

ESTUDIO DE CASO ÚNICO DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO EN PACIENTE
INSTITUCIONALIZADO CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS.

Luz Adriana García Álvarez

ID: 178917



Universidad Pontificia Bolivariana. Seccional Bucaramanga

Especialización en Psicología Clínica

Facultad de Psicología

Escuela de ciencias Sociales

2018

Estudio de Caso único de Trastorno por Consumo de SPA

ESTUDIO DE CASO ÚNICO DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO EN PACIENTE
INSTITUCIONALIZADO CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS.

Trabajo de grado en la modalidad de monografía para optar por el título de especialista en
psicología clínica

Psic. Luz Adriana García Álvarez

Asesora

Ps. Mg. Lina Patricia Méndez Moreno

Universidad Pontificia Bolivariana. Seccional Bucaramanga

Especialización en Psicología Clínica

Facultad de Psicología

Escuela de ciencias Sociales

2018

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN..... 8

MARCO TEÓRICO..... 10

Características del consumo de sustancias Psicoactivas 10

La familia y el consumo de sustancias psicoactivas..... 12

Enfoque sistémico en el tratamiento de adicción al consumo de sustancias psicoactivas 13

Principios y técnicas de la Terapia Familiar Sistémica 13

Terapia Familiar Sistémica en el tratamiento de las dependencias 16

Estudios desde el modelo sistémico en el tratamiento de drogodependencias: 17

OBJETIVO GENERAL: 18

METODOLOGÍA 19

Participantes 19

Instrumentos 19

Consentimiento Informado 19

Esquema para la evaluación familiar/ Interrogación sistémica. 20

Formato de historia clínica/ Estudio de caso..... 20

Escala de Satisfacción Familiar (ESFA)..... 20

Formato de Entrevista clínica 21

Genograma..... 21

Procedimiento 21

ESTUDIO DE CASO 24

Motivo de consulta 24

Genograma..... 25

Análisis descriptivo 26

Motivaciones, fortalezas y resistencias del sistema 27

Análisis explicativo..... 28

OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN..... 30

RESULTADOS 30

Resultados del acompañamiento del proceso terapéutico sesión por sesión: 31

Resultados alcanzados a partir de la implementación de las sesiones terapéuticas: 38

Limitaciones del proceso: 39

DISCUSIÓN.....	39
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS	44

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 Resumen de las sesiones realizadas.....	22
Tabla 2.Datos generales del consultante	24
Tabla 3. Datos Familiares.....	25
Tabla 4. Resultados Prueba ESFA.....	31

LISTADO DE GRÁFICOS:

Ilustración 1. Genograma	25
--------------------------------	----

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado	50
Anexo 2. Esquema de Evaluación Familiar:	51
Anexo 3. Formato de historia clínica	52
Anexo 4. Escala de Satisfacción Familiar (ESFA).....	53

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque a pesar de las adversidades me ayuda a discernir el camino correcto para continuar creciendo a nivel profesional y personal.

A mis padres, José Alberto García y Mary Luz Álvarez, por su apoyo emocional.

A mi asesora, Ps. Mg. Lina Méndez, por su paciencia y su orientación profesional en todo momento.

A Camacho, gracias por ser y por estar.

A mis demás amigos y compañeros de la cohorte, por hacer este proceso de aprendizaje tan significativo y productivo.

Finalmente, a la memoria de mi nono, siempre a mi nono.

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: ESTUDIO DE CASO ÚNICO DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO EN PACIENTE INSTITUCIONALIZADO CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

AUTOR(ES): Luz Adriana García Álvarez

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Lina Patricia Méndez Moreno

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo describir el proceso de acompañamiento desde el enfoque sistémico de un paciente consumidor de sustancias psicoactivas institucionalizado. El proceso constó de cuatro fases: exploración de la dinámica familiar, evaluación, comprensión del problema e intervención psicológica, desarrolladas en nueve sesiones. Se utilizaron instrumentos tales como entrevista sistémica, genograma y la Escala de Satisfacción Familiar ESFA. Algunas técnicas sistémicas implementadas fueron: redefinición del síntoma, connotación positiva, devolución sistémica, bloqueo de interacciones negativas y promoción de interacciones saludables. Resultados: se identificaron pautas disfuncionales en la dinámica familiar. En cuanto al instrumento ESFA, se obtuvieron puntuaciones que indicaban muy baja satisfacción familiar. Respecto al proceso de intervención, se resalta el enganche de la familia al proceso, la redefinición del rol del paciente al interior del sistema y la comunicación clara entre sus integrantes con el fin de prevenir recaídas. El proceso no tuvo cierre ni seguimiento terapéutico debido al cese del funcionamiento institucional.

PALABRAS CLAVE:

Paciente, trastorno consumo de SPA, Tratamiento, Modelo sistémico

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: SINGLE CASE STUDY FROM THE SYSTEMIC APPROACH IN INSTITUTIONALIZED PATIENT WITH PSYCHOACTIVE SUBSTANCE CONSUMPTION DISORDER

AUTHOR(S): Luz Adriana García Álvarez

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Lina Patricia Méndez Moreno

ABSTRACT

This work describes the process of accompaniment from systemic approach of a patient who consumes psychoactive substances institutionalized. The process consisted in four phases: exploration of family dynamics, evaluation, understanding the problem and psychological intervention, developed in nine sessions. Instruments such as systemic interview, genogram and the ESFA Family Satisfaction Scale were used. Some systemic techniques implemented were: redefinition of the symptom, positive connotation, systemic devolution, blocking of negative interactions and promotion of healthy interactions. Results: dysfunctional patterns in family dynamics were identified. As for the ESFA instrument, scores were obtained that indicated very low family satisfaction. Regarding the intervention process, the family's attachment to the process, the redefinition of the patient's role within the system and the clear communication among its members in order to prevent relapse are highlighted. The process had no closure or therapeutic follow-up due to the cessation of institutional functioning

KEYWORDS:

Patient, SPA consumption disorder, Treatment, Systemic model

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

El abordaje terapéutico del consumo de sustancias psicoactivas es un foco de gran importancia en salud pública, ya que es una de las problemáticas sociales de mayor prevalencia en el mundo debido al deterioro a nivel personal, familiar y comunitario que suelen presentar los consumidores (Barbieri, Trivelloni, Bruna & Palacios, 2011). Según el más reciente informe de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2017), se calcula que en el 2015 al menos un 5% de la población adulta mundial había consumido al menos una vez en su vida alguna sustancia psicoactiva, de esta cifra al menos 29,5 millones de mayores de edad alrededor del mundo generó algún tipo de trastorno por consumo o drogodependencia con necesidad de tratamiento.

A nivel continental, la Organización de los Estados Americanos (OEA), en 2015 realizó un informe en conjunto con diversos centros de estudios nacionales en cada uno de los países que la conforman para describir y caracterizar a nivel regional el uso y abuso de sustancias psicoactivas, haciendo hincapié en que no se puede estandarizar el resultado de los estudios ya que no existe un patrón único de consumo, siendo necesario que las políticas nacionales privilegien la especificidad de su realidad y no se basen en modelos extranjeros para la prevención y mitigación del consumo.

De hecho, reportan que el consumo de sustancias psicoactivas inicia como un recorrido exploratorio en el que las sustancias lícitas como el alcohol y el tabaco son las más prevalentes (Huebner, Shettler, Matheson, Meszaros, Piercy, & Davis, 2005), mientras que las drogas ilícitas más utilizadas en América Latina y el Caribe son la marihuana, anfetaminas, opiáceos, cocaína y el éxtasis (United Nations Office on Drug and Crime, 2008).

En el contexto nacional, el Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), liderado por el Ministerio de Interior y Justicia, reportó en su informe actualizado del 2017, que la prevalencia de uso de sustancias psicoactivas aumentó de 8,8% en 2008 a 12,2% en 2013, y la prevalencia durante el último año en ese mismo período de tiempo subió de 2,6% a 3,6%.

A modo de conclusiones el estudio arroja que el consumo de alcohol dentro del país ha aumentado mientras que el de tabaco ha disminuido paulatinamente. Sin embargo, se identifica el

cannabis como la sustancia más consumida y que el género masculino tiene mayor tendencia al consumo frente al género femenino (Ministerio del Interior y de Justicia, 2017; Ministerio de la Protección Social & Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009).

En Colombia, han comenzado a implementarse leyes y programas con el fin de desincentivar y tratar el consumo y fomentar la prevención, sobresaliendo lo fundamentado en el Plan Nacional de Desarrollo “Todos por un Nuevo País” 2014 - 2018, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 y la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Drogas y su Impacto, la cuales se definen como una guía que ofrece los lineamientos para identificar, comprender y contrarrestar los factores que influyen en el consumo de sustancias a nivel tanto social como familiar y personal, así como orienta el diseño de planes de intervención que logren responder a las necesidades que surjan en relación a esto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Dentro de los programas para acompañar las diversas problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, se encuentran los modelos de comunidad terapéutica (CT) que tienen como objetivo generar cambios en sus pacientes. Las CT son una modalidad de tratamiento estructurada con límites establecidos dentro de las que se lleva a cabo una atención multidisciplinar, en la que al recluir al paciente se pretende generar un cambio global en su estilo de vida, ya que no son solamente los profesionales a cargo quienes influyen en su comportamiento y proceso de cambio, sino también los demás internos y él mismo a su vez. Los residentes se acogen a normas que son reforzadas si se cumplen y castigadas si ocurre lo contrario, para que así comiencen a generar objetivos, autocontrol y rutinas (Arias Horcajadas et al., 2010; Fernández et al., 2008; Fiestas y Ponce, 2012). Addazi, Marini y Rago, citados por Andolfi y Mascellani (2010) explican que la modalidad de CT es necesaria cuando el paciente presenta un uso y abuso de manera compulsiva o arraigada de sustancias psicoactivas.

Es partiendo de lo anterior, que el presente estudio de caso se enmarca en un proceso de acompañamiento psicológico llevado a cabo en la Fundación terapéutica, La Piloto, ubicada en el barrio Provenza, Bucaramanga. Esta institución se creó con el fin de apoyar y orientar de manera profesional y espiritual la rehabilitación de adolescentes y adultos de género masculino con adicción a cualquier sustancia psicoactiva (SPA). En su visión se describe como objetivo

principal fomentar el cambio cognitivo y conductual en jóvenes y adultos hombres consumidores de sustancias psicoactivas.

Durante los dos semestres de práctica profesional desde la especialización en clínica, se atendieron un total de 15 pacientes desde el modelo sistémico con sus respectivas familias, todos ellos de género masculino e internados en la institución por diversos períodos de tiempo, determinados por los familiares a cargo y los coordinadores del lugar. Comórbidos a la presencia de consumo de sustancias psicoactivas también se presentaron problemáticas tales como sistemas familiares con estilos de crianza permisivos e inconsistentes, deserción académica, fugas del hogar, desempleo, vandalismo y otros problemas legales. De los 15 pacientes atendidos, se trabajó el estudio de caso para monografía, con un paciente de 53 años de edad, con quien se llevó un proceso total de 9 sesiones tanto individuales como familiares. De esta manera, a lo largo del documento se presentará de forma detallada el proceso de contextualización conceptual, formulación, evaluación e intervención del caso.

MARCO TEÓRICO

Características del consumo de sustancias Psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas no nace de una única causa, sino que, por el contrario, se considera que es obra de la interacción de diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales que dan inicio y mantienen el síntoma de abuso o dependencia y termina por desarrollar riesgos a nivel de salud, problemas con la justicia, marginación social, absentismo laboral e incluso la muerte (Cogollo et al., 2011; De Vega, 1995).

Del Pópolo (2003) refiere que algunas drogas generan dependencia física o psíquica como consecuencia de una exposición prolongada a varias sustancias, lo cual se conoce como poli consumo. De igual manera aclara que la necesidad o dependencia de cada individuo puede variar desde un deseo leve hasta un sentimiento de ansiedad que desestabiliza a la persona hasta que logre conseguir la dosis adecuada.

El Manual de Diagnóstico de Enfermedades mentales en su quinta edición, DSM-V (2013), lo define así:

1. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los siguientes ítems durante un período de 12 meses:

a. Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.

b. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.

c. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.

d. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

Con relación a los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias psicoactivas se puede encontrar dentro del CIE-10 (2008) de la siguiente manera:

Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a). Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b). El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a). Presencia de cambios des adaptativos de comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognitivos, debidos al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias.

b). Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales de importantes actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo.

La familia y el consumo de sustancias psicoactivas

Los factores que influyen fuertemente el inicio de consumo y posterior adicción son múltiples, a pesar de esto se relaciona con tres factores básicos. En primer lugar, los factores psicológicos propios del consumidor y que influyen sobre la problemática tales como la autoestima, el autocontrol, el autoconcepto, las habilidades sociales y emocionales de afrontamiento, sus preconceptos sobre el consumo de sustancias y su creencia sobre estas (Varela, Salazar, Cáceres y Tovar, 2007).

En segundo lugar, se encuentran los factores socio culturales o contextos, en los cuales incluyen la disponibilidad de las drogas, el estrato económico, las normas y leyes de la comunidad que habita y la existencia de un vecindario desorganizado (Amunategui, 1997).

Finalmente, para Pons (2008) el sistema familiar del individuo es determinante, ya que en todas las culturas existentes se considera a la familia como el eje más importante de socialización, puesto que su función consiste en proveer al individuo un repertorio de principios, valores y hábitos que de una u otra forma configuran su personalidad y guardan relación con esta problemática. (Bogan, 1991).

La familia representa el primer entorno social en el que se desarrolla la vida del individuo, así como el primer núcleo relacional de modelado, aprendizaje y socialización (Barca, Otero, Mirón y Santórum, 1986). Es por esto que, el crecimiento, desarrollo y constitución de una persona dentro de un núcleo familiar resulta uno de los fenómenos más complejos de la vida.

Cada factor del ambiente familiar (relación entre los padres como pareja y con los hijos, creencias, estilos y formas de educar, conflictos y ambiente) pueden interactuar de múltiples maneras, construyendo así un estilo particular de interpretar la realidad, definir quiénes somos y cómo nos relacionamos con los demás (Fantin y García, 2011).

Para autores como Rowe (2013), la psicopatología de alguno de los padres, los conflictos familiares y los modelos educativos también influyen en el desarrollo temprano del consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se puede inferir que, así como la familia puede influir en el desarrollo de un trastorno clínico también puede ser una de las principales redes de apoyo para su tratamiento.

Enfoque sistémico en el tratamiento de adicción al consumo de sustancias psicoactivas

A nivel sistémico los tratamientos de rehabilitación en consumo de sustancias psicoactivas se centran en las relaciones familiares, las internalizaciones y los procesos de introyección y proyección (Meissner, citado por Marcos y Garrido, 2009). Es decir que el síntoma se debe a procesos conflictivos a nivel familiar que no han sido resueltos y se proyectan en el paciente sintomático, por lo que el objetivo terapéutico se debe orientar hacia la unión de la dinámica pasada con la actual, facilitando la creación y el mantenimiento de relaciones familiares más sanas (Waldrom, 1997, Marcos y Garrido, 2009).

Girón, Martínez y Delgado (2002), plantean como una conclusión respecto a las investigaciones realizadas sobre el tema de dependencia al consumo de sustancias que, a pesar de que usualmente las terapias sistémicas vienen acompañadas de otros componentes, como modelos cognitivo- conductuales y valoración psiquiátrica, sirven para conseguir aumentar el compromiso de los pacientes y su familia con el tratamiento y disminuir el riesgo de recaída posterior al tratamiento al mejorar el funcionamiento familiar y facilitar la reincorporación social del paciente.

Principios y técnicas de la Terapia Familiar Sistémica

1. La pragmática de la comunicación de Watzlawick, Beavin y Jackson (1967): Exponen conceptos como (a) es imposible no comunicar, (b) toda comunicación

presenta un nivel digital y uno analógico, (c) la circularidad de la relación en un sistema abierto se retroalimenta constantemente. Este planteamiento constructivista es básico en el modelo sistémico, ya que determina que el cómo se conoce parte de lo que se conoce y por lo tanto se logra de una manera consensuada (Montesano, 2012), en el caso de las familias, se entiende que cada miembro responde a las tensiones familiares y la familia a su vez responde a las tensiones de sus integrantes en un proceso mutuo y de adaptación (Eguiluz, 2005).

2. La Cibernética (Wiener, 1948), encierra tres conceptos fundamentales que son: La homeostasis, el feedback interaccional que bien puede ser positivo o negativo y la morfogénesis, el cual se alimenta del feedback positivo en los sistemas.

3. La teoría general de los sistemas (Bertalanffy, 1976): En ella se explica que el sistema es un conjunto de unidades interrelacionadas con un sistema de comunicación establecido y configurado por cada miembro, un sistema puede ser abierto (modificado por el tiempo y el ambiente) o un sistema cerrado e impermeable.

4. Ciclo de vida familiar (Hernández, 1997): Hace referencia a la estructura familiar en un momento determinado, expresando en esta la constante interacción de las necesidades de sus miembros. Según los patrones particulares de esta interacción la familia puede persistir en una etapa o evolucionar. De igual manera juegan un papel importante enmarcar que los cambios son los que generan transformaciones, dichos cambios se dividen en normativos y no normativos, siendo estos segundos cambios que no ocurren universalmente en las familias y generan crisis inesperadas, como lo es el consumo de sustancias psicoactivas.

Una familia con etapa del ciclo vital de hijos adultos es aquella en la que los hijos tienen la mayoría de edad y se espera que conformen sus propios núcleos familiares, se esperan eventos evolutivos típicos como la jubilación, los ajustes en la relación conyugal, la nueva administración del tiempo e incluso la viudez, sin embargo, en este ciclo pueden presentarse eventos no normativos que impiden aceptar la disolución natural de la familia (Hernández, 1997).

De la misma manera juegan un papel importante el clasificar el sistema familiar desde su enfoque evolutivo de la familia propuesto por Haley (1976) en el que se distribuye el ciclo vital familiar en fases que permiten ubicar al sistema de manera transversal junto con los problemas tanto normativos como no normativos de cada etapa, y su parte estructural (Minuchin, 2009) en la que se comprenden los subsistemas familiares (individual, conyugal, paterno y fraternal) así como los tipos de límites que existen entre ellos para poder diferenciarse y clasificarse.

Para acceder al sistema familiar y lograr una alianza terapéutica se pueden implementar algunas técnicas de intervención, tales como:

1. Preguntas circulares (Schlippe y Schweitzer, 2009): Permite el entender el síntoma desde la perspectiva de otras personas y no solo del consultante, así como sus expectativas, observaciones y reacciones. Debe ser percibida como una oferta comunicativa útil para generar empatía y generar cuestionamientos desde el contexto de la remisión del caso, abarcando el contexto problemático, las expectativas y la generación de nuevas oportunidades.
2. Tareas Terapéuticas: Beyebach y Herrero de Vega (2010), se refieren a las propuestas terapéuticas que son utilizadas entre sesiones y buscan promover a buscar soluciones o bloquear un síntoma, apoyando con esto el proceso terapéutico en la vida cotidiana. En la estructura sistémica las tareas asignadas son una invitación a que la familia acoja estas propuestas dentro de su reestructuración familiar.
3. Connotación positiva (Pereira, 2009): Se evita la crítica y la confrontación con el paciente en un primer momento y se le exaltan la unión y la disponibilidad familiar, lo que crea un marco para que la devolución sistémica sea bien recibida y la familia reconozca que cuenta con el apoyo del terapeuta.
4. Devolución sistémica (Pereira, 2009): Desde el punto de vista sistémico no se limita el terapeuta a hacer un resumen la sesión que acaba de acontecer, sino que incorpora intervenciones basadas en lo ocurrido, predisponiendo a la familia a

prestar atención y ofrece un momento de reflexión y comunicación sobre lo acaecido hasta la siguiente sesión.

5.

Terapia Familiar Sistémica en el tratamiento de las dependencias

El abordaje sistémico de la familia permite indagar sobre la complejidad del sistema familiar y la posibilidad terapéutica subyacente con el fin de que la familia altere y redistribuya sus roles en conjunto con el terapeuta, quién pasa a formar parte activa del tratamiento. (Del Pópolo, 2003).

Específicamente, la Terapia Familiar Sistémica (TFS) es utilizada en ámbitos clínicos debido a su visión amplia y casi inmediata, ya que tiene en consideración la relación entre los subsistemas, el tipo de composición familiar, la etapa del ciclo evolutivo y si está atravesando un período de crisis (Villarreal- Zegara y Paz-Jesús, 2012). Dichos autores proponen que una crisis familiar debe ser entendida como un acontecimiento que está acorde a un proceso de cambio con el fin de adaptarse y reacomodar el sistema familiar. En el caso tratado en esta monografía se encuentra, según Carter y McGoldrick, citados por Villarreal- Zegara y Paz-Jesús (2012) una crisis estructural, puesto que el consultante proviene de un esquema familiar formado por pautas disfuncionales subyacentes a la estructura y busca evitar el cambio.

En las familias con integrantes adictos a sustancias (Del Pópolo, 2003) explica que lo más probable es que el paciente desde temprana edad exponga rasgos ansiosos en los que el control de impulsos se ve sustituido por el pensar y el esperar, son personas que deben ser recompensadas inmediatamente para no pensar más allá de lo que se les es establecido. Se observan en los miembros de la familia fusiones, coaliciones, dificultad en la individuación y la autonomía.

La terapia familiar sistémica propone una relación terapéutica vista desde la interacción de dos sistemas claves: el sistema observado, es decir, la persona o las personas que solicitan la terapia a pesar de que por momentos intenten mantener el síntoma y se resistan al cambio (homeostasis), y el sistema observador, es decir, el equipo terapéutico. El terapeuta entonces debe contribuir al cambio sin atribuirse la causalidad, sino que se debe mostrar como el promotor de

las condiciones adecuadas dentro del ritmo que marca el propio sistema para comenzar a generar cambios (Villarreal- Zegara y Paz-Jesús, 2012). De igual manera se plantea que el terapeuta debe aliarse con la familia para comprender las interacciones que propician la aparición y el mantenimiento del síntoma y actuar como regulador del sistema para poder movilizarlo y reorganizarlo, logrando así una nueva construcción de la dinámica familiar (Eguiluz, 2005).

Estudios desde el modelo sistémico en el tratamiento de drogodependencias:

Respecto a investigaciones relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas desde el modelo sistémico, Garrido, Marcos, López y Ochoa (2016) evidenciaron en su estudio, en el cual evaluaron la eficacia de la terapia multifamiliar en adictos a opiáceos, que la terapia multifamiliar redujo de manera efectiva la gravedad de la adicción en varias de las áreas evaluadas. También observaron que el efecto positivo era superior a los tratamientos estándares donde solo se utilizaba la medicación para llevar a cabo el acompañamiento terapéutico. Así mismo, estos autores encontraron que los pacientes presentaron mejoría en las áreas de empleabilidad y apoyo social y de igual manera el uso de consumo de sustancias psicoactivas disminuyó y su condición psiquiátrica presentó cambios positivos.

Por otro lado, autores como Horigian, Feaster, Brincks, Robbins, Perez y Szapocznik (2014) realizaron una investigación con 480 padres y adolescentes, los cuales fueron divididos en un grupo control y otro experimental con el objetivo de determinar la relación entre el consumo de sustancias que se presentaba tanto en padres como en los adolescentes bajo los efectos de la terapia familiar breve estratégica (BSFT). Se identificó que los padres que participaron en el programa BSFT disminuyeron significativamente su consumo, al igual que los hijos. Para estos autores, la reestructuración del funcionamiento familiar medió la relación entre la condición de tratamiento y la disminución en el uso y abuso de alcohol por parte de los padres. A su vez, afirmaron que los adolescentes en BSFT tuvieron una trayectoria de consumo de sustancias significativamente más baja en comparación con el grupo que no recibió el tratamiento.

En concordancia con lo anterior, pioneros como Cancrini (1982), citado en Marcos y Garrido (2009) realizó investigaciones con pacientes consumidores y sus familias, en las cuales logró identificar cómo la influencia de los factores familiares media en las toxicomanías. Según

este autor, aspectos individuales, familiares y relacionales basados en los modelos de organización y comunicación familiar influyen en el desarrollo de problemáticas asociadas al trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

En otras investigación, Bernal (1993), encontró en su trabajo de atención clínica, que la terapia familiar presentaba un 90% de mejoría en casos relacionados al abuso de drogas. Dentro de las variables de análisis, el autor refiere que los resultados encontrados dependían de las dinámicas familiares relacionadas a la expresión emocional de los conflictos, el sobreenvolvimiento de los familiares, la participación de la familia en el proceso terapéutico y los estilos o pautas comunicativas entre los miembros. Lo anterior guarda relación con las investigaciones de Ramírez (1989) quien identificó en su trabajo con convictos desde el modelo sistémico estructural, que el éxito del tratamiento estaba mediado por la participación e involucramiento de familiares.

Finalmente, respecto a casos únicos trabajados desde el modelo sistémico se puede encontrar el de Parra (2016), quien al trabajar un total de 10 sesiones con un paciente con trastorno por consumo de alcohol, identificó que en el proceso de evaluación el paciente presentaba baja satisfacción familiar, medido desde la prueba ESFA y durante el proceso interventivo logró disminuir la sintomatología que mantenía el consumo al afianzar la relación afectiva con su hijo y su pareja, demostrando con esto la importancia del apoyo emocional por parte del sistema familiar como red de apoyo primaria al momento de intervenir de manera psicológica un proceso de rehabilitación y prevención de recaídas en pacientes consumidores de sustancias.

OBJETIVO GENERAL:

Describir el proceso de evaluación-intervención desde el enfoque sistémico de un paciente consumidor de sustancias psicoactivas que se encuentra institucionalizado.

Objetivos específicos:

1. Hacer una lectura relacional del trastorno que presenta el paciente desde el enfoque sistémico

2. Formular hipótesis explicativas acerca de la generación y mantenimiento del síntoma en el paciente desde el enfoque sistémico.
3. Realizar un proceso de intervención sistémico que mejore la adaptación del paciente a su entorno familiar y disminuya las recaídas.

METODOLOGÍA

El presente trabajo estuvo enmarcado en un diseño de estudio de caso único simple de alcance descriptivo (Roussos, 2007), que tiene como objetivo describir el proceso de evaluación-intervención desde el enfoque sistémico de un paciente consumidor de sustancias psicoactivas que se encuentra institucionalizado. El proceso de evaluación e intervención, estuvo fundamentado bajo el modelo sistémico en el que se dirige la atención a comprender el sentido interaccional de los síntomas y su función adaptativa dentro del sistema familiar. Esto con el fin de descentralizar dichos síntomas del paciente por medio de la redefinición de los mismos (Hernández, 2004).

Participantes

Paciente de 53 años de género masculino, perteneciente a una familia nuclear, con nivel de escolaridad de pregrado incompleto que presentaba problemáticas asociadas al trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. Al momento de acudir a consulta cumplía 8 meses institucionalizado de manera voluntaria con el fin de no volver a recaer en el consumo y refiriendo el desear complementar lo que denominaba “retiros espirituales para su rehabilitación”.

Instrumentos

Consentimiento Informado

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección social (2017). Lo define como el documento generado en cualquier contexto terapéutico en el que se comunica adecuadamente la condición clínica del paciente y se garantiza su voluntariedad, la información suficiente y válida sobre el procedimiento a seguir y la competencia del profesional a cargo para llevarlo a cabo (Ver anexo 1).

Esquema para la evaluación familiar/ Interrogación sistémica.

Este esquema se presenta como una alternativa práctica para la recopilación de datos sobre el historial familiar, proporcionando bases para la comprensión y la planeación de manera inicial. No constituye un instrumento psicométrico, sino una guía de entrevista semiestructurada para indagar sobre los aspectos anteriormente mencionados (Glick, Berman, Clarkin, Rait 2000) (Ver anexo2).

Formato de historia clínica/ Estudio de caso

Este formato sirve como primer elemento exploratorio del caso del paciente en cualquiera de sus etapas de desarrollo y sus dimensiones, de igual manera brinda comprensión de la historia familiar y su dinámica actual (Ver Anexo 3).

Escala de Satisfacción Familiar (ESFA)

Desarrollada por Barraca y López en 1997 y actualizada por Ediciones Tea en el 2017, esta prueba individual puede ser aplicada adolescentes y adultos, se encarga de medir globalmente las dinámicas y constructos relacionados con la familia, entendiendo que la satisfacción que una persona presenta hacia su familia es producto de las interacciones verbales y físicas que mantiene con ellos. Está compuesto por una escala de 27 ítems, formados por pares de adjetivos antónimos, que siguen la estructura de un diferencial semántico con tres opciones de respuesta que van de uno –totalmente– a tres –algo–, e incluían preguntas en los siguientes términos: “cuando estoy en casa, con mi familia, más bien me siento feliz o infeliz”. Los reactivos, pretenden evocar respuestas afectivas en el sujeto, las cuales tienen su origen en las interacciones verbales y/o físicas que se producen entre él y los demás miembros de su familia. Esta prueba puede ser aplicada de forma tanto individual como colectiva a personas desde los 16 años y sirve para fines clínicos, de investigación y en otros campos de la psicología y pedagogía donde sea necesario o conveniente el estudio de la situación familiar (peritajes, juicios, etc.). Confiabilidad del instrumento 0,97. (ver anexo 4)

Formato de Entrevista clínica

Formato de Entrevista semiestructurada que se implementó para indagar sobre aspectos generales sobre las problemáticas del consultante, indagando sobre las causas y evolución del problema, antecedentes personales y familiares. Para autores como Othmer y Othmer (2003), la entrevista clínica es una habilidad que el terapeuta debe dominar y dirigir con el fin de evaluar y posteriormente tratar a sus pacientes, reconociendo los principios básicos que sustentan este proceso. A su vez, representa un recurso para poder consolidar y guiar el proceso de construcción del formato de historia clínica. (ver anexo 5).

Genograma.

Desarrollada por Bowen y Satir en 1978 (citados en Minuchin, 1998; Ritvo y Glik, 2002), es el medio común en el que los terapeutas diagraman el mapa de a las familias y parejas durante las fases iniciales de un tratamiento para posteriormente poder evaluarlas. Es la representación gráfica de al menos tres generaciones familiares en las que se incluye información importante, como los datos sociodemográficos, la estructura familiar y la relación que mantienen entre ellos. De esta manera se consigue conocer a la familia tratante en cuanto a sus aspectos genéticos, médicos y sociales, a la par que se puede realizar una hipótesis sobre el síntoma problemático y el contexto familiar, el mantenimiento y la evolución de dicho síntoma, su relación con el ciclo vital, entre otros (Carvalho y Aparecida, 2007; Compañ, Feixas, Muñoz y Montesano, 2012).

Procedimiento

El proceso de acompañamiento se desarrolló en 9 sesiones dirigidas al abordaje del sistema interaccional, es decir, tanto a nivel individual como familiar. Las sesiones fueron llevadas a cabo en un período de 4 meses con encuentros quincenales. La duración de estas sesiones oscilaba entre 60 a 90 minutos y estuvieron enmarcadas en 4 momentos: exploración, evaluación, análisis e intervención. En la fase de exploración y evaluación se indagó a través de las pruebas aplicadas, sobre las diversas problemáticas del consultante. Posterior a ello se realizó un análisis de lo encontrado y se diseñó e implementó el proceso de intervención. Cabe mencionar que el motivo por el cual no se pudo realizar un acompañamiento terapéutico más extenso que permitiera la aplicación posterior del ESFA, lograr un cierre de caso se debió a que el paciente cumplió el tiempo pactado entre él, su familia y los por lo que fue dado de alta.

Posteriormente se intentó volver a contactar con la familia, pero la institución dejó de prestar sus servicios, desvinculando por completo al paciente y su familia de la terapeuta. A continuación, en la tabla 1 se presenta el resumen de las sesiones realizadas.

Tabla 1 *Resumen de las sesiones realizadas.*

Sesiones	Objetivos	Actividades realizadas
S1	Conocer el motivo por el cual se asiste a psicología para iniciar apertura de la historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivo de consulta 2. Apertura de Historia Clínica 3. Tarea: Autobiografía 4. Montaje del estudio de caso
S2	Indagar sobre la percepción que el sistema familiar presenta sobre su consumo.	<ul style="list-style-type: none"> -Recepción de la historia personal - Socialización - Aproximación a su punto de vista sobre la dinámica familiar - Montaje del estudio de caso
S3	Aplicación y socialización de la prueba de Escala de Satisfacción Familiar	<ol style="list-style-type: none"> 5. Aplicación del instrumento evaluativo 6. Socialización
S4	Conocer la estructura familiar, su jerarquía y su forma de comunicación	<ol style="list-style-type: none"> 7. Preguntas de evaluación familiar 8. entrevista circular 9. Familiograma 10. Tarea: Zonas Rojas
S5	Devolución sistémica sobre dinámica familiar	<ol style="list-style-type: none"> 11. Devolución sistémica

		12.	Propuesta Plan Intervención Psicológica
		13.	Tarea: Dos Elogios por cada Crítica
S6	Indagar con la madre eventos no normativos dentro de los primeros ciclos vitales del paciente	14.	Preguntas de evaluación familiar
		15.	Contención
S7	Indagar sobre el estado del subsistema fraternal existente entre el paciente y su hermano menor	16.	Preguntas circulares de índole relacional
		17.	Devolución sistémica
S8	Incluir al padre de familia al proceso terapéutico por medio de una carta de invitación	18.	Tarea: Carta de invitación al padre de familia
S9	Conocer la relación del subsistema parental de la familia del paciente y su papel determinante en la dinámica familiar.	19.	Tarea: Agravios y Desagravios
		20.	Ajustes al Plan de Intervención Psicológica
		21.	

ESTUDIO DE CASOTabla 2. *Datos generales del consultante*

Nombres y Apellidos	D.C.D
Género	Masculino
Edad	53 años
Fecha de nacimiento	19/ 12/ 1963
Ocupación	Instructor de manejo
Convive con	Padres/ hermana menor

Motivo de consulta

Paciente de 53 años de género masculino, proveniente de una familia nuclear con hijos en etapa adulta. Mayor de 5 hermanos profesionales universitarios, siendo el único con pregrado incompleto. Antecedentes de padre y hermano menor alcohólicos, reporta consumo de SPA desde la adolescencia y extendido a lo largo de 35 años. A nivel laboral se ha desempeñado en diversos oficios, tales como cuidador de autos, instructor de conducción, administrador de pequeños negocios, entre otros. Durante su historial de consumo ha presentado tres intentos previos por superar el consumo, los dos anteriores fallidos por lo que denomina “falta de voluntad y malos negocios”, para aliviar la sintomatología en esta tercera ocasión ha recibido asistencia psicológica individual, sin embargo, ha rechazado la atención por parte de psiquiatría.

Refiere como motivo de consulta el desear una atención integrada que garantice que sus “retiros espirituales” son efectivos en su proceso de superar la adicción a las sustancias psicoactivas, ya que afirma “haber vivido lo suficiente como para inspirar a otros a salir del consumo” y esta premisa hace que pueda controlar, a su parecer, su deseo de recaer.

Durante las sesiones se muestra tranquilo siempre y cuando perciba que domina la conversación y que sus apuntes son tomados con la mayor seriedad del caso.

Genograma

Ilustración 1. Genograma

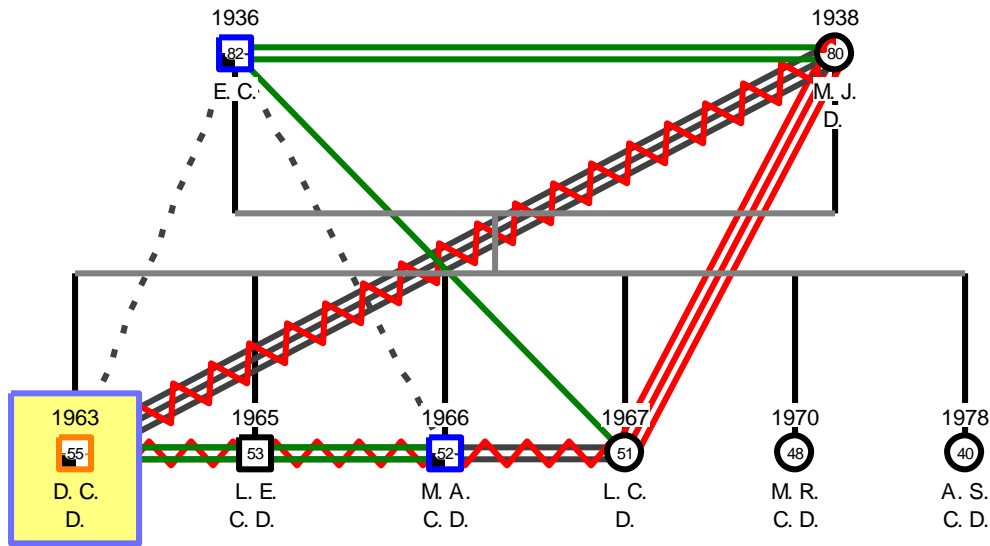


Tabla 3. Datos Familiares

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación
M. J. D	Madre	80 años	Docente Pensionada
E.C	Padre	82 años	Pensionado
L.C.D	Hermana	51 años	Docente Máster en inglés

En el genograma se puede apreciar que D.C.D pertenece a una familia nuclear en etapa de ciclo vital con hijos adultos, siendo D.C el primero de seis. El sistema conyugal se encuentra establecido pero la relación entre los padres, aunque cordial, es distante. La mayor de las hermanas se encuentra fusionada con la madre de familia, formando una alianza que reorganizó a

nivel jerárquico la estructura, ya que fue ella quien se puso a cargo de sus hermanos, motivo por el cual tiene conflictos constantemente con D.C, quién se siente desplazado por ella. El sistema filial con sus demás hermanos es aparentemente estable a pesar de la lejanía, comparte mayormente con su hermano, quién lo motiva a rehabilitarse de la misma manera que él lo hizo. La relación del padre con todos sus hijos es distante y poco afectiva.

Análisis descriptivo

Paciente con adicción a sustancias psicoactivas desde hace más de tres décadas que ha afectado notoriamente su esfera familiar, laboral, sentimental y emocional. Refiere haber tomado la decisión de abandonar el consumo desde hace aproximadamente un año, aparentemente porque sintió un “llamado espiritual” luego de un atentado en contra de su vida en el que sintió que debía dedicarse a ayudar a otras personas con base en su experiencia. Hace énfasis en que no percibe el tratamiento como un proceso terapéutico sino como “retiros espirituales” para fortalecer su decisión. Se refieren algunos eventos familiares como el posible retiro del paciente del testamento familiar porque al parecer ha descuidado los bienes que están a su nombre.

Previamente intentó en dos ocasiones suspender el consumo: en una primera oportunidad cuando ingresó al pregrado en Trabajo Social, con la consiguiente recaída al parecer asociada a lo que él consideró como un acoso de un profesor: “me estaba haciendo la vida imposible y me iba a hacer perder una materia”. En la segunda oportunidad, hace cuatro años intentó nuevamente abandonar el consumo, pero recayó de manera esporádica al tener una fuerte discusión con su mamá y posteriormente retomó consumo diario al sentir rechazo por parte de su hermana más cercana. En su historial se encuentran problemas con la ley, para los cuales ofrece constantemente justificaciones en las que él es la víctima de malentendidos. Refiere haber tenido vínculos con personas relacionadas con el micro tráfico de estupefacientes, aunque según su testimonio no se involucró con ellos más allá de las reuniones sociales.

Referente a su historial de consumo lo define como “de todo lo que se pueda imaginar” y posteriormente explica haber comenzado con consumo esporádico de marihuana en la universidad al estar trabajando con su padre y por medio de un contacto comenzó a trabajar en el microtráfico, pero al sentir que esta ya no hacía efecto relajante en su organismo la degradó como acompañante de otras sustancias y avanzó hacia hipnóticos y sedantes para finalmente consumir

metanfetaminas y cocaína frecuentemente, en un primer momento en reuniones sociales y eventualmente sin horarios determinados ni factores que considerara desencadenantes, a pesar de reconocer que cada vez que discutía con su mamá y su hermana por su estilo de vida, se agudizaba aún más el síntoma.

Refiere que antes de entrar al tratamiento su consumo de marihuana era de una vez a la semana desde que cumplió los 18 años hasta la actualidad (30 años de consumo), mientras que el de metanfetaminas, cocaína e hipnóticos era frecuente, llegando a ser de día por medio desde los 21 años hasta el momento en el que acudió a la fundación, lo cual ocasionó el deterioro de sus relaciones familiares y sociales, así como la pérdida de sus empleos informales. Su consumo crónico de estas sustancias lo llevó a presentar comportamientos obsesivos para la búsqueda de las mismas, debido al desarrollo de la dependencia (búsqueda de drogas), aislamiento de las redes de apoyo, pérdida de hábitos de autocuidado y de higiene personal. Se evidenció en el proceso de evaluación que las situaciones de consumo, estaban relacionadas a eventos estresores en el entorno familiar y social, los cuales agudizaban el consumo de las diferentes sustancias. La última vez que consumió algún tipo de sustancias, fue tres días antes de tomar la decisión de internarse en la fundación, según su testimonio, no identifica en él sintomatología ansiosa, sin embargo, su familia refiere que sus cambios de peso son bruscos y en ocasiones es agresivo.

En tres ocasiones ha recibido atentados contra su vida, uno de ellos con arma de fuego, motivo por el que su familia ejerció presión para que se internara en la fundación y finalmente se reintegre a la vida familiar a pesar de sus deseos de ser independiente y continuar con su profesión de instructor de manejo, versión que tanto la madre de familia como la hermana no consideran posible por motivos tanto de salud como legales.

La meta del tratamiento a nivel familiar es generar una adaptación tanto del paciente como de su núcleo familiar para que se logre una convivencia armónica y que garantice su rehabilitación. A nivel personal se considera como meta terapéutica la generación de un plan de vida alejado del consumo, su porte o venta.

Motivaciones, fortalezas y resistencias del sistema

Se percibe un núcleo familiar que a pesar de la desconfianza por los episodios pasados de recaída apoya al paciente y participa activamente del proceso de rehabilitación en las actividades

tanto espirituales como psicológicas. De igual manera se percibe en el paciente la determinación y el deseo de generar un nuevo proyecto de vida, entendiendo las fases del proceso y participando con agrado y voluntad de las sesiones. Finalmente se percibe como fortaleza el abandono del grupo social que solía frecuentar el PI y que contribuía a mantener la pauta de consumo.

Se considera como resistencia al cambio que el paciente en ocasiones no permite opiniones de sus familiares sobre sus decisiones y esto obstaculiza las relaciones familiares al desear luchar contra sus hermanos por el estatus del hermano mayor y sentirse inmerso en unas nuevas normas de convivencia a las que no estaba adaptado. De igual manera se percibe como resistencia al cambio durante el proceso, su insistencia en independizarse y trabajar como instructor de manejo a pesar de no estar licenciado ni contar con los requisitos físicos para trabajar en ello, pues esta necesidad de conseguir dinero puede nuevamente llevarlo a participar de eventos sociales en los que se relacione con otras personas consumidoras.

Análisis explicativo

Desde lo individual, según DSM V el paciente al momento del ingreso, es valorado por psiquiatría y le asignan los siguientes diagnósticos que posteriormente son confirmados por psicología, a través de entrevista DSM.

1. **(304.30)** Trastorno relacionado con el consumo de cannabis moderado en remisión inicial en un entorno controlado.
2. **(304.10)** Trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos grave en remisión inicial.
3. **(304.40)** Trastornos relacionados con los estimulantes grave en relación con anfetaminas y cocaína (304.20).

Desde un marco sistémico este trastorno se explica desde diferentes niveles así:

D.C.D pertenece a una familia nuclear en etapa de ciclo vital de hijo adulto que atraviesa una crisis no normativa por consumo de sustancias en tres de sus integrantes, incluyendo al paciente.

El subsistema conyugal está desligado y está caracterizado por la falta de comunicación y la delegación de todo el rol parental a la madre, siendo el padre un agente pasivo y periférico en

todas las decisiones y conciliaciones que se intentan hacer en la familia. El padre es permisivo e indiferente y la madre es estricta y enfocada en proteger su patrimonio material familiar ya que considera que no le pertenece ni a su esposo ni a sus hijos. La segunda hija al llegar a la edad adulta crea una alianza e intenta asumir junto con su madre el rol educador y dominante frente a sus hermanos ya que considera que es la más apta para asumir el liderazgo de la familia.

El padre y uno de los hermanos menores del PI reportan abstinencia de consumo de alcohol, el primero en proceso inicial de rehabilitación y el segundo sin consumo reportado desde hace más de cinco años. El subsistema fraternal es conflictivo, ya que entre hermanos se presentan discusiones continuamente y a menos de que alguien más intervenga no es posible solucionar el conflicto.

La pauta de consumo se presenta en el PI desde inicios de su adolescencia, y al parecer según lo que él refiere está asociada al haberse enterado que a los seis meses de nacido fue violentado sexualmente por un desconocido mientras estaba al cuidado de una niñera. De igual manera, en esta etapa se presentaban discusiones constantes con su mamá y sentía presión por ser el líder de la familia, así como agresiones que su padre ejercía sobre él. Al parecer, el síntoma se ha mantenido a lo largo de toda su vida al no percibirlo como un problema real, ya que a pesar del alcoholismo de su padre la familia estaba organizada de tal manera que su mamá era quién impartía normas mientras sus hermanos iban abandonando el hogar por motivos académicos y él se sentía en libertad de consumir o estar con trabajadoras sexuales sin que esto entorpeciera su trabajo o su aparente independencia y autonomía, pero siempre dependiendo de la ayuda económica de su mamá. El paciente constantemente demanda independencia y afirma estar desligado de su familia, mientras su hermana y su mamá demandan que cumpla con un modelo preestablecido para él y similar al de los demás hermanos, los cuales son profesionales con estudios en postgrado.

Por otro lado, se puede identificar desde los postulados sobre los axiomas de la comunicación, propuestos por Watzlawick, Beavin y Jackson (1991), que el sistema familiar presenta dificultades al entablar sus relaciones, ya que lo que se expresa a nivel no verbal (analógico) no tiene coherencia con el nivel lingüístico (digital), es decir, se imitan constantemente entre ellos con el fin de ridiculizar al otro, lo cual dificulta la comunicación y

provoca aún más desligue en el subsistema fraternal mientras que la madre y su hija se aglutinan, los límites son difusos y cambiantes.

Se puede concluir que el paciente hace parte de una familia multiproblemática, puesto que hay disrupción en el sistema tanto parental como fraternal, y que su síntoma se mantiene producto de la necesidad de sentir independencia y autonomía de sus padres al sentir que su rol de hermano mayor fue ocupado por su hermana junto con las expectativas que ese rol acarrea, y en el que su núcleo familiar ha permanecido unido por más de tres décadas en torno a su síntoma, apoyándolo a nivel económico y emocional a pesar de las múltiples advertencias en abandonarlo y dejarlo sin mencionado apoyo.

OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

1. Lograr el enganche de la familia al proceso terapéutico.
2. Crear un contexto terapéutico que permita la redefinición del síntoma.
3. Aplicar pruebas tanto exploratorias como evaluativas con el fin de ampliar la comprensión del síntoma.
4. Identificar la estructura familiar. Su distribución de roles, alianzas y coaliciones.
5. Redefinir los roles en la familia para que el paciente genere sentimientos de autonomía y confianza dentro de su núcleo.
6. Aplicación de entrevista sistémica y asignación de tareas entre sesiones con el fin de promover una comunicación abierta dentro del sistema familiar del paciente.
7. Establecer alianzas fraternales entre el paciente y sus hermanos menores.
8. Bloquear la comunicación negativa que se presenta entre el paciente, su mamá y su hermana.

RESULTADOS

Se exponen los resultados desde dos perspectivas, en la primera se exponen los resultados encontrados a partir de la aplicación de la prueba ESFA (tabla 4) y en una segunda instancia los resultados obtenidos a raíz de las sesiones realizadas.

Aplicación Escala de Satisfacción Familiar (ESFA).

Tabla 4. Resultados Prueba ESFA

Sujeto de aplicación	PD Total de la prueba	Centil de Hombres	Interpretación
D.C. D	76	10	Muy baja satisfacción familiar.

Se encuentra que el paciente no se siente a gusto con su familia, explícitamente con su hermana y su mamá, se encuentra marcada insatisfacción familiar por el hecho de que realmente el paciente no ha logrado una independencia ni individuación de su círculo familiar pues, como complementa posteriormente al socializar los resultados, insiste en sentirse humillado por tener más de 50 años y depender económicamente de su mamá. También se evidencia en los resultados de la prueba una marcada falencia en la comunicación intrafamiliar.

A continuación, se presenta de manera detallada el desarrollo de las sesiones realizadas con el paciente y su familia y posteriormente la conclusión de los resultados del trabajo realizado.

Resultados del acompañamiento del proceso terapéutico sesión por sesión:

PRIMERA SESIÓN:

OBJETIVO: conocer el motivo por el cual se asiste a psicología para iniciar apertura de la historia clínica

ASISTENTES: Paciente.

DESARROLLO: Por solicitud del psicólogo institucional y el paciente mismo, se solicita el acompañamiento especializado debido ya que el PI considera que los talleres y las charlas espirituales no le aportan lo suficiente para su denominado “retiro espiritual”. Se indaga sobre el motivo de consulta, los objetivos que tiene el paciente con el acompañamiento y se comienza apertura de historia clínica.

OBSERVACIONES: En aras de entender más a profundidad sobre su historial de consumo y el por qué expresa abiertamente inconformismo y represión frente a su familia, así como el incentivar el aprovechamiento del tiempo libre, se le asigna tarea de escribir a modo de autobiografía su deseo de cambio.

SEGUNDA SESIÓN:

OBJETIVO Indagar sobre la percepción que el sistema familiar presenta sobre su consumo.

ASISTENTES: Paciente.

DESARROLLO: Se continúa con el diligenciamiento de la historia clínica y se hace recepción de la historia personal. Se le pide que la lea en voz alta y se aprecia el inicio del consumo, lo que a su parecer y el de su familia fueron los motivos por los cuales se mantuvo el síntoma y cómo decidió internarse para salvaguardar su vida y sus bienes. Dentro de su historia comienza ya a evidenciar relaciones conflictivas con los miembros de su familia nuclear y tal como lo aseveró en un primer momento.

OBSERVACIONES: Se decide indagar sobre la conformidad familiar que presenta, ya que se muestra ansioso cuando habla de su vida en un futuro cercano al volver a resocializar.

TERCERA SESIÓN

OBJETIVO: Por medio de la aplicación y socialización de la prueba de Escala de Satisfacción Familiar validar el nivel de disconformidad familiar que expresa el paciente, así como indagar cómo esta variable es determinante en su síntoma.

ASISTENTES: Paciente

DESARROLLO: Se decide aplicar la prueba del ESFA como recurso evaluativo para medir el grado de insatisfacción que reporta el paciente. Durante la aplicación se le da la indicación y no realiza ninguna pregunta durante su desarrollo, la termina en un tiempo medido y se procede a su socialización. Teniendo en cuenta que la prueba mide una variable, pero cada ítem hace referencia a una situación diferente se puede indagar más a fondo sobre la dinámica familiar. Refiere ser una persona tranquila en su vida cotidiana, pero se siente cohibido y

predispuesto frente al tener que volver a vivir con su familia, lo considera un fracaso personal y una medida innecesaria que no le va a ayudar en su proceso de rehabilitación. A pesar de esto termina por aceptar su condición al entender que pueden negociar pautas de convivencia saludable.

OBSERVACIONES: Se acuerda invitar a las personas vivientes en su hogar con el fin de conocer sus relaciones de una manera más directa y vincularlos al proceso

CUARTA SESIÓN

OBJETIVO: Conocer la estructura familiar, su jerarquía y su forma de comunicación

ASISTENTES: Paciente, mamá y hermana.

DESARROLLO: Se realiza bienvenida al programa y preguntas de evaluación familiar en las que se comienza por indagar sobre la percepción que cada una de ellas tiene del paciente y viceversa, se responde nuevamente junto con ellas ¿cuál es el problema actual? ¿por qué asistir a tratamiento justo en este momento? ¿Cuáles son los antecedentes familiares?, de la misma manera se pregunta sobre su expectativa de la intervención. Posteriormente se emplean entrevista circular con el fin de comenzar a adquirir una mayor información sobre el sistema familiar en el que se desarrolla el caso, se comienza a generar un Familiograma con base en la discusión y se tratan puntos específicos de las relaciones interpersonales entre ellos que, según la prueba aplicada al paciente están obstaculizando continuamente el generar una comunicación clara y el volver a confiar.

OBSERVACIONES: Debido a la pauta comunicativa que se identifica, se asigna como tarea la implementación de *Zonas Rojas*, dicha actividad consiste en proponer que en casa escojan lugares donde nunca considerarían que se puede llevar a cabo una discusión (escogen el solar, los Domingos durante el desayuno) y se les explica que a partir de ahora solo podrán discutir en esa zona del hogar. Con esta tarea se pretende comenzar a interrumpir el flujo constante de quejas y agravios entre el sistema.

QUINTA SESIÓN

OBJETIVO: Devolución Sistémica sobre dinámica familiar

ASISTENTES: Paciente, madre y hermana.

DESARROLLO: Al conocer la historia de la familia y cómo esto ha reforzado el síntoma del paciente se decide centrar el problema en el entorno familiar, pero desde un enfoque actual y transversal ya que cronológicamente se encuentra desestructurado por la falta de comunicación y los agravios que continuamente se imparten entre ellos, la familia acepta la visión que se le brinda a la orientación y se comienzan a asignar tareas para los días de permiso del paciente, quién comienza fase de confianza dentro de la institución y puede salir del internado por 24 horas para compartir con su familia. La tarea asignada es conocida como *Dos elogios por cada crítica*, y consiste en que antes de criticar una conducta de la otra persona primero haga dos comentarios positivos sobre ella. Esto con el fin de interrumpir el patrón de descalificaciones mutuas y buscar aspectos positivos en la otra persona.

OBSERVACIONES: Se hace necesario comenzar a brindar pautas de comunicación pues se identifica que la dinámica familiar gira entorno a resaltar los errores y falencias de la otra persona

SEXTA SESIÓN

OBJETIVO: Indagar con la madre eventos no normativos dentro de los primeros ciclos vitales del paciente

ASISTENTES: Madre de familia.

DESARROLLO: En vista de que la hermana del paciente no se puede presentar a la sesión por motivos laborales y los internos de la institución se encuentran penalizados y no pueden recibir visitas, se procede a dialogar con la madre de familia. Refiere un gran sentimiento de culpa por el consumo de su hijo, ya que considera que es el único de la familia que no se ha rehabilitado porque “en sus épocas era imposible encontrar un psicólogo o psiquiatra que lo ayudara, y cuando aparecieron ya era tarde” en referencia a un evento en el que dejó al paciente cargo de una niñera mientras trabajaba como profesora en una vereda y el niño aparentemente fue violentado sexualmente por un desconocido, de quién no se conoció identidad hasta la fecha.

Se indaga sobre el subsistema parental, ya que tanto ella como sus hijos evitan constantemente hablar del padre, se identifica la importancia de incluirlo en las sesiones con el PI

ya que ambos manejan una relación distante y poco afectiva, sin embargo, el padre de familia comenzó proceso terapéutico en Alcohólicos Anónimos al sentir que su hijo llevaba varios meses en rehabilitación. Se le pide a la señora M.J el venir acompañada de su esposo.

OBSERVACIONES: Sin la presencia de su hija la madre de familia participa más activamente de las sesiones, expresa sentirse más tranquila al desahogarse sobre temas que no podría comentar frente a su hija o al paciente.

SÉPTIMA SESIÓN

OBJETIVO: Indagar sobre el estado del subsistema fraternal existente entre el paciente y su hermano menor

ASISTENTES: Paciente, hermana, hermano, mamá.

DESARROLLO: Una vez que se levanta la penalización de los pacientes internos se retoma el proceso, a consulta no asiste el padre de familia y tanto la hermana como la mamá consideran que el hermano podría suplir el rol de éste en la sesión. Dicho hermano no convive ya con la familia, reporta más de cinco años sobrio posterior a una adicción diagnosticada al alcohol y afirma sentir respeto hacia su hermano mayor.

Se evidencia una percepción de la familia en la que los hermanos menores consideran que al no pertenecer ya al hogar paterno la responsabilidad del cuidado de los padres y el hermano mayor le es delegada inmediatamente a la hermana, quien es la segunda en la línea de nacimiento.

Se realizan preguntas circulares de índole relacional para indagar sobre la interacción que se presenta entre hermanos, tales como “Cuando D.C.D comenzó el consumo, ¿cómo reaccionaron Uds. como familia?” “¿Quién considera Ud. es el miembro que más ha salido perjudicado a raíz de esta situación familiar?” “¿Cómo considera Ud. que su hermano puntúa el apoyo que ha recibido de su parte? ¿Por qué?”. De igual modo se aplican preguntas hacia el pasado familiar “Como hijos, ¿siempre han contado con el apoyo económico materno?” “¿Cuál considera el mayor obstáculo en la recuperación de su hermano?” “¿Está de acuerdo con las condiciones que mamá y hermana ponen al paciente para volver a casa?” “¿Por qué considera ud que su padre lo envió en su representación hoy?”. El hermano procura mostrarse objetivo, pero

finalmente insinúa alianzas con la hermana y la madre con el fin de identificar como el único culpable del consumo y los demás problemas familiares a D.C.D, insiste en que él desea ser un ejemplo de apoyo para su hermano al superar su adicción al alcohol. Se genera una fuerte discusión entre los hermanos durante la sesión producto de estas respuestas, se permite con el fin de integrarse con la dinámica familiar real, en la que efectivamente es la madre de familia la que la detiene, enmarcando el estilo matriarcal. Nuevamente refieren el distanciamiento que el padre de familia ejerció desde temprana edad hacia todos sus hijos, pero principalmente la sobrecarga de responsabilidades al PI, quién es el primogénito. Se insiste en la necesidad de incluir al padre de familia en el proceso.

OBSERVACIONES: Se evidencia apoyo emocional por parte del hermano, identifica al paciente como su hermano mayor y figura de autoridad a pesar de que ambos se encuentren en edad adulta. De igual manera refiere respeto hacia la figura materna pero un subsistema fraternal conflictivo con sus demás hermanos, ya que expresa entender la presión a la que el paciente fue expuesto en su juventud.

OCTAVA SESIÓN

OBJETIVO: Incluir al padre de familia al proceso terapéutico por medio de una carta de invitación

ASISTENTES: Paciente

DESARROLLO: La hermana del PI no puede asistir a consulta nuevamente por motivos laborales y le prohíbe a la madre de familia el volver a asistir sola pues, según ella, considera que ella debe estar apoyándola directamente o de lo contrario se puede alterar por su avanzada edad.

El paciente entonces ejerce un rol de representante de su familia, por lo que se indaga con él la manera en la que considera han funcionado las tareas asignadas. Afirma que a pesar de que “sabe en su interior” que su familia lo sigue juzgando y culpando por su pauta de consumo, considera que actualmente el ambiente familiar ha estado más tranquilo. Desea volver a ser independiente, pero reconoce el necesitar readaptarse a las normas familiares que se han establecido de manera temporal mientras reúne capital propio y no generado por su mamá para poder solventarse. Durante la sesión se le sugiere enviar una carta de invitación al padre de

familia y se realiza con su puño y letra ese documento con el fin de enviarlo con su hermana el día de visita familiar

OBSERVACIONES: La familia del paciente estaba citada, sin embargo, como se mencionó anteriormente, la hermana no consigue adecuar su horario laboral y le impide a la madre de familia asistir por su cuenta, evidenciando con esto la dominancia de su rol en el sistema familiar.

NOVENA SESIÓN

OBJETIVO: Conocer la relación del subsistema parental de la familia del paciente y su papel determinante en la dinámica familiar.

ASISTENTES: Padre, madre, hermana y paciente.

DESARROLLO: El padre asiste con actitud receptiva a la consulta, se identifica que su rol dentro de la familia es completamente pasivo, sin embargo, participa de manera activa y reflexiva. Refiere que al ceder ante el consumo constante de alcohol entendió que su esposa y su hija tomaran la gerencia familiar desde hace varias décadas y no pretende ya desafiarlas. La esposa es la que administra el dinero y la hija es quién impone las normas en casa. La relación con sus hijos es distante puesto que bajo su estado de alcoholemia se separaba de su familia por largos períodos de tiempo y le designaba responsabilidades a su hijo mayor solamente, generando en él presión y sentimiento de rechazo. Se acuerda el continuar asistiendo a consulta hasta que D.C.D decida marcharse de la institución, y de ser así, se comprometen a seguir asistiendo de manera ambulatoria, ya que consideran sentirse apoyados y empezar a comunicarse de una mejor manera.

OBSERVACIONES: En primer lugar y en vista de los avances en la comunicación entre los subsistemas que se ha conseguido, se propone la tarea de *Agravios y desagravios*, la cual consiste en que cada miembro del sistema familiar debe elaborar una lista de las veces que se ha sentido agraviado por otro, y al lado de cada agravio debe apuntar un desagravio que le servirá para finalizar la discusión. Igualmente, a pesar de que se acuerda con la familia el generar un plan de trabajo que permita estimular los vínculos actuales y lograr una sana convivencia entre ellos, el paciente en las siguientes semanas decide abandonar el tratamiento y la institución no facilita el volver a comunicarse con él.

Resultados alcanzados a partir de la implementación de las sesiones terapéuticas:

1. Enganche y compromiso del sistema familiar en el proceso, incluso por parte del padre de familia, quién se mostraba resistente a asistir a terapia, la familia participó de manera activa del proceso terapéutico desde el primer momento hasta la última sesión, lo que propició un ambiente de confianza y deseos de intentar nuevas soluciones que beneficiaran al síntoma y a la familia en general.
2. Por lo anteriormente mencionado, se logró empatía con el sistema familiar, lo cual posibilitó el acercamiento a la información necesitada para generar hipótesis sobre los inicios y el mantenimiento del síntoma, sobre las cuales se generó a su vez un plan terapéutico.
3. Creación de bases para una comunicación afectiva, directa y saludable en los subsistemas fraternal y parental por medio de las tareas asignadas entre consulta, la devolución sistémica aportada en las sesiones y las preguntas circulares.
4. Bloqueo de los constantes reclamos y expresiones negativas entre los integrantes del sistema familiar, logradas con la implementación de tareas para la casa en la que se proponían alternativas para la comunicación de los subsistemas.
5. El paciente tuvo la oportunidad de negociar y adherirse a las normas establecidas por su familia para reintegrarse en su vivienda. De igual manera se acordó un nuevo proyecto de vida a mediano plazo, lo cual brindó sentimiento de valía y autonomía. Dicho proyecto de vida consistía en vivir en el hogar parental mientras conseguía un trabajo estable en Bucaramanga y comenzaba a aportar para los gastos del hogar, horarios y otras responsabilidades hasta poder volver a administrar sus propios ingresos e independizarse.
6. Respecto a la redefinición de los roles dentro del hogar, se continuó presentando una fuerte alianza entre la madre de familia y la segunda hija. Sin embargo, al paciente se le comenzó a reconocer su rol de hermano mayor y sus opiniones comenzaron a tener peso en pequeñas decisiones familiares, logró afianzar el subsistema fraternal con su hermana al punto de sentir la confianza de comentarle sus decisiones sin pedirle permiso para realizarlas, siempre y cuando no violaran las normas establecidas en el hogar.

Limitaciones del proceso:

1. La institución donde se realizó el abordaje terapéutico manejaba un modelo cognitivo-conductual, lo que dificultó la integración de la familia al proceso terapéutico.
2. La familia en ocasiones posponía las citas sin previo aviso, motivo que afectaba la fluidez del proceso.
3. El egreso del paciente de la institución y el posterior cierre de la misma, truncó el proceso terapéutico, al no poder aplicarse el ESFA, como una medida cuantitativa de los cambios logrados, no se pudo hacer el cierre formal del proceso, y tampoco se pudo realizar el seguimiento que se tenía planeado de manera ambulatoria.

DISCUSIÓN

Incluir a la familia en el proceso terapéutico para la rehabilitación de la adicción a sustancias psicoactivas es de vital importancia ya que se cuenta con la estructura social primaria para dar solución al problema ya que puede ser reestructurada y entrenada para afrontar el problema en estrategias de apoyo emocional, control social y el mantenimiento físico del componente familiar (Graña, citado por Rodríguez, 2013).

La influencia del entorno familiar ha sido siempre reconocida como un factor determinante en el consumo de drogas (Muñoz-Rivas y Graña, 2001), ya que desde la mirada sistémica esta problemática es apreciada como una manifestación de conductas inadaptadas que tienen lugar dentro de un contexto en el que interaccionan el historial familiar, los conflictos relacionales entre las figuras parentales y filiales, los estilos de crianza, etc.

Como afirma De Vega (1995), la participación de todos los miembros de la familia es fundamental para lograr una terapia exitosa y un gran obstáculo cuando se abstienen de hacerlo. Con frecuencia el padre de familia no es invitado por ser alcohólico y se considera que no será útil para la intervención, siendo el caso contrario, ya que su experiencia y manejo del problema es de gran ayuda para el paciente, ya que pueden compartir experiencias y generar apoyo, tal como ocurrió en el caso trabajado, en donde en un primer momento las directivas de la fundación no consideraban prudente la participación del padre debido a su adicción y en un segundo momento

era él el que se abstenía de asistir, hasta que finalmente por medio de la carta de invitación acudió a terapia.

El abuso de drogas desde la perspectiva sistémica cumple una función en la estructura relacional familiar, es decir, el consumo se lee como el síntoma y es el eje central en el cual se organiza dicha estructura familiar, entonces se puede inferir que si no se logra modificar la estructura relacional familiar del consumidor se complejiza la posibilidad de que desaparezca este síntoma de consumo (Marcos y Garrido, 2009)

En el caso tratado y en concordancia con lo afirmado por Jeammet (2004) se entiende que al analizar las estructuras familiares de consumidores de sustancias psicoactivas se pueden encontrar patrones característicos como la carencia de consenso sobre las reglas impartidas, en este caso al ser una familia dominada por la madre bajo la influencia de una de sus hijas, la pérdida del ideal del padre y su rol, la pérdida de las barreras intergeneracionales, y la falta de independencia y autonomía que presenta el paciente a pesar de su avanzada edad.

De la misma manera se encuentra la influencia fuertemente asociada al consumo del consultante puesto que dentro de su historial familiar se encuentra el trastorno por consumo de alcohol por parte de uno de sus padres y hermano (Garmiene, Zemaitienè, y Zaborskis, 2006; Rivolta, 2012), la funcionalidad familiar asociada al consumo como menciona Saldarriaga (citado por Romero, 2011) que se presenta en la familia tratante se encuentra en un plano de tipo poco afectivo por parte del padre, las relaciones son conflictivas entre los padres y los hijos, el intento de abandono del hogar por parte del tratante así finalmente vuelva al seno materno y la alianza evidente entre la hermana y la mamá para dirigir la familia, en conjunto con el estilo parental que se presentó durante las primeras etapas de vida del consultante marcado por una crianza denominada autoritaria, pudo generar poca interiorización de normas, haciéndolo vulnerable a la dependencia, generando una familia multiproblemática en la que el portador del síntoma se convirtió en el eje central de la dinámica familiar. (Pons & Buelga, 2011; Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006; Becoña, 2001).

El enfoque sistémico ofrece a la par de la identificación del síntoma, los factores que protegen tanto al tratante como a su familia y que pueden ser potencializadores de cambio, como consideran Vargas et al. (2015) se debe enmarcar que actualmente y debido al tratamiento

integral que se presta en la comunidad terapéutica el paciente tratante expresó un mejor control de impulsos, se logró durante las sesiones un mayor compromiso de vigilancia parental y se consolidó una red de apoyo familiar por parte de los hermanos.

Durante el proceso terapéutico y de acompañamiento sistémico llevado a cabo con D.C.D y su familia se tuvo como objetivo el reestructurar adecuadamente la etapa del ciclo vital familiar, los límites entre los subsistemas e introducir novedad y diversidad en las estrategias de la interacción familiar que sustituyan la rigidez del sistema patológico (Ochoa, 2004). Se obtuvo que entre los miembros del hogar comenzaran a reconocer el estilo comunicativo disfuncional que mantenían y con ello se dio inicio a un proceso de reestructuración familiar, lo que va a sentar las bases para que el sistema se regule, retroalimente y socialice, logrando una mayor eficacia en el cambio debido a las propiedades autorreguladoras que tiene esta red socializadora y con esto se eviten recaídas en el consumo de sustancias (Zuluaga, 2007).

Lo anterior es soportado también por Ramírez (2001), quien trabajó con 121 pacientes en situación de internamiento clínico implementando un programa de intervención desde el modelo sistémico, el cuál consistió en el desarrollo de sesiones familiares con los pacientes, y logró identificar que había diferencias significativas en los resultados encontrados en el grupo control y experimental, ya que, según este autor, los resultados encontrados permiten evidenciar que el involucramiento de la familia en los procesos terapéuticos contribuye a la disminución de las recaídas, pues como se mencionaba anteriormente, se pretende que al reestructurar el sistema familiar y se mejoren aspectos particulares del sistema, el síntoma a su vez disminuya.

Es importante enmarcar que, a pesar de las dificultades que se pueden presentar en los estudios para realizar evaluación sobre la eficacia de la terapia sistémica familiar en los contextos de adicciones, los trabajos realizados han mostrado que los abordajes familiares consiguen aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el uso y abuso de sustancias post tratamiento y mejorar el funcionamiento familiar, así como apoyan el proceso de reincorporación social (Girón, Martínez y Delgado, 2002). Además, se ha demostrado que este tipo de intervenciones son superiores al acompañamiento individual, la terapia grupal o los grupos de psicoducción familiar. (Marcos y Garrido, 2009).

CONCLUSIONES

El enfoque sistémico permite el enganche de la familia en el proceso terapéutico y este logro es determinante en la intervención familiar para prevenir las recaídas, ya que se ha comprobado que la familia es un entorno gatillante de las recaídas y puede convertirse en un entorno de apoyo para la rehabilitación del paciente.

La familia, además es un factor determinante y está en relación directa con la generación y el mantenimiento del consumo del paciente, ya que su estructura, impide el reconocimiento del rol del paciente al interior del sistema, mantiene comunicación ambivalente con el mismo, y bloquea el desarrollo de su autonomía; a mayor desconocimiento y mayor rechazo, aumenta el consumo, y a mayor consumo más rechazo y menos logro de autonomía. Esta pauta recursiva es la que hay que empezar a bloquear para promover interacciones más saludables.

En este sentido, este proceso terapéutico permitió, la generación de estrategias para que el paciente se sintiera más cómodo con su familia ya que el sistema exacerbó la aparición del síntoma por medio de las acusaciones permanentes y conflictos sin resolver por décadas. La intervención permitió una comunicación clara, bloqueando de la comunicación negativa y promoviendo la mejora de los vínculos fraternales entre el paciente y sus hermanos menores, así como el reconocimiento de su rol de hijo mayor y el apoyo familiar en la consolidación de su proyecto de vida.

RECOMENDACIONES

Es muy importante que la comprensión e intervención del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas se complejice y tenga en cuenta los contextos que mantienen los síntomas y detonan las recaídas. Los modelos tradicionales que intervienen el problema desde lo individual, no están mostrando resultados efectivos ya que el porcentaje de rehabilitación de los adictos, por los menos en las instituciones de esta región del país es mínimo, y los pacientes entran en una pauta crónica de internación, egreso, recaída, internación, sin lograr cambios que perduren y garanticen una mejoría significativa.

De la misma manera, se necesita continuar con la investigación sistémica en el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias, psicoactivas, que permita consolidar un mayor corpus de conocimiento explicativo e interventivo con evidencias de impacto significativo en el entorno familiar que promuevan la mejoría y la rehabilitación de este tipo de patologías.

REFERENCIAS

- Amunategui, U. (1997) *Prevención del consumo de drogas en adolescentes*. En: Buela-Casal G, Fernandez-Rios L, Carrasco Jimenez S, editores. Psicología preventiva. Madrid: Pirámide
- Andolfi, M., & Mascellani, A. (2010). *Historias de la adolescencia, experiencia en la etapa familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Arias Horcajadas, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente del Pozo, J.M., López, A., Villanueva, V.J. (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Barbieri., Trivelloni, M., Bruna, Z., & Palacios, X (2011). Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios de Colombia. *Revistas ciencias de la salud*, 10, 69-86.
- Barca, A., Otero, J., Mirón, L. & Santórum, R. (1986). Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. Implicaciones para el tratamiento. *Estudios de Psicología*, 25, 103- 109
- Barraca. M.J., & López-Yarto. (1997) ESFA, *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos*. Madrid: España, Quinta Edición TEA.
- Becoña, E. (2001) Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. (pp. 117-137). Madrid: Plan Nacional de Drogas
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Bernal, G. (1993). *Investigación en Terapia Familiar*. Taller. Guadalajara: ITESO
- Beyebach, M & Herrero de Vega, M. (2010). 200 Tareas en Terapia Breve. Barcelona: Herder
- Bogan, E.C. (1991). "Economic of the nider family", *Marriage and Family Review*, 17, pp. 9-27

- Carvalho, N., & Aparecida, M. (2007). A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (2), 302-310
- CIE-10 (2008). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España).
- Cogollo, Z., Arrieta, K., Blanco, S., Ramos, L., Zapata, K., & Rodríguez, Y. (2011). Factores Psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Revista de salud pública*, 13 (3), 470-479
- Compañ, V., Feixas, G., Muñoz, D., & Montesano, A. (2012). El Genograma en Terapia Familia Sistémica. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32735/1/EL%20GENOGRAMA%20EN%20OTERAPIA%20FAMILIAR%20SIST%20C3%89MICA.pdf>
- Del Pópolo, L. (2003). Adicción: Una Lectura Interaccional (Tesis de Maestría en Psicoterapia Sistémica). Universidad de Aconcagua.
- DSM V (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Asociación estadounidense de Psiquiatría.
- Eguiluz, L. (2005). *Terapia Familiar: Su uso hoy en día*. México D.F.: Editorial Pax.
- Fantín, M & García, D (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Revista Ajayu*, 193-214.
- Fernández, J. J., Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M. A. y Secades, R. (2008). Opiáceos. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Fiestas, F., & Ponce, J. (2012). Eficacia de las Comunidades Terapéuticas en el Tratamiento de Problemas por Uso de Sustancias Psicoactivas: Una Revisión Sistemática. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 12-20.
- Garmiene, A., Zemaitiene, N., & Zaborskis, A. (2006). Family Time, Parental Behaviour Model and the Initiation of Smoking and Alcohol Use by Ten-year-old Children: an Epidemiological Study. *BCM Public Health*. Recuperado de <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-6-287>

- Garrido, M., Marcos, J., López, A., Ochoa, I. (2016). Multi-Family Therapy with a Reflecting Team: A Preliminary Study on Efficacy among Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment. *Journal of marital and family therapy*, 43 (2) 338-351
- Girón, S. S., Martínez Delgado, J. M. & González Saiz, F. (2002). Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos*, 4, 161-170.
- Glick, I., Berman, E., Clarkin, J., & Rait, D. (2000). *Marital and family therapy* (4th ed.). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc..
- Haley, J. (1976). *Terapia Para Resolver Problemas: Nuevas Estrategias Para una Terapia Familiar Feliz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández, A. (1997). *Familia, Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve*. El Buho: Bogotá.
- Hernández, A. (2004). *Psicoterapia Sistémica Breve: La Construcción del Cambio Con Individuos, Parejas y Familias*. El Buho: Bogotá.
- Horigian, V., Feaster, J., Brincks, A., Robbins, M., Perez, M., & Szapocznik, J. (2014). The effects of Brief Strategic Family Therapy (BSFT) on parent substance use and the association between parent and adolescent substance use. *PubMed*. 42, 44-50
- Huebner, A. J., Shettler, L., Matheson, J. L., Meszaros, P. S. Piercy, F. P. & Davis, S. D. (2005). Factors associated with former smokers among female adolescents in rural Virginia. *Addictive Behaviors*, 30, 167-173
- Jeammet, P. (2004) La actualidad del actuar: a propósito de la adolescencia. Traducción de Camila Gutiérrez Cardoso. En: Jeammet P, editor. *Actualité de l'agir. Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 201–22.
- Marcos, J.A., & Garrido, M. (2009). La Terapia Familiar en el Tratamiento de las Adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27; 339-362.

Ministerio del Interior y de Justicia (2017) Reporte de drogas en Colombia. Recuperado de :

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Garantizar la Funcionalidad de los

Procedimientos de Consentimiento Informado. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20los%20procedimientos%20de%20consentimiento%20informado.pdf>

Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de

Estupefacientes. Estudio Nacional de consumo de drogas en Colombia. Resumen Ejecutivo. (2009)

Minuchin, S. (1998). El arte de la terapia Familiar. Barcelona: Editorial Paidós.

Minuchin, S. (2009). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

Montesano, A. (2012). *La perspectiva narrativa en la terapia familiar sistémica*. Revista de Psicoterapia. (89), 5-50.

Muñoz-Rivas, M.J. & Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94

Ochoa, I. (2004). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.

Oficina de las naciones unidas Contra la droga y el delito (2017). Informe mundial sobre las drogas. Recuperado de

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/internacionales/IN1022017_infome_mundial_sobre_drogas_2017.pdf

Organización de los Estados Americanos (2015). Informe sobre el uso de drogas en las

Américas. Recuperado de: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>

Othomer, E. & Othomer, S. (2003). *La Entrevista Clínica. Tomo I, Fundamentos*. Masson: Barcelona.

- Parra, J.S. (2016). Sistematización psicológica desde el enfoque sistémico en un caso único de alcoholismo y familia multiproblemática de la fundación club campestre de Bucaramanga. (Monografía). Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga.
- Pereira, R. (2009). La Devolución en Terapia Familiar. *Revista Norte de Salud Mental*. 8, 35.
- Pons, J & Buelga S. (2011) Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: Una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *PsychInt*, 75-94
- Ramírez, M. (1989) La posición del P.I: en la escala familiar de familias infractoras. *Monografía inédita*.
- Ramírez, M. (2001). *Terapia Familiar y Adicciones Un enfoque práctico con resultados prácticos*.
- Ritvo, E., & Glick, I (2002). *Terapia de pareja y Familiar*. Manual Moderno: México D.F.
- Rivolta, S (2012). Caracterización de los factores familiares de riesgo en el consumo de sustancias, en estudiantes de enseñanza media. *Revista de salud pública*, 67-81
- Rodríguez, J.L. (2013). La importancia de la Intervención con Familias en la Recuperación de Adicción a las Drogas. Recuperado de:
<file:///C:/Users/Jose%20Alberto/Downloads/0000031325.pdf>
- Rowe, C.L. (2013). Terapia Familiar para Consumo de Drogas: Revisión y Actualizaciones 2003-2010. *RET, Revista de toxicomanías*, 70: 24-22.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (3), 261-270
- Salazar I., Varela M., Cáceres D., & Tovar J. (2006). El consumo de alcohol y tabaco en jóvenes colombianos: factores psicosociales de riesgo y protección. *PsicConduct*, 77-101.
- Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2009). *Systemic Interventions*. Gottingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- United Nations Office on Drug and Crime. (2008). *The World Drug Report*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf
- Varela, M., Salazar, M., Cáceres, I., & Tovar, J (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico* 3 (8), 31-45.
- Vargas P., Parra, M., Arévalo, C., Cifuentes, L., Valero J., & Sierra M (2015). Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. *Revista colombiana de Psiquiatria*,166-176.
- Villarreal-Zegarra, D., & Paz-Jesús, A. (2012). Terapia Familiar Sistémica: Una aproximación a la teoría y a la práctica clínica. *Interacciones*, 1(1), 45-55
- Waldrom, H.B. (1997). *Adolescent substance abuse and family therapy outcome. A review of randomized trials*. *Advances in Clinical Psychology*, 19, pp. 199-230
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana, Interacciones, Patologías y Paradojas*. Barcelona: Editorial Herder.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics; or, control and communication in the animal and the machine*. Cambridge: MIT Press.
- Zuluaga, B. (2007). *Una Mirada de la Familia Desde el Enfoque Sistémico*. Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre: _____ C.C. _____ Edad: _____
Nacimiento: _____ Ciudad: _____
Estado Civil: _____ Escolaridad: _____
Dirección y teléfono: _____ Barrio/ Ciudad: _____
Ocupación: _____ Fecha _____

Certifico que recibí una explicación clara y completa del objeto del proceso de entrevista y el propósito de su realización, a su vez manifiesto que he recibido y comprendido que la información que reciba el psicólogo es de carácter confidencial y que responde a los principios de confidencialidad, sin embargo, el psicólogo en uso de sus facultades la podrá revelar si durante la evaluación o el tratamiento, detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros, o en caso de que instancias legales soliciten información sobre procesos jurídicos que se me tengan iniciados.

También manifiesto que se me indicó que el procedimiento a seguir en este proceso terapéutico y su fin académico. Al mismo tiempo doy constancia que se me comunico que tengo derecho a conocer el tipo de tratamiento que se llevará a cabo y el posible tiempo que llevé el mismo.

También se me indicó que puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día ___ del mes ___ del año ____, en la ciudad de _____.

Firma del Solicitante
C.C. No

Firma del psicólogo
C.C.
No. T.P

Anexo 2. Esquema de Evaluación Familiar:



Cuadro 4-1. Esquema de evaluación familiar

- I. Recopilar los datos de identificación y establecer la fase actual del ciclo de vida de la familia
- II. Recopilar datos explícitos en la entrevista
 - A. ¿Cuál es el problema actual de la familia?
 - B. ¿Por qué viene a tratamiento la familia en este momento?
 1. Sucesos y estresores familiares recientes
 - C. ¿Cuáles son los antecedentes del problema de la familia?
 - D. ¿Cuál es el historial de esfuerzos de tratamiento anteriores u otros intentos de la familia por resolver sus problemas? ¿Qué otros problemas ha tenido la familia?
 - E. ¿Cuáles son las metas y expectativas de la familia con respecto al tratamiento? ¿Cuáles son sus fortalezas, motivaciones y resistencias?
- III. Formular los ámbitos problemáticos de la familia
 - A. Calificar las dimensiones importantes de funcionamiento familiar
 1. Comunicación
 2. Resolución de problemas
 3. Roles y coaliciones
 4. Respuesta y participación afectivas
 5. Control del comportamiento
 6. Creencias y relatos operativos de la familia
 - B. Clasificación y diagnóstico de la familia
- IV. Planear el método terapéutico y establecer el contrato de tratamiento

Fuente: reproducido de Glick, I. D., Berman, E. M., Clarkin, J. F. *et al*, *Marital and Family Therapy*, 4th ed., 2000, p. 153. Copyright 2000, American Psychiatric Press, Inc. Utilizado con autorización. El cuadro incluye material adaptado del modelo de McMaster en Epstein y Bishop, 1981; Gill *et al.*, 1954; y del Group for the Advancement of Psychiatry, 1970.

Anexo 3. Formato de historia clínica

I. DATOS PERSONALES	
No. Historia: _____	Fecha: _____
Nombres: _____	Apellidos: _____
Documento de identidad: T.I. ___ C.C. ___ No. _____	
Edad: _____	Sexo: _____ Estado Civil: _____
Lugar y fecha de Nacimiento: _____	
Dirección actual: _____	
Teléfono: _____	
Dirección de la Familia: _____	Ciudad: _____
Teléfono: _____	
Consume Sustancias SPA: _____	
Ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico:	

II. MOTIVO DE CONSULTA:

III. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

- EVOLUCIÓN: _____


- CAUSAS: _____

- ACCIONES REALIZADAS EN BUSCA DE SOLUCIÓN:

- FACTORES DESENCADENANTES DEL EPISODIO ACTUAL.

Anexo 4. Escala de Satisfacción Familiar (ESFA)

Nº 250



Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos

INSTRUCCIONES

En la parte posterior de esta hoja encontrará una lista de pares de adjetivos separados por seis casillas. Fíjese en cada uno de ellos y piense cuál de los dos adjetivos describe mejor su situación en respuesta a la frase: "CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO..." *Una vez que haya elegido el adjetivo*, valore el grado que alcanza en su caso (Totalmente, Bastante o Algo) y ponga un aspa (X) en la casilla correspondiente.

Ejemplo:

"CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO..."

		Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	FELIZ					X		INFELIZ	1

Quien ha contestado de este modo indica que más bien se siente BASTANTE INFELIZ cuando está en casa con su familia.

IMPORTANTE

- Conteste a todos los pares de adjetivos y no ponga más de una señal en cada línea.
- Recuerde que antes de responder a cada adjetivo debe pensar primero en la frase:

"CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO..."



Hoja de anotación

Fecha: _____

Apellidos y nombre: Sexo: V M Edad:

Estado civil: Profesión:

Observaciones:

"CUANDO ESTOY EN CASA, **CON MI FAMILIA**, MÁS BIEN ME SIENTO..."

		Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	FELIZ							INFELIZ	1
2	AISLADO/A							ACOMPAÑADO/A	2
3	JOVIAL							MALHUMORADO/A	3
4	RECONFORTADO/A							DESCONSOLADO/A	4
5	CRITICADO/A							APOYADO/A	5
6	SOSEGADO/A							DESASOSEGADO/A	6
7	DESCONTENTO/A							CONTENTO/A	7
8	INSEGURO/A							SEGURO/A	8
9	A GUSTO							A DISGUSTO	9
10	SATISFECHO/A							INSATISFECHO/A	10
11	COHIBIDO/A							A MIS ANCHAS	11
12	DESANIMADO/A							ANIMADO/A	12
13	ENTENDIDO/A							MALINTERPRETADO/A	13
14	INCÓMODO/A							CÓMODO/A	14
15	ATOSIGADO/A							ALIVIADO/A	15
16	INVADIDO/A							RESPETADO/A	16
17	RELAJADO/A							TENSO/A	17
18	MARGINADO/A							INTEGRADO/A	18
19	AGITADO/A							SERENO/A	19
20	TRANQUILO/A							NERVIOSO/A	20
21	ATACADO/A							DEFENDIDO/A	21
22	DICHOSO/A							DESDICHADO/A	22
23	DESAHOGADO/A							AGOBIADO/A	23
24	COMPRENDIDO/A							INCOMPRENDIDO/A	24
25	DISTANTE							CERCANO/A	25
26	ESTIMULADO/A							REPRIMIDO/A	26
27	MAL							BIEN	27

Estudio de Caso único de Trastorno por Consumo de SPA



Fecha: _____

Apellidos y nombre: Sexo: V M Edad:

Estado civil: Profesión:

Observaciones:

ANOTE LA PUNTUACIÓN DE CADA FILA EN LA COLUMNA DE **VALORES ABSOLUTOS**

Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente
6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6
6	5	4	3	2	1
6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6
6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
6	5	4	3	2	1
6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
6	5	4	3	2	1
6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6
6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6
6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6
6	5	4	3	2	1
6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6
6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6
6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6

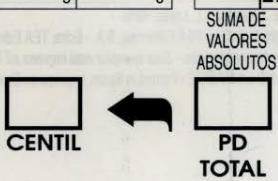
VALORES ABSOLUTOS

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27

TEA Ediciones, S.A.



CENTILES	10	20	30	40	50	60	70	80	90
Mujeres	81	100	117	125	129	133	138	145	150
Hombres	94	106	114	122	129	135	138	141	150



SUMA DE VALORES ABSOLUTOS

Anexo 5. Formato de Entrevista Clínica

GUIA ENTREVISTA CLINICA

Nombre del entrevistador _____ Fecha: _____

Datos personales

Nombres y apellidos _____
Edad _____ Estudios _____ Profesión _____ Situación laboral _____
Estado civil _____
Con quié vive _____
Dónde trabaja/estudia _____
Fecha nacimiento y Lugar _____
Dirección _____ Tel _____ E-mail _____
Estatura _____ Peso _____

Descripción de la demanda y el problema: descripción e historia

- Descríbame el *motivo de su consulta*:
- Descríbame lo mejor posible *qué le pasa* (¿qué hace, qué siente, qué piensa sobre el Problema que le ha traído aquí?)
- ¿Podría especificar la *última vez* que le ocurrió ese problema? ¿Qué, cuándo, dónde y cómo le ocurrió?:
- En general, ¿con qué *frecuencia* le ocurre ese problema?: (Si procede.) ¿Cuál es su *duración*? ¿Hasta qué punto está afectando el problema en su vida? ¿Con qué *intensidad*? ocurre, por ejemplo, en una escala de 1 a 5 (en la que 1 es muy baja intensidad y 5 muy alta)

¿Ocurre, especialmente, en alguna/s *situación/es*?; por favor, descríbala/s (especifique lo mejor posible las características de la situación, personas presentes, qué pasa antes o antecedentes y qué pasa después, consecuentes de ocurrir el problema)

- Cuénteme más sobre la *historia de ese problema*: ¿cuándo *empezaron* esas manifestaciones? ¿Podría describirme qué, cuándo, cómo y dónde le ocurrieron la *primera vez* que aparecieron? • ¿En qué *circunstancias*? (aclare aspectos de la situación, personas presentes, antecedentes y consecuentes)
 - Desde entonces, ¿cree que esas manifestaciones se han *agravado*?
 - ¿Ha *buscado ayuda* anteriormente para resolver este problema?
- ¿Qué hace, piensa o siente usted cuando comienza el problema y durante el mismo y después?
¿Qué hacen los demás cuando le ocurre el problema?

Condiciones familiares actuales

Me ha dicho usted que vive con _____
Quisiera saber más de su situación familiar actual.

➤ Repercusión del problema por el que consulta en la familia

- ¿El problema por el que consulta qué repercusiones tiene en sus relaciones familiares actuales?
- ¿Qué hacen los miembros de su familia cuando aparece?
- ¿Qué piensan del problema?

- ¿Por qué piensan y dicen que le ocurre el problema?

Me gustaría saber más de su historia familiar

Madre:

¿Cómo podría describir las relaciones con su madre a lo largo de la vida⁴? Valore tales Relaciones (de 1 = malas a 4 = muy buenas):

- ¿Cómo describiría a su madre?
- ¿Qué actitudes tenía su madre hacia usted?
- ¿Podría decirme qué hacía su madre para conseguir algo de usted (premios y castigos)?
- ¿Qué actividades hacía usted con su madre cuando era niño/a?

Padre

• ¿Cómo podría describir las relaciones con su padre a lo largo de la vida⁵? Valore tales Relaciones (de 0 = malas a 4 = muy buenas):

¿Cómo describiría usted a su padre?

- ¿Cuáles eran las actitudes de su padre hacia usted?
- ¿Podría decirme qué hacía su padre para conseguir algo de usted (premios y castigos)?
- ¿Qué actividades hacía usted con su padre cuando era niño/a?
- ¿Cómo se llevaban su madre y su padre?

➤ *Hermanos/as*

- Me ha dicho que tiene..... hermano/a/s (anotar el orden, género, edad). Quisiera Saber cómo se ha llevado con su/s hermano/a/s a lo largo de su infancia y adolescencia
- ¿Tenían preferencia su padre o madre por usted o por alguno de sus hermanos/as?
Sí..... No.....
- Si así es, ¿por quién y por qué?
- ¿Cuáles fueron los valores más importantes en su familia? (la religión, el trabajo, la Igualdad, la solidaridad, etc.):.....
- ¿Tuvo algunos problemas durante su infancia y/o adolescencia?

Historia de la educación y formación

(Si procede y dependiendo de la edad.) Pasemos a su educación y formación: cuáles han sido, en sus diferentes estudios, los centros de enseñanza a los que asistió, el promedio de sus calificaciones escolares medias y su nivel de satisfacción con sus compañeros/as, sus profesores/as y los estudios en general (de 0 a 4)

Historia laboral

(Si procede y dependiendo de la edad del sujeto.) Descríbame los trabajos que usted ha ido teniendo y las fechas en los que ocurrieron. Por favor, indíqueme qué aspectos de cada trabajo eran los más satisfactorios para usted (tipo de trabajo) y qué aspectos le producían más agrado o desagrado y cómo se llevaba con sus compañeros/as de trabajo y con sus jefes/as:

Historia de intereses y entretenimientos

(Si procede.) Me gustaría saber algo más de sus intereses y entretenimientos a lo largo de su vida.

- ¿Cómo describiría sus intereses y entretenimientos durante su niñez?
- ¿En la adolescencia y juventud?
- En la actualidad, ¿qué hace usted en sus ratos libres en el presente?
- ¿Cuántas horas dedica al día a esos entretenimientos?
- ¿Qué hace los fines de semana?
- Cuénteme, ¿qué hace en vacaciones?
- ¿En qué momentos o situaciones se aburre?

Relaciones interpersonales

Hemos hablado de su familia, de sus compañeros/as de colegio y de trabajo; me gustaría saber más acerca de sus relaciones sociales.

- ¿Hace amigos/as fácilmente?
 - ¿Tiene muchos/as amigos/as? • ¿Cuántos (aproximadamente)?
 - ¿Cuántos amigos/as íntimos/as?
 - En general, ¿se siente cómodo en situaciones sociales?
 - ¿Expresa sus sentimientos, opiniones y deseos fácilmente?
 - ¿A cuántas personas le cuenta sus secretos más íntimos?

 - Sus amigos/as y/o conocidos/as, ¿le cuentan a usted sus secretos o le piden ayuda?
- *En la actualidad*

- (Sólo si procede.) ¿Tiene pareja estable?
- ¿Cómo se lleva usted con su pareja
- ¿Quién cree que es el miembro dominante en su pareja o relación?
- Describa alguna de las conductas de su pareja que usted encuentra particularmente agradables:
- Describa alguna de las conductas de su pareja que usted encuentra desagradables:
- ¿Qué actitud tiene usted, en la actualidad, respecto a las relaciones sexuales?
- ¿Con qué periodicidad tiene relaciones sexuales?
- ¿Son satisfactorias sus relaciones sexuales?

Historia de su salud

- ¿Qué enfermedades ha tenido usted a lo largo de su vida?
 - En la infancia:
 - En la adolescencia:
 - Durante la juventud:
 - Durante la edad adulta:

- Si ha tenido intervenciones quirúrgicas, ¿cuáles y cuándo han ocurrido?
- ¿Considera importante alguna de las enfermedades descritas? ¿Cuál/es y cómo le afectaron?
- En su caso, describame sus dolencias físicas presentes (tensión alta, diabetes, problemas de corazón, etc.):
 - ¿Tiene problemas para dormir
 - ¿Cuida usted su dieta?
 - ¿Realiza una actividad física regular (ir al gimnasio, deporte, etc.)?
 - ¿Consume alguna droga (bebidas, tabaco, otras drogas)?
 - ¿Qué medicamentos toma y con qué frecuencia?
 - ¿Cuándo fue la última vez que usted se hizo un examen físico completo?
 - ¿Cuáles fueron los resultados?

Valores, creencias y sí mismo/a

(Si procede y dependiendo de la edad del sujeto.) Anteriormente le pregunté por los Valores de su familia; ahora me gustaría saber más sobre ello:

- ¿Cuáles cree usted que son sus más importantes valores?
- ¿Qué valores actuales, en nuestra sociedad, cree que son más importantes?
- ¿Qué valores cree que se están perdiendo que a usted le gustaría conservar?
- ¿Qué valores actuales cree que son más rechazables?
- ¿Se considera usted una persona religiosa?

Estamos llegando al final de esta entrevista, al menos por el momento, pero aún me gustaría saber cómo se conceptualiza usted a sí mismo/a.

- ¿Cómo se describiría a sí mismo/a?
- ¿Cuáles son sus características más positivas?
- ¿Cuáles son sus características más negativas?
- ¿Qué le gustaría a usted cambiar de sí mismo/a?
- ¿Cómo le gustaría ser?

Finalmente,

¿Qué espera usted de esta relación profesional?