



# **Terapia Familiar Multidimensional con perspectiva de género para la atención de las adicciones y la violencia familiar**

**Centros de Integración Juvenil  
Dirección de Tratamiento y Rehabilitación**

**Manual de apoyo a los terapeutas**

**Vigente a 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 B Vitalicia del Patronato Nacional

***Lic. Carmen Fernández Cáceres***

Directora General de CIJ

***Lic. Iván Rubén Retiz Márquez***

Director General Adjunto de Administración

***Dr. José Ángel Prado García***

Director General Adjunto de Operación y Patronatos

***Dr. Ricardo Sánchez Huesca***

Director General Adjunto Normativa

***Dra. Laura Margarita León León***

Directora de Tratamiento y Rehabilitación

Elaboración: Psic. Esther Apolonia Escamilla Álvarez con el eventual apoyo del psic. Juan David González Sánchez y 28 tazas de café

## INDICE

---

<b>I. Introducción</b>	3
<b>II. Objetivos</b>	3
<b>III. Componentes del modelo TFM</b>	4
<b>1 Equipo terapéutico</b>	4
1.1 La auto observación como abordaje terapéutico	5
1.2 Ejercicio de auto observación del terapeuta	5
<b>2 La terapia familiar (TF)</b>	6
2.1 Encuadre de trabajo	6
2.2. La terapia de primer orden: perspectiva estructural-estratégico	6
2.3 La terapia de segundo orden: perspectiva socioconstruccionista	8
2.4 Estrategias de tratamiento para la terapia familiar	11
2.5 Nutrición afectiva en la terapia familiar	11
<b>3 Grupos psicoeducativos y de reflexión (GPE)</b>	12
3.1 Objetivos	12
3.2 Ventajas	13
3.3 Procedimiento	13
3.4 Uso del Equipo Reflexivo	14
3.5 La perspectiva de género	14
<b>4 Construcción y ampliación de redes de apoyo social</b>	17
4.1 La re(des)tructuración de la subjetividad	19
4.2 Redes sociales y salud relacional	19
<b>IV Obras consultadas</b>	21

## I. INTRODUCCIÓN

Centros de Integración Juvenil, AC, interesado en la construcción de nuevas propuestas terapéuticas para la atención del uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) ha desarrollado una propuesta de atención con perspectiva de género.

Las adicciones y la violencia familiar son dos problemas asociados frecuentemente<sup>1</sup>. Ambas son consideradas como el resultado de un proceso complejo, el cual incluye aspectos psíquicos, psicosociales, históricos, culturales, macro sociales, entre otros tantos, que emergen y se configuran e incluso se perpetúan.

Los estudios epidemiológicos de estos problemas muestran la magnitud y complejidad de los mismos.

El consumo de SPA emerge, enlazado con relaciones paterno-filiales conflictivas o sobreinvolucradas, así como en configuraciones familiares desligadas con pobre demostración de afectos, un marcado aislamiento o exclusión de uno de los cónyuges, uno de los hijos desempeñando un papel parental que no le corresponde, el consumidor de sustancias aparece triangulado con los padres, patrones de desconfirmación e interacciones caóticas. Otro aspecto sobresaliente en el consumo de drogas en mujeres parece asociarse con la presencia de un comportamiento depresivo y de ansiedad en la madre, más que por un modelamiento parental

Es en este sentido que el consumo de drogas y violencia familiar requiere de marcos y estrategias de atención desde múltiples perspectivas (miradas) para comprender la complejidad de ambos fenómenos y la manera en cómo se entretajan. De ahí la necesidad de construir una comprensión de la realidad que permita la percepción de esta complejidad así como de las múltiples posibilidades con las que pueden ser abordadas.

Los contenidos de esta manual están extraídos del libro Terapia Familiar Multidimensional para la atención de las adicciones y la violencia familiar, con perspectiva de género, escrito por la TF Carmen Fernández, y cols, y editado por CIJ en 2006. El lector podrá consultar esta obra en la Biblioteca Básica de su unidad de atención.

## II. OBJETIVOS

### General:

Atender de manera eficaz los problemas de adicciones y violencia familiar con perspectiva de género, que permita construir una comprensión de la complejidad de ambos fenómenos y de la necesidad de incorporar múltiples niveles de intervención para su debida atención.

### Específicos:

1. Atender el problema de las adicciones y la violencia familiar desde: a) el análisis de la construcción de la subjetividad; el análisis de la organización y estructura familiar; c) La identificación de las prácticas identitarias de género; d) el cuestionamiento de las historias dominantes y sus marcos interpretativos; e) la redefinición de las relaciones intersistémicas.
2. Externalizar y *decostruir* las historias dominantes de la familia acerca de la construcción de género, el consumo de sustancias, la violencia y sus efectos en los vínculos afectivos y en la relación de pareja.
3. Trabajar con los discursos y las relaciones que presente cada uno de los integrantes de la familia y re-significar la historia dominante.
4. Trabajar las formas de relación que sostienen la conducta adictiva, para provocar cambios en la familia y en el usuario.
5. Reescribir una historias alternativa que favorezca un acoplamiento diferente en la familia sin la presencia del consumo de sustancias y que coadyuve a mantener la abstinencia Lograr un cambio significativo en el consumo de drogas (disminución o remisión de la(s) sustancia(s)) y en las pautas de violencia que prevalecen en la familia
6. Trabajar con grupos de hombres y mujeres con estrategias psicoeducativas y de reflexión como complemento de la terapia familiar
7. Impulsar el fortalecimiento de una matriz social (redes sociales), más funcional para el usuario de sustancias y de sus familiares.

### III. COMPONENTES DE LA TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL

#### Diseño y desarrollo de la TFM

La construcción de la TFM se sostiene en los principios de la teoría del Pensamiento Complejo, de donde retoma el principio de la *recursividad organizativa*, que reconoce como los productos y los efectos son, al mismo tiempo, causas y productores de aquello que lo producen, es a través de este principio que se reconoce el abuso de drogas y la violencia familiar dentro de su compleja dinámica social. El principio *hologramático*, principio que explica cómo el menor punto de la imagen de un holograma contiene la casi totalidad de la información del objeto presentado. Esto es, no solamente la parte está en el todo, sino que el todo está en cada una de las partes que lo integran, por ejemplo en la familia, cada integrante es portador de las reglas, creencias, mitos y de la organización familiar. En este sentido la familia contiene en sí misma “el todo que representa” y al mismo tiempo, tiene características individuales (cada uno de los integrantes que la forman) que son diferentes del “todo”.

La aplicación del modelo TFM se propone realizarla desde la *perspectiva dialógica*, principio que permite reconocer y mantener la dualidad en el seno de la unidad, lleva a pensar en lo antagónico pero también en lo complementario, lo que hace posible la diferencia en la repetición y viceversa; por ejemplo en el consumo de sustancias, en algunos casos la postura del consumidor se puede explicar como un intento de ser autónomo e independiente de los padres, y al mismo tiempo como un acto para desviar la atención de la violencia en el subsistema conyugal. Ambas configuraciones son antagónicas, la primera lo lleva al desafío y la hostilidad física, familiar, social, entre otras, la segunda hacia la postura de sacrificio o de rescatador de la madre, ambas coexisten simultáneamente, entendiéndola coexistencia de estas realidades, permite al terapeuta entrar al terreno de la complejidad tanto de las adicciones, como de la violencia familiar, para construir una comprensión de ambos fenómenos y su interrelación con la *danza familiar* e incorporar diferentes niveles de intervención para su atención.

Es por esto, que se debe pensar en las adicciones y la violencia familiar como fenómenos complejos, esas configuraciones de relación en la familia que emergen para dar respuesta a las demandas de sus realidades y de esta manera entender y atender las múltiples variables que se entretienen y generan emergencias. Abrir la posibilidad de un conocimiento más rico y menos cierto, donde se incluya la razón y la emoción, el orden y el caos.

El diseño y desarrollo incluye diferentes momentos y niveles de la realidad en su estrategia configurativa sus dimensiones terapéuticas son:

1. Conformación de un Equipo Terapéutico (ET) constituido por dos profesionales; uno de cada sexo.
2. El abordaje de la Terapia Familiar (TF) se realizara en diferentes momentos o fases, así como desde diferentes niveles a partir de los modelos.
3. Formación de los Grupos Psicoeducativos y de Reflexión (GPE) a trabajar por género.
4. Co-Construcción, fortalecimiento, reconfiguración y/o ampliación de redes de apoyo social (RAS) del usuario de sustancias y de la familia,

Todas estas dimensiones enmarcadas dentro de una perspectiva sensible al género. A continuación se explica cada una de estas dimensiones.

#### 1. El equipo terapéutico en el modelo de TFM

El equipo terapéutico se integra por una pareja de terapeutas hombre y mujer. Formar el equipo con un hombre y una mujer responde a la conveniencia de utilizar ambas miradas en la interacción con la familia. La mirada de terapeutas de ambos sexos, es complementaria para ampliar tanto la comprensión de la dinámica familiar, sus pautas de interacción, así como para diversificar las intervenciones terapéuticas; esta estrategia facilita la tarea, pues los posicionamientos de género de los profesionistas se revelan en el proceso terapéutico, al reconocer y tenerlos presentes, lejos de ser un obstáculo del mismo, se constituyen en herramientas de trabajo al servicio de la terapia.

El equipo terapéutico alterna las sesiones dentro de la sesión y atrás del espejo unidireccional. Mientras uno

trabaja directamente con la familia, el otro observa la relación de su coterapeuta con la familia, atrás del espejo unidireccional, lo que lo coloca en un nivel meta-analítico. Dichas posiciones se alternarán en cada sesión; de tal modo que, aunque ambos estén involucrados en el proceso, su propia ubicación les propicia perspectivas diversas, mismas que al compartirlas y meta comunicarlas entre sí, les permitan *complejizar* la comprensión de la familia y de su trabajo con ella.

En la conformación del ET es importante el proceso de retroalimentación que deben construir en cada sesión entre los terapeutas la información que recopila cada uno es complementaria e igualmente primordial: uno poniendo el foco en el nivel experiencial y el otro, inmerso principalmente en un nivel de meta comprensión.

Las conversaciones que sostengan posteriormente, sobre su participación en los diferentes niveles, serán muy enriquecedoras no sólo para ellos, sino para el proceso terapéutico de la familia. En un dado pueden decidir el incluir las reflexiones entre ellos en las conversaciones con la familia. Pero aún cuando decidieran no introducir dichas discusiones en las sesiones terapéuticas, el hecho mismo de que las meta-comuniquen entre ellos amplía su comprensión y la familia se beneficia de esta perspectiva binocular.

### **1.1.La auto observación como abordaje terapéutico**

La propuesta de este modelo respecto a la postura del terapeuta, consiste precisamente en que éste considere su trabajo desde un metanivel de autoevaluación y autorreferencia, mediante el cual la conciencia de su intervención es tomada en cuenta como variable crucial en la terapia.

El hecho de trascender la experiencia inmediata para verse a sí mismo desde la distancia que ofrece el metanivel, transforma tanto la percepción que se tiene de sí mismo como de la familia. Todo esto trae consigo un reencuadre de la escena que amplía tanto los referentes racionales, como los emocionales. La flexibilidad se incrementa, al mismo tiempo que se cuestionan los presupuestos únicos o “verdaderos”. Si las reflexiones resultantes de la autoobservación se transparentan con la familia, se convierten, a su vez, en elementos de meta-comunicación que permiten la deconstrucción de supuestos, creencias y emociones, en todos los miembros del sistema terapéutico, abriendo posibilidades y flexibilizando las concepciones.

Existen varios aspectos del proceso terapéutico en los que puede influir favorablemente la utilización de la autorreferencia como método de intervención, tres de los más importantes son:

**1.1.1. Marco teórico, historia y sistema de creencias.** Lo que el terapeuta está llamado a hacer es crear junto con la familia un espacio de reflexión sobre cómo influyen las construcciones culturales y familiares, en los hombres y mujeres de la familia, qué demandan unos de otros y cómo organizan sus relaciones en torno a sus creencias.

**1.1.2. Distancia terapéutica.** De acuerdo con Minuchin (1986), la coparticipación puede ser cercana, intermedia o distante, y permite al terapeuta conectarse, entender y evaluar a la familia, así como planear las estrategias terapéuticas, dependiendo de la cercanía clínica requerida en cada momento del proceso. Andolfi (1985), en sus primeros trabajos planteó la necesidad de “entrar” y “salir” del sistema, más o menos con la misma intención: entender el mundo de cada uno de los miembros de la familia, para luego dar un paso atrás, manteniéndose como director escénico del drama familiar. Es imprescindible que el terapeuta mantenga una reflexión sobre cuándo y cómo está más lejano y más cercano, y qué le lleva a esa distancia con cada miembro de la familia.

**1.1.3 La flexibilidad.** Las respuestas que el terapeuta obtenga de su participación, le otorgan información útil para contextualizar y flexibilizar sus supuestos y modificar estrategias de intervención de acuerdo a los requerimientos de la misma familia.

### **1.2. Ejercicio de auto observación del terapeuta**

Para que el ET identifique su posición frente a la familia y recuperen esta información como una herramienta de trabajo, se sugiere que se meta comuniquen, sesión tras sesión, sobre los siguientes puntos:

**1.2.1. Su posición respecto al sistema terapéutico.** Los cuestionamientos acerca de sus posiciones pueden realizarse a nivel global o individual con los miembros de la familia, por ejemplo:

*¿Con qué persona (s) le resulta difícil ser empático? ¿Con quién se siente identificado, cercano, lejano, etc.? ¿El discurso de qué integrante le resulta atractivo, aburrido, molesto, etc.? ¿Con quién se siente cómodo? ¿a quién desea proteger, ayudar, impulsar, abandonar? ¿En qué posición jerárquica lo coloca la familia, ¿Qué tipo de creencias o teorías lo colocan en cierta posición?, etc.*

Se podrá realizar este ejercicio sin importar si se ha trabajado directamente con la familia o detrás del

espejo.

**1.2.2.- Reflexiones surgidas a partir de la identificación de su posición.** La autor reflexión y la meta comunicación con el coterapeuta ofrecen la oportunidad de abandonar supuestos únicos.

Estas reflexiones están dirigidas a *conocer el conocer* del terapeuta: *¿Qué de mi historia me lleva a aliarme con la persona usuaria de SPA?, ¿en qué concepto teórico me estoy apoyando para explicarme este hecho?, ¿qué creencias de la familia y mías me impulsan a darle voz a las mujeres?, etc.*

El tener un diálogo interno y luego compartirlo con su compañero de equipo posibilita la aparición de acercamientos distintos a los percibidos en primera instancia.

**1.2.3 Posibilidad de articular las reflexiones con el trabajo terapéutico.** En tanto que lo que reúne a la familia y a los profesionales es una labor terapéutica, lo esencial es usar todas las reflexiones posibles para facilitar la comprensión cabal del problema, y cuando se considere pertinente, asumirlas como una intervención específica. Los terapeutas decidirán cómo pueden incluir sus reflexiones en el espacio terapéutico.

Una alternativa es modificar la distancia terapéutica con alguno de los integrantes de la familia con quien se había mostrado excesivamente cercano o distante. Otra opción es modificar el plan de trabajo, en tanto las consideraciones sobre la posición del terapeuta, pudieron generar nuevas hipótesis no vislumbradas hasta ese momento. La tercera posibilidad es atender las creencias y visiones de algunos miembros de la familia que no se habían escuchado.

El identificar la posición del terapeuta en el sistema terapéutico, e introducir esta información en el proceso terapéutico, puede abrir caminos que se encontraban invisibles hasta ese momento para el sistema.

## 2. La Terapia Familiar (TF)

La TFM plantea una visión incluyente en la cual confluyen el pensamiento complejo y la coexistencia de diversos enfoques terapéuticos desde los cuales propone trabajar al mismo tiempo en dos planos:

- **El Plano Relacional.** Poner el foco en las pautas de interacción, utilizando técnicas de los diversos modelos como el estructural, el estratégico e interaccional.
- **El Plano Discursivo.** El enfoque socio constructivista busca crear un espacio conversacional colaborativo a través de los diálogos entre el terapeuta y los familiares, que promueva los procesos reflexivos tanto internos como externos, la terapia se centra en la decostrucción de historias y discursos dominantes y la construcción de historias alternativas.

La premisa para trabajar es que *no existe una verdad ni objetiva, ni única, ni personal o familiar, tampoco teórica o técnica*. En la relación terapéutica, como en cualquier otra "realidad", existen *múltiples versiones y dimensiones* que pueden coexistir sin subordinar una a otra.

El desarrollo de las sesiones se lleva a cabo de la siguiente manera:

Uno de terapeutas trabaja directamente con la familia, el segundo participa como terapeuta detrás del espejo unidireccional o dentro del mismo espacio en una posición distante, sin interactuar con la familia; observando la relación del terapeuta con la familia y escuchando la conversación terapéutica, que lo coloca en un nivel meta analítico. Dichas posiciones se alternaran en cada sesión.

### 2.1. Encuadre terapéutico

Para establecer el **encuadre terapéutico** se sugiere acordar los siguientes puntos:

- Número de sesiones: 10, aunque este número es flexible, según la valoración del caso.
- Duración de la sesión: 60 de minutos, más 20 de apoyo.
- Frecuencia de las mismas: una o dos veces por semana.
- Establecer la importancia y necesidad de la puntualidad y la permanencia en las sesiones.
- Explicar la forma de conducir el trabajo terapéutico, beneficios y su papel rotativo en las sesiones.
- Explicar las condiciones óptimas para mantener la relación terapéutica.

El ET inicia la TF retomando del diagnóstico familiar: el ciclo vital, patrones relacionales, pautas de comunicación, discurso de la demanda de atención, creencias de género, pautas de violencia familiar y meta(s) del tratamiento.

A partir de estos elementos los terapeutas establecen hipótesis que articulen las relaciones que existen entre el consumo de drogas, la violencia, el sistema de género y la organización familiar. Indaga con la familia cuáles son las circunstancias que desean cambiar en sus vidas.

El/la terapeuta puede hacer uso de terapia de primer y segundo orden, la primera les permitirá: enfocarse en los patrones de relación al mismo tiempo que atender los discursos de los integrantes de la familia que cobran y dan significado en y a esas relaciones. El cambio se logrará a través de propiciar el surgimiento de otras visiones y versiones que posibiliten la modificación de los significados y de las relaciones que han mantenido los síntomas. A través de técnicas de diferentes modelos es posible incidir en las relaciones y en la reconstrucción de los discursos que sustentan los sistemas de relación que propician comportamientos problemáticos que aquejan a la familia y a las personas. Se retoman postulados y técnicas de diferentes autores de terapia familiar

Desde esta perspectiva incluyente, el/la terapeuta trabajan simultáneamente en distintos niveles:

**a) Dialogan, consultan y se auto-observan** a través de un equipo terapéutico con un profesional del sexo opuesto.

**b) Co-construyen** nuevas realidades con la familia, poniendo énfasis en la generación de nuevos significados que posibiliten diferentes y múltiples visiones, permitiendo que los objetivos terapéuticos surjan de la misma conversación, antes que imponerlos unilateralmente

**c) Recurren elementos psicoeducativos.**

**d) Teje nuevas redes sociales de apoyo** que generan una matriz social más sana para la familia.

## **2.2. La terapia de primer orden: perspectiva estructural-estratégica**

*El enfoque estructural* desarrollado por Minuchin (1979, 1981, 1998) ocupa un lugar importante.

La evaluación de la estructura familiar basada en este enfoque incluye el análisis de los papeles, funciones, normas y jerarquías, límites y fronteras, alianzas y coaliciones, desviación de conflictos y triángulos, así como el sistema de creencias de la familia. Se reconoce que un sistema familiar se compone de subsistemas, los más habituales son el conyugal, parental, fraternal, filial, pero también puede ser por sexo, edad, etc., entre los que existen *límites intersistémicos e intrasistémicos* cuyo objetivo es proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él.

En el modelo de TFM, es importante valorar si cada subsistema está cumpliendo con sus papeles y funciones. Si las *fronteras* están bien delimitadas.

La evaluación de la estructura familiar proporcionan importantes indicadores para generar hipótesis diagnósticas acerca de la formación y mantenimiento de un comportamiento sintomático y su función dentro de la organización de un sistema familiar. Al mismo tiempo, provee de indicadores para evaluar los cambios logrados en la estructura relacional de la familia conforme transcurre el proceso terapéutico.

### **2.2.1. Estrategias de la TF de primer orden para la re-estructuración de pautas de relación.**

De acuerdo a Hayle (1984), Stanton y Todd, *et.al.* (1999), para quienes elijan un enfoque “estructural-estratégico” están: la *conexión*, la *reestructuración*, el *acomodamiento*, la *verificación de límites*, entre otras. Del enfoque estratégico sugieren la *prescripción de ejercicios* fuera de las sesiones, la *generación de otros síntomas*, la *promoción de la colaboración* entre sistemas, entre otras.

Un aspecto en el que hacen énfasis estos autores es lograr la individuación de los usuarios, muchos de ellos muestran un fuerte apego con su familia de origen aún después de establecer una familia propia. El consumo de drogas les brinda la oportunidad de seguir unidos al considerar al usuario como una persona *incompetente* que necesita la ayuda de sus padres.

En consecuencia, uno de los primeros objetivos de la terapia será favorecer el proceso de individuación, bajo la premisa que si la familia logra tolerar este proceso del ciclo vital el consumo de drogas perderá su significado relacional en la familia.

Reconociendo que el planteamiento terapéutico cambia de una familia a otra, se sugieren los siguientes puntos, cada uno inscrito en tres dimensiones —pragmática, cognitiva y afectiva—

1. Trazar límites firmes y claros entre el subsistema conyugal, parental y filial.
2. Crear una alianza sólida en el subsistema parental.
3. Fortificar el subsistema individual para los hijos, especialmente para el usuario, cuestionado las premisas del sí mismo, lo que le permitirá asumirse como una persona independiente y autónoma (dimensión cognitiva).
4. Desarrollar nuevas interacciones familiares basadas en el cuidado, la nutrición afectiva y el respeto mutuo (dimensión afectiva)
5. Redefinir las pautas transaccionales de la familia en términos de jerarquía, valores, normas, sistema de creencias, expectativas y deseos (dimensión cognitiva).
6. Trabajar el conflicto de los cónyuges.

Cada punto está asociado con los demás, no se trabajan de forma aislada o secuencial.

Se promueve el desarrollo de responsabilidades parentales buscando que sean independientes de los conflictos conyugales. En este proceso es importante que el ET cuide la motivación y la autoestima de los padres, los cuales deben ser tratados como los promotores para generar el cambio en la familia. Los terapeutas estratégicos subrayaban la importancia de utilizar la alianza entre los padres como una estrategia efectiva de cambio.

Para abordar la *triada rígida* y sacar al usuario de la *triangulación*. Primero empezar por fortificar el subsistema individual de los hijos, especialmente para la persona que consume SPA, cuestionado *las premisas del sí mismo*. Para ello, se puede trabajar exclusivamente con los hijos, aún con los padres presentes, o inclusive, si los padres no pueden mantenerse al margen, invitar sólo a los hijos con el fin de ofrecerles un espacio para sí mismos. Otra alternativa es invitar solo a los padres y al usuario de drogas con el fin de discutir el desarrollo personal del hijo, sobre todo si este es menor de edad. En este proceso, se busca que el usuario encuentre una nueva imagen para sí y que se creen oportunidades de pensarlo de una manera diferente, no como hijo problemático. Todo esto irá apuntalando la individuación, independencia y autónoma del joven. No se excluye la posibilidad de abordar el subsistema individual de la madre o del padre, ya que si alguno de ellos no se sienten bien en su vida personal suelen involucrar a sus hijos buscando, por ejemplo, apoyo emocional para sí, al respecto se pueden sugerir alternativas específicas para ellos o bien derivarlos a las instancias correspondientes.

En la medida en que se aborda y modifican las pautas transaccionales y se redefinen nuevos límites intergeneracionales, jerarquía generacional, marcos normativos que legislen la conducta, y las funciones nutricias y afectivas, se trabaja con la micro cultura familiar, es decir, sus valores, sistema de creencias, expectativas y deseos. La familia va reconsiderando una serie de ideologías y formas de pensar que les fueron útiles durante los primeros períodos del desarrollo del ciclo de vida familiar pero que empieza a darse cuenta que no pueden seguir operando bajo esos mismos sistemas de creencias. La tarea del equipo no se circunscribe a debatir sus creencias, sino a ayudarles a crear formas de pensar diferente, más acordes con la realidad familiar que están viviendo.

Hay que ser congruentes con la *demanda* familiar, haciendo eco a la preocupación paterna por el/la hija.

Estas estrategias y técnicas terapéuticas suponen una intervención directiva por parte de los terapeutas

### **2.3. La Terapia Posmoderna: la perspectiva socioconstruccionista**

Las terapias posmodernas están basadas en una perspectiva socio-construccionista.

Los socioconstruccionistas plantean que para generar cambio en la realidad en la que vivimos se debe recuperar los discursos marginados (las otras formas de ver la vida) por el discurso dominante.

Desde esta perspectiva, lo que se debe trabajar en el proceso terapéutico es la recuperación de nuevos discursos alternativos en la vida de los consultantes, puesto que esto permite la construcción de nuevas realidades vitales. Es decir, los terapeutas trabajan con base en los discursos existentes en el contexto social de sus consultantes. Por esta razón a este modelo terapéutico se identifican con el nombre de corriente narrativa.

En el abordaje clínico de la terapia de segundo orden, la *deconstrucción* constituye un aspecto fundamental. La *deconstrucción* se comprende como una actividad destinada a la recuperación de *lo todavía no dicho* respecto del tema de interés (Yashiro, 2005). Se considera que al recuperar diversas descripciones de la vida del consultante, aquellas mismas que fueran marginadas por el discurso dominante, se abren nuevas posibilidades en la manera de vivir. Con base en esta idea en la conversación terapéutica se intenta recuperar diversas descripciones, visiones, discursos, respecto del tema de interés.

#### **2.3.1 Intervenciones que buscan deconstruir las realidades familiares**

### 2.3.1.1. Buscando recuperar las múltiples voces de la familia

Se atienden las voces de todos los integrantes de la familia, y también de las personas significativas para la misma, tales como los abuelos, los parientes, la tradición contextual de cada región, los amigos, los maestros de la escuela, etcétera. Lo que se busca con este tipo de “deconstrucción” es abrir un espacio en el que se examina el origen y la lógica de cada una de las voces existentes en el contexto, sin tratar de evaluar la veracidad de cualquiera de ellas. Más bien se suspende este tipo de evaluación y se busca recuperar la diversidad de las voces y reflexionar desde una meta-visión las múltiples posibilidades de ver el mundo. Se consideran importantes no solamente las voces de las personas existentes, sino también las voces alternativas de personas imaginarias. Es decir, es posible y válido suponer las posibles voces de personas imaginarias, en lógicas como las siguientes: *¿si escuchara esta conversación una persona del campo/ciudad, cómo crees que pensaría?, ¿si te escuchara tu difunta abuela, qué opinaría?, ¿si escucharan personas del siglo XVIII, cuál sería su opinión?, ¿si escucharan las gentes del siglo XIX, con qué opiniones estarían de acuerdo?, etcétera.*

Al recuperar todas las otras voces alternativas se deconstruye la realidad de esa familia. Por ejemplo, si en una familia se observa una alianza entre la madre y el hijo, y otra entre el padre y la hija, pueden de-construirse las creencias relacionadas con esas alianzas. Por ejemplo, puede haber creencias tales como *“las mujeres deben atender las necesidades cotidianas de los hombres y los hombres deben proteger a las mujeres tomando decisiones por ellas”*. En este caso, se pregunta la opinión de cada miembro respecto de esta creencia, cuestionándosele en términos como los siguientes: *¿Tu qué crees respecto de esta regla familiar? ¿Desde cuándo crees que estas ideas están en la familia? ¿Son medianamente compartidas con otras familias de esta región? ¿Todas las familias se organizan de esta manera? ¿Cuáles son los pros y contras de estas diferencias de ideas entre los miembros de la familia?* En el caso de que las opiniones de los hombres y las mujeres sean distintas, por ejemplo, se podrían hacer las siguientes preguntas: *¿por qué creen que existen estas diferencias de pensamiento? ¿Qué significa para la familia esta convivencia de entre personas que tienen distintas ideas y convicciones? ¿Es positivo para todos? ¿Creen que la gente de la ciudad/el campo pensaría lo mismo?*

En este proceso lo importante es que se hable algo relacionado con el tema de interés de manera distinta de lo que se había discutido anteriormente. La metáfora de incluir múltiples voces, es efectiva porque al hacer que se dialogue y reflexione teniendo en cuenta las distintas visiones de varias personas, naturalmente se genera una descripción más compleja de la realidad. *“Me dices que no te sientes como hombre cuando estás ayudando en los quehaceres familiares. Entonces, ¿en qué momentos sí te sientes como hombre?”* En este proceso no se debe evaluar cuáles ideas son mejores o peores, sino tan sólo se debe invitar a reflexionar acerca de la realidad tal cual acontece y se da en la familia, hay que invitar a reconocer si hay solo una voz particular la que domina, en dónde hay diversas voces, etc.. Debe cuidarse de no generar culpa, lo importante es “de-construir” la realidad, buscando flexibilizar el límite establecido en la realidad respecto de las posibles alternativas de la familia con relación al futuro. Por ejemplo, en el caso anterior, los hombres pueden verbalizar sus ideas de que cuando su esposa, mamá o hermanas no les sirven de comer se sienten rechazados por ellas, etc. Esta conversación ya representa una de-construcción de la realidad familiar, ya que refleja una complejización de descripciones de la realidad.

El cambio se dará conforme nuevas realidades sean construidas en el contexto familiar por medio de conversaciones de-constructoras.

### 2.3.1.2. La externalización de problemas como una deconstrucción de los discursos dominantes

White explica:

“la «externalización» es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía. Los problemas considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a personas o relaciones se hacen así menos constantes y restrictivos (White, 1993, p. 53)”.

Es un proceso en el que los consultantes y el terapeuta comparten conversaciones en las que se visualiza el problema consultado como una entidad externa a ellos. Esto les genera a los individuos la idea de que cada quien es capaz de seleccionar el tipo de relación que quiere mantener con el problema. Al considerar que el problema no constituye una parte de sí mismo, al consultante se le abre más fácilmente la posibilidad de considerar algo como transformable, o que puede resistirlo habiéndose decidido a contrarrestarlo.

En este proceso, la historia dominante empieza a ser considerada como una narración impuesta por el problema. De esta manera también por su iniciativa propia la gente indaga y desarrolla narraciones excepcionales son relación a la historia dominante de subyugación (Yashiro, op.cit).

La *conversación externalizante* comprende básicamente seis momentos (Morgan, op. cit.):

1. Nombrar el problema.:

*¿Hay algún nombre que puedas ponerle a esta historia del enojo? ¿Si le pusieras un nombre, cómo le llamarías?, etc.*

2. Describir la historia del problema. Después de que el problema adquiere una ubicación fuera de las personas y un nombre propio, el terapeuta les pregunta a los consultantes la historia por la que el problema se ha insertado en sus vidas, de la manera siguiente: *¿De dónde viene tu fuerza salvaje? ¿Cuándo te diste cuenta por primera vez sobre su existencia?, ¿qué recuerdas de tu vida antes de que se metiera en ella la fuerza salvaje?, ¿cuándo fuerza salvaje volvió más fuerte?, ¿cuándo era más débil?, ¿de qué manera ha venido creciendo?, ¿cómo era para ti hace seis meses (un año, dos meses, etc.)?, etc.*

3. Explorar los efectos del problema en la vida de los consultantes, ejemplos: *¿cómo es que la “fuerza salvaje” ha afectado la relación con tu familia/padres/esposa(o)?, ¿cómo ha afectado la en tu pensamiento acerca de ti mismo?, ¿cómo es que las “voces hostiles” han afectado tu estado de ánimo?, ¿de qué manera la “desesperación” ha influido en tu confianza hacia otras personas?, ¿de qué manera “la confusión” se ha relacionado en tu relación familiar?, etc.* Es importante evaluar los efectos del problema: *¿estos efectos han sido positivos o negativos para ti?, ¿ha habido algo que te guste dentro de todos estos efectos?, ¿qué han sido estas experiencias para toda la familia?, etc.*

4. *Situar el problema en su contexto.* Ejemplos de estas preguntas son: *¿cuál sería el contexto en el que haría sentido esta historia?, ¿qué tipo de contexto cultural hace que esta historia se mantenga funcionando?, ¿qué tipo de verdades que aceptas incuestionablemente son las que están apoyando la vida del problema?, ¿en tu vecindad generalmente se considera así?, ¿ha habido alguien que ha pensado de otra manera?, etc.*

5. Descubrir los sucesos excepcionales. Los ejemplos de lo que puede preguntarse en este momento son: *¿qué has hecho para lograr que el problema se vuelva más débil que en otras ocasiones?, ¿cómo me puedes explicar el hecho de que el problema estuvo a punto de detenerte, pero no lo logró?, ¿qué pasó?, ¿cómo lo has logrado?, ¿me puedes contar algún otro episodio en el que lograras resistirte a la influencia del problema e hiciste lo que tú mismo decidiste?, etc.*

6. Describir los sucesos excepcionales y ponerle nombre a la historia alternativa. White plantea dos tipos distintos de panorama para realizar las preguntas en este momento: uno corresponde al de acción y otro al de conciencia.

Bajo el panorama de acción, el terapeuta les pide que describan de manera concreta las acciones que realizaron durante los sucesos excepcionales. Por ejemplo *¿dónde estabas cuando lo lograste?, ¿estabas con alguna otra persona?, ¿la última vez que ocurrió, cuánto tiempo te mantuviste haciéndolo?, ¿qué te sucedió justo antes y después de esos sucesos excepcionales?, ¿qué te dijeron tus amigos cuando eso sucedió?, etc.*

Bajo el panorama de conciencia, el terapeuta les pregunta acerca de ideas relacionadas con los actos descritos. Pueden preguntar sobre los deseos, las preferencias, los valores personales, las cualidades relacionales, las habilidades personales, etc.

Los ejemplos de preguntas para el panorama de conciencia son del tipo siguiente: *¿cuándo procediste de esa manera excepcional, ¿qué tipo de cosas esperabas para tu vida?, ¿qué relación tiene tu acto con tus valores acerca de la vida?, ¿qué dice este hecho sobre tu personalidad?, ¿cuándo lograste este paso?, ¿qué crees que estabas intentando para tu vida?, ¿qué te dice tu conducta sobre lo que es importante para ti?, etc.*

### **2.3.1.3 El sistema de creencias**

Se presentan dos formas distintas y reconocidas de deconstruir las realidades en el área de la TF socioconstruccionista:

La postura terapéutica consiste en atender el sistema de creencias que sostienen las condiciones actuales de la vida tanto de las personas que consumen SPA, como las de su familia.

La recuperación de *múltiples voces* como la *externalización del problema* son muy efectivas en el proceso terapéutico. El punto común en ambos tipos de abordajes, corresponde a la consideración y el interés en los discursos y las creencias que sostienen los comportamientos de cada integrante de la familia, con los que se puede propiciar la generación de ideas relacionadas con nuevas posibilidades y alternativas en las vidas de los pacientes. Esta forma de plantear la intervención terapéutica ayuda a que la familia se sienta reconocida y

acompañada por el/la terapeuta en su búsqueda de encontrar solución para los problemas de su vida.

Entre los hallazgos que reportan las investigaciones en CIJ sobre familia género adicciones y violencia y que hay que considerar se pueden distinguir las siguientes

Creencias de género y la dinámica familiar de las familias participantes. Son las que se vinculaban con la sobrecarga de las madres respecto a la resolución del problema familiar y la periferia del padre en la misma.

Creencias relacionadas con las drogas y la independencia de las personas usuarias de SPA participantes. Existen diversas creencias en torno al consumo de drogas del PI por ejemplo: “es el único problema de la familia: *“Si vencemos este problema, podemos salir adelante, por lo que debemos apoyarnos.”* Esta creencia validaba la sobreprotección de la familia hacia el PI.

## **2.4. Estrategias de tratamiento que pueden ser utilizadas en la terapia familiar**

**2.4.1** Involucrar la percepción de todos los miembros (recuperar las voces marginadas y abrir un espacio multivocal). Preguntar y explorar la visión de todos los integrantes de la familia.

**2.4.2** Reconocimiento de los aspectos positivos de la familia.

**2.4.3.** Explorar los papeles de cada integrante.

**2.4.4.** Externalización del problema. La externalización del problema de consumo de drogas facilita al/ a la terapeuta explorar el patrón interaccional que precedía el acto de ingestión de drogas del PI.

**2.4.5.** Incorporación o inclusión de los miembros periféricos o marginados.

**2.4.6.** Fortalecer el subsistema entre el usuario y su pareja

**2.4.7.** Límites claros y la valoración de cada individuo.

**2.4.8** Identificar el aspecto paradójico de la interacción familiar.

**2.4.9.** Incluir las creencias de género en la comprensión de la familia

Hablar de creencias favorece que los integrantes de la familia se den cuenta en qué tipo de creencias está sustentada la relación que establecen con la persona que consume SPA y que en muchas ocasiones es la que sostiene la conducta adictiva.

**2.4.10. Deconstrucción de las historias familiares,** favorece el proceso terapéutico de los usuarios de SPA. Favorece que la familia converse acerca del problema asociándolo con episodios en la historia familiar que pueden ser significativos

## **2.5. Nutrición afectiva en la terapia familiar**

La valoración de la nutrición afectiva familiar es una de las tareas importantes de los terapeutas.

En terapia se trabaja con los afectos través de las relaciones más que solo hablar de lo que se siente. Para trabajar con los afectos es necesario crear la intensidad que genera la emoción, es necesario crear la emoción no hablar de ella. Las interacciones entre los integrantes de la familia y con el terapeuta, mostrarán el tono emocional de los diversos vínculos, es en esta puesta en escena que se trabaja con los afectos. Pueden mirarse, sentirse y valorarse las distintas posibilidades de expresión de afecto de cada persona. Se sabe que la educación masculina tiende a negar la expresión de emociones, del cariño, la ternura, el miedo, el llanto, todas ellas vividas como debilidades no permitidas a los hombres. Ejemplos que suelen escucharse en las sesiones:

*“Creo que a mi papá le cuesta trabajo manifestar su afecto porque es hombre”, “Las mujeres deben ser afectuosas, pero los hombres afectuosos son simplemente maricas”, “En general, los hijos varones se acercan a su mamá para apoyarla y protegerla”, “En la familia de mi papá, todos eran serios y no eran cariñosos. La familia de mi mamá es muy afectuosa...”*

Es posible metacomunicarse acerca de las formas en que cada quien expresa sus afectos. La terapia es un espacio de construcción y aprendizaje discursivo y relacional, en el que también se enriquece la expresión afectiva. El crear emociones en terapia genera un proceso de aprendizaje de expresiones alternativas de afecto. Por ejemplo, se puede modificar la lejanía emocional de un padre con su hijo a través de un abrazo, una mirada, una palmada o palabras afectivas.

### **2.5.1 Construcción de un marco interpretativo común.**

Algunas preguntas que pueden abrir pasó a una conversación de este trabajo: *¿Cómo expresa cada uno de*

*ustedes, el amor al otro?, ¿Cuándo reconocen que el otro está expresando su amor?, ¿En qué momento se sienten valorados por el otro?, ¿Cómo muestran reconocimiento hacia el otro?, En concreto, ¿con qué palabras muestras tu afecto?, ¿En qué momentos, muestras tu amor?, ¿Existe una comprensión mutua en la pareja respecto a cómo manifiestan su amor el uno por el otro?, ¿Ha cambiado con el paso del tiempo las expresiones de amor? ¿Es diferente la forma de expresar amor y cariño entre los hombres y las mujeres?*

### **3. Grupos Psicoeducativos y de Reflexión (GPE)**

#### **Objetivo General:**

Analizar y *deconstruir* los discursos culturales relacionados con el género, para que las personas que han sufrido o estén viviendo experiencias de consumo de sustancias, violencia familiar o de género, puedan darse cuenta de cómo los discursos totalizantes construyeron su identidad estereotipada.

#### **Objetivo específicos:**

1. Analizar las creencias familiares y sociales que norman el comportamiento de la mujer y el hombre.
2. Sensibilizar a los participantes en la escucha del discurso de multivoces, o discurso policromático, con especial énfasis en el discurso del género.
3. Deconstruir los discursos estereotipados de género que propician exigencias, demandas y conflictos entre hombres y mujeres, y aquellos que legitiman la violencia.
4. Externalizar la historia familiar y en qué momento aparece el consumo de SPA, su relación con los discursos estereotipados de género y violencia.
5. *Deconstruir* los discursos hegemónicos en relación al consumo de drogas
6. Aprender formas de negociación.
7. Reflexionar sobre el malestar que puede generar en hombres y mujeres los estereotipos de género.

Un elemento más de trabajo simultáneo del modelo multidimensional son los GPE. Estos grupos son espacios en los que sesionan padres, madres, hermanos, hermanas, esposos, esposas y otros familiares de los usuarios de drogas, a los que en ocasiones también se incluyen las personas usuarias de SPA.

En estos grupos el/la terapeuta expone en forma didáctica un tema y abre un espacio para su reflexión en términos de discusión analítica del tema y con el uso de técnicas reflexivas que invitan a verse a uno mismo en espejo a través del discurso del otro. El poder mirar la propia experiencia reflejada en los otros permite un metanivel de auto-observación que da paso a la deconstrucción de creencias de género y a la posibilidad de alternativas que cuestionen y modifiquen estereotipos de género generadores de violencia.

La intención es promover la discusión creativa y la retroalimentación a través de intercambio de experiencias concretas que recuperen la riqueza de cada uno de los integrantes del grupo y amplíen las perspectivas de abordaje de los problemas que se plantean. No tienen como fin último el aprendizaje pues encuentran su riqueza en el intercambio de múltiples voces, todas ellas válidas.

El terapeuta estimula la comunicación y evita las discusiones polarizadas que dificulten la consecución de la tarea. El trabajo grupal se desarrolla dividiendo a los participantes por género, lo que facilita que las creencias de género tan firmemente arraigadas se miren en espejo con personas del mismo sexo, los discursos entre géneros son diferentes, al trabajar en grupos de mujeres y en grupos de hombres es posible realizar un intercambio de experiencias similares con personas del mismo sexo, además de que cada grupo se permitirá la apertura de situaciones personales sin la amenaza de sentirse juzgado por el otro sexo.

Hay tanta resistencia y muchas veces miedo, entre las mujeres violentadas a expresar públicamente el sufrimiento padecido por la violencia, porque las remitiría a denunciar condiciones de injusticia y explotación, y nombrar a los beneficiarios de dicha explotación, usualmente sus esposos. La exposición de experiencias con otras mujeres crea un clima de confianza y de comprensión en donde, quizá por primera vez en su vida, podrán hablar de los sentimientos que les produce la inequidad y sometimiento en que viven ellas y sus hijos.

Los hombres, por su parte, tendrán la oportunidad, probablemente inédita también, de discutir acerca de qué entienden por masculinidad e identificar sentimientos de minusvalía o depresión y plantear los efectos que tiene sobre su vida el que sean evaluados por su desempeño como proveedores económicos de su familia. El contactarse con estos sentimientos quizá les permita reconocer las formas violentas que frecuentemente utilizan

para reafirmar su masculinidad y ejercer el poder y el daño que causan con estos actos, a las personas que quieren.

El ambiente relajado y de metaobservación que surja en los grupos permitirá la aceptación empática del discurso del otro, y la claridad del contexto de la propia situación de vida con mayores elementos que permitan la deconstrucción de creencias anteriores y el surgimiento de nuevas narraciones.

Los GPE son un proceso de coexistencia de muchas voces, en el cual empieza a destejer las experiencias de violencia sufrida en el pasado de la posibilidad de un por-venir mejor.

En el caso de hombres violentos el reflexionar acerca de lo que implica la masculinidad y el verse reflejado en otros que han ejercido violencia, permite entender desde un metanivel la imposición de estereotipos que asocian el ser hombre con el dominio y el poder y a partir de esta experiencia, encontrar otras formas de asumir y construir su masculinidad.

### 3.2. Ventajas de los GPE

Entre las múltiples ventajas están: que los participantes pueden entender más fácilmente su situación observando en *espejo* las experiencias de los otros, similares a las suyas. Al mismo tiempo, pueden reconocer y validar sus pensamientos y sentimientos cuando encuentran que otras personas en situaciones parecidas reaccionan de manera similar.

El sentimiento de cohesión y confirmación, tan deteriorado en este tipo de familias. Entre más empatía y escucha tengan hacia los otros y reciban de los otros más se sentirán confirmados y motivados, los grupos proporcionan una demostración patente de comportamiento alternativo: descubriendo como enfrentan otros las situaciones problemáticas, los participantes pueden aprender de ellos y construir sus propias soluciones. El debatir genera un aprendizaje, les obliga a repensar sus posiciones y a contrastarlas con personas con las que no sienten un compromiso emocional importante, los grupos ofrecen la posibilidad de que los integrantes se muestren más flexibles y dispuestos al diálogo al participar en una relación diferente.

### 3.3. Procedimiento

#### 1) Establecimiento del encuadre de trabajo y búsqueda de integración grupal.

En la primera sesión se pretende precisar las condiciones de trabajo y la comprensión de la problemática de acuerdo con el modelo terapéutico. Los familiares pueden sentirse más cómodos y comprometidos si les queda claro lo que se espera del tratamiento y del terapeuta y entienden sus responsabilidades y asumen un compromiso. Sus expectativas sobre el tratamiento pueden derivar de ideas o creencias no exploradas y, por lo tanto desconocidas por ellos y por él/la terapeuta.

#### 2) Sesiones para la discusión e intercambio de experiencias, opiniones e ideas.

Comprende propiamente las sesiones en las que se discuten los temas acordados. A continuación se presentan algunos temas que pueden proponerse en el trabajo grupal, sin embargo, será importante que cada grupo elija los tópicos que mejor se adapten a su situación actual.

#### Temas sugeridos para el trabajo con los GPE

Temas para ambos grupos	
El significado de ser hombre o de ser mujer en esta sociedad	
Que significa ser hombre o mujer en mi familia	
Subjetividad femenina y subjetividad masculina	
La violencia familiar y de género	
Parentalidad y nutrición emocional	
La autoestima y el respeto personal	
GPE con mujeres	GPE con hombres
Estima personal y depresión	Masculinidad, poder y abuso de poder
Reconocimiento de recursos	El malestar de los varones: las otras adiciones
Autonomía e independencia	Hibrys masculina

### Estructura de las sesiones de tratamiento

Cada sesión se divide en varias actividades de manera que se cubran los 90 minutos asignados.

1ª. Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bienvenida y resumen de la sesión anterior.</li> <li>● Presentar los objetivos de la sesión</li> </ul>
2ª. Desarrollo del tema	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exposición del tema</li> </ul>
3ª. Dispositivo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Para afirmar conocimientos se pone en práctica un ejercicio o dispositivo de acuerdo al tema abordado.</li> </ul>

El/la terapeuta inicia las sesiones haciendo un breve resumen de la reunión precedente y recordando lo que se trabajará ese día. La revisión del tema la realiza con una breve exposición o la aplicación de un ejercicio o dinámica grupal. Estas dos actividades son complementarias y pueden usarse secuencialmente o decidir realizar sólo una (excepto la exposición teórica del terapeuta). La idea es, que independientemente de las actividades que el grupo elija llevar a cabo, se estimulen los procesos de cambio, basados en el análisis y la reflexión.

En la última parte de la sesión también se puede poner en práctica una dinámica o ejercicio para afirmar conocimientos, se fomenta el discurso del grupo, análisis y reflexión del grupo.

**Cierre y reflexión grupal:** comprende la última sesión que es de cierre del proceso y evaluación de las experiencias adquiridas.

El/la terapeuta pedirá a los integrantes del grupo que expresen las conclusiones a las que llegaron en el proceso, lo que pensaron y sintieron dentro y fuera de las sesiones como producto de este trabajo.

### 3.4. Uso del Equipo Reflexivo en los GPE

Los supuestos y lineamientos del *Equipo Reflexivo* (Andersen, 1994) pueden ser utilizados en los GPE.

Ya sea por demanda del grupo o por indicación del terapeuta, se entrevista a un miembro del grupo, mientras los otros integrantes, que fungirán en adelante como equipo reflexivo, escuchan la conversación que sostienen el/la terapeuta y el integrante del grupo entrevistado. La entrevista deberá apuntar a uno de los temas acordados para tratar en el proceso grupal y a pesar de que la entrevista sea individual, la dirección de ésta atenderá los intereses grupales.

Mientras la entrevista se lleva a cabo, los integrantes del equipo reflexivo escuchan, sin conversar entre sí, más bien manteniendo un diálogo interno sobre lo que escuchan, preguntándose *¿Por qué ve así las cosas quien se encuentra hablando?, ¿De qué otra manera podría verlas?, ¿Qué es lo que yo escucho?, ¿Por qué lo escucho de esta manera?, ¿De qué otra forma podría entenderlo?, ¿Qué no se dice o no se pregunta?, etc.*

Una vez que la entrevista o conversación termina, los integrantes del equipo reflexivo conversan entre sí sobre lo que escucharon. El/la terapeuta dará los lineamientos para la conversación, solicita por ejemplo, que al hablar no se dirijan al familiar o al terapeuta, sino que conversen entre sí. Este punto es importante, pues permite al entrevistado tomar lo que le hace sentido de lo que están conversando, sin sentirse con el compromiso de responder a alguien que le habla directamente. Se entiende que es una forma más de democratizar la conversación, las visiones se amplían, se introducen nuevos significados e historias, pero nadie tiene la jerarquía para decir que es lo correcto o quien debe hacer algo en específico. En este mismo sentido, se pide que no se juzgue, ni se aplauda, critique, aconseje o interprete al entrevistado, pues ello significaría ponerse en una posición de superioridad frente al otro, a quien se le puede evaluar y calificar en algún sentido. Siempre debe enfocarse a elementos que le sean de ayuda a éste.

Finalmente entrevistado y entrevistador charlan nuevamente entre sí, comentando lo que éste último escuchó de la conversación reflexiva: *¿Qué le hizo sentido?, ¿qué le pareció nuevo, diferente, interesante?, ¿con qué elementos no está de acuerdo?, ¿qué sentimientos les provocó lo que escuchó?, ¿cómo puede cambiar o ampliar lo que piensa a partir de lo que escuchado?, etc.*

### 3.5. La perspectiva de género

El género, como construcción cultural en contextos históricos sociales, influye significativamente en la forma en que se organizan las familias, en la cosmovisión de sus integrantes y en su conformación de proyectos de vida, se ha encargado de normar y dirigir la conducta de los individuos de acuerdo a representaciones sociales que asignan atributos a los hombres y las mujeres.

El analizar en el ámbito de la familia la forma específica en que las construcciones de género organizan sus relaciones, permitirá entender de una manera más amplia, las alianzas, coaliciones, jerarquías, roles, funciones, patrones familiares y la forma en que se instaura la violencia.

El abordaje terapéutico incluirá un análisis de los arreglos familiares y cómo se articulan con construcciones estereotipadas de género. Sólo así será posible “deconstruir” los significados subyacentes a las nociones y normativas naturalizadas, a favor de una mayor flexibilidad en el cumplimiento de las funciones conyugales y parentales.

El trabajo terapéutico y psicoeducativo comprende deconstruir aquellos discursos que obstruyen el camino de la equidad entre los géneros, atendiendo tanto los derechos de las mujeres, como de los hombres al cuestionar pesadas cargas y responsabilidades asignadas a ellos asociadas con masculinidad y al otorgar la posibilidad de desarrollo en ámbitos que les han sido negados, como por ejemplo, el emocional. Este modelo al cuestionar los roles de género, beneficia de igual manera a hombres y mujeres y permite revalorar y reorganizar las funciones familiares que impiden el crecimiento de los miembros de la familia y sostienen el síntoma de la adicción.

En estos espacios se debe abogar por relaciones más democráticas al interior de la familia y que aseguren la nutrición afectiva de todos los integrantes. Al mismo tiempo, cada integrante de la familia contribuya en la producción y reproducción de los conceptos de género.

### **3.5.1. Feminidad, masculinidad y drogas**

Los factores de riesgo de consumo de drogas, la edad de inicio del consumo, el motivo de consumo, la elección de la droga utilizada, el acceso al tratamiento, el estigma social de adicto y otros aspectos de la adicción están diferenciados por géneros y se articulan con las atribuciones culturales y estilos de vida de hombres y mujeres. Por lo cual es imprescindible incluir los conceptos de género en la comprensión de la problemática y en los recursos técnicos utilizados en el tratamiento familiar.

En ocasiones la ingesta extrema de alcohol o el inicio al consumo de drogas es utilizada como un rito de pasaje de la niñez a la adolescencia y es una forma de sentirse aceptado por los pares. La presión que ejercen los amigos para el consumo de drogas está vinculada con el concepto de masculinidad que siente que deben reafirmar constante e interminablemente.

Si bien la adicción es un problema que trae consigo discriminación a quien la padece, en el caso de la mujer ésta es mayor, el rechazo social incluye a su propia familia de la que difícilmente recibe apoyo y atención, es decir, la ley moral es diferente para hombres y para mujeres, siendo más severa con éstas.

Se sabe que muchas mujeres iniciaron el consumo de drogas por invitación de su pareja y que este consumo

Es frecuente que las mujeres adultas que sufren depresión o ansiedad, sean medicadas psiquiátricamente, con el conocimiento o, incluso, solicitud de la familia (más frecuentemente del esposo).

El modelo de TFM con perspectiva de género propone reconocer y respetar la diferencia, desmitificar estereotipos sociales que se reproducen, cuestionar permanentemente la naturalización de las atribuciones sociales a hombres y a mujeres, razonar sobre la jerarquía sobre todo en el vínculo conyugal, analizando quien ostenta el poder y discurso dominante en la familia, fortalecer la autoestima y la nutrición afectiva de todos los integrantes.

Algunos de los cuestionamientos que pueden resultar útiles en proceso de deconstrucción de estas concepciones de masculinidad y feminidad, podrían ser los siguientes:

*¿Cuáles son las características más valiosas del ser humano?, ¿Cuáles de ellas se asocian con las mujeres?, ¿Cuáles a los hombres?, ¿por qué imaginan que esto es así?, ¿cómo se sienten cada uno con éstas atribuciones?, ¿qué privilegios les brinda y que obstáculos les impone?*

*¿Qué tendrían que hacer los miembros de la familia para que cada uno se sintiera valorado, querido y reconocido?, ¿qué piensan acerca de que socialmente se valore más al género masculino que al femenino?*

*¿Para quién creen que es más difícil dejar de consumir drogas, para el hombre o para la mujer?, ¿por qué?, ¿cómo podría ayudar la familia para vencer estos obstáculos? ¿por qué creen que las mujeres consumen más*

*drogas médicas y los hombres marihuana o cocaína?, ¿Por qué creen que ha aumentado el consumo de drogas en las mujeres en los últimos años?*

### **3.5.2. Manejo de las emociones y problemas asociados a las prácticas de género**

La expresión de emociones es una característica que socialmente se le permite a las mujeres, no así al hombre. El hombre tiene prohibido admitir que siente tristeza, vulnerabilidad, desesperanza y cansancio que en muchas ocasiones no puede ni siquiera registrarlo internamente, pues ello supondría atentar en contra de su hombría. El enojo, en cambio, que denota fuerza, es un sentimiento que los hombres pueden expresar sin ningún cuestionamiento y que ha llevado incluso a justificar la violencia que ejercen. Sin embargo, la experiencia en la clínica ha mostrado que se requiere de mucha paciencia y empatía por parte del terapeuta para lograr que los hombres puedan reconocer que muchas veces se han sentido solos, tristes, confundidos, envidiosos, vulnerables o con ternura.

En el caso de las mujeres el enojo es una de las emociones que los estereotipos de género le han negado. En una investigación sobre la vida emocional de las mujeres casadas, Eguiluz (2003) encontró que la mayor parte de las mujeres entrevistadas comentaron que son muy pacientes y rara vez se enojan. Se plantea la hipótesis de que el coraje es descargado de manera encubierta o se transforma en depresión, que es un trastorno autorizado socialmente para ellas. También en el trabajo terapéutico se encuentra con frecuencia que la depresión de la mujer tiene muchos ingredientes de enojo que no han podido ser expresados por temor a ser abandonadas por sus familiares y en especial por sus parejas sentimentales. De esta manera, las mujeres también se enfrentan con percepciones y sentimientos que no pueden expresar tal como los registran por cumplir con las expectativas que su condición de género les asigna. Las drogas en el caso de las mujeres también se entrelazan con estos trastornos. La mujer deprimida puede recurrir a la ingesta de drogas de uso médico como un medio de mitigar su insatisfacción y dolor. El incremento en la ingesta de alcohol por parte de las mujeres en los últimos años puede ser un indicador de esta misma situación. El uso de drogas y la presencia de situaciones de insatisfacción o dolor emocional, sin la posibilidad de comprenderlas y tomar decisiones que las lleven a un mayor bienestar, son elementos que funcionan como disparadores de una adicción.

Los motivos de la depresión para hombres y mujeres son distintos. Las mujeres son educadas y centran más sus vidas en vivir para los otros, sus relaciones afectivas son tienen más peso en sus vidas que sus logros personales y profesionales. Para los hombres la principal fuente de valía es su trabajo, su productividad y sus mediciones de éxito personal, comúnmente asociadas con ser proveedor de la familia y por tanto tener suficiente dinero. Así, que las mujeres se deprimen más por situaciones relacionadas a pérdidas de relaciones afectivas y duelos no resueltos, mientras que los hombres más por problemas relacionados al trabajo y su rendimiento.

Dentro de los espacios terapéuticos y psicoeducativos es importante considerar con los familiares cosas como las siguientes:

*¿Qué situaciones de tu vida cotidiana te proporcionan alegría, coraje, tristeza, desesperanza, etc.?, ¿por qué imaginas que pocas situaciones te provoquen enojo, tristeza, alegría, etc.?, ¿Qué caminos tomas para expresar tus emociones y sentimientos?, ¿Cuáles de ellos te causan molestia identificarlos en ti?, ¿cómo explicas esto?, ¿qué efectos tienen en tu vida expresar estos sentimientos, pensamientos, percepciones, de esta manera?, ¿De qué otra manera podrías hacerlo para que te sintieras bien?*

### **3.5.3. Reorganización de papeles y funciones**

La organización familiar regida por la estructura patriarcal se acomoda a las nuevas situaciones y responde de manera homeostática, cambiando sin cambiar. Los actores que han sufrido principalmente esta situación son las mujeres y los hijos. Ellas se han incorporado a la fuerza de trabajo fuera de casa, pero han tenido que enfrentar la doble jornada laboral, es decir, cubrir los papeles reproductivos y productivos simultáneamente.

Estas mujeres experimentaron procesos de *sobrecargas de trabajo, contradicciones y estrés*. Las sobrecargas de trabajo, cuidar a los hijos, las actividades domésticas llevan a una saturación de esfuerzo y desgaste emocional y físico, que genera estrés y ansiedad. Además de que viven la contradicción que implica que las actividades laborales remuneradas, que sienten como logros, limitan la función materna de cuidado y apoyo afectivo, y la confrontan con preocupaciones, temores y sentimiento de culpa por el abandono de los hijos.

La falta de redes sociales de apoyo ante la necesidad de actividad femenina fuera del hogar y la resistencia a la redistribución de tareas al interior del hogar hace que hoy día, muchos niños y adolescentes sufren lo que se

conoce como *violencia por negligencia*, es decir, un maltrato que se asocia a la omisión de protección y amor necesarios para su desarrollo.

Otros muchos niños y adolescentes se ven con un ejercicio de violencia emocional que podríamos llamar de sobre-exigencia o incluso explotación y que consiste en atribuir el cuidado de hermanos menores y de las tareas del hogar, a los hijos mayores, que todavía son menores de edad, sin importar si tienen cinco o quince años. De esta manera se encuentra que en muchos hogares niños de seis, ocho, diez, doce años cuidan a hermanitos y son maltratados si suceden accidentes (lo cual es muy común), no hicieron la comida o no limpiaron su casa.

Por lo anterior, es importante que en los espacios terapéuticos y psicoeducativos se reflexione con los integrantes de la familia acerca de nuevas formas de redistribución de roles, para realizar las labores instrumentales de casa y cumplir las funciones parentales en general.

Se exponen nuevamente algunos planteamientos que pueden servir como puntos de reflexión con la familia sobre este tema:

*¿Qué hicieron sus padres para mostrarle cuáles eran sus responsabilidades como hombre o como mujer? ¿Qué piensa sobre eso? ¿Qué hacen ustedes para mostrar eso mismo a sus hijos?*

*Si usted pudiera decidir trabajar sólo en la casa, o sólo afuera, o combinar ambas funciones, ¿qué decidiría?, ¿por qué?, si siente que no puede decidir, ¿qué cree que se lo impide?*

*Si se pagara económicamente el trabajo doméstico a las mujeres, ¿qué cambios provocaría en la dinámica familiar?, ¿cómo se sentiría quién realiza ese trabajo?, ¿cuánto habría que pagar por este trabajo para que el salario fuera justo?, ¿por qué imaginan que la sociedad ha determinado que ese trabajo no sea remunerado?*

*Al papá y a la mamá: ¿Podrían hablar de los momentos más significativos con sus hijos?, ¿cómo se relacionan estos momentos con los roles asignados socialmente?, ¿como hombre y como mujer, podrían hablar de las mayores satisfacciones en su vida?, ¿con qué se relacionan estas satisfacciones?, ¿por qué imaginan que es así?, ¿podría ser de otra manera?*

#### **3.5.4. Riesgos que los terapeutas deben evitar al incluir la perspectiva de género**

- La perspectiva de género no puede explicar todo lo que sucede en la dinámica familiar o en la problemática del consumo de drogas. Se ha hecho énfasis sobre esta perspectiva debido a que se han encontrado las articulaciones entre las construcciones sociales de género y la generación o mantenimiento de algunos problemas de salud personales y/o familia, tales como el consumo de drogas y la violencia familiar, sin que esto signifique reducir todos los fenómenos a las concepciones de esta naturaleza.
- Generar la ilusión de que los cambios se den rápidamente y sin complicaciones. Estamos convencidos con el planteamiento de Burin (1998) de que la modificación hacia formas más equitativas de relación entre los géneros resolverá algunos problemas, pero probablemente traerá otros, tal como ha sucedido con los cambios en la educación y crianza de los hijos, que ha pasado de un estilo autoritario a otro permisivo. Hombres y mujeres comprometidos con este cambio están experimentando un desconcierto provocado por la ausencia de modelos claros en la identidad de género. Será importante entonces validar la confusión que genera la forma flexible de ver y actuar en el mundo, cuando así lo expresen, y entenderla como parte de los riesgos que conllevan el atreverse a desafiar las restricciones sociales.
- Empoderar a la mujer, sin tomar en cuenta las características de la familia, sus recursos y a fin de cuentas, el motivo de consulta. Es decir, que con las mejores intenciones de brindar a las mujeres un espacio donde puedan reflexionar y articular nuevas acciones respecto a sí mismas, a su familia y a su entorno, olvidar lo prioritario para la familia, esto es, el problema que los llevó a solicitar ayuda.
- No todas las personas ni familias se organizan con apego a los estereotipos de género, cada persona es un sujeto activo que participa en las construcciones y asignaciones de género, y con sus respectivas particularidades. Sería tan erróneo negar la inequidad de género como aseverar que todas las mujeres se encuentran sometidas frente a los hombres y que todos ellos mantienen una situación de dominación.

#### **4. Construcción y ampliación de Redes de Apoyo Social (RAS)**

El modelo TFM también se basa en el interés por contextualizar el problema de abuso de drogas y de la violencia familiar dentro de un amplio escenario social.

La pertenencia de una persona a un contexto social específico permite entender los complejos procedimientos que construyen a los sujetos y constituyen una cierta manera de ser social, una cierta forma de existencia.

No existe persona alguna que desarrolle un problema aislado de la sociedad. Para poder apoyar al sujeto en su búsqueda de resoluciones para el problema de abuso de drogas o de violencia, se considera importante comprender el contexto social y relacional del que forma parte.

### **El abuso de drogas y la violencia se configuran y desconfiguran siempre en un contexto social**

El abuso de las drogas es una conducta problemática relacionada con el contexto social. Es un problema que está relacionado con toda la dinámica social en la que existe el suministro de drogas. Esto es así desde el momento en que estas sustancias están al alcance de los jóvenes dentro del contexto y con relación a las dinámicas de la sociedad actual.

Para que alguien pueda usar drogas debe conseguirlas de otras personas. En términos generales, las personas se inician en el consumo por influencia de personas emocionalmente cercanas a ellas, quienes les introducen en esa práctica como señal de amistad, confianza e incluso de ayuda, es decir, alrededor del hábito de consumo de drogas también se construye un vínculo social.

Si bien las redes sociales forman parte importante para que alguien se inicie en el consumo de drogas, también pueden operar de forma inversa, favoreciendo su recuperación. Las relaciones interpersonales son constituyentes básicos que les da pie a las personas tanto para iniciar su consumo de drogas como para dejar de consumirlas.

Si este proceso de *curación* confronta al sujeto con los marcos sociales donde está inserto, para *curarlo* es preciso situarlo en un nuevo cuadro, religioso, étnico, ideológico, otro sistema de valores diferentes, que le suscite un nuevo sentimiento de adhesión y pertenencia. Para que la persona usuaria de SPA pueda concentrarse en sus esfuerzos por abandonarlas debe haber también un cambio significativo en su red social.

Si nos apegamos a la lectura sistémica que sostiene que el *paciente identificado* cumple una función homeostática para el sistema familiar, es probable que la familia tenga problemas para permitir que sus integrantes, especialmente el PI, desarrollen otros lazos relacionales fuera de la familiar. Alrededor del usuario de las drogas frecuentemente se observan miembros de la familia que también están atrapados en el patrón interaccional estereotipado de los “salvadores” y “salvados”. Uno de los factores que coadyuvan en la generación del cambio en este tipo de organización es el que los integrantes de la familia amplíen sus redes sociales. La admisión familiar de nuevas relaciones interpersonales y de apoyo venidos del exterior del grupo propicia que sus integrantes encuentren nuevas y diferentes posibilidades de redefinir sus relaciones interiores.

También en situaciones de violencia conyugal, si la pareja cuenta con apoyo externo a la familia, disminuye la posibilidad de que se requiera involucrar a los propios hijos en el señalado conflicto, con o sin una conciencia clara del hecho. Por ello, es importante reconocer las relaciones con las familias extensas, los vecinos, los compañeros de trabajo, los grupos de autoayuda, etc. donde la víctima y/o cada uno de los integrantes puedan adquirir nuevos recursos, aprender nuevas formas de convivencia, nuevas formas de interpretar la realidad, además de la sensación de ser aceptados en otros grupos distintos a la familia, lo que posibilita el despliegue de nuevas habilidades y capacidades. Este tipo de sensación es básica para estabilidad emocional de cada sujeto.

Por otra parte si nos apegamos a la lectura socio-construccionista, estamos en posibilidad de pensar que nuestra realidad, aquella en la que vivimos, se construye y se deconstruye siempre en la interacción social. Es decir, para la construcción de nuestras realidades siempre existen influencias directas e indirectas que están en relación con las expectativas de las personas que nos son significativas dentro de nuestro contexto social.

En este sentido, es fácil comprender que si la persona usuaria de SPA se coloca en un escenario social en el que existe una fuerte voz que apoya ser reclutado por las drogas, es casi seguro que la persona terminara reclutada por este discurso. Por el contrario si la voz apoya el abandono de las drogas, aumentara la posibilidad de que recupere para sí esta alternativa. Así, si se quiere invitar a los jóvenes a que construyan su vida desestimando el uso de drogas se debe acompañar también a que ellos adquirieran un criterio acerca de una estética de vida que les convenza de que no las necesitan. Para esto, debe crearse una nueva construcción de redes sociales que sirvan de apoyo a quienes usan drogas, que les ayuden a abandonar su hábito. Tal construcción debe ser más fuerte que el vínculo social establecido a favor de la ingesta de aquellas sustancias. El establecimiento de una red social que apoye el que los abusadores de drogas abandonen su hábito es uno de los factores de protección más importantes.

De la misma manera, frente a la violencia familiar o de género, una de las defensas frecuentes ante tal imposición es el intentar transformar en semejante lo que es distinto (proceso de *naturalización*), así, se acepta la violencia como algo ineludible, se connota como algo favorable frente a nuestros ojos y a los ojos de los demás, o se niega.

#### **4.1. La re(des)estructuración de la subjetividad**

Si se reconoce que los sujetos se constituyen en vínculos sociales entonces la *vincularidad* y la pertenencia a un vínculo son componentes necesarios para la construcción de la subjetividad. Es decir, el sujeto se construye no solo a partir de las representaciones de la presencia de otro, el plano *intersubjetivo*, sino también de las representaciones generadas a partir de la relación de un sujeto con un conjunto de sujetos, el plano *transubjetivo*, el escenario de las relaciones sociales.

En párrafos anteriores se comentó que las personas que consumen drogas y las que están sujetas a condiciones de violencia están atrapadas en una trama de discursos totalitarios. También se afirmó que estos discursos no admiten lo que es distinto, no admiten sujetos deseantes, en consecuencia, en el plano *transubjetivo* de las adicciones y de la violencia no hay sujetos de amor, solo hay objetos de complacencia. Si estas personas quisieran pensar de forma distinta sería violentar el orden de las cosas, así, cuestionar el discurso dominante o rechazar lo nuevo, serían ejemplos de la dificultad de aceptar lo que puede ser distinto, el cambio.

En este modelo, se postula que el rol político de la intervención en red consiste en cuestionar la ideología dominante en que vive el sujeto, en desenmascarar el funcionamiento de esa doctrina autoritaria que lo mantiene alienado.

Si se reconoce que la subjetividad se construye y deconstruye permanentemente, la intervención en red da la oportunidad contribuir con ese proceso estructurante de la subjetividad en un momento de la vida de las personas. Entonces, la persona dominada y violentada, debe empezar por preguntarse:

*¿Quién soy yo para los otros? ¿Quién soy para mi pareja?, ¿Quién soy para mis hijos?, ¿Quién soy para mis padres? y sobre todo ¿quién soy yo para mí?*

Si se reconoce que la subjetividad es una cualidad *transubjetiva*, se postula que el papel de los grupos sociales ante estas situaciones de opresión y violencia sería, en principio, la de acreditar la existencia social del otro, ese quien siente amenazada su subjetividad, sus deseos y su capacidad de decidir, así mismo, de legitimar sus aspiraciones de un porvenir mejor. Sobrevivir es sobrevivir a la amenaza de otro, es resistencia a su opresión, a su destructividad. Para sobrevivir a las adicciones y a la violencia es necesario re(des)establecer la polifonía y la *pluri-referencialidad*.

Reconocer que la subjetividad se construye a partir de un ser en sociedad, que la instituye, poder admitir que no hay subjetividad que se construya de una vez y para siempre, no existe, pues, un sujeto adicto para siempre, ni una persona violenta o violentada para siempre.

En consecuencia, se debe empezar por movilizar funciones figurativas y representaciones paralizadas por las adicciones y la violencia. Las redes sociales, comunitarias e institucionales, brindan esta posibilidad.

Si se aspira a que los pacientes puedan rescribir una nueva subjetividad, sin drogas y sin violencia, es necesario trabajar en cada entramado social específico, es decir, con el conjunto de prácticas que puedan reconstituir a nuestros consultantes, que los modelan, que lo sostienen y reproducen (Bozzolo, 1999).

La subjetividad no se reduce, pues, al psiquismo o a la persona individual, el sujeto se inscribe en una red *pluri-subjetiva* que puede modelarlo y remodelarlo permanentemente. Su red social será constitutiva de la subjetividad y será ocasión de advenimiento de una nueva identidad.

En situaciones de desafiliación, descalificación y desconfirmación crecientes a los que está expuesta gran parte de las personas usuarias de SPA, las redes pueden estar al servicio de develar esos procesos de deshumanización —sea por abuso de drogas o por situaciones de violencia— de confusión o libertad vaciada, de apatía, conformismo y aislamiento que los segrega de la posibilidad de participar en la construcción de una historia personal alternativa.

En lo general, el propósito de la creación de una nueva red social sería restablecer con y en conjunto lo que fue dispersado y fragmentado en el sujeto, en sus vínculos. Lo que pretendemos es renovar o establecer un nuevo contrato social con los otros. Esta nueva práctica se produce por y en las redes sociales.

#### **4.2. Redes sociales y Salud relacional**

En este modelo estratégico se incluye el trabajo con las redes sociales ya el apuntalamiento y pertenencia que brinda la presencia de una red social protege la salud del individuo y la salud del individuo mantiene la red social, así la **salud relacional** y vincular del sujeto, y sus redes sociales, están íntimamente interrelacionados. Las redes sociales favorecen la configuración de una identidad a través de los ojos (y las acciones) de los otros.

Se entiende como la red social de apoyo a una entidad micro-sociológica que provee no sólo de un sostén emocional, sino que también puede aportar nuevos recursos psicosociales y que puede contribuir a la colectivización de los problemas. Este conjunto de relaciones personales constituye, por lo demás, las primeras mallas del tejido social cuando una persona se decide por el cambio.

C. Sluzki (1996) señala que existe una amplia evidencia de que “*una red social personal estable, sensible, activa y confiable, protege a la persona en contra de enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia*”.

¿Cuáles son entonces las prácticas que se pueden instrumentar para fortalecer las redes sociales en los procesos de co-construcción de los usuarios de SPA?

Se postula la generación nuevas de redes sociales para apuntalar la *salud relacional* de los sujetos, que han sido *pescados* (o reclutados) por una red disfuncional.

Muchas variables son posibles en esta intervención, no se propone una sola estrategia, cada equipo terapéutico, junto con la familia, debe considerar la mejor estrategia para ampliar o generar una red de apoyo social. Se puede incluir en esta estrategia desde una intervención terapéutica individual hasta la estimulación de las habilidades sociales necesarias para desarrollarlas, desde la importancia de desconectar al sujeto del tejido “*enfermo*” hasta la investigación de redes inadecuadas o disfuncionales a las que pertenece y la posibilidad de transformarlo por una red que le de un nuevo sentido a su vida.

No obstante que cada caso demanda una estrategia diferente, se sugiere empezar por analizar la información referente a las redes sociales en las que está inscrito el sujeto (pares, vecindad, comunidad, escuela, trabajo, etc.) y sus posibles influencias e implicaciones para el consumo de drogas. Si se reconocen que las redes sociales de apoyo siempre se inscriben en una dimensión espacio-temporal, entonces se podrá diseñar una serie de estrategias específicas para que cada persona, de acuerdo al nivel de adicción y daños secundarios o de acuerdo al impacto psicosocial de la violencia vivida. Estas estrategias apuntalarán a promover estilos de vida saludables a través de diversas actividades, por ejemplo:

a) *educativas* encaminadas estimular el inicio o continuación de estudios académicos interrumpidos por el consumo de drogas;

b) *laborales*, para impulsar la incorporación de conocimientos, habilidades, destrezas laborales, propiciar las condiciones para la capacitación para el trabajo y favorecer el acceso o reincorporación al área productiva;

c) *físico-deportivas*, con el fin de favorecer la desintoxicación, fomentar y/o reforzar la condición física (energía, fortaleza corporal, etc.), desarrollar hábitos de salud y cuidado personal, e impulsar el desarrollo de destrezas deportivas;

d) *culturales y recreativas*, a fin de habilitar al paciente en la estructuración y aprovechamiento del tiempo libre, estimular el desarrollo de actividades de carácter lúdico–recreativas y promover la convivencia familiar.

Para instrumentar todas estas actividades se debe emplear la red de recursos comunitarios con la que se cuenta en cada localidad. Como parte de esta estrategia se debe reconocer las situaciones de riesgo que el sujeto vaya superando de manera exitosa así como identificar situaciones sociales que propicien posibles recaídas.

La construcción o ampliación de una nueva red busca revivir o recrear una matriz social sana, capaz de ocuparse del infortunio y las situaciones angustiosas de sus miembros con mucho más eficacia, rapidez y perdurabilidad que las que podría esperar obtener cualquier terapeuta ajeno a ella.

En lo específico la intervención terapéutica sería re(des)construir un tejido social que apunte a la configuración de una realidad alternativa para el o los consultantes, sin perder de vista que la red es la que transforma, el terapeuta es solo un catalizador.

Con la mediación de la red social se apuntala la puesta en marcha de las fuerzas *curativas* que existen dentro de la trama social viva formada por los sujetos cuyo infortunio ha llevado a la sociedad y también a ellos mismos a rotular de “*patológica*” su conducta.

Igualmente, un seguimiento atento y sensible al efecto de las redes ha devuelto que muchas veces el cambio o *curación* del sujeto puede resultar de una simple redefinición de su conducta abreactiva, de un reconocimiento de su discurso, de lo que quiso decir tantas veces y no pudo hacerlo. Se puede decir que el sujeto estaba hambriento de diálogo, no de terapia. Entonces, necesidades que se expresan por primera vez promueven que se comparta la experiencia práctica, y así, de pronto, nadie está *enfermo*.

Ante problemas de salud pública tan complejos como el consumo de drogas y la violencia doméstica, los terapeutas no pueden darse el lujo de encerrarse o acotarse a una mirada unidimensional, deben buscar otras alternativas de atención. Cualquier campo de intervención en salud mental que pretenda abordar estos problemas debe inscribirse en un marco multidimensional.

### **Obras consultadas para realizar este manual**

Fernández, C y Alpizar, G, et. al. **Mujer y Drogas**. Centros de Integración Juvenil, México, D. F., 2004.

Fernández, C, González, JD, Barrera, G y Yashiro, T. **Atención a Familias Multiestresadas con problemas de consumo de drogas y violencia familiar desde una perspectiva de género y la terapia familiar sistémica**. Centros de Integración Juvenil, AC. México, DF, 2006

Fernández, C. y otros **Violencia Familiar y Adicciones**. Centros de Integración Juvenil, AC. México, DF.

Fernández, C y González, JD. **Relaciones y conversaciones para prevenir el consumo nocivo de alcohol y la violencia simbólica. Una propuesta psicoeducativa con perspectiva de género**. Centros de Integración Juvenil, AC. México, DF, 20106

Solís Lucía. El Pensamiento Complejo. En [www.pensamientocomplejo.com.ar](http://www.pensamientocomplejo.com.ar). [consultado el 18 de enero del 2008]

Reyes Galindo R.: Introducción General al Pensamiento Complejo desde los Planteamientos de Edgar Morin. Pontificia Universidad Javeriana, Centro Universidad Abierta. En [www.pensamientocomplejo.com.ar](http://www.pensamientocomplejo.com.ar). Revisión en línea el 14 de enero del 2008.