

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, AC
DIRECCIÓN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN



GRUPO DE FAMILIARES

MANUAL DE APOYO AL TERAPEUTA

2016

DIRECTORIO

Dr. Jesús Kumate Rodríguez
Presidente Honorario Vitalicio del Patronato Nacional

Dr. Roberto Tapia Conyer
Presidente del Patronato Nacional

Sra. Kena Moreno
Fundadora de CIJ y Vicepresidenta Vitalicia del Patronato Nacional

Mtra. Carmen Fernández Cáceres
Directora General

Dr. Ricardo Sánchez Huesca
Director General Adjunto Normativo

Dr. Ángel Prado García
Director General Adjunto de Operación y Patronatos

Lic. Iván Rubén Rétiz Márquez
Director General Adjunto Administrativo

Dra. Laura M. León León
Directora de Tratamiento y Rehabilitación

Elaboración:
Mtra. Laura Soubran Ortega
Mtro. F. Iván Huerta Lozano
Lic. Graciela Alpízar Ramírez
Lic. Lydia Gaona Márquez
Lic. Humberto Flores Dorantes

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
FUNDAMENTO EPISTEMOLÓGICO	6
MARCO TEÓRICO	9
 POLISINTOMATOLOGÍA Y CRISIS RECURRENTE	12
 DESORGANIZACIÓN	13
 ABANDONO DE LAS FUNCIONES PARENTALES	14
 AISLAMIENTO	15
 FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS Y POBREZA	16
 LA DIMENSIÓN AFECTIVA	20
 DEPENDENCIAS SENTIMENTALES	20
 LA EVALUACIÓN EN EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS	27
 EL ABORDAJE DESDE LA MODALIDAD GRUPAL	28
EL MÉTODO	31
 ASPECTOS GENERALES	31
 RECOMENDACIONES CLÍNICAS	34
 TEMAS CENTRALES	37
REDES TERAPÉUTICAS EN CIJ	45
ANEXOS	
 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	46
 FICHAS TÉCNICAS (SESIONES)	54
BIBLIOGRAFÍA	91

INTRODUCCIÓN

Es común escuchar que la familia es la célula de la sociedad porque es el principio del tejido social, y porque es el núcleo vital donde nacen y se desarrollan los miembros de la sociedad. Según sea la calidad de las familias, será la calidad de los ciudadanos del mundo. En la medida en que las familias no cumplen sus funciones básicas, surgen de ellas individuos con más carencias sociales, emocionales, morales, intelectuales y hasta físicas.

También se dice que la familia es el primer grupo de contacto, el cual va a influenciar directamente en nuestra psique, de esta manera diversos autores han encontrado una relación entre la estructura familiar y el problema de las adicciones, sin embargo, no hay un tipo de familia para las adicciones, pero hay características en la estructura familiar que favorece la aparición de las adicciones (Sierra de Jaramillo, 2015).

Hablando de funciones, es importante tomar en cuenta que los cambios económicos, políticos y socioculturales actuales han incidido en la configuración y funcionamiento familiar dando por resultado la diversidad familiar, es decir, familias constituidas por diferentes componentes: desde un solo padre o madre (monoparentales), por padre, madre e hijos/as (nuclear), padre con hijos/as y madre con hijas/os (familia compuesta), abuelos/as, tíos/as, hermanos/as, hijos/as (extensas), padres del mismo sexo, etc. Cualquiera que sea el tipo de familia su participación en el proceso de cambio de las y los usuarios de drogas es de suma importancia, ya que constituyen la red social primaria de apoyo.

Al respecto, Gómez, Muñoz y Haz (2007), en su artículo sobre familias multiproblemáticas y en riesgo social, mencionan que derivado de las transformaciones socioculturales, políticas y económicas acaecidas en el último siglo, se ha debilitado el pacto tradicional que vinculaba gobierno, sociedad y familia en un proyecto común. Lo que ha generado un ambiente de incertidumbre, desconcierto y pérdida de los referentes tradicionales para llevar a cabo un estilo

de vida social y productiva “como se debe vivir en la vida” (Bauman, 2001 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), lo que aunado a dinámicas de exclusión social, ha impactado a numerosas familias consideradas vulnerables, por su extrema complejidad y a lo cual se le ha identificado como Familia Multiproblemática (Linares, 1997 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

En consecuencia, estas familias no cuentan con herramientas suficientes para afrontar las demandas sociales de desempeño y éxito y que al encontrarse mayoritariamente en contextos caracterizados por factores de riesgo psicosocial y deprivación sociocultural crónica, se refuerza el ciclo de marginación, disfuncionalidad, crisis y desesperanza que es común observar en ellas (Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

El impacto de los cambios en el contexto sociocultural en las familias se observa también en la complejidad de problemáticas que presentan, para algunos autores son nombradas como familias multiproblemáticas (Linares, 1997 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), esto significa que además del consumo de drogas les afectan otros problemas que requieren de atención.

Una característica común que presenta la demanda de atención para las personas que consumen sustancias, es que las personas consumidoras aceptan un tratamiento más por responder a la demanda terciada de instituciones educativas, laborales o judiciales, a la presión que en ocasiones se manifiesta en coacciones y amenazas de los familiares; en otras por el remordimiento y los sentimientos de culpa ante el daño que están ocasionando a sus seres queridos, que realmente por tratar de responder a una motivación propiamente sentida por el sujeto en cuestión. Esa característica podrá traducirse a lo largo de la intervención en baja adherencia terapéutica, confusión con el tipo de ayuda que se recibe, fracasos repetidos y en una persistente y dolorosa sensación de impotencia ante el problema de consumo y los problemas relacionales que esto le genera.

En la experiencia de CIJ se considera que la participación y el involucramiento de la familia con el tratamiento para abandonar el consumo de drogas de su familiar, es esencial debido a que el consumidor pertenece a un contexto social y emocional cuya fuente primaria está representada por la familia, constituyendo ésta el segundo sujeto de atención.

En CIJ se cuenta con Intervenciones familiares, según la problemática y necesidades detectadas durante el proceso de tratamiento que lleve el o la paciente, y uno de los dispositivos de abordaje lo constituye el Grupo de Familiares, el cual ofrece un espacio de primer nivel de intervención al contexto o red de vínculos significativos de la persona que consume sustancias e inicia un programa de tratamiento.

El Grupo de Familiares se conforma por familias que identifican el consumo de drogas como una problemática que afecta a uno o varios integrantes, en el mejor de los casos las familias tienen el propósito de apoyar al/la paciente en su proceso de cambio; otras familias por su parte, pretenden evadir el apoyo y las funciones parentales del cuidado de la salud para dejarlo en las y los profesionales del equipo terapéutico porque consideran que el problema es individual, piensan que es del/la paciente y no producto de la dinámica y multiestrés de la familia. Con frecuencia los familiares (que con mayor frecuencia son mujeres) refieren cansancio y desgaste emocional, falta de control debido a los diferentes problemas que le aquejan: relaciones de conflicto, desorganización, falta de recursos y aislamiento social. Condiciones que colocan a estas familias en vulnerabilidad y exclusión social.

Otra característica que se observa en el sistema familiar es con frecuencia un debilitamiento de los roles materno y paterno, las funciones de los padres aparecen desdibujadas con marcado desorden y confusión en las jerarquías; una alianza particular del hijo adicto con uno de los padres, la parentalización de alguno de los otros hijos, el poder centrado en el paciente adicto, etc. Observamos

también que en estas familias aún los hechos abusivos del consumidor tienen aparentemente poca relevancia y desde ahí no dan origen a consecuencias al respeto y por lo tanto a los límites requeridos. Al no haber registro del daño no hay modificación y no hay aprendizaje. Esta anestesia emocional explica entonces la tolerancia y la reiteración de los maltratos y conductas problemáticas con la consecuente carga emocional que genera tanto en el miembro que consume sustancias como en el resto de la familia que convive con la persona que tiene el problema de adicción.

Es la entrevista familiar la que pone en evidencia la trama particular del funcionamiento de cada familia. En un primer momento los padres, eludiendo y sin poder hacerse cargo de su responsabilidad, tratarán que la institución resuelva y dé respuesta inmediata a sus problemas (intento de delegación). Lo paradójico es que la institución espera la ayuda de la familia, y la familia a su vez la ayuda de la institución; parte del trabajo terapéutico consiste entonces en no hacerse cargo de las responsabilidades que los padres, al sentirse inhabilitados, pretenden delegar.

Vemos en el espacio de las entrevistas familiares, como forma de comunicación habitual, actitudes de maltrato en los vínculos, entre los miembros de estas familias y también hacia el equipo institucional.

Por tal razón, el presente manual pretende ser un apoyo para el equipo terapéutico y brindar elementos que sirvan para el trabajo con el dispositivo de *Grupo de Familiares* a través de una propuesta metodológica con herramientas y técnicas desde diferentes enfoques teóricos para intervenir con las familias para favorecer su participación en el proceso de cambio que incida en el/la paciente y en la propia familia. Pues como mencionan algunos autores, la participación de la familia en el problema de la adicción, hace que la recuperación sea más efectiva y en ocasiones más rápida (Guajardo, S/F; Ramírez, 2001; Zapata, 2009).

Cabe mencionar que el grupo de familiares no es un grupo terapéutico sino que es un grupo de orientación cuya función de reflexión lleva a potenciar de manera sana a la familia en el proceso terapéutico de su paciente; además en el grupo se exploran las dinámicas cotidianas a través de compartir e intercambiar las vivencias que hacen posible detectar diversas problemáticas asociadas al consumo de drogas (puede ser la violencia familiar, el duelo, la depresión, la culpa, desesperanza, soledad, la condición de pobreza y marginación, la exclusión social, el establecimiento de relaciones dependientes, etc.). Problemáticas que para su atención se requiere de derivar a diferentes servicios: como la terapia familiar o la terapia familiar multidimensional, consultoría familiar en CIJ y según la problemática asociada de mayor prioridad a otras instituciones.

Se parte de un breve marco teórico y epistemológico que conforma el Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO) cuya prioridad es la atención centrada en la persona, reconociéndole su contexto sociocultural y el saber de su vida; también se incluye la metodología del grupo de familiares que indica la conformación y características del grupo así como las recomendaciones clínicas, como focos de atención.

Encontrarán temas centrales a abordar en el grupo de familiares los cuales no están ordenados en forma seriada para que pueden ser utilizados de acuerdo con las necesidades del grupo: algunos de los temas son: violencia familiar, culpa, duelo, depresión, desesperanza, soledad, el cuidado del otro o dependencias emocionales, la comunicación ambivalente, la falla en la organización y estructura familiar, el estrés excesivo, etc. Dispondrán de una sección de recursos técnicos derivados de acuerdo con los enfoques terapéuticos más efectivos en el abordaje de adicciones: cognitivo-conductual, psicoeducativo, narrativo, psicorreflexivo y psicodinámico lo cual responde a una propuesta incluyente del modelo de tratamiento y rehabilitación de CIJ.

FUNDAMENTO EPISTEMOLÓGICO

Con el propósito de cuidar las bases y fundamentos de cualquier intervención o práctica que tenga que ver con procesos de vidas humanas, es fundamental poner de manifiesto los principios y esquemas epistemológicos que acompañan y definen una relación sujeto/terapeuta, contexto de vida y contexto de salud, médico/paciente, etc, dado que constituye una postura que va más allá de lo asistencial pues se coloca en un lugar desde lo existencial, la bioética y la rehumanización del fenómeno adictivo. Al respecto quisiéramos retomar lo que plantea Vega (1997) en Gómez, Muñoz y Haz, 2007 al proponer la conveniencia de enmarcar la intervención con familias multiproblemáticas en torno a tres enfoques interrelacionados: (1) una perspectiva constructivista de la realidad humana; (2) una visión ecosistémica de los procesos familiares; y (3) una comprensión del cambio como proceso discontinuo.

1.- Mirada constructivista de la realidad humana, en la que se considera al sujeto consultante desde una posición dialéctica entre el sujeto y el contexto social (Serrano y Pons 2011) para transformar y entender al paciente desde otro lugar que nos aleje de posiciones de poder frente al él/ella lo que implica un cambio de epistemología pues se deja de lado un modelo unidireccional de atención a la salud y donde hay un equipo interdisciplinario que dialoga con sus diferentes miradas clínico-teóricas para construir nuevas perspectivas de la realidad del sujeto junto con él/ella ya que desde el Constructivismo se concibe al sujeto como parte de un sistema capaz de observarse a sí mismo y usar esta observación en procesos de auto organización de acuerdo a su estructura y al medio en que subsiste (Jubés, Laso y Ponce, 2001), y que acepta como válidas las construcciones sociales propias de la comunidad en que se desenvuelven las familias.

Dichos constructos son el marco en el cual las pautas de la familia cobran un sentido específico; si el profesional es capaz de desarrollar una actitud de interés y

respeto por este marco, gana en apertura y empatía, facilitándose el manejo de las disonancias ineludibles al trasfondo sociocultural del profesional. La noción de la realidad humana como construcción social tiene como consecuencia que el profesional debe “flexibilizar sus propias nociones de familia y hogar para poder intervenir” (Vega, 1997 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

Sin embargo, esto no implica eliminar las consideraciones sobre cuestiones de justicia, exigibles moralmente a todos los ciudadanos (...) por debajo de las cuales no puede caer una sociedad sin caer a la vez “*bajo mínimos*” de moralidad” (Cortina, 1998 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

2.- *Visión global multidimensional o ecosistémica*, sustentada en los conceptos de causalidad circular, complejidad y emergencia de fenómenos. Esta visión ecosistémica, incluye vislumbrar la necesaria interdependencia entre los diversos actores implicados en el proceso de ayuda y el lugar que ocupa el profesional o equipo, para desbloquear cadenas inoperantes de intervenciones incongruentes entre sí y de carácter crónico (Vega, 1997 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

Un ejemplo es el éxito de modelos como la terapia familiar multisistémica en la reducción de la delincuencia y el consumo de drogas, a través de intervenciones que modifican la ecología más amplia de los jóvenes, así como la dinámica familiar, recientemente han recibido atención las intervenciones que se centran en lo ecológico (Rowe, 2013).

Desde esta perspectiva la conducta individual se considera contextualizada dentro de una red de interconexiones de sistemas sociales, incluyendo el propio individuo, la familia, la escuela, el vecindario, los pares, la comunidad y el ámbito cultural. Todos estos sistemas sociales de referencia pueden, potencialmente, tener impacto sobre el uso de drogas de los adolescentes y también sobre otras conductas problemáticas relacionadas, y por tanto, bien guiados, también pueden convertirse en factores protectores. El tratamiento incluye sesiones individuales y

de toda la familia que tienen lugar en la clínica, en la casa, en la escuela u otros lugares comunitarios, según Becoña y Cortés (2010).

3.- *Cambio como un proceso discontinuo* (contrapuesto a una noción de cambio lineal, gradual, progresivo y acumulativo) es fundamental, ya que, al trabajar con familias multiproblemáticas, el profesional necesita tener una guía clara de las posibilidades de cambio en estas familias. Sin ello, no es posible desencadenar, conducir y usar el cambio. Pero, sobre todo, necesita aprender a reconocer y valorizar los procesos de cambio mínimo o de mejoría ligera, dado que, por las características de estas familias, éstos pueden llegar a ser imperceptibles (Vega, 1997, en Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

Al respecto Cibanal (2006) en su escrito sobre Introducción a la sistémica y terapia familiar, al hablar de la "Teoría de la persistencia y el cambio", hace mención de que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo. Al primer tipo de cambio lo llamaremos "cambio de primer orden" y al otro, "cambio de segundo orden".

El Cambio de primer orden, se basa en gran medida en la retroalimentación negativa, que equilibra las desviaciones y mantiene el sistema en un nivel constante, es decir, si cuando una familia solicita ayuda por la aparición de síntomas en alguno de sus miembros, el objetivo del terapeuta es conseguir que la familia vuelva a la situación que existía antes de la crisis, el cambio que estamos produciendo es un Cambio de primer orden. Si, al contrario, el objetivo es crear nuevas pautas de conducta, nuevas estructuras familiares y el desarrollo de mejores aptitudes para resolver los problemas, lo que se está proporcionando es un Cambio de segundo orden.

Cibanal, (2006) destaca que la capacidad de aprender está relacionada con el cambio de segundo orden. Los sistemas que tienen la capacidad de variar de

manera cualitativa son mucho más capaces de adaptarse a las alteraciones de su ambiente que los sistemas que sólo admiten cambios de primer orden.

En conclusión, cabe destacar que los *enfoques* antes mencionados funcionan como una base para analizar el ejercicio y la experiencia a vivir en la relación con los familiares o red de apoyo de las personas que por su consumo de sustancias están en tratamiento y rehabilitación, ya que nos permite abordar el conocimiento y la filosofía de la información y relación que surja de la práctica en los grupos de familiares.

MARCO TEÓRICO

Estudiosos de la terapia familiar aplicada al campo de las adicciones, describen el fenómeno de la adicción como un problema familiar, no sólo por cómo la familia es afectada, sino por la manera en que ésta participa, tanto en la génesis de la misma como en el mantenimiento de las conductas consideradas parte de la problemática (Ramírez, 2001).

Stanton y Todd, (1988 en Ramírez, 2001) refieren que las familias de los adictos en comparación con otras familias de miembros con patología presentan algunas características como una dependencia química multigeneracional (generalmente alcohol), fuertes relaciones externas como refugio generalmente después de un conflicto, expresión del conflicto más primitivo, alianzas entre miembros y subsistemas explícitas, prácticas de crianza y necesidades “simbióticas”, predominio de temas relacionados con la muerte y muertes prematuras. Por otro lado, considera la adicción como “pseudo-individuación” ya que por un lado tiene un efecto en el adolescente que consume sustancias, creando la sensación de individuarse y diferenciarse de sus padres o sistema familiar y por otro detiene su proceso de individuación al afectar su desempeño en diferentes áreas de su vida y por lo tanto es considerado por su familia como inmaduro, problemático e incapaz de tomar decisiones correctas y por lo tanto de ser autosuficiente.

Linares, 2012 desarrolla una teoría de la personalidad relacional articulada en cuatro instancias: narrativa, identidad, organización y mitología, a su vez regidas por una quinta, la *nutrición relacional*, quinto elemento fundamental resultado de la ecuación compleja que es la atmósfera relacional en la familia de origen, definida fundamentalmente por la conyugalidad y la parentalidad (Linares y Soriano, 2013) (ver figura 1).



Figura 1. Personalidad relacional. Fuente: Linares y Soriano, 2013.

Los autores antes mencionados refieren que «Morir de amor... enloquecer de amor...». La sabiduría popular siempre ha reconocido que esos fenómenos podían existir. Pero es necesario puntualizar algo: lo que enloquece y hasta puede llegar a matar es la falta de amor. El amor, en sí, sana. A pesar de su evidente importancia en el ámbito psicológico, el amor se ha resistido a la mayoría de teóricos de la psicoterapia.

El amor es un fenómeno relacional complejo que añade elementos cognitivos y pragmáticos a los componentes emocionales. Existen, pues, un pensar, un sentir y

un hacer amorosos que, dirigidos hacia la persona objeto de los mismos, deben ser percibidos por esta como tales. Al resultado de este proceso lo llamamos 'nutrición relacional', que no es sino la conciencia de ser complejamente amado (Linares y Soriano, 2013).

Así concebida, la nutrición relacional es el motor que rige la construcción de la personalidad, animando los procesos madurativos del psiquismo de forma continuada, en el niño y en el adulto. Y, como se verá más adelante, sus diversos bloqueos parciales, generados complejamente por interferencias de un poder igualmente complejo, podrán provocar alteraciones varias de la personalidad y diferentes trastornos psicopatológicos (Linares y Soriano, 2013).

El maltrato psicológico es el verdadero problema en salud mental, en cuanto constituye la antesala de la psicopatología, afirma Linares. Lo que de verdad hace sufrir a un niño no es el hematoma causado en una pelea con un igual o en una caída de bicicleta, sino que se lo haya provocado alguien de quien depende y en quien debería poder confiar, por no hablar del abuso sexual. El dolor, y con él la hipoteca para la maduración y el desarrollo psíquico del niño, están vinculados a la pauta relacional subyacente, es decir, al maltrato psicológico (Linares y Soriano, 2013).

Podemos, pues, definir al maltrato psicológico familiar como toda pauta relacional disfuncional que involucra a miembros de una familia, generando sufrimientos que comprometen el equilibrio psicológico y la salud mental de alguno de ellos. Desconfirmación, descalificación, hipercriticismo, rechazo, desapego, irritación, desprotección, hiperprotección, hiponormatividad, hipernormatividad, son algunos mecanismos del maltrato psicológico familiar (Linares y Soriano, 2013).

En este sentido, según Cancrini, 1995 en Rodríguez, 2003, el uso restringido del término "familias multiproblemáticas" se ha hecho posible por la observación clínica sobre la diferencia que existe entre dos modalidades de familias:

- Familias cuyo comportamiento sintomático funciona como factor de equilibrio para las dificultades emocionales de los otros miembros del sistema y para el sistema en su globalidad (la mayor parte de las familias en las que el/la paciente designado presenta problemas de naturaleza psiquiátrica).
- Familias multiproblemáticas en las que el comportamiento sintomático funciona como un elemento de dificultad y de disgregación añadidas para el comportamiento de los otros miembros del sistema y para este considerado en su globalidad Cancrini, 1995 en Rodríguez, 2003).

En relación a lo anterior, y retomando lo que op-cit Gómez, Muñoz y Haz (2007) plantean sobre los aspectos más difíciles del trabajo con familias multiproblemáticas, entre los que está el comprender su funcionamiento y desde ahí anticipar los escenarios posibles de intervención, ya que sus modulaciones sistémicas frecuentemente no encajan en los modelos y metodologías tradicionales, por lo que se hace importante desarrollar marcos específicos de intervención que tomen en cuenta este funcionamiento, para lo cual estos autores proponen cuatro ejes descriptivos: (1) Polisintomatología y crisis recurrentes; (2) Desorganización; (3) Abandono de las Funciones Parentales y (4) Aislamiento .

Polisintomatología y Crisis Recurrentes

Estas familias presentan una cadena de problemas y factores de estrés (Matos & Sousa, 2004 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), entre los que pueden mencionarse negligencia, alcoholismo, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias y depresión. Sharlin y Shamai (1995) en Gómez, Muñoz y Haz, 2007 señalan que este patrón es de tal importancia, que debiesen reconceptualizarse como “familias en extremo distrés” o familias multi-estresadas.

Según Casas (1998) en Gómez, Muñoz y Haz, 2007, estas crisis recurrentes, que marcan la dinámica de las familias multiproblemáticas, pueden aparecer como reacción a:

- (a) Dificultades de carácter material o físico, como cesantía, enfermedades crónicas, etc.
- (b) Relaciones conflictuadas con el entorno circundante, expresadas como marginación social o demandas de adaptación a contextos violentos o estresantes,
- (c) Relaciones conflictuadas al interior del sistema familiar, y que adoptan la forma de violencia intrafamiliar, abuso sexual, negligencia, etc.

Desorganización

Gómez, Muñoz y Haz (2007) citan a varios autores para referir que el segundo eje pone el énfasis en la desorganización que define la dinámica de estas familias, particularmente en torno a dos aspectos: (a) una estructura caótica; y (b) una comunicación disfuncional.

Vega, 1997 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007 han mencionado como características de la estructura de estas familias el ser mayoritariamente monoparentales, con dispersión de sus miembros, numerosas rupturas y reconstituciones, conflictos en el desarrollo de los roles y la delimitación de los subsistemas (Cancrini et al., 1997 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), con límites generalmente difusos y problemas de diferenciación, transmisión transgeneracional de los patrones de desorganización y multi-problematicidad, como lo muestra el estudio de Hurst, Sawatsky y Pare, (1996 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), jerarquía caótica, reducción de las reglas y normas al mínimo (Sousa & Eusébio, 2005 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), por lo tanto sin rutinas claras ni criterios consensuados sobre qué está permitido y qué no en la familia, hace de la interacción familiar algo caótico, estableciéndose el control a través de medios indirectos y encubiertos” (Navarro, 2002, en Gómez, Muñoz y Haz, 2007); o a través de la descarga en el acto agresivo (Sousa &

Eusébio, 2005 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007). En este contexto los hijos pueden implementar una “prueba de límites” en escalada, que busca definir de alguna forma un bosquejo de estructura familiar.

La ambivalencia e incongruencia en la comunicación (“ambivalencia relacional”) se manifiesta en la dificultad para “leer” adecuadamente los matices e implicancias de un mensaje y para desarrollar empatía en la comunicación, por lo que en situaciones de conflictos, tienden a interpretarse las “señales” comunicativas como muestras de rechazo o abandono. Como el lenguaje ha perdido su capacidad mediadora se instalan los golpes y gritos, o la autoagresión y autodestrucción, el acting out como solución de “punto final” y de descarga de la tensión acumulada (Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

Abandono de las Funciones Parentales

La investigación ha revelado que éstas tienden a abandonar sus funciones parentales (Cancrini et al., 1997; Navarro, 2002 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), mostrando en muchos casos un grado elevado de incompetencia parental y negligencia (Barudy, 1998 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

Se han distinguido tres funciones parentales básicas (Barudy & Dantagnan, 2005 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007): la nutriente, la socializadora y la educativa. Cuando se debilitan las finalidades socializadoras y educativas se altera en los niños y niñas su capacidad de inserción y adaptación social, al no facilitar la internalización de “normas y valores culturales, lo cual inhibe el desarrollo de la consideración y el respeto a la sociedad por parte del niño y sitúan a éste en posición de conflicto con su entorno” (Linares, 1997 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

El debilitamiento de la función nutriente, principalmente de tipo emocional, obstaculiza el desarrollo de un apego seguro (Cyrulnik, 2002 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

Al respecto se ha observado que en niños físicamente maltratados se desarrolla un apego evitativo, los que han sufrido negligencia física muestran un apego ansioso/ambivalente (Finzi, Ram, Har-Even, Shnit & Weizman, 2001 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007); los que han recibido una combinación de diversas formas de maltrato, abuso y negligencia muestran un estilo de apego desorganizado o ansioso/evitativo, como consecuencia y según investigaciones realizadas (Hughes, 2004 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007) se presentan dificultades posteriores en la infancia, adolescencia y vida adulta, observándose trastornos emocionales (como baja autoestima, ansiedad o estrés), desórdenes conductuales (como irresponsabilidad, oposicionismo y comportamientos antisociales), bajo desempeño y ausentismo escolar, agresividad y/o aislamiento social, en la mayoría de estos niños (Glaser, 2002 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

Aislamiento

Las familias multiproblemáticas tienden a distanciarse, física y emocionalmente, de la familia extensa y la red de apoyo social e institucional, encontrándose así carentes de soporte frente a las crisis que atraviesan, por lo que también se le ha llamado “familias aisladas” (Powell & Monahan, 1969; Cancrini et al., 1997 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), o “familias excluidas” (Thierry, 1976 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

Se ha visto que en el caso de que exista el apoyo de la familia extensa, esta se caracteriza por acompañarse de críticas y descalificaciones frecuentes (Moncher, 1995 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), lo que termina por anular sus efectos potencialmente positivos.

Familias Multiproblemáticas y Pobreza

Si a la calidad de “multiproblemática” se le suma el de “pobreza dura” (Rozas, 1999 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), los efectos perjudiciales para sus miembros se tornan estructurales y de difícil modificación, ya que la familia desarrolla inhabilidades sociales que les impide salvar obstáculos fundamentales para su integración social (...) impactando a los niños, los cuales quedan sin herramientas intelectuales, culturales, sociales, que fragmentan su proyecto vital, reconstituyendo el ciclo de la pobreza.

Por otro lado, los “factores familiares” como baja escolaridad, estructura familiar disfuncional o presencia de violencia doméstica, se transmiten transgeneracionalmente (Aldaz-Carroll y Moran, 2001 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), y por lo tanto son centrales en la comprensión y abordaje de la pobreza, ya que, el fortalecer a la familia se vuelve una condición sine qua non de superación de la misma.

Los efectos indirectos de la pobreza que potencian el desarrollo de dinámicas negligentes y/o maltratadoras, incluyen historias de traumatismo y deprivación, condiciones de adversidad crónicas, mayor cantidad de variables de estrés parental, aislamiento social, monoparentalidad, embarazos adolescentes, y vivir en comunidades que son peligrosas, violentas y que carecen del capital social necesario para apoyar la crianza de los hijos (Woodward & Fergusson, 2002 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

Producto de esta dinámica las familias en riesgo social terminan por involucrarse casi ineludiblemente con agentes de control externos (Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

En consecuencia, la compleja matriz de conflictos familiares involucra y afecta diferentes sistemas simultáneamente: al sistema escolar en situaciones de

ausentismo, desórdenes conductuales y problemas de integración escolar; al sistema de salud en casos de adicción a drogas y alcohol, psicosis, depresiones, etc.; al sistema judicial en situaciones de violencia intrafamiliar, abandono, vulneración de derechos, y así sucesivamente.

A lo anterior se agrega que la petición de ayuda rara vez proviene de la propia familia, siendo usualmente otro sistema de la red (policía, escuela, vecinos) quienes dan la alerta y/o deriva a diversas organizaciones de ayuda (Matos & Sousa, 2004 en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), lo que implica que la motivación al cambio rara vez se encuentra garantizada al inicio de la intervención profesional.

Según González (2004), otras características de la familia multiproblemática tienen que ver con el ciclo vital, presentando un ciclo normativo alterado; se da una formación temprana de pareja, cuando no prematura, en los hijos de ambos sexos. Es frecuente que las hijas, ya desde muy jóvenes, sean madres. Esta situación no obsta para que se prolongue la fase de cría de estos hijos ya que ellos, junto con sus parejas e hijos, a su vez permanecen en el hogar durante mucho tiempo de manera continua o interrumpida.

Estas familias suelen estar distanciadas de su familia de origen, que puede darse como consecuencia de un déficit estructural o bien por rechazo de ésta por agotamiento de los familiares allegados tras las sucesivas crisis. También tienden a tomar sustitutos de su familia de origen intentando establecer relaciones con terceras personas (González, 2004).

Estructuralmente, la característica más frecuente es la presencia de la figura periférica o satelital del padre, quien en cuanto a sus funciones parentales presenta dificultad provocando una gran dificultad para desarrollar funciones nutritivas y/o normativas y referenciales en lo que respecta a valores (valores socialmente “aceptables”) (González, 2004).

Cuanto más periférico es el padre, más central es la madre, a esto se acompaña una dificultad en el establecimiento de los límites, éstos resultan laxos, ausentes o muy permeables entre los subsistemas. La parentalización de algún hijo se da con bastante frecuencia y no siempre la misma (González, 2004).

Mauricio Coletti, 1997 (citado en González, 2004) señala cuatro tipologías de familias multiproblemáticas:

1. **Padre periférico:** en donde el padre o no existe o no tiene capacidad para influir sobre la organización familiar.
2. **Padres jóvenes:** matrimonios jóvenes de breve duración que se muestran incapaces de levantar una familia autónoma. Ambos cónyuges provienen de inadaptación escolar, social, contacto con tóxicos, conductas delictivas o predelictivas.
3. **Mujer sola:** basada en la monoparentalidad, tras una relación casual, o relaciones esporádicas, con dificultad para construir una relación estable.
4. **Familia petrificada:** familia que queda sacudida por un fuerte golpe, por la desaparición dramática o imprevista de un miembro produciendo desorganización, inmovilización familiar: el duelo se enquistado, la familia es incapaz de afrontar esta situación, se incapacita funcionalmente y se producen cambios en sus funciones.

Aunado al desarrollo que en párrafos anteriores se ha hecho de los contextos sociales que rodean a las familias con mayores riesgos y múltiples problemas, es oportuno hacer un espacio en el que se especifique algunas consideraciones acerca de lo que una población, una familia o un sujeto podría considerarse que se encuentra en situación de vulnerabilidad.

Barudy, 2007 en Programa Abriendo caminos al Chile Solidario, 2009, señala es que existe una diversidad de vulnerabilidades (vulnerabilidad social, económica, sexual, psíquica y física entre otras) que afectan el devenir de los distintos miembros de un sistema familiar.

La condición paradójica que cruza el tema de las vulnerabilidades se puede ver en el neologismo que da cuenta de un fenómeno paradójico de nuestros territorios en donde la ex-(in)clusión podría calificarse como el fenómeno donde las familias que viven en situación de alto riesgo forman parte de una inclusión que los deja fuera de ciertos territorios, es decir, todas las familias son parte de nuestra sociedad, sin embargo, no todas pueden transitar la ciudad del mismo modo, lo que ubica al fenómeno de la vulnerabilidad, en algunas de sus expresiones, como una lógica de bordes, de fronteras, puesto que se despliega al verse fortalecidos los factores de riesgo que operan entre los factores protectores institucionales y comunitarios (Programa Abriendo caminos al Chile Solidario, 2009).

En otras palabras, son familias vulnerables aquellas que aun siendo parte constitutiva de la comunidad, no tienen la capacidad de enfrentar las barreras imaginarias y simbólicas que se interponen entre los miembros de la familia y un estilo de vida saludable. De este modo, la carencia cultural es uno de los factores que acrecienta la vulnerabilidad de una familia y, por tanto, sus miembros buscan fuera de ella la protección que ella debiera brindarles. Una descripción sucinta de las familias vulnerables podría describirse como el quiebre de un espacio (familiar) de acción en el que se definen las dimensiones más básicas de la seguridad humana (Arriagada, 2001 en Programa Abriendo Caminos Chile Solidario, 2011).

Barudy refiere en su guía que, no ha de extrañarnos que sea en épocas de crisis de los valores —y de los metarrelatos— que las personas requieran de mayores espacios de protección ante los problemas de la vida cotidiana, sin embargo, es precisamente ante estas circunstancias que la familia se enfrenta a la siguiente paradoja: en palabras de Arriagada (2001) en Programa Abriendo Caminos Chile Solidario, 2011 la familia «por una parte, es refugio y contención frente a las condiciones cambiantes y que generan inseguridad en el mundo laboral (desempleo, bajos salarios); de la salud (drogadicción, enfermedad y muerte); de la educación (exclusión) y de la violencia (delictual). Al mismo tiempo, las modificaciones en el tiempo y el efecto que provocan las tensiones externas junto

con las relaciones al interior de las propias familias pueden detonar también fuentes importantes de inseguridad interna: cambios de estado civil (separación, divorcio), migraciones y violencia intrafamiliar, entre otras» (Programa Abriendo caminos al Chile Solidario, 2009).

Desde esa perspectiva, entendemos que las crisis tensionan la estructura familiar, puesto que por una parte es la estructura nuclear más afectada por las crisis, pero al mismo tiempo, es la institución de socorro por excelencia de los ciudadanos, es decir, actúa como un refugio (Programa Abriendo caminos al Chile Solidario, 2009).

Una variable que ha afectado a las familias, y por ende, las ha vuelto más vulnerables, en especial en el quintil más pobre, es lo que suele denominarse como la multiplicación de variedades de familias (mono-parentales, reconstituidas, sin núcleo, con jefaturas femeninas, extendidas y compuestas, entre otras).

La Dimensión afectiva

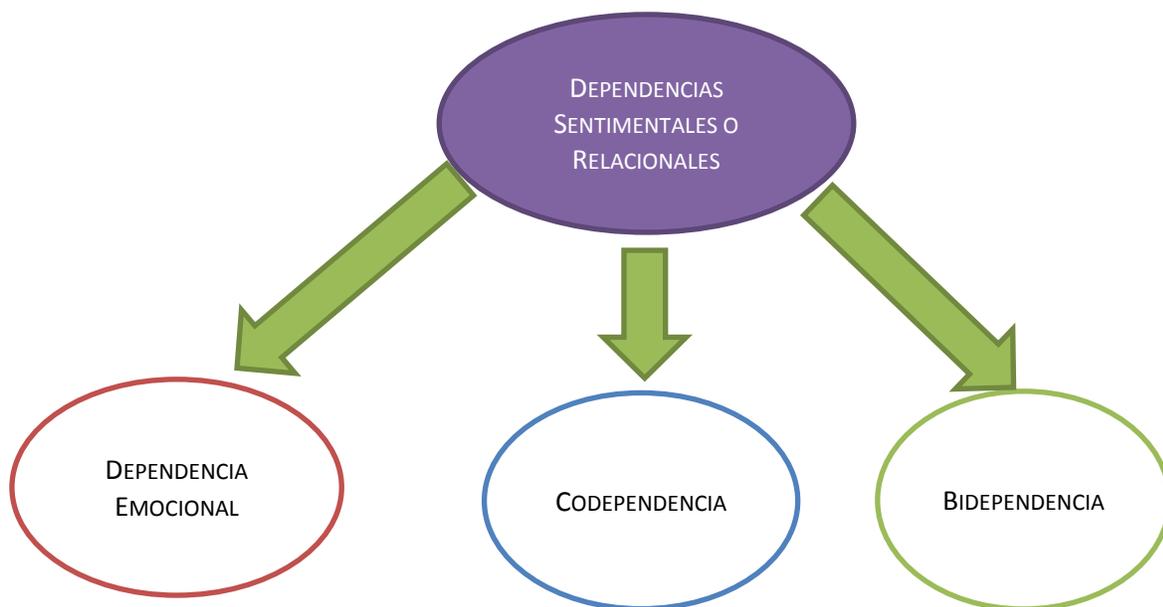
Según Castelló 2005 en Moral y Sirvent, 2008, la dimensión afectiva es la que regula el estado de ánimo, la sensación de bienestar o malestar general que uno tiene con respecto a sí mismo e incluye toda una gama de estados anímicos tristeza, alegría, ira, ansiedad, felicidad, satisfacción, desesperación.

Dependencias sentimentales

Las relaciones humanas se hayan sometidas a nuevas condiciones que redefinen la esfera emocional y que se han denominado dependencias afectivas o sentimentales (Sirvent y Moral, 2007), las cuales son un conjunto de comportamientos adictivos cuya matriz nuclear es la relación interpersonal. Una característica frecuente es la asimetría de rol, bien por sometimiento voluntario del miembro dependiente, bien como resultado de la dominación impositiva del

miembro dominante. El resultado final es la disolución de la personalidad del sujeto dependiente en la del sujeto dominante que puede o no ser consciente de lo que hace (Sirvent, 2007 en Moral y Sirvent, 2008).

Según diversos autores el término dependencias sentimentales o relacionales engloba otros tres conceptos como se muestra en el siguiente esquema:



Dependencia emocional

Castelló, 2005 en Moral y Sirvent, 2014, definió la dependencia emocional como la tendencia persistente a las relaciones de pareja caracterizada por el desequilibrio entre ambos miembros, la necesidad afectiva claramente excesiva hacia la otra persona y el sometimiento inapropiado hacia ella, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco o más de los siguientes ítems:

1. Búsqueda continua de relaciones de pareja, planteándose su vida siempre al lado de alguien. Además muestran habitualmente hiper-ilusión al principio de la relación, con componentes de euforia y autoengaño (fantaseando).

2. Necesidad excesiva de la pareja.
3. Elección frecuente de parejas egoístas, presuntuosas y hostiles, a las que idealiza (sobrevaloración).
4. Subordinación a la pareja.
5. Prioridad de la relación, no solo de pareja (el objeto se convierte en el centro de su existencia), mostrando deseo de acceso constante.
6. Miedo atroz a la ruptura, con alta probabilidad de sufrir trastornos mentales del Eje I, si se produce.
7. Autoestima y autoconcepto muy bajos, por ello les fascinan personas con ego sobrevalorado, fuerte.
8. Miedo e intolerancia a la soledad, debido a lo anterior.
9. Necesidad excesiva de aprobación, de agradar. Preocupación por el aspecto físico.

Codependencia

Consiste en la relación de dependencia emocional que establece un sujeto no adicto (habitualmente familiar más próximo o allegado) respecto a un sujeto adicto. Su característica esencial es la actitud de Control Interpersonal, independientemente del problema que presente el “ayudado”. Esta actitud de entrega y ayuda al otro suelen extenderlo más allá de las relaciones de pareja, es decir, a todo su entorno interaccional.

Cermak en 1986 citado en Moral y Sirvent, 2014 propuso los siguientes criterios diagnósticos para la codependencia:

- Inversión continuada de autoestima en su capacidad para controlarse a sí mismo y a los otros para enfrentar serias consecuencias adversas.
- Asume la responsabilidad de encargarse de las necesidades de los demás, incluso a costa de reconocer sus propias necesidades.
- Ansiedad y dificultad para reconocer los límites acerca de la separación o intimidad con los demás.

- Permanentemente cae en relaciones con gente que tiene desórdenes de personalidad, dependencia a sustancias o desórdenes impulsivos individuales.
- Presenta por lo menos tres de las siguientes características:
 - Excesiva confianza en cosas negativas
 - Constricción emocional (con o sin explosiones dramáticas)
 - Depresión
 - Hipervigilancia
 - Compulsiones
 - Ansiedad
 - Abuso de alcohol o drogas
 - Es (o fue) víctima recurrente de abuso físico o sexual.
 - Presencia de estrés relacionado a una enfermedad médica.
 - Ha tenido relaciones con personas violentas o dependientes a sustancias por un lapso mínimo de dos años sin búsqueda de ayuda externa.

Otros autores ofrecen las siguientes características (Moral y Sirvent, 2014):

- Conducta regida por locus de control externo, creen que sus acciones y pensamientos derivan de lo que hace su familiar adicto.
- Hiperresponsabilidad, considera que nadie hará las cosas como ellos mismos y asumirán compromisos que van más allá de sus límites.
- Sentimientos intensos de culpabilidad, muchos codependientes se consideran causantes del comportamiento adictivo de su familiar, y lo expresan y lo viven de esa manera.
- Negación de sí mismo, los problemas del adicto están antes que ellos, postergan muchos de sus proyectos en función del tratamiento que hacen los adictos.
- Búsqueda de aceptación de los demás, esta creencia irracional de que los demás deben de apreciarle marca todas sus acciones.

- Sobreprotección, se consideran a sí mismas como autosuficientes y únicas para ayudar al adicto y a éste lo consideran débil y vulnerable por ello es que tratan de que nada ni nadie, excepto ellas mismas, se encarguen de todo.
- Manipulación, a veces es la única forma de conseguir que se haga algo por el adicto, mienten, ocultan información, o la tergiversan, para así conseguir sus propósitos.
- Victimismo-mártir, se consideran las únicas perjudicadas de los problemas que le ha acarreado la relación con el adicto, consideran que son las que más sufren y a las que más daño se les ha hecho.
- Gran tolerancia al abuso recibido, muchas de las personas codependientes han sido humilladas, maltratadas, golpeadas, engañadas, ésta es una norma en la vida de ellas.
- Preocupación y dependencia excesiva hacia otra persona cuando no ejercen un control directo sobre la persona adicta sienten que algo les falta y están constantemente pendientes de ellos.
- Temor excesivo al abandono y al rechazo, y por evitar estos sentimientos están dispuestas a hacer cosas más allá de sus límites.
- Inseguridad y falta de confianza en sí mismos, constantemente están abordando a otras personas con preguntas acerca de su problemática y es esta inseguridad lo que no les permite avanzar en el tratamiento.
- Rigidez, dificultad para aceptar cambios, cualquier modificación de su rutina psicológica crea en estas personas un conflicto grande generándole sentimientos de intranquilidad y depresión.
- Dishonestidad, esta es parte de la conducta de manipulación.
- Supresión e inversión de valores.
- Déficit de asertividad, son incapaces de expresar adecuadamente sus opiniones y por ello acumulan molestias e incomodidades y
- Comportamiento salvador-rescatador, se consideran que son las únicas (y muchas veces las mejores) personas que pueden sacar al adicto del problema en que se halla (Guevara s/f en Moral y Sirvent, 2014).

Bidependencia

Es el conjunto de actitudes, comportamiento y afectos denotativos, existe una dependencia de personas o situaciones de carácter sociopático que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. El sujeto bidependiente adquiere un hábito pasivo y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción (buscar recursos, comprar la droga). En lo demás prefiere no tomar decisiones, optando por asumir un menoscabo de su autonomía que puede llegar a ser invalidante. En síntesis el bidependiente suele mantener relaciones inestables e intensas, con la capacidad de decisión disminuida y la adopción de una actitud pasiva. También presenta autodestructividad y búsqueda de hiperestimulación con baja tolerancia a la frustración y al aburrimiento y autoestima lábil que oscila desde el narcisismo a la infravaloración, como principales rasgos del perfil diferencial (García, Rivas, Begoña en Sirvent y Moral, 2014).

Según Cano, 2006 en Lemos, Londoño y Zapata, 2007 la dependencia emocional está asociada con episodios de depresión mayor ante las pérdidas (muerte de un cónyuge o familiar, separación o divorcio, enfermedad o abandono del hogar de algún cónyuge) y con mala calidad de la relación conyugal. También se ha asociado con los intentos de suicidio (Bornstein y O'Neill, 2000 citado en Lemos, Londoño y Zapata, 2007). En este sentido, es importante identificar las distorsiones cognitivas las cuáles juegan un papel importante en el mantenimiento de la problemática. Las distorsiones cognitivas son entendidas como errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales (Beck, 1995 en Lemos, Londoño y Zapata, 2007).

En donde los procesos cognitivos no actúan en forma independiente, sino que operan a través de esquemas, al servicio de los intereses, necesidades y propósitos de las personas.

A continuación se presentan las principales distorsiones cognitivas:

Tipo de distorsión cognitiva	
Abstracción Selectiva	Selección en forma de túnel, de un solo aspecto de una situación.
Pensamiento Polarizado	Valoración de los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta aspectos intermedios.
Sobregeneralización	Sacar de un hecho general una conclusión particular sin base suficiente, si ocurre algo malo en una ocasión, se esperará que ocurra una y otra vez.
Interpretación de pensamiento	Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás.
Visión catastrófica	Adelantarse a los acontecimientos de manera catastrófica por un interés personal.
Personalización	El hábito de relacionar, sin una base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo.
Falacia de control	Las personas suelen creerse responsables de todo lo que ocurre a su alrededor o bien en el otro extremo se creen impotentes y sin que tengan ningún control sobre los acontecimientos de su vida.
Falacia de justicia	Consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con sus deseos y necesidades.
Falacia de cambio	Son los otros los que tienen que cambiar primero su conducta, ya que creen que depende solo de aquellos.
Razonamiento Emocional	Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente.
Etiquetas Globales	Consiste en generalizar una o dos cualidades de un juicio negativo global.

Culpabilidad	Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a uno mismo o a los demás, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen al desarrollo de los acontecimientos.
Deberías	Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. En donde cualquier desviación de esas reglas o normas se considera insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema.
Tener razón	Consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto.
Falacia de recompensa divina	Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará mágicamente en el futuro.

La evaluación en el trabajo con las familias

De acuerdo a los resultados de diversas investigaciones sobre adicciones señalan que el núcleo familiar, particularmente ciertos aspectos de la dinámica, como la calidad de la relación, la comunicación, la expresión de afectos, los valores, la satisfacción de necesidades físicas, psicológicas y emocionales, así como el sentido de unión y pertenencia entre los integrantes de la familia son factores relevantes a tener en cuenta para intervenir sobre el problema. Por lo que es fundamental, detectar las consecuencias que ésta experimentando el núcleo familiar y cómo estas pueden repercutir en el mantenimiento de la conducta adictiva.

Por ello se considera necesario que como parte del trabajo con el Grupo de Familiares se inicie el análisis y valoración de la familia desde el primer contacto en donde se conozcan los comportamientos, las actitudes de los miembros de la

unidad familiar, así como el tipo de relaciones e interacciones que mantienen entre ellos, por otro lado, es importante conocer la comorbilidad asociada favoreciendo que la familia pueda ser derivada a las instancias correspondientes en caso de que la problemática no corresponda a la misión y visión institucional.

En este sentido, se propone algunos instrumentos que puedan apoyar esta fase de evaluación clínica y diagnóstico para los familiares (ver anexos).

El abordaje desde la modalidad Grupal

De acuerdo con Aubry (1970), es la interacción psicológica del grupo que está orientada a la búsqueda del objetivo común la combinación que va a dar la existencia propia al grupo.

En el trabajo con el grupo de familiares podemos observar que una de las características que poseerá este grupo, será que estará conformado por personas que están buscando el mismo fin, el apoyo y la búsqueda para solucionar el problema de adicción de uno/a de sus familiares; si bien el objetivo común pueda no estar claro para las personas que conforman, va a estar presente y será un elemento que los participantes tendrían que identificar con la finalidad de mejorar el proceso grupal.

Inicialmente esta tarea grupal podrá parecer un elemento externo, pero paulatinamente ya no será tan distante y estará referida a las motivaciones de cada uno de los participantes, además de que será lo que permita las transformaciones que el grupo viva. Es en este sentido que decimos que la tarea no sólo instituye sino que constituye el grupo. Es así que, cuando las personas llegan a un grupo, cada una de ellas traerá su propia idea de la tarea, y no sólo de ella sino también de lo que es un grupo y de cómo se trabaja en él (Fischetti, en Centro de Integración Juvenil 2014).

El grupo como un sistema tendrá un dinamismo propio, y será diferente a la suma de individuos que la componen, pues las características de los miembros que componen al grupo, no será la misma que posea el grupo, es la tarea en común, la participación, la responsabilidad colectiva y el esfuerzo de los miembros que componen el grupo, los elementos que harán que se logre ésta entidad del grupo.

El grupo posee la característica de no ser estático, y puede avanzar o retroceder, esta dinámica grupal, según Aubry, se debe a las circunstancias en las que se forma el grupo (espontaneo, dirigido e impuesto) y las relaciones que se establecen en sus miembros.

De acuerdo a la Guía de Intervención Clínica para Terapia Grupal (Centros de Integración Juvenil, 2016), existen algunas tendencias generalizadas se muestran en la mayoría de los grupos que permanecen durante un periodo de tiempo), independientemente de la naturaleza del grupo. Es así que:

- El grupo es visto como vehículo para ayudar a las personas a ejecutar modificaciones en sus actitudes, opiniones sobre sí mismo y sobre otros, sentimientos, conductas, percepciones, entre otros.
- Los grupos se desarrollan en un patrón regular y observable, lo que permite predecir patrones comportamiento futuro.
- Otro supuesto sostiene que las mismas características de desarrollo serán evidentes en todos los grupos de tratamiento que se desarrollan de una manera normativa, es decir, como poca variabilidad en su desarrollo.
- Con el paso del tiempo, en los grupos se manifestarán un aumento de la complejidad de interacción, no obstante, de vez en cuando mostraran algún grado de regresión o reversibilidad a etapas anteriores al desarrollo grupal (Centros de Integración Juvenil, 2016).

Es la tarea lo que transforma al grupo en un espacio de trabajo, siendo lo que lo resitúa y puede evitar regresiones o procesos trancos que no lleven al grupo hacia

ningún lado. Es decir, al mismo tiempo que la tarea es la finalidad del grupo, se convierte en el medio que provoca transformaciones subjetivas en la misma dialéctica del quehacer con otros (Centros de Integración Juvenil 2014).

Retomando algunos de los puntos de la propuesta de trabajo de grupo operativo de Pichón Rivière, el grupo tendría que estar centrado en la tarea, no tanto en el individuo, ni en el grupo mismo, sino que se enfocará en trabajar con los problemas que la tarea representa, así como el aprendizaje y comunicación en relación a la misma; siendo el elemento central que movilizará al grupo, y que implicará, la reflexión y análisis pero que no puede estar separada de un hacer, planteando intercambios de los participantes y esclarecimiento de los objetivos y las necesidades de cada integrante. La actividad grupal estará centrada en la movilización de estructuras estereotipadas a causa del monto de ansiedad que despierta todo cambio. El esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de tareas coinciden con la curación, creándose así un nuevo esquema referencial (Carmona, 2010).

Para el abordaje con el grupo de familiares, se debe tener en cuenta que cada miembro tiene un Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO) diferente, por lo que el trabajo principal del coordinador del grupo será ir integrando los miembros participantes a un ECRO en común, donde la tarea que se está buscando sea la misma, buscando una integración grupal, fortaleciendo el sistema de relaciones en el que se articulan los integrantes.

Se propone estar trabajando de manera constante con los esquemas referenciales de cada miembro del grupo y así orientar a los integrantes del grupo a permanecer enfocados en la tarea, tratando de que los procesos grupales afecten lo menos posible y de esta manera no se pierda ese objetivo en común, como puede ser con la salida o entrada de alguno de los miembros del grupo.

Lo previamente mencionado son aspectos que se deben tener en cuenta para el trabajo de grupo y retomar la importancia del trabajo en grupo ya que se ha demostrado tener beneficios en su uso puesto que:

- El grupo proporciona apoyo positivo.
- El grupo reduce la sensación de aislamiento que la mayoría de las personas con problemas relacionados a la adicción sufre.
- Les permite darse cuenta de que no son los únicos que tienen este problema.
- El grupo permite a las personas ser testigos de los logros de los otros miembros del grupo, lo que provoca esperanza en el logro del objetivo.
- El grupo proporciona retroalimentación en relación a los valores y habilidades de otros miembros del grupo lo que permite que modifiquen su concepto de sí mismos e incrementen su percepción de autoeficacia (Centros de Integración Juvenil, 2016).

EL MÉTODO

Aspectos generales

El grupo de familiares por su naturaleza abierta, incluyente de la red social del o la paciente, abarcativa del proceso de rehabilitación, oportuna y accesible a las necesidades de las personas que nos consultan, entre otras cosas, nos lleva a diseñar diferentes estrategias de abordaje que nos permitan lograr una mayor calidad en el servicio:

- Desde este contexto se recomienda trabajar en grupo abierto, con no menos de 5 integrantes y no mayor de 15 a 20 personas, dependiendo de la demanda de atención y de la experiencia del facilitador del grupo, además de tomar en cuenta que los grupos se depuran en el proceso de trabajo y es probable que disminuya el número de asistentes.

- En cuanto a la duración se sugiere que este determinada por los avances y logros de cada asistente por lo que la duración de asistencia al grupo es personal.
- Se recomienda incluir además de familiares directos del o la paciente, personas significativas por ser parte de la red social y que tengan alguna relación cercana e importante con el/la paciente, ej; tíos/as, primos/as, amigos/as, maestros/as, compañeros/as de trabajo, etc que puedan tener una participación constante o eventual en el proceso del grupo, de acuerdo al plan de tratamiento o el diseño de intervenciones breves y estratégicas según sea el caso.
- El manejo del grupo puede ser desde diferentes enfoques, dependiendo de la formación y experiencia del/a terapeuta que esté a cargo, ej; psicoeducativo, psicorreflexivo, operativo, psicodinámico, etc.
- Se sugiere al principio de la intervención tomar en cuenta la demanda inicial, la etapa de cambio o disposición al cambio y el estado emocional de los familiares para apoyar la derivación a grupo en cuanto a motivación y cooperación por parte de estos.
- Se sugiere que previ6 al trabajo en el grupo de familiares se lleve a cabo la evaluaci6n de cuatro aspectos fundamentales: el grado de conocimiento de la dependencia, el impacto de la misma en la familia, las relaciones familiares y las potencialidades de la familia (APGAR Familiar) (Ver Anexo).
- Se contemplaron algunos temas que llamaremos centrales, los cuales surgen de la literatura relacionada con los estudios, investigaciones y pr6ctica terap6utica de las familias con miembros con problemas de consumo de sustancias y que toman en cuenta los contextos actuales de complejidad psicosocial.

Los temas centrales que aquí proponemos, son algunos de los más representativos de la problemática pero no agotan las posibilidades de temáticas que sean de importancia agregar.

- El abordaje de la temática no es secuencial sino que se propone se construya con el grupo tanto el tema oportuno como las sesiones a realizar alrededor de este, asimismo todos los temas están separados solo por fines didácticos pero están relacionados entre sí en un sistema complejo que podríamos decir forma un tejido particular para cada proceso, es decir, un tema puede surgir en el grupo ej; depresión y este nos lleva al de la culpa y/o al duelo, por lo que cada tema podrá tener un foco y una combinación con otros temas que el facilitador de grupo y el mismo grupo irán definiendo que necesitan poner en el centro de sus conversaciones y reflexiones (Ver tabla 1).
- Otro aspecto que es necesario hacer relevante, es que el grupo de familiares, al ser un espacio de encuentro, conversación, reflexión y orientación, podrá generar necesidades de otro nivel de abordaje que lleve a determinar la derivación de la familia a otros servicios o programas de atención, intra o extra institucional, paralelos o no al proceso que se lleva en el grupo de familiares o como un nuevo plan de tratamiento o al egreso de la familia y/o paciente (ver figura 2).
- Si bien las temáticas no son secuenciales, recomendamos iniciar tanto el proceso grupal como la inclusión de otros integrantes al grupo, con los temas de valoración de la demanda y la motivación al cambio que a su vez conduzca a definir un problema, al menos de inicio, que definirá a su vez la relación con el grupo y el facilitador de este.

- Asimismo es importante trabajar con explorar la información y sistemas de creencias que la familia tiene sobre el problema de consumo de sustancias, adicción, enfermedad etc.
- Es conveniente construir una identidad de grupo a través del vínculo generado en el intercambio de experiencias.

Recomendaciones Clínicas

Algunos principios y guías (Zapata, 2009) de estrategias encaminadas a promover la participación de la familia en el proceso de rehabilitación y recuperación de las personas con problemas de adicción a sustancias son:

1. La familia debe integrarse desde el inicio del tratamiento participando de manera activa lo que da un mejor pronóstico de recuperación, pues se logra un mejor funcionamiento del sistema a través de intervenciones individuales y grupales que buscan, entre otras cosas:

a) Trabajar con los sentimientos de culpa que la familia desarrolla a partir del consumo de su familiar y lo cual entorpece el manejo que se hace del problema.

b) Fortalecer la autoridad de las figuras paternas.

c) Trabajar con formas adecuadas de comunicación que permitan el mejor funcionamiento del sistema al mejorar la forma de expresar, manifestar y escuchar las necesidades de los miembros de la familia.

d) Incrementar las habilidades afectivas.

2. cuando el paciente regresa a su hogar después de las intervenciones terapéuticas pertinentes, la familia debe estar en capacidad y disposición de hacer uso de las herramientas adquiridas durante el proceso de tratamiento, para que ayuden al mantenimiento de los logros alcanzados y se posibiliten los cambios necesarios en su sistema de relaciones.

3. La familia debe vincularse a redes de apoyo que le brinden acompañamiento y soporte en el proceso de recuperación del paciente, siendo uno de estos soportes, los grupos de apoyo socio-familiar; en donde podrá expresar sus emociones y compartir temores y/o expectativas con otras familias en situaciones semejantes.

4. El soporte familiar y social ofrecido al paciente debe posibilitar su individuación y autonomía en el proceso de rehabilitación.

5. La familia debe recibir orientación sobre las señales de alerta de posibles recaídas del paciente, que le permitan prevenirlas y aceptarlas cuando ocurran, como parte del proceso de recuperación.

6. El individuo en tratamiento que no cuente con familia, debe ser vinculado a una red de apoyo equivalente, que sustituya las funciones de acompañamiento, comunicación y afecto, ej. amigos, parientes o instituciones que presten este tipo de soporte.

La intervención con familias multiproblemáticas (Gómez, Muñoz y Haz, 2007) se ve fortalecida cuando se desarrolla desde una mirada constructivista de la realidad humana, que no es igual a decir “todo vale”, pero que sí se distingue de un enfoque objetivista, al aceptar como válidas las construcciones sociales propias de la comunidad en que se desenvuelven las familias, es decir tomando en cuenta el contexto donde se han formado.

- La noción de la realidad humana como construcción social tiene como consecuencia que el profesional debe “flexibilizar sus propias nociones de familia y hogar para poder intervenir”, esto es, considerar que muchos de los hábitos y costumbres de las familias han sido “normalizados” a través

del tiempo, por lo que no se consideran dañinos por la mayoría de sus integrantes.

- Uno de los desafíos centrales del trabajo con familias con diversas problemáticas es lograr su adherencia e involucramiento en los espacios propuestos. Dichas familias no suelen llevar una agenda o recordar citas con profesionales, por lo que una estrategia en este caso sería intensificar la estructura de las citas, definiendo mecanismos para recordar fechas, llamando por teléfono el día anterior o recordando a través del correo.
- Otra estrategia sugerida, es aprovechar la elevada motivación al cambio que tienen estas familias en los momentos de crisis, debido al sentido de urgencia con que los vivencian. Sin embargo, su desorganización característica puede hacer cambiar las prioridades rápidamente, por lo que los equipos deben estar preparados para usar el impulso como palanca a favor del proceso de cambio.
- Asimismo, el mostrar periódicamente los avances obtenidos, facilita la sensación subjetiva de avance, lo que a su vez redundará en una mayor adherencia al tratamiento. Esto puede realizarse, por ejemplo, mediante “reuniones de celebración de logros”, o a través de la entrega de “diplomas de reconocimiento” de habilidades parentales o de logros en la superación.
- También es significativo enfatizar que el terapeuta no tiene la función de censurar o corregir comportamientos desde una posición moral, sino que su objetivo primordial es orientar, escuchar, informar en algunos casos y sobre todo promover que los familiares puedan hacer consciente aquello que ha causado su malestar psíquico y emocional.
- Es de igual manera sustancial tener en cuenta los diferentes niveles de problematización que el entorno familiar puede presentar, ya que esto servirá de ruta para pensar en otros dispositivos que puedan acompañar el

proceso de tratamiento de las familias y que forman también parte del modelo de tratamiento de CIJ.

- Lo que se buscaría en general es que los familiares puedan implicarse en su propia historia, es decir que asuman su participación en el desarrollo de la problemática familiar, para que de esta manera puedan ser también un agente de cambio activo en el proceso de tratamiento.
- Finalmente, se sugiere desarrollar las intervenciones (si el contexto lo permite) en una atmósfera libre de juicios y condenas, en donde se estimule la expresión libre de las vivencias y emociones. El respeto y la empatía se han mencionado como actitudes terapéuticas inespecíficas de alto impacto sobre estas familias.

Tabla 1: Temas Centrales en el Grupo de Familiares

Tema (Qué)	Foco Propuesto de la intervención (Cómo)	Objetivo terapéutico (Para qué)
Trabajo para abordar la demanda inicial		
Análisis de la demanda y motivación al cambio	<ul style="list-style-type: none"> ● Momento de la demanda ● Expectativa de cambio ● Dilema de cambio ● Disposición de cambio ● Etapa de cambio 	<ul style="list-style-type: none"> ● Trabajar el momento de la demanda, con las expectativas de la familia relacionadas con el tratamiento, explorando el nivel de motivación con el que acuden así como su disposición a realizar un cambio. Para favorecer su involucramiento en el proceso de tratamiento de su familiar además de obtener un bienestar propio.
Definición del problema	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificando cuál es el problema 	<ul style="list-style-type: none"> ● Establecer un diálogo con la familia o red social del/a paciente para definir en conjunto cuál es el problema por el que valdría la pena

	<p>comprometerse a asistir, reflexionar, colaborar y en su caso modificar su percepción, actitud y actuación ante el problema</p>
<p>Sistema de creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Explorando mis creencias y valores. ● Identificando de donde vienen estas creencias. ● Quién ha influido en mi sistema de creencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Qué la familia o integrante de la red social del o la paciente explore las creencias y valores cimientan la vida de la familia alrededor del consumo de sustancias, así como la generalizaciones sobre el pasado, o la historia de consumo que pueden estar basada en interpretaciones de experiencias dolorosas y placenteras y reflexionar acerca de los filtros recibidos por los parientes más cercanos, la escuela, la sociedad o comunidad y los amigos que han tenido influencia significativa en el paradigma con el que funcionan, evalúan y existen en el mundo de tal manera que cuestionen ese sistema de creencias o paradigmas y les permita hacer cambios.
<p>Trabajo con emociones vinculadas al problema de consumo</p>	
<p>Culpa y resentimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificando el sentimiento de culpa. ● Identificando el resentimiento 	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar con la familia un trabajo de identificación sobre la culpa y el resentimiento que le genera la problemática de consumo de su familiar y a través de preguntas reflexivas como: <ul style="list-style-type: none"> ¿Por qué esta culpa frente a otras resulta especialmente dolorosa? ¿Qué hipótesis tiene la persona? ¿Cuál cree que es el origen del dolor?

		<p>¿Hay imágenes asociadas a ella?</p> <p>¿Existen momentos en que se dispara?</p> <p>¿Qué estrategias utiliza para controlarla?</p>
Tristeza (Del dolor al sufrimiento)	<ul style="list-style-type: none"> ● Diferenciando la tristeza de la depresión. ● Explorando los síntomas de la tristeza ● Explorando los síntomas y reconociendo los motivos por los que se padece depresión. ● Explorar recursos personales que favorecen la autoestima y empoderamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Qué la familia o integrante de la red social del o la paciente cobre conciencia de si esta triste o cursa con una depresión y caso necesario acepte la derivación a otros dispositivos familiares u otras instituciones así como potencializar los recursos personales para fortalecer la autoestima y empoderamiento.
Enojo, rabia y frustración	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconociendo el enojo, la rabia y la frustración. ● Aprendiendo a recuperar el control de mi persona 	<ul style="list-style-type: none"> ● El y/o los miembro/s de la familia o red de apoyo, lograrán el reconocimiento del enojo, la rabia y la frustración a través del manejo del autocontrol persona que les ayude a la solución de problemas y toma de decisiones y que permita una mejor relación con el familiar que consume.
Ansiedad /estrés/miedo	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconociendo los síntomas de la ansiedad ● Identificando el miedo ● Conociendo cual es el impacto del estrés 	<ul style="list-style-type: none"> ● El y/o los miembro/s de la familia o red de apoyo reconocerán los síntomas de ansiedad, estrés y miedo, identificando cual es el impacto que tienen estas emociones en su persona y potencializar sus recursos para hacer frente a estas de manera positiva.
Conflicto	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Cómo surge el conflicto? ● ¿Cuáles son sus características? ● Estrategias de manejo 	<p>Que el sistema familiar aprenda a reflexionar sobre su dificultad con el manejo de conflictos a la vez que desarrolle nuevas formas de afrontarlo.</p>

Trabajo con vínculos		
Dependencias sentimentales	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificando las características de la dependencia emocional ● Identificando las características de las relaciones codependientes ● Identificando las relaciones bidependientes. ● Recuperación de la identidad 	<ul style="list-style-type: none"> ● Habilitar al familiar o a la red de apoyo en aprender a ser más autónomo a través de la liberación del sentimiento de desprotección, generando la toma de conciencia del autocontrol personal respetando la independencia propia y de los demás, no hiperimplicándose, atendiéndose más y de mejor manera a sí mismos, neutralizando agentes estresores, trabajando la dependencia emocional y sustituyendo la hiperestimulación por la satisfacción personal.
Apegos	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificando el tipo de apego entre padre/madre e hijos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Habilitar a los miembros de la familia, principalmente al progenitor más involucrado con el o los hijos con adicción a sustancias para que puedan expresar y transmitir sentimientos positivos y amorosos entre si y permee sus relacione y sus cuidados parentales “la aparición del sentimiento de persona se construye lentamente.
Amor nutricional	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificando que es la nutrición relacional. ● Reestableciendo el contacto amoroso entre los miembros de la familia 	<p>Que los miembros de la familia o red social de los y las pacientes desarrollen habilidades cognitivas, conductuales y emocionales para expresar sentimientos amorosos sin necesidad de control obsesivo, inducción de culpa, manipulación, triangulación, descalificación,</p>

		etc. Asimismo fortalecer las funciones parentales: nutricional, socializadora y la educativa
Autonomía e individuación	<ul style="list-style-type: none"> ● Desapegándome del otro. ● ¿Qué es ser autónomo? ● ¿Qué es la individuación? 	Que la familia, pareja o red social de la o el paciente se relacionen con ellos o ellas de manera clara, respetuosa y faciliten su autonomía. A través de la prácticas parentales o relacionales que validen y reconozcan al sujeto como un ser independiente y digno de reconocimiento y respeto, permitiendo su proceso de autonomía e independencia del núcleo familiar de origen.
Trabajo con experiencias traumáticas		
Trauma	<ul style="list-style-type: none"> ● Tipos de psicotrauma ● Reconociendo el impacto del trauma en mi historia de vida 	<ul style="list-style-type: none"> ● Trabajar con la familia, pareja o red social de la o el paciente en la resignificación de las huellas en la memoria de las experiencias de vida traumática que les permita una mayor estabilidad psíquica, que desencadene beneficios en sus relaciones interfamiliares de manera estructura y respetuosa.
Duelos	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificando las pérdida en mi historia de vida ● Fases del duelo ● Aceptando la pérdida 	<ul style="list-style-type: none"> ● Que la familia, pareja o red social de la o el paciente elabore los duelos no trabajados para favorecer el bienestar de las personas.
Dependencia química y psicológica multigeneracional	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentando la información adecuada a los familiares ● Dependencia química ● Dependencia psicológica ● Historia de consumo en la familia 	<ul style="list-style-type: none"> ● Que la familia, pareja o red social de la o el paciente conozca los mecanismos que están relacionados con la dependencia a la sustancia de manera química y psicológica
Cerebro y adicciones	<ul style="list-style-type: none"> ● Circuito de recompensa 	<ul style="list-style-type: none"> ● Que la familia, pareja o red social de la o el paciente identifique el circuito de recompensa

		con la finalidad de que reconozca la magnitud del problema del consumo de sustancias cual es el impacto que tiene esta sobre el comportamiento de su familiar.
Otras conductas adictivas	<ul style="list-style-type: none"> ● Comida ● Juego ● Internet 	<ul style="list-style-type: none"> ● Que la familia, pareja o red social de la o el paciente conozca el espectro más amplio que implican otras conductas adictivas y poder descentralizar el consumo
Trabajo con la estructura sistémica		
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ● Tipos y pautas de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> ● Que la familia, pareja o red social de la o el paciente identifique los tipos y pautas de comunicación con los otros miembros de la familia con la finalidad de que generen herramientas que los ayuden a tener una comunicación asertiva y mejore la interacción familiar.
Organización	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificando el tipo de organización en mi familia ● Identificando los roles que jugamos en la familia ● ¿Qué son los límites? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Que la familia, pareja o red social de la o el paciente identifique como está organizada su familia que les permita una reestructura y genere en los miembros de la familia relaciones más sanas, con roles más claros que propicien vínculos de mejor calidad.
Trabajo con proceso de recuperación		
Recaídas	<ul style="list-style-type: none"> ● Diferencia entre caída y recaída 	<ul style="list-style-type: none"> ● Que la familia, pareja o red social de la o el

	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar los situaciones que pueden llevar a una recaída 	<p>paciente identifique la diferencia entre una caída y una recaída así como las situaciones de riesgo que pueden llevar a esta y dotarles de herramientas para un afrontamiento eficaz.</p>
Cambio	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Qué es el cambio? ● Pros y contras del cambio 	<ul style="list-style-type: none"> ● Que la familia, pareja o red social de la o el paciente integren la posibilidad de cambio, posicionándolos en un lugar diferente y de esta manera puedan elaborar procesos que favorezcan el apoyo a sus familiares en el proceso de rehabilitación e identifiquen los beneficios del cambio en los vínculos familiares.
Crisis	<ul style="list-style-type: none"> ● Detección de crisis y problemas y asociados al consumo de drogas. ● Identificando la resiliencia personal y familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ● Que la familia, pareja o red social de la o el paciente identifique que es una crisis así como la resiliencia personal y familiar que de soporte al tratamiento que están recibiendo
Trabajo con redes de apoyo		
Aislamiento y redes de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Qué es el aislamiento social? ● ¿Qué es la vulnerabilidad? ● ¿Qué es una red de apoyo? ● ¿Qué impacto tiene el aislamiento en la familia? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Que la familia, pareja o red social de la o el paciente identifique las redes de apoyo con las que cuenta y fortalecer las habilidades sociales que favorezcan el restablecimiento de lazos sociales significativos para la familia.
Trabajo con la violencia		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificando los tipos de violencia ● Nombrar la violencia y visibilizar su severidad 	<ul style="list-style-type: none"> ● Que la familia, pareja o red social de la o el paciente identifique el tipo de violencia al

Violencia Familiar

- Identificar los efectos de la violencia en la familia
- Revisar la asociación entre violencia y drogas.
- Reflexionar sobre la relación de poder en la familia.
- Negociación ante el conflicto

interior de la familia, así como sus efectos en los integrantes de la familia, reconociendo la asociación entre la violencia y las adicciones y reflexionar sobre el manejo del poder en la familia y fortalece las pautas de negociación ante el conflicto

REDES TERAPÉUTICAS EN CIJ

Como se mencionó anteriormente, cuando se trabaja con familiares de pacientes en tratamiento, es muy probable que se detecten o generen otros aspectos que será necesario abordar terapéuticamente. En este sentido existe una serie de dispositivos que forman parte del Modelo de Intervención en CIJ, que pueden aprovecharse a la par del grupo de familiares, esto de acuerdo a la demanda identificada, como se muestra a continuación:



ANEXO

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

APGAR FAMILIAR

N°	PREGUNTA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?	0	1	2
2	¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?	0	1	2
4	¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?	0	1	2
5	¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

Fuente: Protocolo de atención a familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas

INTERPRETACIÓN

	Adaptabilidad	Cooperación o Participación	Desarrollo	Afectividad	Capacidad resolutive
PREGUNTAS	1	3	2	4 y 5	4
TIPO DE FAMILIA	Normofuncional		Levemente Disfuncional		Disfuncional
PUNTOS	8-10		4-7		0-3

A continuación encontrará una serie de preguntas que pueden formar parte de la evaluación entorno al grado de conocimiento de la problemática del paciente, el impacto en la familia, en las relaciones familiares y las potencialidades de la familia:

Grado de conocimiento de la problemática del/a paciente

- ¿Qué síntomas atribuyen al problema adictivo?
- ¿Qué tratamientos anteriores han tenido?
- ¿Por qué cree que fracasaron?

Impacto en la familia

- ¿Qué problemas ha generado el abuso de drogas en la familia?
- Nivel emocional: ira, culpa, desesperanza, ansiedad, depresión.
- Nivel cognitivo: distorsiones, rumiaciones.
- Nivel conductual: hábitos inadecuados.
- Nivel económico: deudas, sanciones y multas, etc.
- Nivel físico: descuido de los propios hábitos de salud, somatizaciones.
- Nivel social: aislamiento, sentimientos de vergüenza, cambio o abandono de aficiones.
- Nivel familiar: modificación de roles.

¿Cuenta la familia con el apoyo de otros familiares, fuera del núcleo de convivencia, con amigos o red social de apoyo?

Relaciones familiares

- Antecedentes psiquiátricos o de conductas adictivas en la familia nuclear y extensa
- ¿Cree que existe en su casa una buena comunicación? ¿Y apoyo familiar?
- ¿Cómo definiría usted la relación actual del paciente con el resto de la familia?

Potencialidades de la familia

- Recursos con los que cuentan
- Estrategias que se han puesto en práctica y los resultados de estas
- Capacidades de los miembros para afrontar problemas.

Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE, Lemos & Londoño, 2006)

(Adaptado a población mexicana por Méndez, A., Favila, M., Valencia, A., & Díaz-Loving, 2010)

Instrucciones: Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse con respecto a sus relaciones de pareja. Por favor, lea cada frase y decida qué tan bien lo/a describe. Cuando no esté seguro/a, base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto. Para contestar cada afirmación se presentan las siguientes opciones de respuesta, elija sólo una respuesta por cada pregunta y ponga una X en la opción que eligió.

1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Me divierto solo cuando estoy con mi pareja	1	2	3	4
2. Si mi pareja me propone un programa dejo todas las actividades que tenga para estar con ella	1	2	3	4
3. Si tengo planes y mi pareja aparece los cambio sólo por estar con ella	1	2	3	4
4. Cuando tengo una discusión con mi pareja me siento vacío/a	1	2	3	4
5. Soy capaz de hacer cosas temerarias, hasta arriesgar mi vida, por conservar el amor del otro	1	2	3	4
6. Me he hecho daño físicamente con la intención que mi pareja no me abandone o que regrese a mi lado	1	2	3	4
7. Me preocupa la idea de ser abandonado/a por mi pareja	1	2	3	4
8. Cuando discuto con mi pareja me preocupa que deje de quererme	1	2	3	4
9. Cuando mi pareja debe ausentarse por algunos días me siento angustiado/a	1	2	3	4
10. No tolera la soledad	1	2	3	4

**ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR (FAMILY ENVIRONMENT SCALE FES) Moos, R.H.,
MOOS, S Y TRICKETT, E.J. 1974**

Ayúdenos a conocer cómo funciona su familia, en base a la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que proporcione será estrictamente confidencial. Lo importante es conocer su punto de vista. A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con su familia. Marca con una X en Verdadero o Falso según sea el caso.

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.	V	F
2. Los miembros de mi familia guardan a menudo sus sentimientos para sí mismos.	V	F
3. En nuestra familia discutimos mucho.	V	F
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.	V	F
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.	V	F
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.	V	F
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.	V	F
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a cultos de la iglesia.	V	F
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.	V	F
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.	V	F
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos pasando el rato.	V	F
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos	V	F
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestro enojo.	V	F
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.	V	F
15. Para mí familia es muy importante triunfar en la vida.	V	F
16. Casi nunca asistimos a conferencia, funciones o conciertos.	V	F
17. Frecuentemente vienen amigos a comer a casa o a visitarnos.	V	F
18. En mi casa no rezamos en familia.	V	F
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.	V	F
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.	V	F
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.	V	F
22. En mi familia es difícil desahogarse sin molestar a todo el mundo.	V	F
23. En casa a veces nos enojamos tanto que golpeamos o rompemos algo.	V	F
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.	V	F
25. Para nosotros no es importante el dinero que gane cada uno.	V	F
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente	V	F
27. Alguno de mi familia práctica habitualmente deportes, fútbol, basquetbol, etc.	V	F
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.	V	F
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las	V	F

necesitamos.		
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.	V	F
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.	V	F
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.	V	F
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.	V	F
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.	V	F
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y que gane el mejor.	V	F
36. Nos interesan las actividades culturales.	V	F
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.	V	F
38. No creemos ni en el cielo ni en el infierno.	V	F
39. En mi familia la puntualidad es importante.	V	F
40. En casa las cosas se hace de una forma establecida.	V	F
41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.	V	F
42. En casa, si al alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.	V	F
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.	V	F
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.	V	F
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.	V	F
46. En mi familia casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.	V	F
47. En mi casa todos tenemos una o dos aflicciones.	V	F
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.	V	F
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.	V	F
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.	V	F
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.	V	F
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.	V	F
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.	V	F
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en si misma cuando surge un problema.	V	F
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.	V	F
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.	V	F
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.	V	F
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.	V	F
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones queden limpias.	V	F
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.	V	F
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.	V	F
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se trata abiertamente.	V	F
63. Si en mi familia hay desacuerdos, no todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.	V	F
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a	V	F

defender sus propios derechos.		
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.	V	F
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.	V	F
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés.	V	F
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.	V	F
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.	V	F
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.	V	F
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.	V	F
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.	V	F
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.	V	F
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.	V	F
75. Primero el trabajo, luego la diversión es una norma en mi familia.	V	F
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.	V	F
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.	V	F
78. En mi casa, leer la biblia es algo muy importante.	V	F
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.	V	F
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.	V	F
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.	V	F
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.	V	F
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.	V	F
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.	V	F
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o en el estudio.	V	F
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.	V	F
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.	V	F
88. En mi familia creemos que quien comete una falta tendrá su castigo.	V	F
89. En mi familia de ordinario la mesa se recoge inmediatamente después de comer.	V	F
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.	V	F

La escala esta agrupada en 10 subescalas que definen tres dimensiones fundamentales:

- Relaciones: evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva y comprende tres subescalas: Cohesión (CO); Expresividad (EX) y Conflicto (CT).
- Desarrollo: Evalúa la importancia para la familia de ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados por la vida en común. Comprende 5 subescalas: Autonomía (AU), Actuación (AC), Intelectual-Cultural (IC), Social-Recreativo (SR), Moralidad-Religiosidad (MR).
- Estabilidad: informa sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que ejercen unos miembros sobre otros. Conformada por 2 subescalas: Organización y Control (CN).

CLAVES DE CORRECCIÓN

CO	EX	CT	AU	AC	IC	SR	MR	OR	CN
1-V	2-F	3-V	4-F	5-V	6-V	7-F	8-V	9-V	10-F
11-V	12-V	13-F	14-V	15-V	16-F	17-V	18-F	19-V	20-F
21-V	22-F	23-V	24-V	25-F	26-V	27-F	28-V	29-F	30-V
31-V	32-V	33-F	34-V	35-V	36-F	37-V	38-F	39-V	40-V
41-F	42-V	43-V	44-F	45-V	46-F	47-V	48-V	49-V	50-V
51-V	52-F	53-V	54-V	55-F	56-V	57-F	58-V	59-V	60-F
61-V	62-V	63-F	64-V	65-F	66-V	67-V	68-F	69-V	70-F
71-V	72-F	73-V	74-F	75-V	76-F	77-V	78-V	79-F	80-V
81-V	82-V	83-F	84-F	85-V	86-V	87-F	88-V	89-V	90-V
CO:	EX:	CT:	AU:	AC:	IC:	SR:	MR:	OR:	CN:

FICHAS TÉCNICAS

TRABAJANDO LA DEMANDA INICIAL

TEMA	Análisis de la demanda		
SUBTEMA	<i>“Las creencias que nos han detenido”</i>		
OBJETIVO GENERAL: Favorecer que los familiares puedan identificar nuevas posibilidades de pensar y actuar, permitiéndose también ver los aspectos positivos de sus integrantes, incluyendo a quien consume, apartándose de las etiquetas o creencias que han limitado el cambio al interior de la familia.			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
<i>“La fábula del aguilucho”</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar "La fábula del aguilucho". 2. Formar grupos que permitan comentar y responder a las preguntas. 3. En grupo general discutir las respuestas de cada equipo. 4. Retroalimentar acerca de la importancia de no emitir prejuicios o sentencias que descalifiquen a algún miembro de la familia, considerando permanentemente la posibilidad de que el cambio es posible, si se miran las cosas desde otro lugar. 	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Formato "La fábula del aguilucho" • Lápices. • Música de fondo.

FÁBULA DEL AGUILUCHO

Érase una vez un granjero que, mientras caminaba por el bosque, encontró un aguilucho malherido. Se lo llevo a su casa, lo curo y lo puso en su corral, donde pronto aprendió a comer la misma comida que los pollos y a comportarse como éstos.

Un día, un naturalista que pasaba por allí le pregunto al granjero ¿Por qué este águila, el rey de todas las aves y pájaros, permanece encerrado en el corral con los pollos?

- Me lo encontré mal herido en el bosque, y como le he dado la misma comida que a los pollos y le he enseñado a ser como un pollo, no ha aprendido a volar. Se comporta como los pollos y, por tanto, ya no es un águila- contesto el granjero.
- El tuyo –dijo el naturalista- me parece un bello gesto, haberle recogido y haberle curado y cuidado. Además le has dado la oportunidad de sobrevivir y le has proporcionado la compañía y el calor de los pollos de tu corral. Sin embargo, tiene corazón de águila, y con seguridad, se le puede enseñar a volar. ¿Qué te parece si le ponemos en situación de hacerlo?
- No entiendo lo que me dices. Si hubiera querido volar, lo hubiese hecho. Yo no se lo he impedido.
- Es verdad, tu no se lo has impedido, y como tú bien decías antes, le enseñaste a comportarse como los pollos, por eso no vuela. ¿Y si le enseñáramos a volar como las águilas?
- ¿Por qué insiste tanto? Mira se comporta como los pollos y ya no es un águila, qué le vamos a hacer. Hay cosas que no se pueden cambiar.
- Es verdad que en estos últimos meses se está comportando como los pollos. Pero tengo la impresión que te fijas demasiado en su dificultad para volar. ¿Qué te parece si nos fijamos ahora en su corazón de águila y en sus posibilidades de volar?
- Tengo mis dudas, porque ¿Qué es lo que cambia si en lugar de pensar en las dificultades pensamos en las posibilidades?
- Me parece una buena pregunta la que me haces. Si pensamos en las dificultades, es más probable que nos conformemos con su comportamiento actual. Pero ¿No crees que si pensamos en las posibilidades de volar esto nos invita a darles oportunidades y a probar si esas posibilidades se hacen realidad?
- Es posible -admitió el granjero
- ¿Qué te parece si probamos?
- Probemos.

REFLEXIÓN: ¿Qué te pareció la fábula? ¿Te identificas con el granjero o con el naturalista? ¿En qué situaciones? Dar ejemplos, ¿Sueles pensar más en las dificultades o en las posibilidades que tienen como familia o como personas? ¿De qué manera influyen las personas en la dinámica de la familia?

TEMA	Análisis de la demanda		
SUBTEMA	<i>“Autodiagnóstico”</i>		
OBJETIVO GENERAL: Conocer cuál es el estado o la situación en la que se encuentran los/as participantes (situación personal, etc.) e identificar en diversos ámbitos, los problemas o necesidades percibidas individualmente.			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
<i>“Partir de la realidad”</i>	<p>1. Los/as participantes tienen que describir en una hoja (de manera anónima), con una palabra o con un dibujo, con qué se identifican (con un determinado animal, un paisaje, un sentimiento, un objeto, una planta, etc.) en cada uno de los siguiente ámbitos de su vida:</p> <p>a) mi situación actual; b) mi familia; c) mi problema actual.</p> <p>2. Cada participante explicara al resto del grupo una de las palabras que escribieron o que dibujaron (en los ámbitos que ellos/as prefieran), y por qué se identifican en ese aspecto. No se deberá forzar o presionar en caso que alguien no desee participar.</p> <p>3. El facilitador/a recoge las hojas de los/as participantes (no deben tener el nombre del/la participante). De esta forma se puede tener una visión inicial de la situación personal en la que se encuentra el grupo y qué aspectos conviene incorporar en la implementación de las dinámicas o talleres.</p> <p>4 Al final, en plenaria se hará una reflexión en torno a las características que comparte el grupo con la finalidad de integrarlos y encaminarlos hacia un mismo objetivo.</p>	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas. • Plumas. • Pinturas o plumos de diferentes colores.

TEMA	Definición del problema		
SUBTEMA	<i>“Lo que nos trajo a CIJ”.</i>		
OBJETIVO GENERAL: Identificar a través de un ejercicio proyectivo el motivo que trae a la familia a formar parte de un proceso de tratamiento, buscando resignificar su participación en dicho proceso.			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
<i>“La historia de Juan y Juana”</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se comienza con una introducción por parte del coordinador donde se establece el encuadre de la sesión, principalmente la duración y los acuerdos para la participación (elementos para la participación de un grupo reflexivo). 2. Se dará la instrucción de construir en conjunto una historia sobre Juana y Juan, siguiendo las instrucciones descritas en el anexo “Juana y Juan” 3. Se sugiere cerrar la sesión, dialogando de manera grupal sobre las sensaciones y emociones que experimentaron mientras realizaban la actividad, así como las reflexiones a las que han llegado con el ejercicio. 	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Salón y sillas.

“Juana y Juan”

Instrucciones:

- Se da inicio a la actividad de “la historia de Juan y Juana”. Se decide con el grupo si desean comenzar por Juan o por Juana. Una vez decidió el personaje, se les propone construir una historia biográfica para cada uno de ellos, la consigna es que se realice de manera grupal y con una amplia variedad de elementos, con la mayor libertad de expresión posible.
- El grupo dispuesto en círculo irá aportando elementos a la biografía de cada personaje (Juan/Juana) de manera libre, uno después de otro dando continuidad a la historia y retomando los elementos propuestos por el compañero anterior. El coordinador dará inicio a la biografía diciendo que: **Juan/Juan es un/a chico/a que acude a CIJ...** este será el único elemento aportado por el coordinador para que a partir de éste los participantes puedan construir una historia por ellos mismos y de manera grupal. Así se realizará con ambos personajes uno por uno.
- El coordinador puede ir tomando nota de los elementos más sobresalientes en la historia de los personajes recreados para después traerlo a la reflexión grupal.
- Al finalizar la creación de las historias para Juan y para Juana se abrirá el espacio grupal para establecer un diálogo reflexivo sobre estas historias creadas a partir de los elementos propios de los participantes, es decir, de sus propias historias. Se podrán analizar las diferencias entre la historia creada para Juan y aquella creada para Juana. Se sugiere abrir espacio para pensar las similitudes/diferencias que guardan estas historias con la vida personal, la importancia de contarlas, de hacer una narración de ellas y de poder recrearlas.

TEMA	“Definición del problema”		
SUBTEMA	“Autodiagnóstico”		
OBJETIVO GENERAL: que los participantes puedan escuchar las propias y las otras demandas para identificar las similitudes entre ellos			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
“Preguntas Guía”	<p>1 En plenaria el integrante del EMT responsable del grupo, realizara una serie de preguntas guía, con la finalidad de que las y los asistentes puedan expresar sus motivaciones e inquietudes respecto a la propuesta de trabajo.</p> <p>¿Qué sucedió para que necesitaras solicitar apoyo con esta situación?</p> <p>¿Cómo es que ahora solicitas atención y no antes o después?</p> <p>¿Qué te funcionó en esa experiencia? ¿Qué no funcionó?</p> <p>¿Qué beneficios crees que podrías obtener de este proceso?</p> <p>Para generar empatía se sugiere realizar las preguntas de manera cálida no con un carácter tan rígido.</p> <p>Al finalizar el ejercicio, el integrante del EMT, realizará una conclusión de la actividad y destacando los puntos importantes para el trabajo del grupo.</p>	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón/ Pintarrón. • Gises / Plumones

TEMA	Sistema de Creencias		
SUBTEMA	<i>“Valores, creencias y códigos al interior de la familia”</i>		
OBJETIVO GENERAL: Contribuir al ejercicio de un continuo redescubrimiento propio que lleve una reflexión sobre aquellas creencias y códigos implícitos que forman parte del sistema familiar.			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
“Mis imágenes”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se les pide a los participantes que caminen en silencio alrededor del salón, observando las imágenes que han sido previamente dispuestas sobre los muros. Mientras caminan y observan, el coordinador irá acompañando con su voz e irá generando un ambiente introspectivo que favorezca la conexión con las imágenes que están viendo. Las imágenes tendrán que ser variadas y evocativas: fotografías o recortes de personas en diversas situaciones, paisajes, objetos, etc. 2. Se les irá conduciendo hasta provocar que encuentren y elijan aquella imagen que crean que representa a su familia. 3. Una vez seleccionada la imagen se les pedirá que vuelvan a sus lugares, con la idea de que observen esta imagen elegida y dialoguen con ella: ¿Por qué eligieron esta y no otra? ¿Qué hay en esa imagen de mí? ¿Qué elementos (formas, colores, situaciones) encuentro en ella que reflejan algo de lo que yo soy? 	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Salón con imágenes variadas pegadas en los muros.

	<ol style="list-style-type: none">4. Posteriormente se pedirá a los participantes que compartan con el grupo la imagen elegida, las razones para su elección y que hablen de los elementos propios que encuentran en ella.5. Para el cierre de la sesión se sugiere explorar sobre las sensaciones y emociones que experimentaron mientras realizaban la actividad, así como las reflexiones a las que han llegado con el ejercicio.		
--	---	--	--

TEMA	Sistema de creencias		
SUBTEMA	<i>“ Necesito Ayuda”</i>		
OBJETIVO GENERAL: Promover la auto-evaluación del estado personal e Identificar el papel del trabajo personal para el apoyo del tratamiento del familiar			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
<p><i>“¿Qué hago aquí?”</i></p> <p><i>¿Necesito yo ayuda o solamente el adicto que me preocupa?</i></p>	<p>1. Se solicita a los asistentes que se pongan de pie, a un lado de la sala, solicitando que se desplacen hacia el lado opuesto aquellas personas que consideren que están ahí por sí mismas (para sí) y que se queden en donde están aquellas que crean que están ahí para intentar ayudar a su familiar.</p> <p>2. Se solicita a cualquiera de las personas que se ha movido comparta con el resto la razón por la que creen que han cambiado al otro lado, y como se ha producido esa modificación, y si quieren comentar las consecuencias que ello ha producido en sí misma y en el entorno familiar.</p> <p>A partir de ahí, se produce una discusión sobre el tema y sugerencias sobre lo que sirve para centrarse en sí mismas.</p>	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Pintarrón/ Rotafolios. • Plumones. <p>(en caso de que se considere necesarios)</p>

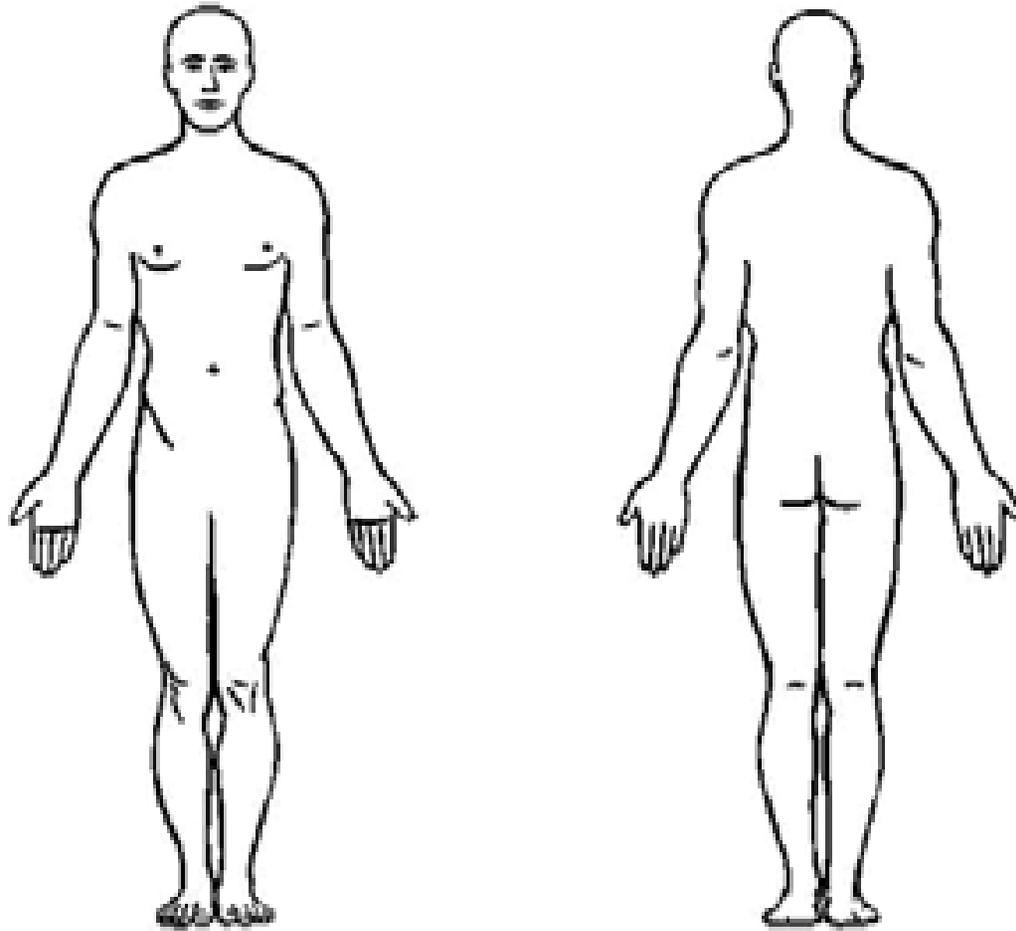
TRABAJO CON EMOCIONES VINCULADAS AL PROBLEMA DE CONSUMO

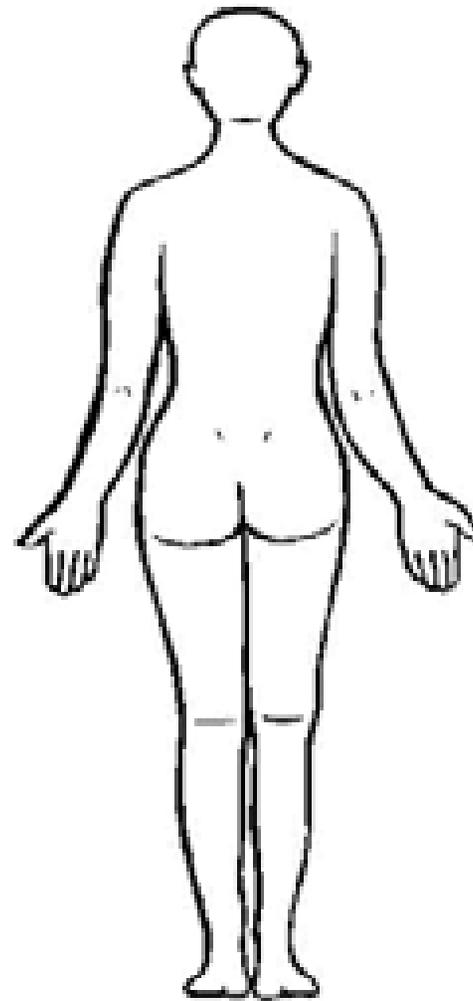
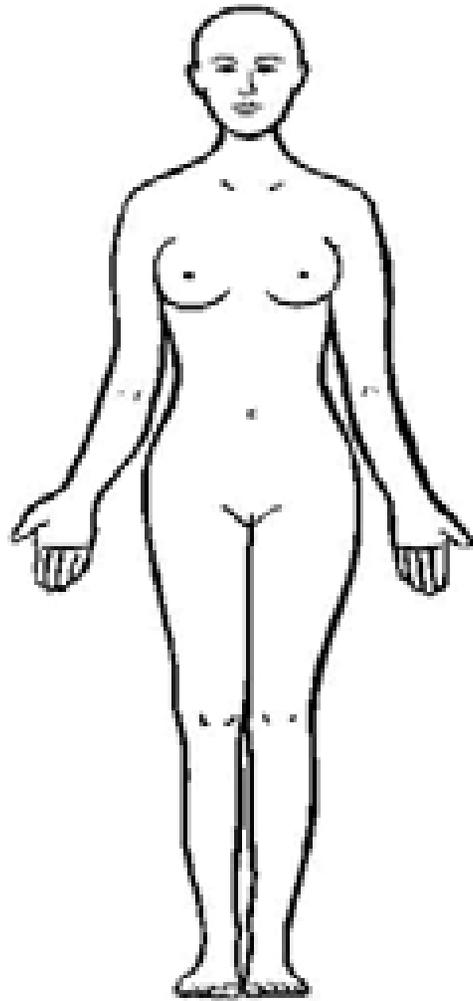
TEMA	Emociones		
SUBTEMA	<i>“Identificando las emociones”</i>		
OBJETIVO GENERAL: identificar las emociones a través de la reflexión sobre lo que nos representan y su expresión corporal			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
“ Sintiendo lo que siento”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se les pide a los asistentes que se permitan relajarse para la siguiente actividad. 2. Colocándose de pie, se realizan una serie de ejercicios breves de respiración profunda (inhalando y exhalando) para que puedan sentirse relajado/as. 3. Se indicará a los asistentes que tendrán que caminar libremente en el espacio en el que se encuentren y que cuando se nombre una emoción, van a representar la emoción y se quedaran por un momento en esa postura. 4. Se solicitará continúen caminando y se procederá a que continúen con la representación de las emociones. 5. Posterior a la representación de las emociones, en plenaria se solicitará a los asistentes puedan explicar en dónde sintieron la emoción y se reflexione sobre la utilidad que puede tener la identificación de la emoción. 6. Se reflexionará sobre la utilidad que tiene la identificación de las emociones para una mejor comunicación. <p>Emociones con las que se puede trabajar: Ira, Enojo, Miedo, Tristeza, Angustia, Ansiedad</p>	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Salón amplio.</i>

TEMA	Emociones		
SUBTEMA	<i>“Identificación de las emociones”</i>		
OBJETIVO GENERAL: Promover el desarrollo de estrategias que les permitan a los asistentes reconocer sus emociones y expresarlas de manera adecuada.			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
“«Identificación de emociones”	<p>1. Se le solicita a los asistentes que recuerden alguna situación familiar cotidiana, en la relación con el familiar que esté en tratamiento. En la situación que recuerden, deben haber sentido mucha rabia o descontrol, donde se reconozcan sobrepasados.</p> <p>2. Se comenta la situación, el personal del EMT, tratara de profundizar algunos elementos que tengan relación con las emociones que emergieron en ese momento a través de preguntas como: ¿Qué es lo que más te molesto? ¿Por qué crees que te molesto tanto aquello? ¿Qué te ayudaba a sentir cada vez más rabia? Ahora, en este momento, ¿consideras que tu enojo fue justificado o más bien encuentras que fue desmedido? ¿Por qué?</p> <p>Sugerencias para apoyar esta actividad:</p> <p>1. Identificando síntomas de la ira a través de las señales de nuestro cuerpo. Dar importancia a las señales de nuestro cuerpo como portadoras de información sobre nuestros pensamientos y sentimientos.</p> <p>2. Se puede otorgar una lámina donde aparece una</p>	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas. • Plumas. • Pinturas o plumos de diferentes colores. • Láminas impresas de la figura humana

	<p>silueta, en ella marca las zonas corporales donde, según su experiencia, se expresa la rabia u otra emoción básica.</p> <p>Preguntas que guían este ejercicio:</p> <ul style="list-style-type: none">– ¿Qué es la rabia?– ¿Qué síntomas físicos tienes?– ¿Qué síntomas físicos tienen las otras personas?– ¿La rabia (por ejemplo) tiene siempre la misma intensidad? <p>3. Cierre de la actividad: Dada que esta sesión implica una conexión con emociones, es fundamental que el representante del EMT señale la importancia de hacer consiente las manifestaciones emocionales para poder reconocerlas y manejarlas de acuerdo a las situaciones. Esto no implica impedir su manifestación, sino que estas sean coherentes a las causas de su emergencia. Indagar en la utilidad que le otorga el cuidador o cuidadora a esta sesión, en la existencia de dudas, preguntas.</p>		
--	--	--	--

Láminas de apoyo





TRABAJO CON VÍNCULOS

TEMA	El Apego		
SUBTEMA	<i>“Los vínculos”</i>		
OBJETIVO GENERAL: Enfatizar la importancia de establecer un vínculo seguro			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
“Metáfora del barco”	<p>1. Se inicia la actividad exponiendo la teoría del apego a través de la metáfora del «barco y el faro».</p> <p>2. El Integrante del EMT, deberá dar énfasis a la representación simbólica del barco y el faro como la relación que exista con ellos.</p> <p>Luego se hacen las siguientes preguntas a los participantes.</p> <p>¿Qué debería hacer el faro para que:</p> <ul style="list-style-type: none"> – El barco sepa que siempre que quiera puede acercarse y estar junto a él. – El barco pueda identificar las señales del faro <p>Conectar esta experiencia del faro, con su vivencia</p> <p>¿Qué deberían hacer para mejorar la comunicación?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Siempre que lo necesite puede acercarse y estar junto a él o ella (afecto/estima valoración). <p>3. Al cerrar se comentará en plenaria el sentir después de escuchar la metáfora preguntando el sentido que les hizo y como vinculan la historia con las relaciones y la comunicación con sus familiares.</p>	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de relato • Pizarrón/ Pintarrón. • Gises / Plumones <p>(en caso de que se considere necesario)</p>

Metáfora del Barco

«Un niño cuando nace es como un barco a la deriva. No sabe dónde ir ni dónde buscar para obtener lo que necesita. El barco empieza a hacer señales de humo para saber si tiene alguien cerca que lo pueda ayudar a conseguir lo que necesita.

De repente ve una luz potente que lo guía. El barco la sigue hasta que llega muy cerca de ella y ve el puerto.

Aquí se puede atar y ya no se siente solo, ni tiene miedo, se siente seguro. Al barco le gustaría saber que hay en el mar, si hay otros barcos, cómo son... ¡Tiene mucha curiosidad! Pero tiene miedo de irse y no volver a encontrar este sitio donde se siente tan bien.

Al cabo de un tiempo el barco se da cuenta que la luz del faro permanece prendida y piensa que puede desatarse del puerto e ir a explorar su entorno porque sabe que la luz del faro no se apagará. Sabe que siguiendo a esta luz siempre podrá volver a estar cerca del puerto.

Así que esto es lo que hace, se suelta y sale para conocer tantas y tantas cosas que aún no ha visto nunca. ¡Y no siente miedo! Se atreve a buscar en lugares escondidos para aprender más y más, ya que para él nunca es suficiente. Él sabe que si un día quiere estar cerca del puerto, sólo tiene que seguir a la luz del faro, y si algún día llega una tormenta esta lo protegerá»

TEMA	Duelo		
SUBTEMA	“Despedida”		
OBJETIVO: Brindar una herramienta que permita elaborar los duelos de los asistentes			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
“La Carta”	<p>1. Se inicia la sesión explicando brevemente los procesos de duelo.</p> <p>2. Se le solicitará al familiar que escriba una carta -o varias -, en donde exprese todo aquello que quiera, lo que ha quedado por decir, lo que necesite explicar, etc; indicando que es una carta abierta, sin guión establecido. El único elemento imprescindible es que al final haya una despedida.</p> <p>3. La carta debe ser leída. Mientras, el integrante del EMT o los demás miembros del grupo pueden ir transmitiéndole lo que van escuchando, lo que les resulta más emotivo o más significativo, etc.</p> <p>Leer la carta con detenimiento y recibir feedback de aquellos que la escuchan es igual de importante que el hecho de que el doliente exprese cómo se siente y de qué se da cuenta tras leerla, del proceso que ha seguido, etc.</p>	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas. • Plumas. • Pinturas o plumos de diferentes colores.

TEMA	Dependencias Sentimentales		
SUBTEMA	“Autonomía”		
OBJETIVO GENERAL: Brindar elementos para realizar auto-observación, auto-análisis sobre quién es y cómo se comporta.			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
“Las Cebollas”	<p>1. Se inicia la sesión con la narración del cuento de las cebollas.</p> <p>2. Se plantean preguntas que promuevan la reflexión y la expresión de sus conclusiones.</p> <p>- ¿Cuáles son las capas que llevas puestas (miedo, desconfianza, vergüenza)?</p> <p>- ¿Quién te las ha puesto o te las pone?</p> <p>- ¿Por qué las llevas?</p> <p>- ¿Qué dificultades encuentras para quitarlas?</p>	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas. • Plumas. • Pinturas o plumos de diferentes colores.

Cuento de Las Cebollas

“Había una vez un huerto lleno de hortalizas y árboles frutales. Daba gusto sentarse a la sombra de los árboles a contemplar aquel paisaje y escuchar el canto de los pájaros. Pero un buen día, empezaron a nacer unas cebollas especiales. Cada una tenía un color diferente: rojo, amarillo, naranja, morado, etcétera.

Los colores eran deslumbrantes. Después de falsas investigaciones, resultó que cada cebolla tenía dentro, en el mismísimo corazón (porque también las cebollas tienen su corazón) una piedra preciosa. Esa tenía un topacio, la otra un rubí, la de más allá una esmeralda...

Pero por alguna incomprensible razón se empezó a decir que aquello era peligroso, inadecuado y hasta vergonzoso. Total, que las bellísimas cebollas tuvieron que empezar a esconder su piedra preciosa con capas, cada vez más oscuras y feas, para disimular como eran por dentro. Hasta que empezaron a convertirse en cebollas de lo más vulgar.

Pasó entonces por allí un sabio, que gustaba de sentarse a la sombra del huerto y que sabía tanto que entendía hasta el lenguaje de las cebollas y empezó a preguntarles:

— ¿Por qué no eres como eres por dentro?

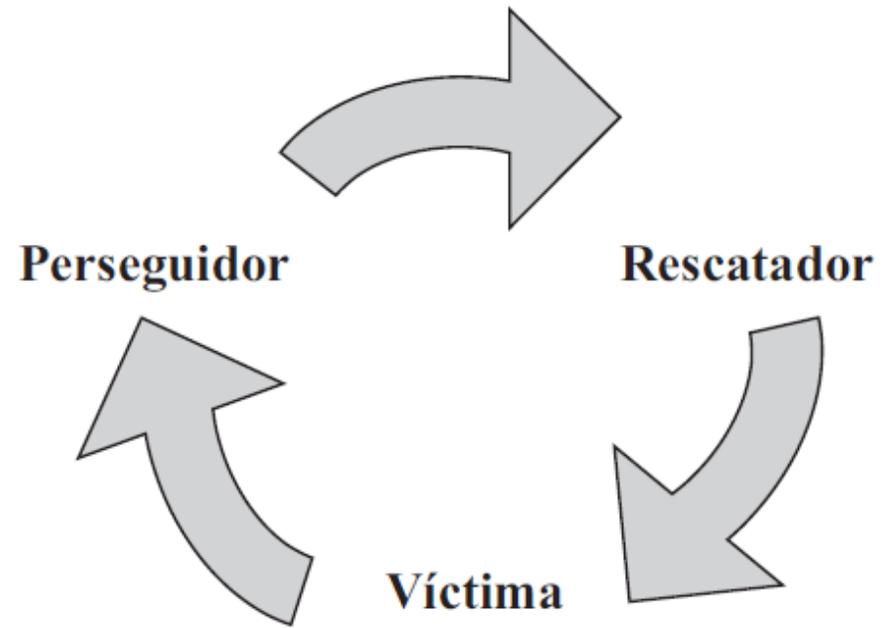
Y ellas le iban respondiendo:

— Me obligaron a ser así

— Me fueron poniendo capas... incluso yo me las puse para que no dijeran Algunas cebollas tenían hasta diez capas y ya casi ni se acordaban por qué se pusieron las primeras. Y al final el sabio se echó a llorar.

Cuando la gente lo vio llorando, pensó que llorar antes las cebollas era propio de las personas inteligentes. Por eso todo el mundo sigue llorando cuando una cebolla nos abre su corazón. Y así será hasta el fin del mundo”.

TEMA	Codependencia		
SUBTEMA	<i>“Dependencia emocional”</i>		
OBJETIVO: Dar a conocer que es la codependencia y que los y las familiares identifiquen si hay en ellos un problema de codependencia para trabajar con ella.			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
“La Codependencia”	<p>1. Explicación del proceso triangular. Triángulo dramático de Stephen B. Karpman. Este es el proceso en que se ve inmerso el codependiente en su intención de “curar” al adicto: En período de consumo/juego activo, se dedicará a perseguirle/controlarle, después intentará rescatarle, para terminar en actitud de victimización, con una queja continua por la “vida que lleva a su lado”.</p> <p>2. Se exponen algunas formas de rescate que suelen usar: - Hacer algo que no quiere hacer. - Decir que si cuando quiere decir no. - Hacer algo por alguien aunque esa persona pueda hacerlo por sí misma y debería estar haciéndolo. - Satisfacer las necesidades de otro, aun sin que lo hayan pedido. - Dar siempre más de lo que se recibe. - Pensar por los demás. - Hablar en nombre de otra persona. - Solucionar los problemas de los demás. - No pedir lo que necesita, o desea.</p> <p>3. Cuestiones para la dinámica grupal o para trabajar en individual: - Ejemplos personales de rescate. - ¿Alguien se ha visto atrapado/a en este triángulo? - Desearía modificar esta pauta. ¿cómo?</p>	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas. • Plumas. • Pinturas o plumos de diferentes colores.



Esquema de Stephen B. Karpman

TEMA	¿Qué es la Codependencia?		
SUBTEMA	<i>“Dependencia emocional”</i>		
OBJETIVO GENERAL: Reflexionar y reconocer los síntomas sobre el propio comportamiento, actitud y forma de relacionarse (auto-identificación)			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
“La Codependencia”	<p>1. El/la moderador/a describirá los comportamientos característicos de la codependencia.</p> <p>2. En plenaria se reflexionará sobre el tema. Puede considerar las siguientes preguntas para ello.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué opinas sobre estas formas de comportamiento y características actitudinales? - ¿Se ven reflejados/as en algunas de ellas? - ¿En ciertos momentos, o con ciertas personas han llevado a cabo algunas de ellas? - ¿Consideran que haya algún beneficio en actuar de este modo? 	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas. • Plumas. • Pinturas o plumos de diferentes colores.

Características de la codependencia

- Conducta regida por el locus de control externo, creen que sus acciones y pensamientos derivan de lo que hace su familiar adicto, exclusivamente.
- Hiperresponsabilidad, considera que nadie hará las cosas como ellos/as mismas y asumen compromisos que van más allá de sus límites. Asumen las responsabilidades del adicto y de otras personas.
- Sentimientos de culpabilidad, hasta llegar a sentirse causantes del problema adictivo.
- Ubicación del adicto y su problema en el eje central de su vida personal, llegando a renunciar a la misma. Ésta depende de él y su adicción.
- Búsqueda de aceptación de los demás, necesidad de aprobación.
- Sobreprotección, en su afán de protección y cuidado del adicto, llegan a justificar sus acciones, culpabilizar a otras personas o circunstancias, tratarle como una persona incapaz.
- Manipulación, a veces es la única forma de conseguir que se haga algo por el adicto: mienten, ocultan información o la tergiversan, para lograr sus propósitos.
- Victimización: se consideran los y las únicas perjudicadas por los problemas que le ha acarreado la relación con el adicto, consideran que son los y las que más sufren y a los y las que se les ha hecho más daño. Unido a la sensación de inestabilidad de la situación y falta de responsabilidad en la dinámica de relación interpersonal establecida entre ambos.
- Alta tolerancia al abuso recibido, muchas personas han sido humilladas, maltratadas, engañadas... (“todo lo perdonan”).
- Preocupación y dependencia excesiva del adicto, solamente se sienten bien si creen tener al adicto bajo control.
- Temor excesivo al abandono y al rechazo, y por evitar estos sentimientos están dispuestos/as a hacer cosas más allá de sus límites.

- Inseguridad y falta de confianza en sí mismas.
- Rigidez, dificultad para aceptar cambios, cualquier modificación en su rutina psicológica crea en esta personas un conflicto generándole sentimientos de intranquilidad y depresión.
- Déficit de asertividad, incapacidad para defender los propios derechos y expresar sus opiniones y deseos.
- Comportamiento salvador-rescatador, se consideran que son los/as únicas que pueden sacar a la persona con problemas de adicción del problema en que se halla.

TRABAJO CON LA ESTRUCTURA SISTÉMICA

TEMA	Comunicación		
SUBTEMA	<i>“Los obstáculos al comunicarnos”</i>		
OBJETIVO GENERAL: que los integrantes del grupo puedan reflexionar en torno a todos aquellos hábitos o dinámicas que no favorecen una comunicación asertiva al interior de la familia.			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
<i>“Hay algo en medio”</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El moderador les pedirá a los asistentes que se reúnan en parejas. 2. A un integrante de cada pareja le proporcionará un calcetín. 3. Les solicitará que representen alguna situación, en donde intenten vincularse el uno con el otro; como el de hablar, querer dar un abrazo, beso, reír, etc. 3. La función del calcetín será responder por el otro como si fuera un títere, interrumpir una conversación, un beso, abrazo etc.; por lo que uno de los dos integrantes colocará el calcetín en su brazo y siempre estará en medio de las dos personas interfiriendo y tratando de interactuar como un “otro”. 4. Finalmente, el moderador invitará a la reflexión en torno a aquellos factores(culpas, resentimientos, violencia, maltrato, no escuchar) que impiden vincularse el uno con el otro bloqueando y distorsionando la comunicación y por lo tanto el vínculo con el otro 	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Calcetines de colores.

TEMA	Comunicación		
SUBTEMA	<i>“Comunicación asertiva”</i>		
OBJETIVO GENERAL: Dar a conocer elementos para una comunicación asertiva			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
“ASERTIVIDAD”	<p>Se inicia con una explicación sobre la conducta asertiva, los tres típicos estilos de conducta y los derechos asertivos.</p> <p>Posterior a compartir la información, en plenaria se promueva la discusión.</p> <p>Cuestiones para la reflexión y motivación para el cambio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que piensan sobre esto. - ¿Consideran que es sencillo llevar a cabo la conducta asertiva? - ¿Con cuál de los estilos se sienten más identificados/as? <p>Se puede promover que los asistentes expongan un ejemplo de su vida cotidiana, en la que se hace uso de una conducta no asertiva para poder con el apoyo de los demás asistentes en forma en asertiva.</p>	<i>Integrante del EMT</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pintarrón/rotafolios</i> • <i>Plumones</i> • <i>(En caso de que se considere necesarios)</i>

ESTILOS BÁSICOS DE CONDUCTA

La conducta asertiva consiste en expresar los pensamientos y emociones, así como la defensa de los propios derechos (no permitir que invadan tus derechos, sin invadir los ajenos).

Los tres estilos básicos de conducta interpersonal son:

- **Estilo agresivo:** caracterizado por actitudes que pueden no respetar los derechos ajenos (pelea, acusación, amenaza...), no se tienen en cuenta sus sentimientos. La ventaja de éste es que nadie pisa los derechos de esta persona pero tampoco desean tenerla cerca.
- **Estilo pasivo:** Es el de las personas que permite que los demás las pisen, cuando no defiende sus intereses y cuando hace todo lo que dicen sin importar lo que piense o sienta al respecto. La ventaja es que raramente recibe un rechazo directo por parte de los demás, la desventaja es que los demás se aprovechan de uno y se acaba por acumular una pesada carga de resentimiento e irritación.
- **Estilo Asertivo:** Las personas con este estilo defienden sus propios intereses, expresan sus opiniones libremente y no permite que los demás se aprovechen de ellas. Al mismo tiempo, son consideradas con la forma de pensar y de sentir de los demás.

TEMA	Organización		
SUBTEMA	"Cada familia es singular en su estructura"		
OBJETIVO GENERAL: hacer visibles los diversos cambios que el proceso del trabajo grupal con las familias va generando en las dinámicas de sus núcleos familiares.			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
"Nuestro árbol"	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se indica a los participantes distribuidos en grupos de cuatro personas preferentemente, que elijan la plastilina que más les llame la atención. 2. Posteriormente cada grupo tendrá que formar, en silencio un árbol con los distintos colores que fueron elegidos por ellos mismos. 3. En el primer momento cada uno amasará su plastilina y observa a los otros en el mismo trabajo, hasta que alguien comienza la construcción; generalmente es el participante que tiene el color marrón, es decir que se inicia por el tronco. A partir de ahí, cada uno va agregando las ramas, los frutos, las raíces, etc. 4. Al finalizar cada equipo presentará su árbol y se hablará sobre el porqué se eligió determinado color y que papel se jugó en la construcción del árbol, haciendo una analogía con nuestro "qué hacer" en la vida. 	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> ● Plastilinas de color marrón, negro, verde, amarillo, azul y rojo o naranja, en razón de una por persona. ● Una hoja de papel o media cartulina para apoyar.

TRABAJO CON PROCESO DE RECUPERACIÓN

TEMA	<i>El cambio</i>		
SUBTEMA	<i>“El proceso de transformación en la dinámica familiar”</i>		
OBJETIVO GENERAL: hacer visibles los diversos cambios que el proceso del trabajo grupal con las familias va generando en las dinámicas de sus núcleos familiares.			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
<i>“En qué estamos cambiando”</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Repartir el formato “En qué estamos cambiando” 2. Solicitar al grupo que de forma individual realicen el llenado correspondiente. 3. En pequeños grupos se solicita que intercambien las respuestas y experiencias que han tenido alrededor del tema. 4. En plenaria se realiza el intercambio de las diferencias en las respuestas de cada grupo. 5. Finalmente se retroalimenta al grupo alrededor de la importancia del cambio en la experiencia de vida, las oportunidades que éste permite, así como el que el desarrollo personal se puede dar en diferentes ámbitos, así como que los cambios están influidos por factores personales, del entorno próximo y sociales. 	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de evaluación personal

TEMA	Cambio		
SUBTEMA	<i>“Cambios personales”</i>		
OBJETIVO GENERAL: Profundizar en su auto-conocimiento y reforzar la idea de la posibilidad del cambio actitudinal y comportamental.			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
<i>“Dinámica del Bazar mágico”</i>	<p>El/la moderador relatará la siguiente situación:</p> <p>Imaginen que han llegado a un bazar mágico en el que no se puede comprar ni vender nada, pero si pueden efectuarse trueques.</p> <p>En este bazar, pueden dejar tres “cosas” (características personales, circunstancias, ideas..) que les gustaría dejar atrás, o deshacerse de ellas.</p> <p>Y podrán coger otras tres que necesiten para lograr objetivos y deseos, para que los haga sentir bien.</p> <p>* Se trata de que compartan en voz alta lo que cada una coge y deja, sus motivaciones, intereses</p>	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas. • Plumas. • Pinturas o plumos de diferentes colores.

TEMA	Crisis		
SUBTEMA	“Afrontamiento”		
OBJETIVO: Ejemplificar que se cuenta con herramientas que den respuesta a situaciones de crisis			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
“La Tarántula”	<p>1. Se le solicitará a los asistentes que puedan identificar el que consideren su problema o conflicto más relevante, con algún animal que no sea de su agrado.</p> <p>2. se les indicará que imaginen que en su cuerpo se encuentra varios de los animales que imaginaron.</p> <p>3. Cuando lo hayan visualizado se les solicitará que se sacudan por dos minutos esos animales.</p> <p>4. En plenaria se comentará como se sintieron al respecto apoyándose en las siguientes preguntas:</p> <p>¿Les sirvió de algo representar el problema con un animal?</p> <p>¿Cómo se sintieron cuando imaginaron el cuerpo lleno de ellos?</p> <p>¿Qué sentían al sacudirlos de su cuerpo?</p> <p>¿Qué herramientas con las que cuentan descubrieron?</p> <p>¿En qué ayudo realizar esta actividad?</p>	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Pintarrón/ Rotafolios • Plumones <p>(En caso de que se considere necesario)</p>

TEMA	“Aislamiento y redes de apoyo”		
SUBTEMA	“Redes de apoyo”		
OBJETIVO: Aprender a desplazar el centro de atención puesto en los demás hacia uno mismo y dar elementos para favorecer el autoconocimiento y al mismo tiempo identificar algunas de las redes de apoyo			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
“Isla desierta”	<p>Se plantean una serie de cuestiones para debatirlas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Con quién te irías a un isla desierta? • ¿Qué objetos te llevarías? ¿Por qué? • ¿Con quién no irías jamás? • ¿Cuánto tiempo te quedarías? • ¿Qué te gustaría encontrar allí? • ¿Qué motivos te harían irte? • ¿Por qué, o en que momentos te irías? • ¿Qué echarías de menos? <p>Se reflexiona en plenaria la importancia del autoconocimiento.</p>	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Pintarrón/rotafolios • Plumones <p>En caso de que se considere necesarios</p>

TRABAJO CON LA VIOLENCIA

TEMA	Violencia Familiar		
SUBTEMA	<i>“Etiquetas negativas al interior de la familia”</i>		
OBJETIVO GENERAL: que los participantes reflexionen en torno a aquellas etiquetas y adjetivos negativos que se van adjudicando a los miembros de la familia y que tienen efectos adversos en la forma de relacionarse.			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
<i>“Etiquetas”</i>	<p>-El/la terapeuta del EMT le pedirá a los participantes, que escriban en las etiquetas adheribles todos aquellos adjetivos negativos (flojo, caso perdido, oveja negra, etc.) que desde pequeños les han dirigido y que de cierta forma los han definido a lo largo de su vida, para mostrar que no son definitivos ni inmodificables- Posteriormente, el /la terapeuta les solicitará a los asistentes que uno por uno comenten sus adjetivos y la razón por las cuales creen que los han nombrado de esa forma y cada que nombren un adjetivo tienen que quitárselo; al final tienen que romper cada adjetivo y tirarlo a la basura.</p> <p>- En otro momento, se les proporcionarán más etiquetas adheribles a los participantes y se les pedirá que escriban en ellas, aquellos adjetivos que si les gustan de sí mismos o que creen que pueden llegar a ser.</p> <p>- A cada participante se les preguntará cómo podrían llegar a serlo, en este momento pueden recibir</p>	Integrante del EMT	<p>Hojas de papel</p> <p>Cinta adhesiva</p> <p>Plumones</p>

	<p>sugerencias por parte del grupo.</p> <p>- En este caso, no se retirarán las etiquetas hasta finalizar toda la dinámica.</p> <p>El/la profesional del EMT, al finalizar les explicará a los participantes la manera en que puede afectarnos la manera en que definimos a los demás o a nosotros mismos, abriendo la posibilidad de poder cambiar dichas etiquetas, permitiéndose un cambio de posición subjetiva.</p>		
--	---	--	--

TEMA	Violencia Familiar		
SUBTEMA	<i>“Límites personales”</i>		
OBJETIVO GENERAL: Identificar elementos que ayuden a establecer límites personales y aprender a no invadir los límites personales de los otros.			
TÉCNICA	METODOLOGÍA	MODERADOR	MATERIALES
“Los límites interpersonales”	<p>1. Se inicia dando explicación sobre los límites personales: físicos (decidir en cada momento, sobre el uso de mi cuerpo, espacio, objetos), mentales y emocionales (no permitir me impongan las ideas, como debo actuar, que yo cambie de opinión, que los demás cambien mi estado de ánimo...), sexuales (mantener relaciones sexuales cuando me apetezca y con quien me apetezca, basadas en el afecto y el respeto...)</p> <p>Cuestiones para promover la reflexión y el cambio de actitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿En qué momentos has sentido que no tenías límites? - ¿Qué tipo de límites te resulta más fácil y más difícil de establecer y mantener? - ¿Cuáles de ellos te gustaría aprender a mantener? 	Integrante del EMT	<ul style="list-style-type: none"> • Pintarrón/rotafolios • Plumones (En caso de que se considere necesarios)

BIBLIOGRAFÍA

- Aubry, J. et col (1970). Dinámica de grupos: iniciación a su espíritu y a algunas de sus técnicas. Euramérica.
- Becoña Iglesias, Elisardo y Cortés Tomás, Maite (Coordinadores) (2010). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones Terapias centradas en la familia.
- Carmona, J. (2010), ¿Qué es el grupo operativo?, recuperado en <https://pichonitos.wordpress.com/2010/01/17/%C2%BFque-es-el-grupo-operativo/>
- Centros de Integración Juvenil. (2014). Manual de Apoyo Actividades de Centro de Día. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Recuperado de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/MANUALDEACTIVIDADESDECENTRODEDIA.pdf>
- Centros de Integración Juvenil. (2016). Guía de Intervención Clínica para Terapia Grupal. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Recuperado de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/GuiaDeIntervencionClinicaParaTerapiaIndividual.pdf>
- Cibanal, Luis (2006). Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar.
- Cyrulnik, (2002). Resiliencia y Apego. Entrevista a Boris Cyrulnik - <https://www.youtube.com/watch?v=nDjbcUosaPg>
- Gómez, Esteban; Muñoz, María Magdalena y Haz, Ana María Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. Pontificia Universidad Católica de Chile Sociedad Protectora de la Infancia.
- González, C. V. (2004). Familias multiproblemáticas, dificultades de abordaje. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España, pag. 147. http://www.aniorte-nic.net/apunt_terap_famil_9.htm
- Guajardo, H. (S/F), La reeducación de la familia en el proceso de rehabilitación de los trastornos adictivos. Recuperado en <http://www.alcoholinformate.org.mx/pdfdocument.cfm?articleid=112&catID=5>.
- Jubés, E., Laso, E. & Ponce, A. (2001). Constructivismo y construccionismo: dos extremos de la cuerda floja. Ponencia presentada en I Seminario de Ciencias Sociales y Humanas del Instituto Catalán de Cooperación Iberoamericana, realizado en Barcelona. Recuperado de: www.geocities.com/seminarioicci/ponencia_26

- Lemos, H. M., Londoño, A. NH., y Zapata, E. JA. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. Informes Psicológicos. 9. Pág. 55-69.
- Linares y Soriano (2013) Pasos para una psicopatología. Revista Mexicana de Investigación en Psicología. Vol. 5, número 2, 2013: 125.
- Moral, J. MV. y Sirvent, R. C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. Revista Española de Drogodependencias. 33(2). Pág. 150-164.
- Moral, J. MV y Sirvent, R.C. (2014). Objetivos terapéuticos e intervención integral en dependencias sentimentales. Revista Española de Drogodependencias. 39(3). Pág. 38-56.
- Programa Abriendo Caminos Chile Solidario (2011), "Manual de apoyo para la formación de competencias parentales", Santiago de Chile: Chile Solidario-PROTEGETE-
- Ramirez Villaseñor Miguel Alberto. (2001) Terapia Familiar y Adicciones. Un enfoque práctico con resultados prácticos "Revista Internacional de Psicología". Vol. 2. No. 1, Guatemala, pag.1.
- Rodríguez, M. (2003). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. Revista de Trabajo Social, Vol. 3, págs. 89-115
- Rowe, Cynthia L (2013). Terapia familiar para consumo de drogas: revisión y actualizaciones 2003-2010. RET, Revista de Toxicomanías. N°. 70 - 2013. University of Miami, Miller School of Medicine
- Serrano, J. M. y Pons, R. M. (2011). El constructivismo hoy: enfoques constructivistas en educación. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 13(1). Recuperado en: <http://redie.uabc.mx/vol13no1/contenido-serranopons.html>
- Sierra de Jaramillo, M; Cifuentes Gaitán, L K; Valero Carvajal, J; Vargas Navarro, P; Arévalo Zamora, C; Parra Vera, M D; (2015). Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. Revista Colombiana de Psiquiatría, 44() 166-176. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80643082007>
- Sirvent, R. C. y Moral, J. MV. (2007). La dependencia sentimental o afectiva. 8° congreso virtual de psiquiatría. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/13/38/74/133874018681782934002144624169112366951>
- Zapata, M; (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. CES Psicología, Julio-Diciembre, 86-94.