



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**La dinámica familiar y su incidencia en la rehabilitación
hospitalaria de conductas adictivas de uno de sus miembros.**

AUTORA:

Reyes Rosales, Iveth Maribel

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

9 de febrero del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Reyes Rosales, Iveth Maribel**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTORA

f. _____

Psic. Cl. Colmont Martinez, Marcia Ivette, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 09 del mes de febrero del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Reyes Rosales, Iveth Maribel**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **La dinámica familiar y su incidencia en la rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas de uno de sus miembros**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 9 del mes de febrero del año 2024

LA AUTORA:

f. _____
Reyes Rosales, Iveth Maribel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Reyes Rosales, Iveth Maribel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **La dinámica familiar y su incidencia en la rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas de uno de sus miembros**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 09 del mes de febrero del año 2024

LA AUTORA:

f. _____
Reyes Rosales, Iveth Maribel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO



TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

La dinámica familiar y su incidencia en la rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas de uno de sus miembros.

AUTORA:

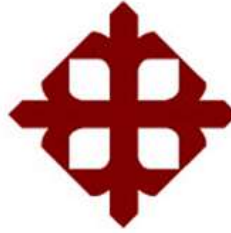
Reyes Rosales, Iveth Maribel

INFORME ELABORADO POR:

TUTORA

f. 

Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por las oportunidades brindadas en esta etapa de la vida y el sueño que representa. A mi familia en general por hacer un espacio para esta pequeña. Con infinitud, agradezco la posibilidad de tener a mis abuelos y su constante de creer en mí; el apoyo y motivación. También a mis padres y mi hermano, por el esfuerzo y sacrificio en estos últimos años.

Agradezco la orientación y apoyo de Marcia Colmont. A la UCSG por la experiencia. Gracias a las amistades y personas especiales que se sumaron a lo largo de esta etapa.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

DEDICATORIA

A los sueños, miedos y aspiraciones. Te espero haciendo cosas grandes.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

VELASQUE ARBAIZA, DE FÁTIMA ILEANA
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PSIC. CL. ESTACIO CAMPOVERDE, DE LOURDES MARIANA
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CL. GÓMEZ AGUAYO, ROSA IRENE Mgs.
OPONENTE

INDICE

RESUMEN.....	XV
ABSTRACT.....	XVI
INTRODUCCIÓN	2
Planteamiento del problema.....	3
Pregunta general.....	5
Preguntas específicas	5
Objetivos	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos	5
Justificación.....	6
ANTECEDENTES.....	8
CAPÍTULO I.....	14
Dinámica Familiar.....	14
Definición de la familia.....	14
Dinámica familiar.....	15
Estructura familiar.....	17
Funciones de la familia	20
Funcionalidad y disfuncionalidad en la familia	21
CAPÍTULO 2	27
Las Adicciones	27
Adicción	27
Conductas adictivas.....	28

Adicciones más comunes	30
Proceso de rehabilitación	30
Tipos de abordaje	33
Etapas de intervención terapéutica en los Centros Especializados de Tratamiento para Personas Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas	37
¿De qué manera aborda la terapia familiar sistémica el proceso de rehabilitación en conductas adictivas?.....	41
CAPÍTULO 3	46
Dinámica familiar y el proceso de rehabilitación	46
CAPÍTULO 4	59
Metodología	59
Enfoque	59
Paradigma.....	59
Método	60
Población:.....	60
Técnicas de recolección de información e instrumentos.....	60
Operacionalización de variables	63
CAPITULO V	65
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	65
Entrevistas a especialistas	65
Análisis General:.....	77
Resultados del APGAR.....	77
Análisis General:.....	78
Resultados de la Escala de Comunicación	78

Análisis General:.....	84
Resultados de las entrevistas a pacientes:	85
Análisis General:.....	95
Análisis final:	96
CONCLUSIONES	98
REFERENCIAS.....	101
ANEXOS.....	105

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	20
Tabla 2	20
Tabla 3	22
Tabla 4	24
Tabla 5	24
Tabla 6	25
Tabla 7	38
Tabla 8	39
Tabla 9	40
Tabla 10	47
Tabla 11	49
Tabla 12	51
Tabla 13	63
Tabla 14	65
Tabla 15	66
Tabla 16	68
Tabla 17	70
Tabla 18	72
Tabla 19	73
Tabla 20	77
Tabla 21	80
Tabla 22	85

Tabla 23	86
Tabla 24	87
Tabla 25	88
Tabla 26	89
Tabla 27	90
Tabla 28	90
Tabla 29	91
Tabla 30	92
Tabla 31	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	43
Figura 2	46
Figura 3	48
Figura 4	50

RESUMEN

La presente investigación aborda la problemática de conductas adictivas desde un enfoque sistémico, centrado en la rehabilitación hospitalaria y la perspectiva del individuo inmerso en una dinámica familiar. El tema de investigación se centra en la dinámica familiar y su incidencia en la rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas por el abordaje integral; familiar, individual y social. La población característica fue trabajada en un hospital privado. El objetivo es analizar la incidencia de la dinámica familiar en la rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas, a través del método descriptivo para plantear bases teóricas en posibles intervenciones clínicas en el área de adicciones de un hospital privado, empleando el método cualitativo mediante la revisión bibliográfica y herramientas de recolección como las entrevistas semiestructurada a profesionales y a pacientes, asimismo, herramientas de la terapia familiar sistémica tales como: el APGAR, que determina que la mayoría de entrevistados provenían de sistemas con dinámicas disfuncionales y muy pocos de sistemas con dinámicas funcionales. La Escala de Comunicación corrobora la insatisfacción de los pacientes con dinámicas disfuncionales por la poca capacidad de resolución de conflictos, la falta de sinceridad de sus expresiones y por los espacios de diálogos poco flexibles. Finalmente, el análisis de las entrevistas a los pacientes con conductas adictivas, confirmó que en el caso de las familia con dinámica disfuncional la incidencia es negativa porque distraen, retrasan y dificultan la exploración de la problemática, mientras que las familias con dinámica funcional su incidencia es positiva porque promueven apoyo y motivación en la rehabilitación hospitalaria.

***Palabras claves:* Dinámica Familiar; Proceso De Rehabilitación; Conductas Adictivas; Funcionalidad; Disfuncionalidad, Incidencia**

ABSTRACT

This research addresses the problem of addictive behaviors from a systemic approach, focused on inpatient rehabilitation and the perspective of the individual immersed in a family dynamic. The research topic focuses on family dynamics and its incidence in inpatient rehabilitation of addictive behaviors through an integral approach; family, individual and social. The characteristic population was worked in a private hospital. The objective is to analyze the incidence of family dynamics in the inpatient rehabilitation of addictive behaviors, through the descriptive method to propose theoretical bases for possible clinical interventions in the addictions area of a private hospital, using the qualitative method through literature review and collection tools such as semi-structured interviews with professionals and patients, as well as systemic family therapy tools such as: the APGAR, which determines that most of the interviewees came from systems with dysfunctional dynamics and very few from systems with functional dynamics. The Communication Scale corroborated the dissatisfaction of patients with dysfunctional dynamics due to the poor capacity for conflict resolution, the lack of sincerity in their expressions, and the inflexible dialogue spaces. Finally, the analysis of the interviews with patients with addictive behaviors confirmed that in the case of families with dysfunctional dynamics, the incidence is negative because they distract, delay, and make it difficult to explore the problem, while in families with functional dynamics, the incidence is positive because they promote support and motivation in hospital rehabilitation.

***Key words:* Family Dynamics; Rehabilitation Process; Addictive Behavior; Functionality; Dysfunction; Incidence**

INTRODUCCIÓN

Las problemáticas asociadas al consumo de sustancias adquieren mayor relevancia en la contemporaneidad porque existe la necesidad de conocer sus causas, efectos y repercusiones en su entorno. A propósito de estos aspectos, la familia siempre se ubica como un factor a estudiar por el papel que desempeña a lo largo de la vida del individuo en función de las conductas que replica, estas pueden ser positivas como negativas. En la mayoría de los casos, los individuos con conductas adictivas son llevados con engaños a las clínicas y gran parte de ellos, fracasan. La responsabilidad cae únicamente en la decisión tomada sin indagar en los factores que incidieron, por esta razón, surge una interrogante; ¿qué ocurre con estos pacientes en rehabilitación cuándo se ven atravesados por la dinámica funcional o disfuncional de su sistema familiar?

Este trabajo de titulación se enfoca en analizar la incidencia de la dinámica familiar en el proceso de rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas de uno de sus miembros, tomando en cuenta materia bibliográfico y un muestreo de un hospital privado de salud mental especializado en atención de conductas adictivas, además de ubicar qué aspectos de la dinámica se ven involucrados y de qué forma.

La actual investigación guarda correspondencia con el *Dominio #5: Educación, comunicación, arte y subjetividad* de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, puesto que articula la diversidad de enfoques, fundamentos, métodos, procesos y procedimientos que presenta la psicología, tomando como “objeto de estudio las relaciones de comunicación y contextos que atraviesan al individuo” (ITP, 2023). Este trabajo de titulación centra su enfoque en la rehabilitación subjetiva del paciente tomando en cuenta la incidencia de una variable (dinámica) que atraviesa al individuo desde el inicio de su vida.

Respecto al Plan de Creación de Oportunidades Nacional de Planificación (2021) guarda correspondencia con la investigación en el eje Social, porque tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud gratuita y de calidad en todas las “dimensiones: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles” (p. 61). Los resultados de esta investigación permiten mejorar la calidad de atención integral a nivel individual y familiar de estos individuos, a través de estrategias y recomendaciones.

Asimismo, se encuentra implicada con el Objetivo 6 del Plan Nacional de Desarrollo que se encarga de Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad, a través de “hábitos de vida saludable, enfatizando los vínculos entre lo físico y lo psicosocial, en un ambiente sano que promueva el goce de todas las capacidades del individuo” (p. 68). Incluyendo el apartado político 6.6 para “prevenir el consumo de drogas, brindar atención y servicios de rehabilitación a quienes sufren adicciones, protegiendo sus derechos” (ONU, 2015, p.68).

El objetivo del Plan de Desarrollo Sostenible con el que se vincula la problemática de los individuos con conductas adictivas es el número 3; Salud y bienestar, debido a que busca “fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol” (2023).

Planteamiento del problema

De acuerdo con el Informe Mundial sobre las Drogas de la UNODC (2022); “alrededor de 284 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron drogas en todo el mundo en 2020, lo que supone un aumento del 26% respecto a la década anterior” (párr. 2) aquello indicaría un aumento precipitado del uso de sustancias como una forma de aliviar el malestar que generan los conflictos no resueltos a nivel intrapersonal e interpersonal.

En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2022) afirma “el 65% de las familias son disfuncionales” y los casos parecen verse vinculados con los índices elevados de consumo, al menos eso indicarían las siguientes investigaciones:

De acuerdo con Placencia (2021) en sus resultados expuestos en su investigación sobre la *Importancia de la dinámica familiar en el consumo de alcohol en los usuarios adultos institucionalizados en CETAD KAIRÓS* que “la disfuncionalidad responderá al incumplimiento de los patrones establecidos” (p. 43), es decir, es una respuesta o modo de operar frente a una situación que representa malestar, cambio o conflicto.

Según el estudio de “*Asociación entre disfunción familiar y características de la familia con el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes de primer*

semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador” realizado en el 2018 en Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo, concluye que “existe mayor riesgo de consumo de cocaína en estudiantes que provienen de familias disfuncionales” (Guerra & Terán, 2019, p. 12), puesto que los mecanismos internos de establecimientos de límites son extremadamente rígidos o difusos.

Asimismo, Guerra & Terán (2019) en su *Asociación entre disfunción familiar y características de la familia en el consumo* aseveran que “provenir de una familia disfuncional constituye un factor de riesgo para el consumo de cocaína, ya que existe 3,82 veces mayor prevalencia consumo de esta sustancia, en comparación de los estudiantes que provienen de familias funcionales” (p.131), ya que, existe una deficiente comunicación en el sistema, en donde éstas problemáticas internas repercuten en la decisión de consumir para aliviar el malestar causado por estas condiciones conflictivas. En este sentido, el enfoque sistémico postula que los “comportamientos considerados como sintomáticos son el producto de la dinámica disfuncional del sistema familiar” (Moreno, 2015, p.67), es decir, que tienen su génesis y mantenimiento en esta interacción. En este caso, las conductas adictivas podrían ubicarse como el síntoma; producto de la dinámica en disfuncionalidad.

También, en sus textos más representativos abordan la problemática tomando como variable la disfuncionalidad:

Autores como Saucedo & Maldonado (2003) en su texto sobre *La Familia: Su dinámica y Tratamiento* añaden “que una familia que funciona bien no se diferencia de otra disfuncional por la existencia o ausencia de conflictos, sino por el modo de resolver de las diferencias inevitables en toda convivencia humana” (p.8), por ello, esta respuesta depende, en gran medida de las particularidades que estructuran al sistema como los mecanismos internos; ausencia de normas y reglas, jerarquía invertida, límites difusos o rígidos, falta de comunicación, negación y evitación de conflictos.

Por otro lado, desde la práctica pre-profesional realizada en una institución hospitalaria privada que atiende de forma específica problemáticas de salud mental, a través de los siguientes departamentos; adicciones, psiquiatría y consulta externa, fue posible observar conductas replicadas dentro de los grupos terapéuticos que tenían origen en su sistema. El departamento de adicciones el proceso de rehabilitación está

estructurado en un tiempo cronológico de 6 meses (de forma inicial) que puede extenderse de acuerdo a las necesidades del individuo, consta de 5 fases en la que hay un seguimiento regular después del alta médica, el abordaje clínico transcurre desde el nivel individual hasta el nivel familiar y laboral, es decir, que el tratamiento abarca todos los ejes posibles para que tenga una red amplia de apoyos, no obstante, en la terapia familiar sistémica es posible ubicar casos donde la dinámica disfuncional es imperante y en la mayoría de los casos genera reincidencias, recaídas o abandonos del tratamiento mientras que en familias con dinámicas funcionales existe una menor probabilidad.

A partir de este material, surgen las siguientes interrogantes:

Pregunta general

¿De qué manera incide la dinámica familiar en la rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas en uno de sus miembros, a partir de las prácticas pre-profesionales realizadas en el área de adicciones de un hospital privado en el semestre A2023?

Preguntas específicas

- ¿Qué es la dinámica familiar?
- ¿Cómo es un proceso de rehabilitación de conductas adictivas?
- ¿Qué aspecto de la dinámica familiar inciden en el proceso de rehabilitación de conductas adictivas?

Objetivos

Objetivo general

Analizar la incidencia de la dinámica familiar en la rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas, a través del método descriptivo para plantear bases teóricas de posibles intervenciones clínicas en el área de adicciones de un hospital privado en el semestre A2023.

Objetivos específicos

- Conceptualizar la dinámica familiar mediante la revisión bibliográfica.
- Caracterizar el proceso de rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas mediante la revisión bibliográfica.

- Identificar los aspectos de la dinámica familiar que inciden en el proceso de rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas por medio de la revisión bibliográfica, entrevistas semiestructuradas a 06 profesionales y a 10 pacientes del área de conductas adictivas de un hospital privado, además de técnicas de la terapia familiar sistémica como el APGAR y Escala de Comunicación.

Justificación

La importancia de esta investigación yace en el abordaje que se realiza sobre la problemática de conductas adictivas, ya que, no cae dentro de la media investigativa acuñando causas o efectos del consumo, sino que refiere de forma específica la incidencia que tiene la dinámica como clima relacional en la adherencia a su proceso. Además, resulta relevante como base teórica para próximas investigaciones que aborden la incidencia de la dinámica familiar como un factor relevante en la toma de decisiones frente seguir o abandonar un proceso hospitalario.

También, se encarga de rescatar el punto de vista de los individuos atravesados por la dinámica familiar de forma directa, considerando que ellos serían los beneficiados o afectados dependiendo del funcionamiento. Asimismo, resulta una forma de reconocer si se trata de un factor de riesgo o de protección a largo plazo. Sobre la conducta, es posible reconocer que la dinámica se proyecta y reproduce principalmente en los grupos. En el caso de los pacientes con conductas adictivas que inician o atraviesan un proceso de rehabilitación, permite establecer estrategias en función de estas falencias que hay en su entorno y que podrían ubicarse cómo posibles factores de riesgos.

Esta investigación es desarrollada desde un método descriptivo y conceptualizada desde un enfoque familiar sistémico. Se realiza mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas a especialistas y pacientes con base en los aspectos teóricos, observación cualitativa, herramientas como el APGAR y la Escala de Comunicación.

La principal limitación fue el tiempo para la recolección de información por situaciones externas referentes al país y la falta de precisión que existe en las investigaciones sobre la dinámica familiar y su influencia en el proceso de rehabilitación.

El primer capítulo es una conceptualización de la dinámica familiar partiendo desde la idea de un sistema que se constituye y relaciona entre sí. En este se exploran los componentes de la estructura familiar y se enlistan las características de la funcionalidad y disfuncionalidad de los mismo. Asimismo, se exponen las funciones con mayor relevancia a lo largo de la vida del individuo que se ven implicadas en el proceso de rehabilitación.

El segundo capítulo caracteriza de forma objetiva todo lo que conlleva un proceso de rehabilitación, sus respectivas etapas y fases, las terapias que se incluyen y se enfatiza el papel que tiene la familia dentro de cada una de ellas. Para realizar esto, se revisó una amplia variedad de bibliografía sobre los planteamientos del Ministerio de Salud Pública en comparación del abordaje clínico que realiza la Terapia Familiar Sistémica.

El tercer capítulo es una articulación de las variables anteriormente abordadas, en dónde se identifican qué aspectos de la variable dinámica familiar inciden en el proceso de rehabilitación y cómo se manifiestan mediante un cuadro que aborda los componentes estructurales del sistema. El cuarto capítulo aborda la metodología que se emplea para la recolección y análisis de los datos. En el quinto capítulo se presentan todos los resultados de investigación y posterior a aquello, se formulan las conclusiones del trabajo de conclusión.

ANTECEDENTES

Plasencia (2021) en su maestría sistémica titulada Importancia de la dinámica familiar en el consumo de alcohol en los usuarios adultos institucionalizados en CETAD KAIRÓS realiza un análisis del perfil y dinámica familiar de los usuarios en el en el Cantón Paute, con la finalidad de establecer un plan de intervención familiar que facilite el proceso de recuperación. La información preliminar se recopiló de una muestra de 50 adultos del sexo masculino, entre 18 a 65 años, quienes se encuentran institucionalizados alrededor de 120 años días. Se utilizó una ficha sociodemográfica y el test del funcionamiento familiar FF-SIL, simultáneamente el centro brindó acceso a las historias clínicas y entrevista familiar de los pacientes participantes. Dado los resultados, se propone un plan de intervención psicosocial para mejorar las relaciones intrafamiliares y fortalecer el proceso de recuperación que respeta las tres etapas propuestas por el centro, e involucra a la familia de forma paulatina, es decir, se incrementa a medida que el paciente avanza en cada una de las tres etapas.

Es importante resaltar que el autor ubica qué existe una sobrecarga en estos pacientes con conductas adictivas, en dónde, se ven afectados por la desintegración familiar, falta de apoyo y apego, no obstante, la comunicación entre estos individuos y su familia es dispersa, ya que se desconfía. La disfuncionalidad recae en el miembro con conductas adictivas, por lo que se siente incapaz de continuar su proceso o tener reinserciones sociales, ya que, su familia es un riesgo.

Guerra, Valeria y Terán, Vanessa (2019) en su trabajo de especialista en medicina -sistémica- familiar y comunitaria titulada Asociación entre disfunción familiar y características de la familia con el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes de primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador - Sedes Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo en el año 2018 refiere al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas que se ha convertido en un problema de salud pública y social, que conlleva consecuencias familiares, laborales, académicas y de salud. El 66,8% de los estudiantes ha fumado cigarrillos alguna vez. La edad promedio de inicio de consumo es 16 años. De los estudiantes que consumen tabaco el 45% provienen de familias funcionales. En conclusión, existe asociación entre los límites rígidos en la vida sentimental como factor protector para consumo de tabaco y alcohol. Los límites rígidos sobre actividades de diversión y amigos son factores protectores

para consumo de marihuana. Existe mayor riesgo de consumo de cocaína en estudiantes que provienen de familias disfuncionales, no se encontró relaciones estadísticamente significativas entre el tipo de familia y el consumo de sustancias.

Estos autores, a través de un estudio mayormente cuantitativo, concluyen que existe mayor riesgo de consumo de sustancias como la cocaína, alcohol y otras sustancias en individuos que provienen de familias con dinámicas disfuncionales. Establecen estadísticas, más no profundizan en los factores que influyen.

Achachi, Darío (2022) en su investigación de posgrado titulado Funcionalidad familiar y su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la parroquia Quisapincha plantea que el consumo de sustancia a nivel de la población de América latina ha sufrido cambios, con el pasar de los años el porcentaje de consumo han aumentado ahora siendo mayor el consumo de sustancia psicoactivas por parte de las mujeres el consumo de marihuana incremento notablemente principalmente en países como Perú, Bolivia y Ecuador, en adolescentes al estar ellos en modificación de su comportamiento los consumos de estas sustancias logran un efecto adictivo 10 veces más. En Quisapincha existen gran consumo de alcohol por la población adolescente, además existe gran migración de la población económicamente productiva dejando familias rotas y disfuncionales. Interesa Relacionar la funcionalidad familiar al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de la parroquia Quisapincha. Realizando un estudio observacional descriptivo, transversal. En conclusión, el consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente está en constante crecimiento, no se logró determinar si la funcionalidad familiar tiene una relación estadística con el consumo de sustancias, pero la funcionalidad familiar fue un factor protector para el consumo de sustancias, el consumo tiene igual incidencia tanto en población mestiza como indígena. Recomendaciones una intervención adecuada en el sistema de salud pueden mejorar el uso y la calidad de los servicios clínicos preventivos, es importante el control de cada población prioritaria.

En este caso, el autor recomienda realizar una guía y comunicar a los familiares sobre el proceso, para identificar con anticipación el nivel de funcionalidad en qué se encuentra la familia, ya que, las familias disfuncionales en su estudio tienen un

pequeño porcentaje de consumidores, pero son quienes presentan mayor riesgo de generar conductas adictivas crónicas.

Entre los antecedentes internacionales, es posible ubicar las siguientes investigaciones:

Alvarado, Laurelin (2019) en su trabajo de titulación de psicología titulado Adicciones, un impacto para la familia ¿Influyen las dinámicas familiares para que una persona sea alcohólica? Se llevaron a cabo dos estrategias que permitieron clarificar si son o no las dinámicas familiares un factor influyente para mantener la adicción. La primera, fueron unas entrevistas semiestructuradas, las cuales se dividían en cuatro áreas (familiar, personal, emocional y área de consumo), con ellas se procuraba conocer un poco más, las interacciones, sentimientos y dinámicas familiares relacionados al consumo. Luego estos resultados se contrastan con lo que se logró evidenciar en las entrevistas para así saber su influencia en relación con el consumo de alcohol. Estas entrevistas fueron aplicadas a dos hombres mayores de 30 años, con diez años de diferencia entre ellos, que se consideran alcohólicos y que llevan más de la mitad de sus vidas consumiendo. Ambos con conflictos familiares y con noviazgos aparentemente estables, pero conflictivos. Finalmente, se realizó una correlación entre algunos antecedentes teóricos, los resultados de las entrevistas y las pruebas realizadas, lo cual permitió analizar esta problemática.

Este autor recomienda realizar una guía y comunicar a los familiares sobre el proceso, para identificar con anticipación el nivel de funcionalidad en qué se encuentra la familia, ya que, las familias disfuncionales en su estudio tienen un pequeño porcentaje de consumidores, pero son quienes presentan mayor riesgo de generar conductas adictivas crónicas.

Rojas, Silvia (2020) en su especialización de psicología clínica titulada Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un estudio de caso en problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas expone el proceso terapéutico desarrollado con el consultante N.I.R de 17 años, institucionalizado en la Asociación niños de Papel, fundación encargada en la rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. El consultante hacía referencia a problemáticas asociadas al Trastorno por consumo de cannabis y comorbilidad con Trastorno por conducta. Las problemáticas anteriormente

mencionadas se relacionan con una disfuncionalidad en las relaciones familiares, perdida por muerte del padre, desescolarización quedando en primero de bachillerato. Las formulaciones de los objetivos terapéuticos permitieron un efectivo desarrollo en las sesiones, evidenciando una considerable disminución de los síntomas ansioso y depresivos a causa de la abstinencia, una relación funcional con sus pares y superiores, una adaptación al lugar donde se encuentra institucionalizado y un compromiso en la interacción y participación de actividades evidenciando la efectividad del modelo Cognitivo Conductual en casos de trastornos por consumo de sustancia.

Este autor, realiza un estudio de caso dónde precisa qué la intervención de los factores familiares fue vital en la efectividad del tratamiento, debido a que se abordaron cuestiones disfuncionales cómo la dependencia, discusiones, ausencia de límites, rupturas entre otras.

Entre los antecedentes internacionales, es posible ubicar investigaciones no vigentes en algunos casos, ya que, existe una carencia de información en este nivel, no obstante, es posible contar con los siguientes:

De Oliveira, Suzana y Marcos (2013), en su investigación titulada Familia disfuncional en el contexto del alcoholismo: análisis de conceptos plantea el alcoholismo es considerado uno de los factores asociados a la disfunción en la familia, revelando la necesidad de profesionales de la salud para superar el punto de vista puramente individual para ofrecer un enfoque sistémico. El estudio siguió el modelo de análisis de concepto y los pasos de revisión integradora de la literatura. Se identificaron los antecedentes de alcoholismo, los atributos y consecuente de la familia disfuncional y se informó de un caso modelo que ilustra la presencia de estos elementos. Se observó que este es un concepto amplio, subjetivo y complejo, con énfasis en estudios sobre consecuentes relacionados a los niños de los alcohólicos.

Este autor, realiza una revisión de datos que identifica la asociación entre disfunción familiar y consumo en la que ilustra la relación entre ambas. Asimismo, identifica patrones conductuales sobre el consumo que propicia el sistema y cómo se puede ubicar; preventivo, limitante o contribuyente.

De Albéniz, Gloria, Rubio-Rubio, Laura y Medina-Gómez, Begoña (2018) en su investigación Papel moderador de los estilos parentales en la relación entre la

impulsividad y el consumo de alcohol en una muestra de adolescentes españoles expone que el consumo de alcohol en adolescentes es un problema complejo que suele aparecer acompañado de conductas impulsivas. Los resultados indicaron que la negligencia y la evaluación negativa de la madre, así como el control del padre eran las variables relacionadas con el consumo de alcohol en varones con elevada impulsividad disfuncional. En las mujeres, el apoyo y estimulación, y la evaluación positiva del padre se vinculaban a un menor consumo. Este estudio presenta evidencia de que el estilo de crianza de los padres está relacionado con el consumo de alcohol de los hijos dependiendo del grado de impulsividad disfuncional de éstos últimos.

De Albéniz y sus colegas (2018), refieren a la incidencia de la impulsividad disfuncional que refiere al individuo, presente mayormente en los varones, ya que no hay un limitante en la familia. Por otro lado, refiere a la disfuncionalidad y su incidencia en la susceptibilidad de los consumidores por la incomprensión y culpa de los actos.

Rodríguez, et. al (2016) en su investigación sobre Características de la salud familiar en los hogares de adolescentes con conducta adictiva explican que implicación que tiene en el desarrollo integral del ser humano y su trascendental rol como mediadora del proceso salud-enfermedad, la salud familiar ha cobrado especial interés para aquellos que estudian a las familias. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en una muestra de tipo intencional de 21 familias de los adolescentes que fueron atendidos durante el año 2016 en las consultas de psicología y psiquiatría del Policlínico 5 de septiembre, del municipio Playa, La Habana. Fueron estudiadas las variables socioeconómicas, que incluye condiciones materiales de la vivienda, módulo de equipamiento de electrodomésticos, servicios básicos e ingreso salarial; funcionamiento familiar, en la que se analizó las características familiares de riesgo y la matriz de salud familiar. En conclusión, predominaron las familias extensas y monoparentales con satisfactorias condiciones de la vivienda, servicios básicos completos, tenencia del módulo de equipamiento de electrodomésticos e ingreso salarial medio. Prevalcieron las familias disfuncionales, de criticidad severa, con afectaciones graves a la salud familiar.

Las tres investigaciones nacionales, sugieren que la disfuncionalidad familiar incide en un 20% a 30% en el desarrollo de conductas adictivas, así como en su

mantenimiento. Las categorías que tienen un mayor grado de implicación son los roles, funciones y comunicación difusas. En Ecuador, Plasencia (2021), advierte que la familia y su dinámica disfuncional no identificada puede convertirse en un factor de riesgo (sin darse cuenta) para este tipo de individuos. Guerra y Terán (2019), establecen que las conductas disfuncionales de la dinámica son replicables, por lo que, el consumo es una vía para aliviar los conflictos que se presentan dentro del sistema. Finalmente, Achachi (2022), indica que aquellos individuos que forman parte de una familia con dinámica disfuncional son consumidores en riesgo de recaídas o repercusiones crónicas.

Las tres investigaciones latinoamericanas abordan la problemática de consumo cómo primera variable con relación a un factor causal específico; la familia y su dinámica disfuncional. Alvarado (2022) identifica otros factores cómo violencia, ausencia de límites, pautas desorganizadas de crianzas que inciden la búsqueda de una respuesta (en la adicción) que deshabita el conflicto interno que genera la familia. Tanto Rojas (2020) cómo Chanona (2019) expresan que un tratamiento integral aumentaría la probabilidad de éxito en la rehabilitación del individuo. Rojas (2020) plantea un enfoque de intervención cognitivo conductual, mientras que Chanona (2019) hace una revisión sistémica.

Las investigaciones internacionales carecen de datos actuales, pero refieren a la disfuncionalidad cómo el producto de la dinámica que establecen los padres en las familias nucleares. Estos, concluyen que hay diferentes categorías que se ven más comprometidas que otras pero que su incidencia es negativa en el individuo cuándo consume. De Oliveira (2013), plantean un análisis de concepto en dónde establecen que el principal factor de consumo se encuentra en la comunicación escasa que existe en las dinámicas. De Albéniz (2018), en cambio establece una relación no solo con la dinámica, sino con el estilo de crianza disfuncional. Rodríguez y sus colegas (2016) alegan que existe una dificultad para interactuar dentro esta dinámica que perjudica la salud emocional del individuo.

CAPÍTULO I

Dinámica Familiar

En el presente capítulo se pretende conceptualizar el término dinámica en función de la teoría sistémica familiar y establecer sus principales características que permitan determinar el tipo de funcionamiento en el que cada individuo se encuentra inmerso; ya sean familias funcionales o disfuncionales. A través de los distintos organismos de la salud y autores más representativos de la terapia familiar sistémica.

Definición de la familia

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2003) conceptualizan el término familia como una “institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica. Es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud” (p.3), por lo tanto, son el principal proveedor de herramientas culturales, valores, reglas y normas sociales.

Para Salvador Minuchin (1974), médico y psiquiatra, la familia “es un sistema abierto en transformación, es decir que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extrafamiliar, y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta” (p.84, párr. 4). Se trataría de un conjunto de elementos que interacciona con base en su estructura, funcionando de acuerdo con los principios que rigen a los sistemas humanos, actuando como una totalidad; todo lo que sucede con uno de sus miembros afectará de forma implícita a los demás.

Para Bowen (1998) citado por Ortiz (2008) en su texto *La Terapia Familiar Sistémica* “el funcionamiento de las familias son el producto de la dinámica generacional” (pp. 58-67), es decir que los sistemas son el producto de una interacción que antecede a la familia nuclear, se trataría de un ambiente circular en donde toda conducta puede ser aprendida y posteriormente replicada en función de la demanda.

Para Bermúdez y Brik (2010) la familia será un “elemento creador y receptor de la cultura que provee señas de identidad para cada uno de sus miembros; qué han ido variando tanto en su estructura como en sus funciones” (p.25), por ello, pueden

posicionarse cómo un referente para cada uno de sus miembros influyendo en gran medida dentro de la toma de decisiones conductuales, emocionales y psicológicas.

Estas perspectivas teóricas son indicadores del concepto de familia, ya que en este último tiempo “las nuevas tendencias en la formación, la estructura y la función” (OMS y OPS, 2003, p. 5) permiten tomar en cuenta los otros tipos de familias -muy distintos a las tradicionales- cómo por ejemplo; las extensas, monoparentales, de tres generacionales, homoparentales, reconstituidas o simultáneas que movilizan los roles tradicionales en relación al contexto (geográfico, social, económico, etc.) en qué se desarrollan. No obstante, se rigen bajo los mismos principios.

Por otro lado, al posicionarse como una institución reguladora la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2003) consideran que son la organización con mayor “accesibilidad para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas” (p.3) porque su responsabilidad es socializar, forjar “interrelaciones estables y de solidades con otros, así como la creación de mecanismo para hacer frente a los conflictos internos y manejas presiones que surgen en las esferas laboral, social y política” (OMS y OPS, 2003, p.6).

Entonces, la familia puede pensarse como una unidad de análisis estructural, previo al diagnóstico de los casos que acuden a los consultorios, es decir cómo un “proceso dinámico mayor que la suma de sus partes” (OMS y OPS, 2003, p.6). La mayoría de estos autores refieren al funcionamiento cómo la base de la respuesta operante de los individuos, en dónde figura cómo vital la forma en qué se relacionan, para ello, se indagará en la dinámica.

Dinámica familiar

Dinámica familiar, según la Organización Panamericana de la Salud (2011) es “interpretado como el manejo de las interacciones y relaciones de los miembros de un sistema que establecen un funcionamiento que regule el desempeño de tareas, funciones y roles” (p.7), refiriéndose a todo tipo de material, energía emocional o conductual que se movilice dentro de los canales de comunicación que establezca la familia. Esta dinámica “se define bajos los conceptos de estructura y composición familiar, tipos de familia, relaciones familiares, funciones de la familia, comunicación,

reglas normas y valores” (OPS, 2011, p.7), es decir, bajo los componentes o factores que lo organizan.

Desde un enfoque sistémico, Oliveira (1999) lo ubica “cómo el conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que hombres y mujeres y generaciones establecen en el seno de las familias, en torno de la división del trabajo y los procesos de toma de decisiones” (p.230). Se trataría de comportamientos y conductas designadas por los principales modelos parentales, en dónde los elementos refieren a distintas actividades que cada uno debe realizar para que cada familia pueda funcionar.

Por su parte, Bermúdez y Brik (2010) expresan la necesidad de amplificar el conocimiento sobre estos mecanismos internos que se ponen en juego cuándo se establece una dinámica “se trata de explorar cómo se perciben a sí mismos, los esquemas psicosociales que han incorporado cómo valores, normas y se producen en su cotidianidad” (p. 246-248). Se trataría de profundizar en las modalidades en qué los miembros se desenvuelven en convivencia y afrontan desafíos cómo los conflictos familiares, respeto sobre la autoridad, roles de género, patrones comunicacionales y conductuales.

Otra forma de identificar la dinámica será a través de la deducción de los movimientos internos que desempeñan los individuos cuando surge una problemática. Según Alma Ruiz (1981):

En la dinámica familiar puede observarse, sin mucho esfuerzo, cómo un cambio en la situación externa de la familia provoca mecanismos que le permite compensar y adaptarse a este cambio. Esta adaptación se realiza tanto en el aspecto externo, como en la interacción de los diferentes miembros. Inmediatamente comienzan las nuevas alianzas, las componendas y las coaliciones para buscar el equilibrio dinámico que se tenía antes, pero manteniendo la estabilidad específica del sistema. (p.48)

Entonces, estos autores refieren de forma explícita a un conjunto de elementos o mecanismos internos que son posibles de identificar mediante la respuesta que los individuos ofrecen frente a una demanda social, problemática o conflicto que surja en el ciclo vital de la familia. Recordando que el objetivo de los sistemas es mantener su

homeostasis. Los indicadores permiten reconocer en cada caso, las particularidades de las dinámicas que se encuentran en consulta. Por esta razón, resulta importante estudiar la dinámica familiar en esta investigación, ya que según Sinche y Suárez (2006) “permite una mayor comprensión sobre la problemática, siendo de gran utilidad plantear qué aspectos se encuentran involucrados y posteriormente ofrecer una adecuada atención integral” (p.39). A continuación, se caracterizará la dinámica en función de la estructura y los componentes que atraviesan su organización:

Estructura familiar

Para comprender una dinámica (funcional o disfuncional), es de suma importancia conocer la forma en qué se estructura el sistema atendiendo a cada uno de sus componentes. Para Minuchin (2005) se trata de “conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en qué interactúan los miembros de una familia” (p. 86) y cómo todo sistema, deberá operar “a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema” (Minuchin, 2005, p.86). Se trataría de demandas y pautas que la familia establece para funcionar frente a la cotidianidad.

Minuchin (2005) añade que el sistema debe ser capaz de transformarse sin perder su continuidad:

La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. La existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas, y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo. (p.87)

A continuación, Salvador Garabay (2013) con su texto *Enfoque sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar* citará a Minuchin para enlistar los componentes, con mayor pertinencia para esta investigación, que estructuran a un sistema familiar:

El **primer** componente son los **miembros** que “conforman la familia; padres, hijos, abuelos, tíos, hermanos u otros familiares que convivan de forma significativa con ellos” (Garabay, 2013, p.36). El **segundo** componente engloba las **demandas funcionales** que realizan los individuos. Son todas “las expectativas explícitas o

implícitas que se establecen entre sus miembros. Dentro de las expectativas quedan implicados lo que cada miembro espera de los otros (Garabay, 2013, p.36. párr. 3). Es todo lo que un individuo espera de sus familiares frente a una demanda social o problemática interna.

El **tercer** componente serían las **pautas** cómo “modos repetitivos en que los miembros interactúan” y a su vez:

Regulan la conducta de los miembros de la familia y se mantienen por dos sistemas o formas de coacción. El primero es genérico e incluye las reglas universales que gobiernan la organización familiar... El segundo sistema de coacción es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia, con las cuales el sistema se mantiene a sí mismo y opone resistencia al cambio más allá de ciertos niveles, además de conservar las pautas preferidas durante tanto tiempo como puede hacerlo. (Garabay, 2013, pp. 36-37)

El **cuarto** componente es la **jerarquía**, aquella “se establece con base en la organización de las diferencias entre los individuos, de modo que unos ocupen el lugar jerárquico más elevado implicando poder” (De Lourdes, 2003, p.6. párr. 4), es decir que dependerá del grado de conocimiento, edad, género y factores que resulten de importantes en cada sistema. Se trata de la autoridad que los subsistemas conyugales disponen en relación de las demás unidades.

El **quinto** componente refiere a las **reglas** que “regulan las conductas, las interacciones y por ende las que favorecen que se desarrollen tanto las pautas, como la estructura” (Garabay, 2013, p. 37), se tratarían de prescripciones y acuerdos que limitan la conducta de cada uno de los miembros. Las reglas suelen ser asociadas a las normas y valores que se imparten cómo una forma de regular la dinámica.

El **sexto** componente son los **límites** que vienen ligados al anterior, según Garabay (2013) “están constituidos por las reglas y definen quiénes participan y de qué manera” (p.38) y citando a Minuchin (1990) explica que:

Su función es proteger la diferenciación del sistema, sirven para definir quiénes pertenecen al sistema, que por una parte funcionan como líneas de demarcación (individualizando un grupo frente al medio) y, por otra parte, como lugares de

intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc. entre sistemas y/o subsistemas. (p.38)

Estos componentes comparten un vínculo integral, ya que, pretenden regular al individuo mediante acuerdos, pautas e interacciones establecidas por los miembros que jerárquicamente se encuentren en la cúspide. El resultado de estos planteamientos serían posible ubicarlos en el ejercicio del **séptimo** componente; las **funciones**, ya que son “una serie de tareas que difieren de acuerdo con los parámetros de las diferentes culturas, pero poseen raíces universales” (Garabay, 2013, p.38) por tanto, se encuentran atravesados por la cultura y la sociedad. Además “sirven a dos objetivos: uno interno, la protección psicosocial a sus miembros; otro externo, la acomodación a una cultura, para garantizar alguna continuidad con ella” (Garabay, 2013, p.38).

Derivados de las funciones, surge el **octavo** componente; los **roles** que son “la totalidad de expectativas y normas que un grupo tiene con respecto a la posición y conducta de un individuo en el grupo que se relaciona de forma estrecha con el lugar que ocupa o con el desempeño de alguna función” (Garabay, 2013, p.39), en otras palabras, sería el papel que cada uno desempeña dentro del sistema.

Las **alianzas** y **coaliciones** serían el **noveno** componente. Por alianza se comprende “cuando dos o más miembros de una familia se “alían” para llevar a cabo una empresa que no incluya o que excluya a un tercero” (Minuchin, 1974, p. 39. párr. 3) y en la mayoría de los casos, se encuentra mediado por una finalidad o interés similar. Por otro lado, la coalición “es un proceso de acción conjunta contra un tercero” (Minuchin, 1974, p.39. párr. 4) en dónde, más allá de la finalidad, existe un acto de negatividad hacia el tercero, ya que atacan, compiten o discuten. Estos componentes generan “una perturbación en la jerarquía familiar que ocasiona disfunciones” (Minuchin, 1974, p. 39. párr. 5) porque el clima relacional se torna poco adaptativo, suelen dar origen a los triángulos perversos, ya que dejan de ser una pareja y pasan a ser tres.

El **décimo** componente sería la **triangulación** que sería “el intento de resolver los conflictos interpersonales de dos personas, con inclusión de una tercera” (Minuchin, 1974, p. 39. párr. 6). Es decir que este tercero funciona cómo un mediador o foco de atención para depositar la interacción. Los canales de comunicación se

dispersan en este sentido y el tercero, en la mayoría de las ocasiones hace síntoma del conflicto.

Funciones de la familia

La familia es un agente que provee herramientas y permite desarrollar habilidades sociales, de autoestima y creencias, por esta razón es importante conocer las actividades que desempeñan para conseguir este objetivo. Para Minuchin (2005) “el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas; parental, filial, conyugal, fraternal” (p.87). De acuerdo con Bermúdez y Brik (2010), estas actividades serían denominadas funciones generales asociadas a la “crianza, educación y cuidado, asimismo está encargado de satisfacer necesidades básicas, brindando afecto, soporte emocional, económico y protección” (p.5). En el siguiente cuadro, desde un enfoque sociológico se explicará de forma específica las funciones según Lluís Flaquer (1998) citado por Bermúdez y Brik (2010):

Tabla 1

Funciones de la familia

Funciones
Función educativa, transmite los valores sociales y fuente de orden social.
Función socializadora, en conjunto a las instituciones.
Función económica, fuente de producción a fuente de consumo.
Función reproductora, crecimiento económica y fuente de capital humano.

Nota. Extraído del texto Teoría Familiar Sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica en la página 252.

La familia se encargará de introducir al individuo a la sociedad, a través de conocimientos básicos cómo la socialización, modelos de interacción y la moral. Bermúdez y Brik (2010) citarán a Rodrigo y Palacios (1998) sobre sus funciones en la aproximación psicológica, aquellas se explicarán de forma específica en el siguiente cuadro:

Tabla 2

Funciones de la familia

Funciones

Función como agente de crianza.

Función en relación con sus hijos, su relación consigo mismo y el exterior.

Nota. Extraído del texto Teoría Familiar Sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica en la página 253.

Cuando se refieren a la función de crianza, entrará en escena los roles designados como padre, madre e hijo porque abarcarán “todas las etapas del ciclo vital (desde nacimiento hasta a través de la figura de los nietos), es decir qué perdurará durante toda la vida en función de las demandas que realiza cada hijo y de su personalidad” (Bermúdez y Brik, 2010, p.253).

La función en relación con los hijos aborda desde la “estimulación necesaria para enfrentarse a las demandas del entorno social hasta negociar y tomar decisiones en relación con la participación de otras figuras y lealtad familiar” (Bermúdez y Brik, 2010, p.253). E inclusive, deberán ser fuente generadora de autoestima porque tendrán la tarea de “reconocer a su hijo en su totalidad, compartir tiempo en familia, enseñarle a valorar y manejar la frustración, enseñarle a aprender de sus errores, divertirse y responsabilizarse de sus decisiones” (Bermúdez y Brik, 2010, p.253).

Asimismo, existe la necesidad de que cada sistema familiar brinde seguridad a cada uno de sus miembros y para que cada individuo “se sienta seguro tiene que sentir y vivir en un núcleo estable, abierto y adaptable a cambios” (Bermúdez y Brik, 2010, p.255), de tal forma en que explore su exterior siendo consciente que tiene una red de apoyo a la cuál acudir. Todas estas actividades que desarrollan transmiten un mensaje de protección que en probabilidades disminuiría los niveles de ansiedad, estrés, temor y desconfianza hacia su entorno.

Funcionalidad y disfuncionalidad en la familia

Establecer la funcionalidad o disfuncionalidad de una familia dependerá de los criterios anteriormente expuesto (dinámica, estructura, funciones), no obstante, es importante profundizar a qué refiere cada una de ellas y cómo es posible identificarlos con mayor claridad. Para Bermúdez y Brik (2010) hay cuatro áreas “fundamentales para evaluar a la familia: sus funciones, la estructura, el ciclo vital y la comunicación” (p.250) por lo tanto, viene definida por:

...el cumplimiento de las funciones básicas necesarias para generar individuos válidos para la sociedad en la que viven, respetando la estructura creada y siendo capaces de superar con éxito las diferentes etapas del ciclo vital, a través de una comunicación abierta en la que prevalezca el respeto y el manejo adecuado de emociones. (p.247)

Ambos autores citan a Walsh (1993) porque la clave para definirla “reside en la flexibilidad y el movimiento que permiten sus patrones característicos en respuesta al estrés” (p.247). En otras palabras, funcionalidad refiere a respuestas adaptativas que se formulan dentro del sistema y a su vez, se replican en el entorno social. Esto no quiere decir que este tipo de sistemas no tengan problemas, sino que encuentran formas adecuadas para resolverlas.

El objetivo de este tipo de sistemas es “dar sentido de pertenencia de forma única, diferente a todos los demás y vivir esta experiencia de una forma plena, con lo que esto implica: dedicación, compromiso y generosidad entre cada uno de sus miembros” (Bermúdez y Brik, 2010, p.248, párr. 1). A continuación, se presenta en cuadro de procesos característico de funcionalidad familia según Walsh:

Tabla 3

Procesos característicos de funcionalidad familiar

Características

Sentimiento de unión y compromiso de los miembros como una unidad de relación, de cuidado y apoyo mutuo.

Respeto por las diferencias individuales, autonomía y necesidades independientes, fomentando el desarrollo y bienestar de los miembros de cada generación, de la más joven a la mayor.

En las parejas, una relación caracterizada por respeto mutuo, apoyo y por un reparto equitativo del poder y de las responsabilidades.

Autoridad y liderazgo paternal o ejecutivo eficaces para conseguir soporte, protección y socialización de los hijos y cuidado de otros miembros vulnerables de la familia.

Estabilidad organizativa caracterizada por la claridad, consistencia y patrones de interacción predecibles.

Adaptabilidad: flexibilidad para satisfacer las necesidades de cambio internas y externas; para afrontar eficazmente el estrés y los problemas que surjan; y para dominar los retos normativos y no normativos y las transiciones a lo largo del ciclo vital.

Comunicación abierta caracterizada por la claridad de reglas y expectativas, interacción placentera y variedad de expresiones emocionales y respuesta empática. Procesos eficaces de resolución de problemas y conflictos.

Un sistema de creencias compartido que permita la confianza mutua, dominio de los problemas, sentimiento de unión con las generaciones pasadas y futuras, valores éticos e interés por la comunidad humana en general.

Recursos adecuados que garanticen la seguridad económica y el apoyo psicosocial facilitado por una red de personas cercanas y amistades, así como por la comunidad y los sistemas sociales mayores.

Nota. Extraído de la parte II del texto *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica* de los autores Bermúdez y Brik, 2010 en la página 248.

Este cuadro permite evaluar ciertos componentes de la estructura expuestos en el apartado anterior, haciendo alusión al tipo de recursos que cada sistema poseen. Por otro lado, la disfuncionalidad sería determinadas por un:

Funcionamiento que está mediatizado por el síntomas o problema, no permitiendo un cambio. A su vez, el síntoma es la expresión de la necesidad de una ruptura de la homeostasis familiar para lograr dicho cambio. El sistema está atascado en su proceso de crecimiento, ha habido una parada y el síntoma es la voz de alarma que indica hay que hacer una revisión antes de continuar viaje. (Bermúdez y Brik, 2010, p. 248)

Asimismo, Minuchin (1974) plantea que la disfuncionalidad puede identificarse en:

Un sistema que ha respondido a estos requerimientos internos o externos de cambio estereotipando su funcionamiento. A los requerimientos de cambio se les ha contrapuesto una rectificación de la estructura familiar. Las pautas transaccionales habituales se han preservado hasta un límite de rigidez, que bloquea toda posibilidad de alternativas. La selección de una persona como

problema constituye un simple método para mantener una estructura familiar rígida, inadecuada (pp. 165-166).

Otros planteamientos, refiere a que “una familia que es disfuncional crea el problema” (Garabay, 2013, p.140) porque el malestar es evidente en la dinámica, por ello, se profundiza en el síntoma desde la perspectiva sistémica:

Tabla 4

Síntoma

Manifestaciones

La manifestación de una organización y estructura inadecuada

La metáfora de una comunicación disfuncional.

La expresión de una dificultad en la transición de etapas del ciclo vital.

Un intento poco hábil de resolver otros problemas.

Una forma de negar ciertos hechos de la historia familiar.

Una manera de denunciar la falta de cumplimiento de funciones por parte de miembros de la familia.

Nota. Extraído de la parte II del texto Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica de los autores Bermúdez y Brik, 2010 en la página 249.

A continuación, se presenta en cuadro de procesos característico de disfuncionalidad familia según Barroso (1995):

Tabla 5

Características de la disfuncionalidad en la familia

Características

- Ausencia de definiciones personales, que implica falta de información sobre sus orígenes, vínculos, relaciones.
 - Relaciones basadas en la autoridad, poder, control y culpa. Se establecen relaciones asimétricas donde nadie siente que es tomado en cuenta.
 - Expectativas exageradas, falta de libertades básicas y falta de conciencia sobre las necesidades del otro.
 - Mal manejo de la información, falta de confianza y apertura.
 - Presencia de coaliciones, dobles vínculos, paradojas.
-

-
- Descontextualización familiar, con un excesivo solapamiento del contexto familiar con otros contextos, llevando a una pérdida de importancia de las experiencias con otros contextos, lo que daña la conciencia de ser familia.
 - Pésima distribución de los espacios y los límites.
 - Comunicación doble vincular, mediante la cual se manejan las diferencias entre todos.
 - Ausencia de reglas básicas en la familia que permitan una efectiva interacción entre todos.
 - Mal manejo de eventos estresantes: pérdidas, separaciones, accidentes, mudanza. La familia no puede utilizar los recursos internos para enfrentar las situaciones externas, dejándose llevar por los problemas, lo que alimenta la impotencia y la culpa.
-

Nota. Extraído de la parte II del texto *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica* de los autores Bermúdez y Brik, 2010 en la página 249.

Ambos cuadros permiten establecer diferencias significativas sobre una familia que tiene un buen funcionamiento haciendo alusión a procesos que fluyen de forma éxito frente a una problemática, a través de herramientas comunicacionales, emocionales y psicológicas que posibiliten una independencia, apoyo y capacidad de evolución. Por otro lado, una familia disfuncional devendrá en carencia de las esferas personales de sus individuos, ya que, la misma estructura impide adaptarse a los cambios.

Bermúdez y Brik (2010) establecen 10 diferencias entre las familias funcionales y disfuncionales cómo criterios al momento de evaluar un sistema:

Tabla 6

Diferencias fundamentales entre funcionalidad y disfuncionalidad en las familias

Funcionalidad	Disfuncionalidad
Flexibilidad	Rigidez
Organización	Caos
Crecimiento	Estancamiento

Estabilidad	Desequilibrio
Unidad	Dispersión
Disciplina	Desorden
Compromiso	Obligación
Dedicación	Descuido
Derecho	Deber
Destreza	Incapacidad

Nota. Extraído de la parte II del texto Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica de los autores Bermúdez y Brik, 2010 en la página 250.

El cuadro podría explicarse de la siguiente forma: la flexibilidad y la rigidez responden a los límites enmarcados por las creencias y los factores culturales que atraviesen a los individuos. En el caso de la flexibilidad, no existe riesgo de dispersión ni agrupamientos y existe respeto por la individualidad, mientras que los rígidos generan un estado de aglutinamiento que perjudica encontrar la individualidad. La organización y el caos refieren a la jerarquía, siendo el caos una representación o respuesta de un mal establecimiento de autoridad o grados de poder.

El crecimiento y estancamiento refieren a la capacidad de adaptabilidad mediada por las pautas interrelacionales. La unidad y dispersión son propios de las triangulaciones o coaliciones. La disciplina y el desorden infieren en establecimiento de reglas, mientras que la dedicación y el descuido en el establecimiento de roles. El derecho y el deber se ligan a las funciones, ya que, muchos de los sistemas carecen del conocimiento que se esperaría que desempeñen. Finalmente, la destreza e incapacidad englobará a la dinámica en general.

CAPÍTULO 2

Las Adicciones

Este capítulo se realiza bajo el marco teórico general y sistémico sobre las adicciones y sus principales características. Asimismo, se aborda el proceso de rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas desde el enfoque integral propuesto por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, tomando en cuenta el papel que desempeña la familia dentro de cada una de las fases.

Adicción

La adicción en términos generales suele referir a una problemática de consumo, por eso la Asociación Americana de Psicología (2010) con siglas APA en su *Diccionario conciso de Psicología* lo define como un:

Estado de dependencia psicológica, física (o ambas) del uso del alcohol u otras drogas. Para describir este estado se prefiere el término DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS porque se refiere de manera más explícita a los criterios de diagnóstico, que incluyen tolerancia, retraimiento, pérdida del control y consumo compulsivo de la sustancia. Las sustancias químicas con potencial significativo para producir dependencia se conocen como drogas adictivas. Incluyen al alcohol, las anfetaminas y otros estimulantes del SNC, depresores del SNC, cocaína y crack, alucinógenos, inhalantes y opioides. (p. 37)

En otras palabras, se trataría de un estado de dependencia que conlleva un proceso capaz de alterar las capacidades cognitivas y conductuales de los individuos. Para tener mayor claridad sobre la dependencia, se lo define como un:

Conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican un consumo continuo de una sustancia pese a los significativos problemas relacionados con ésta. Hay un patrón de ingestión de la sustancia repetido que genera tolerancia, síntomas de abstinencia si se suspende su consumo y ansias incontrolables por seguir consumiéndola. En el DSM-IV-TR, se identifican 10 clases de drogas asociadas con la dependencia: alcohol, anfetaminas, marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalantes, nicotina, opioides, fenciclidinas

y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Actualmente se prefiere este término al término equivalente ADICCIÓN. (APA, 2010, p. 348)

Por otro lado, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2018) refieren a la adicción cómo una conducta repetitiva con una alta tasa de dificultad para abandonarla por sí mismo:

El consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia o sustancias de que se trate, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. (p.60)

La Guía de Consulta del DSM-V (2014) explica que el término “adicción” no es utilizada cómo un “término diagnóstico en esta clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias” (p. 257. párr. 1). Mientras que, la Terapia Familiar Sistémica desde la perspectiva de Minuchin (1974) podría conceptualizarla como una reacción desadaptativa o una manifestación sintomática de la disfuncionalidad.

Ahora que se explicó de forma específica en qué consiste una adicción, es posible enfatizar en las conductas adictivas cómo un patrón demarcado en esta condición:

Conductas adictivas

Las conductas son las formas en que los individuos se comportan, expresan o actúan dentro y fuera de su sistema familiar. Acentuados a la adicción, Ayala y Echeverría (2001) plantean que son “conductas que se conceptualizan como hábitos sobre aprendidos que pueden ser analizados y modificados de manera similar a otros hábitos” (p.28). Además, de ser definido cómo un:

... patrón o hábito repetitivo que aumenta el riesgo de enfermedad y problemas sociales o personales, en dónde se experimenta una pérdida de control, ya que la conducta se continúa presentando aun cuando se hagan esfuerzos concretos

por abstenerse o moderar su uso. Asimismo, se caracterizan por la gratificación inmediata (recompensas a corto plazo), y a menudo con efectos dañinos y demorados costos a largo plazo. (Ayala y Echeverría, 2001, pp. 83-84)

En el texto *Tratamiento de Conductas Adictivas*, los autores ubican esta conducta cómo la “única respuesta para aliviar momentáneamente los estados emocionales negativos, configurando así el fenómeno central de las adicciones: las recaídas” (Ayala y Echeverría, 2001, p.125). Asimismo, explican que se trataría del resultado de la interacción entre los siguientes tres elementos: “el agente es la sustancia tóxica; el huésped, que es el individuo afectado y el ambiente, incluyendo el entorno social del sujeto” (Ayala y Echeverría, 2001. p.143).

Por otro lado, La Cruz Roja define la conducta adictiva cómo “aquel comportamiento que provoca la necesidad imperiosa de ser repetido, a pesar del evidente daño psíquico y físico que genera tanto a nivel personal como sobre terceros” (2023). En otras palabras, hace alusión a la pérdida de control que se encuentra mediada por la necesidad de acudir a lo que provoca el deseo de consumir.

Para caracterizar las conductas adictivas, se citará a Becoña y Córtes (2010) con su *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* en dónde comentan que principalmente se presenta “la compulsión o pérdida de control, los síntomas de abstinencia, la tolerancia, intoxicación y los problemas en las esferas sociales, físicas y sanitarias” (pp.17-19):

La pérdida de control es la características más común y central en las conductas adictivas, ya que existe “un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible)” (Becoña y Cortés, 2010, p.16).

El síndrome de abstinencia se presenta como “un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastornos con o sin base química” (Becoña y Cortés, 2010, p.18). Los signos y síntomas a los que se refiere son aquellos que “se producen por la no realización de la conducta adictiva voluntariamente o porque le impiden hacerla al individuo” (Becoña y Cortés, 2010. p. 18), es decir que aparecen cuándo se encuentran en el periodo de desintoxicación, los

más comunes son episodios de depresión, vacío, falta de apetito, fatiga o sensación de inquietud, entre otros.

Asimismo, aparece la tolerancia como “el proceso por el que la persona que consume tiene la necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio” (Becoña y Cortés, 2010. p. 18). En otras palabras, cuando existe un periodo en que dejó de consumir los efectos del consumo son diferentes, por ello, necesitará cantidades adicionales para lograr efectos placenteros. También, se hace presente el estado de intoxicación que manifiesta en cualquier tipo de adicciones, en donde “la persona parece que se encuentra fuera de sí, como si fuese otra” (Becoña y Cortés, 2010. p. 19).

Adicciones más comunes

De acuerdo con Becoña y Cortés (2010) es posible distinguir dos grandes grupos de adicciones “aquellas producidas por sustancias químicas y aquellas producidas por conductas” (p. 26) en donde se pueden ejemplificar las siguientes:

Entre las primeras tenemos la adicción al alcohol, a la nicotina y a las drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, drogas de diseño, etc.). Entre las comportamentales, el juego patológico, el comer compulsivo, el sexo compulsivo, el trabajo compulsivo, las compras compulsivas, etc., junto a la adicción a las nuevas tecnologías. (Becoña y Cortés, 2010. p. 26)

En términos generales, clasificar las adicciones dependen de la conducta y la sintomatología que presentan, especialmente en la dependencia y compulsión que se genera hacia algo, ya sea sustancia u objeto. Para identificarlas se tendría que explorar en el entorno del individuo cuáles son los efectos negativos o consecuencias que trae consumo la conducta.

Proceso de rehabilitación

El proceso de rehabilitación de conductas adictivas es una intervención realizada en el tercer nivel (prevención terciaria) de atención, ya que, la problemática de consumo se encuentra en fase crónica. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2003) define el tratamiento “como una o más intervenciones

estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social” (p. 12).

El modelo integral a nivel internacional plantea que este tratamiento aborda varias fases en hospitalización, tomando en cuenta lo siguiente:

Los servicios y posibilidades tratamientos pueden comprender la desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o terapias y asesoramiento psicosociales. El tratamiento también tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con éste. (UNODC, 2003, p. 299)

Para Becoña y Córtes (2010) el concepto de rehabilitación dentro de las conductas adictivas refiere a un:

Proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de sustancias alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos. La rehabilitación tiene lugar después de la fase inicial de tratamiento (que puede requerir desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico). (p.299)

Después de una evaluación diagnóstica, será posible emitir una orden para realiza una rehabilitación hospitalaria, ya que el individuo será capaz de tomar decisiones de forma consciente en conjunto con sus familiares. Ya que, la siguiente etapa del proceso:

Engloba diversas estrategias, tales como la terapia de grupos, terapias conductuales específicas para evitar la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica o un piso protegido, formación profesional y experiencia laboral. Se espera lograr la reinserción social en la comunidad. (Becoña y Córtes, 2010, p. 299)

La UNODC (2003) en su *Guía práctica de planificación y aplicación* plantea que la rehabilitación es una etapa de prevención de recaídas en donde “se atiende a las necesidades de las personas que han concluido un programa de desintoxicación, o que, habiendo desarrollado dependencia, no presentan síntomas de privación” (p.41) con el

objetivo de cambiar la conducta, el comportamiento y frenar el deseo de consumo. En esta etapa se aplican intervenciones psicosociales y farmacológicas.

A continuación, se establece una breve diferencia entre las intervenciones psicosociales que oscilan desde los programas en la comunidad o ambulatorios hasta programas de rehabilitación residencial, ya que esta investigación se centra en esta última:

Los programas en la comunidad o ambulatorios son un plan de atención psicoterapéutica o de asesoramiento general y suele configurarse en función de las necesidades de cada participante con arreglo a un método de gestión de casos. El método está basado en la determinación inicial y continua, por parte de un clínico o una persona especializada, de los problemas, recursos personales, apoyos sociales y factores de tensión existentes. Ese análisis da lugar al establecimiento de un conjunto de metas individuales de tratamiento que la persona ha de alcanzar, cuyo cumplimiento se verifica y examina periódicamente en el curso del tratamiento. (ONUDD, 2002. p. 41)

Mientras que los programas de rehabilitación residencial/hospitalaria, puede ser a corto y a largo plazo dependiendo del convenio y los recursos que la familia posea:

Los programas de rehabilitación residencial son de corto y largo plazo. Los programas de corto plazo suelen incluir un plan de desintoxicación en la primera etapa y duran de 30 a 90 días. Los programas de largo plazo por lo general no comprenden la abstinencia con supervisión médica y duran de seis meses a un año. El modelo más común de rehabilitación residencial a largo plazo es la “comunidad terapéutica”. (ONUDD, 2002. p. 42)

Los programas a largo plazo suelen caracterizarse por la presencia de varios especialistas y una estructura amplia sobre psicoeducación, atención psicológica y preparación para su salida:

Vida comunitaria con otros adictos en recuperación; asesoramiento individual y en grupo para prevenir recaídas; gestión de los casos en forma individual; desarrollo de la capacidad para enfrentar la vida cotidiana; formación y experiencia laboral; servicios de vivienda y reinstalación, y apoyo al postratamiento. Por lo general se usa

una metodología análoga a la de los grupos de ayuda mutua como Narcóticos Anónimos y Cocainómanos Anónimos. (ONUDD, 2002. p. 42)

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública en el año 2016 propuso un Modelo de atención integral residencial para los Centros Especializados de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) en dónde propone un abordaje mancomunado para la problemática de conductas adictivas, a través de terapias individuales, grupales y familiar. A continuación, se caracteriza de forma breve el proceso:

Tipos de abordaje

El Ministerio de Salud Pública (2016) propone terapia psicológica individual, terapia psicológica grupal, terapia psicológica familiar y terapia ocupacional:

En primer lugar, la Terapia Psicológica Individual será un “espacio terapéutico donde se realiza la indagación de síntomas propios individuales de la personalidad, con el fin de generar las alternativas de solución a conflictos, afirmación de caracteres positivos acuerdo a un objetivo previamente planteado por el sujeto” (MSP, 2016, p.12) en dónde se realizará un trabajo introspectivo para identificar factores que posibiliten un riesgo o una protección. Dentro de este espacio, se plantean actividades cómo:

... la evaluación y diagnóstico psicológico, identificación de problemáticas relacionadas al consumo, elaboración de un plan terapéutico individual de acuerdo con sus necesidades y objetivos, promover el desarrollo de habilidades, aptitudes y destrezas en cada usuario y la respectiva evaluación y seguimiento una vez concluido el proceso. (MSP, 2016, pp.12-13)

Se trabajará por medio de técnicas y herramientas que permitan explorar cada uno de estos aspectos. En conjunto se observará el comportamiento y conducta dentro del espacio grupal, ya que, tendrán acceso a la Terapia Psicológica Grupal que se establece “en función de una deficiencia reconocida y admitida. El terapeuta selecciona a los participantes según la evaluación, diagnóstico y objetivos terapéuticos más o menos bien definidos. Se favorece la catarsis considerando las diferencias y conflictos sobre las ideas enmascaran sentimiento” (MSP, 2016, p.13).

Tiene la intención de aplicar técnicas grupales que posibiliten revelar la dinámica de la que provienen, ubicar la posición (rol y funciones) que ocupa/desempeña y la capacidad de adaptabilidad, comunicación y asertividad que posee, ya que el grupo será una variable constante que presentará conflictos y tendrán que ofrecer alternativas de soluciones adaptativas. Además, el grupo cumplirá su rol en dos vertientes: alentar/motivar y hacer caer en cuenta de los incumplimientos que tengan.

En tercer lugar, está la Terapia Psicológica Familiar que “es una disciplina terapéutica que aborda la intervención y el tratamiento de la familia en su conjunto. La familia entendida como medio de apoyo psicosocial, que contribuye activamente al desarrollo en las diferentes modalidades de atención” (MSP, 2016, p.13). Se pretende ubicar aspectos que el paciente no logra percibir sobre su conducta o condición, tomando en cuenta que la familia es la organización que lo atraviesa desde su infancia. Se enlistará 4 actividades en concreto:

... busca identificar las áreas de interrelación familiar y el nivel de afección que el consumo ha producido en el sistema, asimismo identificar los factores de riesgo dentro de la dinámica familiar que puedan afectar el proceso de recuperación del usuario en tratamiento, también identificar las fortalezas dentro de la dinámica familiar que aporten en el proceso y finalmente involucran a la familia en el proceso (MSP, 2016, p. 13).

El objetivo de la Terapia Psicológica Familiar en el proceso de rehabilitación guarda relación con esta investigación, ya que, expone que la familia se ubica cómo principal red de apoyo dentro de su evolución, aceptación y situaciones que incidan en el mismo. En acompañamiento se encuentra el Tratamiento Psicofarmacológico que “dependerá de la situación clínica que esté presente en el paciente. Corresponde al tratamiento farmacológico (de ser necesario) prescrito por el médico, a partir de una evaluación y según el diagnóstico” (MSP, 2016, p. 14). Se trata de un acompañamiento médico y psiquiátrico que atiende los efectos secundarios a nivel neurológico y fisiológico del individuo.

En cuarto lugar, se trabaja la Terapia ocupacional que “se basa en el estudio de la ocupación humana y utiliza esta, la ocupación, como instrumento de intervención para el logro de sus objetivos, siendo el básico y fundamental conseguir la

independencia de la persona” (MSP, 2016, pp. 13). Es decir que busca proveer herramientas en función de sus habilidades.

Asimismo, plantean actividades de integración y de expresión artística. Las Actividades de Integración se encuentran más enfocadas en el “ocio y tiempo libre que deben ser una parte importante de cualquier programa integral de rehabilitación para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas” (p. 14). En este tiempo, el individuo se encarga de gestionar el espacio para encontrar alguna actividad de su interés que capture su atención.

Por otro lado, existen Actividades de Expresión Artística son un tipo de “acompañamiento terapéutico de recorrido simbólico a los pacientes/usuarios con dificultades (psicológicas, físicas y sociales), a través de producciones artísticas (obras plásticas, sonoras, teatrales, literarias, etc.) (MSP, 2016, p. 14). Independientemente de la actividad, su finalidad es expresar sus sentimientos.

Estas terapias tendrán un fundamento teórico que las respaldan, por esta razón, el MSP postula los siguientes enfoques: cognitivo conductual, humanista y familiar sistémico. Cada una de ellas, aplicarán técnicas y herramientas dependiendo del caso a caso.

El Ministerio de Salud Pública (2016) justifica el uso del enfoque cognitivo-conductual, debido a “los estímulos desencadenantes del consumo se sitúan en el sujeto, en su sistema de creencias, lo que explica la frecuente concurrencia de adicción” (p.14). Se identifica, entonces, la presencia de un sistema de creencias obtenidas desde la institución socializadora más cercana; su familia. Además, permite:

Permite afrontar las creencias disfuncionales que están en la base del trastorno y proporciona al paciente un modelo conceptual comprensible de la problemática, caracterizado por la planificación y estructura de las terapias, promoviendo el desarrollo de habilidades que fomenten la autonomía del sujeto a fin de generar el cambio. (MSP, 2016, p.14)

Hace una recomendación sobre aplicar herramientas como el método socrático, análisis de ventajas y desventajas, identificación y modificación de creencias asociadas al consumo, técnicas de flechas descendentes, registro diario de pensamiento, toma de

decisiones, intervenciones paradójicas, metáforas y entrevistas motivacionales e inclusive técnicas de relajación.

Otro enfoque que busca concientizar sobre los efectos del consumo y conectarlo con el presente sin olvidar su responsabilidad sobre las mismas, es la humanista porque “permite al individuo la posibilidad de elegir en que se convertirá, creando sus propios valores al comprometerse con ellos a través de sus propias elecciones” (MSP, 2016, p.16), es decir, darle la libertad y estructurar la individualidad o autonomía que debe tener posterior a la recuperación.

Finalmente, está el enfoque sistémico que busca abordar la dinámica en que se relacionan los familiares del individuo con conductas adictivas, puesto que:

Permite la modificación de la estructura familiar y el establecimiento de límites. El profesional a cargo de esta técnica interactúa con la familia y construye el sistema terapéutico que guiará el proceso centrándose en redefinir el síntoma y la problemática. Aborda las dificultades familiares entre sus miembros a fin de elaborar soluciones consensuadas conjuntas. (MSP, 2016, p.17)

En cuanto a las recomendaciones, la intervención se centra en dos terapias; la multifamiliar y la familia breve estratégica que buscan trabajar en los patrones existentes en las relaciones del sistema e identificar aquellas cuestiones que podrían representar un riesgo o una protección.

La técnica se caracteriza por mostrar los patrones existentes en el relacionamiento intrafamiliar y la dinámica entre las familias y la comunidad. El abordaje posibilita que cada miembro del grupo pueda ver a los demás en interacción, esto significa, pasar de la comprensión particular, a la comprensión del otro, descubriendo y observando tanto las problemáticas como sus posibles soluciones; de esta manera las familias reflexionan y elaboran conceptos y se incluyen en un proyecto de cambio. (MSP, 2016, p.17)

Por otro lado, la Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT) “se caracteriza por ser una intervención breve que se utiliza con adolescentes con consumo problemático de sustancias y que podrían presentar problemas de conducta” (MSP, 2016, p. 17), es decir, que su foco de intervención se centrará en estudiar la dinámica que tiene el

consumo de droga dentro del ambiente familiar. El BSFT persigue dos objetivos: “Eliminar las conductas de abuso de drogas y otras conductas problema y cambiar la interacción familiar que posibilita el síntoma (MSP, 2016, p. 17).

Estas intervenciones se centran en el sistema familiar, sus modalidades, herramientas y capacidades para hacer frente a las problemáticas. Se hace hincapié en este enfoque, ya que el proceso hospitalario se divide en etapas y en cada una de ellas, la familia adquiere un rol de suma importancia:

Etapas de intervención terapéutica en los Centros Especializados de Tratamiento para Personas Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas

La **primera** etapa es la **desintoxicación** pretende estabilizar al paciente con el acompañamiento médico especializado abordando el síndrome de abstinencia y sus manifestaciones como el malestar físico o psicológico. Es decir que está destinada a pacientes que presentan:

Cuadros moderados de intoxicación o de síndrome de abstinencia y cuyas complicaciones potenciales pudieran ser atendidas por un equipo técnico adecuadamente entrenado, con base en protocolos específicos de intervención, que brinda atención permanente (24 horas), bajo supervisión médica, pero que no requieren de recursos hospitalarios. (MSP, 2016, p.23)

La **segunda** etapa es la **deshabitación** que se encuentra dividida en 3 fases; evaluación, adaptación e integración. La primera **fase** es el **proceso de evaluación integral**, en donde los equipos interdisciplinarios se encargarán de realizar:

La evaluación integral del adolescente con consumo problemático de alcohol y otras drogas, estableciendo una contextualización psicosocial adecuada de la problemática del usuario, de modo que se pueda decidir en base a un conocimiento panorámico (factores físicos, psicológicos, sociofamiliares y económicos) el diagnóstico acertado del usuario para iniciar con un tratamiento pertinente, adaptado a sus necesidades. (MSP, 2016, p. 23)

Entre las herramientas de evaluación se encuentra el Proyecto Global de Familia (PGF) que tiene la “finalidad lograr las condiciones de garantía y restitución

de derechos en el medio familiar a fin de asegurar la reunificación, convivencia y permanencia del niño, niña o adolescente en su núcleo familiar” (MSP, 2016, p. 24).

La segunda fase es la **adaptación, motivación e inicio** del proceso terapéutico que tiene el objetivo de integrar al paciente en la primera parte de la rehabilitación:

En cuanto a su comportamiento deberá centrarse en conseguir una mayor estabilidad emotiva y asumir su responsabilidad sobre sus nuevas conductas. En esta fase el usuario espera que una vez iniciado el tratamiento se deposite en él el mayor grado de confianza, sobre este aspecto hay que trabajar en la comunidad, en función de un incremento progresivo hacia la autonomía. (MSP, 2016, p. 25)

En otras palabras, es necesario motivar al paciente mediante las intervenciones que logren implicarlos dentro del proceso porque son momentos que emocional y psicológicamente se encuentran vulnerables. La decisión de continuar el proceso podrá consolidarse en esta primera etapa con el apoyo familia. En el siguiente cuadro se características de esta fase:

Tabla 7

Características de la primera fase

Características de la fase de adaptación, motivación e inicio de proceso terapéutico

Acoger al adolescente en el Centro.

Informar sobre el servicio y sus normas internas, los tiempos de intervención, los objetivos del trabajo terapéutico y las posibilidades de tratamiento para cada usuario.

Evaluar al usuario en sus esferas bio-psico-sociales-culturales.

Realizar seguimiento a la situación familiar, social, educativa y laboral del usuario.

Definir el acuerdo terapéutico e iniciar el proceso de tratamiento en comunidad.

Incluir a la familia dentro del proceso terapéutico, con el fin de comprender la problemática en torno al consumo y puedan apoyar al usuario en el proceso de recuperación.

Establecer el encuadre terapéutico dentro de una cultura de comunidad terapéutica.
Construir junto el sentido de pertenencia hacia la Comunidad.

Nota: Extraída del Modelo de atención integral residencial para los Centros Especializados de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas – Adolescentes (CETAD), del Ministerio de Salud Pública, 2016.

Es decir que se realizará una socialización sobre el reglamento general y las normativas que apuntan a buen convivir incluyendo las áreas más importantes en el entorno del individuo como la familia. Con la finalidad de que pueda establecer un vínculo de compromiso con su recuperación. En cuanto a las actividades estarán orientadas a la integración en los espacios, sobre todo tener “terapias individuales y familiares que versen en torno a las características particulares del participante y su familia y asambleas multifamiliares con temáticas diseñadas por el equipo técnico y acordes a una línea terapéutica” (MSP, 2016, p. 26).

La fase número tres es la **integración, afianzamiento y esclarecimiento** del proceso terapéuticos que tiene el objetivo de “empoderar al participante en su proceso terapéutico de cambio, considerando sus características bio-psico-sociales” (MSP, 2016, p. 16) y se caracteriza principalmente por:

Tabla 8

Características de la tercera fase

Características de la fase de integración, afianzamiento y esclarecimiento del proceso terapéutico

Fortalecer la conciencia de enfermedad que permita consolidar el proceso terapéutico.

Empoderar a los participantes en el ejercicio de valores y cohesión grupal fundamentales en la comunidad.

Desarrollar habilidades sociales que permitan la integración a un entorno social saludable.

Favorecer en los participantes, su capacidad de autoanálisis, autoobservación y a la vez la búsqueda de alternativas de solución.

Planificar salidas terapéuticas familiares con el objetivo de fomentar una adecuada reinserción.

Promover en la familia conciencia del trastorno adictivo y sus implicaciones en la dinámica familiar.

Nota: Extraída del Modelo de atención integral residencial para los Centros Especializados de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas – Adolescentes (CETAD), del Ministerio de Salud Pública, 2016.

El MSP, plantea un programa de reinserción en áreas institucionales, entre este grupo es posible hacer hincapié en el **Proceso de reinserción familiar y vinculación a la red social de apoyo**. La reinserción familia es un proceso que:

Pretende establecer las relaciones familiares que han sido lesionadas, creando un ambiente favorable para el retorno al hogar; debe intentarse siempre que sea posible y la familia natural ofrezca garantías para el bienestar del adolescente. Es menester que las familias, de origen, extensas asuman sus funciones de cuidado y protección, como consecuencia de la intervención. (MSP, 2016, p. 31)

Para el cumplimiento de estos objetivos, existe una lista de actividades que deben realizarse:

Tabla 9

Proceso de las últimas fases

Proceso para la restitución o fortalecimiento de los vínculos familiares

Acompañamiento desde el Centro.

Acompañamiento para el momento de reunificación familiar: que debe prepararse con tres meses de antelación a la fecha fijada.

Momento de la reunificación familiar, en la fecha que se acuerde.

Acompañamiento desde el espacio de convivencia familiar: que deberá realizarse en un periodo de entre seis y doce meses.

Evaluación y cierre del proceso de reinserción familiar.

Nota: Extraída del Modelo de atención integral residencial para los Centros Especializados de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas – Adolescentes (CETAD), del Ministerio de Salud Pública, 2016.

Asimismo, se realiza un Trabajo con la familia que se enfoca en integrar al individuo de la forma más armónica a su entorno y esto se logra a través de las intervenciones que permitan “identificar en la familia formas adecuadas de comunicación y el incremento de habilidades afectivas, mismas que servirán para expresar adecuadamente los sentimientos positivos como los negativos respecto de las vivencias que se desarrollan dentro del proceso terapéutico para la recuperación” (MSP, 2016, p.33).

En esta ocasión, “su núcleo familiar debe contar con la capacidad y disposición de hacer uso de las herramientas adquiridas durante el proceso y para las cuales se ha comprometido, asumiendo actitudes y comportamientos que ayuden al mantenimiento de los logros alcanzados” (MSP, 2016, p. 33).

¿De qué manera aborda la terapia familiar sistémica el proceso de rehabilitación en conductas adictivas?

La Terapia Familiar Sistémica aborda el proceso de rehabilitación desde un enfoque terapéutico integral con los miembros de la familia y el paciente identificado, es decir, no propone un tratamiento determinado para *curar* la adicción, pero sí realiza un trabajo alrededor de la problemática cómo síntoma tomando en consideración el contexto en que se desenvuelve y la dinámica establecida; estructura.

Por esta razón, Watzlawick y Ceberio (2008) en *Fricciones de la Realidad. Realidades de la Fricción* plantean la necesidad de “cambiar el término -tratamiento- por -trabajo terapéutico-” (p.11), ya que, este último conlleva una metodología, es decir “conlleva una serie de pasos a seguir” (Watzlawick y Ceberio, 2008, p.8) en donde se “sugiere formar un equipo de trabajo (terapeuta más el paciente) que bajo una planificación estipulada tiene como objetivo el cambio y la modificación del problema que ha llevado a la persona a la crisis (Watzlawick y Ceberio, 2008, p.12).

A continuación, se trabajará en función del modelo de Intervenciones familiares en adicciones que propone Eduardo Nicholls, titulado cómo Psicólogo Clínico, Terapeuta Familiar y de Parejas, Coordinador de Unidad de Terapia Familiar en Consumo Problemático de Drogas del Instituto Chileno de Terapia Familiar, entre otras menciones en Clínica y Drogodependencia en el Módulo IV del curso de Diplomado en Destrezas Clínicas en Adicciones.

Desde el enfoque sistémico, el funcionamiento de la familia se rige bajo los principios de circularidad y totalidad, por ello todo lo que suceda con un miembro deberá ser analizado en función de su contexto, es decir que:

No hay una concepción causa-efecto de los problemas, sino que una concepción circular de los mismos. Los comportamientos son vistos como procesos de afectación mutua, en que la conducta de una de las partes del sistema determina el comportamiento de otras de las partes del sistema, y viceversa. (Nicholls, 2011, p.3)

Nicholls (2011), aterriza la problemática respecto a las conductas adictivas y plantea que:

Desde el punto de vista sistémico, el consumo de alcohol o drogas de un integrante de una familia puede ser visto como un síntoma que está relacionado con la organización de esa familia, de modo que el consumo forma parte de la mantención de la homeostasis del sistema. (p.7)

Es decir que la familia se organizará alrededor de la problemática con la finalidad de mantener su funcionamiento, ya sea de forma adaptativa o desadaptativa. En otras palabras, los componentes de la estructura familiar que permiten establecer una dinámica se adaptan al miembro con la conducta adictiva, ya sea excluyendo de sus funciones o en el mejor de los casos implicando en el proceso.

Desde esta visión, el abordaje e intervención significa “trabajar sobre las pautas o patrones interaccionales que presenta toda la familia, y sobre las que se sostiene la conducta en cuestión” (Nicholls, 2011, p.4). En breve, el primer movimiento de este modelo es ubicar la problemática cómo un síntoma que responde a la dinámica y contexto en dónde se desenvuelve el individuo, a partir de allí, identificar de qué forma se establece esta dinámica por medio de las pautas relacionales.

Las pautas relacionales son aquellas “interacciones en el sistema (familia) se dan con una cierta regularidad y tienen un “modo de darse”, que es relativamente consistente en el tiempo” (Nicholls, 2011, p. 6), en este sentido, serían aquellas que organizan estructuralmente los comportamientos entre miembros, por lo que las conductas adictivas serán parte de esta. Esto advierte que no se trata de un problema

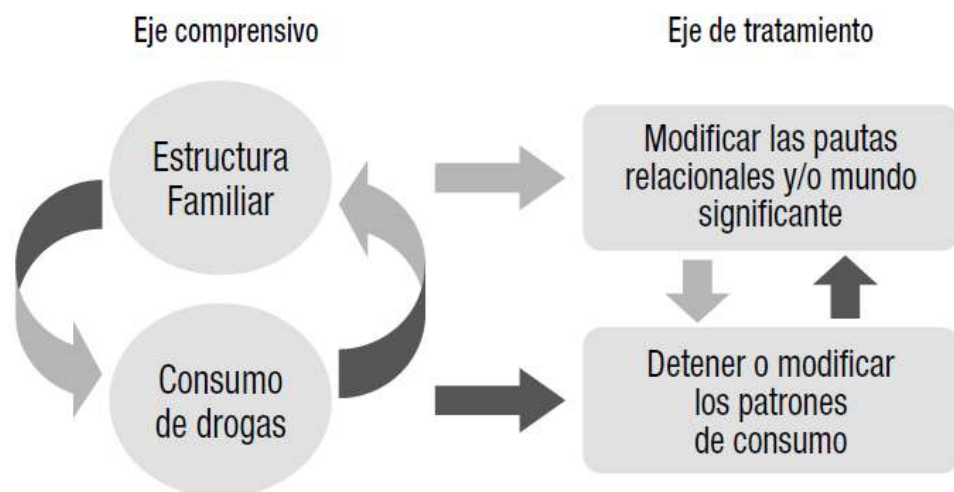
individual, sino estructural. Por ello, el segundo movimiento es comprender la estructura, ya que:

Cuando aparece un síntoma como el consumo de drogas en un miembro de la familia, hay que mirarlo en el contexto de la estructura de la familia en el que ese síntoma aparece. Sólo en ese contexto relacional ese comportamiento/síntoma adquiere significado, puede ser comprendido y modificado. En el contexto de su familia, el síntoma es parte de la homeóstasis que ese sistema tiene. (Nicholls, 2011, p.8)

El tercer movimiento se dedicará a la observación de la familia, su respuesta y su capacidad de adaptación. Estos tres movimientos permiten establecer la modalidad de trabajo a partir del siguiente foco: el eje de comprensión que implica la estructura familiar y el consumo de drogas; y el eje de tratamiento que se encargará de modificar las pautas relacionales y detener o modificar patrones de consumo, Nicholls lo proyecta en el siguiente cuadro:

Figura 1

Esquema de los ejes de trabajo con la familia.



Nota. Extraído del Módulo IV de Intervenciones familiares en adicciones.

Nicholls (2011) entonces explicaría que:

Cuando el foco (eje comprensivo) está puesto en concebir el modo como el consumo de drogas afecta la estructura familiar (las pautas relacionales y de significado de la familia), el eje de tratamiento estará puesto en controlar y/o

suprimir la conducta de consumo de drogas, puesto que este comportamiento es el que está afectando la convivencia familiar. Si se logra reducir o suprimir esta conducta, entonces se logrará también restablecer un funcionamiento adecuado de la familia. (p.10)

Así pues, cuando el sistema familiar se encuentre apto para trabajar, será posible modificar los modos de interacciones, a través de estrategias o herramientas pertinentes. Asimismo, Nicholls (2011) propone que:

En un sentido distinto, si el eje comprensivo está puesto en la concepción de cómo la estructura familiar presenta características que afectan a los individuos que participan en ella y que pudieran facilitar el surgimiento de una conducta sintomática como el consumo de drogas, el eje de tratamiento estará puesto en modificar las pautas relacionales y/o de significado de la familia, puesto que es esta estructura la que contiene el consumo de drogas de uno o más de sus integrantes. Si se modifican estas pautas, entonces se modificará también la conducta de consumo, puesto que pasa a ser un comportamiento que se queda sin sostén o sin sentido relacional. (p.10)

En síntesis, la familia podría ubicarse como un posible factor de riesgo, por lo tanto, es necesario que se modifiquen las formas de interactuar y responder a las problemáticas, ya que la conducta de consumo quedará sin bases, ni refuerzos que la sostenga, porque sus principales modelos propiciaron un cambio.

Estas propuestas permiten establecer dos hipótesis relacionadas al consumo; la primera es la afectación en la dimensión evolutiva de la familia, en donde se “ven obstaculizadas dinámicas relacionales que tienen que ver con procesos de diferenciación y de autonomía” (Nicholls, 2011, p.11); y la segunda que corresponde al desarrollo de una dinámica relacional familiar específica, “en la cual el consumo de drogas se inserta y cobra significado. Es el contexto semántico particular que el consumo de drogas tiene en esa familia” (Nicholls, 2011, p.11)

Es decir, la hipótesis se deberá construir en función de la dinámica y sus integrantes, para buscar en conjunto el sentido o significado que tiene esta respuesta sintomática (conducta adictiva) en el contexto cómo tal y de qué forma, el mismo sistema la mantiene o la refuerza. Finalmente, expone tres modalidades de trabajo

familiar en el consumo problemático de drogas; la psicoeducación, la consejería y terapia familiar desde dos perspectivas:

Cuando el foco de intervención es el individuo y el trabajo familiar es complementario al trabajo individual, se requiere un menor grado de especialización en la comprensión del modelo sistémico y en las modalidades de intervención desde este enfoque” (Nicholls, 2011, p.16, párr.3)

Esto sucede principalmente en los centros de rehabilitación y hospitales de tercer nivel especializados en la recuperación, dónde la familia es un complemento. Mientras que, cuándo la familia es el eje principal del trabajo se plantea que:

El foco está puesto en la familia como cliente u objeto del trabajo terapéutico. En este caso se requiere mayor grado de experticia en el trabajo como terapeuta familiar, y estar familiarizado con los distintos procesos relacionales en los que participa la familia. (Nicholls, 2011, p.16. párr. 4)

Este panorama sería complementario y posterior a la hospitalización del individuo situado cómo paciente identificado, es decir quienes identificaron una dinámica con conductas desadaptativas que están dispuestas a trabajarse desde el ámbito terapéutico y psicológico.

CAPÍTULO 3

Dinámica familiar y el proceso de rehabilitación

En este capítulo, se establece la relación entre los componentes de la dinámica familiar y el papel que desempeñan en el proceso para establecer en qué condiciones se ubican como un factor de riesgo o un factor de protección para el individuo en rehabilitación.

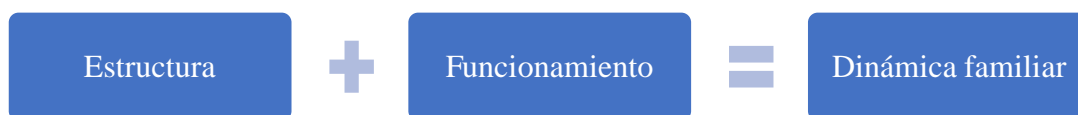
En primer lugar, la dinámica familiar engloba estructuralmente a todos aquellos que conformen un sistema. Al estar inmersos en la crianza y constitución de un individuo, no estarán exentos de influir en el surgimiento o mantenimiento de una problemática. Para Nicholls (2011) en el *Módulo IV de Intervenciones familiares en adicciones*:

Diversos estudios implican a la familia como un factor relevante al momento de pensar y analizar el consumo de drogas en cualquier persona. La familia parece tener un rol y lugar central en el surgimiento y mantención de esta conducta problema. (p.9, párr.1)

En función de “factor relevante”, Alma de Ruiz (1981) planteará que “los sistemas (fenómenos complejos organizados) son el producto de la interacción dinámica entre sus partes, y no la suma de sus características absolutas” (Alma de Ruiz, 1981, p.38). Esto podría explicarse con la siguiente figura:

Figura 2

Dinámica familiar



Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

La estructura aborda diversos mecanismos internos como los miembros, jerarquía, pautas, reglas, límites, roles y funciones. La correcta ejecución de cada uno de estos aspectos podrá determinar si existe un buen o un mal funcionamiento. El resultado de esta interacción, dependiendo de cada sistema, será denominado dinámica familiar. Será este **resultante** el que se tomará en cuenta dentro de esta investigación:

Para determinar su incidencia, se tomará en cuenta dos vertientes adicionales: funcionalidad y disfuncionalidad que se explicarán en base a sus manifestaciones: En el primer caso, cuándo la dinámica familiar es funcional existe la posibilidad de ubicarla cómo un factor de protección, ya que disminuyen la probabilidad de ejecutar la conducta con frecuencia y el sistema se encuentra en condiciones de explorar alternativas de solución que acompañen al individuo. Los factores de protección para Becoña y Cortés (2010) que citan a Clayton (1991) se trataría de “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (p.50). A continuación, se enlistan los factores con mayor proximidad en esta investigación:

Tabla 10

Factores de protección en el ámbito familiar

Protección
Apego familiar.
Oportunidades para la implicación en la familia.
Creencias saludables y claros estándares de conducta.
Altas expectativas parentales.
Un sentido de confianza positivo.
Dinámica familiar positiva.

Nota. Extraído del Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación, pág., 51.

En función del recuadro anterior se establece el tipo de relación que existe entre los factores de protección estudiados por Becoña y Cortés y las características de la dinámica funcional expuestas por Minuchin y otros autores: El apego familiar y las altas expectativas parentales se encuentran relacionados de forma intrínseca con la características de unidad, compromiso y adaptabilidad, ya que posibilita fortalecer aquel sentimiento asociado al cuidado y apoyo mutuo estableciendo un grado alto de compromiso frente a sus roles y funciones dentro de la dinámica.

Las oportunidades de implicación en la familia se asocian a la organización y dedicación entre miembros posibilitando la presencia de claridad en cuánto a reglas,

expectativas saludables y consistentes, adicional podría generar patrones de interacción predecibles y placenteras cómo también una amplia variedad de expresiones emocionales con respuestas empáticas e inclusive formas asertivas de comunicarse.

Las creencias saludables y claros estándares de conducta se asocian a un espacio que permita establecer la confianza mutua, el dominio de los problemas y persista el sentimiento de unión con las generaciones pasadas y futuras, además de poner en juego la transferencia valores éticos e interés por la comunidad humana en general. El sentido de confianza positivo permite que los recursos garanticen la seguridad económica y el apoyo psicosocial facilitado por una red de personas cercanas y amistades, así como por la comunidad y los sistemas sociales mayores.

A lo largo de un proceso de hospitalización residencial, este conjunto de estos factores posibilita afrontar eficazmente el estrés y los problemas que surjan en el camino; y para dominar los retos normativos y no normativos y las transiciones que el programa vaya presentando. Es decir que, si el papel de la familia tiene como base estos factores la posibilidad de rehabilitación podría ser óptima, ya que existe una capacidad alta para afrontar junto al sistema la conducta de consumo.

La **figura 3** explica de forma sintetizada que una dinámica familiar funcional posibilita tener mayor éxito porque posee herramientas y capacidades de adaptación que agilizan contrarrestar la problemática en el paciente, es decir que su **incidencia es positiva**:

Figura 3

Incidencia funcional



Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Por otro lado, cuándo la dinámica es disfuncional podrá ser ubicada cómo un factor de riesgo porque el individuo se vuelve vulnerable frente a las condiciones que le predispone el sistema cómo un ambiente conflictivo, con límites rígidos o ausencia

de estos, jerarquización inadecuada, conductas desadaptativas, desaprobación, entre otros. En otras palabras, Becoña y Cortés (2010) citarán a Clayton (1991) para sintetizar que se trataría de “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (p.50, párr.1). Los factores más próximos en esta investigación, se enlistan a continuación:

Tabla 11

Factores de riesgo en el ámbito familiar.

Riesgo
Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres.
Baja supervisión familiar.
Baja disciplina familiar.
Conflicto familiar.
Historia familiar de conducta antisocial.
Actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial.
Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias.
Bajas expectativas para los niños o para el éxito.
Abuso físico.

Nota. Extraído del Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación, pág., 51.

En función del recuadro anterior se establece el tipo de relación que existe entre los factores de riesgos estudiados por Becoña y Cortés y las características de la dinámica disfuncional propuestas por Minuchin, Barroso y demás autores: El consumo de alcohol y drogas sumado a la historia familiar de conducta antisocial se encuentran relacionados de forma intrínseca con su estructura indicando la presencia de pautas desadaptativas que dan lugar a la reproducción de estas conductas. Es decir que son sostenidas por los miembros del sistema, aquello podría repercutir dentro de proceso de rehabilitación de forma negativa, puesto que el paciente no cuenta con su red de apoyo principal a la cuál acudir, ya que probablemente existan fragmentaciones por la formación de coaliciones, alianzas o triangulaciones.

Aquí es posible pensar que “el conocimiento de esta dinámica de los triángulos ayuda a explicar y predecir algunos patrones establecidos en el sistema familiar y agiliza el cambio terapéutico” (Alma de Ruiz, 1981, p.69) especialmente cuándo se trata de un factor que vulnera y mantiene la conducta adictiva.

La **figura 4** explica de forma sintetizada que una dinámica familiar disfuncional disminuye la posibilidad de tener éxito en el proceso, ya que las creencias que se reproducen en el paciente dificultan la intervención y abordaje de su problemática. El paciente tiene mayor probabilidad de recaer, ya que la familia no cuenta con las herramientas para atender sus necesidades. Es decir que su **incidencia es negativa:**

Figura 4

Incidencia disfuncional



Nota. Elaborado de Reyes Iveth.

La dinámica familiar repercute en la conducta de cada individuo en función de la respuesta o resolución que elabore frente a una problemática, ya que, cada situación pone en evidencia los mecanismos internos que se movilizan en su propio sistema. Se trataría de un reflejo conceptual de modelos familiares en situaciones externas (área académica, laboral, social, etc.). Independientemente de la situación es posible deducir que existe una repetición de patrones conductuales, por esta razón, se elabora el siguiente recuadro tomando los aspectos mencionados anteriormente:

Tabla 12

Proceso de incidencia

Componentes de la estructura	Dinámica familiar	Papel de la familia según autores y MSP	Incidencia en el proceso de rehabilitación
Demandas	Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Implicarse en el proceso en cada una de las fases; interés, acompañamiento, capacitación. • Promover conciencia del trastorno adictivo y sus implicaciones. • Acudir a las terapias familiares. • Recursos para acceder a una institución especializada. 	<p>Fase de desintoxicación: El paciente posee altas expectativas sobre iniciar el proceso, en acompañamiento de sus familiares más cercanos.</p> <p>Fase de deshabitación: Su sistema funciona como motivadore.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El compromiso es replicado en las sesiones individuales por parte del paciente. Existe adherencia en todo el proceso.
	Disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> • El sistema es incapaz de cumplir las demandas institucionales. 	<p>Los pacientes durante las primeras fases se encuentran en un estado de vulnerabilidad, por lo que, la</p>

			ausencia de los miembros más cercanos de su dificultará el compromiso y toma de decisiones.
Pautas	Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Los patrones comunicacionales son claros, abiertos, empáticos y recursivos. • Procesos eficaces de resolución de conflictos. 	El paciente es capaz de comunicar y explorar su problemática en la terapia individual, ya que su sistema provee herramientas que le permiten implicarse y trabajar.
	Disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> • Mal manejo de la información, falta de confianza y apertura. • Comunicación doble vincular. • Mal manejo de eventos estresantes. 	Cuando las familias no logran llegar a un mutuo acuerdo, el paciente muestra desinterés por llevar a cabo un proceso. Porque son conscientes de que su dinámica difícilmente estará en momentos difíciles del proceso cómo en los periodos de negación.
Jerarquía	Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad organizativa caracterizada por claridad y consistencia. • Autoridad y liderazgo paternal o ejecutivo eficaces para conseguir soporte, protección y 	En algunos casos, los pacientes se encuentran en un estado que les incapacita tomar decisiones, por lo

		socialización de los hijos y cuidado de otros miembros vulnerables de la familia.	que la responsabilidad recae en el jefe de la familia o quién tenga el grado más alto de autoridad.
	Disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> • Se establecen relaciones asimétricas donde nadie siente que es tomado en cuenta. • Pésima distribución de los espacios y los límites. 	<p>La familia es incapaz de organizar los grados de autoridad, por lo que, difícilmente se podrá tomar una decisión sobre el paciente.</p> <p>En las fases de reinserción social y familiar, el paciente debe aceptar las disposiciones de la institución y posteriormente respetar los grados de autoridad establecidos.</p>
Reglas y límites	Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto por las diferencias individuales, autonomía y necesidades independientes, fomentando el desarrollo y bienestar de los miembros de cada generación, de las más joven a la mayor. 	<p>En las fases de adaptación y reinserción, el paciente deberá respetar las disposiciones establecidas por la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendrá un grado de consciente alto sobre respetar y cumplir las reglas del espacio terapéutico.

Disfuncional

- Respeto por las diferencias individuales, autonomía y necesidades independientes, fomentando el desarrollo y bienestar de los miembros de cada generación, de las más joven a la mayor.
- Relaciones basadas en la autoridad, poder, control y culpa

- Los límites familiares podrá replicarlos dentro del grupo de recuperación.

- El paciente no tiene referentes concretos sobre el establecimiento de límites, haciendo que estos sean muy rígidos o difusos en su recuperación.
 - Falta de compromiso para cumplir las reglas y normas de los espacios terapéuticos.
 - El paciente maneja la culpa y puede manipular al equipo terapéutico.
 - Repercute en la percepción que tiene sobre su posición jerárquica dentro de la institución.
-

Funciones y roles	Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de unión y compromiso de los miembros como una unidad de relación, de cuidado y apoyo mutuo. • Adaptabilidad: flexibilidad para satisfacer las necesidades de cambio internas y externas; para afrontar eficazmente el estrés y los problemas que surjan; y para dominar los retos normativos y no normativos y las transiciones a lo largo del ciclo vital. 	
	Disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas exageradas, falta de libertades básicas y falta de conciencia sobre las necesidades del otro. 	
Alianzas y coaliciones	Funcional	Los familiares suelen aliarse para buscar la recuperación de su miembro afectado.	Adherencia al proceso, comprensión de los métodos implementados por los terapeutas.
	Disfuncional	Las coaliciones hay una tentativa de negatividad hacia el paciente con conductas adictivas.	Los pacientes suelen observar esta conducta en sus compañeros de recuperación y suelen sentirse amenazados. Generando un ambiente hostil dentro de los espacios terapéuticos.

Triangulaciones	Disfuncional	<ul style="list-style-type: none">• Resolver los conflictos conyugales a través del paciente con conductas adictivas.	Cuando existen triangulaciones perversas, el paciente se alía con dos de sus familiares buscando salir del proceso.
------------------------	--------------	---	---

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Referido netamente al proceso de rehabilitación propuesto por el Ministerio de Salud en Ecuador, la familia debería responsabilizarse de fortalecer la conciencia sobre la problemática; antes, durante y después del proceso, tomando en cuenta que una de sus funciones es educar en valores para evitar posibles recaídas, no obstante, si el sistema se encuentra ausente de interés por contribuir, existe la probabilidad de que el paciente no obtenga un buen pronóstico, ya que suelen desmotivarse en el cumplimiento de las actividades. Esta responsabilidad gira en torno a la información que la familia adquiera en los talleres, ahí yace la importancia de qué acudan de forma constante a las terapias, ya que permitirá el cambio de pensamientos asociados a creencias irracionales sobre la enfermedad y la posibilidad de reestructurarlos; la simple predisposición al cambio los ubica como un fuerte factor de protección.

La familia tiene la función de apertura espacios de diálogo o comunicación democrática que permitan la comprensión de la conducta, los factores que generan vulnerabilidad, aquello podría ubicarse como un factor de protección pero si los patrones de comunicación son conflictivos, pocos claros o difusos, el individuo no tendrá el deseo de participar en la dinámica, generando que cada vez que deba acudir a este espacio se sienta sobreestimulado a un riesgo, ya que, se pone en juego la tolerancia a la frustración que a largo plazo genera un abandono del proceso.

Durante las últimas fases en donde el individuo debe tener reinserciones familiares, deberán planificar actividades que involucren a todos sus miembros para ayudar al individuo a socializar con quienes perdió durante el consumo. Pero, si la dinámica se caracteriza por una baja supervisión y disciplina familiar que tienden a involucrar límites difusos, funciones y roles establecidos de manera inadecuada, provocará la ausencia de reglas básicas que permitan una efectiva interacción y pésima distribución de roles y límites.

Aquí se plantea que el individuo que está en adicción suele caracterizarse por ser autosuficiente por lo que, sentirse desligado de la familia podría generar un aislamiento del sistema y del propio proceso de rehabilitación.

El MSP, también refiere a que la familia debe ayudar a desarrollar habilidades sociales y fortalecer su capacidad de autoanálisis, es decir, realizar un trabajo introspectivo que se imparta a manera de ejemplo. Si el sistema es capaz de proveer herramientas que faciliten la tarea, contribuyen a la evolución del paciente, pero si el propio sistema carece de habilidad, existe la probabilidad de que la percepción que tiene sobre sí mismo se distorsione. Por otro lado, todos los miembros deben tener la capacidad de observar y buscar alternativas de solución frente a conflictos que surjan dentro del proceso cómo, por ejemplo, llamados de atención para no estancarse y proseguir.

Cuando el individuo es capaz de percibir el desinterés, es probable que los niveles de tolerancia disminuyen y los niveles de ansiedad aumenten porque no cuenta con personas en las cuales contar cuando ocurren estos conflictos, aquello distrae su atención en problemáticas externas y no se concentran en el proceso.

Al posicionarse como una red de apoyo, es necesario que el cambio también devenga de la familia, ya que así existe un cambio a nivel macro de la conducta de consumo y cuándo atraviese el proceso recibirá apoyo sin ser reprimido, menospreciado o vigilado, ya que se encuentra implicado, motivado y colaborativo en la rehabilitación atendiendo a cada contenido impartido, ya que el principal objetivo es retomar los lazos de confianza, comunicación y relaciones perdidas. Cuando la familia provee preocupaciones la atención del paciente se encuentra distorsionada e irrupida, haciendo que utilice esta excusa para solicitar un alta sin estar apto para reinsertarse en la sociedad.

CAPÍTULO 4

Metodología

Enfoque

El presente trabajo es de corte cualitativo, ya que tiene la intención de “describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de la experiencia investigativa de revisión bibliográfica y recolección de datos en las que se producen significados, se concibe como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible” (Sampieri, 2014, p.9).

Además, permite adquirir “un punto de vista “interno” (desde dentro del fenómeno), aunque mantiene una perspectiva analítica o una cierta distancia como observador externo” (Sampieri et. al., 2010, p.10). Es decir que, existe la posibilidad de profundizar en una problemática en torno a diversas hipótesis que pueden esbozarse a medida que se desarrolle la investigación, tomando en cuenta la realidad subjetividad de cada individuo involucrado. Ya que, su principal objetivo es la expansión de este tipo de información que poco a poco tienen visibilidad en el país.

Paradigma

Se utiliza el paradigma interpretativo, puesto que permite “realizar una descripción lo más detallada posible de lo que ha acontecido en los escenarios, sin control previo ni condiciones preestablecidas” (Sayago, 2002, p.158) en dónde el análisis es un proceso de absoluta sintonía, continua e interactivo. Por esta razón, el proceso de investigación será inductivo, ya que permite “explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas - yendo- de lo particular a lo general” (Sampieri et. al., 2010, p.9).

Por ejemplo, identificar cómo la dinámica de cada uno incide en su proceso de rehabilitación a partir de las entrevistas o escalas que analizan aspectos concretos del primer componente.

Método

El método que se aplica es el descriptivo, ya que, busca “conceptualizar las variables y caracterizarlas sobre un tema o problemática a abordar” (Sampieri, 2014). Es decir que se pretende desarrollar la investigación en función de las variables planteadas. De acuerdo con Hernández (2014) el estudio descriptivo:

Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (p.92)

El paradigma, ya advertía que no solo se trata de producir teoría, sino de atribuirle una perspectiva diferente a lo que se investiga. Desde el enfoque familiar sistémico poder atender aquellas cuestiones que originan síntomas en el individuo, identificar y elaborar formas de abordarlas.

Población:

De acuerdo con López (2004), “es un conjunto de personas u objetos con interés diversos que decide ser partícipes de una investigación” (p.69). En este caso, se trabajará con una muestra típicas o intensivas “que eligen casos de un perfil similar, pero que se consideran representativos de un segmento de la población, una comunidad o una cultura (no en un sentido estadístico, sino de prototipo)” (Sampieri et. al., 2010, p.398), ya que serán los pacientes del departamento de conductas adictivas de un hospital privado de salud mental en el que se realizan las prácticas preprofesionales, en compañía de los profesionales de psicología con orientación sistémica.

Técnicas de recolección de información e instrumentos

Cuando se hace referencia a la recolección de datos, se orientará a “obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos)” (Sampieri et. al., 2010, p.9).

De acuerdo con Sampieri (2014), se utilizan “técnicas para recolectar datos, como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, e interacción e introspección con grupos o comunidades” (p. 8). Por esta razón, se aplicarán los siguientes instrumentos:

Para una adecuada recolección de información, se implementaron entrevistas semiestructuradas a 06 profesionales especializados en terapia familiar y conductas adictivas. Asimismo, entrevistas semiestructuradas y escalas a 10 pacientes de conductas adictivas inmersos en un proceso de rehabilitación. También, referencias bibliográficas para fundamentar teóricamente la investigación.

- Las entrevistas abiertas se “fundamentan en una guía general de contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla” (Sampieri, et. Al., 2010, p.403) que “logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema” (Sampieri, et. Al., 2010, p.403).
- Las entrevistas semiestructuradas “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información” (Sampieri, et. Al., 2010, p.403) por esta razón, serán empleadas para indagar cada una de las variables.
- La observación dentro de las terapias grupales “profundamente en situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones” (Sampieri, 2014, p.399).

En segundo lugar, se evaluará la dinámica familiar a través de cinco escalas de medición cualitativa que propone el enfoque sistémico familiar:

- El APGAR familiar “es una escala de 5 enunciados que permite evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado” (Suarez y Alcalá, 2014, p.1). Esta herramienta presenta cinco opciones de respuesta 1) nunca, 2) casi nunca, 3) algunas veces, 4) casi siempre, 5) siempre. A pesar de trabajar con puntajes, el resultado es interpretativo indicando si existe una función familiar normal (17-20 puntos), disfunción leve (16-13 puntos), disfunción moderada (12-10 puntos) y disfunción severa (9 puntos

o menos). Por esta razón, es importante aplicarlo, ya que evalúa cinco componentes del funcionamiento de un sistema: adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto, y recursos.

- La escala de comunicación aplicada “es una versión corta del cuestionario original, está constituido por 10 ítems y contempla las habilidades positivas de comunicación. Estas incluyen: mensajes claros y congruentes, empatía, frases de apoyo y habilidades efectivas de resolución de problema” (Equipo EIF, 2008, p.65) y tiene el objetivo de:

Evaluar la comunicación que se produce en la familia, recogiendo aspectos importantes como el nivel de apertura o libertad para intercambiar ideas, la información y preocupaciones entre generaciones, la confianza y honestidad experimentada, y el tono emocional de las interacciones. (Equipo EIF, 2008, p.65).

Esta herramienta tiene una escala de fiabilidad presenta en “un Alpha de Cronbach de 0,88” (Equipo EIF, 2008, p.66) y el tipo de calificación es cualitativa e interpretativa en función de un puntaje que busca ubicar el grado de comunicación en que se encuentra cada sistema:

Cada ítem se puntúa sobre una escala con 5 alternativas de respuesta: 1) No describe nada a mi familia, 2) Sólo la describe ligeramente, 3) Describe a veces a mi familia, 4) En general, sí describe a mi familia y 5) Describe muy bien a mi familia. La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones otorgadas a cada uno de los ítems. La puntuación mínima que se puede obtener con la escala es de 10 puntos y la puntuación máxima es de 50 puntos. Una puntuación más alta indica una mejor comunicación familiar. (Equipo EIF, 2008, p.67)

Operacionalización de variables

Tabla 13

Variab les	Subvariables	Definición conceptual y relevancia	Instrumento	Preguntas a especialistas
Dinámica familiar	Dinámica	“Es el clima relacional que se define bajo los conceptos de estructura y composición familiar, tipos de familia, relaciones familiares, funciones de la familia, comunicación, reglas normas y valores” (OPS, 2011, p.7)	Entrevista semiestructurada	¿Qué define usted por dinámica familiar?
Funcionalidad	Componentes de la dinámica funcional	Walsh (1993) sitúa que la clave para definirla “reside en la flexibilidad y el movimiento que permiten sus patrones característicos en respuesta al estrés” (p.247).	Entrevista semiestructurada	¿Qué factores/componentes le permiten reconocer que una familia es funcional?
Disfuncionalidad	Componentes de la dinámica disfuncional	“Funcionamiento que está mediatizado por el síntomas o problema, no permitiendo un cambio. El sistema está atascado en su proceso de crecimiento, ha habido una parada y el síntoma es la voz de alarma que indica		¿Qué factores/componentes le permiten reconocer que una familia es disfuncional?

		hay que hacer una revisión antes de continuar viaje. (Bermúdez y Brik, 2010, p. 248)		
Proceso de rehabilitación	Rehabilitación, rol de la familia y su incidencia.		Entrevista semiestructurada	¿Cómo se da el proceso de rehabilitación en las conductas adictivas? Explique
			Entrevista semiestructurada	¿Cuál es el rol de la familia dentro del proceso de rehabilitación? ¿De qué forma incide la familia dentro del proceso de rehabilitación?

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

CAPITULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Entrevistas a especialistas

Para el análisis de las entrevistas, se codificará a los especialistas como E1, E2, E3, E4, E5 y E6 tomando en cuenta que los nombres de participantes se mantendrán en el anonimato, de acuerdo con el consentimiento informado.

Tabla 14

Pregunta 1: ¿Qué define cómo dinámica familia?

E1	E2	E3	E4	E5	E6
<p>“La dinámica familiar es el movimiento que sucede en el entorno familiar. Es decir que están en juego roles, comunicación de ideas, establecimiento y cumplimiento de normas y resolución</p>	<p>“...se define como las diferentes interacciones que se enmarcan en un vínculo reconocido dentro del círculo familiar”.</p>	<p>“En cómo se compone familia, jerarquía, estructura y cómo funcionan entre sí. Podría ser una especie abanico de aprendizaje para individuo”.</p>	<p>“A todas las interacciones que tienen los miembros de una familia entre ellos y su entorno social inmediato”. “Cuando hablamos de conductas adictivas, está se ve reflejada principalmente en la interacción grupal”.</p>	<p>“... todo el clima en qué se relaciona la familia, se trata de todos estos mecanismos que hacen que funcionen”. “Otra forma ... enmarca la comunicación, roles y límites”.</p>	<p>“Trabajo con familias la mayoría de tiempo así podría definirse en la forma en que interactúan”. “Las pautas que establecen para resolver un problema”. “Se trata de todo lo que</p>

de conflictos”.	hace que esta funcione”.
-----------------	--------------------------

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Análisis: Los especialistas coinciden al definir la “dinámica familiar” cómo el espacio de interacción en que se movilizan varios mecanismos propios de la estructura como la jerarquía, roles, normas, límites, entre otros. Todos refieren a la comunicación como un factor determinante dentro del sistema y enfatizan, en la función socializadora de la familia, ya que las conductas aprendidas son replicadas en el entorno social, en el caso de las conductas adictivas se vería reflejada en los grupos terapéuticos. Finalmente, la mayoría explica que la finalidad de la dinámica es ofrecer respuestas frente a las problemáticas.

Tabla 15

Pregunta 2. ¿Qué factores/componentes le permiten reconocer que una familia es funcional?

E1	E2	E3	E4	E5	E6
“Una familia funcional es aquella que resuelve los conflictos de la vida cotidiana de manera asertiva	“Una familiar se podría nombrar bajo el término funcional cuando la resolución y gestión de conflictos realiza de una forma asertiva”.	“...el componente que tiene mayor implicación es la comunicación, sería la base de las relaciones, educación buena estructuración,	“Algunas de las interacción es que podría mencionar serian: Comunicación entre los miembros y redes	“La base de toda dinámica es la comunicación, que está implícita en todos los componen tes cómo	“Comunicación, jerarquías con grados de autoridad definidos, límites, roles y funciones claros”. “Cuándo la familia posee la capacidad de ofrecer

mediante la comunicac ión entre los miembros; es decir, no deja que los conflictos empeoren ignorándol os y haciendo del conflicto principal otros conflictos secundario s por su no resolución . Este tipo de familia tiene roles equitativo s y los miembros son un apoyo emocional	aquí hablamos de una buena organización o cómo mayormente se conoce cómo cohesión y adaptabilidad”.	próximas (educación , vecinos, familia extensa), límites y fronteras entre cada	límites claros, roles definidos y sobre todo en la confianza	alternativas de solución, puede evaluarse su funcionalida d”. ”. uno, satisfacció n entre sus miembros y la convivenci a, adaptabilid ad y uso de recursos ante una crisis familiar, las alianzas y coalicione s, estructura jerárquica dentro de la familia y funciones para cada
---	--	--	--	---

para los otros respetando sus ideologías y límites individual es”. rol dentro de la misma”.

Nota. Elaborado por Iveth Reyes.

Análisis: Los especialistas señalan que los indicadores de funcionalidad yacen en el asertividad, capacidad de resolución de conflictos y adaptabilidad frente a las demandas externas o internan porque posibilitan la delimitación y respeto por la individualidad. Por esta razón, la mayoría logra enlistar los siguientes factores/componentes para reconocer una familia funcional: jerarquía con grados de autoridad establecidos, comunicación asertiva, límites claro, alianzas, el cumplimiento de roles y funciones de forma adecuada.

Tabla 16

Pregunta 3. ¿Qué factores/componentes le permiten reconocer que una familia es disfuncional?

E1	E2	E3	E4	E5	E6	
“Por el contrario, una familia es disfuncional cuando no resuelve los conflictos, su comunicaci	“Cuando los conflictos prevalece n, siendo difícil la resolució n de estos”.	“Desde práctica, 99% de pacientes atraviesan episodios de violencia”. “Es un común denominador que las familias	mi el mis factores en la pregunta anterior con la diferencia que estos se ven alterados, por ejemplo: tener	“Podría decir que se repiten los mismos factores que en la pregunta anterior con la diferencia que en que familia presenta alteracione	“Diría que los mismos component es con la gran diferencia en que la familia presenta alteracione	“Suelen presentar límites totalmente rígidos o difusos”. “Demarca la ausencia de reglas, normas y

<p>ón es escasa o ambigua, no tiene establecidos los roles y no se respeta la individualidad de cada miembro. En este tipo de familia puede haber el uso de violencia física, psicológica o sexual, siendo un factor que desencadena estrés, angustia o ansiedad en uno o varios de sus miembros”.</p>	<p>disfuncionales en adicciones sean codependientes o que su homeostasis tenga sus bases en el paciente identificado”.</p>	<p>estilos de comunicación que propician conflictos como la triangulación, minimización, reproches y reclamos constantes; límites y fronteras no identificadas con claridad que a su vez afectan la estructura del sistema; la inadecuada gestión de recursos familiares frente a problemas cotidianos, etc.”.</p>	<p>valores aprendidos”. “...estas familias no tienen autonomía, se vuelven muy dependientes ”.</p>
--	--	--	--

Nota. Elaborado por Iveth Reyes.

Análisis: Los especialistas señalan que en este tipo de familias existen carencias alrededor de sus capacidades de resolución de conflicto y una falta de organización muy presente.

Entre los factores/componentes enlistan los siguientes: Límites difusos o rígidos, falta de autoridad, ausencia de reglas y respeto nulo por los establecimientos de sus miembros. Algunos especialistas comentan que son familias codependiente, con rasgos de violencia física (sexual), verbal y psicológica, que en ocasiones suelen ser el origen de los problemas.

Tabla 17

Pregunta 4. ¿Cómo se da el proceso de rehabilitación en las conductas adictivas?

E1	E2	E3	E4	E5	E6
“La rehabilitación de los pacientes con conductas adictivas es un proceso muy individual, en el que se comienza por la toma de conciencia y aceptación del consumo. De manera general, se puede trabajar la habilidad de afrontar conflictos, la tolerancia al malestar,	“Dentro de la institución en la cual trabajo actualmente, el proceso de rehabilitación está formulado bajo un programa que consta de 4 fases, en las cuales se pretende la intervención integral de	“...es un trabajo interdisciplinario porque trabajan psicólogos clínicos, psiquiatras, especialistas en terapia familiar y vivenciales. Consta de 3 fases que duran 2 meses cada una: adaptación, trabajo individual y reincorporación. Hay una cuarta fase que se llama adaptación social” que ocurre si existe consentimiento y	“Se da desde una visión integral, inicialmente una desintoxicación de todas las sustancias ingeridas y valoración médica para el cuadro clínico, posteriormente se realiza una evaluación psicológica para plantear un plan de tratamiento individualizado y darle una acogida al	“En nuestra institución es un proceso de 4 meses y 2 meses adicionales en dónde se prepara al paciente para reinsertarse en su cotidianidad”. “Se aborda desde un enfoque integral, mancomunado y	“El proceso dura 6 meses y es un trabajo psicológico integral, familia, trabajo y otros entornos se ven involucrados”. “En nuestra institución atraviesa

regulación emocional y expresión de sentimientos. Sin embargo, es un trabajo personalizado, ya que la conducta adictiva puede ser la misma, pero las causas e historia son distintas”.	problemática”. “En nuestra institución es primordial realizar al menos una entrevista con la familia para recabar información”	compromiso”. de la comunidad hospitalaria. Se evalúa los cambios en conductas disfuncionales y	proceso dentro de la las fases, que dispone el MSP”. conducta adictiva en sí”.	4
		entrenamiento de habilidades de afrontamiento del craving, y análisis de factores de riesgo”.		

Nota. Elaborado por Iveth Reyes.

Análisis: Los especialistas ejercen en instituciones hospitalarias ecuatorianas, por lo que, su modelo específico sigue los lineamientos que propone el Ministerio de la Salud Pública. Los especialistas atienden de forma mancomunada la problemática y realizan las siguientes actividades: evaluar el sistema familiar, psicoeducación, terapias, causas y efectos de la conducta adictiva y reestructurar sus creencias. La mayoría de las instituciones tienen programas de alrededor de 4 fases: desintoxicación, adaptación, mantenimiento y reinserciones.

Tabla 18*Pregunta 5. ¿Cuál es el rol de la familia dentro del proceso de rehabilitación?*

E1	E2	E3	E4	E5	E6
<p>“El rol de la familia dentro del proceso de rehabilitación es ser apoyo emocional para el paciente; así mismo, es necesario que la familia acuda a terapia, ya que durante la época de consumo también se vio afectada, de esta manera puede comprender un poco</p>	<p>“Dentro del proceso de rehabilitación la familia se puede convertir en una red de apoyo y protección”.</p>	<p>“En este caso, las madres son quienes se encuentran más inmersas en el proceso de rehabilitación”. “Deben aprender a gestionar su amor desmedido que acepta su manipulación. Deben aprender a confiar nuevamente en ellos”. “Más allá de ser una red de apoyo, en muchos casos limitan porque los</p>	<p>“El rol fundamental sería el de red de apoyo para el proceso”.</p>	<p>“Es la mayoría de los casos, se trata de que la familia coopere con actividades, información y reestructure ciertas creencias que estancan al paciente, su proceso a su propio sistema”.</p> <p>“Dependiendo de su funcionamiento serán una red de apoyo o un factor de riesgo por el mantenimiento de conductas de</p>	<p>“Red de apoyo, espacio de escucha, ofrece espacio seguro”. “Motiva, se informa y ayuda a contrarrestar las creencias irracionales”.</p>

más sobre las adicciones y aprender estrategias para abordar la dinámica familiar con el paciente en rehabilitación”.	cierran a sus propios propósitos”.	riesgos y la manipulación constante”.
--	--	---

Nota. Elaborado por Iveth Reyes

Análisis: Los especialistas señalan que la familia debería ser la principal red de apoyo antes, durante y después de un proceso de rehabilitación. Explican la necesidad de adquirir información, estrategias y herramientas para posibilitar una buena prognosis en la rehabilitación, no obstante, deberá realizar un trabajo extra en terapia para resolver conflictos pendientes como viejos esquemas, percepciones limitantes, conductas codependientes y regular el amor desmedido que puedan llegar a ofrecer, dónde la manipulación se ubica como principal riesgo.

Tabla 19

Pregunta 6. ¿De qué forma considera que incide la familia dentro del proceso de rehabilitación?

E1	E2	E3	E4	E5	E6
“La familia incide mucho	“Dependiendo de las características de la familia y la dinámica con el	“Muchos de los síntomas que	“En el nivel de adherencia que tiene un	“Depende en gran medida de su funcionamiento	“En la forma en que el paciente se adhiere al

en el paciente puede tener un impacto positivo o negativo”.	presentan los pacientes proviene de cosas que han vivido dentro de sus familias.	individuo en su proceso”.	nto..., serán redes de apoyo incidiendo de forma positiva o serán factores de riesgo incidiendo de manera negativa”.	proceso, es de decir, la forma en que logra aceptar su problemática y cumplir con las normativas de la institución”.
parte tanto de su factor de protección como su factor de riesgo para una recaída. Es importante que la familia	Por ello incide de forma directa, en la forma en que avanzan o retroceden dentro del proceso”.			

sea un
soporte
emocio
nal del
pacient
e, que
asista a
terapias
para
compre
nder la
conduct
a
adictiva
y saber
interact
uar con
el
pacient
e en
rehabili
tación.
En
muchas
ocasion
es, la
familia
es el
princip
al
factor

se hace
presente,
ya que
son
propenso
s a no
encontrar
un
significad
o en base
a su
rehabilita
ción”.

de
riesgo,
ya que
expone
n al
pacient
e a
sustanci
as ya
sea por
su falta
de
apoyo o
compre
nsión
de la
proble
mática”
.

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Análisis: Los especialistas explican que su incidencia depende, en gran medida, del tipo de familia en la cual se encuentre inmerso. Tomando en cuenta la vertiente de dinámica; si tiene un buen funcionamiento podrán ubicarse como un factor de protección, ya que será soporte, apoyo y motivación, además contarán con una perspectiva adaptativa sobre la problemática. Es decir, su aporte será positivo. Por otro lado, la vertiente disfuncional podrá considerarse como un factor de riesgo, ya que no contarán con apoyo. Su aporte será negativo.

Análisis General:

Los especialistas plantean la incidencia en función de dos vertientes; funcionalidad y disfuncionalidad. Cuando existe una dinámica funcional, corroboran que la familia se posiciona como un factor de protección porque se encuentra en condiciones para resolver los conflictos que se presenten en el proceso de rehabilitación. La implicación que demuestra en las terapias familiares, el paciente se adhiere más en el avance de fases. De esta forma, el individuo involucrado en el programa será capaz de identificar su sistema ofrece estrategias, herramientas y apoyo en las decisiones que busquen su bienestar. Mientras que, la presencia de una dinámica disfuncional caracterizada por la ausencia de límites, patrones comunicacionales difusos y falta de autoridad, falta de individualidad, reglas y normas repercute en el comportamiento que los pacientes tengan dentro del espacio terapéutico y convivencia dentro de la institución.

A continuación, se **analizarán** los **resultados** de las **escalas** con la finalidad de relacionar la interpretación obtenida con los enunciados del paciente que permitan tener mayor validez y confiabilidad en los mismos y para el análisis de los resultados de las escalas y entrevistas, se codificará a los pacientes como P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P8 y P10 tomando en cuenta que los nombres de participantes se mantendrán en el anonimato, de acuerdo con el consentimiento informado:

Resultados del APGAR

Tabla 20

Pacientes	Puntaje	Interpretación del puntaje obtenido
P1	19	Función familiar normal
P2	18	Función familiar normal
P3	14	Disfunción leve
P4	16	Disfunción leve
P5	11	Disfunción moderada
P6	11	Disfunción moderada
P7	12	Disfunción moderada

P8	19	Función familiar normal
P9	9	Disfunción severa
P10	14	Disfunción leve

Nota. Elaborado por Iveth Reyes

Análisis: Se evaluaron 5 componentes en esta escala, en dónde se abordó la adaptación frente a los problemas asociados al consumo; la participación e implicación en el proceso; la gradiente de recursos frente a las esferas biopsicosociales; afectividad; y recursos o capacidad resolutive. En la gradiente funcional, pocos pacientes indicaron que su sistema tenía un funcionamiento normal de estos componentes. Por otro lado, la mayoría de los pacientes pertenecen a una familia con disfunción leve y moderada. Muy pocos casos indican estar dentro de un sistema familiar disfuncional severo.

Análisis General:

Los P1, P2 y P8 (función normal) comentaron que se sentían “satisfechos y contentos de contar” con sus familias frente a los problemas y/o necesidades dentro y fuera de la rehabilitación. Que “podía contarles todo... incluso compartir sus miedos, pero las drogas fueron un asunto aparte”. Añadieron que “compartían tiempo de calidad ... con la familia” y que “hicieron todo lo que estaba a su alcance” para ayudarlos.

Los P3, P4 y P10 (disfunción leve) comentaron estar “satisfechos y felices” sus familias, pero “perdieron confianza, tiempo y apoyo cuando cayeron en drogas” y esta situación - en su momento- “trajo muchos problemas”. Señalan que “hay apoyo” pero “en varias ocasiones se sienten inconformes con la escucha”.

Los P5, P6 Y P7 (disfunción moderada) explicaron que “siempre hay roces, que las familias no pueden ser perfectas” y prefieren “mantenerse al margen”, no obstante “tienen una relación estable” con sus familiares. Finalmente, el P9 con disfunción severa comenta que “no pasa tiempo de calidad” con sus familiares porque “no pueden ni verse”.

Resultados de la Escala de Comunicación

Los números representan en siguiente enunciado:

1 = No describe nada a mi familia; 2 = Sólo la describe ligeramente; 3 = Describe a veces a mi familia; 4 = En general, sí describe a mi familia; 5 = Describe muy bien a mi familia

Tabla 21

Cuadro de resultados

Indicadores	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos	5	5	2	4	3	3	2	3	2	2
Análisis	La mayoría de los entrevistados señala sentirse ligeramente satisfecho con la forma de comunicarse de su familia. En algunos casos, “a veces” se sienten satisfechos con esta cuestión.									
Los miembros de mi familia sabemos escuchar.	4	5	2	4	3	3	3	3	1	2
Análisis	La mayoría de los entrevistados indicaron que “a veces” sus familias saben escucharse entre sí, evidenciando cierta inconformidad.									
Los miembros de mi familia nos expresamos afecto entre nosotros.	5	3	4	4	4	1	3	2	2	3

Análisis	Los pacientes tienen a expresar sus afectos “a veces” y “en general” con sus familiares. Logrando tener espacios de comunicación en qué llegan a sentirse cómodos.									
En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente.	4	4	5	3	3	1	2	2	2	4
Análisis	Expresar sus sentimientos de forma abierta suele suceder en algunas ocasiones con escalas mayormente bajas: “a veces” y “ligeramente”.									
Disfrutamos pasando tiempo juntos.	5	5	5	4	3	2	3	3	2	5
Análisis	Las respuestas suelen mostrar un equilibrio respecto al tiempo compartido, en algunos casos se sienten totalmente satisfechos y en otros ligeramente.									
Los miembros de mi familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros.	4	5	4	4	3	2	3	2	2	3
Análisis	En la mayoría de los casos se discute las ideas y sentimientos de forma general. El ambiente propicia la consulta y debate de las situaciones ocurridas.									

<p>Cuando los miembros de mi familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras.</p>	5	5	5	3	2	3	1	4	2	3
<p>Análisis</p>	<p>En la mayoría de los casos, las respuestas ofrecidas son sinceras por parte de la familia y por los individuos después de ingresar en rehabilitación.</p>									
<p>Los miembros de mi familia intentamos comprender los sentimientos de los otros.</p>	5	3	3	5	3	2	3	3	2	4
<p>Análisis</p>	<p>Ligeramente son comprendidos los sentimientos de los demás, aquello muestra dificultad en el área de comprensión.</p>									
<p>Los miembros de mi familia resolvemos tranquilamente los problemas.</p>	4	5	2	3	3	2	3	3	3	3
<p>Análisis</p>	<p>“A veces” y ligeramente se sienten identificados con este apartado, ya que, suelen surgir inconvenientes en la forma en qué se solucionan los problemas.</p>									

En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos.	5	5	4	5	2	3	2	2	3	2
Análisis	“A veces” suelen expresar sus verdaderos sentimientos, no obstante, hay casos que se encuentran completamente identificados.									
Total	46 = Óptima a comun icación	45 = Óptima comunica ción	36 = Superior	35 = Superior	29 = Superior	22 = Inferior	25 = Inferior	27 = Superior	21 = Deficiente	31 = Superior

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Análisis: La mayoría de los pacientes obtuvieron resultados que rigen en patrones de comunicaciones superiores que indican familias con capacidades normales de establecer espacios de diálogo, pero depende de cada caso identificar el aspecto en qué se encuentra la problemática. Tres casos poseen capacidades óptimas de comunicación. Dos de estos casos, presentan una capacidad comunicativa inferior. Tan solo un caso, posee una capacidad comunicativa deficiente.

Análisis General:

El P1 y P2 indican que su capacidad comunicativa es óptima y expresaron que sus familias “apertura espacios seguros de escucha, sinceros y sin sentir vergüenza” por lo que, se siente satisfechos con los sistemas familiares en los que se encuentran inmersos.

Los P3, P4, P5, P8 y P10 indicaron que su capacidad comunicativa es superior, expresando cierta “satisfacción con los patrones” establecidos en su familia, pero así mismo muestran cierto descontento con “abrirse de forma sincera” o “expresar sus verdaderos sentimientos” por miedo a ser juzgados, especialmente en su

Los P6 y P7 poseen capacidades comunicativas inferiores. Ellos expresaron “sentirse poco satisfechos con los espacios que tienen” con sus familiares pero que “intentan” mejorar, enseñándoles lo “que aprenden” en los programas. Finalmente, el P9 presenta una capacidad deficiente al cuál refiere “mi mala relación con ellos, es esto”.

Análisis de la Variable: En la investigación y durante las entrevistas fue posible constatar que la comunicación era un factor clave que se encontraba implícito dentro de todos los componentes estructurales y de la dinámica familiar, por esa razón se la evaluó en esta parte. Recoge aspectos importantes como el nivel de apertura o libertad para intercambiar ideas, la información y preocupaciones entre generaciones, la confianza y honestidad experimentada, y el tono emocional de las interacciones.

Resultados de las entrevistas a pacientes:

Tabla 22

Pregunta 1. ¿Cuál y cómo es la relación con su familia?

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
“Es muy cercana y actualmente estamos en proceso de reconciliación, gracias a la rehabilitación”. “Tenemos una buena comunicación y siempre buscamos ser honestos.	“Relación buena, ahora en rehabilitación es asertiva porque intentamos recuperar la confianza. “Antes todo era un caos”. “Estamos bien”.	“Muy bien porque estoy sanando”. “Ahora podemos hablar, pero tenemos momentos dónde no queremos vernos porque no nos entendemos”.	“Con mis papás llevamos regular”. “Aún les cuesta aceptar ciertas cosas, pero, no intentamos”. “Gracias al proceso no podemos hablar de cosas que antes no”.	“Nos nos llevamos regular; a veces bien, a veces mal”. “Para mis hijos yo no existo porque nunca estuve”	“Es regular, hablamos lo necesario y evitamos tener discusiones”.	“Es regular porque nos vemos poco y hablamos lo necesario”. “Somos bastante cerrados”.	“Tenemos una buena relación, desde que ingresé tenemos actividades juntos, cooperamos y siempre me apoyan”.	“Mis padres no me hablan por las recaídas, pero me ingresaron aquí y ya”. “Cada que intentamos hablar solo discutimos y cuando nos damos nuestro espacio”.	“Nos llevamos bien, discutimos y a veces no nos queremos ver, pero toda mejora y cuando nos damos nuestro espacio”.

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Análisis: La mayoría de las pacientes expresan que la relación con sus familiares es regular, que presentan inconvenientes y dificultades para resolver de forma satisfactoria sus problemáticas. Otros explican que su relación mejoró en función de la rehabilitación describiendo su relación como asertiva y cercana, mostrando satisfacción por los hechos. Minorías responden a familias con relaciones “lejanas” y problemáticas muy marcadas que dificultan entablar un dialogo coherente libre de agresiones.

Tabla 23

¿Existen conflictos en su familia?

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
“Hoy por hoy no. En rehabilitación mi familia acude a las terapias, informo a que dejen de juzgar me	“Actualmente estamos tranquilos”. “Tratamos de implementar lo que aprendimos sobre ser tolerantes y tratar de	“Ahora no tenemos problemas, pero cuando vienen los cobros o me llaman la atención”	“Algunos cuestionamientos; resentimiento, deudas y falta de comprensión”	“Sí, de forma recurrente por los pagos que debo hacer a mis hijos y esas cosas”. “Comprensión”	“Muy seguido porque estar aquí, económicamente no ayuda”. “Esas cosas”. “Comprensión”	“Por los problemas económicos que nunca faltan”	“No, antes por problemas económicos, pero, gracias a Dios mi trabajo permito seguir ayudando a mi familia.”	“Sí, por problemas legales en mi trabajo, las deudas y esas cosas”. “Solo nosotros hablamos”	“Hay conflictos como en toda familia, pero, no sé si quitarnos el habla sea normal”.

nuestr	compr	do hay
o	ender	proble
ambie	antes	mas
nte es	de ser	los
más	compr	resuelve
tranqui	endido	mos
lo”.		civiliz
		adame
		nte”

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Análisis: Los resultados indican que, en la mayoría de los casos, los conflictos familiares rondan alrededor de los aspectos económicos y legales como deudas, pagos de pensiones alimenticios y colaboración con sus padres. No obstante, hay casos que manifiestan tener familias con mayor flexibilidad al momento de buscar alternativas de solución como “respetar, ceder sus tiempos”, “conversarlo” y “ser más tolerantes”. Por otro lado, hay casos en dónde la familia no cuenta con capacidades altas de resolución de conflicto optando por medidas desadaptativas como “quitarse el habla”, “resentimientos” y “enojos”. Las respuestas que ofrecen permiten dar cuenta sobre características de su dinámica.

Tabla 24

Pregunta 3. ¿Su familia lo incentivó a iniciar el proceso de rehabilitación?

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Siempr	Siempr	Algun	Algun	Casi	Casi	Algun	Siempr	Nunca	Algun
e	e	as	as	nunca	nunca	as	e		as
		veces	veces			veces			veces

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Análisis: Los resultados indican que la mayoría de los pacientes “alguna vez” fueron incentivados a ingresar a procesos hospitalarios de rehabilitación. En las entrevistas,

manifestaron que sus familiares “no creían que las conductas adictivas fueran algún tipo de trastorno” y por esta razón, desistían de la idea. Además, manifestaron que “la desinformación” no permite que las familias busquen ayuda especializada.

Tabla 25

Pregunta 4. ¿Considera que su familia contribuye en su proceso de rehabilitación? Y comente

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Siempre	Siempre	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Siempre	Casi nunca	Algunas veces
“Sí porque acuden a las visitas, están atentos, me motiva, n, informan, capacitación”	“Sí, más que nada se informan para ayudarme en mi momento”.	“Cuan do pueden venir, suelen visitar me y alentarme”. “Infor marse, pero hay cosas que todavía se le hacen difícil”	“Intent an comprender mi situación, pero nos falta mucha tolerancia”.	“Lo intenta es lo import ante”.	“Hacen lo que pueden con lo que tienen como herramientas”	“Sí, tratan de hacer espacio y vienen a pregunt ar cómo voy”.	“Sí, siempre acuden a las terapias y me cuentan que por que mi mamá piensa que la manipularé”.	“Econó micamente sí”. “No suelen visitar me porque mi mamá piensa que la manipularé”.	“Sí, tratan de estar present es a pesar de todo”.

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Análisis: En la mayoría de los casos, las familias contribuyeron de forma positiva “algunas veces” acudiendo a terapia, realizando las visitas y trabajando en la adquisición de herramientas, cambios de ideologías y buscando sostener a los individuos que están en rehabilitación. La mayoría de estos casos evidencian que “hay un intento” por generar cambios significativos. Por otro lado, hay casos que enuncian posibles características de su dinámica disfuncional como “manipulación” y “falta de implicación” familiar por a, b o c motivos.

Tabla 26

Pregunta 5. ¿En cuál de las fases de recuperación su familia se encuentra mayormente implicada? Especifique:

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
“Todas , siempre estuve ron al pendiente nte”.	“En absolut todas”.	“En reinser ciones porque debían estar pendiente ntes de que cumpli era”.	“En reinser ción y en las visitas ”	“En reinser ción porque deben estar atento” .	“Adapt ación porque me costó mucho quedar me apoyar on en lo que pudier on”.	“En reinser ciones porque tenía que regresa r a la casa”.	“En todas porque son un pilar funda mental ”	“Solo estuve ron cuando me interna ron”.	“Viene n en las visitas de vez en cuando ”.

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Análisis: Los entrevistados manifestaron que las familias se encontraron más presentes e implicadas en la última fase denominada como reinserción porque existe la necesidad de volver a sus lugares de procedencia o convivencia para irse adaptando a su sistema laboral, familiar y social nuevamente. Su familia deberá monitorear la conducta de este individuo en primera instancia y asegurarse de que regresen a la institución. Hay familias que lograron adherirse al programa transmitiendo este sentido de pertenencia a sus pacientes en residencia.

Tabla 27

Pregunta 6. ¿En algún momento de su proceso rehabilitación su familia resultó ser un obstáculo?

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Nunca	Nunca	Algunas veces	Casi nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Siempre	Algunas veces

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Análisis: La mayoría de los entrevistados manifestó que “algunas veces” su familia resultó ser un obstáculo para su proceso. En las preguntas, algunos de los pacientes comentaban que “la falta de información” originaba una “falta de interés” por apoyarlos económicamente para ingresar. En otros casos, la familia “nunca” resultó ser un obstáculo, ya que, contaban con la apertura de “tratar la enfermedad” cómo lo que era.

Tabla 28

Confianza.

Pregunta 7	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
¿Usted confía en su familia?	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	Sí

Pregunta 8

¿Su familia confía en usted?	Sí	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No	No
------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Análisis: Se presenta la variable de confianza, con la finalidad de establecer los grados y vías de confianza que existen dentro de su sistema. En la mayoría de los casos, los pacientes “sí” confían en su familia, mientras que una cantidad pequeña indica que “no”. Dentro de la entrevista, este grupo manifestó sentirse “traicionados por sus familiares en varias ocasiones” y esto dificulta que lo hagan de forma certera.

Al evaluar la confianza que deposita la familia en ellos, la gran mayoría contestó que “no” refiriendo al hecho de que “las conductas adictivas quebraron lo más valioso” pero dentro del trabajo, enfatizan “intentar recuperar a través de actos”.

Tabla 29

Pregunta 9	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
¿Su familia asiste constantemente a las terapias familiares del hospital?	Sí	Sí	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	No	Algunas veces	Sí	No	No
	1	2						8		0

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Análisis. En su mayoría, los entrevistados manifestaron que sus familiares acuden “algunas veces” a las terapias familiares que oferta el hospital. Este indicador permite evaluar que tan implicados se encuentran las familias con el proceso, no obstante, pocos

justificaron a sus familiares por cuestiones ajenas a su proceso. También, se presentó el caso de participantes que negaban la asistencia de forma constante sin justificativo alguno.

Tabla 30

Pregunta	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
10										
¿Considera que su familia está preparada para una nueva etapa de su vida?	Sí	Sí	Tal vez	Tal vez	Tal vez	Tal vez	Tal vez	Sí	No	Tal vez

Nota. Elaborada por Reyes Iveth.

Análisis: Sobre las expectativas que tienen los pacientes sobre sus familiares, la mayoría manifiesta tener incertidumbre con respuestas como “tal vez”. No aseveran que los sistemas familiares se encuentren aptos para contribuir en su rehabilitación “para toda la vida”.

Tabla 31

Incidencia desde la perspectiva del individuo con conductas adictivas

Pregunta 11 y 12	Paciente	Respuesta
¿De qué manera cree usted que la forma en que se relaciona su familia influye en su proceso de rehabilitación?	P1	“Mi familia está constantemente mostrándome su apoyo, su preocupación, ya no me juzgan y escuchan, entonces, eso hace que me quiera quedar en rehabilitación para seguir mejorando”.

En base a su respuesta, ¿su familia sería un factor de riesgo o un factor de protección?

“Mi familia sería un factor de protección porque está para mí siempre”.

P2

“Ellos me demuestran que cambian mientras yo mejoro, entonces, al ser muy cercanos y tranquilos me hace sentir sin preocupaciones afuera, ya que, puedo concentrarme en las terapias”.

“Sería un factor de protección”

P3

“Ellos vienen, están atentos y todo eso, pero si no cambian por completo, el enojo puede seguir y no ayudarían a que me quede, a veces da ganas de irse y ellos en vez de retenerte te sueltan”.

“Factor de riesgo”

P4

“Yo creo que factor de riesgo porque todavía no se informan bien, entonces, ellos no saben cómo manejar por ejemplo su enojo y esas cosas”.

P5

“Por ejemplo, si mi familia se comunica a gritos o por golpes, es la única forma en qué yo solía resolver mis conflictos afuera y aquí, pero el trabajo en terapia individual y grupal me ayudado a ser más tolerante”.

“Creo que un factor de riesgo porque ellos también consumen”.

P6 “Podría ser un factor de riesgo porque mi papá consume por eso, intento evitar contacto con él. Solo con mi mamá, pero cualquier rato la mente es débil y podría recaer”

P7 “Si actúan mal pues será de mala manera en que influyan en mí, porque normalizamos todo y ya no nos damos cuenta hasta que nos llaman la atención”.
“Podrían ser un factor de riesgo porque en mi familia hay cosas un poco toscas y de consumo de alcohol que aún no se concibe como una enfermedad”.

P8 “De mala manera porque me muestran la irresponsabilidad, es una costumbre que aquí me llaman la atención por eso”.
“Un factor de riesgo porque si los veo, recuerdo todo lo malo”.

P9 “Un factor de protección porque está siempre para apoyarme y eso motiva a quedarse, a seguir haciendo las cosas bien”. “Cuando uno cambia, la familia es quien lo nota”.

P10 “Factor de protección porque incluyen mucho en como ellos también ponen de su parte, hacen sentir que uno hace las cosas bien”.

Nota. Elaborado por Reyes Iveth.

Análisis: Estas últimas preguntas permiten corroborar que las vertientes del funcionamiento de la dinámica familiar pueden ser ubicadas como factor de riesgo, en el caso de las familias con dinámica disfuncional y factor de protección en el caso de las familias funcionales. En algunos casos, reconocen que la funcionalidad de su dinámica les ha permitido adherirse al programa y seguir motivados trabajando en su propio ego. Mientras que la otra parte, logra identificar que la disfuncionalidad también se encuentra en la conservación de conductas peligrosas como el consumo dentro de su círculo, asociándolo a un factor de riesgo, a pesar de que exista una buena comunicación y relación.

Análisis General:

Estos resultados permitieron conocer la percepción del paciente con conductas adictivas sobre la incidencia que tiene la dinámica familiar sobre sus propios procesos de rehabilitación. Destacan una evolución sobre el clima relacional que existía antes y después del proceso, no obstante, la mayoría expresó tener una relación regular compuesta de “intentos” de comprensión, apoyo y flexibilidad frente a los cambios suscitados. Sobre la dinámica conflictiva, la mayoría logró identificar que se debían a cuestiones internas que dificultaban la resolución de problemas externos, por ejemplo, los canales de comunicación sin claridad propiciaban que sea más complicado resolver problemas legales, económicos o sociales. Sobre el factor comunicación y confianza, los resultados señalaron que los pacientes confían en su familia pero que estos últimos, en algunos casos no confían en ellos por la mala retribución que tuvieron durante el consumo. Asimismo, se evaluó la posición de la familia en función de contribución u obstáculo, llegando a un resultado dividido, pero en algunas ocasiones resultaba ser un obstáculo por causa de la desinformación. Por otro lado, la implicación familiar evaluadas en fases, permitió señalar que la reinserción sería en dónde se encuentran más presentes, ya que, deben acogerlo para posteriormente reinsertarlo en la sociedad con un nuevo estilo de vida. No obstante, los pacientes presentaban dudas sobre si el sistema se encontraba preparado para ayudarlo.

Análisis final:

Al principio, se aplicó el APGAR como una forma de determinar el funcionamiento de cada sistema, posterior, se aplicó la Escala de Comunicación para determinar el grado de efectividad en qué la dinámica se movilizaba y finalmente se realizó una entrevista semiestructurada como una forma de profundizar en los resultados interpretativos obtenidos:

Los resultados del P1, P2 y P8 evidenciaron que su sistema familiar era funcional, por ende, su dinámica tenía el mismo ritmo, aludiendo que “se encontraban satisfechos con esta”. Dentro de la Escala de Comunicación, tan solo el P1 y P2 se ubicaron en un grado de capacidad comunicativa óptima. Para corroborar estos aspectos, se evaluó la dinámica en dónde afirmaron sentirse cómodos, apoyados y sobre todo motivados generando una mayor adherencia a las terapias dictadas en el programa de rehabilitación.

El P5 fue de los pocos casos en dónde se encontraron pequeñas incongruencias, ya que su sistema mostraba una moderada disfuncionalidad, pero una capacidad comunicativa superior. En las entrevistas enfatizó en sus intentos por mejorar, independientemente de lo que ocurra dentro de sistema. Por otro lado, los P3, P4 y P10 obtuvieron resultados que ubican a sus familias con una leve disfuncionalidad. Sin embargo, dentro de la Escala de Comunicación su capacidad de establecer diálogos fue superior, ya que, sus inconformidades rondaron alrededor de aspectos como “discusiones” sin resolución, “desconocimiento” y acentuados a problemáticas que no pueden controlar.

En otros casos como los P6 y P7 se encontraban en familias con una moderada disfuncionalidad. Los resultados fueron corroborados en la Escala de Comunicación con capacidades comunicativas inferiores, ya que, los “intentos por mejorar y comprender la problemática” no siempre resultaban de la forma esperada, generando malestar en el sistema. En cuanto al P9 presenta una capacidad comunicativa deficiente y fue el único que presentaba un grado de disfuncionalidad severa en su dinámica. Durante la entrevista, evidenció que varios componentes de su dinámica se encontraban poco aptas para sobrellevar su problemática.

Finalmente, es posible mencionar que los resultados obtenidos proporcionan nueva información, ya que muy poco se habla del punto de vista del paciente sobre su dinámica y cómo esta repercute en su sentido de *pertenencia, evolución y adherencia al proceso*. Asimismo, esto guarda relación con los aspectos teóricos anteriormente investigados, reafirmando que la funcionalidad y disfuncional se encuentra asociado al establecimiento por parte de los individuos de factores de riesgos y factores de protección.

CONCLUSIONES

- Una vez realizada la investigación junto con las diversas técnicas de recolección de datos cualitativos se pudo corroborar que la incidencia de la dinámica familiar en el proceso de rehabilitación hospitalario de conductas adictivas en función de un efecto positivo y un efecto negativo dependiendo en gran medida de su funcionalidad o disfuncionalidad, ya que el individuo con conductas adictivas sigue siendo un ser biopsicosocial influenciado por los componentes estructurales que se movilizan dentro de la dinámica familiar y hacen posible su funcionamiento como sus miembros, pautas interaccionales y comunicacionales, reglas, límites, roles y funciones.
- La revisión bibliográfica permitió conceptualizar la dinámica familiar como un sistema compuesto por un conjunto de relaciones e intercambio de información que genera modalidades de respuestas frente a demandas internas (problemáticas, conductas adictivas, etc.) o externas (sociales, laborales, etc.) y son observables en las conductas manifiestas que reproducen los individuos en los grupos terapéuticos. Las bases que permitieron conceptualizar esta variable fueron los componentes estructurales, el funcionamiento (funcionalidad y disfuncionalidad) y funciones básicas de la familia.
- Por consiguiente, se caracterizó el proceso de rehabilitación hospitalarios de conductas adictivas mediante la revisión bibliográfica desde un enfoque sistémico y un modelo general dispuesto por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador. En donde, se abordó el papel que desempeña la familia sobre su participación -activa-dentro del establecimiento de estrategias, reestructuración de creencias asociadas al consumo y ser potencial red de apoyo, antes, durante y después del proceso.
- En función de las variables, se identificó que los aspectos de la dinámica familiar que inciden en el proceso de rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas son el cumplimiento satisfactorio de las demandas internas y externas requeridas en las terapias familiares, individuales correspondientes a cada fase, ya que aumentan la probabilidad de adherencia al programa por parte del paciente, en el caso de las dinámicas disfuncionales generan un rechazo a la adherencia de un grupo por la falta de disposición y creencias sobre la eficacia del programa; asimismo, las pautas de interacción y comunicacionales que dispongan aumentan su capacidad de implicación en las terapias individuales y el trabajo de sus problemáticas, caso contrario potencian un desinterés por los temas abordados, ya que, su propio sistema es incapaz de apertura un espacio de comprensión; también se encuentra la forma en que sus dinámicas se organizan en jerarquía, puesto que un buen funcionamiento proyectará en el paciente conciencia sobre la autoridad, reglas, límites, roles y funciones que debe cumplir dentro de cada fase, no obstante, las conductas disfuncionales sobre la poca conciencia y respeto de las figuras de autoridad de ven vulneradas, acumulando in sinnúmero de llamados de atención; por último, alianzas, coaliciones y triangulaciones desde la disfuncionalidad ubican al paciente en situaciones incómodas sobre sus problemáticas del consumo,

generando una falta de concentración dentro de los espacios terapéuticos y que gradualmente quieran abandonar el proceso, ya que, los problemas de su dinámica generan malestar, estrés y niveles de ansiedad altos.

- Gracias al AGPAR y la Escala de Comunicación fue posible corroborar esta información, además tener una mayor claridad sobre la estructura y el funcionamiento a propósito de la dinámica, ya que, orientaron las preguntas de la entrevista exploratoria para lograr una mejor interpretación. Adicional, se tomaron frases de los pacientes posterior a las aplicaciones. En el caso del AGPAR, la mayoría de los entrevistados se encontraron dentro de sistemas con dinámicas disfuncionales en una escala de leve, moderada y severa, quienes comentaron trabajar en su mejoría y por la del sistema, mientras que en los casos que estaban dentro de los sistemas funcionales mostraban mayor satisfacción.
- Estas herramientas, permitieron conocer la perspectiva del individuo con conductas adictivas identificando tres factores que se verían modificados en función de la incidencia: el sentido de pertenencia al grupo o institución terapéutica, evolución y adherencia en el proceso. Se explica, cuando la familia es funcional existe una mayor probabilidad de desarrollar el sentido de pertenencia al grupo por poseer capacidades de adaptación, comunicación y jerarquización aprendidas en la dinámica. En el caso de la dinámica disfuncional, existe menor probabilidad de desarrollar este sentido puesto que los individuos presentan mayores resistencias al explorar su problemática. Cuando la dinámica es funcional, se encuentra presente y ofrece retroalimentaciones positivas logrando que este quiera mejorar y seguir evolucionando, aquello, no ocurre con los pacientes que su dinámica ofrece negativos. En estos, se ve implícito la adherencia al proceso.
- Por otro lado, se observó las conductas replicadas en el espacio terapéutico recolectando los siguientes puntos con mayor relevancia: Pacientes que provienen de familias disfunciones suelen ser menos colaborativos, mostrar reacciones atípicas frente a conflictos y suelen acumular una cantidad considerable de llamados de atención. Esto fue corroborado en las entrevistas, ya que, expresaron su inconformidad con sus dinámicas. A diferencias que provienen de familiar con dinámicas funcionales que suelen mostrar menos resistencias para llevar el proceso. Dentro de la misma observación, fue posible constatar que los pacientes evaluados con dinámicas funcionales evolucionaban con éxito en su rehabilitación, mientras que se encontraron dentro de dinámicas disfuncionales mostraban dificultades por llamados de atención, inasistencias, faltas y conductas inadecuadas.
- Finalmente, la dinámica familiar funcional incide de forma positiva en el proceso de rehabilitación, ya que agilizan la intervención sobre la problemática, aumentan la probabilidad de rehabilitación y disminuyen la probabilidad de recaídas. Aquello fue corroborado en la entrevista a especialistas, quienes confirman que posibilitan, alientan y motivan, cómo también en la entrevista dirigido a pacientes en la pregunta 11 y 12, quienes aseguran que se sienten apoyados y con ganas de seguir avanzando. La dinámica familiar disfuncional incide de forma negativa en

el proceso, porque disminuyen la probabilidad de éxito en la rehabilitación, dificulta abordar la problemática por las creencias que sostiene la familia y entorpece el proceso, aquello, fue levemente abordado por los especialistas y corroborado en las entrevistas dirigidos a pacientes, ya que mucho expresaron sus inconformidades.

REFERENCIAS

- Alvarado, L. (2019). *Adicciones, un impacto para la familia ¿Influyen las dinámicas familiares para que una persona sea alcohólica?* [Tesis de grado, Universidad de San Buenaventura Colombia]. Repositorio de la Universidad de San Buenaventura Colombia <https://bibliotecadigital.usb.edu.co/server/api/core/bitstreams/e9004961-2532-42c3-987d-dcd34a6037fd/content>
- APA. (2010). *Diccionario conciso de Psicología*. El Manual Moderno.
- Becoña, E. y Córtes, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Ministerio de sanidad, político social e igualdad. <https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Bedoya, L. & Orozco, T. (2019). *Características del Tratamiento Cognitivo Conductual en Adicción a Sustancias Psicoactivas*. Corporación Universitaria Minuto de Dios https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/7544/1/UVDTP_Bedoya-Londo-Luisa-Fernanda_2019.pdf
- Barrios, Y. & Verdecia, M. (2016). *Las familias disfuncionales como factor de riesgo adictivo en la adolescencia*. Revista Adicción y Ciencia. <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Las-familias-disfuncionales-como-factor-de-riesgo-adictivo-en-la-adolescencia.pdf>
- Bermúdez, C. y Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Editorial Síntesis.
- Chanona, M. (2022). *Adicciones: Las secuelas de una familia disfuncional* [Tesis de licenciatura, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas]. Repositorio institucional de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas <https://repositorio.unicach.mx/handle/20.500.12753/4324>
- RAE. (2023). *Adicciones*. <https://www.rae.es/dpd/adicción>.
- De Lourdes, L. (2007). *Dinámica de la Familia. Un Enfoque Psicológico Sistémico*. Editorial Pax.
- Equipo EIF. (2008). *Manual de Instrumentos de evaluación familiar*. Editorial CCS.
- Garabay, S. (2013). *Una introducción a la psicoterapia familiar*. El Manual Moderno. https://www.academia.edu/37729816/Enfoque_sistemico_una_introduccion_a_la_terapia_familiar_sistemica_Salvador_Garibay_Rivas

- Guerra, V. & Terán, V. (2019). *Asociación entre disfunción familiar y características de la familia con el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes de primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador - Sedes Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo en el año 2018* [Tesis de especialidad, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio institucional de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16871/TESIS%20Consumosustancias_ValeriaGuerra_VanessaTeran_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Disfuncionalidad en las familias*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Modelo de atención integral ambulatoria intensiva para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud*.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia familiar*. Gedisa Editorial.
- Minuchin, S., y Fishman, C. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. Editorial Paidós.
- Moreno, A. (2014). *Manual de terapia sistémica: Principios y herramientas de intervención*. Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Montalvo, R., Espinoza, M. y Perez, A. (2013). *Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas*. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000100007
- Naciones Unidas. (2022). *El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de la UNODC destaca las tendencias de los cannabis posteriores a su legalización, el impacto ambiental de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre las mujeres y las personas jóvenes*. <https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html#:~:text=El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 ofrece una visión, su impacto en la salud>.
- Nicholls, E. (2011). *Modulo VI. Intervenciones familiares en adicciones*. Diplomado en Destrezas Clínicas en Adicciones.

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, (2013). *Terminología e información sobre drogas*. Tercera edición. https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs_S_3rd_Edition.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *La familia: su dinámica y tratamiento*. Instituto Mexicano de Seguridad Social <https://iris.paho.org/handle/10665>.
- Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud. (2003). *La familia y la salud*. <https://www3.paho.org/spanish/GOV/CD/cd44-10-s.pdf>
- Ortiz, D. (2008). *La Terapia Familiar Sistémica*. Universidad Politécnica Salesiana. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6096/1/Terapia-familiar-sistemica.pdf>
- Rojas, S. (2020). *Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual, en un estudio de caso en problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas* [Tesis de especialización, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio de la Universidad Pontificia Bolivariana <https://repositorio.uleam.edu.ec/bitstream/123456789/1914/1/ULEAM-TS-0028.pdf>
- Plasencia, N. (2021). *Importancia de la dinámica familiar en el consumo de alcohol en los usuarios adultos institucionalizados en CETAD KAIRÓS* [Tesis de posgrado en maestría, Universidad Politécnica Salesiana Ecuador]. Repositorio institucional de la Universidad Politécnica Salesiana Ecuador <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/20670/1/UPS-CT009219.pdf>
- Rimassa, F. (2023). *La dependencia a sustancias psicoactivas y su repercusión en la homeostasis familiar* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil] Repositorio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/20657/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-498.pdf>
- Sampieri, H. (2014). *Metodología de la investigación*. Interamericana editores.
- Sauceda, J. & Maldonado, J. (2003). *La Familia: Su dinámica y Tratamiento*. Instituto Mexicano de Seguridad Social. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51592/9275324689_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Sayago, Z. (2002). *El eje de prácticas preprofesionales en el marco de formación docente: Un estudio de casos* [Tesis doctoral, Universidad Rovira i Virgili].
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8900/ZSCapituloIVDef.pdf>
- Suarez, M. y Alcalá, M. (2014). *APGAR familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar*. Revista Médica La Paz. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf
- Tomás, S. (2007). *Rehabilitación social en drogodependencias: circuito terapéutico* Salud y drogas. España.
- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. (2022). *Dominios Institucionales*.
<https://www.ucsg.edu.ec/institutos/dominios-institucionales/>
- Watzlawick, P. y Ceberio, M. (2008). *Ficciones de la realidad. Realidades de la ficción*. Paidós.

ANEXOS

Especialista #1: En conductas adictivas y sistémico familiar.

1. ¿Qué define usted por dinámica familiar?

A todas las interacciones que tienen los miembros de una familia entre ellos mismo y su entorno social inmediato.

2. ¿Qué factores/componentes le permiten reconocer que una familia es funcional?

Algunas de las interacciones que podría mencionar serian: Comunicación entre los miembros y redes próximas (educación, vecinos, familia extensa), límites y fronteras entre cada uno, satisfacción entre sus miembros y la convivencia, adaptabilidad y uso de recursos ante una crisis familiar, las alianzas y coaliciones, estructura jerárquica dentro de la familia y funciones para cada rol dentro de la misma.

3. ¿Qué factores/componentes le permiten reconocer que una familia es disfuncional?

Podría decir que se repiten los mismos factores que en la pregunta anterior con la diferencia que estos se ven alterados, por ejemplo: tener estilos de comunicación que propician conflictos como la triangulación, minimización, reproches y reclamos constantes; límites y fronteras no identificadas con claridad que a su vez afectan la estructura del sistema; la inadecuada gestión de recursos familiares frente a problemas cotidianos, etc.

4. ¿Cómo se da el proceso de rehabilitación en las conductas adictivas?

Se da desde una visión integral, inicialmente una desintoxicación de todas las sustancias ingeridas y valoración médica para el cuadro clínico, posteriormente se realiza una evaluación psicológica para plantear un plan de tratamiento individualizado y darle una acogida al proceso dentro de la comunidad hospitalaria. Se evalúa los cambios en conductas disfuncionales y entrenamiento de habilidades de afrontamiento del craving, y análisis de factores de riesgo.

5. ¿Cuál es el rol de la familia dentro del proceso de rehabilitación?

El rol fundamental sería el de red de apoyo para el proceso.

6. ¿De qué forma incide la familia dentro del proceso de rehabilitación?

En el nivel de adherencia que tiene un individuo en su proceso.

Especialista #2: En conductas adictivas y sistémico familiar.

1. ¿Qué define usted por dinámica familiar?

La dinámica familiar es el movimiento que sucede en el entorno familiar. Está en juego los roles, la comunicación de ideas, establecimiento y cumplimiento de normas y resolución de conflictos.

2. ¿Qué factores/componentes le permiten reconocer que una familia es funcional?

Una familia funcional es aquella que resuelve los conflictos de la vida cotidiana de manera asertiva mediante la comunicación entre los miembros; es decir, no deja que los conflictos empeoren ignorándolos y haciendo del conflicto principal otros conflictos secundarios por su no resolución. Este tipo de familia tiene roles equitativos y los miembros son un apoyo emocional para los otros respetando sus ideologías y límites individuales.

3. ¿Qué factores/componentes le permiten reconocer que una familia es disfuncional?

Por el contrario, una familia es disfuncional cuando no resuelve los conflictos, su comunicación es escasa o ambigua, no tiene establecidos los roles y no se respeta la individualidad de cada miembro. En este tipo de familia puede haber el uso de violencia física, psicológica o sexual, siendo un factor que desencadena estrés, angustia o ansiedad en uno o varios de sus miembros.

4. ¿Cómo se da el proceso de rehabilitación en las conductas adictivas?

La rehabilitación de los pacientes con conductas adictivas es un proceso muy individual, en el que se comienza por la toma de conciencia y aceptación del consumo. De manera general, se puede trabajar la habilidad de afrontar conflictos, la tolerancia al malestar, la regulación emocional y expresión de sentimientos. Sin embargo, es un trabajo personalizado, ya que la conducta adictiva puede ser la misma, pero las causas e historia son distintas.

5. ¿Cuál es el rol de la familia dentro del proceso de rehabilitación?

El rol de la familia dentro del proceso de rehabilitación es ser apoyo emocional para el paciente; así mismo, es necesario que la familia acuda a terapia, ya que durante la época

de consumo también se vio afectada, de esta manera puede comprender un poco más sobre las adicciones y aprender estrategias para abordar la dinámica familiar con el paciente en rehabilitación.

6. ¿De qué forma incide la familia dentro del proceso de rehabilitación?

La familia incide mucho en el proceso de rehabilitación del paciente, ya que puede ser parte tanto de su factor de protección como su factor de riesgo para una recaída. Es importante que la familia sea un soporte emocional del paciente, que asista a terapias para comprender la conducta adictiva y saber interactuar con el paciente en rehabilitación. En muchas ocasiones, la familia es el principal factor de riesgo, ya que exponen al paciente a sustancias ya sea por su falta de apoyo o comprensión de la problemática.

Especialista #3: Conductas adictivas y tratamiento hospitalario.

1. ¿Qué define usted por dinámica familiar?

Dinámica familiar se define como las diferentes interacciones que se enmarcan dentro de un vínculo reconocido dentro del círculo familiar.

2. ¿Qué factores/componentes le permiten reconocer que una familia es funcional?

Una familiar se podría nombrar bajo el término funcional cuando la resolución y gestión de conflictos se realiza de una forma asertiva.

3. ¿Qué factores/componentes le permiten reconocer que una familia es disfuncional?

Cuando los conflictos prevalecen, siendo difícil la resolución de los mismos.

4. ¿Cómo se da el proceso de rehabilitación en las conductas adictivas?

Dentro de la institución en la cual trabajo actualmente, el proceso de rehabilitación está formulado bajo un programa que consta de 4 fases, en las cuales se pretende la intervención integral de la problemática.

5. ¿Cuál es el rol de la familia dentro del proceso de rehabilitación?

Dentro del proceso de rehabilitación la familia se puede convertir en una red de apoyo y factor de protección.

6. ¿De qué forma incide la familia dentro del proceso de rehabilitación?

Dependiendo de las características de la familia y la dinámica con el paciente puede tener un impacto positivo o negativo.

Modelo de entrevista a pacientes:

Entrevista para pacientes del área de conductas adictivas	
Variable	Preguntas
Dinámica familiar	1. ¿Cómo se relaciona su familia?
	2. ¿Existen conflictos dentro de su familia?
Proceso de rehabilitación	1. ¿Su familia lo incentivó a iniciar el proceso de rehabilitación? 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Siempre
	2. ¿Considera que su familia contribuyó en su proceso de rehabilitación? 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Siempre
	3. ¿En cuál de las fases de rehabilitación su familia se encuentra mayormente implicada? Especifique
	4. ¿En algún momento de su proceso rehabilitación su familia resultó ser un obstáculo? 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Siempre
	5. ¿Su familia confía en usted? 1. Sí 2. No
	6. ¿Usted confía en su familia? 1. Sí 2. No
	7. ¿Su familia asiste constantemente a las terapias familiares del hospital? 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Siempre
	8. ¿Considera que su familia está preparada para una nueva etapa de su vida? 1. Sí 2. Tal vez 3. No
Incidencia	9. ¿De qué manera cree usted que la forma en que se relaciona su familia influye en su proceso de rehabilitación?

10. En base a su respuesta, ¿su familia sería un factor de riesgo o un factor de protección?

Nota. Elaborada por Reyes Iveth.

Herramienta del APGAR:

Se adjunta 2 de los 10 casos aplicados:

APGAR FAMILIAR

FUNCION	Nunca 0 Puntos	Casi nunca 1 punto	Algunas veces 2 puntos	Casi siempre 3 puntos	Siempre 4 puntos
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.					/
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.				/	
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.					/
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.					/
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.					/

LA INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE OBTENIDO ES LA SIGUIENTE:

- > Función familiar normal: 17-20 puntos.
- > Disfunción leve: 15-16 puntos.
- > Disfunción moderada: 12-14 puntos.
- > Disfunción severa: 9 puntos o menos.

RESULTADOS: 19 Función familiar

APGAR FAMILIAR

FUNCION	Nunca 0 Puntos	Casi nunca 1 punto	Algunas veces 2 puntos	Casi siempre 3 puntos	Siempre 4 puntos
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.					X
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.				X	
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.					X
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.		X			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.					X

LA INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE OBTENIDO ES LA SIGUIENTE:

- > Función familiar normal: 17-20 puntos.
- > Disfunción leve: 15-16 puntos.
- > Disfunción moderada: 12-14 puntos.
- > Disfunción severa: 9 puntos o menos.

RESULTADOS: 16 Disfunción leve

Escala de Comunicación:

Se adjunta 2 de los 10 casos aplicados:

ESCALA DE SATISFACCIÓN Y COMUNICACIÓN

1. El grado de cercanía entre los miembros de la familia	1 2 3 4 (5)	1. Los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos	1 2 3 (4) 5
2. La capacidad de tu familia para afrontar las situaciones de tensión	1 2 3 (4) 5	2. Los miembros de la familia sabemos escuchar	1 2 3 (4) 5
3. La capacidad de tu familia para ser flexible o adaptable	1 2 3 (4) 5	3. Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros	1 2 3 4 (5)
4. La capacidad de tu familia para compartir experiencias positivas	1 2 3 4 (5)	4. En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente	1 2 3 (4) 5
5. La calidad de la comunicación entre los miembros de la familia	1 2 3 (4) 5	5. Disfrutamos pasando tiempo juntos	1 2 3 4 (5)
6. La capacidad de tu familia para resolver conflictos	1 2 3 (4) 5	6. Los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros	1 2 3 (4) 5
7. La cantidad de tiempo que pasáis juntos como una familia	1 2 3 4 (5)	7. Cuando los miembros de la familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras	1 2 3 4 (5)
8. El modo en que los problemas son tratados	1 2 3 (4) 5	8. Los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros	1 2 3 4 (5)
9. Lo justa que es la crítica en tu familia	1 2 3 (4) 5	9. Los miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas	1 2 3 (4) 5
10. La preocupación de cada uno de nosotros por los otros miembros de la familia	1 2 3 4 (5)	10. En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos	1 2 3 4 (5)

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por la Iveth Maribel Reyes Rosales de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo general de la investigación es analizar la incidencia de la dinámica familiar en el proceso de rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas, a través del método descriptivo para plantear posibles intervenciones clínicas en el área de adicciones de un hospital privado.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá la participación en una entrevista semidirigida. Esto tomará aproximadamente entre 15 a 30 minutos de su tiempo. Lo que se converse o discuta durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado y se tomará una foto para evidencia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las intervenciones, las grabaciones serán borradas

Si tiene alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si alguna de las preguntas de la entrevista semiestructurada le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Consentimiento Informado para participantes de la Investigación

Yo _____ con C.I# _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación La dinámica familiar y su incidencia en la rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas de uno de sus miembros.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar la incidencia de la dinámica familiar en el proceso de rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas, a través del método descriptivo para plantear posibles intervenciones clínicas en el área de adicciones de un hospital privado.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista semidirigida la cual tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: __ de enero del 2024

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Reyes Rosales, Iveth Maribel**, con C.C: # **2450188988** autor/a del trabajo de titulación: **La dinámica familiar y su incidencia en la rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas de uno de sus miembros** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **09 de febrero del 2024**



f. _____

Nombre: **Reyes Rosales, Iveth Maribel**

C.C: **2450188988**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	La dinámica familiar y su incidencia en la rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas de uno de sus miembros.		
AUTOR(ES)	Iveth Maribel, Reyes Rosales		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Marcia Ivette, Colmont Martínez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Psicología, Comunicación y Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	09 de febrero del 2024	No. DE PÁGINAS:	112
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología Clínica, Adicciones, Terapia Familiar Sistémica, Rehabilitación Hospitalaria.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Dinámica Familiar; Proceso de Rehabilitación; Conductas adictivas; Funcionalidad; Disfuncionalidad, Incidencia.		
RESUMEN:	<p>La presente investigación aborda la problemática de conductas adictivas desde un enfoque sistémico, centrado en la rehabilitación hospitalaria y la perspectiva del individuo inmerso en una dinámica familiar. El tema de investigación se centra en la dinámica familiar y su incidencia en la rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas por el abordaje integral; familiar, individual y social. La población característica fue trabajada en un hospital privado. El objetivo es analizar la incidencia de la dinámica familiar en la rehabilitación hospitalaria de conductas adictivas, a través del método descriptivo para plantear bases teóricas en posibles intervenciones clínicas en el área de adicciones de un hospital privado, empleando el método cualitativo mediante la revisión bibliográfica y herramientas de recolección como las entrevistas semiestructurada a profesionales y a pacientes, asimismo, herramientas de la terapia familiar sistémica tales como: el APGAR, que determina que la mayoría de entrevistados provenían de sistemas con dinámicas disfuncionales y muy pocos de sistemas con dinámicas funcionales. La Escala de Comunicación corrobora la insatisfacción de los pacientes con dinámicas disfuncionales por la poca capacidad de resolución de conflictos, la falta de sinceridad de sus expresiones y por los espacios de diálogos poco flexibles. Finalmente, el análisis de las entrevistas a los pacientes con conductas adictivas, confirmó que en el caso de las familia con dinámica disfuncional la incidencia es negativa porque distraen, retrasan y dificultan la exploración de la problemática, mientras que las familias con dinámica funcional su incidencia es positiva porque promueven apoyo y motivación en la rehabilitación hospitalaria.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-99358 8510	E-mail: iveth.reyes@cu.ucsg.edu.ec ivethreyes288@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Tatiana Aracely Torres Gallardo		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 – 1419		
	E-mail: tatiana.torres@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			