

VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL INFANTIL EN UN SISTEMA FAMILIAR

Monografía Especialización Psicología Clínica

JONATHAN JESID CONTRERAS ANGARITA

Psicólogo

Asesorado Por:

Magda Yaneth Acevedo Rodríguez

Ps. Magister en Psicología Clínica y de Familia

UNIVERSIDAD PONTIFICA BOLIVARIANA

Escuela De Ciencias Sociales

Facultad De Psicología

BUCARAMANGA

2016

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Marco Teórico.....	9
Objetivos	13
Metodología.....	14
Participantes.....	15
Instrumentos de exploración.....	20
Instrumentos de evaluación.....	22
Procedimiento.....	24
Resultados	27
Discusión.....	32
Conclusiones.....	36
Referencias.....	37
Anexos.....	42

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL INFANTIL EN UN SISTEMA FAMILIAR

AUTOR(ES): Jonathan Jesid Contreras Angarita

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Magda Yaneth Acevedo Rodríguez

RESUMEN

Esta monografía estuvo enfocada en identificar los aspectos relacionados con el abuso sexual ocasionado en niños, el cual altera la dinámica del sistema familiar, para esto se llevó a cabo un proceso de evaluación e intervención desde la práctica de especialización en psicología clínica, basado desde la perspectiva sistémica, para comprender la interacción, la relación del sistema consultante, su organización y las historias narrativas, de esta manera generar recursos y herramientas para mejorar su sintomatología y desarrollar procesos resilientes en las secuelas emocionales, cognitivas, personales y familiares generadas en la dinámica familiar por el abuso sexual; de igual forma se utilizaron técnicas de intervención de la terapia narrativa, entre ellas técnicas como externalización, historias dominantes, historias alternativas, narrativa para niños con base al juego, preguntas circulares, movilizaciones, entre otros. Para esto, se evidencia en los resultados como estas técnicas permiten generar en los consultantes capacidades, habilidades y recursos para el afrontamiento de las problemáticas relacionadas a la violencia y el abuso sexual.

PALABRAS

CLAVES:

Sistémico, abuso sexual, recursos familiares, técnicas narrativas y sistema familiar.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: VIOLENCE AND SEXUAL ABUSE IN CHILDHOOD FAMILY SYSTEM

AUTHOR(S): Jonathan Jesid Contreras Angarita

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Magda Acevedo Rodriguez

ABSTRACT

This monograph was focused on identifying issues related to sexual abuse resulted in children, which alters the dynamics of the family system, for this was a process of assessment and intervention from the practice of specialization in clinical psychology, based from the systemic perspective, to understand the interaction, the relationship of the client system, its organization and narrative stories, thus generating resources and tools to improve their symptoms and develop resilient processes in emotional, cognitive, personal and family generated consequences on the dynamics family by sexual abuse; equally intervention techniques of narrative therapy, including techniques such as outsourcing, dominant stories, alternative histories, storytelling for children based on the game, circular questions, demonstrations, etc. were used. For this, it is evident in the results how are you techniques allow consultants generate abilities and resources for coping with the problems related to violence and sexual abuse.

KEYWORDS:

systemic, sexual abuse, family resources, narrative techniques and family system.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de esta monografía, está enmarcado en la intervención de recursos, basados en la resiliencia de las secuelas emocionales del abuso sexual y las movilizaciones que se tienen en cada uno de los miembros de la familia y en sus actores involucrados a través de técnicas psicoterapéuticas, basadas en el modelo sistémico y en un plano explicativo y comprensivo ecológico de la problemática.

La violencia sexual está considerada por la Organización Mundial de la Salud (2010), como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. (Contreras, J; Bott, S; Guedes, A y Dartnall, E. 2010, citando a Jewkes et al., 2002, p. 7).

Partiendo de estos conceptos, se pudo encontrar factores de riesgo a los cuales se ven expuestos los niños, niñas y adolescentes, entre esos se encuentran los factores familiares, en los que se evidencian características tales como una crianza de desamparo afectivo del niño, niña o adolescentes, ausencia de los padres, madre con problemas de salud o en condición de discapacidad, relaciones conflictivas, uso de castigo físico y violencia intrafamiliar, los cuales constituyen factores de riesgo de abuso sexual, de igual forma se evidencian factores de riesgo a nivel socioeconómico, teniendo índices en familias en estados de pobreza, promiscuidad, aislamiento social, desprotección emocional, así como toda situación que produzca alteración en los estados de ánimo, pueden significar mayor vulnerabilidad (Guía Clínica Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual, 2011).

De igual forma, se pueden evidenciar factores influyentes como consecuencias para llegar al abuso sexual, según Cirilo (2009), menciona varios aspectos relevantes que son influyentes como resultado del abuso, para esto plantea seis

factores, derivados de la siguiente manera: *la relación con el abusador* (Mientras más estrecho y significativo sea el vínculo que mantiene con la víctima, más doloroso debería ser el trauma), *la edad de la víctima* (A mayor precocidad del trauma, más destructivo puede llegar a ser. Pero también, a mayor plasticidad psíquica, hay relevancia en la probabilidad de que la herida pueda cicatrizar), *las modalidades con las que el abuso se ha llevado a cabo* (Cuanto más invasivo haya sido, más dañino puede llegar a ser), *la duración* (Una mayor duración del trauma en el tiempo, se relaciona con peores consecuencias), *las reacciones de las víctimas* (una denuncia temprana y pedir ayuda rápida, será menos intenso el sentido de culpa) y *los factores protectores intra y extra familiar* (la dotación de recursos como la resiliencia).

Al momento en que se evidencie, algún acto o práctica de abuso sexual en un niño, niña o adolescentes se debe valorar sobre los factores de riesgo y los factores que son influyentes, los cuales tuvieron relevancia para llegar a la práctica sexual, iniciar procedimientos legales y judiciales contra el victimario y explorar las necesidades protectoras para el proceso de intervención tanto personal como de su sistema familiar.

También se puede evidenciar, como la victimización del niño en el abuso sexual infantil, puede generar cambios a nivel psicológico siendo estos nocivos, socialmente censurables y legalmente perseguibles. Sin embargo, el componente sexual en lo que concierne a lo mencionado, se convierte en diálogos de prejuicios en el contexto relacional, donde entran a jugar los miedos y mitos; las falsas creencias sobre la sexualidad infantil y las relaciones familiares que afectan a la detección de los casos de abuso sexual infantil (Horno, Santos, y Molino, 2001).

Una vez experimentado el evento traumático del abuso, se empiezan a desarrollar secuelas emocionales tanto en la familia como en la víctima, donde Corral y Echeburúa, (2006) muestran las consecuencias donde los niños y niñas pueden no ser conscientes del alcance del abuso sexual en las primeras fases, lo que puede explicar la compatibilidad de estas conductas con el cariño mostrado al adulto por el niño o niña.

Con base en esto, según Corral y Echeburúa (2006), las víctimas en edades tempranas como niños y niñas, comienzan a tener consecuencias a corto plazo donde sufren afectaciones psicológicas negativas, donde el alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización del niño por parte de los padres, así como de los recursos o capacidades con los que cuenta la víctima, evidenciándose a nivel general comportamientos en las niñas con tendencias a presentar reacciones ansioso-depresivas; mientras que en los niños se evidencia el fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos.

Estas secuelas emocionales, también tienen un papel importante en los efectos a largo plazo, en donde según Corral y Echeburúa (2006), en las víctimas sus indicios son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, generando problemas tales como las alteraciones en la esfera sexual, entre estas, se encuentran la disfunción sexual y la baja capacidad de disfrute, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira.

Igualmente como lo indica Perrone y Nannini (2007), los individuos que pasan por un acto de violencia sexual, tienen tendencia a creerse responsables de la situación, se culpan y viven con un sentimiento de indignidad. Por otra parte, se puede observar que los niños, generen retardo del desarrollo biopsicosocial y problemas de aprendizaje, pero también se puede identificar, que ciertas víctimas de maltratos, suelen mostrar un asombroso rendimiento escolar, esto con el fin de obtener reconocimiento por parte de los padres violentos.

Por otra parte, se puede evidenciar que hay factores a largo plazo, que son determinantes y que dejan grandes rasgos, como lo indican Perrone y Nannini (2007), en los cuales se identifican ciertas secuelas tales como: perturbaciones de la identidad y la autoestima, un sentimiento de indignidad y de haber sido destruido interiormente; de igual forma se identifica sentimiento de incapacidad de amar y de no merecer el amor y el reconocimiento de los demás.

Teniendo en cuenta estos factores de riesgo y de vulnerabilidad, a los cuales las víctimas de abuso sexual se ven expuestas y logran desarrollar secuelas a lo largo de sus vidas como las ya mencionadas, también se logra identificar que hay factores protectores, que son de vital importancia para el crecimiento y la superación del evento traumático, donde la interacción de su sistema familiar y el apoyo de las figuras parentales, son variables importantes, las cuales se deben tener en cuenta, donde Pereda (s.f.), argumenta que la percepción del apoyo familiar y paterno son importantes para el niño abusado, ya que es considerado indispensable para un correcto ajuste tanto a corto, como a largo plazo en la vida adulta del niño víctima, donde este apoyo juega un papel como componente fundamental de la resiliencia del niño, creando en él, le ayuden a superar la experiencia vivida, mostrándose empáticos y entendiendo su sufrimiento y su silencio, sin culpabilizarlo.

Es importante analizar y comprender este fenómeno, bajo un modelo de intervención psicológica, permitió identificar y explorar de forma global el funcionamiento de los síntomas, en los sistemas que rodean a la víctima, para esto el enfoque sistémico, a través del modelo ecológico, propuesto por Bronfenbrenner (1994) citado por Álvarez (2003), donde se considera necesario el estudio de múltiples sistemas y sus contextos los que se produce un determinado fenómeno, estableciendo tres sistemas en círculos concéntricos, que van desde el macrosistema, el exosistema y al microsistema, identificando como es la interacción de todos ellos; la dimensión individual, permitirá construir un marco conceptual integrativo que articule y sostenga las múltiples intervenciones necesarias, en fenómenos como el abuso sexual.

Basado en este modelo ecológico, cabe resaltar la observación que se realizó en la interacción del niño con los diversos sistemas que lo rodean, ya que son fundamentales en la comprensión y el abordaje del abuso sexual, en primera medida su desarrollo individual, conformado por diversos factores evolutivos, graduales y basados en la interacción con los demás, las experiencias previas que los padres traen de su propia vida, a la hora de abordar la paternidad va a condicionar el desarrollo del niño, al igual que cualquier lesión o discapacidad que

tenga. Conde (2011) citando a Horno, Santos y Molina (2004); precisan este desarrollo formando una cadena de interacciones en los contextos, en los cuales se desenvuelva el niño, a nivel macrosistema, exosistema y microsistema, donde comienzan a tener sentido y a exponer sus comportamientos y la forma de ver el mundo, siendo esencial el contenido que va adquiriendo en estos campos como los valores culturales, los conceptos sobre los derechos de la infancia, su relación inmersa a la escuela, amigos, familiares, construyendo su sistema de creencias, lo cual va a determinar su desarrollo.

Este modelo es esencial, para comprender de forma holística y darle un abordaje al problema del abuso sexual y del maltrato infantil, permitiendo conocer los factores de riesgos y de vulnerabilidad a los que están expuestos, jugando un papel importante, para percibir el funcionamiento en los sistemas con los que se tiene relación.

De igual forma, Perrone y Nannini (1997), citados por Álvarez, (2003), postulan un abordaje sistémico y basado en la comunicación de los abusos sexuales intrafamiliares. Centran su interés, en el tipo de comunicación desarrollada, por quien abusa sexualmente y los efectos que se ocasionan en los niños, niñas y adolescentes y entorno familiar; ya que es de relevancia en el trabajo terapéutico, evidenciar sus expresiones lingüísticas, gesticulares y de interacción para identificar, el tipo de lenguaje que se va desarrollando en el trabajo clínico.

Cabe también resaltar, el propósito de intervención en el sistema familiar, el cual se realiza con el adulto no agresor, favoreciendo la apertura de la situación al interior de la familia, donde se desarrolla el manejo de la crisis producida en el momento, con el fin de lograr la cooperación y planificar conjuntamente las próximas decisiones (Guía Clínica Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual, 2011).

MARCO TEÓRICO

El abuso sexual, concebido desde una postura sistémica, permite tener una interpretación de forma holística, contemplando cada uno de los tejidos relacionales, en los cuales la víctima tiene interacción con los diversos sistemas que lo rodean, de igual forma, es importante conocer cómo se construyen estas relaciones, identificar el ciclo vital en el que se encuentra la familia, cómo está organizada, la construcción de sus códigos narrativos, sus reglas y normas, son de vital importancia para comprender este fenómeno.

Partiendo de esta percepción, fue importante identificar bajo un enfoque ecológico, la comprensión sobre el fenómeno del abuso sexual, donde aporta una base fundamental, en la importancia de conocer y ver de distintas maneras como se relacionan los individuos con los diversos subsistemas, en este caso, la interacción en el microsistema, mesosistema y macrosistema.

Teniendo en cuenta lo mencionado, se puede decir que el microsistema en relación al abuso sexual es percibido por Horno, Santos y Molina (2004, p. 31); “como el entorno más cercano al niño, en el que desenvuelve su vida diaria y con el que está en contacto permanente, además de quien depende”, es fundamental este aspecto ya que es la primera interacción que tienen los niños con sus cuidadores, familiares, hermanos y padres, por el cual se pueden desatar las primeras insinuaciones de abuso sexual.

En el nivel del mesosistema, se puede percibir su composición por los diversos sistemas sociales, de los cuales está rodeado, entre estos: escuela, trabajo, vecindario, amistades, entre otros; cuyos sistemas de creencias configuran los del niño, puesto que limitan o enriquecen sus propias vivencias y configuran un mundo relacional y el macrosistema consiste en los valores culturales, que desarrollan las personas en la crianza de los niños, donde

influyen los conceptos sobre la paternidad y los roles de género, la concepción de los derechos de la infancia, entre otros (Horno, Santos y Molina, 2004).

Es importante tener en cuenta, la interacción de estos sistemas de forma dinámica, ya que pueden generar factores relacionales al abuso sexual, al momento de desenvolverse los niños en estos sistemas, pueden ocasionarse diversas circunstancias que conlleven a algún comportamiento de violencia sexual.

En el marco relacional del abuso sexual, también es importante concebir las tipologías familiares y el ciclo vital, es por esto que se hace necesario comprender estos conceptos.

Con base en las tipologías familiares, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2012, p.22, menciona: “La familia es una realidad que se transforma en el tiempo, en razón a los cambios sociales, económicos y culturales que de una u otra manera han impactado el mundo privado, su carácter cambiante hace que para entenderla sea necesario observarla desde diferentes disciplinas pues la dinámica de tales cambios ha involucrado nuevas ópticas”, es por esto que la tipología familiar es cambiante bajo el modelo tradicional y moderno, ya que se basa en el grado de parentesco, consanguinidad y funcionalidad, es por esto que la describen de la siguiente manera: familia unipersonal (familia de una sola persona), familia nuclear, (completa, incompleta y parejas sin hijos) y familia extensa (con otros parientes).

Por otra parte, es importante el concepto de ciclo vital, por el cual se presenta el abuso sexual, ya que permite observar el funcionamiento y la dinámica de este sistema familiar, según Pillcorema, (2013, p. 12), se puede entender que el ciclo vital está compuesto por “la formación de la pareja, familia con hijos pequeños, familia con hijos de edad escolar o adolescentes y familia con hijos adultos, estas etapas tienen sus características propias”.

Partiendo de lo descrito, se considera que el ciclo vital es dinámico, ya que es cambiante y funcional, es por esto que se debe percibir en qué etapa del ciclo de vida, se encuentra el sistema familia a intervenir, para identificar su conformación

y su estructura, como lo indica Hernández (2013, p. 32) citando a Neugarten (1976), “como ciertos eventos del ciclo vital serán quizá traumáticos si ocurre fuera del periodo esperado, de igual manera los principales estresores serían aquellos eventos que alteren la secuencia y el ritmo de dicho ciclo”. Es por esto que es necesario identificar las situaciones que generen malestar y alteren la dinámica del ciclo vital, en este caso el abuso sexual.

Para Hernández (2013), el ciclo vital familiar está conformado por las siguientes etapas; la primera es la conformación de la pareja (Sin hijos), la segunda consiste en la familia con hijos pequeños (hijo mayor de 0 -5 años), la tercera se basa en la familia con escolares (hijo mayor de 6 a 12 años), la cuarta etapa es considerada como familia con adolescentes (hijo mayor de 13 a 18 años) y la quinta es la salida de los hijos del hogar (hijo mayor de 19 a 30 años).

Cada una de estas etapas está conformada, por procesos emocionales de transición como lo son, en la primera etapa se evidencia el compromiso con el nuevo sistema, en la segunda etapa la aceptación de los nuevos miembros dentro del sistema, la tercera etapa se basa en la consolidación de la relación con los sistemas escolar y social, la cuarta etapa es el incremento de la flexibilidad de la familia para integrar la autonomía de los hijos y en la quinta etapa se presenta la aceptación de los múltiples ingresos y salidas de los miembros, del sistema familiar.

De igual forma, se presentan cambios en las etapas del ciclo vital familiar, estos son: en la primera etapa es la formación del sistema marital, el ajuste en las relaciones (familia extensa - amigos) para incluir cónyuge, en la segunda etapa se observa el ajuste marital, apertura espacio a hijos; la asunción de roles parentales y ajustes de relaciones con la familia extensa, para incluir los roles de padres y abuelos, en la tercera etapa se identifica el ajuste de las normas internas, de diferenciación de la familia y fortalecimiento de la identidad familiar, para la cuarta etapa se evidencian cambios, en la relación parental para la movilidad del adolescente y el reenfoque de la vida marital y personal, por último, en la quinta etapa se

presenta la renegociación del sistema marital como diada, el desarrollo de la relación adulto y adulto entre padres e hijos, y el ajuste para incluir a la familia política.

En relación del abuso sexual con el ciclo vital y la tipología familiar, son aspectos importantes que permiten comprender el funcionamiento del sistema familiar, ya que son determinantes para el estudio de caso, identificando y conociendo su composición familiar y en qué momento la familia se puede cristalizar en su ciclo vital por alguna crisis que movilice a todo el sistema y que puedan fragmentar la dinámica de cada uno de los miembros, por otra parte evidenciar los roles que tienen función en la interacción en el sistema familiar, para esto es importante concebir la tipológica de la familia, para comprender si hay alteración en su estructura y los cambios que se generar al asumir los patrones de relación.

Parte fundamental, en la concepción del fenómeno del abuso sexual, es conocer el concepto de familia multiproblemática, como lo indica, Vallejo y Nieto (2013) citando a Cancrini, De Gregorio y Nocerino (1997) quienes la definen a partir de las diversas características tales como: la presencia en varios miembros de la familia de comportamientos problemáticos, estables en el tiempo y lo bastante graves como para requerir una intervención externa. Es indispensable, valorar estos aspectos, para identificar diversos comportamientos que generen malestar en los miembros, por causa de una problemática inicial como lo es el abuso sexual y que alteren la dinámica familiar, de esta manera intervenir para desarrollar un equilibrio en el sistema consultante.

Estos aspectos son vitales, como proceso de valoración e identificación, para comprender como está compuesto el sistema consultante, con base en esto, proceder a realizar la intervención y de esta manera conseguir buenos resultados en el desarrollo de la misma, para esto es fundamental, profundizar sobre la terapia en el abuso sexual, implementando técnicas de intervención del modelo sistémico, una de ellas es técnicas narrativas, la cual permite al sistema consultante evocar sus experiencias durante el desarrollo terapéutico, a través de

técnicas como las metáforas que permita interactuar a través de expresiones, donde pueda expresar las historias narradas, como lo menciona Donoso, Jorquera y Smith (2010, p. 3) citando a (White, 1997). “La metáfora narrativa permitiría entender la vida y experimentarla en un desenlace temporal, pues es una forma de discurso, que concatena los eventos a través del tiempo y refleja la dimensión temporal de la existencia humana, estas narrativas permiten concebir el contexto donde los eventos adquieren significado”.

Basados en esta técnica, se logra realizar con el sistema consultante, externalizar todo tipo de experiencias o eventos que tienen relación con el malestar por el cual están consultando, el objetivo de la externalización de estas historias dominantes es ayudar a la persona a distanciarse de sus problemas y a concebirlos como producto de las circunstancias y los procesos interpersonales, bajo los sistemas de creencias por los cuales está compuesto este relato (Payne, 2002).

Teniendo como referencia, la intervención con víctimas del abuso sexual bajo el enfoque narrativo, puede ser vista como un proceso donde se desarrollen cuatro pasos, los cuales permiten llevar un desarrollo adecuado de la terapia y cumplir con los objetivos establecidos de esta, según Donoso, Jorquera y Smith (2010) citando a Sue Mann y Rusel, (2003), proponen que el primero paso este enfocado en la construcción de una definición externalizada del problema y en poder reconocer las formas de superar el mismo, en estos aspectos se evidencian relatos de las historias dominantes basadas en el dolor y la poca esperanza, donde Payne (2002) citando a White, (s.f.) las llama “descripciones saturadas del problema, estas descripciones encarnan el relato dominante de la vida de una persona”, el segundo paso consiste en el Mapeo de los efectos del problema, basados en identificar los efectos y la influencia del problema en la vida, el tercer paso, se invita a las víctimas a una evaluación de los efectos del problema en sus vidas, poniendo énfasis en la experiencia, conocimientos y habilidades de éstas, indagando sobre la capacidad adquirida para hacer frente a estos efectos y convirtiéndolos en sobreviviente de los efectos del abuso y por última se basa, en la justificación de la evaluación, en donde los consultantes toman una posición y

opinión particular acerca del problema y cómo han ido construyendo formas de superar los efectos ocasionados por el abuso sexual, abriendo las puertas a crear nuevas historias alternativas, que permitan conocer las capacidades para superar estos eventos.

Es por esto, que en el desarrollo de la intervención con víctimas de abuso sexual, lo que se quiere es llegar a construir historias que permitan crear nuevos significados en sus vidas, basados en esto la terapia narrativa con este tipo de casos, se centra principalmente en el “conocimiento y las habilidades de resistencia de las propias víctimas, como también en la reconstrucción de un relato alternativo que se genere desde los valores y conocimientos de éstas, evitando una rotulación patologizante y traumatizante” (Donoso, Jorquera y Smith, 2010, p. 6) citando a Sue Mann y Rusell, 2003).

Es fundamental también comprender el abuso sexual ocasionado a niños, donde estos eventos pueden desenvolver consecuencias traumáticas y los mecanismos de adaptación que generan para sobrevivir sobre estos hechos, de igual forma el abusador impone en su víctima una relación caracterizada por la sexualización de lazos afectivos, por la obligación de secretos y por la utilización de discursos culpabilizantes, todos estos comportamientos de abuso, crean en la internalización del niño todas las connotaciones negativas, que lo denigran y deterioran su auto concepto, Martínez (s.f.) citando a Barudy (1999).

Estos hechos mencionados, de adaptación son llamados por Barudy (1998, p. 6), “como alineación sacrificial, donde el niño cae en la trampa del abuso, negando su propio dolor y adoptando un rol de hombre o mujer siempre dispuesto a satisfacer a su abusador”.

En relación a estos acontecimientos de abuso sexual, se puede identificar los aspectos relacionales, donde el abusador saca provecho de los comportamientos de manipulación y de abuso hacia el niño, de igual forma la psicoterapia tiene un aspecto relacional donde el objetivo es la revisión de las vivencias traumáticas y promover la resignificación de la experiencia, donde el punto central de la terapia es desculpabilizar al niño de lo ocurrido. Martínez (s.f.) citando a James (1989).

Cabe resaltar estrategias de la terapia narrativa como la técnica de juego en niños, en estos casos “la creación de significados al enriquecer la historia con nuevos significados y nuevas conexiones, que llevan a la exploración de lo vivido y no relatado y de otras posibilidades generadas en la metáfora del juego”. Campillo, (s.f, p. 10) citando a White, (2007); este proceso se realiza con el objetivo de generar diálogos de externalización, donde la interacción generen nuevas habilidades y conocimientos que permitan desarrollar la resolución de su problemática.

Por último, utilizando esta técnica de enfoque narrativo y del modelo sistémico, desarrollar en el sistema consultante historias alternativas que permitan tener recursos resilientes para la superación del malestar causado por el abuso sexual y de esta manera adquieran habilidades que le permitan trascender los eventos dolorosos en su vida y mitigar la secuelas emocionales ocasionadas por estos actos de violencia sexual.

OBJETIVOS

General:

Analizar el fenómeno del abuso sexual mediante un estudio de caso desde una perspectiva sistémica.

Específicos:

- Conocer los aspectos relevantes del abuso sexual a través del estudio de caso
- Evaluar los eventos y las historias dominantes que afectan al sistema familiar que presenta el abuso sexual.
- Intervenir al sistema consultante a través de métodos y técnicas terapéuticas basados en el modelo sistémico.

METODOLOGÍA

Estudio de caso

El estudio de caso, es un método de investigación que permite conocer sobre diversos aspectos de los fenómenos a estudiar, es útil como una herramienta de investigación que permite lograr diferentes objetivos, como lo indica (Castro, 2010, p. 37) citando a (Merriam, 1988 y Yin 1994); “Con una investigación de estudio de caso se pueden lograr diferentes objetivos: hacer una descripción, ofrecer explicaciones o interpretaciones sobre el fenómeno investigado, explorar sus características y funcionamiento o hacer una evaluación”.

Por otra parte Yin (1994), afirma que “el estudio de caso es una investigación empírica que estudia fenómenos contemporáneos en su contexto; una investigación de estudio de casos trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación; además, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos” (p. 36).

Según, Hernández, Fernandez y Baptista (2008), el estudio de caso se podría definir como “una investigación que mediante los procesos cuantitativo, cualitativo y/o mixto; se analiza profundamente una unidad integral para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría” (p. 164).

Participantes:

A continuación se procederá a describir los datos sociodemográficos de los tres casos que fueron atendidos durante el proceso de práctica.

Tabla 1.

Sistema familiar No. 1

Nombre	Parentesco	Edad	Estado civil	Nivel de formación	Ocupación
E. P.	Jefe	57	Unión Libre	6 bachillerato	Ama de Casa
O. G.	cónyuge	39	Unión Libre	Primaria	Obrero de Construcción
C. P.	Hija	30	Casada	Profesional	Administradora de Empresas
G. P.	Hijo	29	Casado	Profesional	Ingeniero Civil

Tipología familiar: Familia Simultánea, se encuentra integrada por una pareja donde ambos vienen de tener otras relaciones y de terminar vínculos maritales, donde sus hijos son de diferente padre.

Etapas del ciclo de vital: Familia con hijos adultos.

Motivo de Consulta: la paciente llega a consulta por cuenta propia donde refiere “no soy capaz de superar la violación de mis hijos por parte de su papá, donde me siento una mala madre, una mala esposa y una mala hija”

Tabla 1.1

Sistema Familiar No. 2

Nombre	Parentesco	Edad	Estado Civil	Nivel de formación	Ocupación
B. C.	Progenitora	39	Separada	9 bachillerato	Ama de Casa
I. R.	Cónyuge	40	Separado	Primaria	Obrero de Construcción
G. S.	Hijo por parte de la Mamá	18	Soltero	7 bachillerato	Desempleado
B. R.	Hijo	13	Soltero	6 bachillerato	Estudiante
J. R.	Hijo	11	Soltero	4 primaria	Estudiante

Tipología Familiar: Familia monoparental con jefatura femenina, se encuentra compuesta por una madre soltera y sus tres hijos.

Etapa del Ciclo Vital: Familia con hijos adolescentes.

Motivo de Consulta: se evidencio secuelas del abuso sexual ocasionado a los niños por parte de su padre biológico, generando alteraciones en el sistema familiar, a nivel personal, emocional y social.

Tabla 1.2

Sistema Familiar No. 3

Nombre	Parentesco	Edad	Estado Civil	Nivel de formación	Ocupación
G.S.	Hijo	18	Soltero	7 bachillerato	Desempleado
B.C.	Progenitora	39	Separada	9 bachillerato	Ama de Casa
L.S.	Progenitor	42	Separado	Primaria	Oficios Varios
B.R.	Hermanos por parte de Mamá	13	Soltero	6 bachillerato	Estudiante
J.R.	Hermanos por parte de Mamá	11	Soltero	4 primaria	Estudiante

Tipología Familiar: Familia monoparental con jefatura femenina, se encuentra compuesta por una madre soltera y sus tres medio hermanos, donde se evidencia la ausencia de la figura paterna.

Etapa del Ciclo Vital: Familia con hijos adolescentes.

Motivo de consulta: Paciente identificado como consumidor de sustancias psicoactivas, donde se evidencia alteración y posibles deterioro en sus condiciones cognitivas, emocionales y fisiológicas.

El sistema consultante como objeto de estudio de esta monografía tuvo como características los siguientes aspectos a intervenir los cuales están constituidos tipológicamente por ser una familia monoparental, se encuentra compuesta por una madre soltera y sus tres hijos, donde se evidencia la ausencia de la figura paterna.

A partir de los seguimientos psicosociales por parte de un programa del Estado llamado Red Unidos, el cogestor social que hace los acompañamientos a estas familias vulnerables, remite este caso al operador del programa, refiriendo que “la madre decide iniciar proceso de atención psicológica por motivo de secuelas por el abuso sexual a sus dos hijos menores por parte de su padre biológico e igualmente por consumo de sustancias psicoactivas por parte de su hijo mayor”.

Los participantes deciden iniciar este proceso psicológico con la entidad Corprodinco, encargada de atender población en condición de vulnerabilidad y brindar atención psicosocial a estas familias.

La madre llega a consulta por cuenta propia donde refiere: “no soy capaz de superar la violación de mis hijos por parte de su papá, donde me siento una mala madre, una mala esposa y una mala hija”.

Teniendo en cuenta lo narrado, se puede identificar en este caso una familia multiproblemática, donde se evidencia que existen diversos componentes sintomáticos, que están alterando la dinámica familiar, como lo son el consumo de sustancias psicoactivas y el abuso sexual, fue necesario utilizar técnicas de intervención a través del modelo sistémico, como lo indica Rodríguez, 2003, p. 93 citando a Cancrini (1995), refiere que la “presencia simultánea en dos o más miembros de la misma familia de comportamientos problemáticos estructurados, estables en el tiempo y lo bastante graves como para requerir una intervención externa”.

A continuación, se procederá a dar una descripción sociodemográfica de la familia a intervenir, con el fin de contextualizar las características del sistema consultante:

Tabla 2.

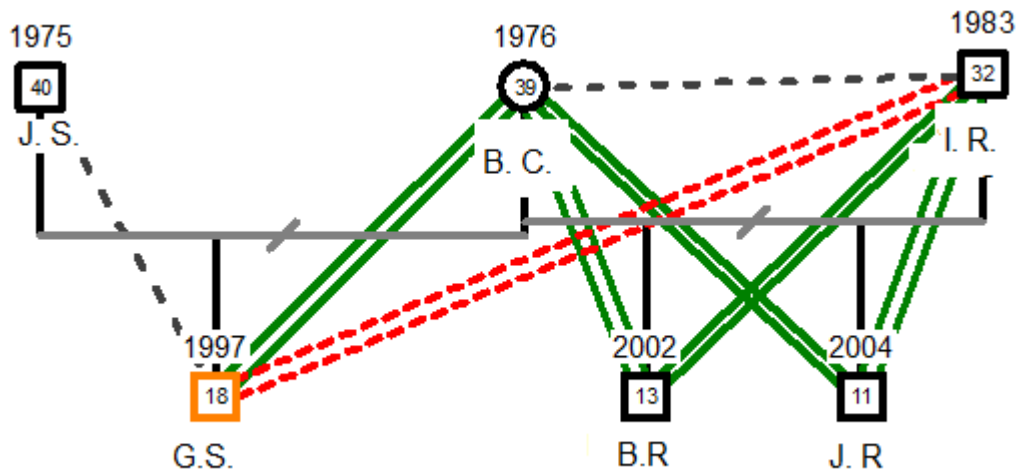
Sistema Familiar No. 2

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL DE FORMACIÓN	OCUPACIÓN
B.C.	Progenitora	39	Separada	9 bachillerato	Ama de Casa
I. R.	Cónyuge	40	Separado	Primaria	Obrero de Construcción
G.S.	Hijo por parte de la Mamá	18	Soltero	7 bachillerato	Desempleado
B. R.	Hijo	13	Soltero	6 bachillerato	Estudiante
J. R.	Hijo	11	Soltero	4 primaria	Estudiante

Tipología Familiar: Familia monoparental con jefatura femenina, se encuentra compuesta por una madre soltera y sus tres hijos.

Motivo de consulta: se evidenció secuelas del abuso sexual ocasionado a los niños por parte de su padre biológico, generando alteraciones en el sistema familiar, a nivel personal, emocional y social.

Genograma



Comprensión sistémica del caso

El abuso sexual con base al modelo sistémico permite comprender, cada uno de los aspectos que tienen tejido relacional con los subsistemas con los que se tienen interacción, esto con el objetivo de identificar y vislumbrar la concepción que se tiene en relación a estos actos de violencia, entre ellos como se evidencian estos comportamientos que generan alteración en el sistema familiar, como afectan su funcionamiento a nivel personal, familiar y social, de igual forma las movilizaciones que tienen cada uno de los miembros en relación al abuso sexual.

Comprender la estructura familiar en términos del ciclo vital y su tipología familiar, en lo que compete al abuso sexual, hacen que el sistema consultante desarrolle estrategias de reorganización y su percepción como familia, ya que la dinámica familiar se ve alterada por las secuelas ocasionadas por estos comportamientos de violencia sexual, permitiendo generar recursos que mejoren esta interacción con los patrones de relación del sistema consultante.

Como hipótesis del problema se logra comprender como un acto de abuso sexual, generan cambios en la dinámica del sistema familiar, su estructura y su funcionamiento, desarrollando secuelas emocionales y consecuencias a corto y

largo plazo que repercuten en la interacción con su entorno y las personas que lo rodean.

Para lograr hacer un análisis del caso, es fundamental comprender y evaluar el motivo de consulta, identificando ese primer momento con el que se tiene interacción con el sistema consultante, valorando la sintomatología que altera su funcionalidad, en este caso como las secuelas emocionales ocasionadas por el abuso sexual, se van construyendo tejidos en relación a su contexto familiar y social, que permiten llevar un manejo en el estudio e intervención del caso; identificando cada una de las evocaciones del sistema familiar, comprendiendo el problema en cada uno de los miembros y como tiene relación en su desarrollo en los diversos subsistemas a los que se encuentran inmersos.

Instrumentos:

Instrumentos de exploración

Genograma

El genograma es un instrumento mediante el cual se recoge información de los miembros de la familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones; como lo indica Goldrick y Gerson (2005, p. 1), “El genograma es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia, donde presentan la información en forma gráfica de manera tal que proporciona un rápido gestalt de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo”.

Entrevista semiestructurada

La entrevista como método de intervención, es una estrategia que permite conocer sobre el sistema consultante, en diversos aspectos de su vida privada y de los síntomas que están compuestos su malestar, donde la conversación juega un papel psicoterapéutico donde va ligada a establecer una mejoría en el malestar

psicológico que presenta el cliente, es por esto que Beyebach y Rodríguez (1988), muestra que la conversaciones terapéuticas están organizadas por el deseo de aliviar el dolor psíquico y el sufrimiento y producir la curación, esto es generado entre la relación terapeutas y clientes dentro del contexto de un acuerdo consensuado de que el terapeuta contribuirá de forma intencional a la consecución de un cambio constructivo en las experiencias y conductas problemáticas de los clientes.

Formato de consentimiento informado

Es un formato donde se le informa al consultante el procedimiento psicoterapéutico que se van a realizar, donde el entienda dicho proceso, las técnicas y estrategias de evaluación que se realizaran en el transcurso de las sesiones psicológicas, donde esto se presenta por escrito como constancia de su participación voluntaria, como también el dejar de participar en cualquier momento del proceso psicológico.

Como lo indica el Colegio Colombiano de Psicólogos (2006), el consentimiento informado “es la autorización que una persona (o su representante legal), usuario de los servicios del psicólogo, le da a este para que le preste un servicio, ya sea en un contexto institucional o en la práctica privada, para lo cual el psicólogo, luego de un proceso dialógico con su usuario, se asegura de haberle entregado la información completa, clara y veraz acerca de su servicio, que el usuario le ha comprendido y acepta de manera autónoma, libre y capaz, que el psicólogo le preste ese servicio”. (Adaptado de Simón, 2006). Pp. 28 -29. (Ver Anexo 1).

Formato de historia clínica

Este formato es utilizado como una herramienta de recolección de datos de los consultantes donde permite tener información de diversos aspectos a nivel personal, familiar, social, laboral, para evaluar su motivo de consulta, estos

aspectos abordan datos de identificación, el motivo de consulta, la historia familiar, los procesos de intervención realizados, entre otros, esto con el fin de hacer un barrido de información y tener una impresión diagnóstica de los consultantes.

Para el ministerio de salud en la resolución número 1995 de 1999, en su artículo primero nos refiere que “la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” (p. 1).

Instrumentos de evaluación

Narrativas e historias familiares

Uno de los procedimientos de evaluación que se utilizaron durante las sesiones con los pacientes fue la interacción narrativa, en donde Fairlie y Frisancho (1998, p. 46), explica que “las interacciones son entendidas como rasgos detectables del comportamiento familiar, como fenómenos transaccionales que se pueden observar, aislar y registrar durante la actuación de los miembros de la familia”. Es por esto que durante la interacción consultante-terapeuta, se evidenciaron comportamientos que están afectando al sistema familiar, de igual forma identificar como está compuesta su estructura y su organización la, también identificar la sintomatología que causa desequilibrio en el sistema familiar y poder evocar este malestar para generar alivio en ellos.

La Comunicación Lúdica

Es un instrumento que basa en la interacción de forma creativa con los niños a través del juego, como lo expresa Freeman, Lopston y Stacey (1995). Los niños prefieren interactuar de forma divertida, las conversaciones serias son factores que pueden bloquear o dificultar la relación de la conversación de los niños,

inhibiendo sus conocimientos y sus recursos creativos; para esto se utilizó este tipo de intervención con los niños que fueron afectados por el abuso sexual por parte de su padre biológico, con el fin de evocar sus conflictos y sintomatología mediante el juego y poder conocer que los acompleja a partir de esta experiencia traumática en sus vidas.

Inventario de depresión estado-rasgo (IDER). Spielberger, C; Agudelo, D y Buela-Casal, G, (2008)

Este cuestionario consta de dos escalas: Depresión-Rasgo y Depresión-Estado, cada una con 10 ítems, 5 para distimia y 5 para eutimia, el cual está destinado a evaluar el grado de afectación (Estado) y por otra la frecuencia de ocurrencia (Rasgo) que el sujeto muestra en relación con los componentes afectivos de la depresión. Estos ítems de la prueba, están contruidos para apreciar tanto la presencia de depresión (Distimia) como la ausencia de ésta (Eutimia). (*Ver Anexo 2*).

Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE). Spielberger, C y Guerrero, R. (1970).

Está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas, que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de ansiedad, la primera llamada Ansiedad-Rasgo, ésta consta de 20 afirmaciones, en la que se le pide a los individuos describir como se sienten generalmente y la segunda Ansiedad-Estado, la cual está conformada por 20 afirmaciones, donde las instrucciones requieren que el sujeto indiquen como se siente en un momento dado.

Los instrumentos permitieron evaluar, rasgos del estado del ánimo en la madre consultante, ya que a partir de las secuelas del abuso sexual de sus hijo, los múltiples problemas experimentados y sus crisis reflejadas en las sesiones, se quiso identificar si hay alguna alteración en estos aspectos emocionales que puedan estar afectando y se puedan tratar en el desarrollo de las técnicas terapéuticas

El objetivo de aplicar estas herramientas psicométricas es explorar las áreas de ansiedad y depresión como estado (como se siente ahora mismo) y como rasgo (como se siente generalmente). *Ver (Anexo 3).*

La prueba ASSIST, Organización Mundial de la Salud, (2011).

Esta prueba fue utilizada para evaluar el consumo de sustancia psicoactivas con el fin de conocer el grado de consumo, el tipo de sustancias el cual consume y el deterioro cognitivo, psicológico, fisiológico y social que causan la ingesta de estos.

La prueba ASSIST fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos.

Permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse. *Ver (Anexo 4).*

Procedimiento:

Fase de evaluación:

El desarrollo de la práctica de especialización en psicología clínica, tuvo dos momentos el primero, se basó en la valoración de tres casos clínicos, los cuales se presentaron con diversos motivos de consulta, entre ellos el consumo de sustancias psicoactivas, conflicto armado y abuso sexual, con base en esto se dio inicio a la práctica clínica, como segundo momento se realizó el proceso de monografía, donde se seleccionó uno de los casos para desarrollar el proceso de intervención.

Fase 1: en primera instancia se socializo con la coordinadora general y los cogestores de la estrategia Red Unidos, la valoración psicológica de personas que requieran de este proceso psicoterapéutico para que sean remitidos por ellos y de esta manera iniciar con la recepción de casos.

Fase 2: luego se realizó la remisión de los casos por parte de los cogestores sociales para dar pasó al proceso de intervención.

Fase 3: se hizo la recepción de los tres casos para cuadrar las consultas psicológicas.

Fase 4: se realizó la primera sesión con los consultantes, donde se hizo firmar el consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica relacionados al motivo de consulta donde se abordaron diversos aspectos a nivel personales, familiares, sociales, entre otros, para valorar a los sistemas consultantes.

Fase 5: en la segunda sesión se hizo el estudio de los tres casos, indagando sobre los aspectos relacionados con las conductas que generan malestar con relación al motivo de consulta, se indaga sobre la estructura familiar, entrando en el proceso de evaluación individual y personal, realizando el genograma, indagando sobre el ciclo vital de la familia, los patrones relacionales con cada uno de los miembros del sistema familiar, la evocación de historias o narrativas de la familia, entre otros.

Fase 6: en la tercera sesión se realizaron acuerdos con los tres casos consultantes, donde se establecieron los objetivos en relación al proceso de evaluación que se evidenciaron en el desarrollo de las sesiones anteriores.

Fase 7: en la cuarta sesión se procedió aplicar instrumentos de evaluación para explorar sus síntomas evidenciados en las sesiones anteriores; donde se utilizaron herramientas psicotécnicas como: La prueba ASSIST, Organización Mundial de la Salud, (2011), La prueba de inventario de depresión estado-rasgo (IDER). Spielberger, C; Agudelo, D y Buella-Casal, G, (2008) Y la prueba de inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE). Spielberger, C y Guerrero, R. (1970).

Fase 8: en la quinta sesión se procedió a interactuar con los consultantes sobre los resultados de la evaluación realizada a través de los instrumentos que se implementaron, para esto se le explico cada ítem y lo que significaba cada puntuación arrojada, una vez explicado, se dieron los aspectos sugeridos, para que durante el trabajo terapéutico este tipo de sintomatología tuviera mejoría.

Fase de Intervención:

Una vez terminado el proceso de valoración de los tres sistemas consultantes se procedió a elegir en caso para la presentación de la monografía, en donde se escogió como proceso de intervención el caso de abuso sexual; para esto se tuvo en cuenta las siguientes fases:

Fase 1: se procedió a realizar el proceso de intervención en lo que concierne al abuso sexual, donde se llevaron a cabo 5 sesiones con la madre, 5 sesiones con los hijos menores, 4 sesiones con el hijo mayor y 4 sesiones familiares.

Fase 2: En las sesiones familiares se llevó a cabo la redefinición después de los eventos ocurrido, identificar como se narran como familia y la reconfiguración de vínculos emocionales entorno a lo que representa para ellos la familia, para esto se utilizaron técnicas de corte sistémico donde se utilizaron la terapia narrativa, metáforas y preguntas circulares.

Fase 3: en la sesiones con la madre se realizaron redefinición de las emociones con base al abuso sexual ocasionado a sus hijos y las secuelas emocionales, de igual forma los sentimientos de confrontación a su esposo por a ver abusado de sus hijos, para esto se realizaron técnicas tales como la movilización, connotaciones positivas e historias dominantes e historias alternativas.

Fase 4: en la sesiones con los hijos se llevaron a cabo el desarrollo de técnicas como la terapia de valor estético y literario a través del juego, la resiliencia y la creación de historias alternativas, para reconfigurar sus sentimientos generados por el abuso sexual y reducir estos episodios ocasionados.

Fase 5: en las sesiones con el hijo mayor se pudo llegar a identificar el consumo de sustancias psicoactiva, donde se realizaron técnicas narrativas a través de escritos sobre lo que concierne al consumo de SPA, metáforas, proyecto de vida y remisión a grupos de autoayuda.

Fase 6: se procedió a investigar sobre el abuso sexual, para sustentar teóricamente lo encontrado en el proceso de intervención psicoterapéutica.

RESULTADOS

El desarrollo de la monografía, se baso en la participación de una familia multiproblemática, compuesta tipológicamente por la madre cabeza de familia y sus tres hijos, donde se evidencia un padre periférico, cuyo motivo de consulta gira en torno al abuso sexual, ocasionado a sus dos hijos menores de edad por parte de su padre biológico, quien actualmente se encuentra bajo prisión.

Durante el proceso de intervención terapéutica desde el modelo sistémico, se fueron encontrando síntomas que se mantienen en el sistema familiar, redefiniendo el motivo de consulta e implementando técnicas de intervención en cada uno de los miembros, entre ellos el consumo de sustancias psicoactivas por parte del hijo mayor, pero manteniendo el motivo de consulta inicial el cual está afectando también ha dicho sistema; partiendo de esto se puede identificar como las familias multiproblemáticas, mantienen patrones de conductas problemáticos dentro de su dinámica, como lo refiere Cancrini, Gregorio y Nocerino, (1997, p.50); “la familia cuyo comportamiento sintomático funciona como factor de equilibrio para las dificultades emocionales de los otros miembros del sistema y, si bien parcialmente, para el sistema considerado en su globalidad”.

Mediante el desarrollo terapéutico con los consultantes, se utilizaron herramientas de vital importancia para llegar a tener claridad del caso y poder orientar las sesiones terapéuticas para intervenir en sus necesidades encontradas,

para esto el estudio de caso, las evaluaciones, la observación, las entrevistas y las técnicas sistémicas, brindaron al terapeuta tener un mayor conocimiento de la problemática basados en un enfoque ecológico, permite un abordaje de múltiples sistemas para identificar los aspectos personales, familiares, sociales en relación al motivo de consulta.

Con base en lo descrito, se procedió al desarrollo de la intervención terapéutica bajo los objetivos, de identificar los eventos problemáticos, redefinir las historias traumáticas del abuso sexual, comprender las consecuencias del abuso sexual en niños, fortalecer los recursos con los que cuenta la familia para superar las secuelas producidas por las situaciones de violencia y abuso sexual y promover estrategias de resiliencia y afrontamiento en el núcleo familiar.

Cabe resaltar las técnicas de intervención que se utilizaron basadas de la terapia narrativa, entre ellas las historias dominantes, historias narrativas, externalización, técnica de juego para niño como la de valor estético y literario, estrategias de resiliencia, entre otras.

Se realizaron 4 sesiones familiares, 5 sesiones con la madre y 5 sesiones con los hijos, donde se llevó a cabo el estudio de caso como procedimiento terapéutico, se utilizó la terapia narrativa durante las sesiones con los pacientes a través de las interacciones dialéctica, en donde Fairlie y Frisancho (1998, p. 46), explica que “las interacciones son entendidas como rasgos detectables del comportamiento familiar, como fenómenos transaccionales que se pueden observar, aislar y registrar durante la actuación de los miembros de la familia”. Es por esto, que se evidenciaron durante la interacción consultante-terapeuta, rasgos del comportamiento que están vinculados al sistema familiar, de igual forma, llevar al consultante a que externalice los problemas que están generando desequilibrando, donde se desarrolló en el sistema consultante la mitigación de su malestar a través de la generación de nuevas alternativas en sus vidas.

Como se puede observar, la paciente durante el desarrollo de las sesiones se mostró participativa, colaboradora, manteniendo contacto visual con el terapeuta, en la primera sesión, la madre consultante al narrar los hechos, que conciernen al

motivo de consulta entra en episodios de crisis, expresando: *“soy una mala madre, una mala esposa y una mala hija” entrando en llanto constante y evocando ideas de suicidio tales como “no deseo vivir” y expresando desesperanza “la vida no tiene sentido”*. Durante el desarrollo de la sesión se intervinieron en sus pensamientos y sus ideas negativas en relación a su desesperanza.

En el proceso de intervención, la madre narra los hechos sucedidos sobre la violación de sus hijos, en los cuales menciona como fue el desenlace de estos episodios, como sus hijos de 8 y 9 años de edad, son abusados por su padre biológico cuando ella estaba ausente, estudiando el bachillerato o trabajando, se enteraron de los hechos, cuando sus hijos fueron donde su tía a contarle lo que estaba sucediendo, a partir de esto se abre un proceso con la Fiscalía, Medicina Legal y el Bienestar Familiar, donde el padre fue puesto en prisión y sus hijos junto con su esposa en tratamiento terapéutico.

Luego de narrar los acontecimientos, la madre expresa sentimientos de culpa diciendo: *“si yo estuviera con ellos no hubiese pasado nada”*, igualmente tiene incertidumbre de saber por los actos de violencia sexual realizados por su esposo hacia sus hijos, donde la consultante se preguntaba *“¿Cuándo salga de la cárcel como voy actuar?”*, *“¿Cómo voy hacer para establecer un dialogo con él?”* de esta manera se hizo un proceso terapéutico con la consultante, ya que no es capaz de afrontar esta situación con su esposo y donde se generaron capacidades para superar este malestar.

En las sesiones siguientes, la madre durante el desarrollo de sus relatos, logra adquirir la capacidad de darse cuenta de sus sentimientos que está alterando su vida, generando en ella una actitud de aceptación frente a lo sucedido, expresando: *“sé que no puedo cambiar lo sucedido y tengo que dar lo mejor de mí para sacar adelante a mis hijos; la vida no es nada fácil, pero hay que seguir adelante; ¡eso sí, con precaución!”*.

Las historias alternativas, mediante el desarrollo de las sesiones terapéuticas, se evidenciaron al momento de aceptar y el dejar de sentirse culpable por los hechos ocurridos, estos se identificó, cuando expresó *“sé que no soy culpable de*

la violación de mis hijos, de ahora en adelante seguiré luchando por ellos”, “no es fácil vivir estas cosas, pero a medida que he venido acepto y encontrando el apoyo de las personas y de Dios, sé que todo mejorara para bien”.

Por otra parte la creación de nuevas historias sobre el afrontar a su ex esposo cuando cumpla la condena por los hechos de abuso sexual, ella expreso *“gracias, al hablar de los sentimientos que tengo por lo quiso con mis hijos, sé que tengo que tener carácter y confrontarlo, pero lo más importante es que me pude liberar y sentirme bien conmigo misma”.*

A partir de esta terapia narrativa, la cual permitió escuchar a la consultante sobre sus problemas y sus sentimientos negativos, se logró con ella la exteriorización, de narrar sus problemáticas, donde se tuvo un proceso de llevar al sistema consultante a darse cuenta y de esta manera crear nuevas alternativas en su vida y poder liberándose de su malestar reprimido, como lo indica (White, 1988), la externalización ayuda a las personas a liberarse de el mismo, partiendo en un abordaje que permita disminuir los conflictos personales, abriendo nuevas alternativas en la vida con el objetivo de mitigar las influencia del problema.

Mediante el desarrollo de esta terapia, se logró involucrar también las movilizaciones en donde la paciente, le surgían varias incertidumbres futuras, tales como el dialogar con el papá de sus hijos nuevamente o cuando salga de la cárcel vaya a buscarla para ver a sus hijos, para esto se trajo a consulta la voz del padre de sus hijos, colocando un elemento simbólico en ella para que representara la presencia de él, donde se realizaron preguntas circulares, con base a sus incógnitas, donde se logró llevar a la paciente a resolver estas predisposiciones futuras y fomentando los recursos para trascender la sintomatología.

Técnica Narrativa para niños

Durante las sesiones con los niños, se procedió a utilizar técnicas de la terapia narrativa para niños, una técnica que permite al terapeuta acercarse de forma lúdica y práctica, permitiendo una dinámica de interacción a través del juego en este caso, se realizó la técnica de valor estético y literario, una gran herramienta ya que los niños eran tímidos y reprimidos a nivel verbal por parte de su padre por

las amenazas que les infundía, como lo indica Freeman, Epston y Lobovist (2001) citando a Barragan Dune, (1992), niños que han visto reprimida la expresión verbal en determinados momentos, debido a amenazas recibidas en casos de malos tratos, y que se pueden sentir incómodos en la terapia hablada.

En las sesiones terapéuticas, para abordar los episodios de abuso sexual ocasionados por su padre, se procedió a utilizar muñecos, en el cual uno era el malhechor, dos niños y un héroe, donde se les preguntó qué intenciones tiene ese malhechor, donde empezaron a externalizar sus problemas, diciendo *“él tiene un aspecto malvado, veo que nos quiere hacer daño diciéndonos mentiras de que nos quiere”, “también quiere llevarnos a un lugar oscuro para tocarnos y maltratarnos, diciéndonos que no podemos decir nada o si no nos golpea”*. Una vez hecha la externalización, por varias sesiones se utilizó al héroe como un recurso para solucionar estos acontecimientos y poder darles solución, donde jugó un papel importante, ya que se les indicó a los niños que poderes debería tener para derrotar ese malhechor y que actitudes deben generar los niños para no dejarse maltratar más de él, en donde ellos fueron expresando: *“el héroe tiene el poder de derrotarte con sus rayos láser y sus súper golpes, para enviarlo a la cárcel y así no hacer más daño a los niños”,* como lema el héroe nos dijo: *“tenemos que ser valientes y no callarnos y acudir a él para que no nos maltraten”*.

De igual forma, se tuvo como desarrollo en estas sesiones las historias dominantes y alternativas, donde los muñecos representaban a cada uno de ellos, esto sirvió como recurso para buscar nuevas alternativas y poder trascender en la sintomatología presentada por parte de los niños y de esta manera generar en ellos nuevos recursos para su vida y el afrontamiento a nuevas experiencias de abuso sexual.

Resiliencia

En el desarrollo de esta terapia se involucró al sistema familiar, ya que es de vital importancia para los niños encontrar una figura de apoyo y de motivación, para esto se les explico a los familiares la importancia de brindarles connotaciones positivas, ya que los estigmas y los estereotipos, evitan progresar en su ciclo de

vida y estancarlos más en su problemática, para esto es importante contar con el apoyo de cada uno permitiendo generar vínculos afectivos donde les generen expectativas de una vida mejor.

Con base en esto, en las sesiones terapéuticas familiares, se procedió a potencializar y a utilizar recursos de cada uno de los miembros, para que cada uno de ellos juegue un rol de escucha, fomentando sus capacidades para que se reintegren en la sociedad, de igual forma como lo indica (Vanistendael, Lecomte y Manciaux, 2002); los miembros de la familia deben desarrollar habilidades que le permitan fomentar la reflexión y corregir todas las creencias distorsionadas que puede presentar con respecto a sí mismo y las relaciones afectivas, haciendo que el niño se sienta siempre acompañado y fortaleciendo sus relaciones sociales, reduciendo sus sentimientos de estigmatización, soledad y aislamiento; preparándolo ante posibles dificultades futuras, ofreciéndole un espacio de confianza donde no se le cuestiona y donde puede acudir siempre que lo necesite.

Resultados de pruebas IDARE e IDER.

Sistema Familiar No. 1

La paciente E.P; con una edad cronológica de 57 años de edad, al momento de evaluar sus estados de ánimo en los indicadores de ansiedad y depresión, a partir de las pruebas inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) y de inventario de depresión estado-rasgo (IDER), que se le fueron aplicadas para valorar dichas variables que permita identificar si se presenta malestar significativo en estas áreas a explorar.

En la prueba inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), a partir de los resultados identificados la paciente obtuvo en la escala de ansiedad estado y rasgo con base a los datos arrojados un percentil de 35 para estado y 40 para rasgo de ansiedad ubicándolo en un intervalo de confianza de 30-44, a partir de esta puntuación se categoriza su nivel de ansiedad en un estado medio. Por lo tanto se puede referir que no se evidencia sintomatología significativa en su ansiedad estado y rasgo.

En la prueba de inventario de depresión estado-rasgo (IDER), se identificó que en las puntuaciones obtenidas fueron inferiores al percentil en la depresión estado en la sub-escala distimia y eutimia con resultados de 25 para eutimia y 65 para distimia, considerado que la paciente no refleja malestar significativo en esta área evaluada.

En la depresión rasgo en las sub-escalas distimia con una puntuación de 75 aplicando en el rango del percentil superiores al de (+) 75 con resultados que permiten interpretar malestar clínicamente significativo en aspectos que indica presencia de depresión y en la sub-escala eutimia manteniendo una puntuación de 80 superior al percentil (+) 75 considerando presencia de depresión, con sintomatología mencionada en los resultados.

Sistema Familiar No. 2

La paciente B.C; con una edad cronológica de 39 años de edad, al momento de evaluar sus estados de ánimo en los indicadores de ansiedad y depresión, a partir de las pruebas inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) y de inventario de depresión estado-rasgo (IDER), que se le fueron aplicadas para valorar dichas variables que permita identificar si se presenta malestar significativo en estas áreas a explorar.

En la prueba inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), a partir de los resultados identificados la paciente obtuvo en la escala de ansiedad estado y rasgo con base a los datos arrojados un percentil de 35 para estado y 40 para rasgo de ansiedad ubicándolo en un intervalo de confianza de 30-44, a partir de esta puntuación se categoriza su nivel de ansiedad en un estado medio. Por lo tanto se puede referir que no se evidencia sintomatología significativa en su ansiedad estado y rasgo.

En la prueba de inventario de depresión estado-rasgo (IDER), se identificó que en las puntuaciones obtenidas fueron relevantes en la depresión estado en la sub-escala distimia con una puntuación de 75 en el rango del percentil, permitiendo interpretar que la paciente puede presentar reacciones emocionales negativas de carácter temporal, las cuales suelen estar asociadas con eventos

específicos y puntuales que generan sensación de malestar general, miedo, tristeza, ansiedad, hostilidad, disgusto y soledad. Igualmente en la depresión rasgo en las sub-escalas distimia con una puntuación de 75 aplicando en el rango del percentil superiores al de (+) 75 con resultados que permiten interpretar malestar clínicamente significativo en aspectos que indica presencia de depresión y en la sub-escala eutimia manteniendo una puntuación de 80 superior al percentil (+) 75 considerando presencia de depresión, con sintomatología mencionada en los resultados.

DISCUSIÓN

Al momento de hacer la exploración psicológica respectiva en los casos atendidos durante el proceso de la práctica se logró evidenciar como el síntoma es mantenido por parte de uno de los miembros del sistema familiar, siendo un signo alerta en la interacción y manifestación en diferentes contextos, con respecto al caso de abuso sexual, se pudo identificar como alteran el funcionamiento familiar y su composición, de igual forma también como este malestar puede mantener un equilibrio entre los mismos miembros de la familia y su contexto. Tal como lo expresa Minuchin (1967) citado por Lourdes (2005, p, 9.), en uno de sus apartados en donde es de vital importancia terapéutica encontrar e identificar “como es que todos los miembros del sistema (ya sea familiar, institucional, psicosocial), participan en el mantenimiento del síntoma y al mismo tiempo se busca entender cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad en la familia”.

Se puedo llegar a identificar en este caso un abuso intrafamiliar, como la víctima depende de manera vital de su abusador, como lo indica Barudy (2011), la víctima se encuentra en una situación de dependencia extrema y más si se trata de un menor de edad, generan experiencias como lo es el dolor, el miedo y la impotencia, evidenciándose en estos casos de abuso sexual como el goce sexual, la manipulación de los lazos afectivos, un discurso culpabilizante, así como la obligación del silencio.

Este proceso de dependencia se pudo evidenciar, ya que las personas abusadas sexualmente eran niños, donde tenían que jugar un papel de sumisión y de manipulación, que los hacían guardar silencio, por el miedo favoreciendo y creado episodios traumáticos por el chantaje afectivo y la intimidación, para satisfacer a su agresor.

En el proceso de resocialización de las víctimas de las secuelas de abuso sexual se pudo identificar la presencia del síndrome de adaptación como lo explica Barudy (2011), citando a Summit (1983), donde propone cinco fases en el abuso intrafamiliar, en que las dos primeras consisten en la aceptación por parte de la víctima de la ley del silencio y la participación pasiva del niño donde se debe a la vulnerabilidad y la dependencia, las otras tres corresponden a la aceptación de la situación, a la revelación tardía y no convincente, generando una participación activa en la víctima como resultado del logro de la resocialización.

Estos factores se tuvieron en cuenta al momento de trabajar la resiliencia en los niños, ya que su vulnerabilidad, el sufrimiento, el miedo y la culpa son elementos los cuales, se tienen que empezar a mejorar, involucrando al sistema intrafamiliar, donde están inmersos los niños, para esto los recursos como la unidad, un sistema de creencias espirituales, la comunicación asertiva, hacen parte de los miembros de la familia para poder cambiar esos estigmas que se desarrollan en los niños, los cuales generan en los niños comportamientos de aislamiento y soledad, teniendo cuenta los recursos que tienen y se generaron en la familia sean de apoyo para superar estas experiencias traumáticas.

Con base en esto se puede contemplar como lectura sistémica, en la problemática de abuso sexual, es importante tener en cuenta el ciclo vital que se encuentra la familia y como las problemáticas cristalizan a este sistema familiar, impidiéndole progresar en su estructura, igualmente se puede identificar como se narra esta familia, a través de los eventos traumáticos ocurridos, basados en historias o narrativas dominantes, enfrascando su dinámica, convirtiéndola en una familia petrificada, donde Coletti y Linares (2010), describen la familia petrificada

como un bloqueo en la estructura familiar de su ciclo vital, donde los roles de los miembros se ven alterados, generando incapacidad funcional y desorganización.

Partiendo de esto, se buscó hacer una redefinición del sistema familiar, ya que el evento traumático, también estaba generando desequilibrio en la interacción de los miembros, para esto mediante las sesiones personales y familiares, se utilizaron técnicas de intervención de corte sistémico como lo son la terapia narrativa y las preguntas circulares, para poder identificar como se perciben como familia, con el fin de movilizar y generar acciones de mejora.

La terapia narrativa, fue de vital importancia, ya que permitió externalizar los sentimientos, pensamientos y conflictos reprimidos, ayudando al sistema a separarse en pro del darse cuenta y buscar alternativas de solución. Como lo indica White y Epton (1993), “La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía”. P. 53.

Esto se desarrolló en cada una de las intervenciones con el sistema consultante, desde la primera sesión partiendo del motivo de consulta, las narraciones de cada uno de los miembros, tales como lo expresa, B.C *“si yo estuviera con ellos no hubiese pasado nada”, “la vida no tiene sentido”,* igualmente por los niños *“mi papá nos golpea si llegamos a decir algo”*; narraciones e historias que fueron traumáticas tuvieron como alcance la externalización, a partir de la terapia de juego con los niños y la terapia narrativa, evocando estas historias con componente problemático y durante el desarrollo de las sesiones terapéuticas se fueron creando y articulando historias de connotaciones positivas, tales como; por parte de la madre, *“sé que no puedo cambiar lo sucedido y tengo que dar lo mejor de mí para sacar adelante a mis hijos”* y los niños, *“ya no tengo que tener miedo y no callar, todo lo malo que me pase, se lo voy a decir a mi mamá”*, con base en esto se puede llegar a identificar que se generaron historias alternativas con contenido positivo, en la resolución de conflictos, la trascendencia de los componentes problemáticos y el fortalecimiento de los recursos.

Por otra parte, la terapia narrativa para niños, fomento la externalización a través del juego, la presión de la culpa y sus sentimientos reprimidos ocasionados por la manipulación y la sumisión generada por el abusador, para esto, la terapias de valores estéticos y literarios, genero una empatía y un afianzamiento en la evocación de su malestar, como lo expresa Freeman, Epston y Lobovist (2001) citando a Barragan, (1992), los niños pueden interactuar directamente con el problema de forma personificada y la representación a través de la relación lúdica con marionetas, máscaras o dibujos para identificar sus intenciones, este proceso se realizó a través de juegos con muñecos colocando en ellos, una personalidad de héroe y de malvado, los cuales van a tener influencia en dos niños, partiendo de esta terapia de juego los niños fueron recreando una historia, evocando sus experiencias traumáticas cuando el malhechor se encontraba en interacción con los niños y de igual forma se generaron nuevas historias alternativas en la interacción del héroe con los niños.

De esta manera, poder involucrar a los niños a crear historias y narrativas alternativas, las cuales le permitan generar recursos positivos, dándole solución a sus sentimientos y pensamientos que causaron malestar; de esta manera se puede llegar a identificar, como estas historias permiten la oposición de esas historias dominantes, que no permiten a los consultantes tener mejorías en sus narrativas, como lo menciona Freeman, Epston y Lobovist (2001); estas historias permiten reflejar la riqueza de sus vidas como la forma en que prefieren que se les conozca; desarrollando una visión alternativa, que tengan un contraste con la imagen problemática del niño y la familia.

Cabe destacar la importancia de conocer las consecuencias del abuso sexual y el proceso psicoterapéutico que se llevó a cabo bajo la comprensión del modelo sistémico en la intervención de este caso, partiendo del conocimiento de la estructura familiar del sistema consultante, conociendo su organización, su tipología y sintomatología que afecta el equilibrio de esta; de igual forma las técnicas que se desarrollaron para la mejoría de dichos aspectos sintomáticos que afectaban la interacción en los sistemas que se desenvuelve la familia atendida, creando recursos de resiliencia para prevenir futuros casos de abuso, basados en

connotaciones positivas y la creación de narrativas alternativas que permitieron generar un bienestar en el sistema familiar.

CONCLUSIONES

A partir del desarrollo de esta monografía, se lograron afianzar conceptos del modelo sistémico mediante el marco relacional con el abuso sexual en niños, permitiendo tener una postura holística al momento de indagar sobre el tema, aspectos como la tipología familiar, el ciclo vital, la estructura del sistema consultante y sus datos sociodemográficos fueron de vital importancia en la recolección de información y la comprensión del problema, para esto tener una concepción a través del enfoque ecológico permitió identificar y valorar los aspectos por los cuales se tejen las relaciones y pueden ser causal para el abuso sexual, observando la interacción dinámica del consultante en los niveles de macrosistema, mesosistema y microsistema, que permitan tener claridad al momento de intervenir y desarrollar los objetivos terapéuticos.

Cabe destacar la importancia de implementar las preguntas circulares y escuchar atentamente las narraciones del sistema consultante, sin colocar prejuicios y utilizar un lenguaje que no descalifique o limite el desarrollo de estas historias, esto con el fin de llegar a comprender y conectarse con el caso, para desarrollar estrategias o recursos al implantar el proceso de intervención.

De igual forma utilizar técnicas de la terapia narrativa en este contexto de abuso sexual, contribuyó en la construcción de nuevas alternativas en sus narraciones, que a través de la externalización de sus episodios o experiencias que dominaban, se fueron resignificando a través de los espacios terapéuticos brindados a los consultantes, permitiendo crear nuevos significados en su vida, generando connotaciones positivas, reestructurando su sistema de creencias y desarrollando recursos resilientes que permitan tener mejoría en el malestar ocasionado por el abuso sexual.

Por último, se pudo generar en el ambiente terapéutico los objetivos trazados con el sistema consultante ya hubo empatía y adherencia al tratamiento, donde las

terapias implementadas como la terapia narrativa, la terapia narrativa para niños a través del juego, la resiliencia y la resignificación de los eventos ocurridos y la reconfiguración de vínculos emocionales entorno a lo que representa para ellos la familia fueron fundamental para conseguir dichos propósitos.

REFERENCIAS

Álvarez, K. (2003). Una comprensión eco-sistémica, co-activa y de trauma en abuso sexual infanto-juvenil intrafamiliar. ¿Es posible? *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*.

Barudy, J. (2011). El dolor invisible de la infancia, una lectura ecosistemica del maltrato infantil. Editorial Paidós Terapia Familiar.

Campillo, M. (s.f). Terapia Narrativa del Juego. *Centro de Atención Psicológica a la Familia A.C. Pp. 10*

Coletti, M y Linares J. (2010). La Intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. Editorial Paidós Terapia Familiar.

Conde, I. (2011). Técnicas para la detección y evaluación de abusos sexuales en menores. *Asociación ASPACIA, Valladolid*.

Contreras, J; Bott, S; Guedes, A y Dartnall, E. (2010). Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. *Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual*.

Cirillo, S. (2009). El niño abusado se convierte en adulto: reflexiones sobre algunos casos tratados. *Revista Apuntes de Psicología. Pp. 289-304*.

Corral, P y Echeburúa, E. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Revista Cuad Med Forense. Pp. 75-82*

Donoso, J; Jorquera, F y Smith, M. (2010). Terapia narrativa: modelos de intervención en abuso sexual. Pp 3 – 6. *Recopilado de la página https://www.researchgate.net/publication/220016159_Terapia_Narrativa_Modelos_de_Intervencion_en_Abuso_Sexual*

Fairlie, A y Frisancho, D. (1998). Teoría de las Interacciones Familiares. *Revista de Investigación en Psicología Vol. 1, Nº 2, pp. 41 - 74*

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). Guía Clínica Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual. *Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.*

Freeman, J; Epston, D y Lobovist, D. (2001). Terapia narrativa para niños. Capítulo Recursos Lúdicos. Editorial Paidós Psicología Psiquiatría Psicoterapia.

Goldick y Gerson. (2005). Genograma en la evaluación familiar, Capítulo 1 ¿Por qué los genogramas?, *Editorial Genisa, Pp 1.*

Hernández, R; Fernández, C y Batista, P. (2014). Metodología de la Investigación. *Capítulo 7. Concepción o elección del diseño de investigación, estudio de caso. Sexta edición, p, 164*

Hernández, G y Sánchez, M. (2015). Diseño y evaluación de un lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia. *Colegio Colombiano de Psicólogos. Pp. 28 -29; Rescatado de la página http://www.funlam.edu.co/uploads/facultadpsicologia/1573_Dise%C3%B1o_lista_d*

[e chequeo elaboraci%C3%B3n Consentimiento Informado Psicolog%C3%ADa.pdf.](#)

Hernández, A. (2013). Familia, Ciclo vital y Psicoterapia sistémica breve. Capítulo 3 el concepto de ciclo de vida familiar, *Editorial el Búho*, Pp, 32.

Horno, P; Santos, A y Molino, C. (2001). Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales. *Editorial, Save the children*. Pp 31.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Dirección de Prevención, (2012), Caracterización de las familias en Colombia. *Recopilado de la página* [http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Intranet/ICBF/macroprocesos/misionales/familias/i/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20Familias%20\(Doc%20Final-Rev%20%20ACTUALIZACION%20MA\).pdf](http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Intranet/ICBF/macroprocesos/misionales/familias/i/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20Familias%20(Doc%20Final-Rev%20%20ACTUALIZACION%20MA).pdf).

Lourdes, L. (2005). *Libro Terapia Familiar, Capitulo 3: El Modelo Estructural de Salvador Minuchí*. Editorial Pax México. Pp. 49.

Martínez, J. (s.f.). Terapia de Grupo en Abuso Sexual Infantil. *Recopilado de la página* http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/maltra/mi_martinez.pdf

Ministerio de salud, Resolución número 1995 de 1999 (Julio 8), Artículo 1. Pp1
rescatado de la página https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf

Payne, M. (2002). Terapia narrativa una introducción para profesionales, Capitulo 1 Una visión global de la terapia narrativa, *Editorial Paidós*.

Pereda, N. (s.f.). Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: el papel del entorno familiar y social. *Educación Social*. Pp103- 114.

Perrone, R y Nannini, M. (2007), Violencia y abusos sexuales en la familia. *Editorial Paidós Terapia Familiar*.

Pillcorema, B. (2013). Monografía sobre tipos de familia estructural y la relación con sus límites. *Universidad de la Cuenca*. Pp 12.

Vallejo, B y Nieto, L. (2013). Intervención en familias multiproblemáticas con trastornos mentales. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, (15)2. Pp, 25.43

White, M y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Editorial Paidós, Barcelona.

ANEXOS

Anexo 1.

Consentimiento Informado

CORPRODINCO-CPD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo, _____ identificado/a con documento No. _____ de _____ por medio de la presente acepto recibir el acompañamiento psicológico brindado por Corprodinco-CPD, donde me han informado con claridad y veracidad los procesos de atención psicológica, la participación voluntaria y libre en el desarrollo de la valoración a realizar, aclarando que la información suministrada se maneja de forma confidencial.

Referido que he sido informado/a por el psicólogo _____ practicante de especialización en psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga identificado con Documento _____, de los objetos del proceso de atención e intervención psicológica y sé que la información otorgada será anónima y la Historia clínica se maneja de acuerdo a lo estipulado en la normatividad vigente (Resolución No. 1995 de 1999; Ley 1090 de 2006).

Nombre del Consultante: _____

No. Documento: _____

Firma: _____

Firma: _____
Practicante Especialización Psicología clínica
Universidad Pontificia Bolivariana

La prueba de inventario de depresión estado-rasgo (IDER). Spielberger, C; Agudelo, D y Buela-Casal, G, (2008).

IDER Nombre _____ Profesión _____

Sexo M F Edad / / Fecha / /

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a la columna de su sexo (VARONES o MUJERES) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO** y **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado	1	2	3	4
3. Estoy decaído	1	2	3	4
4. Estoy animado	1	2	3	4
5. Me siento desdichado	1	2	3	4
6. Estoy hundido	1	2	3	4
7. Estoy contento	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado	1	2	3	4
10. Me siento enérgico	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciado	1	2	3	4
13. Me siento pleno	1	2	3	4
14. Me siento dichoso	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaído	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundido	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgico	1	2	3	4

MUJERES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenada	1	2	3	4
3. Estoy decaída	1	2	3	4
4. Estoy animada	1	2	3	4
5. Me siento desdichada	1	2	3	4
6. Estoy hundida	1	2	3	4
7. Estoy contenta	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmada	1	2	3	4
10. Me siento enérgica	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciada	1	2	3	4
13. Me siento plena	1	2	3	4
14. Me siento dichosa	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaída	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundida	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgica	1	2	3	4

IDER Nombre _____ Profesión _____
 Sexo V M Edad / / Fecha / /

- En cada apartado (ESTADO y RASGO) sume los valores de las escalas Eutimia (EUT) y Distimia (DIS) y anote el total en la casilla correspondiente situada encima de las respuestas.
- Sume las puntuaciones de las dos escalas (PD EUT + PD DIS) y anote el resultado en la casilla PD Total.
- Consulte los baremos para hacer la transformación a percentiles de cada escala y el total (casillas Pc sombreadas).

VARONES

ESTADO

PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Pc EUT	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4

MUJERES

ESTADO

PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Pc EUT	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4

VARONES

ESTADO

PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Pc EUT	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4

MUJERES

ESTADO

PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Pc EUT	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4

VARONES

ESTADO

PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Pc EUT	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4

MUJERES

ESTADO

PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Pc EUT	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4

VARONES

ESTADO

PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Pc EUT	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4

MUJERES

ESTADO

PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Pc EUT	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4

VARONES

ESTADO

PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Pc EUT	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	EUT	4	3	2	1
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	DIS	1	2	3	4

MUJERES

ESTADO

||
||
||

Prueba de inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE). Spielberg, C y Guerrero, R. (1970).



IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación
por

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④



IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado(a)	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	1	2	3	4
33. Me siento seguro(a)	1	2	3	4
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico(a)	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho(a)	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	1	2	3	4

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc
06100 México, D.F.

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.**

La prueba ASSIST, Organización Mundial de la Salud, (2011).

42 | ASSIST | LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS

Apéndice A

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico Clínica
 Identificación o nombre del usuario Fecha

Introducción (léasela al usuario o adapte a las circunstancias locales)*

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas **que han sido recetadas por su médico**. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo**.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

PREGUNTA 1 A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hashís, etc.)	No	<input checked="" type="checkbox"/>
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	No	<input checked="" type="checkbox"/>
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	<input checked="" type="checkbox"/>
f) Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	<input checked="" type="checkbox"/>
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	<input checked="" type="checkbox"/>
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	<input checked="" type="checkbox"/>
i) Opíáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	<input checked="" type="checkbox"/>
j) Otras, especifique: _____	No	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"</p> <p>Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.</p> <p>Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.</p>		

* El ASSIST V3.1 debe utilizarse como "libro" para fines clínicos. Para fines de investigación, utilice la versión anterior ASSIST V3.0.

PREGUNTA 2 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

PREGUNTA 3 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

PREGUNTA 7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

46 | ASSIST | LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS

PREGUNTA 8 | ¿ ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)

(Marque la casilla correspondiente)

No, nunca

Si, en los últimos 3 meses

Si, pero no en los últimos 3 meses