohol o drogas en el padre o algún adulto varón significativo en la familia, la depresión materna, la formación de coaliciones intergeneracionales para enfrentar los conflictos, los roles estereotipados de género y la violencia conyugal y/o familiar. La experiencia con estas familias nos ha devuelto que una de las principales dificultades para abandonar el consumo y buscar nuevas alternativas de relación ha sido la ausencia de una matriz social que les brinde contención y apoyo social, la carencia de redes sociales ya sean informales (comunitarias) o formales

(institucionales) son una constante, o por el contrario los integrantes de la familia están inmerso en una matriz social disfuncional caracterizada por la distribución y consumo de drogas, patrones de violencia, etcétera. (Fernández, 2006)

Por su parte, hemos podido constatar el doble estigma de la mujer que consume drogas, a quien no sólo se le juzga socialmente de manera desigual que a los hombres, sino que cuando se decide buscar un tratamiento para su adicción, con frecuencia tiene que enfrentar en las instituciones de salud, la misma ideología sexista que la condena. Así pues, en las familias en las que se presenta una adicción, se observa que existen múltiples y diversos factores generadores de estrés psicosocial, por lo que se ha reconocido la imposibilidad de atender el problema específico de la adicción de manera independiente, sin considerar una multiplicidad de aspectos que entran en juego. (Fernández, 2006)

En anteriores propuestas los autores han apuntalado la creación de una estrategia de abordaje terapéutico que cuestione los discursos sociales hegemónicos en la construcción de la subjetividad femenina y masculina, que han contribuido por años a mantener la violencia de género y familiar, basada en los estereotipos de género. Abogan en estos estudios por una nueva construcción de la identidad femenina y masculina, la desmitificación de los estereotipos, la equidad de género, la libre elección de identidad, la tolerancia y el respeto, etcétera. (Fernández, 2006)

Propusieron desde entonces recuperar las virtudes de las dos estrategias terapéuticas de la terapia familiar, la sistémica-estructural y la narrativa-constructivista, nombrándola terapia familiar sistémico-narrativa, en la cual se busca no sólo la comprensión de la estructura y la organización relacional del sistema familiar, sino también la deconstrucción del discurso de cada sujeto y de la familia. (Fernández, 2006)

También se planteó desde entonces la inclusión de un equipo terapéutico conformado por profesionales de ambos sexos, bajo el supuesto de que el análisis de la construcción de género de cada terapeuta ayudaría a evitar los sesgos sexistas durante el proceso terapéutico. Cabe señalar que en una fase previa, se realiza un diagnóstico por un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. En dicho diagnóstico se realiza: entrevista inicial, historia clínica, entrevista psicológica (en la que se incorpora el

genograma como recurso visual para identificar aspectos importantes en las relaciones familiares), examen físico neurológico y estudio socioeconómico; servicios en los que se da seguimiento a los hallazgos correspondientes, por ejemplo, si se identifica comorbilidad asociada, alteraciones neurobiológicas, síntomas que sugieran diversas enfermedades, entre otras, se programan citas médicas de manera alterna a las intervenciones de terapia familiar, como farmacoterapia y diferentes modalidades de psicoterapia individual. (Fernández, 2006)

Todos estos estudios que anteceden este trabajo permitieron continuar ampliando la comprensión sobre el problema del consumo de drogas, especialmente entre los jóvenes mexicanos. Al mismo tiempo, el compromiso y preocupación por el fenómeno de las adicciones, obliga a continuar con la búsqueda de nuevas ideas y experiencias para seguir desarrollando un modelo teórico y técnico que pueda enriquecer el trabajo terapéutico con las personas que abusan de las drogas y sus familias (Fernández, 2006)

En 1989 un estudio de 250 familias con adolescentes delincuentes y usuarios de drogas en la ciudad de Guadalajara se encontró que el 71.2 % de los padres vivían en pareja, sólo en un 1.2% estaban divorciados, y el 19.2% estaba separado, en dicho estudio, el 34.8% de las madres trabajaban. (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2007)

En 1990 con una muestra de 100 familias con características similares, no se encontró a ninguna pareja divorciada. Once de las parejas de la muestra estaban separadas, es por ello que en ocasiones el hecho de que la familia de un adicto sea problemática y conflictiva es una importante razón para empezar a trabajar con ella. Si no lo es, la disposición al tratamiento puede hacer que el problema sea más fácil de redefinir y por tanto de solventar. (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2007)

Investigación de la Terapia Familiar Estratégica Breve (BSFT) se basa en estudios previos que muestran resultados impresionantes usando estrategias de participación estratégicas-estructurales con niños hispanos con problemas y sus familias. (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2007)

Recientemente Santisteban, Muir, Mena y Mitrani (2003) reportaron los resultados de un ensayo clínico con 126 hispanos adolescentes involucrados en drogas, demostrando que la BSFT era superior al grupo de terapia en la reducción del consumo de marihuana (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2007).

En el 2002 Liddle utilizando la Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) retuvo el 97% de los jóvenes en tratamiento durante su arresto en comparación con el 55% en los servicios habituales, retuvo al 87% de los jóvenes en tratamiento ambulatorio después de su liberación. (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2007)

A pesar de los considerables avances metodológicos existen limitaciones inherentes en la mayor parte de la investigación. Todavía son frecuentes pequeños tamaños de la muestra, ya que los modelos estadísticos más poderosos (por ejemplo, curva de crecimiento latente de modelado y las variantes) requieren cientos de participantes para modelar con precisión los cambios a través del tiempo, y en particular para vincular los procesos dentro del tratamiento a los resultados a largo plazo. La mayoría de los estudios examinan los cambios hasta los 12 o los 18 meses como máximo, sin embargo, el consumo de drogas se considera actualmente como una enfermedad de recaída crónica que puede necesitar años para lograr una recuperación total. En vista del impulso negativo en cascada creado por la profunda implicación con las drogas puede ser ingenuo esperar que un episodio de tratamiento produzca y sostenga cambios de vida radicales (Rowe, 2013)

Para el 2010, Martin, Lewia, Josiah y Sinnott, estudiaron como la integración de los miembros de la familia al programa de rehabilitación de un usuario o adicto a drogas y/o alcohol, colabora en que el mismo cumpla con el programa y su tratamiento completo. La investigación se llevó a cabo en el Crossroads Center Antigua, que es un centro internacional para adictos en tratamiento de drogas y alcohol en Antigua y Barbuda en el noreste del Caribe. El mismo está compuesto de un programa residencial de 29 días, donde existen 32 camas en sus facilidades, el tratamiento está enfocado en el programa de 12 pasos, con base en la abstinencia y en una modificación del modelo de Minnesota. Los clientes en su mayoría son de Estados Unidos (75%), de regiones del Caribe (15%) y del Reino Unido y Canadá y otras áreas en un (10%). Se evaluaron los expedientes o registro de clientes desde enero

del 2004 a junio del 2007, la información tomada en cuenta para la investigación, fue la de los clientes que sus miembros de familia se habían involucrado en el modelo de tratamiento, en comparación con los clientes en donde sus familiares no habían participado del tratamiento utilizando un chi cuadrado y dos muestras para prueba T como método estadístico. (Mélendez, Cortés, 2012)

La familia, como primer núcleo significativo de construcción de identidad, ha venido ganando un lugar indispensable en la intervención terapéutica de los problemas de consumo de sustancias psicoactivas; su inclusión se constituye en un factor clave en el éxito de un proceso terapéutico no solo por lo que puede verse afectada frente a esta situación, sino por la manera en que participa en la génesis y mantenimiento de esta problemática ; ello implica redefinir el problema del consumo Terapia familiar en problemas de adicción: narrativa conversacional de sustancias psicoactivas como una realidad compleja que requiere para su comprensión una lectura relacional, contextual y ecológica, buscando la transformación y el cambio del sistema familiar, así como de otros sistemas involucrados. Diferentes modelos han sido presentados desde lo sistémico para el abordaje de la terapia familiar basándose en los modelos estructural-estratégico, en la escuela de Milán y, más recientemente, en los enfoques construccionistas ; en esta línea, y proponiendo la narrativa conversacional como dominio explicativo y método de intervención, algunos autores señalan que en los procesos narrativos conversacionales mediante los cuales las familias en el trasfondo de la vida cotidiana organizan y dan sentido a las circunstancias y sucesos de la vida personal y familiar se configuran identidades, dinámicas relacionales y semánticas familiares que privilegian versiones del sí mismo en las que surge y se mantiene el consumo de sustancias psicoactivas como problema. Asimismo, en el contexto de la terapia familiar, los procesos narrativos conversacionales que se dan en ella posibilitan la emergencia de derivas semánticas, de relatos re configurantes de la identidad y de las dinámicas relacionales asociadas al consumo de sustancias psicoactivas viabilizando la diversidad del self y la construcción de autonomía en los miembros de la familia. (Riveros, Reina & Garzón, De la Verda, 2014)

Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas

La ejecución de la Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas inicia en enero de 2009, al concluir la Estrategia Nacional contra las Drogas 2004-2008; formalizando la iniciativa gubernamental que expresa la voluntad política del Estado destinada a coordinar y fortalecer las políticas públicas, así como las estrategias y acciones que se llevarán a cabo a nivel nacional y municipal, dentro de una visión común, compartida y concertada para enfrentar de una manera eficaz y eficientemente el problema de las drogas. (SECCATID, 2009)

La formulación de la política fue coordinada por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas, SECCATID, por instrucciones de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de las Drogas, CCATID, ente rector encargado de estudiar y decidir las políticas nacionales para la prevención y tratamientos de las adicciones, así como para la prevención de las acciones ilícitas vinculadas con el tráfico de drogas en todas sus formas y actividades conexas, establecida en la Ley Contra la Narcoactividad (SECCATID, 2009).

La política propone el involucramiento y participación de la sociedad civil y la comunidad internacional como actores que coadyuvan al desarrollo de las acciones estratégicas planteadas, partiendo de principios rectores como lo son la corresponsabilidad, integralidad, consenso, descentralización, comunicación, contenido social, e investigación; asimismo, se plantean cinco ejes fundamentales de acción: Económico social, reducción de la oferta, reducción de la demanda, fortalecimiento jurídico e institucional y comunicación. (SECCATID, 2009)

El Plan Nacional Antidrogas 1,999-2,003, es el reflejo del esfuerzo coordinado de instituciones del Estado y los Organismos no Gubernamentales ONG's. Éste se constituyó en una estrategia que involucra a las instancias que se relacionan con el trabajo de prevención, tratamiento, rehabilitación, control y persecución penal, a fin de maximizar los esfuerzos en la consecución de las políticas nacionales, coordinando y sistematizando la información. Como objetivo en el Plan Nacional se planteaba el establecimiento de una red de coordinación e información que fuera sostenible y que conjugara la participación de todos los sectores que iban desde

instancias de gobierno y organizaciones no gubernamentales a Organismos de Cooperación Nacionales e Internacionales, para focalizar y canalizar los recursos disponibles, en la perspectiva de la prevención, rehabilitación, control de las adicciones y el tráfico ilícito, así como, la disminución de los índices de producción, transporte y consumo de sustancias psicotrópicas en el país. (SECCATID, 2009)

Dentro del Plan se constituyeron dos áreas estratégicas: 1. La reducción de la demanda. 2. La reducción de la oferta. Para el primero, se estableció como ámbitos de acción: la prevención, tratamiento y rehabilitación; para el segundo: el control del narcotráfico, fiscalización de químicos y desvío de precursores, lavado de activos, desarrollo alternativo y desarrollo jurídico. (SECCATID, 2009)

En lo referente al tratamiento y rehabilitación, las acciones se dirigieron a la coordinación, a poner en marcha el Centro de Tratamiento Ambulatorio, a la participación en actividades de la región centroamericana y acatamiento de la normativa vigente. En el ámbito de la coordinación se realizaron acciones integradas de tratamiento y rehabilitación con organizaciones no gubernamentales y entidades de gobierno. Con el centro de tratamiento ambulatorio, se llevaron a cabo actividades terapéuticas, individuales y grupales con los usuarios. Asimismo, actividades dirigidas a familiares y a la recuperación del drogodependiente, contribuyendo con ello a la reducción de la desintegración familiar en nuestro país. En el ámbito regional el Centro de Tratamiento se convirtió en el Centro de Enlace con la Red Centroamericana de Instituciones de Tratamiento. (SECCATID, 2009)

En lo que respecta al tratamiento y rehabilitación, la adicción se debe a un cruce de condiciones variables que se encuentran circundantes a las personas, entre los que destaca el incremento en la disponibilidad de drogas, principalmente porque los narcotraficantes pagan en especie y no en dinero la alienación; el consumismo y vacío existencial que propaga la sociedad actual, entre otros factores, aunque debe tenerse en cuenta que en el origen del problema de consumo de drogas también tienen incidencia otros factores o predisponentes de tipo individual, como lo son: problemática familiar; problemas de desempleo; abandono; baja autoestima; soledad; violencia, y abuso (físico y psicológico) (SECCATID, 2009)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Sujetos de investigación

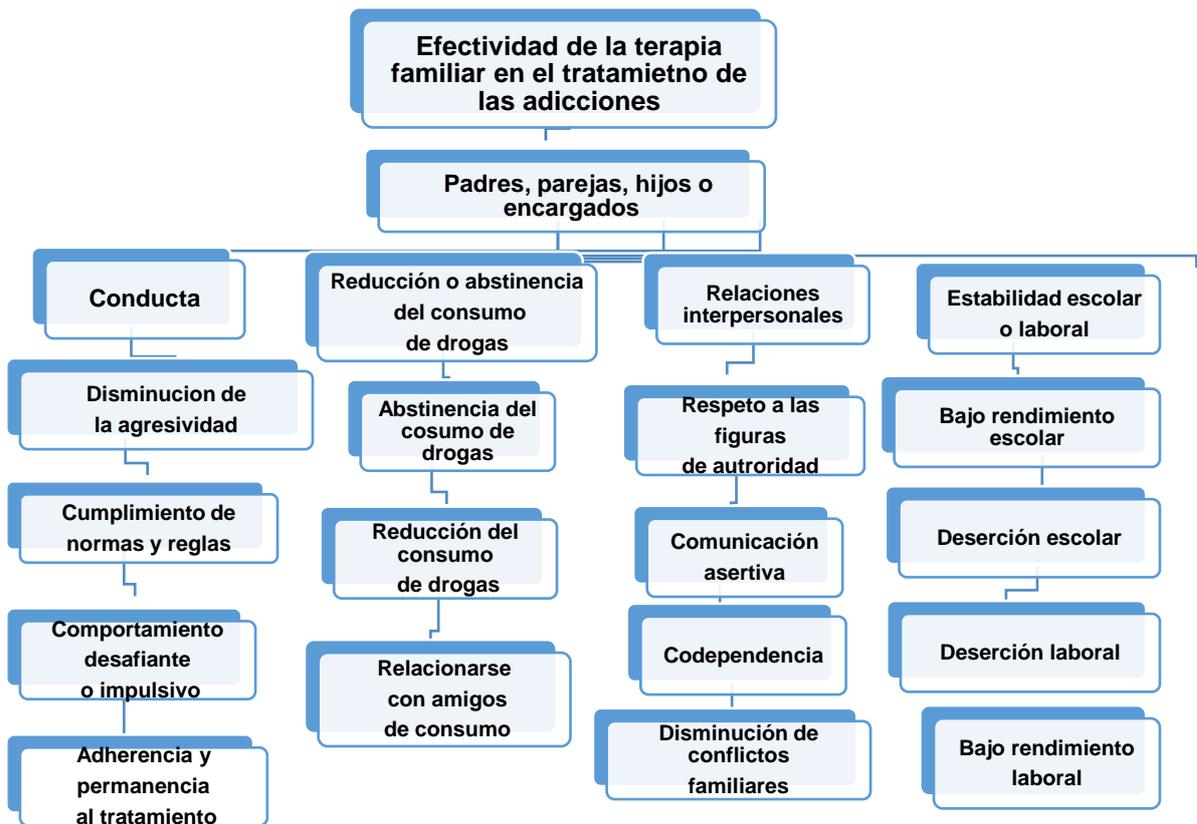
El presente estudio se realizó con una muestra de 20 usuarios y 20 familiares de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 18 a 64 años de edad, de nivel socio económico alto y medio que reciben tratamiento individual y familiar en dos centros residenciales privados del municipio de San Lucas del departamento de Sacatepéquez: Comunidad Terapéutica Especializada para personas con Adicción Alborada y Centro de Atención Integral para Personas con Adicciones CAIPA Paso a Paso.

3.2 Instrumentos de Investigación

Para la medición de las variables relaciones interpersonales, conducta, estabilidad escolar y laboral y reducción o abstinencia del consumo de drogas se utilizaron dos árboles de categorías, se elaboraron dos encuestas dirigidas a usuarios con trastorno por uso de sustancias y familiares.

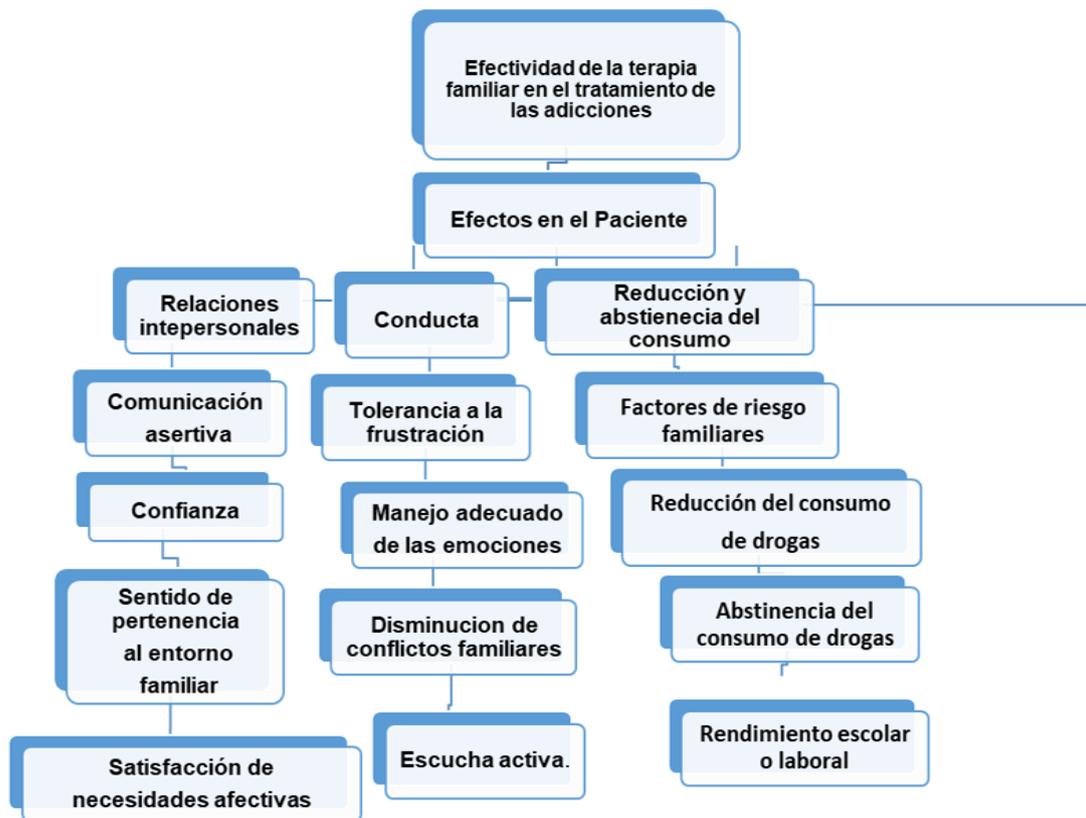
Se utilizó el consentimiento informado que es una herramienta utilizada mediante la cual se garantizó la participación del evaluado, en dicho documento se expresa voluntariamente la intención de participar en el estudio, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos de la investigación, lugar, persona encargada, y sobre todo el derecho de confidencialidad informando que todos los instrumentos eran anónimos.

Árbol de Categorías 1



Fuente: Elaboración Propia

Árbol de Categorías 2



Fuente: Elaboración propia

3. 3 Procedimiento de la investigación

Se contactó vía telefónica a ambos directores, para solicitar autorización para la aplicación de los instrumentos de investigación para lo cual se elaboraron dos cartas de autorización dirigidas a los dos Directores firmadas por el coordinador de la Maestría, Directora del Departamento de Posgrado, Docente del curso Seminario II y la licenciada encargada de la investigación.

Se hizo presencia en ambas instituciones para conocer las instalaciones y los servicios que ofrecen a los usuarios que asisten a su proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción.

En la Comunidad Terapéutica Especializada para personas con Adicción Alborada se participó en una sesión de terapia familiar y conocí a algunos de los usuarios que están llevando su proceso de tratamiento.

Se aplicaron las encuestas en dos Centros de Tratamiento: Comunidad Terapéutica Especializada para personas con Adicción Alborada y Centro de Atención Integral para Personas con Adicciones CAIPA Paso a Paso.

Se aplicaron 20 encuestas dirigidas a familiares que asisten a terapia familiar y 20 encuestas dirigidas a usuarios con trastorno por uso de sustancias; que están recibiendo tratamiento por el consumo de sustancias psicoactivas en ambas instituciones.

Se elaboraron tablas comparativas para correlacionar las respuestas de los usuarios con trastorno por uso de sustancias y familiares que asistieron a las sesiones psicoterapéuticas de terapia familiar.

Se aplicaron la prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales y desiguales comparando las respuestas de las encuestas aplicadas a los usuarios con trastorno por uso de sustancias y familiares; por sexo, edad y categorías, coeficiente de correlación y la prueba f, gráficas y porcentajes entre cada una de las categorías de los instrumentos de investigación aplicada en el Centro de Rehabilitación Paso a Paso y Alborada.

Se elaboró el informe final que contiene la investigación así como la propuesta de un proyecto dirigido a los usuarios con trastorno por uso de sustancias y las familias que asisten a terapia familiar en dos Centros Privados de Atención Integral. Tomando en cuenta los principales problemas como la falta de compromiso de los familiares en asistir a las sesiones de terapia familiar así como la deserción de los procesos psicoterapéuticos de los usuarios y familiares.

Que incluyen los objetivos del proyecto como la motivación para la resolución de conflictos, capacidad instalada de profesionales en psicología en terapia familiar sistémica. Siendo estos utilizados como base para la elaboración de la matriz del marco lógico el cual contiene tres principales componentes, psicoeducación para la resoluciones conflictos, estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos, y estrategias de prevención de recaída. Cada uno de esto 3 con sus respectivas actividades las cuales se ejecutaran durante la capacitación de los profesionales en el abordaje sistémico familiar. Así como el presupuesto, cronograma, evaluación y anexos de la propuesta.

3.4 Diseño y metodología estadística descriptiva a utilizar

El diseño del presente estudio es de tipo descriptivo comparativo al asociar cuatro variables relaciones Interpersonales, comunicación, estabilidad escolar y Laboral y reducción del consumo de drogas. Evaluando todo esto bajo un diseño cuantitativo utilizando para ello la aplicación de dos encuestas a una muestra de 40 personas, 20 usuarios con trastorno por uso de sustancias que asisten a tratamiento y 20 familiares que asisten al proceso psicoterapéutico de terapia familiar en dos Centros Privados de tratamiento.

Los resultados de la investigación permitieron correlacionar las respuestas de los familiares y de los usuarios para determinar si ambos coinciden en que la terapia familiar ha sido de beneficio en sus procesos de tratamiento. Se podrá determinar si los resultados del tratamiento benefician más a los hombres que a las mujeres. La información que se recabe nos podrá indicar si existe un sesgo en los resultados de los instrumentos aplicados a los familiares como a los usuarios.

Se aplicó la estadística descriptiva de cada una de las cuatro categorías (conducta, relaciones interpersonales, reducción o abstinencia del consumo de drogas, estabilidad escolar o laboral) a los resultados de la aplicación de los dos instrumentos de investigación.

Se aplicó la prueba T para dos muestras suponiendo varianzas iguales y prueba T para dos muestras suponiendo varianzas desiguales, prueba f para varianza de dos muestras diferencia significativa entre las respuestas de los usuarios y familiares por sexo, edad y categorías, coeficiente de correlación y la prueba f, gráficas y porcentajes entre cada una de las categorías de los instrumentos de investigación aplicada en el Centro de Rehabilitación Paso a Paso y Alborada.

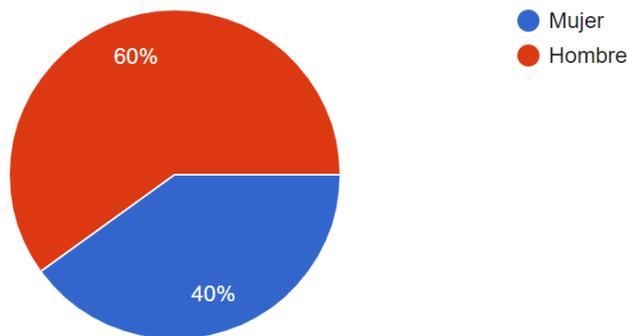
CAPÍTULO IV

RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

4.1 Encuesta a usuarios con trastorno por uso de sustancias

Grafica 1

Sexo Encuesta Usuarios

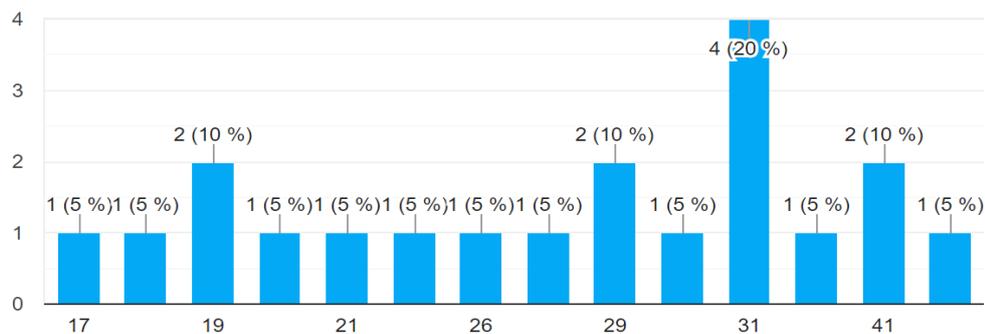


Elaboración propia de resultados de la presente investigación

De las encuestas aplicadas a los usuarios que reciben tratamiento por el consumo de sustancias psicoactivas de los centros de Rehabilitación Paso a Paso y Alborada el 60% corresponde al sexo masculino y el 40% corresponde al sexo femenino lo cual indica que los hombres participan en mayor porcentaje que las mujeres en los procesos psicoterapéuticos.

Grafica 2

Edad Encuesta Usuarios



Elaboración Propia de resultados de la presente investigación

De las encuestas aplicadas a los usuarios de los Centros de Rehabilitación Paso a Paso y Alborada el 20% corresponde a la edad de 31 años, el 10% en la edad de 19 años, el 10% en la edad de 29 años, el 10% a la edad de 41 años; el 50 % restante está dividido entre las edades de 17,18, 20, 21, 25, 26, 27,30, 40 y 45 años. Lo cual indica que la edad con mayor porcentaje de los usuarios que reciben tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas corresponde a los 31 años.

Tabla 1
Conducta
Respuesta Usuarios

CONDUCTA	PREGUNTA	No sucede		Rara vez		Ocasionalmente		Frecuentemente		Siempre	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2. ¿Disminuyeron los problemas entre los miembros de tu familia desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?	Alborada	1	30%	1	10%	1	10%	3	30%	4	40%
	Paso a Paso	3	30%	2	20%	0	0%	0	0%	5	50%
4. ¿Tu familia te apoya más desde que asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	2	10%	0	0%	1	10%	6	60%
	Paso a Paso	2	20%	1	10%	0	0%	1	10%	6	60%
8. ¿Al momento de hablar sobre temas de tu interés con tu madre, padre o encargado te sientes escuchado en forma adecuada desde que tu familiar asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	2	20%	1	10%	2	20%	4	40%
	Paso a Paso	2	20%	1	10%	0	0%	2	20%	7	70%
9. ¿La comunicación con tu padre, madre o encargado ha mejorado desde que asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	2	20%	1	10%	2	20%	4	40%
	Paso a Paso	2	20%	1	10%	0	0%	2	20%	7	70%

CONDUCTA	CENTRO	No sucede		Rara vez		Ocasionalmente		Frecuentemente		Siempre	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
11. ¿Tu familiar satisface tus necesidades afectivas desde que asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	2	20%	1	10%	1	10%	5	50%
	Paso a Paso	2	20%	1	10%	0	0%	2	20%	5	50%
12. ¿Tu padre, madre o encargado se frustra con menos facilidad desde que asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	0	0%	1	10%	7	70%	1	10%
	Paso a Paso	5	50%	1	10%	1	10%	0	0%	3	30%
16. ¿Conviven con más frecuencia como familia desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	2	20%	1	10%	3	30%	3	30%
	Paso a Paso	2	20%	0	0%	1	10%	3	30%	4	40%

Elaboración propia resultados de la presente investigación.

De acuerdo con los resultados de los resultados de la investigación los familiares que asisten a terapia familiar en Alborada y Paso a Paso, manifiestan que la conducta agresiva e impulsiva de los usuarios ha disminuido significativamente en un 70%; logando resolver los conflictos familiares de una manera asertiva mejorando su comunicación. Así mismo en un 40 % llegan a acuerdos conjuntamente al momento de indicar normas o reglas poniendo en práctica las estrategias que reciben durante las sesiones de terapia familiar. En la convivencia familiar los cambios han sido menos significativos en los familiares de Alborada que en los de Paso a Paso.

Tabla 2
Relaciones interpersonales
Respuesta Usuarios

RELACIONES INTEPERSONALES PREGUNTA	CENTRO	No sucede		Rara vez		Ocasionalmente		Frecuentemente		Siempre	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ¿La terapia familiar le ayudo a mejorar las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia?	Alborada	1	10%	1	10%	1	10%	3	30%	4	40%
	Paso a Paso	1	10%	2	20%	1	10%	2	20%	4	40%
3. ¿Mejoro la confianza entre usted y su familiar desde que asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	2	20%	0	0%	4	40%	3	30%
	Paso a Paso	2	20%	1	10%	1	10%	2	20%	4	40%
5. ¿Desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar han generado un mejor vínculo de confianza?	Alborada	1	10%	0	0%	1	10%	3	30%	5	50%
	Paso a Paso	1	10%	2	20%	1	10%	2	20%	4	40%
6. ¿Hay más comunicación entre ustedes desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	1	10%	1	10%	3	30%	4	40%
	Paso a Paso	3	30%	1	10%	1	10%	3	30%	2	20%

RELACIONES INTEPERSONALES PREGUNTA	CENTRO	No sucede		Rara vez		Ocasionalmente		Frecuentemente		Siempre	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7. ¿Sientes que tu padre, madre o encargado satisface tus necesidades afectivas y que han mejorado su relación desde que asiste a terapia familiar?	Alborada	0	0%	3	30%	1	10%	3	30%	3	30%
	Paso a Paso	2	20%	0	0%	1	10%	3	30%	4	40%
10. ¿La confianza con tu padre, madre o encargado ha mejorado desde que asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	2	20%	2	20%	2	20%	3	30%
	Paso a Paso	2	20%	0	0%	1	10%	3	30%	4	40%
13. ¿Han disminuido los conflictos familiares desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	1	10%	0	0%	5	50%	3	30%
	Paso a Paso	1	10%	1	10%	1	10%	3	30%	4	40%
19. ¿Tu padre, madre o encargado maneja de manera asertiva sus emociones al momento de convivir como familia desde que asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	2	20%	2	20%	1	10%	4	40%
	Paso a Paso	2	20%	2	20%	2	20%	2	20%	2	20%

Elaboración propia resultados de la presente investigación

De acuerdo con los resultados de las encuestas aplicadas a los usuarios que asisten a tratamiento por el consumo de sustancias psicoactivas en ambos Centros de Rehabilitación, los usuarios de Alborada y los de Paso a Paso en un 40% han observado

cambios significativos en la dinámica familiar en las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia. Paso a Paso con un 40% y Alborada con un 50 % han observado cambios significativos en relación con el vínculo de confianza entre los miembros de la familia. Los usuarios de Paso a Paso no han mejorado su comunicación y dinámica familiar en un 30% en comparación en un 10% de los usuarios de Alborada.

Tabla 3
Reducción del Consumo
Respuestas Usuarios

REDUCCION DEL CONSUMO DE DROGA	CENTRO	No sucede		Rara ve		Ocasionalmente		Frecuentemente		Siempre	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
14. ¿Has eliminado tu consumo de drogas desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?	Alborada	3	30%	1	10%	1	10%	3	30%	2	20%
	Paso a Paso	3	30%	0	0%	1	10%	1	10%	5	50%
17. ¿Te has alejado de los amigos de consumo y esto te ha permitido reducir el consumo de drogas desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?	Alborada	3	30%	1	10%	0	0%	3	30%	3	30%
	Paso a Paso	2	20%	0	0%	2	20%	3	30%	3	30%

Elaboración propia resultados de la presente investigación

De acuerdo con los resultados de las encuestas aplicadas a los usuarios que asisten a tratamiento por el consumo de sustancias psicoactivas en ambos Centros de Rehabilitación, los usuarios de Alborada refieren que han reducido el consumo de drogas en un 50% y Alborada en un 20% desde que sus familiares asisten a las sesiones de terapia familiar. Los usuarios de ambos centros con un porcentaje del 30% se han alejado de los amigos de consumo; lo cual beneficia su proceso de tratamiento por el trastorno por uso de sustancias.

Tabla 4
Estabilidad Escolar y Laboral
Respuesta Usuarios

ESTABILIDAD ESCOLAR Y LABORAL	CENTRO	No sucede		Rara vez		Ocasionalmente		Frecuentemente		Siempre	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
15. ¿Ha mejorado tu rendimiento escolar o laboral desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	0	0%	1	10%	2	20%	6	60%
	Paso a Paso	3	30%	1	10%	1	10%	3	30%	2	20%
18. ¿La asertividad en la relación con tu padre, madre o encargado te ha permitido mejorar tu rendimiento escolar o laboral desde que tu familiar asiste a terapia familiar?	Alborada	2	20%	3	30%	1	10%	1	10%	3	30%
	Paso a Paso	3	30%	1	10%	0	0%	3	30%	3	30%

Elaboración propia resultados de la presente investigación

De acuerdo con los resultados de las encuestas aplicadas a los usuarios que asisten a tratamiento por el trastorno por uso de sustancias en ambos Centros de Rehabilitación, los usuarios de Paso a Paso con un 20% y los de Alborada con un 60% evidencian

cambios significativos en su estabilidad escolar o laboral, existiendo diferencia significativa entre ambos Centros desde que los familiares asisten a las sesiones de terapia familiar.

Tabla 5
Estabilidad Laboral y Escolar
Respuesta Usuarios

Prueba F para varianzas de dos muestras		
	Alborada	Paso a Paso
Media	7.2	6.2
Varianza	6.177777778	8.177777778
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	9
F	0.755434783	
P(F<=f) una cola	0.341437694	
Valor crítico para F (una cola)	0.314574906	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Dado que el estadístico $F=0.755$ por tanto el valor crítico $=0.314$ y que la probabilidad de estadístico 0.34 es menor a 0.5 se asume que las varianzas de ambos centros de rehabilitación no presentan diferencias estadísticamente significativas. Los usuarios de Ambos centros de rehabilitación si han observado cambios significativos en la estabilidad escolar o laboral.

Tabla 6
Estabilidad Laboral y Escolar
Respuesta Usuarios

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales		
	Alborada	Paso a Paso
Media	7.2	6.2
Varianza	6.177777778	8.177777778
Observaciones	10	10
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	18	
Estadístico t	0.83462233	
P(T<=t) una cola	0.20743536	
Valor crítico de t (una cola)	1.73406361	
P(T<=t) dos colas	0.41487071	
Valor crítico de t (dos colas)	2.10092204	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Se rechaza Hipótesis alternativa con un 95% de confianza los promedios de la variable son diferentes entre Alborada y Paso a Paso y se acepta Hipótesis nula con un 95% de confianza los promedios de la variable son iguales entre Alborada y Paso a Paso.

Tabla 7
Reducción del Consumo
Respuesta Usuarios

Prueba F para varianzas de dos muestras	Alborada	Paso a Paso
Media	7	6.2
Varianza	7.11111111	8.17777778
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	9
F	0.86956522	
P(F<=f) una cola	0.41924292	
Valor crítico para F (una cola)	0.31457491	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Dado que el estadístico $F=0.869$ por tanto el valor crítico $= 0.419$ y que la probabilidad de estadístico 0.419 en menor a 0.5 se asume que las varianzas de ambos centros de Rehabilitación no presentan diferencias significativas.

Tabla 8
Reducción del Consumo
Respuesta Usuarios

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales		
	Alborada	Paso a Paso
Media	7	6.2
Varianza	7.111111111	8.177777778
Observaciones	10	10
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	18	
Estadístico t	0.646996639	
P(T<=t) una cola	0.26289985	
Valor crítico de t (una cola)	1.734063607	
P(T<=t) dos colas	0.5257997	
Valor crítico de t (dos colas)	2.10092204	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Se acepta Hipótesis nula con un 95% de confianza los promedios de la variable son iguales entre Alborada y Paso a Paso y se rechaza Hipótesis alternativa con un 95% de confianza los promedios de la variable con diferentes entre Alborada y Paso a Paso.

Tabla 9
Relaciones Interpersonales
Respuesta Usuarios

Prueba F para varianzas de dos muestras		
	Alborada	Paso a Paso
Media	28.6	27.9
Varianza	59.3777778	108.544444
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	9
<i>F</i>	0.54703654	
<i>P(F<=f) una cola</i>	0.19112145	
<i>Valor crítico para F (una cola)</i>	0.31457491	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Dado que el estadístico $F=0.547$ por tanto el valor crítico $= 0.314$ y que la probabilidad estadístico 0.191 es menor a 0.5 se asume que las varianzas de ambos centros de rehabilitación si presentan diferencias significativas.

Tabla 10
Relaciones Interpersonales
Respuesta Usuarios

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales		
	Alborada	Paso a Paso
Media	28.6	27.9
Varianza	59.37777778	108.5444444
Observaciones	10	10
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	17	
Estadístico t	0.170822059	
P(T<=t) una cola	0.433190169	
Valor crítico de t (una cola)	1.739606726	
P(T<=t) dos colas	0.866380337	
Valor crítico de t (dos colas)	2.109815578	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Se acepta Hipótesis nula con un 95% de confianza los promedios de la variable con iguales entre Alborada y Paso a Paso; se rechaza Hipótesis alternativa con un 95% de confianza los promedios de la variable son diferentes entre Alborada y Paso a Paso.

Tabla 11
 Conducta
 Respuesta Usuarios

Prueba F para varianzas de dos muestras		
	Alborada	Paso a Paso
Media	25.6	24.5
Varianza	65.82222222	91.61111111
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	9
F	0.718496058	
P(F<=f) una cola	0.315160598	
Valor crítico para F (una cola)	0.314574906	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Dado que el estadístico $F=0.718$ por tanto el valor crítico $= 0.314$ y que la probabilidad es menor 0.315 es menor que 0.5 se asume asumir que las varianzas de ambos centros de rehabilitación si presentan diferencias significativas.

Tabla 12
Conducta
Respuesta Usuarios

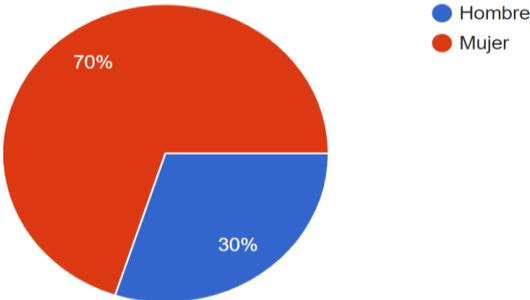
Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales		
	Alborada	Paso a Paso
Media	25.6	24.5
Varianza	65.82222222	91.61111111
Observaciones	10	10
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	18	
Estadístico t	0.277232627	
P(T<=t) una cola	0.392380128	
Valor crítico de t (una cola)	1.734063607	
P(T<=t) dos colas	0.784760256	
Valor crítico de t (dos colas)	2.10092204	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Se acepta Hipótesis nula con un 95% de confianza los promedios de la variable son iguales entre Alborada y Paso a Paso y se rechaza Hipótesis alternativa con un 95% de confianza los promedios de las variables con diferentes entre Alborada y Paso a Paso.

4.2 Encuesta a Padres, tutores o encargados

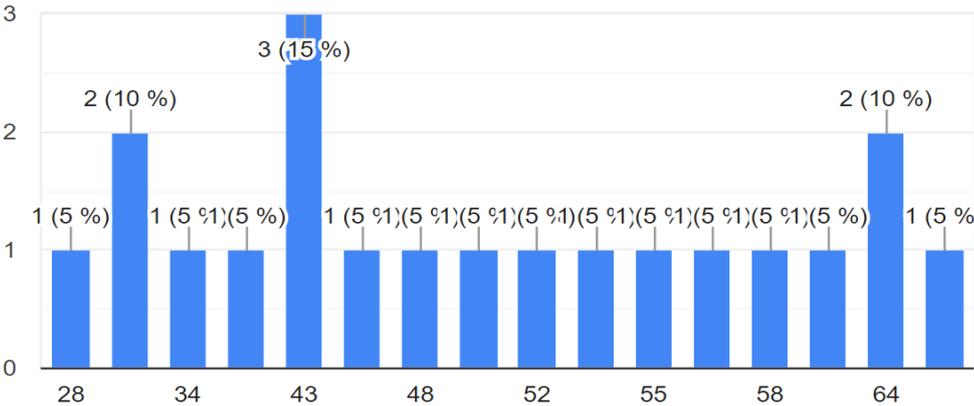
Grafica 1
Sexo Encuesta Familiares



Elaboración Propia de resultados de la presente investigación

De las encuestas aplicadas a los familiares que reciben terapia familiar como parte del programa de los Centros de Rehabilitación Paso a Paso y Alborada el 70% corresponde al sexo femenino y el 30% corresponde al sexo masculino lo cual indica que las progenitoras se encuentran más involucradas en los procesos de tratamiento que los progenitores.

Grafica 2
Edades Encuesta Familiares



Elaboración Propia de resultados de la presente investigación

De las encuestas aplicadas a los familiares que asisten a terapia familiar en los Centros de Rehabilitación Paso a Paso y Alborada el 15% corresponde a la edad de 43 años, el 10% en la edad de 64 años, el 10% en la edad de 31 años, el 10% a la edad de 29 años. Y el 50 % está dividido entre las edades de

28,34,42,46,48,50,52,53,55,56,58,61 y 65. Lo cual indica que la edad con mayor porcentaje de los familiares que asisten a terapia familiar corresponde a los a los a los 43 años.

Tabla 1
Conducta
Respuesta Familiares

CONDUCTA PREGUNTA	CENTRO	No sucede		Rara vez		Ocasionalmente		Frecuentemente		Siempre	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ¿Disminuyó la conducta agresiva de su familiar desde que usted asiste a terapia familiar?	Alborada	1	30%	1	10%	1	10%	3	30%	4	40%
	Paso a Paso	0	0%	0	0%	0	0%	5	50%	5	50%
3. ¿Su hijo responde de una manera agresiva al momento de indicarle una norma o regla de la casa?	Alborada	2	20%	2	20%	4	40%	2	20%	0	0%
	Paso a Paso	3	30%	2	20%	3	30%	1	10%	1	10%
4. ¿Se logró diferenciar las normas y reglas de convivencia con los límites de relación a nivel familiar?	Alborada	1	10%	2	20%	1	10%	2	20%	4	40%
	Paso a Paso	4	40%	3	30%	2	20%	0	0%	4	40%
5. ¿Su familiar continua presentando un comportamiento desafiante?	Alborada	3	30%	2	20%	4	40%	0	0%	1	10%
	Paso a Paso	3	30%	4	40%	1	10%	1	10%	1	10%

CONDUCTA PREGUNTA	CENTRO	No sucede		Rara vez		Ocasionalmente		Frecuentemente		Siempre	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6. ¿Su familiar continua presentando un comportamiento impulsivo?	Alborada	3	30%	0	0%	4	40%	2	20%	0	0%
	Paso a Paso	3	30%	2	20%	2	20%	2	20%	1	10%
17 ¿Las actitudes de su familiar han mejorado cuando usted pone en práctica lo que ha aprendido en terapia familiar?	Alborada	2	20%	0	0%	2	20%	3	30%	3	30%
	Paso a Paso	0	0%	0	0%	0	0%	5	50%	5	50%

Elaboración propia resultados de la presente investigación

De acuerdo con los resultados de la encuesta aplicada a los familiares que asisten al programa de terapia familiar y los usuarios que reciben tratamiento por el consumo de sustancia de los Centros de Rehabilitación Alborada y Paso a Paso, manifiestan que la conducta agresiva de los usuarios ha disminuido significativamente en un 70%; logando resolver los conflictos familiares de una manera asertiva mejorando su comunicación. En un 40% llegan a acuerdos conjuntamente al momento de indicar normas o reglas poniendo en práctica el abordaje psicoterapéutico, que reciben durante las sesiones de terapia familiar. En la convivencia familiar los cambios han sido menos significativos en los familiares de Alborada que en los de Paso a Paso.

En ambos centros de rehabilitación los familiares manifiestan que las conductas impulsivas de los usuarios han disminuido significativamente, al momento de presentarse diferentes situaciones en la dinámica familiar, logrando una mejor empatía entre cada uno de los miembros. Así mismo los familiares de ambos centros han observado cambios significativos en la conducta desafiante de los usuarios; al momento de imponer límites en cuanto a las normas y reglas de convivencia familiar.

Tabla 2
Relaciones interpersonales
Respuesta Familiares

RELACIONES INTEPERSONALES PREGUNTA	CENTRO	No sucede		Rara vez		Ocasionalmente		Frecuentemente		Siempre	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2. ¿Disminuyeron los problemas entre los miembros de tu familia desde que su padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	0	0%	3	30%	5	50%	1	10%
	Paso a Paso	1	10%	0	00%	1	10%	4	40%	5	50%
11. ¿Su familiar respeta con mayor frecuencia las figuras de autoridad desde que está en tratamiento?	Alborada	1	10%	2	20%	1	10%	2	20%	4	40%
	Paso a Paso	0	0%	0	0%	0	0%	7	70%	3	30%
12. ¿La terapia familiar le ha ayudado a su familiar a respetar las figuras de autoridad al momento de cumplir una regla o norma?	Alborada	2	20%	1	10%	1	10%	4	40%	2	20%
	Paso a Paso	0	0%	0	0%	0	0%	5	50%	5	50%

RELACIONES INTERPERSONALES PREGUNTA	CENTRO	No sucede		Rara vez		Ocasionalmente		Frecuentemente		Siempre	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13. ¿Considera usted que como familiar aprendió a escuchar a su familiar con todos los sentidos tomando en cuenta sus sentimientos, ideas o pensamientos?	Alborada	1	10%	0	0%	3	30%	5	50%	1	10%
	Paso a Paso	0	0%	0	0%	0	0%	3	30%	7	70%
14. ¿La terapia familiar le ha ayudado en su relación de codependencia del familiar que asiste a su tratamiento?	Alborada	1	10%	0	0%	3	30%	5	50%	3	30%
	Paso a Paso	2	20%	0	0%	1	10%	3	30%	4	40%
19. ¿La comunicación con su familiar ha mejorado desde que asiste a terapia familiar?	Alborada	1	10%	2	20%	2	20%	2	20%	3	30%
	Paso a Paso	0	0%	0	0%	0	0%	7	70%	3	30%

Elaboración propia resultados de la presente investigación

De acuerdo con los resultados de la encuesta aplicada a los familiares que asisten al programa de terapia familiar en ambos Centros de Rehabilitación, los familiares de Paso a Paso han observado cambios significativos en la disminución de los conflictos familiares con un 50 %; sin embargo los familiares de Alborada no han observado cambios significativos con un 10%. Los familiares de Paso

a Paso refieren que los usuarios respetan las figuras de autoridad al momento de cumplir en un 70%; por el contrario los familiares de Alborada no han observado cambios significativos correspondientes a un 20% existiendo diferencias significativas entre ambos centros. En ambos centros la relación de codependencia entre los usuarios y los familiares ha mejorado significativamente en un 80%; poniendo en práctica los conocimientos adquiridos en las sesiones de terapia familiar. Los familiares de ambos centros refieren que se comunican en una forma asertiva, lo que les ha permitido mejorar las relaciones interpersonales y la disminución de los conflictos entre los miembros de la familia mejorando significativamente la convivencia familiar.

Tabla 3
Estabilidad Escolar y Laboral
Respuestas Familiares

ESTABILIDAD ESCOLAR Y LABORAL	CENTRO	No sucede		Rara vez		Ocasionalmente		Frecuentemente		Siempre	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
15. ¿La terapia familiar le ha ayudado a su familiar a mejorar su bajo rendimiento laboral o escolar?	Alborada	40%	40%	0	0%	1	10%	2	20%	5	50%
	Paso a Paso	0	0%	0	0%	0	0%	5	50%	5	50%
16. ¿Su familiar ha mejorado su estabilidad laboral o escolar con la ayuda de la terapia familiar?	Alborada	5	50%	0	0%	1	10%	2	20%	2	20%
	Paso a Paso	1	10%	0	0%	1	10%	5	50%	4	40%
18. ¿Su familiar tiene mejor estabilidad laboral o escolar desde que usted asiste a terapia familiar?	Alborada	2	20%	0	0%	2	20%	3	30%	3	30%
	Paso a Paso	3	30%	0	0%	1	10%	2	20%	4	40%

Elaboración propia resultados de la presente investigación

De acuerdo con los resultados de la encuesta aplicada a los familiares que asisten al programa de terapia familiar en ambos Centros de Rehabilitación, los usuarios de Paso a Paso evidencian una mayor estabilidad escolar y laboral en los usuarios con un 40 % en relación con un 20% de los usuarios de Alborada existiendo diferencia significativa entre ambos centros.

Tabla 4
Reducción del Consumo
Respuesta Familiares

REDUCCION DEL CONSUMO DE DROGA		No sucede		Rara vez		Ocasionalmente		Frecuentemente		Siempre	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
7. ¿Considera que la terapia familiar le ayudo a su familiar en su proceso de tratamiento?	Alborada	1	10%	0	1%	1	10%	5	50%	6	60%
	Paso a Paso	1	10%	1	10%	1	10%	4	40%	3	30%
8. ¿La terapia familiar motivo a su familiar para lograr la permanencia en el proceso de tratamiento?	Alborada	2	20%	1	10%	1	10%	0	0%	6	60%
	Paso a Paso	0	0%	0	0%	2	20%	4	40%	4	40%
9. ¿La terapia familiar ayudo a su familiar en la abstinencia del consumo de drogas?	Alborada	2	20%	1	10%	1	10%	0	0%	6	60%
	Paso a Paso	0	0%	0	0%	0	0%	4	40%	6	60%
10. ¿Su hijo familiar ha disminuido su acercamiento con amigos o grupos de consumo?	Alborada	2	20%	1	10%	1	10%	3	30%	3	30%
	Paso a Paso	0	0%	0	0%	0	0%	7	70%	3	30%

Elaboración propia resultados de la presente investigación.

De acuerdo con los resultados de la encuesta aplicada a los familiares que asisten al programa de terapia familiar en ambos Centros de Rehabilitación, los familiares de Alborada en un 60% refieren que la terapia familiar ayudo al usuario a lograr su permanencia en el proceso de tratamiento por el consumo de sustancias. Sin embargo los familiares de Paso a Paso el porcentaje corresponden en un 40% existiendo diferencias significativas entre ambos centros; en cuanto a la reducción del consumo de drogas de los usuarios los familiares de ambos centros observaron cambios significativos en un 60%.

Tabla 5
Estabilidad Escolar y Laboral
Respuesta Familiares

Prueba F para varianzas de dos muestras		
	Alborada	Paso a Paso
Media	9	12.2
Varianza	13.11111111	4.622222222
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	9
F	2.836538462	
P(F<=f) una cola	0.068168319	
Valor crítico para F (una cola)	3.178893104	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Dado que el estadístico $F=2.836$ por tanto que el valor crítico = 3.178 y que la probabilidad de estadístico 0.068 es superior a 0.05 se asume que las varianzas de ambos centros de Rehabilitación si presentan diferencias estadísticamente significativas. Los familiares de Alborada han observado cambios significativos en los usuarios que asisten a tratamiento en cuanto a la estabilidad laboral y escolar que los usuarios de Paso a Paso.

Tabla 6
Estabilidad Escolar o Laboral
Respuestas Familiares

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales	Alborada	Paso a Paso
Media	9	12.2
Varianza	13.11111111	4.622222222
Observaciones	10	10
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	15	
Estadístico t	-2.40300564	
P(T<=t) una cola	0.0148251	
Valor crítico de t (una cola)	1.75305036	
P(T<=t) dos colas	0.02965021	
Valor crítico de t (dos colas)	2.13144955	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Rechazar Hipótesis nula con un 95% de confianza los promedios de la variable son iguales entre Alborada y Paso a Paso y aceptar Hipótesis alternativa con un 95% de confianza los promedios de la variable son diferentes en Alborada y Paso a Paso.

Tabla 7
Reducción del Consumo
Respuestas Familiares

Prueba F para varianzas de dos muestras		
	Alborada	Paso a Paso
Media	15.2	17.2
Varianza	35.28888889	2.622222222
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	9
F	13.45762712	
P(F<=f) una cola	0.000325287	
Valor crítico para F (una cola)	3.178893104	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Dado que el estadístico $F = 13.457$ por tanto el valor crítico $= 3.178$ y que la probabilidad de estadístico 0.000 es menor a 0.5 se asume que las varianzas de ambos centros de Rehabilitación si presentan diferencias estadísticamente significativas. Los familiares de Alborada han observado cambios significativos en los usuarios que asisten a tratamiento en cuanto a la reducción del consumo de drogas que los usuarios de Paso a Paso.

Tabla 8
Reducción del Consumo
Respuesta Familiares

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales		
	Alborada	Paso a Paso
Media	15.2	17.2
Varianza	35.2888889	2.622222222
Observaciones	10	10
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	10	
Estadístico t	1.02718044	
P(T<=t) una cola	0.16427017	
Valor crítico de t (una cola)	1.81246112	
P(T<=t) dos cola	0.32854034	
Valor crítico de t (dos colas)	2.22813885	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Se rechaza Hipótesis nula con un 95% de confianza los promedios de la variable son iguales entre Alborada y Paso a Paso y se acepta Hipótesis alternativa con un 95% de confianza los promedios de la variable son diferentes entre Alborada y Paso a Paso.

Tabla 9
Conducta
Respuestas Familiares

Prueba F para varianzas de dos muestras		
	Alborada	Paso a Paso
Media	17.8	18.6
Varianza	13.28888889	16.04444444
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	9
F	0.828254848	
P(F<=f) una cola	0.391763134	
Valor crítico para F (una cola)	0.314574906	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Dado que el estadístico $F=0.828$ por tanto el valor crítico $=0.314$ y que la probabilidad de estadístico 0.3917 es superior a 0.05 se asume asumir que las varianzas de ambos centros de Rehabilitación no presentan diferencias estadísticamente significativas. Los familiares de Ambos Centros evidencian cambios significativos con respecto a los cambios conductuales de los usuarios.

Tabla 10
 Conducta
 Respuesta Familiares

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales		
	Alborada	Paso a Paso
Media	17.8	18.6
Varianza	13.28888889	16.04444444
Observaciones	10	10
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	18	
Estadístico t	- 0.467099366	
P(T<=t) una cola	0.323016653	
Valor crítico de t (una cola)	1.734063607	
P(T<=t) dos colas	0.646033305	
Valor crítico de t (dos colas)	2.10092204	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Se acepta Hipótesis nula con un 95% de confianza los promedios de la variable son iguales entre Alborada y Paso a Paso y se rechaza Hipótesis alternativa con un 95% de confianza los promedios de la variable son diferentes entre Alborada y Paso a Paso.

Tabla 11
Relaciones Interpersonales
Respuesta Familiares

Prueba F para varianzas de dos muestras		
	Alborada	Paso a Paso
Media	21.5	27.1
Varianza	40.05555556	3.433333333
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	9
F	11.66666667	
P(F<=f) una cola	0.000572602	
Valor crítico para F (una cola)	3.178893104	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Dado que el estadístico $F=11.666$ por tanto el valor crítico $=3.1788$ y que la probabilidad de estadístico 0.000 es menor a 0.5 se asume que las varianzas de ambos centros de rehabilitación si presentan diferencias estadísticamente significativas. Los familiares de Alborada han observado cambios significativos en los usuarios que asisten a tratamiento en cuanto a las relaciones interpersonales que los usuarios de Paso a Paso.

Tabla 12
Relaciones Interpersonales
Respuesta Familiares

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales	Alborada	Paso a Paso
Media	21.5	27.1
Varianza	40.05555556	3.43333333
Observaciones	10	10
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	11	
Estadístico t	-2.685337465	
P(T<=t) una cola	0.010602521	
Valor crítico de t (una cola)	1.795884819	
P(T<=t) dos colas	0.021205043	
Valor crítico de t (dos colas)	2.20098516	

Elaboración propia resultados de la presente investigación

Se acepta Hipótesis nula con un 95% de confianza los promedios de las variables son iguales entre Alborada y Paso a Paso y se rechaza Hipótesis alternativa con un 95% de confianza los promedios de las variables son diferentes entre Alborada y Paso a Paso.

4.3. Discusión de resultados

Estos resultados guardan relación con lo que sostienen Lewia, Josiath y Sinnott en 2010, quienes expresan que los usuarios con trastorno por uso de sustancias de los familiares que se involucran en el proceso psicoterapéutico de terapia familiar en el centro de tratamiento y rehabilitación; finalizan su proceso psicoterapéutico al contrario con los familiares de los usuarios que no se involucraron en el proceso psicoterapéutico. Lo que coincide con los resultados obtenidos del presente estudio en que el 100% de los familiares de los usuarios con trastorno por uso de sustancias que participaron en el proceso psicoterapéutico de terapia familiar finalizaron su tratamiento en los dos Centros Privados de tratamiento. Evidenciando cambios significativos en la reducción del consumo de drogas y conducta agresiva e impulsiva, fortalecimiento de las relaciones interpersonales, mayor estabilidad escolar y laboral.

De acuerdo al estudio de (Fernández, 2006) permitieron evidenciar la necesidad de compromiso por la búsqueda de nuevas ideas; para continuar desarrollando un modelo teórico para enriquecer el trabajo psicoterapéutico para los usuarios con trastorno por uso de sustancias y sus familias. Lo que coincide con los resultados obtenidos del presente estudio en el que se deben implementar nuevas estrategias de intervención en terapia familiar sistémica para el fortalecimiento de los procesos psicoterapéuticos de los usuarios con trastorno por consumo de sustancias y su núcleo familiar.

De acuerdo con William James la psicología no involucraba a la familia como parte fundamental de los procesos psicoterapéuticos, lo cual difiere de acuerdo a los resultados de la presente investigación. La familia es parte prioritaria en el inicio y la finalización de los procesos de tratamiento y rehabilitación de los usuarios con trastorno por uso de sustancias. Los familiares observaron cambios significativos en la reducción del consumo de drogas, comportamiento agresivo e impulsivo, estabilidad escolar o laboral y fortalecimiento de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia.

De acuerdo a Bateston (Bateston , 1972) eligió cuestionar los enfoques psicoterapéuticos introduciendo a las personas y sus familias en los conceptos de la Teoría General de Sistemas. Convirtiendo a la familia en un laboratorio de investigación psicológico y psicoterapéutica. Lo que coincide con los resultados de la presente investigación incluyendo a la familia como parte fundamental en los procesos psicoterapéuticos de los usuarios con trastorno por uso de sustancias en los procesos psicoterapéuticos de tratamiento y rehabilitación.

Minuchin y Fishman (Minuchin & Fishman, 2004) maestros de la terapia familiar hacen referencia a la familia como un grupo en la que los miembros interaccionan unos con otros; lo que define las gama de las conductas y facilita la interacción recíproca. Las relaciones disfuncionales y patológicas que se establecen como consecuencia del abuso de alcohol de alguno de sus miembros, abordando psicoterapéuticamente a las familias como parte fundamental. Lo que coincide con los resultados de la presente investigación en que el involucramiento de los familiares es fundamental para la finalización de los procesos de tratamiento de los usuarios con trastorno por uso de sustancias en los dos Centros Privados de tratamiento y rehabilitación.

De Acuerdo con Murray Bowen fundador de la terapia familiar sistémica hace referencia sobre la importancia de trabajar con la familia de origen, la triangulación como proceso de interacción y la patología como una expresión de rigidez. Y la posibilidad de cambiar el sistema si uno de los miembros logra hacer un cambio personal o individual, lo que coincide con los resultados de la presente investigación que al involucrar a la familia en los procesos psicoterapéuticos de los usuarios con trastorno por uso de sustancias. Se logran reducir las conductas agresivas e impulsivas, reducción del consumo de drogas, fortalecimiento de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia y la estabilidad escolar y laboral.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. De acuerdo con los resultados obtenidos de la investigación si se alcanzaron los objetivos de evaluar la efectividad de la terapia familiar en el proceso psicoterapéutico; identificando los beneficios obtenidos por los usuarios con trastorno por uso de sustancias en las áreas de relaciones interpersonales, cambios conductuales, reducción del consumo de drogas y estabilidad escolar o laboral. Y correlacionar las respuestas de los informantes de ambos Centros Privados de Rehabilitación
2. De acuerdo con los resultados obtenidos de la investigación los familiares que asisten a terapia familiar en Alborada y Paso a Paso, manifiestan que la conducta agresiva de los usuarios ha disminuido significativamente en un 70%; logando resolver los conflictos familiares de una manera asertiva mejorando su comunicación. Así mismo en un 40 % llegan a acuerdos conjuntamente al momento de indicar normas o reglas poniendo en práctica las estrategias que reciben durante las sesiones de terapia familiar. En la convivencia familiar los cambios han sido menos significativos en los familiares de Alborada que en los de Paso a Paso.
3. En ambos centros de rehabilitación los familiares manifiestan que las conductas impulsivas de los usuarios han disminuido significativamente, en el momento de presentarse diferentes situaciones en la dinámica familiar, logrando una mejor empatía entre cada uno de los miembros. Así mismo los familiares de ambos centros han observado cambios significativos en la conducta desafiante de los usuarios; al momento de imponer límites en cuanto a las normas y reglas de convivencia familiar.
4. De acuerdo con los resultados de la encuesta aplicada a los familiares que asisten al programa de terapia familiar en ambos Centros de Rehabilitación,

los usuarios de Paso a Paso evidencian una mayor estabilidad escolar y laboral en los usuarios con un 40 % en relación con un 20% de los usuarios de Alborada existiendo diferencia significativa entre ambos centros.

5. De acuerdo con los resultados de la encuesta aplicada a los usuarios que asisten a tratamiento por el consumo de sustancias psicoactivas en ambos Centros de Rehabilitación, los usuarios de Paso a Paso con un 50% y Alborada con un 40% refieren que disminuyeron los conflictos familiares entre los miembros. Por lo cual no diferencia significativa entre las respuestas de los usuarios con respecto a la satisfacción de sus necesidades por parte de los familiares; con un resultado del 50% en ambos centros de rehabilitación.

6. De acuerdo con los resultados de la encuesta aplicada a los familiares que asisten al programa de terapia familiar en ambos Centros de Rehabilitación, los familiares de Alborada en un 60% refieren que la terapia familiar ayudo al usuario a lograr su permanencia en el proceso de tratamiento por el consumo de sustancias. Sin embargo los familiares de Paso a Paso el porcentaje corresponden en un 40% existiendo diferencias significativas entre ambos centros; en cuanto a la reducción del consumo de drogas los familiares de Alborada han observado cambios significativos en un 60% en ambos centros.

7. De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación el objetivo de evaluar la efectividad de la participación de los familiares en el proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción si se cumplió ya que de acuerdo con las respuestas de los instrumentos aplicados los usuarios si observaron beneficios significativos en cuanto a las relaciones interpersonales, Estabilidad Escolar y Laboral y Conducta. Por el contrario si observaron cambios significativos en cuanto a la reducción del consumo de Drogas.

8. De acuerdo con familiares que asisten al programa de terapia familiar en ambos Centros de Rehabilitación, los familiares de Alborada en un 60% refieren que la terapia familiar ayudo al usuario a lograr su permanencia en el proceso de tratamiento por el consumo de sustancias. Sin embargo los familiares de Paso a Paso el porcentaje corresponde en un 40% existiendo diferencias significativas entre ambos centros; en cuanto a la reducción del consumo de drogas los familiares de Alborada han observado cambios significativos en un 60% en ambos centros.
9. Los familiares de sexo femenino de los usuarios que reciben tratamiento en los Centros de Rehabilitación Alborada y Paso a Paso son quienes participan en las sesiones de terapia familiar que los familiares de sexo masculino.
10. La intervención familiar ayuda a la adherencia y permanencia de los pacientes en los programas de tratamiento más que los tipos comunes de intervención porque los abordajes familiares consiguen aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento sin embargo en la investigación esta no son el resultado obtenido.
11. El tratamiento de las adicciones con orientación familiar es esencial para cambiar el contexto en el que surgió el problema y para ayudar a las familias que lo sufren, por lo que los familiares constituyen los aliados más importantes en el proceso de tratamiento y rehabilitación de los usuarios con trastorno por uso de sustancias.
12. Las edades de los usuarios que recibieron tratamiento psicoterapéutico en los dos centros privados de rehabilitación se encuentran entre las edades de los 18 a los 34 años de edad lo cual indica que el consumo de sustancias psicoactivas afecta las etapas de desarrollo de los seres humanos.

13. De acuerdo con los resultados de la prueba T para varianza de dos muestras suponiendo varianzas desiguales e iguales los familiares de Alborada tienen mayor estabilidad escolar o laboral, reducción del consumo, cambios conductuales y relaciones interpersonales que Paso a Paso.

5.2. Recomendaciones

1. De acuerdo con los resultados de la investigación se recomienda a los directores de ambos Centros Privados de Rehabilitación Alborada y Paso a Paso gestionar con la Secretaria Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas SECCATID, la implementación de un programa de capacitación permanente en el abordaje psicoterapéutico familiar sistémico. Dirigido a los profesionales de psicología que laboran en Alborada y Paso a Paso que atienden a los usuarios con trastorno por uso de sustancias y su núcleo familiar, como herramienta fundamental en el proceso de tratamiento y rehabilitación de los usuarios y su núcleo familiar.
2. De acuerdo con los resultados de la investigación se recomienda a los directores de ambos Centros Privados de Rehabilitación Alborada y Paso a Paso gestionar con Cooperantes Internacionales como la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito UNODC para capacitar a los equipos multidisciplinarios que brindan tratamiento a los usuarios con trastorno por uso de sustancias sobre la terapia familiar sistémica para brindar una atención integral a los usuarios y sus familias para lograr mejores resultados en los procesos psicoterapéuticos de tratamiento, rehabilitación y Reinserción.
3. De acuerdo con los resultados de la investigación se recomienda al departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social conjuntamente con la Secretaria Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones. Realizar visitas de supervisión a los Centros de Atención para Personas con adicciones CAIPAS, para verificar los procesos psicoterapéuticos de terapia familiar de

los usuarios con trastorno por uso de sustancias y su núcleo familiar, para brindar una atención integral y reducir el consumo de sustancias psicoactivas en la población Guatemalteca.

4. De acuerdo con los resultados de la investigación se recomienda a los Centros de Atención Integral para personas con Adicciones y la Secretaria Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas SECCATID. Realizar mesas de trabajo involucrando a los profesionales que atienden a los usuarios con trastorno por uso de sustancias y su núcleo familiar para la elaboración de un Protocolo Nacional de psicoterapia familiar sistémica, para ser aplicado en los centros de tratamiento privados y Centro de Tratamiento Ambulatorio de SECCATID para sistematizar el abordaje psicoterapéutico familiar en los procesos de tratamiento y rehabilitación para reducir el consumo de sustancias psicoactivas y mitigar el flagelo que los trastornos por uso de sustancias está causando o en la población guatemalteca.

5. A la Secretaria Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas por medio de la unidad de Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción como ente encargado del eje de la reducción de la demanda de la Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas. Capacitar mensualmente a los equipos multidisciplinarios sobre nuevas metodologías de abordaje de los trastornos por uso de sustancias; llevando a cabo bimensualmente reuniones de seguimiento para evaluar la sistematización de los resultados en los proceso psicoterapéuticos integrales de los usuarios con trastorno por uso de sustancias y sus familias. Para lograr la reducción del consumo de sustancias psicoactivas en la población Guatemalteca.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Análisis de Participantes

Los actores relevantes en la implementación proyecto en Centros de tratamiento para usuarios con trastorno por uso de sustancias y su núcleo familiar son los familiares de los usuarios con trastorno por uso de sustancias, los usuarios con trastorno por uso de sustancias. Las necesidades de cada uno son individuales sin embargo hay intereses comunes relacionados con el abordaje integral dentro del proyecto en dos Centros Residenciales Privados.

GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS
Usuarios de Paso a Paso	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer estrategias de afrontamiento ante los factores de riesgo del consumo de drogas. • Adherencia al tratamiento por consumo de sustancias. • Abstinencia del consumo de drogas. • Mejorar las relaciones interpersonales entre los miembros del núcleo familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recaídas al momento de egresar del centro de rehabilitación. • Falta de apoyo familiar en el proceso de tratamiento. • Dificultad para abordar la terapia familiar. • Ubicación del Centro de Rehabilitación lejos de la ciudad capital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo del Centro de Rehabilitación Paso a Paso. • Hoja de consentimiento informado dentro del proceso de tratamiento. • Licencia Sanitaria extendida • por el departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud. DRACES del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social • Normas Mínimas de Atención de Centros de Atención Integral a personas con problemas de adicción. CAIPAS

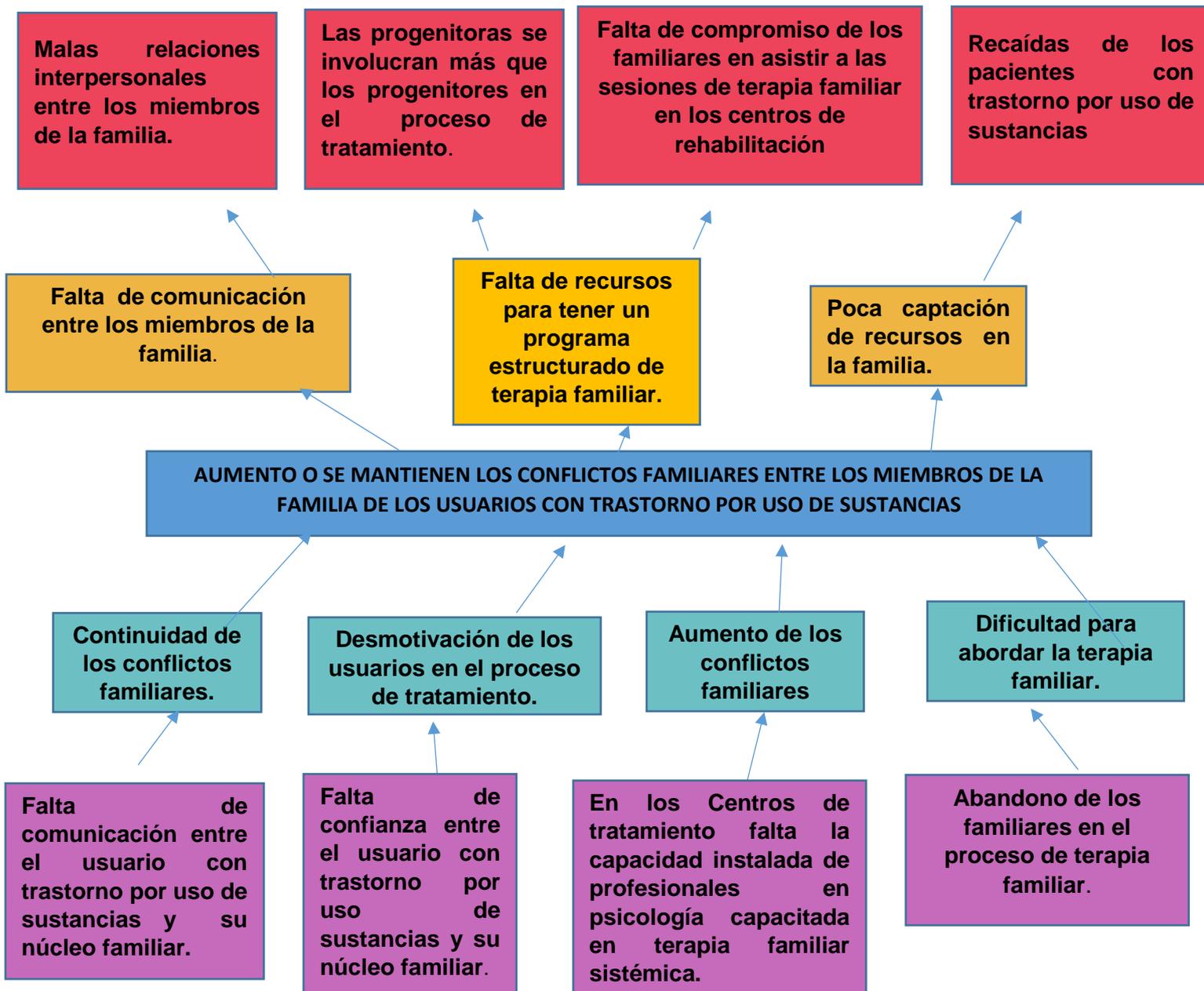
			<ul style="list-style-type: none"> Expedientes internos de los usuarios de los dos Centros de Rehabilitación.
Usuarios de Alborada	<ul style="list-style-type: none"> Adherencia al tratamiento por consumo de sustancias. Abstinencia del consumo de drogas. Fortalecer las relaciones interpersonales y la resolución de conflictos. 	<ul style="list-style-type: none"> Ubicación del Centro de Rehabilitación lejos de la ciudad capital. Falta de recursos económicos de la población para acceder a los servicios del centro de rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> Convenio entre los familiares y el Centro de Rehabilitación para acceder a los servicios de atención a los usuarios con trastorno por uso de sustancias que se encuentran en tratamiento por el consumo de drogas. Expedientes internos de los usuarios de los dos Centros de Rehabilitación.
Familiares de Paso a Paso	<ul style="list-style-type: none"> Reducir los comportamientos disfuncionales psicosociales asociados a la adicción tanto dentro de la familia como en el entorno más próximo. Mejorar las relaciones interpersonales entre los miembros del núcleo familiar. Fortalecer la estrategia de resolución de conflictos entre los miembros del núcleo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Ubicación del Centro de Rehabilitación lejos de la ciudad capital. Falta de recursos económicos de la población para acceder a los servicios del centro de rehabilitación. Las progenitoras se involucran más que los progenitores en el proceso de tratamiento. Abandono de los familiares en el proceso de terapia familiar Falta de comunicación entre el usuario por trastorno por 	<ul style="list-style-type: none"> Convenio entre los familiares y el Centro de Rehabilitación para acceder a los servicios de atención a los usuarios con trastorno por uso de sustancias que se encuentran en tratamiento por el consumo de drogas Licencia Sanitaria extendida por el departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud. DRACES del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Normas Mínimas de Atención de Centros de Atención Integral a personas con problemas de adicción. CAIPAS

		<p>uso de sustancias y su núcleo familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de compromiso de los familiares en asistir a las sesiones de terapia familiar en los centros de rehabilitación. 	
Familiares de Alborada	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir los comportamientos disfuncionales psicosociales asociados a la adicción tanto dentro de la familia como en el entorno más próximo. • Mejorar las relaciones interpersonales entre los miembros del núcleo familiar. • Fortalecer la estrategia de resolución de conflictos entre los miembros del núcleo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Las progenitoras se involucran más que los progenitores en el proceso de tratamiento. • Ubicación del Centro de Rehabilitación lejos de la ciudad capital. • Falta de recursos económicos de la población para acceder a los servicios del centro de tratamiento. • Abandono de los familiares en el proceso de terapia familiar. • Falta de compromiso de los familiares en asistir a las sesiones de terapia familiar en los centros de rehabilitación. • Falta de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Convenio entre los familiares y el Centro de Rehabilitación para acceder a los servicios de atención a los pacientes con trastorno por uso de sustancias que se encuentran en tratamiento residencial. • Licencia Sanitaria extendida por el departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud. DRACES del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social • Normas Mínimas de Atención de Centros de Atención Integral a personas con problemas de adicción. CAIPAS.

		entre el usuario por trastorno por uso de sustancias y su núcleo familiar.	
--	--	---	--

2. Análisis de Problemas

El análisis de problemas en el presente proyecto incluye el problema principal en el abordaje psicoterapéutico familiar de los trastornos por uso de sustancias; del cual se derivan las causas de mayor impacto como la continuidad de los conflictos familiares, Falta de capacidad instalada en los profesionales de psicología con experiencia en el abordaje familiar sistémico, falta de compromiso de los familiares en asistir a las sesiones. Alguno de los efectos de mayor impacto identificados se encuentran la falta de compromiso de los familiares en asistir a las sesiones psicoterapéuticas de terapia familiar en los Centros de Tratamiento y Rehabilitación, continuidad de los conflictos familiares y abandono de los familiares en el proceso de terapia familiar.



6.3 Análisis Contextual y Diagnostico

Existen aspectos específicos que dificultan el proceso en el abordaje psicoterapéutico de la terapia familiar en los procesos de tratamiento de usuarios con trastorno por uso de sustancias, en dos Centros Privados de Rehabilitación con modalidad residencial. Tomando en cuenta la situación actual de Guatemala en referencia al tratamiento, rehabilitación y reinserción de los usuarios con trastorno por uso de sustancias, lamentablemente el sistema de salud no cuenta con programas adecuados para el abordaje integral de las conductas adictivas.

Existiendo en nuestro país un solo un Centro de Tratamiento Ambulatorio como entidad gubernamental; que aborda este tipo de problemática que año con año ha ido en aumento considerando la accesibilidad de la drogas para su consumo por parte de la población en las diferentes edades cronológicas y en distintas etapas del desarrollo.

La mayoría de los CAIPAS Centros de Atención integral a Personas Con Problemas de Adicciones que atienden a los usuarios con trastorno por uso de sustancias, no cuentan con la licencia sanitaria extendida por el Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimiento de Salud DRACES del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Investigadores de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Galileo, levantaron en 2014 la Encuesta Nacional Sobre Uso, Abuso y Prevalencia del Consumo de Drogas en el Nivel Medio de Educación que revela un temprano interés en adolescentes y jóvenes guatemaltecos por el mundo de los estupefacientes. (Martínez , 2019)

Los encuestados fueron 13 mil 762 estudiantes de escuelas y establecimientos privados de primero y tercero básico y quinto año de Diversificado, con edades de entre los 11 y 22 años. (Martínez , 2019)

Las respuestas afirmativas sobre consumo de marihuana, cocaína y sustancias inhalables preocupó a los investigadores ya que evidencia la magnitud del problema.

El 11.31 % de los encuestados afirmó haber consumido marihuana “alguna vez en su vida”. Son los estudiantes hombres de cada uno de los grados encuestados los más interesados en esta droga. En primero básico, 4.59 %; en tercero básico, 4.88 % y en quinto año de Diversificado el 5.73 %. El porcentaje de estudiantes mujeres consumidoras de marihuana fue de entre el 2.13 por ciento y el 2.52 %.

En tanto, el 3.60 % de los entrevistados se inclinó por la cocaína y aseguró haberla consumido “alguna vez en su vida”. Igual como con la marihuana, los estudiantes hombres son los que registraron mayor adicción a esta droga: 1.88 por ciento de primero básico; 1.43 por ciento de tercero básico y 1.59 por ciento de quinto año de Diversificado. El porcentaje de estudiantes mujeres adictas a la cocaína no superó el 1.09 por ciento. Sin embargo, estos números son elevados por el tamaño de la muestra porque se habla de casi 600 adolescentes y jóvenes con ese problema.

El uso de sustancias inhalables también es alto según este estudio, son utilizados por el 4.21 por ciento, 2.50 por ciento y 2.14 por ciento de estudiantes hombres de primero básico, tercero básico y quinto año de Diversificado.

Los porcentajes de consumo por las estudiantes mujeres son los siguientes: 2.78 por ciento, primero básico; 1.62 por ciento, tercero básico y 1.35 por ciento quinto año de Diversificado.

(Díaz, 2019) mencionó que en 1998 participó en un estudio relacionado con el uso de drogas y se formuló la pregunta a adolescentes y jóvenes sobre si alguna vez habían consumido drogas. Las respuestas de esa época comparadas con la actual evidencia el aumento del uso de estupefacientes en este segmento poblacional. “En 1998, el tres por ciento respondió que sí había consumido marihuana, el 2.2 por ciento, cocaína; el 1.9 por ciento inhaladores y el 37.1 por ciento, alcohol”.

Es importante mencionar que en su mayoría los CAIPAS no cumplen con la aplicación de las Normas Mínimas de Atención para usuarios con trastorno por uso de sustancias. Los recursos económicos son limitados para cubrir las necesidades básicas y el abordaje integral por parte de un equipo multidisciplinario; capacitados en el abordaje de los trastornos por uso de sustancias.

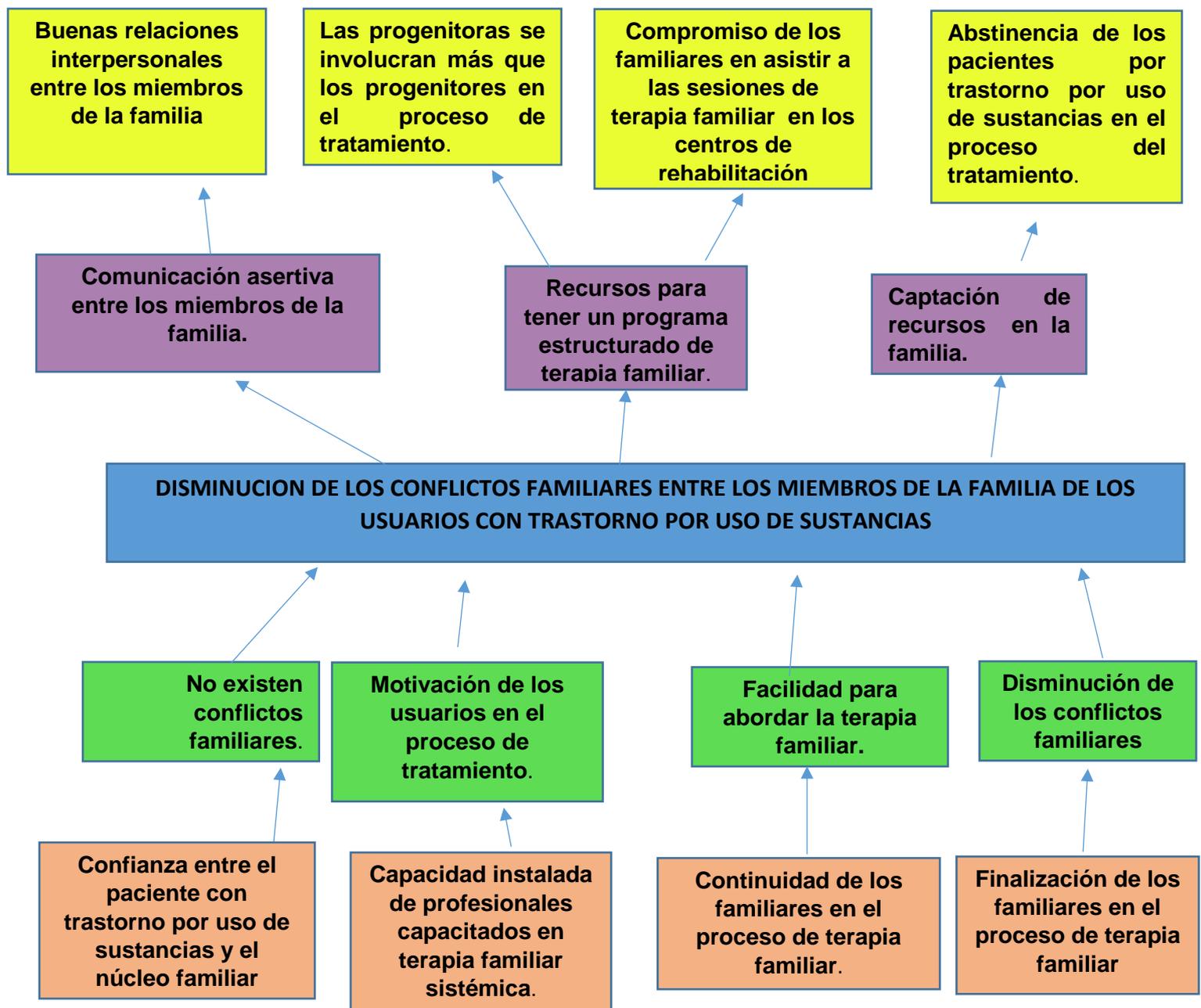
El acceso en la atención de los usuarios con trastorno por uso de sustancias es limitado tomando en cuenta que en los Centros de Rehabilitación Residencial Privados, los precios son considerablemente costosos; tomando en consideración la situación económica de la población guatemalteca. Como consecuencia las familias guatemaltecas tienen poco acceso a los procesos de tratamiento, rehabilitación y reinserción. En la actualidad para las familias guatemaltecas es prioridad cubrir las necesidades básicas de los miembros del núcleo familiar que invertir los pocos recursos económicos en los procesos psicoterapéuticos.

En los centros de Rehabilitación en donde se realizó la investigación de acuerdo con los resultados de los instrumentos de evaluación se logró determinar que existe poco compromiso de los familiares; en asistir a las sesiones de terapia familiar principalmente de los progenitores las progenitoras son las que se involucran en el proceso de tratamiento.

Otro factor que impide la obtención de resultados positivos es el abandono de los familiares en el proceso de terapia familiar, en los centros de rehabilitación no hay capacidad instalada de profesionales de psicología capacitados en la terapia familiar sistémica.

6.4. Análisis de Objetivos

El análisis de objetivos en el presente proyecto se basa en la disminución de los conflictos familiares entre los miembros de la familia de los usuarios con trastorno por uso de sustancias. Con el objetivo de mejorar las relaciones interpersonales, comunicación asertiva entre los miembros de la familia, capacidad instalada de profesionales capacitados en la terapia familiar sistémica, finalización de los procesos psicoterapéuticos de terapia familiar.



6.5. Análisis de Opciones

Las tres opciones que se considera pueden promover el cambio de la situación actual a la situación deseada:

Opción 1	Opción 2	Opción 3
Capacitar a los psicólogos en el abordaje psicoterapéutico de terapia familiar sistémica.	Departamento de postgrado diseñe un curso de actualización en terapia familiar en psicoeducación para el abordaje de los usuarios con trastorno por uso de sustancias. Utilizando	Creación de un Centro de Atención integral a Personas Con Problemas de Adicciones, con un abordaje integral (psicología, médico general con especialidad en psiquiatría, trabajo social, terapeuta ocupacional, medicina general, operador socio terapéutico en adicciones) para usuarios con trastornos por uso de sustancias.
Diseñar un proyecto de capacitación de profesionales de la salud mental en terapia familiar para el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias en los Centros de Rehabilitación Alborada y Paso a Paso.	Formulación del curso de actualización de terapia familiar en psicoeducación; para el abordaje de los trastornos por uso de sustancias en el departamento de postgrado.	Elaborar propuesta de la creación de un Centro de Atención Integral a Personas con problemas de adicción, para el abordaje integral de los trastornos por uso de sustancias.

A continuación, se establece la viabilidad de las mismas, considerando criterios como recursos materiales, humanos, tiempo estimado para el logro de objetivos, riesgos, probabilidades para el logro de los objetivos y vinculación con los beneficiarios

Alternativas	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Recursos Materiales	Se puede utilizar el mobiliario y equipo de los Centros de Rehabilitación Alborada y Paso a Paso.	Puede utilizarse el mobiliario y equipo del departamento de postgrado.	Se necesitaría una inversión económica elevada para la construcción del CAIPA.
Recursos Humanos	Contratación de un psicólogo especialista en	Contratación de profesores para impartir el curso	Contratación de 3 psicólogos con especialización en

	<p>terapia familiar sistémica en el abordaje de los trastornos por uso de sustancias. Para impartir la capacitación.</p> <p>Profesionales de la salud mental que laboran en los Centros de Rehabilitación Alborada y Paso a Paso</p>	de actualización durante un año.	adicciones, contratación de 1 médico psiquiatra, contratación de una trabajadora social, contratación de 2 terapeutas ocupacionales
Tiempo estimado para el logro de los objetivos	Dos años	Un año	Un año
Riesgos	<p>Falta de interés de los dueños de los centros de rehabilitación en capacitar a los profesionales de la salud que atienden a los usuarios con trastorno por uso de sustancias.</p> <p>Falta de recursos económicos para la capacitación.</p> <p>Dificultad para conseguir financiamiento de cooperación internacional para la ejecución de la capacitación.</p>	<p>Falta de interés del departamento de posgrado para implementar el curso de actualización.</p> <p>Que el curso de actualización no sea de interés de los estudiantes de posgrado.</p>	No conseguir los fondos económicos suficientes para la construcción de las instalaciones y la contratación del equipo multidisciplinario.
Probabilidades para el logro de los objetivos	Medias los dueños de los centros de rehabilitación, no estén interesados en invertir en la capacitación de los psicólogos que atienden a los usuarios y su familia.	Medias, favorecería a los estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas que atienden a usuarios con trastorno por uso de sustancias	Medias, favorecería el proceso psicoterapéutico de los usuarios con trastorno por uso de sustancias.

<p>Vinculación con los beneficiarios</p>	<p>Los beneficiarios directos serían los usuarios con trastorno por uso de sustancias y los familiares de los Centros de Rehabilitación Alborada y Paso a Paso.</p> <p>Se beneficiarían los profesionales de la salud mental capacitados en el abordaje psicoterapéutico de terapia familiar.</p>	<p>Los beneficiarios directos serían los estudiantes de postgrado y los usuarios con trastorno por uso de sustancias.</p>	<p>Los beneficiarios directos serían los usuarios con trastorno por uso de sustancias y los miembros de su núcleo familiar.</p>
--	---	---	---

Luego de realizar un análisis comparativo de las tres alternativas, se determina que la opción 2, responde de manera integral a la problemática que enfrentan las familias de los usuarios con trastorno por uso de sustancias. El tratamiento de las conductas adictivas debe ser abordado de manera integral ya que la enfermedad de la adicción afecta no solo a los usuarios sino también al núcleo familiar. Las tres alternativas planteadas requieren inversión

Las tres alternativas planteadas requieren inversión, sin embargo, la opción 1 , puede implementarse dentro de una dependencia que ya tiene funciones relacionadas con la atención de usuarios con trastorno por uso de sustancias y su núcleo familiar, únicamente se requiere ampliar servicios.

6.6. Marco Conceptual

Las adicciones son deseos y actos compulsivos de consumir cualquier sustancia que modifica la conducta de quien la consume, sea alcohol, cocaína, marihuana, heroína u otras drogas; también está relacionada a actividades compulsivas, como el sexo, las compras o las mentiras.

Las adicciones producen un malestar significativo a nivel biológico, social y psicológico, porque la persona, normalmente, pierde la capacidad de controlar el impulso, poniendo en riesgo no sólo su salud física y mental, sino también la de las personas que lo rodean, especialmente de los miembros de su familia (Vargas, 2019).

Hoy existen más tratamientos para combatir las adicciones y muchos de estos no necesitan medicación, pero muchos otros sí. Para hablar de tratamientos es importante también tener en cuenta dos conceptos: la desintoxicación y la deshabitación. La desintoxicación, que tiene por objetivo evitar o minimizar el síndrome de abstinencia, después del cese del consumo del alcohol o de la droga.

El síndrome de abstinencia se caracteriza por un conjunto de síntomas neurovegetativos: vómitos, temblores, taquicardia, acompañados muchas veces de alucinaciones o ideas falsas que se manifiestan por el hecho de dejar de consumir una sustancia a la cual el cuerpo se ha acostumbrado.

La psicoeducación ayuda a que la familia conozca las reacciones y síntomas propios de la enfermedad para poder enfrentar mejor la situación. (Vargas, 2019)

La deshabitación es el proceso psicológico y médico por el cual el paciente recupera su capacidad de retomar sus actividades familiares, sociales, laborales, sin el consumo del alcohol o de las drogas en su vida.

En esta fase es muy importante que la familia aplique todos los conocimientos adquiridos a través de la psicoeducación para actuar como apoyo y contención para el miembro de la familia que está en proceso de rehabilitación (Vargas, 2019).

En cuanto a tratamientos psicológicos, una terapia con bastante éxito en los casos de adicciones, son las terapias centradas en soluciones, de la corriente sistémica.

Éstas refuerzan los pequeños logros del paciente y trabajan con metas más fáciles de alcanzar. En este sentido, no se buscaría alcanzar el cese absoluto (de la noche a la mañana) del consumo de alcohol por ejemplo, sino que se fijarían metas pequeñas, un menor consumo de vasos de bebida.

Se ha visto que mientras más se intenta controlar una adicción y mantenerse "limpio", hay un mayor deseo de consumir la droga que se trata de dejar.

Durante esta terapia se felicita que el paciente haya logrado, por ejemplo, no beber hasta quedar inconsciente, y se le pregunta cómo ha logrado detenerse (usando recursos personales), para seguir haciendo hincapié en esa excepción y en el logro. (Vargas, 2019)

La psicoeducación, por considerar que supone un tipo de intervención especialmente interesante, ya que muchas familias presentan carencias en lo que se refiere a conocimientos básicos (qué es una droga, qué tipos de drogas existen y qué efectos tienen, en qué consisten realmente los problemas de abuso y/o la adicción, qué implica un tratamiento y cuáles son sus fases y limitaciones, etc.). Este tipo de abordaje parte de un enfoque positivo, que subraya el papel de la familia como agente terapéutico activo en el proceso del tratamiento del individuo enfermo, por tanto el objetivo de este tipo de programas es orientar y ayudar a la familia a identificar con claridad el problema, sus causas, el curso y cómo se desarrolla, cuáles son sus síntomas y tratamientos empleados para que así puedan intervenir en cierta medida en el proceso de mejora y curación de sus hijas/os. La psicoeducación es un tipo de intervención necesario para todo tipo de familias, aunque su mayor indicación según algunos autores, sea en las familias funcionales siendo preferente la terapia familiar o la no intervención en otro tipo de familias, como las aglutinadas o desintegradas. En cualquier caso, es conveniente explorar en todas ellas (tabla 2) lo referente a estructura y relaciones familiares, grado de

afectación por la problemática, expectativas, nivel de implicación, etc. (Calvo Botella , 2007)

La psicoeducación es un componente fundamental del tratamiento del Trastorno por Uso de Sustancias y por medio de ella se les suministra información a los pacientes sobre los principales temas relacionados con la enfermedad. El objetivo es que el paciente y su familia utilicen esa información para mejorar la adherencia al tratamiento, aumenten la calidad de vida, reconozcan los síntomas de recaída y disminuyan la cantidad de hospitalizaciones y crisis a largo plazo. La psicoeducación se realiza por medio de conversatorios grupales e individuales, y puede ser dirigida a pacientes o a familiares. Asistir a la psicoeducación tiene muchas ventajas porque en las sesiones se aprenden habilidades como por ejemplo la capacidad de reconocer signos de alarma y de buscar ayuda en momentos donde hay riesgo de descompensación.

En los conversatorios de psicoeducación pueden participar diferentes profesionales, ya que los temas son variados y pueden comprometer varios aspectos de la vida del paciente. Es común la participación de psicología, psiquiatría, medicina general, terapia ocupacional y terapia de familia en el diseño del programa y dentro de las sesiones. Además del aprendizaje sobre la enfermedad y el manejo apropiado de sus síntomas, tener un seguimiento y un contacto semanal con los profesionales ayuda a que el paciente mejore la autoestima y la autoconfianza, tenga estilos de vida más saludables, y aprenda habilidades para el manejo del estrés y los problemas. Adicional a esto, la psicoeducación permite fortalecer la relación entre el paciente y su terapeuta, mejorando la confianza, facilitando la comunicación y el aprendizaje.

La intervención familiar estructurada y periódica basada en la psicoeducación tiene un efecto muy positivo sobre la colaboración de la familia. El incremento del apoyo familiar percibido, por tanto, puede atribuirse al hecho de que un miembro de la familia haya sido objeto de una intervención familiar sistemática. Además, la percepción de apoyo progresivamente menor en el grupo de pacientes que han sido tratados a nivel individual es un reflejo de la importancia de mantener intervenciones familiares a lo largo del tratamiento, particularmente cuando los

pacientes presentan a su vez un TP. Todo indica que cuando no se dedica el tiempo suficiente a la intervención familiar afloran mayor número de conflictos como cabe esperar por el impacto de la psicopatología en el Eje II (Martínez-González y Trujillo, 2003). Si la psicoterapia familiar no atiende permanentemente y de forma sistematizada las dificultades de los familiares, se observa un descenso progresivo del apoyo familiar percibido. Esto puede atribuirse a la inoperancia de la familia para apoyar la intervención en los términos que la peculiaridad clínica que estos casos requiere. No obstante, sorprende la enorme diferencia en la evolución de las puntuaciones de ambos grupos lo que muestra la utilidad de la intervención, que como se ha descrito, se ocupa no solo de variables implicadas en la adicción, sino que también se ocupa de variables vinculadas con los rasgos de personalidad. La intervención familiar debe mantenerse a lo largo de todo el tratamiento en los términos indicados en este estudio. Puede decirse que la psicoeducación familiar para pacientes con TP es efectiva en la medida en que se ha podido comprobar que los drogodependientes cuyos familiares son objeto de esta intervención, tal y como se ha llevado a cabo en esta ocasión, perciben un mayor nivel de apoyo familiar a lo largo de todo el tratamiento. Todo indica que la psicoeducación consiguió a lo largo del tratamiento proporcionar educación a la familia sobre como incentivar comportamientos favorables en el proceso de recuperación del paciente, facilitó habilidades de afrontamiento y familiares, así como el desarrollo de estrategias para la reducción de los problemas (Martínez, González, Albein Urios, Munera, & Verdejo, García, 2012)

Prevención de Recaídas

La recaída en las adicciones es un proceso en el que el paciente retoma de forma más o menos intensa, y de forma repetida el comportamiento, los pensamientos previos y el consumo de la sustancia. Esta situación supone una reactivación de adicción, que ya se habían superado anteriormente. Cuando se habla de una recaída, el paciente debe de estar en fase de recuperación, es decir, estar abstinerente y haber superado ciertos hitos madurativos en su proceso de tratamiento realizado durante un periodo de tiempo determinado.

Antes de que se produzca una recaída y se llegue al consumo, existen una serie de síntomas que pueden anticipar dicho consumo y pueden servir para realizar una detección precoz y una prevención de la recaída en el consumo de alcohol o la drogodependencia.

Aunque generalmente las recaídas son peligrosas muchas veces son necesarias para analizar, aprender, redefinir el proceso de recuperación y marcar nuevas directrices del abordaje terapéutico (Zofra, 2017).

Los 8 puntos clave que pueden anticipar el consumo y que suelen ser patrones comunes de una posible reactivación de la conducta adictiva son los siguientes:

1. Retorno del pensamiento obsesivo relacionado con el consumo de la sustancia e importante inversión de tiempo en la recreación y el fantaseo con la posibilidad de la misma. En este sentido, mucho se ha hablado con las “pesadillas de consumo”, la liberación del pensamiento errático en la nocturnidad durante el sueño profundo. Esta situación es diferente al pensamiento obsesivo que el paciente presenta durante el día. En este caso, los onirismos (“sueños de consumo con elevada carga emocional”) son considerados como un elemento necesario e incluso beneficioso en el proceso de desensibilización emocional de la conducta adictiva siempre que no se traduzca en una repercusión matutina por falta de descanso o insomnio.
2. Descuidar el compromiso de la recuperación, así como alargar o descuidar las citas programadas con el equipo de profesionales tratantes. El alejarse de los profesionales es considerado el primer síntoma de la recaída de la adicción y puede preceder semanas o incluso meses al reinicio de la recaída en el consumo de drogas y la conducta de abuso.
3. Discusiones y enfrentamientos con el núcleo familiar que generalmente asienta en la alusión por parte del paciente con adicción a la percepción de una falta de confianza o petición de retomar una autonomía y diferenciación no programada por parte de los profesionales acompañantes del proceso terapéutico.

4. Reactivación de sintomatología previa de corte depresivo o ansioso. En este sentido, signos de impaciencia, irritabilidad y “ansia” (craving) del consumo supone que el consumo de la sustancia aparecerá en breve o ya lo ha hecho de forma puntual.
5. Aislamiento o evitación de contacto social con personas sanas y protectoras del consumo. Exaltación de resentimientos hacia otras personas, generalmente del núcleo familiar y más implicadas en el proceso de tratamiento
6. Exceso de confianza y falso autocontrol en relación a la re-exposición de los entornos condicionados en los que el paciente ha mantenido una conducta adictiva previa. El coqueteo con la exposición, sin duda es signo de alarma importante, ya que se siembra “la semilla” en el cerebro que con el tiempo puede germinar y terminar en el pensamiento obsesivo-recreativo que precipite el consumo.
7. Culpa auto infringida o derivada a familiares en relación a la percepción de no-alcanzar los objetivos planificados, la minimización de los logros conseguidos y una actitud desafiante o defensiva al hablar del tema de la recuperación.
8. Preocupación obsesiva por el dinero o por la seguridad financiera. Apremio por la reincorporación laboral sin tener en cuenta las recomendaciones de los profesionales. Obsesión con la imagen y los defectos físicos. Exigencias personales elevadas y reiterativas. (Zofra, 2017)

6.7. Matriz del Marco Lógico

Resumen Narrativo	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
<p>Finalidad</p> <p>Reducir los comportamientos disfuncionales psicosociales asociados a la adicción tanto dentro de la familia como en el entorno más próximo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista a usuarios padres de familia, tutores o responsables antes de iniciar el proceso de tratamiento. • Evaluación antes y después del funcionamiento familiar cada dos meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista a usuarios, padres de familia o tutores antes de iniciar el proceso de tratamiento • Aplicación del APGAR familiar antes y después del funcionamiento familiar. • Informes sobre el avance del proceso de terapia familiar durante el tratamiento. • Listado de asistencia de los usuarios y familiares a las sesiones de terapia familiar. • Reuniones del equipo multidisciplinario para discusión de casos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de compromiso de los familiares y usuarios en el proceso de tratamiento. • Continuación de los comportamientos disfuncionales entre los miembros de la familia. • Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.
<p>Propósito</p> <p>Disminución de los conflictos familiares entre los miembros de la familia de los usuarios con trastorno por uso de sustancias.</p>	<p>Disminución en un 80% de los conflictos familiares de los usuarios con trastorno por uso de sustancias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones con el equipo multidisciplinario que atiende al usuario y al familiar. <p>Dinámica familiar en la resolución de conflictos. (observación directa durante las sesiones)</p>	<p>Falta de involucramiento de las familias en el proceso de tratamiento. Recaídas en el consumo de drogas. Inasistencia a las sesiones de terapia familiar en el tratamiento.</p>

		<p>Evaluación a los usuarios y familiares trimestralmente.</p> <p>Expedientes de los usuarios y familiares.</p> <p>Informes psicológicos del equipo multi disciplinario.</p> <p>Evaluación al finalizar el tratamiento en el Centro de rehabilitación.</p>	
<p>1. Componente Psicoeducación para la resolución de conflictos</p>	<p>75 % de aplicación de las técnicas de psicoeducación de los usuarios con trastorno por uso de sustancias y su núcleo familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación por parte del equipo multidisciplinario. • Informes psicológicos de los usuarios y familiares. • Expedientes internos del centro de rehabilitación. 	<p>Abandono de los procesos de tratamiento por los usuarios con trastorno por uso de sustancias y su núcleo familiar.</p> <p>Falta de recursos económicos para continuar el proceso de tratamiento.</p>
<p>2. Componente Estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos.</p>	<p>75% de efectividad de la aplicación de estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación por parte del equipo multidisciplinario. • Informes psicológicos de los usuarios y familiares. • Expedientes internos del centro de rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento. • Falta de recurso económico para continuar el proceso de tratamiento.
<p>3. Componente Estrategias de prevención de recaídas</p>	<p>75% de aplicación de las estrategias por los usuarios con trastorno por uso de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación por parte del equipo multidisciplinario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deserción de los usuarios y familiares en el

	sustancias y su núcleo familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Informes psicológicos de los usuarios y familiares. • Expedientes internos del centro de rehabilitación. • Sesiones psicoterapéuticas entre los usuarios y su núcleo familiar. 	<p>proceso de tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de recurso económico para continuar el proceso de tratamiento.
--	----------------------------------	--	---

Actividades Componente 1
Psicoeducación para resolución de conflictos

1.1 Sesiones de Reencuadre	Modificación del pensamiento del usuario frente a las situaciones adversas.	<p>. Evaluación por parte del equipo multidisciplinario.</p> <p>Informes psicológicos de los usuarios y familiares</p>	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.
1.2 Sesiones de Tareas directivas	Cambios cognitivos y conductuales de los usuarios y el núcleo familiar.	<p>Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico.</p> <p>Reuniones trimestrales con el equipo multidisciplinario</p>	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.
1.3 Sesiones de Intervenciones paradójicas	Aplicación de test Sócrates 8.	<p>Resultado de la aplicación del test Sócrates 8.</p> <p>Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico.</p> <p>Reuniones trimestrales con el equipo multidisciplinario</p>	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.
1.4 Sesiones de Sabotaje benevolente	Cambios cognitivos y conductuales del usuario	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.

		Reuniones trimestrales con el equipo multidisciplinario Hojas de evolución	
1.5 Sesiones de Preguntas circulares.	Construcción un nuevo sistema de creencias en los usuarios y familiares.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.
1.6 Sesiones de Connotación positiva.	Reducción de actitudes y sentimientos negativos transformando las actitudes y sentimientos negativos por claridad, confianza y control de la situación.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento. Falta de compromiso de los familiares en asistir a su proceso terapéutico.
1.7 Sesiones de Intervención individual estructurada.	Análisis de casos por el equipo multidisciplinario.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Hojas de evolución del proceso psicoterapéutico.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.
1.8 Sesiones Aplicación de cuestionario CFR a los usuarios.	Aplicación del cuestionario CFR	Aplicación trimestral del cuestionario CFR. Reuniones del equipo multidisciplinario para evaluar avances en el tratamiento.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.
1.9 Sesiones de Pensamientos distorsionados.	Aplicación del test de pensamientos distorsionados	Aplicación trimestral del test de pensamientos distorsionados.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.
1.10 Sesiones de Relajación progresiva.	Disminución de los niveles de estrés y	Evaluación trimestral de los usuarios y familiares	Deserción de los usuarios y familiares en el

	angustia de los usuarios y familiares	por el equipo multidisciplinario. Informes trimestrales de los usuarios y familiares.	proceso de tratamiento.
1.11 Sesiones de Entrenamiento Cognitivo.	Cambios cognitivos y conductuales de los usuarios y familiares.	Evaluación trimestral de los usuarios y familiares por el equipo multidisciplinario. Informes trimestrales de los usuarios y familiares.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.
1.12 Sesiones bimensuales de seguimiento.	Evaluación inicial del usuario y la familia por el equipo multidisciplinario	Evaluación bimensual de los avances de los usuarios y familiares por el equipo multidisciplinario. Informes bimensuales de los usuarios y familiares.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.
1.13 Conversatorios de psicoeducación.	Cambios cognitivos y conductuales en el proceso de tratamiento. Observación directa de la dinámica familiar.	Evaluación trimestral de los usuarios y familiares por el equipo multidisciplinario. Informes trimestrales de los usuarios y familiares.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.
1.14 Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales.	Cambios cognitivos y conductuales en el proceso de tratamiento. Observación directa de la dinámica familiar.	Evaluación trimestral de los usuarios y familiares por el equipo multidisciplinario. Manejo de casos de casos por el equipo multidisciplinario.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.

Componente 2
Actividades de afrontamiento y resolución de conflictos.

2.1 Clarificación	Aplicación de técnicas de intervención verbal.	Evaluación trimestral de los usuarios y familiares por el equipo multidisciplinario. Informes trimestrales de los usuarios y familiares	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.
2.2 Consejo y orientación		Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Hojas de evolución del proceso Psicoterapéutico. Informes trimestrales de los usuarios y familiares.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
2.3 Entrenamiento en habilidades de comunicación	Aplicación de técnicas durante el proceso de tratamiento. (modelado, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento)	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
2.4 Entrenamiento en solución de problemas	Orientación general hacia el problema. Definición y formulación del problema. Generación de soluciones alternativas. Toma de decisiones. Puesta en práctica y verificación de la solución.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento

2.5 Manejo de Contingencias y refuerzo	Retención del tratamiento y fomento de la abstinencia del consumo de drogas.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
2.6 Dramatización y Rol Playing	Representaciones para fomentar la comunicación entre los miembros de la familia. Cambios cognitivos y conductuales	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario, Hojas de evolución en el expediente clínico.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
2.7 Terapia sistémica		Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
2.8 Confrontación	Modificación de Actitudes del usuario y la familia en las sesiones de terapia familiar. Reducción del consumo de drogas.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
2.9 Señalamiento	Capacidad de insight en el proceso terapéutico.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
2.10 Esclarecimiento	Respeto de límites en la dinámica familiar dentro del proceso terapéutico.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento

2.11 Rol playing	Representaciones para fomentar la comunicación entre los miembros de la familia. Cambios cognitivos y conductuales.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
2.12 Habilidades asertivas	Aplicación de técnicas asertivas en la toma de decisiones.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
2.13 Detección del pensamiento	Resultados de la evaluación de cambios cognitivos conductuales del usuario y la familia.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario Informes trimestrales del proceso de tratamiento.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
2.14 Modelado de Conductas	Cambios cognitivos y conductuales del usuario durante el proceso de tratamiento.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
Actividades Componente 3 Prevención de Recaídas			
3.1 Auto registro de situaciones de riesgo.	Hojas de auto registro de situaciones de riesgo	Revisión semanal del auto registro de situaciones de riesgo del usuario. Entrevista con los familiares.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.2 Proceso de recaída	Evaluación inicial del usuario. Cambios cognitivos y conductuales	Evaluación bimensual de los avances de los usuarios por el equipo multidisciplinario.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento

		Informes bimensuales de los usuarios.	
3.3 técnica de grupo: cadena de asociaciones.	Análisis de las diferentes interpretaciones partir de las experiencias personales.	Evaluación bimensual de los avances de los usuarios por el equipo multidisciplinario. Informes bimensuales de los usuarios	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.4 Motivación para el mantenimiento de la abstinencia.	Entrevista motivacional	Abstinencia del consumo de drogas.	Inasistencia a las sesiones de terapia individual y familiar.
3.5 Manejo de factores internos.	Hojas de autoregistro de factores internos	Revisión de Autoregistro de los factores internos de los usuarios y familiares.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.6 Fantasías de recaída	Aplicación de estrategias para evaluación de situaciones de riesgo	Evaluación bimensual de los avances de los usuarios por el equipo multidisciplinario.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.7 Cuestionarios y auto informes	Aplicación de cuestionarios y auto informes a los usuarios y familiares.	Revisión trimestral de los cuestionarios y auto informes. Hojas de evolución en los expedientes clínicos.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.8 Aplicación del inventario de situaciones de consumo de drogas.	Hoja del inventario de situaciones de riesgo.	Resultados de la aplicación bimensual de situaciones de riesgo.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.10 Evaluación de estrategias de afrontamiento de situaciones de riesgo.	Hoja de planes de acción para situaciones de riesgo.	Evaluación bimensual del usuario y la familia. Manejo de casos de usuarios y familiares por el equipo multidisciplinario.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.11 Solución de problemas y toma de decisiones.	Cambios cognitivos y conductuales en el proceso de tratamiento.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso terapéutico.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento

3.12 Redes de apoyo para la integración social.	Cambios cognitivos y conductuales en el proceso de tratamiento.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso terapéutico. Reuniones del equipo multidisciplinario. Sesiones de terapia familiar.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.
---	---	--	--

6.8. Presupuesto

Para la ejecución del proyecto se requiere de una inversión para ejecutar lo relacionado con el tratamiento del usuario con trastorno por uso de sustancias y el núcleo familiar.

Resultado	Componente	Rubro	Producto	Costo/ anual
DISMINUCION DE LOS CONFLICTOS FAMILIARES ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE LOS USUARIOS CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS	1. Estrategias de psicoeducación para la resolución de conflictos.	1.1.	Sesiones de Reencuadre	Q. 6,000.00
		1.2	Sesiones de Tareas directivas	Q. 6,000.00
		1.3	Sesiones de Intervenciones paradójicas	Q. 6,000.00
		1.4	Sesiones de Sabotaje benevolente	Q. 6,000.00
		1.5	Sesiones de Preguntas circulares	Q. 6,000.00
		1.6	Sesiones de Connotación positiva	Q. 6,000.00
		1.7	Sesiones de Intervención individual estructurada	Q. 6,000.00
		1.8	Sesiones Aplicación de cuestionario CFR a los usuarios.	Q. 6,000.00

		1.9	Sesiones de Pensamientos distorsionados	Q. 6,000.00
		1.10	Sesiones de Relajación progresiva.	Q. 6,000.00
		1.11	Sesiones de Entrenamiento Cognitivo.	Q. 6,000.00
		1.12	Sesiones mensuales de Seguimiento.	Q. 6,000.00
		1.13	Conversatorios de Psicoeducación	Q. 6,000.00
		1.14	Sesiones de enteramiento en habilidades sociales	Q. 6,000.00
			Subtotal	Q. 84,000.00
	2. Estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos	2.1	Clarificación.	Q. 6,000.00
		2.2	Consejo y orientación.	Q. 6,000.00
		2.3	Entrenamiento en habilidades de comunicación.	Q. 6,000.00
		2.4	Entrenamiento en solución de problemas	Q. 6,000.00
		2.5	Manejo de Contingencias y refuerzo	Q. 6,000.00
		2.6	Dramatización y Rol Playing	Q. 6,000.00
		2.7	Terapia sistémica	Q. 6,000.00
		2.8	Confrontación	Q. 6,000.00
		2.9	Señalamiento	Q. 6,000.00
		2.10	Esclarecimiento	Q. 6,000.00

		2.11	Rol playing	Q. 6,000.00
		2.12	Habilidades asertivas	Q. 6,000.00
		2.13	Detección del pensamiento	Q. 6,000.00
		2.14	Modelado de Conductas	Q. 6,000.00
			Subtotal	Q. 84,000.00
	3. Estrategias de prevención de recaídas	3.1.	Autoregistro de situaciones de riesgo.	Q. 6,000.00
		3.2	Proceso de recaída	Q. 6,000.00
		3.3.	Técnicas de grupo: cadena de asociaciones.	Q. 6,000.00
		3.4	Motivación para el mantenimiento de la abstinencia.	Q. 6,000.00
		3.5	Manejo de factores internos.	Q. 6,000.00
		3.6	Fantasías de recaída	Q. 6,000.00
		3.7	Observación directa	Q. 6,000.00
		3.8	Cuestionarios y auto informes	Q. 6,000.00
				Q. 6,000.00
		3.9.	Aplicación del inventario de situaciones de consumo de drogas.	

		3.10.	Evaluación de estrategias de afrontamiento de situaciones de riesgo.	Q. 6,000.00
		3.11.	Solución de problemas y toma de decisiones.	Q. 6,000.00
		3.12	Redes de apoyo	Q. 6,000.00
				Q. 6,000.00
			Subtotal Total	Q 72,000.00 Q 240.000.00

6.9. Cronograma

Actividades	Meses													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1. Elaboración de Marco Lógico														Primer Año 2,019
2. Estrategias de psicoeducación para la resolución de conflictos														Segundo Año 2,020
3. Evaluación de resultados														
4. Estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos														
5. Evaluación de resultados														
6. Estrategias de prevención de recaídas														
7. Evaluación de resultados														

6.10. Evaluación del proyecto

Evaluación	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	Ciclo Académico
Inicial	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación inicial de la familia por equipo multidisciplinario. (APGAR) Evaluación inicial del usuario por el equipo multidisciplinario. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación intermedia del usuario y familia por el equipo multidisciplinario . Avances en el proceso de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación final de avances en el proceso de tratamiento, al usuario y núcleo familiar. Evaluación de la aplicación de las actividades del proceso de tratamiento. Evaluación de la deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento. 	2020
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación trimestral de los usuarios por el equipo multidisciplinario. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación trimestral de estrategias de resolución de conflictos. Informes trimestrales del equipo multidisciplinario del usuario y su núcleo familiar Informe de usuarios y familiares que abandonan el proceso de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación final de avances en el proceso de tratamiento, al usuario y núcleo familiar. Evaluación de la aplicación de las actividades del proceso de tratamiento. Evaluación de la deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento. 	2020
Final	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación final del usuario y su familia por el equipo multidisciplinario. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación trimestral de avances en el proceso de tratamiento. Elaboración de informe intermedio de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Número de usuarios que finalizan su proceso psicoterapéutico. . Numero de familiares que finalizan su proceso de terapia familiar. Disminución de los conflictos familiares entre el usuario y la familia 	2020

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Referencias

- Aizpún, G. (14 de Mayo de 2005). *Los roles en la familia del adicto*. Obtenido de <http://www.alcoholinformate.org.mx/familia.cfm?articulo=f94>:
<http://adiccion.sistemasjovenes.com.ar/familia-roles.htm>
- Akerman, N. (1969). *Psicoterapia de la Familia milia neurótica*. Ed. Hormé, B. Aires, 1969. Buenos Aires Argentina : Hormé.
- Alvarado, S. (25 de mayo de 2018). *Rehabilitación en México* . Obtenido de www.adicciones.org/familia/index.html
- Argentina, M. d. (2009). Resolución 343/09-ME - EDUCACION SUPERIOR . *Boletin Oficial*, 1-9.
- Bateston , G. (1972). Pasos hacia una ecología de la mente. *Ballentine Books*, 230.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2007). Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. En E. Becoña Iglesias, & M. Cortés Tomás, *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones* (págs. 80-83). España: Socidrogalcohol.
- Bruner , J. (2003). *La Fabrica de Historias*. España: S.L. Fondo De Cultura Económica de España.
- Calvo Botella , E. (2007). *Salud y Drogas*, 45-56.
- Díaz, B. (2014 de Junio de 2019). *www.galileo.edu*. Obtenido de www.galileo.edu:
www.galileo.edu
- Espinoza, S. (27 de mayo de 2018). *www.medium.com*. Obtenido de <https://medium.com/teor%C3%ADas-y-sistemas-psicoterap%C3%A9uticas-2018-1/la-terapia-familiar-sist%C3%A9mica-y-adicciones-52119ada720a>
- Espada, A. S. (25 de mayo de 2018). *Rehabli*. Obtenido de <https://www.rehably.es/terapias/terapias/terapias-familiares>
- Fernández, C. C. (2006). *Modelo de Terapia Multidimensional con Perspectva de Género* . México : Centros de Ingegración Juvenil .
- García, Bustamante, T. (2013). Usos y acepciones. *Revista de Facultad de Trabajo Social*, 49-63.
- Garcia, E., & Musitu , G. (2000). *Psicología Social de la Familia* . España : Paidós.
- Gavancho Terrazas, C. (20 de mayo de 2018). *Instituto de Psicoterapia*. Obtenido de <http://institutedepsicoterapia.blogspot.com/2014/05/psicoterapia-sistemica-de-familia.html>
- Gergen, K. (1991). *Ser Relacional*. New York: Revista Internacional de Comunicación.

- Gutiérrez, M. (25 de mayo de 2018). <http://www.mariapsicologamadrid.com/blog/2016/1/25/lascaracteristicasdelafamiliadeladicto>. Obtenido de <http://www.mariapsicologamadrid.com/blog/2016/1/25/lascaracteristicasdelafamiliadeladicto>: <http://www.mariapsicologamadrid.com/blog/2016/1/25/lascaracteristicasdelafamiliadeladicto>
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: MC Graw Hill 6 edición.
- Kerr, M. (8 de Mayo de 2018). <http://www.thebowencenter.org>. Obtenido de <http://www.thebowencenter.org>: <http://www.thebowencenter.org>.
- Lévi-Stauss, C. (1986). La familia . En C. Lévi-Strauss, *Mirando a lo lejos* (pág. 354). Emece.
- Martínez, C. (14 de junio de 2019). www.galileo.edu. Obtenido de www.galileo.edu: www.galileo.edu
- Martínez, González, J. M., Albein Urios, N., Munera, P., & Verdejo, García, A. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido por el paciente con dependencia al alcohol y trastorno de personalidad. *Intrnational Journal of Psychological Resarch*, 18-24.
- Méendez, Cortés, H. (2012). La terapia familiar y su desempeño en la adicción a drogas y alcohol: una revisión de la literatura. *Hello Mental Health*, 2-3.
- Minuchin, S., & Fishman, C. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires Argentina: Paidós
- Pearce, J. (1995). Como ayudar a su hijo con la agresividad. En J. Pearce, *Como ayudar a su hijo con la agresividad* (págs. 89-90). Madrid: Paidós.
- Riveros, Reina, M. C., & Garzón, De la Verda, D. I. (2014). Terapia familiar en problemas de adicción: narrativa conversacional y re-configuración de identidades. *Revista Latinoamericana de la Familia*, 211-236.
- Rowe, C. (2013). Terapia familiar para consumo de drogas:. *Revista de Toxicomanías*, 43-44.
- Sánchez, E., & Gradoli, T. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos Adictivos*, 6-7. Santelices Cuevas, L. (2001). La Familia Desde Una mirada Antropológica Requisito para Educar. *Pensamiento Educativo*, 184.
- Santelices Cuevas, L. (2001). La Familia Desde Una mirada Antropológica Requisito para Educar. *Pensamiento Educativo*, 184.
- SECCATID, S. E. (2009). *Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas*. Guatemala: Tipografía Nacional de Guatemala.
- Smith-Castro, V. (2014). *Cuadernos Metodológico, Compendio de Instrumentos de Medición IIP2014*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Stanton, M., & Todd, T. (2006). Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. En M. Stanton, & T. Todd, *erapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. (págs. 56-57). España: Gedisa.

Vargas, B. (14 de Junio de 2019). *www.paginasiete.bo*. Obtenido de *www.paginasiete.bo/*:
www.paginasiete.bo/

Zarate, M. (2015). Una Práctica Basada en Evidencia: Modelo de Terapia Familiar Breve
Estrategica . *Adicction Technology Tranfer Center Network*, 1.

Zofra, A. (5 de Mayo de 2017). *www.ivanessalud.com*. Obtenido de *www.ivanessalud.com*:
www.ivanessalud.com

CAPITULO VIII

ANEXOS



ENCUESTA PARA PADRES, PAREJAS, HIJOS O ENCARGADOS



Institución: _____

Sexo: _____ Edad: _____

El presente instrumento corresponde al estudio "Efectividad de la terapia familiar en tratamiento de las adicciones" realizado por la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la Escuela de Ciencias Psicológicas del Departamento de Estudios de Postgrado en la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas.

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas marcando con una x de acuerdo con la escala que a continuación se le presenta:

1. No sucede
2. Rara vez
3. Ocasionalmente
4. Frecuentemente
5. Usualmente

	1. No sucede	2. Rara vez	3. Ocasionalmente	4. Frecuentemente	5. Usualmente
1. ¿Disminuyo la conducta agresiva de su familiar desde que asiste a su proceso de tratamiento?					
2. ¿Se lograron acuerdos en relación a normas y reglas para la convivencia familiar en el hogar?					
3. ¿Su hijo familiar responde de una manera agresiva al momento de indicarle una norma y regla de la casa?					
4. ¿Se logró diferenciar las normas y reglas de convivencia con los límites de relación a nivel familiar?					
5. ¿Su familiar continúa presentando un comportamiento desafiante?					
6. ¿Su familiar continúa presentando un comportamiento impulsivo?					
7. ¿Considera que la terapia familiar le ayudo a su familiar en su proceso de tratamiento?					

	1. No sucede	2. Rara vez	3. Ocasionalmente	4. Frecuentemente	5. Usualmente
8. ¿La terapia familiar motivo a su familiar para lograr la permanencia en su proceso de tratamiento?					
9. ¿La terapia familiar ayudo a su familiar en la abstinencia del consumo de drogas?					
10. ¿Su hijo familiar ha disminuido su acercamiento con amigos o grupos de consumo?					
11. ¿Su familiar respeta con mayor frecuencia las figuras de autoridad desde que está en tratamiento?					
12. ¿La terapia familiar le ha ayudado a su familiar a respetar las figuras de autoridad al momento de cumplir una regla o norma?					
13. ¿Considera usted que como familiar aprendió a escuchar a su familiar con todos los sentidos tomando en cuenta sus sentimientos, ideas o pensamientos?					
14. ¿La terapia familiar le ha ayudado en su relación de codependencia del familiar que asiste a su tratamiento?					
15. ¿La terapia familiar le ha ayudado a su familiar a mejorar su bajo rendimiento escolar?					
17. ¿Las actitudes de su familiar han mejorado cuando usted pone en práctica lo que ha aprendido en la terapia familiar?					
18. ¿Su familiar ha mejorado su estabilidad laboral con la ayuda de la terapia familiar?					
19. ¿La comunicación con su familiar ha mejorado desde que asiste a terapia familiar?					

Fuente: Elaboración propia



ENCUESTA PARA PACIENTES/USUARIOS/CLIENTES



Institución: _____

Sexo: _____ Edad: _____

El presente instrumento corresponde al estudio "Efectividad de la terapia familiar en tratamiento de las adicciones" realizado por la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la Escuela de Ciencias Psicológicas del Departamento de Estudios de Postgrado en la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas.

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas marcando con una x de acuerdo con la escala que a continuación se le presenta:

- 6. No sucede
- 7. Rara vez
- 8. Ocasionalmente
- 9. Frecuentemente
- 10. Usualmente

	1- No sucede	2- Rara vez	3- Ocasionalmente	4- Frecuentemente	5- Usualmente
1. ¿La terapia familiar le ayudo a mejorar las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia?					
2. ¿Disminuyeron los problemas entre los miembros de tu familia desde que su padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?					
3. ¿Mejóro la confianza entre usted y su familiar desde que asiste a terapia familiar?					
4. ¿Tu familia te apoya más desde que asiste a terapia familiar?					
5. ¿Desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar han generado un mejor vínculo de confianza?					
6. ¿Hay más comunicación entre ustedes desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?					

	1. No sucede	2. Rara vez	3. Ocasionalmente	4. Frecuentemente	5. Usualmente
7. ¿Sientes que tu padre, madre o encargado satisface tus necesidades afectivas y que ha mejorado su relación desde que asiste a terapia familiar?					
8. ¿Al momento de hablar sobre temas de tu interés con tu padre, madre o encargado te sientes escuchado en una forma adecuada dese que tu familiar asiste a terapia familiar?					
9. ¿La comunicación con tu padre, madre o encargado ha mejorado desde que asiste a terapia familiar?					
10. ¿La confianza con tu padre, madre o encargado ha mejorado desde que asiste a terapia familiar?					
11. ¿Tu familiar satisface tus necesidades afectivas desde que asiste a terapia familiar?					
12. ¿Tu padre, madre o encargado se frustra con menos facilidad desde que asiste a terapia familiar?					
13. ¿Han disminuido los conflictos familiares desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?					
14. ¿Has eliminado tu consumo de drogas desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?					
15. ¿Ha mejorado tu rendimiento escolar desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?					
16. ¿Conviven con más frecuencia como familia desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?					
17. ¿Te frustras con menos facilidad desde que tu padre, madre o encargado asiste a terapia familiar?					

	1. No sucede	2. Rara vez	3. Ocasionalmente	4. Frecuentemente	5. Usualmente
18. ¿La asertividad en la relación con tu padre, madre o encargado te ha permitido mejorar tu rendimiento escolar desde que tu familiar asiste a terapia familiar?					
19. ¿Tu padre madre o encargado maneja de manera asertiva sus emociones al momento de convivir como familia dese que asiste a terapia familiar?					

Fuente: Elaboración propia

